

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 45

# **BARMER** Arztreport 2024

Digitale Gesundheitsanwendungen – DiGA

Thomas G. Grobe, Lisa Weller,  
Anna Braun, Joachim Szecsenyi



Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 45

# **BARMER Arztreport 2024**

Digitale Gesundheitsanwendungen – DiGA

Thomas G. Grobe, Lisa Weller,  
Anna Braun, Joachim Szecsenyi

## Impressum

### Herausgeber:

BARMER

Postfach 11 07 04

10837 Berlin

### Autoren:

Thomas G. Grobe, Lisa Weller,

Anna Braun, Joachim Szecsenyi

aQua – Institut für angewandte

Qualitätsförderung und Forschung

im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen

### Design und Realisation:

zweiband.media GmbH, Berlin

### Druck und Bindung:

ARNOLD group – Großbeeren

Printed in Germany

### Konzeption, Redaktion und

### fachliche Prüfung:

Nora Hoffmann, Anna Laura Janke,

Birte Klünder, Nadine Markschat,

Ursula Marschall, Nicole Osterkamp,

Melanie Pankratz, Christina Wittkop

BARMER, Berlin und Wuppertal

### Printed in Germany

ISBN 978-3-946199-93-9

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die in diesem Buch verwendeten und nicht besonders kenntlich gemachten, durch Dritte geschützten Marken- und Warenzeichen unterliegen den Bestimmungen des jeweils gültigen Kennzeichenrechts und den Besitzrechten der jeweiligen eingetragenen Eigentümer. Änderungen und Irrtümer vorbehalten.

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	6
Zusammenfassung .....	8
Besonderheiten und Schwerpunkt .....	8
Ambulante ärztliche Versorgung – Routineauswertungen .....	9
Schwerpunkt Digitale Gesundheitsanwendungen – DiGA .....	15
<b>1 Vorbemerkungen zu Routineauswertungen .....</b>	<b>28</b>
1.1 Hintergrund .....	28
1.2 Verfügbarkeit und Umfang der Daten zur ambulanten Versorgung .....	31
1.3 Methoden, Standardisierung, Übertragbarkeit .....	33
<b>2 Ambulante ärztliche Versorgung – Routineauswertungen .....</b>	<b>40</b>
2.1 Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung .....	40
2.2 Inanspruchnahmen nach Fachgebieten .....	44
2.3 Anzahl kontaktierter Praxen – Arztwechsel .....	49
2.3.1 Anzahl kontaktierter Praxen .....	50
2.3.2 Anzahl kontaktierter Praxen nach Fachgebieten .....	51
2.4 Ambulante Diagnosen .....	54
2.4.1 Diagnoseraten und reale Erkrankungshäufigkeiten .....	55
2.4.2 Diagnoseraten differenziert nach ICD-10-Kapiteln .....	57
2.4.3 Diagnoseraten differenziert nach dreistelligen ICD-10-Schlüsseln .....	62
2.4.4 Diagnosezahl und Diagnosekombinationen .....	72
2.5 Untersuchungen zur Früherkennung bei Erwachsenen .....	77
2.5.1 Krebsfrüherkennungsuntersuchungen .....	83
2.5.2 Früherkennung weiterer Erkrankungen .....	88

3	Digitale Gesundheitsanwendungen – DiGA .....	92
3.1	Hintergrund .....	92
3.2	DiGA-Beartragungs- und Abrechnungsdaten – Auswertungsmethoden ....	99
3.3	Häufigkeiten von DiGA-Beartragungen .....	101
3.4	Indikationsspektrum beantragter DiGA .....	104
3.5	Verordnungen und Beantragung von DiGA durch Fachgruppen und Patientinnen und Patienten .....	111
3.6	Verordnungsrelevante DiGA – Einzelbetrachtungen .....	119
3.6.1	DiGA Vivira .....	122
3.6.2	DiGA Kalmeda .....	130
3.6.3	DiGA zanadio .....	138
3.6.4	DiGA somnio .....	146
3.6.5	DiGA deprexis .....	153
3.6.6	DiGA Oviva Direkt .....	160
3.6.7	DiGA Selfapys Online-Kurs bei Depression .....	168
3.6.8	DiGA companion patella .....	176
3.7	Prädiktoren von DiGA-Verordnungen/Genehmigungen .....	183
3.8	Kosten von DiGA im Rahmen der ambulanten Versorgung .....	186
4	DiGA aus Perspektive von Behandlerinnen und Behandlern .....	192
4.1	Hintergrund und Methoden .....	192
4.2	Beschreibung der Stichprobe .....	193
4.3	Aktueller Kenntnisstand und Informationsquellen zu DiGA .....	194
4.4	Bewertungen von DiGA und Erwartungen an die Zukunft der Digitalisierung .....	205
4.5	Abhängigkeiten der DiGA-Verordnungen vom Alter der Behandlerinnen und Behandler – persönliche Nutzung von Gesundheits-Apps .....	210

Anhang .....	216
Tabellenanhang .....	216
Verzeichnisse .....	224
Abkürzungsverzeichnis .....	224
Abbildungsverzeichnis .....	226
Tabellenverzeichnis .....	229
Literaturverzeichnis .....	232
Autorenverzeichnis .....	236

## Vorwort

600.000-mal haben Versicherte in Deutschland seit deren Einführung eine App auf Rezept verordnet bekommen. Die sogenannten DiGA, kurz für Digitale Gesundheitsanwendungen, sind seit Freigabe der ersten Anwendung im Oktober 2020 Teil des ambulanten Versorgungsgeschehens. Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können sie seither verordnen und Patientinnen und Patienten somit eine Hilfe zur Selbsthilfe an die Hand geben. Doch welche Hürden gibt es für die Beteiligten? Welchen Nutzen haben DiGA tatsächlich für Anwenderinnen und Anwender? Und wie gehen die Leistungserbringenden damit um? Die BARMER will mit ihrem aktuellen Arztreport einen Rundumblick auf dieses noch junge Versorgungselement schaffen. Deshalb hat sie die Digitalen Gesundheitsanwendungen als Schwerpunktthema für den diesjährigen Report gewählt. Für die Analyse sind nicht nur Verordnungsdaten der vergangenen Jahre ausgewertet worden, sondern auch Ergebnisse aus Umfragen sowohl unter Patientinnen und Patienten als auch unter Behandlerinnen und Behandlern eingeflossen. Diese einmalige Perspektive gewährt interessante Einblicke in die Versorgung mit Apps auf Rezept und schafft dringend benötigte Klarheit zur aktuellen Versorgungsrealität.

Den Reporterergebnissen zufolge gibt es bei der Verordnung der DiGA noch einige Hürden. So sind sie laut den Analysen der BARMER noch nicht in allen Bevölkerungsgruppen angekommen. Sie werden zum Beispiel vor allem Menschen im erwerbsfähigen Alter verordnet, hier vorrangig Frauen. Zudem stehen DiGA nur für ein geringes Spektrum an Erkrankungen überhaupt zur Verfügung. Zu nennen sind hier beispielhaft Depression, Adipositas, Tinnitus und Krankheiten des Bewegungsapparats.

Eine weitere Baustelle bei den DiGA ist die bislang fehlende Transparenz. Nach einer BARMER-Umfrage unter mehr als 1.700 Versicherten führt der derzeitige Mangel an konkreten Vorstellungen zur Anwendung von DiGA bei zahlreichen Nutzerinnen und Nutzern zu unerfüllten Erwartungen. Viele nutzen die DiGA nicht über die bei der Erstverordnung vorgesehene Anwendungsdauer von 90 Tagen. Mitunter brechen die Anwenderin-



nen und Anwender deren Nutzung auch deutlich früher ab. Bei einem solchen verkürzten Einsatz kosten die DiGA Geld, ohne dass sie einen tatsächlichen Patientennutzen haben. Nur mit mehr Transparenz lassen sich enttäuschte Erwartungen verhindern. Die Versicherten müssen von Beginn an wissen, was ihre DiGA leisten kann und wo deren Grenzen liegen. Hier steht vor allem das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in der Pflicht. Die Informationen müssen in dem dortigen DiGA-Verzeichnis einheitlich und verständlich dargestellt werden.

Mehr als ein Drittel aller DiGA-Verordnungen erfolgt bisher durch Hausärztinnen und Hausärzte. Ihnen kommt also eine besondere Verantwortung zu. Eine Umfrage der BARMER unter 1.000 Behandlerinnen und Behandlern für den Report liefert hier wichtige Hinweise. So ist zwar 95 Prozent von ihnen durchaus bekannt, was DiGA sind. Ihren eigenen Informationsstand schätzen jedoch etwa ein Drittel der Befragten als schlecht oder sogar sehr schlecht ein. Vor allem die Informationen zu einzelnen DiGA seien oft unzureichend. Insbesondere das DiGA-Verzeichnis des BfArM werde als Informationsquelle von den Behandelnden nur wenig genutzt. Insgesamt zeichnet sich dennoch ein positives Bild. Viele Behandlerinnen und Behandler sind durchaus der Meinung, dass eine DiGA die Behandlung sinnvoll unterstütze.

Mein Dank gilt auch in diesem Jahr in besonderer Weise Dr. Thomas Grobe, Dr. Lisa Weller und Dr. Anna Braun vom aQua-Institut in Göttingen, die den BARMER-Arztreport federführend betreuen. Den Leserinnen und Lesern des Reports wünsche ich eine anregende und aufschlussreiche Lektüre.

Prof. Dr. med. Christoph Straub  
Vorstandsvorsitzender  
BARMER  
Berlin, im Februar 2024

## Zusammenfassung

### Besonderheiten und Schwerpunkt

Der BARMER Arztreport 2024 liefert – als Fortführung des seit dem Jahr 2006 erschienenen GEK-Reports ambulante-ärztliche Versorgung und des von 2010 bis 2016 erschienenen BARMER GEK Arztreports sowie der BARMER Arztreporte 2018 bis 2023 – bereits zum 18. Mal einen aktuellen und umfassenden Überblick zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland. Traditionell besteht der Arztreport aus wiederkehrenden und jeweils aktualisierten Routineauswertungen sowie aus einem Kapitel zu einem jeweils wechselnden Schwerpunktthema. Der Schwerpunkt des diesjährigen Arztreports widmet sich den seit Ende 2020 verordnungsfähigen digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA). Neben Auswertungsergebnissen zur bisherigen Anwendung, die auf Analysen von Abrechnungsdaten zu DiGA beruhen, werden im Rahmen des Schwerpunkts auch Befragungsergebnisse zu Erfahrungen und Einschätzungen von betroffenen Patientinnen und Patienten sowie von Therapeutinnen und Therapeuten zum Thema DiGA präsentiert.

Berichtet werden im aktualisierten Routineteil des vorliegenden Reports vorrangig Ergebnisse aus dem Jahr 2022. Grundlage der Auswertungen bildeten anonymisierte Daten zu insgesamt rund neun Millionen Versicherten der BARMER. Neben Daten ab dem Beobachtungsjahr 2005, die in Form eines einheitlichen Datenbestands nach einer Fusion der BARMER und GEK im Jahr 2010 betrachtet werden konnten, schließen die Auswertungen zum Arztreport ab dem Jahr 2017 auch Daten zu vormaligen Versicherten der Deutschen BKK ein, die mit der BARMER GEK zum 1. Januar 2017 zur neuen BARMER fusionierte.

### Verfügbarkeit von detaillierten Ergebnissen im Internet

Darstellungen zum Routineteil wurden für den im Jahr 2022 erschienenen Arztreport vollständig überarbeitet. Um die Ergebnisse differenzierter darstellen zu können, wird seither eine Vielzahl von Ergebnissen in Form interaktiver Grafiken im Internet präsentiert. Ergebnisse zu Routineauswertungen nach Geschlecht und Altersgruppen sowie Wohnregionen in Bundesländern werden weitgehend ausschließlich über online zugängliche interaktive Grafiken dargestellt. Einen Zugang zu den Ergebnissen unterschiedlicher Reporte

der BARMER ermöglicht dabei der Link [www.bifg.de/publikationen/reporte](http://www.bifg.de/publikationen/reporte). Zum Arztreport 2024 kann dort in der Regel auf Ergebnisse für alle Jahre von 2010 bis 2022 zurückgegriffen werden. Dementsprechend konnten Darstellungen zu Routineauswertungen in der Printfassung des Arztreports gestrafft werden. Um wesentliche Veränderungen auch in der vorliegenden Printfassung anschaulich thematisieren zu können, umfasst diese zu einem überwiegenden Teil neben den Ergebnisdarstellungen zum Jahr 2022 auch Gegenüberstellungen von Vorjahreswerten.



[www.bifg.de/Y4Zk81](http://www.bifg.de/Y4Zk81)

Bis zum Report 2021 wurden Ergebnisse gemäß Angaben des Statistischen Bundesamtes zur durchschnittlichen Bevölkerung des jeweiligen Jahres geschlechts- und altersstandardisiert. Seit dem Arztreport 2022 wurde das Vorgehen zur Standardisierung erweitert. Neben dem Geschlecht sowie 20 Altersgruppen wird seither bei der Standardisierung von Routineergebnissen zusätzlich auch die regionale Verteilung der Wohnbevölkerung in Deutschland auf die 16 Bundesländer berücksichtigt. Vor dem Hintergrund der veränderten Methodik können die Ergebnisse geringfügig von den im Arztreport vor 2022 publizierten Zahlen abweichen.

## Ambulante ärztliche Versorgung – Routineauswertungen

### Datenvolumina

Die im Report betrachteten Versicherten der BARMER bildeten 2022 – bezogen auf die nachweislich im Inland wohnhaften Versicherten – einen Anteil von gut zehn Prozent der Bevölkerung in Deutschland. Vor dem Hintergrund methodischer Überlegungen beziehen sich Auswertungen zu einzelnen Kalenderjahren in Routinekapiteln des Reports jeweils auf genau diejenigen Versicherten, die in allen vier Quartalen des betrachteten Jahres jeweils mindestens einen Tag bei der BARMER versichert waren. Im Jahr 2022 waren dies 8,68 Millionen Versicherte, darunter 8,64 Millionen, bei denen in den verwendeten Daten ein Wohnort innerhalb Deutschlands zugeordnet werden konnte. Die Daten zur ambulanten

ten ärztlichen Versorgung der Versicherten der BARMER umfassten im Jahr 2022 Angaben zu insgesamt 82,3 Millionen Behandlungsfällen mit 383,4 Millionen dokumentierten Diagnoseschlüsseln und 728,6 Millionen Abrechnungsziffern. Im Gesamtauswertungszeitraum der Arztberichte konnte von 2005 bis 2022 auf Angaben zu 1,4 Milliarden Behandlungs- beziehungsweise Abrechnungsfällen mit 5,8 Milliarden Diagnoseangaben und 10,6 Milliarden Abrechnungsziffern zurückgegriffen werden. Hiermit ergibt sich eine extrem breite Auswertungsbasis.

## Grundlegende Ergebnisse – fachübergreifende Behandlungsraten, Behandlungsfälle, Abrechnungen von Leistungen und Ausgaben

Innerhalb des Jahres 2022 hatten nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen von BARMER-Daten mit 93,97 Prozent der Bevölkerung anteilig ähnlich viele Menschen Kontakt zur ambulanten ärztlichen Versorgung wie 2021. Damit lag die Behandlungsrate auch 2022 merklich über dem Niveau von 92,68 Prozent im ersten Jahr der Coronapandemie 2020 und zugleich auch höher als vor der Pandemie im Jahr 2019 mit 93,31 Prozent.

Im Jahr 2022 wurden nach den vorliegenden und unter einer Zugrundelegung der Bevölkerungsstruktur in Deutschland standardisierten Ergebnissen je Person durchschnittlich 8,64 Behandlungsfälle im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung abgerechnet, womit die Zahl der abgerechneten Behandlungsfälle gegenüber dem Vorjahr leicht um 0,4 Prozent gestiegen ist. Ein Behandlungsfall fasst – bedingt durch die quartalsweise Abrechnung der Ärzte – dabei grundsätzlich jeweils alle Behandlungen einer Patientin oder eines Patienten bei einer Ärztin oder einem Arzt beziehungsweise in einer abrechnenden Praxis innerhalb eines Quartals eines Jahres zusammen. Dabei spielt es keine Rolle, wie häufig und aus welchen Gründen die Ärztin oder der Arzt innerhalb eines Quartals aufgesucht wird. Durchschnittlich wurden mit den 8,64 Behandlungsfällen bei jeder und jedem Versicherten in jedem der vier Quartale des Jahres 2022 rechnerisch Leistungen von etwas mehr als zwei unterschiedlichen Ärztinnen und Ärzten beziehungsweise Arztpraxen abgerechnet. Abrechnungen von Leistungen durch einzelne Arztpraxen erfolgten bei Versicherten innerhalb des Jahres 2022 an durchschnittlich

15,27 unterschiedlichen Tagen, wobei dieser Wert seit Einführung der pauschalierten Versorgung im Jahr 2008 nur noch einen groben Anhaltspunkt für die Zahl der Arztkontakte liefern kann. Im Vergleich zu 2021 konnte bei dieser Kennzahl 2022 ein geringfügiger Rückgang verzeichnet werden.

Im Jahr 2022 galt für einen überwiegenden Teil der ärztlich abgerechneten Leistungen ein vom Erweiterten Bewertungsausschuss bundesweit und kassenübergreifend festgelegter einheitlicher Orientierungspunktwert von 11,2662 Cent je Punkt. Unter Rückgriff auf diesen Orientierungspunktwert ließen sich für das Jahr 2022 approximative jährliche Behandlungskosten für die ambulante ärztliche Versorgung in Höhe von durchschnittlich 651 Euro pro Versicherten und Jahr ermitteln (Kosten für ambulant abgerechnete ärztliche Leistungen inklusive Leistungen von psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, jedoch ohne Kosten für Verordnungen von Arznei- oder Heil- und Hilfsmitteln und ohne zahnärztliche sowie kieferorthopädische Behandlungen). Dies entspricht einem Anstieg um 0,7 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Dabei dürften aber zumindest von einem Teil der Ärztinnen und Ärzte auch 2022 Leistungen im Zusammenhang mit der Coronapandemie erbracht worden sein, die 2022, beispielsweise im Falle von Testungen auf und Impfungen gegen SARS-CoV-2 bei beschwerdefreien Personen, in der Regel außerhalb der kassenärztlichen Vergütung abgerechnet sowie nicht von der GKV vergütet wurden und insofern nicht in den hier präsentierten Ergebnissen berücksichtigt werden konnten.

## Behandlungskennzahlen differenziert nach Fachgebieten

Die Kennzahlen zu Behandlungen bei Therapeutinnen und Therapeuten aus einzelnen Fachgebieten haben sich im weiteren Verlauf der Coronapandemie unterschiedlich entwickelt (die exakte Zuordnung der in Daten primär dokumentierten Fachgruppen zur hier verwendeten Aufteilung von Fachgebieten ist Tabelle A 1 im Anhang zu entnehmen). Umfangreiche Ergebnisse zu diesem Themenfeld mit Kennzahlen ab 2010 sowie auch für Subgruppen nach Geschlecht, Alter und Wohnorten in Bundesländern sind den interaktiven Grafiken im Internet zu entnehmen.

Insgesamt umfassten allgemeinmedizinische und internistische Hausärztinnen und Hausärzte auch 2022 diejenigen Fachgebiete, die mit Anteilen von 63,8 beziehungsweise 34,4 Prozent von den größten Bevölkerungsanteilen kontaktiert wurden. Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Zahl der abgerechneten Behandlungsfälle in den beiden genannten Gruppen um 0,3 beziehungsweise 2,2 Prozent an. Im Hinblick auf die hier approximativ ermittelten Abrechnungskosten zu Lasten der Krankenkassen war ein Anstieg um 1,8 und 3,7 Prozent zu verzeichnen (vgl. Tabelle 2.2).

Zunahmen der Abrechnungszahlen im Vergleich zum Vorjahr waren 2022 auch bei weiteren Fachgruppen zu beobachten. Die stärksten Zuwächse zeigten sich in der hier gewählten Differenzierung bei Kinder- und Jugendmediziner (+5,9 Prozent) sowie bei HNO- und labormedizinischen Praxen (jeweils +4,3 Prozent), was im Jahr 2022 maßgeblich eine Folge der hohen Zahl an Atemwegsinfekten, neben den in diesem Jahr zugleich sehr häufigen COVID-19-Erkrankungen, gewesen sein dürfte. Merklich weniger Fälle als 2021 wurden von gynäkologischen (-5,8 Prozent) sowie pathologischen (-6,6 Prozent) Praxen abgerechnet.

### Kontakte zu unterschiedlichen Ärztinnen und Ärzten beziehungsweise Arztpraxen

Für den überwiegenden Teil von Versicherten werden innerhalb eines Jahres Leistungen von mehr als einer Ärztin / einem Arzt oder Praxisteam erbracht. Während patientenseitige Kontakte zu Ärztinnen und Ärzten unterschiedlicher Fachdisziplinen vorrangig auf unterschiedliche gesundheitliche Probleme oder einen weiter gefächerten fachlichen Abklärungsbedarf hindeuten, ließen sich Kontakte zu mehreren Ärztinnen und Ärzten derselben Fachdisziplin unter bestimmten Umständen auch im Sinne eines Ärztetopings interpretieren. Beschränkt man bei einer fachübergreifenden Ermittlung die Zählung der patientenseitig kontaktierten Praxen auf Praxen mit vorrangig kurativen Fachgruppenzuordnungen (unter Vernachlässigung der vorrangig diagnostisch im Auftrag tätigen Gruppen, wie beispielsweise Radiologen, Pathologen, Labormediziner), hatten innerhalb des Jahres 2022, wie bereits 2021, 38,6 Prozent der Bevölkerung Kontakt zu vier oder mehr unterschiedlichen Praxen (vgl. Tabelle 2.3). 2019 lag dieser Wert noch bei 40,8 Prozent (vgl. BARMER Arztreport 2021, Seite 58).

Innerhalb einzelner Fachgruppen wird erwartungsgemäß eine geringere Zahl unterschiedlicher Ärztinnen und Ärzte kontaktiert. 58,2 Prozent der hausärztlichen Patienten kontaktierten innerhalb des Jahres 2022 genau eine Hausarztpraxis, nur 3,4 Prozent kontaktierten vier oder mehr unterschiedliche Praxen. 2019 lagen die entsprechenden Werte bei 57,8 und 3,6 Prozent. Enthalten sind in dieser Zählung dabei grundsätzlich auch Wechsel der Arztpraxis, die sich ohne eine primäre Patientenintention, beispielsweise bei Praxisschließungen während einer Urlaubszeit oder durch den Umzug der Patientinnen und Patienten, ergeben. Noch geringere Wechselraten als bei Hausärztinnen und Hausärzten finden sich bei Arztgruppen, die allgemein weniger regelmäßig besucht werden.

## Diagnosen

Diagnoseangaben aus der ambulanten ärztlichen Versorgung bilden aus wissenschaftlicher Sicht grundsätzlich ein ausgesprochen relevantes Datensegment. Die Auswertungen im Report präsentieren populationsbezogen ermittelte Diagnosehäufigkeiten dabei regelmäßig ungefiltert „wie ärztlich dokumentiert“. Einerseits werden in Bezug auf eine Reihe von Diagnosen dadurch möglicherweise keinesfalls optimale Schätzer für die reale Erkrankungshäufigkeit geliefert. Andererseits ist nur bei diesem Vorgehen ein unverfälschter Einblick in die primäre Dokumentationspraxis im Rahmen der ambulanten Versorgung gewährleistet. Vor diesem Hintergrund sollte jede im Report dokumentierte Diagnoserate kritisch diskutiert werden. Dies gilt allerdings auch für alle möglicherweise alternativ verfügbaren Schätzer zu Erkrankungshäufigkeiten.

Im Mittel wurden innerhalb des Jahres 2022 je Person im Rahmen der ambulanten Versorgung nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen von BARMER-Daten 37,9 formal gültige Diagnoseschlüssel erfasst (gegebenenfalls mehrfach und auch von unterschiedlichen Ärztinnen und Ärzten). Hochgerechnet auf die bundesdeutsche Bevölkerung entspricht dies 2022 rund 3,17 Milliarden Dokumentationen von Diagnosen. Pro Kopf der Bevölkerung wurden im Jahr 2022, ohne die Berücksichtigung von COVID-19-Diagnosen und bei einer Differenzierung von Diagnoseschlüsseln auf dreistelliger Ebene der ICD-10-Klassifikation, 10,4 unterschiedliche Diagnosen im Sinne von Erkrankungen dokumentiert (nur ICD-10-Kapitel I bis XVII sowie XIX).

Diagnosen lassen sich auf der übergeordneten Ebene der ICD-10-Klassifikation insgesamt 22 unterschiedlichen Kapiteln zuordnen. Von Diagnosen aus 12 dieser 22 Kapitel waren im Jahr 2022 jeweils mehr als 30 Prozent der Bevölkerung betroffen. Bezogen auf die Diagnosekapitel lassen sich von 2021 auf 2022 unterschiedliche Entwicklungen der Diagnoseraten feststellen. In den beiden Kapiteln I „Infektiöse Krankheiten“ und insbesondere X „Krankheiten des Atmungssystems“ ist es dabei von 2021 auf 2022 zu einer erheblichen Zunahme der Betroffenenanteile um 17,7 und 31,9 Prozent gekommen, nachdem entsprechende Diagnosen 2020 und insbesondere auch 2021 im Vergleich zu 2019 ausgesprochen selten erfasst worden waren. Dies dürfte sehr maßgeblich mit den Lockerungen der Coronaschutzmaßnahmen und wieder zunehmenden Kontakten im realen Leben innerhalb des Jahres 2022 zusammenhängen (vgl. Tabelle 2.4).

Zu Diagnosen auf dreistelliger Ebene von ICD-10-Schlüsseln werden im vorliegenden Reportdokument lediglich geschlechts- und altersübergreifende Ergebnisse zu den 25 insgesamt häufigsten Diagnosekodes sowie zu den 25 häufigsten Diagnosen bösartiger Neubildungen dargestellt (vgl. Tabelle 2.5 und 2.6). Die erstgenannte Liste enthält dabei eine große Zahl an Schlüsseln, die keine Erkrankungen, sondern primär erkrankungsunabhängige Inanspruchnahmen kennzeichnen. An erster Stelle steht dabei die Diagnose Z01 „Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose“, die auch 2022 vorrangig bei Kontakten im Zusammenhang mit der Coronapandemie kodiert worden sein dürfte und nach Hochrechnungen von BARMER-Ergebnissen bei circa 51 Millionen Menschen in Deutschland mindestens einmal innerhalb des Jahres dokumentiert wurde. Die Diagnose akuter Infektionen der oberen Atemwege mit dem Code J06 belegte 2022 mit hochgerechnet mehr als 31 Millionen Betroffenen in Deutschland den zweiten Rang. Der dreistellige Code U07, dem ab 2021 nur noch die beiden SARS-CoV-2-Diagnosen U07.1 „COVID-19, Virus nachgewiesen“ sowie U07.2 „COVID-19, Virus nicht nachgewiesen“ zugeordnet waren, wurde 2022 bei 28,2 Prozent der Population dokumentiert und belegte damit nach der Hypertonie mit dem Code I10 den vierten Rang unter den häufigen dreistelligen Diagnosen. Eine COVID-19-Erkrankung wurde damit 2022 etwa bei 2,5-mal mehr Menschen als 2021 im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung dokumentiert, wobei insbesondere symptomfreie Betroffene hier aufgrund von Abrechnungsmodalitäten oftmals nicht erfasst worden sein dürften.



Ergebnisse zu Diagnosen auf der Ebene der ICD-10-Diagnosekapitel, zu häufigen dreistelligen Diagnosen sowie zu den 25 häufigsten Diagnosen bösartiger Neubildungen lassen sich für die Jahre 2010 (oder 2011) bis 2022 im Internet in Form interaktiver Grafiken auch individuell nach Geschlechts- und Altersgruppen sowie für Bundesländer filtern und darstellen.

## Früherkennungsuntersuchungen bei Erwachsenen

Auch für das Jahr 2022 beinhaltet der Arztreport wieder routinemäßig ermittelte Auswertungsergebnisse zu Früherkennungsuntersuchungen, deren Nutzung über spezifische und bundesweit verwendete Abrechnungsziffern in den Daten dokumentiert wird (vgl. Kapitel 2.5 mit Tabelle 2.9). Detaillierte Subgruppenergebnisse sind auch zu diesem Thema den interaktiven Grafiken im Internet zu entnehmen.

## Schwerpunkt Digitale Gesundheitsanwendungen – DiGA

DiGA können sowohl Apps als auch browserbasierte digitale Anwendungen sein, die in der Regel dazu bestimmt sind, Erkrankungen und damit verbundene Beschwerden zu lindern. In der Regel wird der Begriff DiGA in Deutschland dabei exklusiv für diejenigen Apps und Anwendungen verwendet, die auch zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgerechnet werden können. Grundlagen für Verordnungen und Abrechnungen von DiGA wurden mit dem am 19. Dezember 2019 in Kraft getretenen Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) geschaffen. Die Verfügbarkeit der ersten DiGA und deren Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis konnte vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) am 6. Oktober 2020 vermeldet werden. Das DiGA-Verzeichnis des BfArM listet seither Informationen zu allen DiGA, die in Deutschland von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten verordnet oder auch von Versicherten (mit Belegen für eine Indikation) selbst beantragt und bei Aktivierung der DiGA durch den Versicherten von Herstellern zu Lasten der GKV abgerechnet werden können oder konnten. Die Aufnahme einer DiGA in das Verzeichnis erfolgt zumeist vorläufig. Kann innerhalb von maximal 24 Monaten ein positiver Versorgungseffekt durch wissenschaftliche Studien nachgewiesen werden, wird die DiGA dauerhaft im Verzeichnis gelistet. Genau mit diesen Apps und Anwendungen – kurz DiGA – befasst sich der Schwerpunkt des vorliegenden Arztreports.

## Voraussetzungen und Ansätze von DiGA

Erste größere Diskussionen über computergestützte Therapieansätze flammten bereits Mitte der 1960er-Jahre auf (vgl. Kapitel 3.1). Heutige DiGA können auf eine seinerzeit wohl allgemein kaum vorstellbare IT-Infrastruktur und Hardware zurückgreifen. Eine technische patientenseitige Mindestvoraussetzung für die Anwendung von DiGA ist ein Internetzugang, bei einem Teil der DiGA auch die Verfügbarkeit eines Smartphones mit einem neueren Betriebssystem, das für einzelne DiGA unterschiedlich spezifiziert ist. Hinsichtlich der inhaltlichen Gestaltung von DiGA verfügen Hersteller über einen relativ großen Spielraum. Ein obligater Bestandteil von DiGA ist, dass Patientinnen und Patienten selbst mit der digitalen Anwendung interagieren (BfArM, 2023c). Eine größere Anzahl an DiGA nutzt verhaltenstherapeutische Ansätze sowie anderweitige Übungen, die nach Eingabe bestimmter Informationen durch die Patientinnen und Patienten mit individualisierten Vorgaben durchgeführt werden sollen. Oftmals werden über den typischerweise 90-tägigen Anwendungszeitraum hinweg Informationen, zum Teil auch tagebuchartig, gesammelt und an Betroffene rückgemeldet (zur Nutzung der DiGA selbst oder beispielsweise basierend auf Fragen zu Schmerzen und anderen Beschwerden, aber auch Messwerte wie das Körpergewicht). Bei einigen DiGA besteht dabei die Möglichkeit, auch Messwerte externer Geräte (beispielsweise von bestimmten Wearables) einzulesen. Zum Teil sind auch Optionen vorgesehen, über die Patientinnen und Patienten Dokumentationen aus der DiGA mit Behandlerinnen und Behandlern teilen können. Bei bestimmten DiGA existieren dann auch Abrechnungsziffern, die Behandlerinnen und Behandler im Falle eines Austauschs mit Patientinnen und Patienten unter bestimmten Voraussetzungen mit ihrer KV abrechnen können. Die Möglichkeiten erscheinen vielfältig.

## Rolle der DiGA im ambulanten Versorgungsgeschehen

Nach Hochrechnungen von kurz vor Finalisierung des vorliegenden Reports bereitgestellten BARMER-Daten dürften seit Einführung der DiGA bis Ende des Jahres 2023, bezogen auf GKV-Versicherte, innerhalb von gut drei Jahren insgesamt rund 600.000 DiGA verordnet oder beantragt worden sein. Hochrechnungen auf die Gesamtbevölkerung ergeben hier einen Wert knapp unterhalb von 700.000, wobei reale Zahlen mit Hochrechnungen auf der Basis von BARMER-Daten eher leicht überschätzt werden könnten (vgl. auch Abbildung 3.1). Im Vergleich zu anderen Leistungen spielen DiGA in der ambulanten Versorgung bereits nach den Ergebnissen dieser ersten Abschätzung aktuell noch eine ver-

gleichsweise geringe Rolle. So bewegt sich die genannte Zahl der DiGA-Verordnungen innerhalb von drei Jahren beispielsweise etwa in einer Größenordnung der jährlich zur Krebsfrüherkennung durchgeführten Darmspiegelungen (wobei diese erst bei Menschen im Alter ab 50 Jahren durchgeführt werden kann; vgl. Tabelle 2.9 im Routineteil). Allerdings steht die Entwicklung von DiGA auch gut drei Jahre nach der ersten Zulassung noch relativ am Anfang. Für die kommenden Jahre ist bereits vor diesem Hintergrund eine deutliche Zunahme der Verordnungszahlen zu erwarten, die durch innovative Entwicklungen noch erheblich beschleunigt werden könnte.

## Themenbereiche des Schwerpunkts

Der Schwerpunkt verteilt sich auf die beiden Kapitel 3 und 4. Dargestellte Ergebnisse beruhen sowohl auf Analysen von Routinedaten der BARMER als auch auf Befragungsangaben von Versicherten sowie von Behandlerinnen und Behandlern. Routinedaten wurden vorrangig zum Jahr 2022 ausgewertet, da nur bis zu diesem Jahr Diagnosen aus der ambulanten Versorgung bereits vollständig vorlagen. Vorrangige Grundlage dieser Auswertungen bilden bevölkerungsbezogen gewichtete Daten der BARMER zu  $n = 8.643.122$  Versicherten. In Kapitel 3 werden zunächst Ergebnisse zur Häufigkeit von DiGA-Verordnungen präsentiert. Anschließend widmet sich ein Abschnitt dem Indikationsspektrum der im Jahr 2022 verordneten DiGA, wobei auch das fachgruppenspezifische Ordnungsverhalten betrachtet wird. Nachfolgend werden Ergebnisse zu den acht im Jahr 2022 am häufigsten verordneten DiGA präsentiert, denen 2022 mehr als zwei Drittel aller DiGA-Verordnungen zuzuordnen waren. Dabei werden sowohl Abschätzungen hinsichtlich der Größe des potenziellen Anwenderkreises als auch Ergebnisse zur Häufigkeit von dokumentierten Verordnungen außerhalb der formal definierten Zielpopulationen dargestellt. Basierend auf einer im März 2023 durchgeführten Versichertenbefragung mit insgesamt 1.711 Teilnehmenden werden zu den acht DiGA zudem jeweils auch Erfahrungen aus Sicht von Patientinnen und Patienten präsentiert. Zwei abschließende Abschnitte befassen sich schließlich mit der Frage, inwiefern sich – neben Indikationen und Kontraindikationen – auch weitere Merkmale von Versicherten identifizieren lassen, die einen Einfluss auf die Häufigkeit der Anwendung von DiGA haben und in welchem Rahmen sich die Kosten für DiGA im Vergleich zu anderen Kosten für die ambulante Versorgung bewegen. Das Kapitel 4 zum Schwerpunkt beruht auf den Ergebnissen einer Befragung von  $n = 1.000$  Ärztinnen und Ärzten sowie von psychologischen Psychotherapeutinnen und

-therapeuten im November und Dezember 2023, wobei Kenntnisse und Einstellungen zu sowie Erfahrungen mit DiGA aus der Perspektive von Behandlerinnen und Behandlern ausführlich beleuchtet werden.

## Verordnungshäufigkeit, Indikationsspektrum, fachgruppenspezifische Verordnungen von DiGA

- 2022 wurden nach bevölkerungsbezogen gewichteten Auswertungen von BARMER-Daten 271 DiGA je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, also weniger als drei je 1.000, verordnet oder beantragt. 2021 waren es erst 128 je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Bei Frauen wurden dabei etwa doppelt so viele DiGA wie bei Männern verordnet (oder beantragt). Bezogen auf die Bevölkerung könnten 2022 schätzungsweise knapp 230.000 DiGA verordnet oder beantragt worden sein, bezogen auf GKV-Versicherte waren es rund 200.000 und damit mehr als doppelt so viele wie 2021.
- DiGA werden weit überwiegend bei Personen im Erwerbsalter verordnet. Während geringe Verordnungsraten bei Jüngeren aus dem oftmals bei DiGA-Anwendungen geforderten Mindestalter von 18 Jahren resultieren, lassen sich niedrige Verordnungsraten in höherem Alter jenseits des 70. Lebensjahres nur zu einem sehr kleinen Teil durch entsprechende Altersbegrenzungen bei einigen DiGA erklären. Hier dürfte die geringere Affinität älterer Generationen zu digitalen Anwendungen eine größere Rolle spielen.
- Die insgesamt 42 unterschiedlichen im Jahr 2022 verordneten DiGA wiesen insgesamt ein sehr überschaubares Indikationsspektrum auf, wobei relativ wenige DiGA das Verordnungsgeschehen dominierten. Alle DiGA wurden für Auswertungen zum Report einer von 18 Anwendungskategorien zugeordnet. Mehr als die Hälfte aller DiGA-Verordnungen ließen sich dabei drei dieser 18 Anwendungskategorien zuordnen (Bewegungsapparat, Adipositas, Tinnitus). Vier Fünftel aller Verordnungen entfielen auf die verordnungsstärksten sechs Kategorien (neben den zuvor genannten drei Kategorien Depressionen, Angst- sowie Schlafstörungen, vgl. Tabelle 3.2). 96 Prozent aller beantragten oder verordneten DiGA wurden 2022 genehmigt, womit den Betroffenen dann von der Krankenkasse auch ein Freischaltcode für die jeweilige DiGA übermittelt wurde.
- Mehr als ein Drittel aller DiGA-Verordnungen erfolgte durch (die große Gruppe der) Hausärztinnen und Hausärzte. Bei einigen Anwendungskategorien dominierten jedoch

andere Fachgruppen das Verordnungsgeschehen. So waren mehr als vier Fünftel aller Verordnungen aus den Kategorien Bewegungsapparat sowie Tinnitus den Fachgruppen „Orthopädie, Chirurgie“ beziehungsweise „Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde“ zuzuordnen (vgl. Tabelle 3.2).

- Pro Behandlerin oder Behandler wurden 2022 nach Fachgruppenvergleichen von den HNO-Fachärztinnen und -Fachärzten mit durchschnittlich 5,2 Verordnungen innerhalb des Jahres insgesamt die meisten DiGA verordnet, wobei von dieser Fachgruppe fast ausschließlich DiGA zur Behandlung des Tinnitus verordnet wurden. Allein die Verfügbarkeit von DiGA für eine einzelne Indikation führte demnach 2022 dazu, dass eine bestimmte Fachgruppe „Spitzenreiter bei DiGA-Verordnungen“ war.
- Betrachtet man einzelne Fachgruppen, waren Patientinnen und Patienten von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit einem Anteil von 0,3 Prozent am häufigsten von DiGA-Verordnungen betroffen, was aus einer vergleichsweise umfangreichen Verfügbarkeit von DiGA zur Behandlung psychischer Störungen resultiert. Je 1.000 Patientinnen und Patienten dieser Fachgruppe erhielten etwa drei eine DiGA-Verordnung. Da von Behandlerinnen und Behandlern aus dieser Fachgruppe durchschnittlich innerhalb eines Jahres eine nur vergleichsweise sehr geringe Zahl an Patienten behandelt wird, spielen sie im Hinblick auf die Gesamtverordnungszahlen an DiGA trotz der beschriebenen Ergebnisse nur eine untergeordnete Rolle.

## Verordnungsrelevante DiGA – Einzelbetrachtungen

Zu den acht verordnungsrelevantesten DiGA des Jahres 2022 werden im Rahmen des Schwerpunkts umfangreiche Ergebnisse zu Zielgruppen der einzelnen DiGA, zur Einhaltung formaler Verordnungskriterien sowie auch zu Erfahrungen von Nutzerinnen und Nutzern dargestellt, die in einer Versichertenbefragung der BARMER im März 2023 erfasst werden konnten. Dabei waren diesen acht näher betrachteten DiGA im Jahr 2022 mehr als zwei Drittel aller DiGA-Verordnungen des Jahres zuzuordnen. Ergebnisse werden für die DiGA Vivira, Kalmeda, zanadio, somnio, deprexis, Oviva Direkt, Selfapys Online-Kurs bei Depression sowie companion patella präsentiert (Listung nach absteigender Verordnungshäufigkeit 2022). Alle hier genannten DiGA sind zwischenzeitlich dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen worden.

- Gemäß den zu den einzelnen DiGA explizit und formal spezifizierten Diagnosen im Sinne von Indikationen und Kontraindikationen und unter Einhaltung von Altersbeschränkungen ließen sich für die acht näher betrachteten DiGA in Routinedaten sehr unterschiedlich große Zielpopulationen ausmachen. Während nach bevölkerungsbezogen gewichteten Auswertungen von BARMER-Daten 2022 bei der DiGA companion patella (zum Einsatz bei Knieproblemen) 1,1 Prozent der Bevölkerung beziehungsweise rund 940.000 Menschen in Deutschland als potenzielle Zielpopulation gelten konnten, waren es bei der DiGA Vivira (zur Behandlung von Rückenproblemen) trotz der erst im Februar 2022 weiter eingegrenzten Kriterien noch 14,3 Prozent der Bevölkerung und damit rund zwölf Millionen Menschen. Als Zielpopulationen mit Depression konnten sieben beziehungsweise sechs Millionen Menschen identifiziert werden (DiGA deprexis und Selfpays Online-Kurs bei Depression). Bei Tinnitus und Adipositas waren es nach aktuelleren Kriterien etwa 2,4 Millionen und bei Schlafstörungen 1,7 Millionen. Hinzuweisen ist darauf, dass die beiden Adipositas-DiGA zanadio und Oviva Direkt nach anfänglich gültigen Kriterien noch bei mehr als sechs Millionen Menschen hätten eingesetzt werden können. Obwohl die hier ausschließlich betrachteten formalen Kriterien keinesfalls alleinige und inhaltlich ausreichende Kriterien für Verordnungen von DiGA sind, deuten die Ergebnisse dennoch auf einen zumindest potenziell sehr großen Anwenderkreis bei vielen DiGA hin.
- Ein anfänglich sehr überraschendes Ergebnis der Auswertungen war, dass DiGA – trotz der oftmals großen Zielpopulation – dennoch häufig auch ohne die Dokumentation einer Indikationsdiagnose und/oder unter zumindest scheinbarer Missachtung dokumentierter Diagnosen im Sinne von Kontraindikationen verordnet werden. Lediglich bei der Tinnitus-App Kalmeda (ohne explizit spezifizierte Kontraindikationen) waren formale Anwendungskriterien nahezu immer erfüllt. Selbst unter Zugrundelegung anfänglich gültiger und weiter gefasster Kriterien waren demgegenüber rund zwei Fünftel der Verordnungen der beiden Adipositas-DiGA nicht der Zielpopulation zuzuordnen, wobei in diesen Fällen häufiger Kontraindikationen in den Routinedaten dokumentiert waren. Ähnliches gilt für die DiGA Vivira. Bei Verordnungen von DiGA wegen Schlafstörungen und Depressionen fehlten häufiger die spezifisch geforderten Indikationsdiagnosen (wobei für die Verordnung von Selfpays Online-Kurs bei Depression allerdings zu Anfang des Jahres 2022 auch noch unspezifische Depressionsdiagnosen als Indikation ausreichten). Auf den ersten Blick deuten die Ergebnisse darauf hin, dass

die zu DiGA spezifizierten Indikationen und Kontraindikationen von einem Teil der Behandlerinnen und Behandlern wenig beachtet wird und/oder zumindest die Dokumentation einer Indikationsdiagnose in den Abrechnungsdaten für wenig relevant erachtet wird. Insgesamt dürfte allerdings für viele Behandlerinnen und Behandler auch der Zugang zu Informationen über DiGA bei nur seltenen Verordnungen wenig eingeübt gewesen sein. Es lässt sich zudem vermuten, dass Behandlerinnen und Behandler auch seitens der Praxissoftware bislang nicht wesentlich bei der Verordnung von DiGA unterstützt wurden und werden.

- Im Rahmen der DiGA-Einzelbetrachtungen wurden ausschließlich Erstattungen an DiGA-Hersteller innerhalb von 91 Tagen ab Verordnung berücksichtigt. Pro Person mit entsprechend dokumentierten Erstattungen wurden für 2022 verordnete DiGA durchschnittlich Beträge zwischen 236 Euro (für 1,02 erstattete Verordnungen von deprexis) und 711 Euro (für 1,42 erstattete Verordnungen der DiGA zanadio pro Betroffenen) gezahlt.
- Nach Befragungsangaben von betroffenen Versicherten wurde eine DiGA-Nutzung oftmals von der Behandlerin oder dem Behandler empfohlen. Insbesondere bei den beiden Adipositas-DiGA zanadio und Oviva Direkt spielte jedoch auch Werbung seitens des Herstellers eine vergleichsweise große Rolle.
- Eine Nutzung der verordneten oder beantragten DiGA über einen Zeitraum von weniger als einem Monat gaben zwischen 4,7 Prozent (Nutzerinnen und Nutzer von Oviva Direkt) und 28,3 Prozent (Nutzerinnen und Nutzer von Selfapys Online-Kurs bei Depression) an. Im Mittel über alle im Rahmen der Versichertenbefragung erfassten DiGA war dies bei 14,8 Prozent der Fall.

## Determinanten und Kosten von DiGA-Verordnungen

Nachdem geringe Verordnungsraten bei Versicherten im höheren Alter bereits durch die deskriptiven Auswertungen eindrücklich belegt erschienen, beschränkten sich Analysen zu weiteren Determinanten von DiGA-Verordnungen (beziehungsweise zu den aufgrund der hohen Genehmigungsraten weitgehend identisch interpretierbaren DiGA-Genehmigungen) auf Versicherte im Alter von 18 bis 65 Jahren. Für alle acht häufig verordneten DiGA wurden separate Prädiktionsmodelle zur Vorhersage von DiGA-Verordnungen 2022 berechnet. Sechs der acht Modelle wiesen eine schlechte Vorhersagegüte auf – mit den

berücksichtigten Versichertenmerkmalen konnten DiGA-Verordnungen demnach zumeist nur sehr eingeschränkt vorhergesagt werden.

- Alle acht DiGA wurden – auch unter gleichzeitiger Kontrolle für anderweitige Einflussfaktoren inklusive der Indikations- sowie Kontraindikationsdiagnosen – bei Frauen signifikant häufiger als bei Männern genehmigt. Besonders eklatant waren die Unterschiede bei den beiden Adipositas-DiGA zanadio und Oviva Direkt, die bei Frauen 4,0-beziehungsweise 3,1-mal häufiger als bei Männern mit entsprechenden Risikofaktoren genehmigt wurden. Über Ursachen kann an dieser Stelle nur spekuliert werden. Möglicherweise resultieren die Ergebnisse maßgeblich auch aus einer oftmals fehlenden Motivation bei Männern, etwas gegen ihr Übergewicht zu unternehmen.
- Indikationsdiagnosen waren erwartungsgemäß, dabei jedoch bei einzelnen DiGA in sehr unterschiedlichem Maß, mit erhöhten Wahrscheinlichkeiten für DiGA-Verordnungen assoziiert. Überraschenderweise galt dies tendenziell auch für 2021 dokumentierte Diagnosen im Sinne von Kontraindikationen. Wie schon die vorausgehend erläuterten Auswertungen weisen auch diese Ergebnisse darauf hin, dass die zu DiGA formal beschriebenen Kontraindikationen oftmals ignoriert werden.
- Bei allen acht DiGA ließen sich für Bewohnerinnen und Bewohner ländlicher Regionen im Vergleich zu Bewohnerinnen und Bewohnern städtischer Regionen signifikant reduzierte Wahrscheinlichkeiten für Genehmigungen von DiGA nachweisen. Ähnlich wie Ergebnisse zur Häufigkeit von DiGA-Verordnungen in Bundesländern spricht auch dieses Ergebnis nicht dafür, dass DiGA gehäuft in unterversorgten Regionen eingesetzt werden, sondern eher für die These, dass Behandlerinnen und Behandler in städtischen Regionen DiGA gehäuft verordnen – möglicherweise aufgrund der eigenen Aufgeschlossenheit oder auch einer größeren Aufgeschlossenheit von Patientinnen und Patienten.

Ein letzter Abschnitt zu Auswertungen von Routinedaten vermittelt einen Eindruck zu Kosten von DiGA im Verhältnis zu anderweitigen Kosten für die ambulante Versorgung. Bei Versicherten mit Erstattung mindestens einer DiGA innerhalb des Jahres 2022 (A) wurden zugleich auch die approximativen Kosten für ambulante ärztliche und psychotherapeutische Leistungen (B) sowie Kosten für Arzneimittelverordnungen (C) ermittelt, wobei auch hier separate Ergebnisse für die acht häufig verordneten DiGA präsentiert



werden (vgl. Tabelle 3.31). Bei den hier betrachteten Personen entfielen schätzungsweise 13,6 Prozent der Gesamtkosten für ambulante Behandlungen (im Sinne von A, B und C) auf die Kosten für DiGA. Besonders hoch lag der Anteil bei Anwenderinnen und Anwendern der DiGA zanadio mit 22,4 Prozent, wobei diese DiGA mit einer herstellerseitig über zwölf Monate empfohlenen Anwendung bei einer Reihe von Betroffenen bereits im Jahr 2022 für mehrere Nutzungszeiträume von 90 Tagen erstattet wurde. Zwangsläufig können die hier gezeigten Ergebnisse aufgrund der sich erst etablierenden DiGA-Anwendung lediglich die Momentaufnahme eines noch frühen Entwicklungsstadiums sein. Betrachtet man die Kosten bei Personen, die bereits DiGA nutzen, zeigt sich, dass durchaus erhebliche Kosten anfallen können.

## DiGA aus Perspektive von Behandlerinnen und Behandlern

Im November und Dezember 2023 wurden im Auftrag der BARMER insgesamt 1.000 Behandlerinnen und Behandler aus dem DocCheck Panel online über Einstellungen und Erfahrungen zu DiGA befragt, die ambulant in einer Praxis mit Kontakt zu Patientinnen und Patienten (mehrheitlich) im Alter ab 18 Jahren tätig waren.

- Mehr als 95 Prozent der Befragten gaben an, dass ihnen die Möglichkeit zur Verordnung von DiGA zumindest grundsätzlich bekannt sei. Dabei schätzte ein Drittel der Behandlerinnen und Behandler den eigenen Informationsstand jedoch als schlecht oder sehr schlecht ein. Vier Fünftel stimmten der Aussage zumindest teilweise zu, dass Informationen zu den einzelnen DiGA unzureichend seien, darunter 43 Prozent überwiegend oder vollständig.
- Als Informationsquelle zu DiGA wurden am häufigsten Publikationen in Fachzeitschriften angegeben. Das DiGA-Verzeichnis des BfArM hatten 45 Prozent der Behandlerinnen und Behandler nach eigenen Angaben noch nie genutzt.
- 56 Prozent aller Ende 2023 befragten Behandlerinnen und Behandler gaben an, in den vergangenen zwölf Monaten wenigstens eine DiGA selbst verordnet zu haben. Nur 2,5 Prozent der Befragten gaben dabei Verordnungsmengen an, die im Jahresmittel der wöchentlichen Verordnung mindestens einer DiGA entsprachen. Auch nach Befragungsangaben bildeten HNO-Ärztinnen und -Ärzte diejenige Fachgruppe mit den höchsten Verordnungszahlen, wobei die Schätzwerte nach Selbstangaben (vorrangig

zum Jahr 2023) deutlich höher als nach Auswertungen zu Routinedaten im Jahr 2022 lagen.

- Rund 70 Prozent der Befragten wurden bereits von Patientinnen oder Patienten auf DiGA angesprochen. Am häufigsten wurden DiGA von Behandlerinnen und Behandlern in Kombination mit anderen Therapien verordnet. 19 Prozent von ihnen vermuten häufiger oder sehr häufig, dass eine zuvor verordnete DiGA nicht genutzt wurde.
- Insgesamt scheinen viele Befragte positive Einflüsse der DiGA auf die Behandlung beobachtet zu haben. 46,5 Prozent der Befragten machten häufig oder sehr häufig die Beobachtung, dass die DiGA die Behandlung sinnvoll unterstützte. Die Erfahrung, dass die DiGA maßgeblich zur Verbesserung der Erkrankung beitrug, machten 36 Prozent der Befragten häufig oder sehr häufig. Dementsprechend wird die Option zur Verordnung von DiGA vom weit überwiegenden Teil der Behandlerinnen und Behandler grundsätzlich positiv bewertet.
- Während bei Behandlerinnen und Behandlern zudem überwiegend positive Erwartungen auch im Hinblick auf Fortschritte bei DiGA bestehen, werden die Erwartungen im Hinblick auf zukünftige Auswirkungen der Digitalisierung auf die eigene Praxis und Patientenversorgung deutlich verhaltener eingestuft.
- Abschließende Auswertungen zu Abhängigkeiten der DiGA-Verordnungen vom Alter sowie der eigenen Nutzung von Gesundheits-Apps durch Behandlerinnen und Behandler zeigen geringere Verordnungszahlen bei Älteren und höhere Verordnungszahlen, wenn Behandlerinnen und Behandler auch selbst (beliebige) Gesundheits-Apps nutzen, was darauf hindeutet, dass Verordnungen auch mit der persönlichen Affinität der Behandlerinnen und Behandler zu digitalen Anwendungen zusammenhängen.

Eine Vielzahl der Ergebnisse lässt vermuten, dass zukünftig, auch mit einer Verjüngung der Altersstruktur bei Behandlerinnen und Behandlern sowie mit nachwachsenden Patientengenerationen, mit einer weiter zunehmenden Zahl an DiGA-Verordnungen zu rechnen ist.





# **Kapitel 1**

## **Vorbemerkungen zu Routineauswertungen**

# 1 Vorbemerkungen zu Routineauswertungen

88% der Bevölkerung  
gesetzlich kranken-  
versichert

## 1.1 Hintergrund

**Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung** Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) waren im Dezember 2022 insgesamt 74.271.046 Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Als Jahresdurchschnitt wurden für 2022 in der Mitgliederstatistik KM1 73.629.888 Versicherte ausgewiesen (BMG, 2023b). Vom Statistischen Bundesamt wurde auf Basis von Fortschreibungen des Zensus 2011 die durchschnittliche Bevölkerung in Deutschland für 2022 insgesamt mit 83.797.985 Personen angegeben, zum Jahresende waren es 84.358.845 (Statistisches Bundesamt, 2023). Gemäß diesen Angaben dürften, wie in den Vorjahren, auch 2022 rund 88 Prozent der Bevölkerung in der Bundesrepublik in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beziehungsweise bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert gewesen sein. Eine geringfügig niedrigere Rate erhält man, sofern man bei den GKV-Versicherten die im Ausland wohnhaften Versicherten nicht berücksichtigt.

**Bedeutung der Daten zur ambulant-ärztlichen Versorgung** Zur Abwicklung von Finanztransfers, die unter anderem zwischen Krankenkassen und Versicherten beziehungsweise Krankenkassen und Leistungserbringern sowie im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (RSA) stattfinden, ist die Erfassung einer Vielzahl von Daten notwendig. Ab dem Erfassungsjahr 2008 und mit finanziellen Auswirkungen seit 2009 haben Diagnosen aus der ambulanten und stationären Versorgung sowie Angaben zu Arzneverordnungen über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) auch einen Einfluss auf den Finanzausgleich zwischen den einzelnen Krankenkassen in der GKV. Routinedaten der Krankenkassen beinhalten vor diesem Hintergrund und mit ihrer längsschnittlich angelegten Erfassung Informationen, die wichtige Erkenntnisse zum Gesundheitszustand der Bevölkerung und zum Leistungsgeschehen im Rahmen der alltäglichen Versorgung liefern können. Die Erschließung entsprechender Erkenntnisse mit einem Fokus auf die ambulante Versorgung ist Ziel des BARMER Arztreports.

**Arztreport der BARMER** Der BARMER Arztreport ist eine Fortführung des 2006 erstmals erschienenen GEK-Reports ambulante-ärztliche Versorgung. Seit den Auswertungen zum BARMER GEK Arztreport 2013 konnte auf vereinheitlichte Datenbestände der im Jahr 2010 fusionierten BARMER und GEK zurückgegriffen werden. Am 1. Januar 2017 fusionierte die BARMER GEK mit der Deutschen BKK schließlich zur „neuen“ BARMER. Daten für Auswertungen zum Arztreport werden, beginnend mit dem Arztreport 2018, vor diesem Hintergrund verkürzt als BARMER-Daten bezeichnet. Daten zu vormaligen Versicherten der Deutschen BKK sind bei den Routineauswertungen beginnend ab dem Beobachtungsjahr 2017 einbezogen.

**Berücksichtigte Bevölkerungsanteile** Im vorliegenden BARMER Arztreport 2024 konnten Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung der BARMER aus insgesamt 18 Jahren von 2005 bis 2022 berücksichtigt werden. Ergebnisdarstellungen zu Routineauswertungen beschränken sich dabei vorrangig auf die Jahre ab 2010. In die Auswertungen zum Routineteil des Arztreports zum Jahr 2022 flossen Daten zu 8.678.134 Versicherten mit einer nachweislichen Versicherung bei der BARMER in allen vier Quartalen des Jahres ein. Enthalten ist in dieser Zahl ein Anteil von 0,4 Prozent an Versicherten ohne Zuordnung zu einer Wohnregion innerhalb Deutschlands. Der Anteil der mit den Daten berücksichtigten Bevölkerung variiert in den einzelnen Bundesländern zwischen gut fünf Prozent (Bremen) und gut 17 Prozent (Brandenburg) und liefert so eine breite und empirisch belastbare Ausgangsbasis für populationsbezogene Aussagen zu vielen gesundheitsrelevanten Fragestellungen.

Routineauswertungen  
zum Jahr 2022 mit Daten  
zu gut 10% der Bevölkerung  
in Deutschland

Abbildung 1.1: Anteil der BARMER-Versicherten in Prozent an der Bevölkerung in Bundesländern im Jahr 2022



Quelle: BARMER-Daten 2022, Statistisches Bundesamt 2023



## 1.2 Verfügbarkeit und Umfang der Daten zur ambulanten Versorgung

**Datenverfügbarkeit** Erst seit dem Jahr 2004 werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die für die Abrechnung der Leistungen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten mit den gesetzlichen Krankenkassen zuständig sind, weitgehend genau die Informationen zu Behandlungsfällen an die Krankenkassen versichertenbezogen übermittelt, welche die KVen zuvor von ihren Ärztinnen und Ärzten patientenbezogen zur Abrechnung erbrachter Leistungen erhalten. Art und Struktur der an die KVen beziehungsweise Krankenkassen gelieferten Informationen entsprechen dabei den Inhalten der früher gebräuchlichen papiergebundenen Abrechnungsscheine, die vor der Einführung von EDV-Verfahren zur quartalsweisen Abrechnung von Behandlungsfällen von den Ärztinnen und Ärzten bei den für sie zuständigen KVen eingereicht wurden. Entsprechende Daten zu Versicherten der BARMER können im Rahmen des Arztreports ab dem Jahr 2005 betrachtet werden. Einen Überblick zu wesentlichen Kennzahlen zur ambulanten Versorgung, die aus entsprechenden Daten abgeleitet werden können, gibt Tabelle 1.1. Ausführlichere Erläuterungen zu Struktur und Inhalten der Daten sowie zu relevanten Veränderungen dieser Daten seit dem Jahr 2005 sind dem BARMER Arztreport 2018 auf den Seiten 30 bis 42 zu entnehmen.

Sowohl für krankenkassenseitige als auch für wissenschaftliche Auswertungen stehen Daten aus der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erst mit einer zeitlichen Verzögerung zur Verfügung. Typischerweise ist nach bisherigen Erfahrungen mit einer weitgehend vollständigen Verfügbarkeit von bundesweiten Daten aus allen KVen erst mehr als sechs Monate nach Ende eines Abrechnungsquartals zu rechnen. Die im Arztreport 2024 präsentierten Auswertungsergebnisse basieren auf Datenlieferungen der KVen bis etwa Juli 2023. Daten für Behandlungen im hier vorrangig betrachteten Jahr 2022 lagen zu diesem Zeitpunkt von allen KVen formal vollständig vor.

Ärztliche Behandlungen im Rahmen der ambulanten Versorgung sind verhältnismäßig häufige Ereignisse. Dies gilt insbesondere, wenn man sie mit anderen Ereignissen vergleicht, die in den Daten von Krankenkassen gleichfalls mit Diagnoseangaben erfasst werden (wozu regulär auch Arbeitsunfähigkeiten und Krankenhausbehandlungen zählen).

**Tabelle 1.1: Wesentliche Zählgrößen zu Daten aus der ambulanten ärztlichen Versorgung**

Bezeichnung	Anmerkung
Abrechnungsfälle, Behandlungsfälle	Alle Behandlungen einer Patientin / eines Patienten in einer Arztpraxis innerhalb eines Quartals bilden typischerweise genau einen Abrechnungsfall, der in den Daten als solcher separat dokumentiert wird und entsprechend gezählt werden kann.
Anteil der Versicherten mit Abrechnung von Leistungen	Anteil der Versicherten mit mindestens einer ambulant abgerechneten Leistung innerhalb eines definierten Zeitraums (beispielsweise im Quartal oder Kalenderjahr) im Sinne von Betroffenenraten beziehungsweise Betroffenenanteilen mit Kontakt zur ambulanten Versorgung
Tage mit Abrechnungen von Leistungen	differenzierbare Tagesdatumsangaben mit Dokumentation von Leistungen, wobei Leistungen aus unterschiedlichen Praxen an einem Tag separat berücksichtigt werden; vor der Einführung der pauschalisierten Vergütung im Jahr 2008 Basis zur Abschätzung der Anzahl der Arztkontakte
Anzahl der Diagnosen	Anzahl der (primär fallbezogen) dokumentierten Diagnoseschlüssel, zunächst gegebenenfalls inklusive redundanter Diagnoseangaben zu einzelnen Patientinnen und Patienten durch eine/-n oder mehrere Ärztinnen und Ärzte
Anzahl der differenzierbaren Diagnosen	Anzahl unterschiedlicher gültiger Diagnoseschlüssel auf einer ausgewählten Differenzierungsebene in einem definierten Zeitraum (zum Beispiel unterscheidbare ICD-10-Schlüssel dreistellig in einem bestimmten Kalenderjahr)
Anzahl der dokumentierten Leistungen	Anzahl der dokumentierten Abrechnungsschlüssel, vorrangig im Sinne von EBM-Ziffern und damit im Sinne abrechnungsrelevanter Leistungen
Punktsummen für Behandlungsaufwendungen	Summe der in Daten (primär fallbezogen) dokumentierten Punkte für erbrachte Leistungen (die erst unter Annahme eines spezifischen Punktwerts in Gelbbeträge umgerechnet werden können)
ausgewiesene Gelbbeträge für Behandlungsaufwendungen	Summe der (primär fallbezogen) dokumentierten Gelbbeträge für Behandlungsaufwendungen. Gelbbeträge werden alternativ zu Punkten für die Abrechnung bestimmter Leistungen und Aufwendungen verwendet (beispielsweise das Briefporto).
Behandlungskosten	kalkulierte Behandlungsaufwendungen unter Annahme eines bestimmten Punktwerts = (primär ausgewiesene Gelbbeträge + [Punktsumme × angenommener Punktwert])

Zu den Versicherten der BARMER wurden im hier vorrangig betrachteten Jahr 2022 insgesamt 82,3 Millionen ambulant-ärztliche Behandlungsfälle mit 383,4 Millionen Diagnoseeinträgen und 728,6 Millionen Abrechnungsziffern dokumentiert. Die wissenschaftlich nutzbaren Daten der BARMER zur ambulant-ärztlichen Versorgung in den 18 Jahren von 2005 bis 2022 umfassen insgesamt 1,4 Milliarden Behandlungs- beziehungsweise Abrechnungsfälle mit 5,8 Milliarden Diagnoseangaben und 10,6 Milliarden Abrechnungsziffern.

Auswertungen mit  
Rückgriff auf 5,8 Mrd.  
Diagnoseangaben aus  
18 Jahren von 2005  
bis 2022

### 1.3 Methoden, Standardisierung, Übertragbarkeit

Die Auswertungen zum BARMER Arztreport 2024 beruhen in allen berücksichtigten Jahren ab 2005 auf Daten zur ambulanten Versorgung von jeweils mindestens rund zehn Prozent der Bevölkerung in Deutschland.

#### Abgrenzung der Untersuchungspopulationen

Die Untersuchungs- beziehungsweise Bezugspopulation für Berechnungen von Jahresergebnissen zur ambulanten ärztlichen Versorgung bilden im Rahmen von Routineauswertungen des Arztreports immer genau diejenigen Versicherten, zu denen in allen Quartalen des betrachteten Jahres jeweils mindestens ein Versicherungstag mit Leistungsanspruch dokumentiert war, wobei – beginnend mit dem Arztreport 2022 – für einen überwiegenden Teil der Auswertungen ausschließlich Personen mit dokumentiertem Wohnort in Deutschland berücksichtigt wurden (vgl. folgenden Abschnitt zur Standardisierung). Ergebnisse werden damit für inländisch wohnhafte Versicherte berichtet, die de facto weit überwiegend und im Jahr 2022 nachweislich 99,8 Prozent der Tage des Jahres bei der BARMER versichert waren. Artifizuell erniedrigte Ergebnisse durch Ein- und Austritte von Versicherten im Jahresverlauf werden damit vermieden. Aus der Anwendung dieser Regel resultiert allerdings, dass sich Angaben zu Neugeborenen (Altersgruppe 0 Jahre) auf Neugeborene im ersten Quartal eines Jahres beschränken, was auch in dieser Gruppe zu sinnvoll interpretierbaren „Jahresergebnissen“ führt. Verstorbene werden mit diesem Vorgehen für Standardauswertungen ausschließlich bei Todesfällen (und Versicherungsende) im vierten Quartal berücksichtigt.

## Standardisierung nach Geschlecht, Alter und Wohnort

Um Unterschiede der hier betrachteten BARMER-Untersuchungspopulation(en) hinsichtlich der Geschlechts- und Altersstruktur im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in Deutschland auszugleichen, wurden im Arztreport seit Anbeginn und bis zum Report 2021 alle übergreifend berichteten Ergebnisse geschlechts- und altersstandardisiert (beziehungsweise alternativ mit einer entsprechenden Gewichtung ermittelt), wobei auf Angaben des Statistischen Bundesamtes zur durchschnittlichen Bevölkerung Deutschlands in einzelnen Berichtsjahren zurückgegriffen wurde. Während Trenddarstellungen mit einheitlicher Standardisierung gemäß der durchschnittlichen Bevölkerung 2005 erfolgten, wurden aktuelle Jahresergebnisse – sofern möglich – entsprechend den Angaben des Statistischen Bundesamtes zum jeweiligen Beobachtungsjahr standardisiert.

**Methodische Erweiterung ab 2022** Beginnend mit dem Arztreport 2022 wurde das Vorgehen bei der Standardisierung modifiziert und erweitert. Neben dem Geschlecht sowie 20 Altersgruppen wird bei der Standardisierung von Routineergebnissen zusätzlich auch die regionale Verteilung der Wohnbevölkerung in Deutschland auf die 16 Bundesländer berücksichtigt. Dementsprechend werden Ergebnisse zunächst für einzelne Geschlechts- und Altersgruppen innerhalb der 16 Bundesländer errechnet und dann gemäß der anteiligen Bedeutung dieser  $2 \times 20 \times 16 = 640$  Gruppen in der Bevölkerung Deutschlands zusammengefasst. Durch die Standardisierung werden gegebenenfalls abweichende Verteilungen der betrachteten BARMER-Versichertenpopulation auf die 640 Gruppen im Vergleich zur Bevölkerung in Deutschland ausgeglichen und Ergebnisse erzielt, wie sie in einer hinsichtlich dieser Verteilung vollständig repräsentativen Stichprobe der Bevölkerung in Deutschland zu erwarten wären.

Standardisierung gemäß  
Bevölkerungszahl nach  
Geschlecht, Alter und  
Wohnort in den 16 Bundesländern

Für die Standardisierung wurden Bevölkerungsangaben des Statistischen Bundesamtes auf Grundlage des Zensus 2011 genutzt, die primär in einer (im Report nur bedarfsweise genutzten) noch weiteren Differenzierung nach Ein-Jahres-Altersgruppen regelmäßig öffentlich und für jeden zugänglich bereitgestellt werden, wobei diese Daten jeweils den Bevölkerungsstand am 31. Dezember eines jeweiligen Jahres beschreiben (Statistisches Bundesamt, 2023a).

Aus derart standardisierten Ergebnissen lassen sich bei Bedarf relativ einfach auch absolute Kennzahlen zur ärztlichen Versorgung der deutschen Bevölkerung generieren (beispielsweise Abschätzungen der absoluten Anzahl der Personen mit einer bestimmten Diagnose in Deutschland durch Multiplikation einer im Report berichteten anteiligen [Prozent-]Angabe mit der zugehörigen Bevölkerungszahl). Um realistische Hochrechnungen, beispielsweise für Ergebnisse aus dem Jahr 2022, zu erhalten, müssen dann jeweils immer Bevölkerungsangaben zu genau diesem Jahr verwendet werden. Die Ergebnisse mit einer Standardisierung nach dieser Geschlechts- und Altersstruktur der Bevölkerung in Bundesländern werden im Report durch das Kürzel D2022BL gekennzeichnet.

D2022BL: Kennzeichnung von Ergebnissen mit Standardisierung gemäß geschlechts- und altersspezifischen Bevölkerungsangaben zu Bundesländern 2022

Um längerfristige Trends von Kennzahlen unabhängig von den demografischen Veränderungen in der Bevölkerung im Verlauf über mehrere Jahre darzustellen, können Ergebnisse aus unterschiedlichen Jahren auch einheitlich mit Rückgriff auf ein und dieselbe Standardpopulation standardisiert werden. Bei derart standardisierten Ergebnissen ist dann ausgeschlossen, dass ermittelte Häufigkeiten, beispielsweise von bestimmten Krebserkrankungen, nur deshalb ansteigen, weil auch der Anteil von häufig betroffenen älteren Menschen über die Jahre in der Bevölkerung zugenommen hat. Bei Trenddarstellungen mit einheitlich standardisierten Ergebnissen lässt sich verkürzt auch von „Trends, bereinigt um demografische Effekte“ sprechen.

Trends, bereinigt um demografische Effekte durch einheitliche Standardisierung in allen Beobachtungsjahren

Aufgrund der Komplexität der Auswertungen werden einige nur bundesweit durchgeführte Auswertungen zum Routineteil des Arztreports wie in den Vorjahren mit einer Standardisierung nach Geschlechts- und Altersgruppen gemäß der jeweils aktuellen durchschnittlichen Bevölkerung in Deutschland ohne eine Differenzierung nach Bundesländern durchgeführt, wobei Ergebnisse entsprechend gekennzeichnet sind (Kürzel für die Bevölkerung 2022: D2022). Nach Gegenüberstellungen von Ergebnissen, die in beiden Varianten berechnet wurden, unterscheiden sich die bundesweit ermittelten Ergebnisse mit den leicht unterschiedlichen Standardisierungen dabei in der Regel nur marginal. Im Schwerpunktkapitel werden vor dem Hintergrund inhaltlich-methodischer Überlegungen zum Teil auch abweichende Populationen und Gruppeneinteilungen zur Standardisierung verwendet, die gegebenenfalls an den entsprechenden Stellen erläutert werden.

## Übertragbarkeit

Die gewählte Standardisierung der Ergebnisse gleicht mögliche Effekte einer fehlenden Repräsentativität von BARMER-Versicherten für die Bevölkerung im Hinblick auf die Geschlechts-, Alters- sowie Regionalverteilung aus. Eine Verallgemeinerung der Ergebnisse unterstellt jedoch, dass die Ergebnisse auf Basis von BARMER-Daten innerhalb der einzelnen Geschlechts- und Altersgruppen in den Bundesländern grundsätzlich auf die übrige Bevölkerung in jeweils genau diesen Subgruppen übertragbar sind. Diese Annahme dürfte im Hinblick auf viele der berichteten Ergebnisse zumindest annähernd korrekt sein. Sie kann und sollte jedoch im Einzelfall auch kritisch hinterfragt werden (zum Beispiel bei bestimmten berufsassoziierten Erkrankungen, sofern die entsprechenden Berufsgruppen in BARMER-Daten über- oder unterrepräsentiert sind).

### Hochrechnungen auf die Gesamtbevölkerung in Deutschland

In einer bewussten Entscheidung wurde als Standardpopulation für die vorliegenden Auswertungen die gesamte Bevölkerung Deutschlands gewählt, dementsprechend werden auch Hochrechnungen in Bezug auf die Gesamtbevölkerung angegeben. Damit werden BARMER-Ergebnisse nicht nur auf Versicherte der anderen gesetzlichen Krankenkassen übertragen, sondern vergleichbare Ergebnisse auch bei Versicherten der privaten Krankenversicherung (PKV) unterstellt. Für das Vorgehen spricht, dass selbst merklich abweichende Ergebnisse bei den etwa zwölf Prozent privat versicherten Personen in der Regel nicht zu grundlegenden Veränderungen der hier präsentierten Gesamtergebnisse für die Bevölkerung führen dürften. Als Hauptargumente für das gewählte Vorgehen lassen sich jedoch die einfachere Kommunikation sowie umfangreichere Möglichkeiten der Gegenüberstellung bei bevölkerungsbezogenen Ergebnissen im Vergleich zu GKV-bezogen ermittelten und hochgerechneten Ergebnissen anführen.







## **Kapitel 2**

# **Ambulante ärztliche Versorgung – Routineauswertungen**

## 2 Ambulante ärztliche Versorgung – Routineauswertungen

Im Rahmen von Auswertungen zum Arztreport wurde und wird, bedingt durch die Erfordernisse der gewählten Standardisierung, routinemäßig eine große Menge an Kennzahlen auch für bestimmte Bevölkerungssubgruppen ermittelt. Diese Ergebnisse konnten in der Vergangenheit in den gedruckten Reporten nur ausschnittsweise präsentiert werden.


**Bereitstellung interaktiver Grafiken** Um umfangreichere Ergebnisse präsentieren zu können, wird – beginnend mit dem Arztreport 2022 – eine Vielzahl an Ergebnissen zum Arztreport in Form interaktiv gestaltbarer Grafiken im Internet präsentiert. Diese Ergebnisse sind, neben einer mit der Zeit steigenden Zahl an Ergebnissen auch zu weiteren Reporten der BARMER, auf den Internetseiten des bifg – BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung abrufbar. Einen Zugang zu Ergebnissen unterschiedlicher Reporte ermöglicht dabei der Link [www.bifg.de/publikationen/reporte](http://www.bifg.de/publikationen/reporte).



[www.bifg.de/Y4Zk81](http://www.bifg.de/Y4Zk81)

Vor diesem Hintergrund werden im vorliegenden Kapitel 2 zu den Routineauswertungen regelmäßig nur noch sehr grundlegende Ergebnisse sowie Auswertungen dargestellt, die sich nicht für interaktive Darstellungen eignen. Insbesondere im Hinblick auf Ergebnisse mit Differenzierungen nach Altersgruppen und Wohnregionen in Bundesländern wird demgegenüber auf entsprechende Darstellungen im Internet verwiesen. Grundlegende Erläuterungen zu den Auswertungen werden jedoch durchgängig auch weiterhin im gedruckten Report enthalten sein.

### 2.1 Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung

Ein erster Abschnitt zu Routineauswertungen befasst sich mit arztgruppenübergreifend ermittelten Kennzahlen zur ambulanten ärztlichen sowie psychotherapeutischen Versorgung. Sämtliche Ergebnisse zu diesem Abschnitt lassen sich für die Jahre 2010 bis 2022 in Form einer interaktiven Grafik auch differenziert nach Geschlecht, Altersgruppen und Bundesländern abfragen und darstellen ([interaktive Grafik: Inanspruchnahme ambulante ärztliche Versorgung](#) .



[www.bifg.de/Y925Gp](http://www.bifg.de/Y925Gp)

**Behandlungsrate** Innerhalb eines Jahres hat nur ein kleiner Teil der Versicherten keinen Kontakt zur ambulanten ärztlichen Versorgung. Mit 92 bis 94 Prozent suchte nach Auswertungen von Abrechnungsdaten der weit überwiegende Teil der Bevölkerung in den vergangenen Jahren mindestens einmal eine Arztpraxis auf. Diese Aussage gilt grundsätzlich auch für das erste Jahr der Coronapandemie 2020, in dem bei 92,68 Prozent der Bevölkerung mindestens eine ärztliche Leistung abgerechnet wurde. Im Jahr 2019 hatte dieser Anteil bei 93,31 Prozent gelegen. Für 2021 sowie das aktuelle Berichtsjahr 2022 wurden Anteile von 94,15 sowie 93,97 Prozent ermittelt. Die Behandlungsrate ist damit von 2021 auf 2022 jahresbezogen marginal um 0,2 Prozent gesunken (vgl. Tabelle 2.1). Insgesamt wurden im Jahr 2022 in Deutschland nach den Ergebnissen der vorliegenden Hochrechnungen gut 79 Millionen Personen im Rahmen der ambulanten-ärztlichen Versorgung behandelt.

Behandlungsrate mit Abrechnung von Leistungen zu Lasten der Kasse 2022 im Vergleich zu 2021 weitgehend unverändert

**Abrechnungsfälle** Innerhalb des Jahres 2022 wurden von Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten insgesamt durchschnittlich 8,64 Behandlungsfälle pro Kopf der Bevölkerung abgerechnet (vgl. Tabelle 2.1). Die Anzahl der Abrechnungsfälle pro Kopf ist 2022 damit im Vergleich zum Vorjahr leicht um 0,4 Prozent gestiegen. Nach Hochrechnungen auf die Gesamtbevölkerung dürften in der ambulanten Versorgung 2022 rund 729 Millionen Abrechnungsfälle zu Lasten von Krankenkassen abgerechnet worden sein. Vergleichsweise deutliche Zuwächse sind im Hinblick auf die Abrechnungsfälle erneut bei jüngeren Männern und allgemein bei Kindern zu verzeichnen (vgl. interaktive Grafik).

**Tage mit Abrechnungen von Leistungen** Alle separat abrechnungsfähigen Leistungen müssen von den abrechnenden Therapeutinnen und Therapeuten stets mit der Angabe eines Tagesdatums dokumentiert werden. Aus derartigen Angaben ließen sich vor der Einführung der pauschalierten Vergütung bis 2007 Abschätzungen zur Anzahl der Arztkontakte vornehmen. Da mit der Einführung von Versicherten- und Grundpauschalen auch mehrere Kontakte mit der Abrechnung nur einer Ziffer abgegolten sein können, ist

2022 Fälle sowie Tage mit Leistungsabrechnung auf ähnlichem Niveau wie 2021 – Anstiege bei Kindern und jüngeren Männern

dies seit 2008 nicht mehr möglich. Dennoch kann eine versichertenbezogene Ermittlung der Anzahl der Tage mit Leistungsabrechnung(en) durch bestimmte Therapeutinnen und Therapeuten auch weiterhin Hinweise auf Inanspruchnahmefrequenzen und die Entwicklung des Leistungsgeschehens liefern (wobei in dieser Statistik Abrechnungen durch unterschiedliche Therapeutinnen und Therapeuten an einem Tag separat berücksichtigt werden). Durchschnittlich wurden bei einzelnen Versicherten im Jahr 2022 an 15,27 unterschiedlichen Tagen Leistungen von Therapeutinnen und Therapeuten abgerechnet (vgl. Tabelle 2.1). Die Zahl der durchschnittlichen „Abrechnungstage“ pro Versicherten war damit gegenüber dem Vorjahr leicht rückläufig. Ähnlich wie bei Abrechnungsfällen lassen sich auch bei Abrechnungstagen allerdings Zuwächse bei Kindern und jüngeren Männern feststellen (vgl. interaktive Grafik). Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten rechneten 2022 – hochgerechnet auf die gesamte Bevölkerung – an 1.288 Millionen „Behandlungstagen“ jeweils mindestens eine Leistung für einzelne Versicherte zu Lasten einer Krankenkasse ab. 2019, also vor der Coronapandemie, hatte diese Zahl bei 1.273 Millionen gelegen.

**Approximative Behandlungskosten** Wie bereits in den Abschnitten zu Methoden erläutert, lassen sich auf Basis der Abrechnungsdaten auch individuelle versichertenbezogene Behandlungskosten abschätzen, die zu Lasten von Krankenkassen abgerechnet wurden. Bei derartigen Abschätzungen unberücksichtigt bleiben zwangsläufig Leistungen, die gegebenenfalls von Patientinnen und Patienten selbst bezahlt wurden (beispielsweise sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen [IGeL]). Gleichfalls nicht berücksichtigt sind mögliche Veränderungen der Vergütung im Zuge bestimmter Regelungen für Arztgruppen oder einzelne Praxen (beispielsweise Abschläge bei Überschreitungen von Praxisbudgets).

Nur ein kleiner Teil der Leistungen wird im Rahmen der ambulanten Versorgung direkt in Eurobeträgen abgerechnet. Für den überwiegenden Teil der Leistungen werden die Werte primär in Punkten festgelegt. Nach Festlegung eines sogenannten Orientierungspunktwerts lassen sich aus diesen Punkten auch Vergütungen in Euro berechnen. Üblicherweise wird der Punktwert jährlich (auch im Sinne eines Inflationsausgleichs) angepasst. So stieg der stets auf vier Nachkommastellen genau festgelegte Punktwert von 11,1244 Cent je Punkt im Jahr 2021 um 1,275 Prozent auf 11,2662 Cent je Punkt im Jahr 2022.

**Tabelle 2.1: Ambulante ärztliche Versorgung 2021 und 2022**


	je Person		Deutschland	
	2021	2022	2021	2022
<b>Behandlungsrate, Behandelte</b>	<b>Anteil in Prozent</b>		<b>Anzahl Personen absolut</b>	
gesamt	94,15	93,97	78.364.776	79.269.632
Männer	91,84	91,96	37.714.213	38.217.857
Frauen	96,40	95,92	40.650.564	41.051.774
<b>Abrechnungsfälle</b>	<b>Mittelwert</b>		<b>Anzahl absolut</b>	
gesamt	8,60	8,64	715.843.323	728.509.796
Männer	6,90	7,40	299.425.202	307.355.342
Frauen	9,60	9,84	416.418.120	421.154.454
<b>Tage mit Abrechnungen von Leistungen</b>	<b>Mittelwert</b>		<b>Anzahl absolut</b>	
gesamt	15,32	15,27	1.275.377.847	1.288.305.019
Männer	13,25	13,31	544.055.502	552.945.923
Frauen	17,34	17,18	731.322.345	735.359.097
<b>Behandlungskosten, geschätzt</b>	<b>Mittelwert, in Euro</b>		<b>Betrag absolut, in Euro</b>	
gesamt	646,42	651,08	53.805.928.435	54.924.140.244
Männer	563,87	570,09	23.156.466.734	23.692.202.681
Frauen	726,80	729,72	30.649.461.701	31.231.937.564

Quelle: BARMER-Daten 2021 und 2022, standardisiert/hochgerechnet D2021BL und D2022BL

Nach den vorliegenden Berechnungen wurden 2022 im Rahmen der ambulanten ärztlichen sowie psychotherapeutischen Versorgung unter Zugrundelegung des 2022 gültigen Punktwerts pro Kopf durchschnittlich insgesamt rund 651 Euro für die ambulante ärztliche Versorgung zu Lasten der Krankenkassen abgerechnet, was – hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung – Behandlungsaufwendungen in Höhe von 54,9 Milliarden Euro entspricht. Absolut betrachtet wurde mit den genannten Kosten 2022 (bei gestiegenen Bevölkerungszahlen) ein um 2,1 Prozent höherer Betrag als 2021 zu Lasten der Krankenkassen abgerechnet. Pro Person stiegen die Kosten lediglich um 0,7 Prozent (vgl. auch nachfolgende Tabelle 2.2). Auch hinsichtlich der Kosten ließen sich insbesondere bei Kindern und jüngeren Männern überdurchschnittliche relative Ausgabenzuwächse verzeichnen. Detaillierte Ergebnisse zu den hier beschriebenen Kennzahlen, auch zu einzelnen Bundesländern, sind der interaktiven Grafik zu entnehmen.

von 2021 auf 2022  
Anstieg der insgesamt  
zu Lasten von Krankenkassen  
abgerechneten ambulanten  
Behandlungskosten um 2,1 %

## 2.2 Inanspruchnahmen nach Fachgebieten

Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten können im Rahmen der ambulanten Versorgung sehr unterschiedliche Spezialisierungen aufweisen und dementsprechend unterschiedliche Tätigkeiten ausüben. Der nachfolgende Abschnitt liefert Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen und Therapeuten aus unterschiedlichen Fachgebieten. Sämtliche Ergebnisse auch zu diesem Abschnitt lassen sich für die Jahre 2010 bis 2022 in Form einer interaktiven Grafik, bedarfsweise differenziert nach Geschlecht, Altersgruppen und Bundesländern, abfragen und darstellen ([interaktive Grafik: Fachärztliche Inanspruchnahme](#) .



[www.bifg.de/Y925Ge](http://www.bifg.de/Y925Ge)

**Abgrenzung von Fachgebieten** Eine Tätigkeit und die Abrechnung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung setzen die Niederlassung einer Ärztin / eines Arztes oder einer Psychotherapeutin / eines Psychotherapeuten in einem bestimmten KV-Bereich und die Zuordnung einer sogenannten lebenslangen Arztnummer (LANR) in Form einer neunstelligen Ziffernfolge voraus, die bei jeder Abrechnung einer Leistung angegeben werden muss. Die letzten beiden Ziffern der LANR beinhalten dabei eine spezifische (und dabei nicht zwangsläufig lebenslange) Kennzeichnung der Fachgruppe der jeweiligen Therapeutin beziehungsweise des jeweiligen Therapeuten, welche die Basis für die Differenzierungen bei den nachfolgend präsentierten Auswertungen zu fachgebietsspezifischen Inanspruchnahmen bildet. Insgesamt lassen sich mit dieser Kennzeichnung rund 70 Fachgruppen differenzieren. Für die vorliegenden Auswertungen wurde zunächst jeder Abrechnungsfall der Fachgruppe derjenigen Ärztin / desjenigen Arztes beziehungsweise der Therapeutin / des Therapeuten zugeordnet, der fallbezogen die jeweils höchste Anzahl an Abrechnungsziffern dokumentiert hatte und insofern als „vorrangiger Behandler“ anzusehen war. Da eine Darstellung zu allen differenzierbaren Fachgruppen unübersichtlich wäre, wurden diese zuvor gruppiert. Die exakte Zuordnung der einzelnen und GKV-weit verwendeten Fachgruppenschlüssel zu den nachfolgend verwendeten übergeordneten Fachgebieten ist Tabelle A 1 im Anhang zu entnehmen.

**Tabelle 2.2: Betroffene, Abrechnungsfälle und -tage sowie Behandlungskosten nach Fachgebieten 2022 sowie 2021**

Fachgebietsbezeichnung	Jahr	Anteil betroffener Personen	Abrechnungsfälle	Abrechnungstage*	Kosten in Euro	Anteil an Kosten insgesamt	Kosten in Euro
		Prozent	je Person (Mittelwert)			Prozent	je Fall
Hausarzt Allgemeinmediziner	2022	63,82	2,15	4,72	136,80	21,0	63,61
	2021	63,31	2,14	4,71	134,44	20,8	62,70
	2022 vs. 21 [%]	0,8	0,3	0,2	1,8	1,0	1,5
Hausarzt Internist	2022	34,37	0,99	2,17	67,56	10,4	68,16
	2021	33,24	0,97	2,13	65,12	10,1	67,17
	2022 vs. 21 [%]	3,4	2,2	1,8	3,7	3,0	1,5
Facharzt Internist	2022	19,14	0,45	0,83	68,07	10,5	152,94
	2021	19,44	0,45	0,86	67,93	10,5	149,59
	2022 vs. 21 [%]	-1,5	-2,0	-2,8	0,2	-0,5	2,2
Gynäkologie	2022	23,75	0,56	0,78	32,83	5,0	58,30
	2021	24,44	0,60	0,84	34,04	5,3	56,92
	2022 vs. 21 [%]	-2,8	-5,8	-6,7	-3,6	-4,2	2,4
Kinder- und Jugendmedizin	2022	13,88	0,48	0,83	37,18	5,7	77,88
	2021	13,51	0,45	0,79	35,25	5,5	78,18
	2022 vs. 21 [%]	2,7	5,9	6,3	5,5	4,7	-0,4
Chirurgie	2022	11,76	0,18	0,30	16,20	2,5	88,67
	2021	12,13	0,19	0,31	16,53	2,6	87,43
	2022 vs. 21 [%]	-3,1	-3,4	-5,5	-2,0	-2,7	1,4
Orthopädie	2022	20,00	0,37	0,64	23,67	3,6	63,51
	2021	20,00	0,37	0,65	23,21	3,6	62,61
	2022 vs. 21 [%]	0,0	0,5	-1,7	2,0	1,2	1,4
Augenarzt	2022	22,65	0,40	0,49	26,66	4,1	66,73
	2021	23,10	0,41	0,51	28,08	4,3	69,02
	2022 vs. 21 [%]	-2,0	-1,8	-2,9	-5,0	-5,7	-3,3
HNO-Arzt	2022	17,97	0,30	0,38	16,33	2,5	55,10
	2021	17,30	0,28	0,37	15,38	2,4	54,11
	2022 vs. 21 [%]	3,9	4,3	3,3	6,2	5,4	1,8
Hautarzt	2022	17,29	0,31	0,41	14,68	2,3	48,01
	2021	17,57	0,31	0,43	14,61	2,3	46,72
	2022 vs. 21 [%]	-1,6	-2,2	-4,5	0,5	-0,2	2,8

Fachgebiets- bezeichnung	Jahr	Anteil betrof- fener Personen	Abrech- nungsfälle	Abrech- nungstage*	Kosten in Euro	Anteil an Kos- ten insgesamt	Kosten in Euro
		Prozent	je Person (Mittelwert)			Prozent	je Fall
Urologie	2022	9,35	0,19	0,30	10,96	1,7	58,14
	2021	9,37	0,19	0,31	10,86	1,7	57,14
	2022 vs. 21 [%]	-0,3	-0,8	-2,9	0,9	0,2	1,7
Neurologie – Nervenheil- kunde	2022	11,09	0,29	0,54	34,06	5,2	117,81
	2021	11,13	0,29	0,56	34,32	5,3	118,53
	2022 vs. 21 [%]	-0,4	-0,1	-3,4	-0,7	-1,5	-0,6
psychologischer Psychothera- peut	2022	3,56	0,09	0,43	48,89	7,5	518,09
	2021	3,50	0,09	0,44	49,10	7,6	529,29
	2022 vs. 21 [%]	1,7	1,7	-2,2	-0,4	-1,1	-2,1
Radiologie – Nuklearmedizin	2022	20,24	0,31	0,42	43,04	6,6	139,17
	2021	20,42	0,32	0,44	46,04	7,1	145,88
	2022 vs. 21 [%]	-0,9	-2,0	-2,8	-6,5	-7,2	-4,6
Labormedizin	2022	50,71	1,02	1,30	35,03	5,4	34,22
	2021	47,93	0,98	1,25	33,04	5,1	33,65
	2022 vs. 21 [%]	5,8	4,3	3,6	6,0	5,3	1,7
Pathologie	2022	10,15	0,12	0,12	6,26	1,0	53,11
	2021	10,86	0,13	0,13	6,37	1,0	50,47
	2022 vs. 21 [%]	-6,5	-6,6	-6,7	-1,7	-2,4	5,2
sonstige Fachgruppen	2022	8,01	0,13	0,18	17,80	2,7	138,99
	2021	8,04	0,13	0,19	17,51	2,7	134,41
	2022 vs. 21 [%]	-0,4	-1,7	-3,3	1,6	0,9	3,4
Fachgruppe unbekannt	2022	19,29	0,30	0,41	15,05	2,3	50,11
	2021	18,72	0,29	0,41	14,59	2,3	49,71
	2022 vs. 21 [%]	3,1	2,4	0,1	3,2	2,5	0,8
insgesamt	2022	93,97	8,64	15,27	651,08	100,0	75,39
	2021	94,15	8,60	15,32	646,42	100,0	75,16
	2022 vs. 21 [%]	-0,2	0,4	-0,3	0,7	0,0	0,3

\* Tage mit Abrechnung mindestens einer Leistung bei einer Ärztin / einem Arzt; Abrechnungen von mehreren Ärztinnen/Ärzten am selben Tag im Rahmen von unterschiedlichen Abrechnungsfällen werden gegebenenfalls auch mehrfach berücksichtigt.

2022 vs. 2021: relative Veränderungen der Kennzahlen 2022 im Vergleich zum Vorjahr 2021 in Prozent

Quelle: BARMER-Daten 2022 und 2021, standardisiert D2022BL beziehungsweise D2021BL



Tabelle 2.2 stellt jahresbezogen standardisierte Betroffenenraten sowie weitere Kennzahlen zur ambulanten Versorgung von Versicherten zu den insgesamt 18 exklusiv und nicht überlappend differenzierten Fachgebieten aus den Jahren 2022 und 2021 gegenüber. Durch eine Einbeziehung der beiden Gruppen „sonstige Fachgruppen“ sowie „Fachgruppe unbekannt“ (für Abrechnungsfälle ohne eine gültige Fachgruppenzuordnung) sind in der Tabelle sämtliche Behandlungsfälle berücksichtigt. Je Fachgebiet beziehungsweise Gruppe werden ergänzend zu den Jahresergebnissen auch die relativen Veränderungen der einzelnen Kennzahlen im Jahr 2022 im Vergleich zum Vorjahr in Prozent ausgewiesen.

**Behandlungsraten** Grundsätzlich ergeben die Auswertungen zu Behandlungsraten in den einzelnen Fachgebieten im Jahr 2022 ähnliche Ergebnisse wie im Vorjahr. Auch 2022 bilden hausärztlich niedergelassene Allgemeinmediziner diejenige Gruppe, die mit einem geschlechts- und altersübergreifenden Anteil von 63,82 Prozent an der Bevölkerung innerhalb des Jahres am häufigsten (wenigstens einmal) kontaktiert wurde. Nach einem Rückgang der Inanspruchnahme von 2019 auf 2020, dem ersten Jahr der Coronapandemie, wurden viele Fachgebietsgruppen 2021 wieder deutlich häufiger als im Vorjahr kontaktiert. Bei hausärztlich niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern und insbesondere bei hausärztlich niedergelassenen Internistinnen und Internisten stiegen die Behandlungsraten auch 2022 um 0,8 beziehungsweise 3,4 Prozent. Noch stärkere Anstiege der Behandlungsrate ließen sich mit 3,9 und 5,8 Prozent bei HNO-Ärztinnen und -Ärzten sowie bei Labormedizinerinnen und -medizinern verzeichnen. Ein (erneuter) merklicher Rückgang der Behandlungsrate ist bei der hier gewählten Differenzierung von Fachgruppen bei Pathologinnen und Pathologen zu beobachten.

**Abrechnungsfälle und -tage** Während Behandlungsraten grundlegende Informationen zum Kreis der Nutzerinnen und Nutzer der ambulanten Versorgung bezogen auf ein Jahr liefern, liefern Ergebnisse zur Zahl der abgerechneten Behandlungsfälle eher ein Bild im Hinblick auf den Umfang des Leistungsgeschehens. Gestiegene Abrechnungsfallzahlen waren 2022 insbesondere in der Kinderheilkunde, bei HNO-Ärztinnen und -Ärzten sowie in der Labormedizin zu beobachten, rückläufige Zahlen demgegenüber in der Gynäkologie.

2022 unterschiedliche Veränderungen der versichertenbezogenen Behandlungskosten in einzelnen Fachgruppen

**Approximative Behandlungskosten** Nach den Ergebnissen fachgebietsübergreifender Auswertungen sind die ambulant zu Lasten von Krankenkassen abgerechneten Behandlungskosten nach einem merklichen Anstieg von 2020 auf 2021 von 2021 auf 2022 um 2,1 Prozent bezogen auf die Gesamtsumme und um lediglich 0,7 Prozent bezogen auf die durchschnittlichen Ausgaben für Versicherte gestiegen. Die stärksten prozentualen Zuwächse der versichertenbezogenen Behandlungskosten wurden mit 5,5, 6,0 und 6,2 Prozent für Behandlungen in Kinderarztpraxen, Abrechnungen von Labormedizinerinnen und -medizinern und Behandlungen in HNO-Praxen verzeichnet, die deutlichsten Rückgänge mit –5,0 und –6,5 Prozent bei der Augenheilkunde und der Radiologie.

In der vorletzten Spalte von Tabelle 2.2 werden ergänzend die Kostenanteile berichtet, die von den jeweils ermittelten Gesamtkosten für die ambulante Versorgung in den Jahren 2021 und 2020 der Versorgung durch die jeweiligen Fachgebiete zuzuordnen waren. Die letzte Spalte weist schließlich die fallbezogen abgerechneten Kosten in den einzelnen Fachgebieten aus. Wie in den vorausgehenden Jahren und trotz eines leichten Rückgangs wurden auch 2022 die höchsten Kosten pro Fall von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten abgerechnet, was maßgeblich daraus resultiert, dass diese innerhalb von einzelnen Quartalen einen nur vergleichsweise kleinen Kreis an Patientinnen und Patienten behandeln.

Leistungen im Kontext mit COVID-19 bei symptomfreien Personen sowie SARS-CoV-2-Impfungen häufig nicht in Abrechnungsdaten dokumentiert

**Besonderheiten seit Beginn der Coronapandemie** Ohne im Detail auf das Thema einzugehen, sei an dieser Stelle erneut darauf hingewiesen, dass eine Reihe von ansonsten typischen ambulanten ärztlichen Leistungen speziell im Zusammenhang mit der Bekämpfung der Coronapandemie nicht durchgängig über die Krankenkassen vergütet wurden. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf Leistungen bei symptomfreien Personen, die Arztpraxen im direkten oder indirekten Zusammenhang mit SARS-CoV-2-Infektionen aufsuchen, beispielsweise für Testungen oder Bescheinigungen und ab 2021 dann auch bei entsprechenden Impfungen. Insofern dürfte im Jahr 2021, aber auch noch im Jahr 2022, eine Reihe von Leistungen in Arztpraxen erbracht worden sein, die in den hier betrachteten Daten schlicht nicht dokumentiert sind. Weitere Erläuterungen hierzu sind dem Schwerpunktkapitel des Arztreports 2022 zu entnehmen.

### 2.3 Anzahl kontaktierter Praxen – Arztwechsel

Der folgende Abschnitt befasst sich mit der Anzahl unterschiedlicher Praxen beziehungsweise Betriebsstätten, die von einzelnen Versicherten innerhalb eines Jahres aufgesucht wurden, und damit inhaltlich auch mit dem Thema Arztwechsel beziehungsweise Ärztehopping. Hingewiesen sei darauf, dass die Ergebnisse dieses Abschnitts, aufgrund der komplexen und eher speziellen Darstellungen, ausschließlich im vorliegenden Reportdokument dargestellt werden und nicht in Form interaktiver Grafiken verfügbar sind. Zudem ist methodisch anzumerken, dass diese stets nur bundesweit ermittelten Ergebnisse ausschließlich nach Geschlecht und Altersgruppen standardisiert beziehungsweise gewichtet wurden, woraus geringfügige Abweichungen zu anderweitig berichteten Ergebnissen resultieren können.

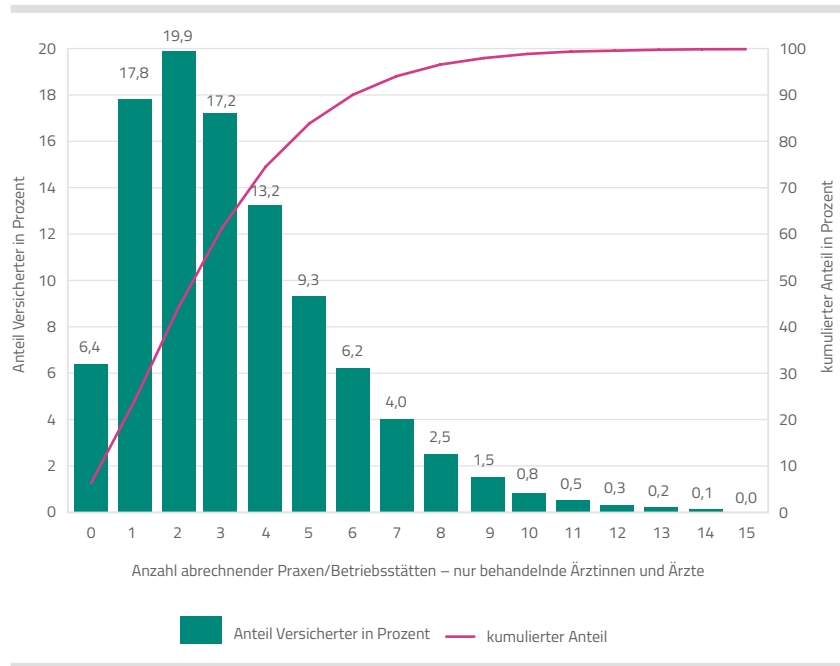
**Abgrenzung von Ärztinnen/Ärzten und Praxen** Behandlungen eines bestimmten Arztes beziehungsweise einer Ärztin lassen sich über die in den Abrechnungsdaten dokumentierte LANR zuordnen. Dementsprechend ließen sich patientenbezogen auch Kontakte zu individuellen Ärztinnen und Ärzten unterscheiden und zählen. Zugleich lassen sich jedoch auch Behandlungen in einzelnen Praxen anhand der praxisspezifisch vergebenen sogenannten Betriebsstättennummer (BSNR) unterscheiden. Da bei einer Behandlung durch unterschiedliche Ärztinnen und Ärzte innerhalb derselben Praxis/Betriebsstätte inhaltlich kaum von einem Arztwechsel im allgemeinen Wortsinn gesprochen werden kann, wurde bei der Zählung von Arztwechseln im vorliegenden Abschnitt ausschließlich zwischen Behandlungen in unterschiedlichen Betriebsstätten unterschieden. Eine für die nachfolgenden Darstellungen erforderliche Fachgruppenzuordnung der Betriebsstätten erfolgte auf Basis derjenigen Fachgruppe an Ärztinnen und Ärzten, von der in der jeweiligen Betriebsstätte die meisten Leistungsziffern innerhalb des betrachteten Jahres abgerechnet wurden. Vor dem Hintergrund inhaltlicher Überlegungen beschränken sich die nachfolgenden Darstellungen auf Ergebnisse zu Kontakten zu vorrangig behandelnden Ärztinnen und Ärzten beziehungsweise Betriebsstätten im Sinne derjenigen Fachbereiche, die in Tabelle 2.2 bis einschließlich zur Gruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten gelistet sind. Abrechnungen der in Tabelle 2.2 gelisteten vorrangig diagnostisch tätigen Fachgebiete (beispielsweise Radiologie – Nuklearmedizin, Labormedizin und Pathologie) oder von nicht eindeutig definierten Arztgruppen blieben unberücksichtigt, da

diese Inanspruchnahmen oftmals von anderen behandelnden Ärztinnen und Ärzten (und nicht primär vom Versicherten) veranlasst werden und zum Teil auch gänzlich ohne einen Arztkontakt ablaufen.

### 2.3.1 Anzahl kontaktierter Praxen

Einen ersten Überblick zur Anzahl der Praxen/Betriebsstätten mit vorrangig behandelnden Ärztinnen und Ärzten, die im Jahr 2022 von einzelnen Versicherten kontaktiert wurden, gibt Abbildung 2.1. Neben den durch Balken gekennzeichneten Anteilen der Versicherten mit einer bestimmten Anzahl kontaktierter Praxen (vgl. links angegebene Achsenskalierung) enthält die Abbildung als Linien auch Angaben zu den kumulativen Anteilen der Versicherten, die im Jahr 2022 Kontakt zu einer bestimmten maximalen Anzahl an unterschiedlichen Praxen hatten (vgl. rechts angegebene Achsenskalierung).

**Abbildung 2.1: Anzahl der von Versicherten kontaktierten Praxen behandelnder Ärztinnen und Ärzte 2022**



Quelle: BARMER-Daten 2021, standardisiert D2022

Wie im Vorjahr kontaktierten auch 2022 lediglich 6,4 Prozent der Versicherten im Rahmen der ambulanten Versorgung innerhalb des Jahres keine behandelnde Arzt- oder Psychotherapeutenpraxis im Sinne der hier verwendeten Aufbereitung von Daten und Gruppierung von Fachgebieten. Im ersten Jahr der Coronapandemie 2020 hatte dieser Anteil bei 7,9 Prozent gelegen, im Jahr 2019 bei 7,3 Prozent (vgl. Arztreport 2021, Seite 56 sowie Arztreport 2022, Seite 49). Am häufigsten wurden von Versicherten zwei unterschiedliche Praxen kontaktiert. Auch der Anteil der Versicherten mit Kontakten zu vier oder mehr unterschiedlichen Betriebsstätten lag 2022 wie im Vorjahr bei 38,6 Prozent (2020: 37,5 Prozent). Nur knapp zehn Prozent der Versicherten suchten mehr als sechs unterschiedliche Praxen auf, bei 1,1 Prozent der Versicherten waren es mehr als zehn unterschiedliche Betriebsstätten behandelnder Ärztinnen und Ärzte. Durchschnittlich wurden innerhalb des Jahres 2022 wie bereits 2021 von den Versicherten 3,29 unterschiedliche Praxen aufgesucht (2020: 3,22; 2019: 3,41).

2022: Durchschnittlich wurden wie im Vorjahr pro Kopf 3,29 Praxen behandelnder Ärztinnen und Ärzte aufgesucht.

### 2.3.2 Anzahl kontaktierter Praxen nach Fachgebieten

Fachgruppenspezifische Auswertungsergebnisse auf der Basis von BARMER-Daten sind nachfolgender Tabelle 2.3 zu entnehmen. Innerhalb einzelner Fachgebiete wird erwartungsgemäß eine geringere Zahl unterschiedlicher Praxen beziehungsweise Ärztinnen und Ärzte kontaktiert. So hatten nach Hochrechnungen der geschlechts- und altersstandardisierten Ergebnisse im Jahr 2022 67,1 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner beziehungsweise 80,0 Prozent der Bevölkerung Deutschlands mindestens einmal Kontakt zu einer allgemeinmedizinischen oder internistischen Hausarztpraxis. 58,2 Prozent der hausärztlichen Patientinnen und Patienten kontaktierten innerhalb des Jahres genau eine Hausarztpraxis, nur 3,4 Prozent kontaktierten vier oder mehr unterschiedliche Hausarztpraxen. Enthalten sind in dieser Zählung dabei auch alle Wechsel der Arztpraxis, die sich ohne primäre Patientenintention, beispielsweise bei Praxisschließungen während einer Urlaubszeit oder durch den Umzug der Patientinnen und Patienten, ergeben. Noch geringere Wechselraten als bei Hausärztinnen und Hausärzten finden sich bei Arztgruppen, die allgemein weniger regelmäßig besucht werden. Vereinzelt festgestellte Fälle von Patientinnen und Patienten mit Kontakten zu einer extrem hohen Zahl unterschiedlicher Ärztinnen und Ärzte beeinflussen die genannten Zahlenwerte nur unwesentlich.

80% der Bevölkerung 2022 in hausärztlicher Versorgung

Tabelle 2.3: Anzahl kontaktierter Praxen nach Fachgebieten 2022

	Anzahl der kontaktierten Praxen 2022				
	mindestens 1 Arzt	1 Praxis	2 Praxen	3 Praxen	≥ 4 Praxen
<b>vorrangig behandelnde Ärzte insgesamt</b>					
Population in Prozent	93,6	17,8	19,9	17,2	38,6
Patienten in Prozent	100	19,1	21,3	18,4	41,2
absolut in Tausend	78.437	14.943	16.714	14.445	32.334
<b>Hausärzte (inklusive internistisch tätige)</b>					
Population in Prozent	80,0	46,6	23,3	7,4	2,8
Patienten in Prozent	100	58,2	29,1	9,3	3,4
absolut in Tausend	67.068	39.026	19.504	6.231	2.308
<b>Gynäkologen</b>					
Population in Prozent	23,9	17,2	5,4	1,0	0,3
Patienten in Prozent	100	72,1	22,5	4,3	1,2
absolut in Tausend	20.031	14.443	4.503	854	230
<b>Augenärzte</b>					
Population in Prozent	22,6	20,7	1,8	0,2	0,0
Patienten in Prozent	100	91,3	7,8	0,8	0,1
absolut in Tausend	18.980	17.325	1.485	150	20
<b>Orthopäden</b>					
Population in Prozent	20,9	17,9	2,6	0,4	0,1
Patienten in Prozent	100	85,6	12,4	1,7	0,3
absolut in Tausend	17.484	14.965	2.169	295	54
<b>Internisten (ohne hausärztlich tätige)</b>					
Population in Prozent	18,3	13,9	3,3	0,8	0,2
Patienten in Prozent	100	76,2	18,3	4,3	1,2
absolut in Tausend	15.309	11.667	2.807	652	184
<b>Hals-Nasen-Ohren-Ärzte</b>					
Population in Prozent	17,9	16,4	1,3	0,1	0,0
Patienten in Prozent	100	91,6	7,5	0,8	0,1
absolut in Tausend	15.015	13.761	1.124	113	17

	Anzahl der kontaktierten Praxen 2022				
	mindestens 1 Arzt	1 Praxis	2 Praxen	3 Praxen	≥ 4 Praxen
<b>Hautärzte</b>					
Population in Prozent	17,4	14,8	2,4	0,2	0,0
Patienten in Prozent	100	85,1	13,7	1,1	0,1
absolut in Tausend	14.545	12.376	1.987	160	22
<b>Kinderärzte</b>					
Population in Prozent	13,5	9,6	2,9	0,8	0,3
Patienten in Prozent	100	71,2	21,1	5,6	2,0
absolut in Tausend	11.314	8.059	2.392	633	230
<b>Nervenärzte</b>					
Population in Prozent	10,9	9,5	1,2	0,2	0,0
Patienten in Prozent	100	87,0	11,2	1,5	0,2
absolut in Tausend	9.173	7.985	1.032	135	22
<b>Chirurgen</b>					
Population in Prozent	9,9	9,0	0,8	0,1	0,0
Patienten in Prozent	100	91,0	8,2	0,7	0,1
absolut in Tausend	8.283	7.536	681	59	7
<b>Urologen</b>					
Population in Prozent	9,6	9,0	0,5	0,0	0,0
Patienten in Prozent	100	94,1	5,4	0,4	0,1
absolut in Tausend	8.057	7.582	438	33	4
<b>Psychotherapeuten</b>					
Population in Prozent	3,5	3,2	0,2	0,0	0,0
Patienten in Prozent	100	91,5	6,9	1,2	0,5
absolut in Tausend	2.960	2.708	204	34	14

Quelle: BARMER-Daten 2022, standardisiert D2022

## 2.4 Ambulante Diagnosen

Aus wissenschaftlicher Sicht von großem Interesse sind Informationen zu Diagnosen aus der ambulanten ärztlichen Versorgung, mit denen sich die nachfolgenden Abschnitte befassen. Die nachfolgend vorrangig diskutierten Ergebnisse zum Jahr 2022 beruhen auf der Auswertung von Datenlieferungen zu Versicherten der BARMER, zu denen im Rahmen der ambulanten-ärztlichen Versorgung insgesamt 383 Millionen Diagnoseeinträge dokumentiert wurden. Die Dokumentation von Diagnosen in routinemäßig erfassten Daten erfolgt in Deutschland seit dem Jahr 2000 generell nahezu ausschließlich mit Rückgriff auf die in der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme in der 10. Revision, German Modifikation (ICD-10-GM, nachfolgend stets verkürzt mit ICD-10 gekennzeichnet) vorgegebenen Diagnoseschlüssel, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in typischerweise jährlich aktualisierten Fassungen bereitgestellt werden (BfArM, 2023).

bei Routineauswertungen Diagnosen mit G-, V- und Z-Kennzeichnung berücksichtigt

**Qualifikation von Diagnosen** Bei allen Diagnoseangaben in ambulanten Abrechnungsdaten sollte bereits seit 2004 obligat eine Zuordnung zu einer der vier Einstufungen gesichert (G), Ausschluss (A), Verdacht (V) oder symptomloser Zustand (Z) vorgenommen werden. Entsprechende Zusatzkennzeichen fehlten bundesweit 2004 in GEK-Daten noch bei insgesamt 22 Prozent der gültigen Diagnoseschlüssel, von einigen KVen lagen seinerzeit keinerlei Angaben vor, andere KVen lieferten die Angaben bereits 2004 weitgehend vollständig. In den Jahren ab 2006 waren Angaben zur Qualifikation der Diagnose zu allen gültigen Diagnoseschlüsseleinträgen vorhanden. In den BARMER-Daten 2022 wurden dabei 92,34 Prozent der gültigen Diagnosen als gesichert eingestuft, 3,24 Prozent als symptomlose Zustände, 2,32 Prozent als Verdachtsdiagnosen und 2,11 Prozent als Ausschlussdiagnosen. Bei den weiteren Auswertungen zum Routineteil des Arztreports werden traditionell lediglich alle explizit als Ausschlussdiagnosen gekennzeichneten Einträge nicht berücksichtigt. Während viele andere Publikationen, und zum Teil auch die Auswertungen im Schwerpunkt des Arztreports, ausschließlich als gesichert gekennzeichnete Diagnosen berücksichtigen, werden bei Routineauswertungen zum Arztreport also regelmäßig auch Verdachtsdiagnosen sowie Diagnosen symptomloser Zustände berücksichtigt.



**Zeitliche Zuordnung von Diagnosen** Eine Unschärfe resultiert bei den Diagnosen in der ambulanten Versorgung aus der Tatsache, dass alle Diagnoseangaben in den Daten zunächst gleichwertig und ohne Datum fallbezogen, bildlich ausgedrückt also ungeordnet je Abrechnungsfall und damit primär bezogen auf ein gesamtes Quartal, erfasst werden. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen eines Behandlungsfalls beispielsweise am ersten und letzten Tag innerhalb eines Quartals behandelt, muss auch bei akuten Erkrankungen unklar bleiben, wann innerhalb dieses dreimonatigen Zeitraums eine Diagnose gestellt wurde und welche der möglicherweise in großer Zahl genannten Diagnosen den Hauptbehandlungsanlass für einen einzelnen Arztbesuch bildete. Bei den nachfolgend präsentierten Übersichtsauswertungen sind diese Einschränkungen weniger relevant, andere Auswertungen könnten jedoch von einer taggenauen Zuordnung von Diagnosezeitpunkten und Kennzeichnungen von Hauptbehandlungsanlässen erheblich profitieren.

**Vorgehen bei Routineauswertungen** Bei systematischen Auswertungen zu Diagnosehäufigkeiten im Routineteil des Arztreports wurden zu den Versicherten zunächst alle unterscheidbaren ICD-10-Diagnoseschlüssel ermittelt, die von beliebigen Ärztinnen und Ärzten innerhalb einzelner Kalenderjahre dokumentiert worden waren. Anschließend wurden die Anteile der Population ermittelt, die von Diagnosen auf einer bestimmten Differenzierungsebene oder Diagnosen aus einer betrachteten Diagnosegruppe (beispielsweise einem ICD-10-Diagnosekapitel) mindestens einmal betroffen waren. Bei chronischen Erkrankungen bilden die so ermittelten (prozentualen) Anteilswerte Schätzer für die Erkrankungsprävalenz (den Anteil der erkrankten Population), bei akuten Erkrankungen eher Schätzer für die Ein-Jahres-Inzidenz (die [Neu-]Erkrankungshäufigkeit innerhalb eines Jahres), wobei mehrfache Erkrankungen unter derselben Diagnose allerdings gegebenenfalls unberücksichtigt bleiben.

### 2.4.1 Diagnoseraten und reale Erkrankungshäufigkeiten

Diagnosen beziehungsweise die auf der Basis von Routinedaten aus der ambulanten ärztlichen Versorgung berechneten Diagnoseraten können nur bedingt und mit gewissen Einschränkungen mit Erkrankungsdaten aus primären Erhebungen zum Gesundheitszustand in der Bevölkerung verglichen oder gleichgesetzt werden.

- Die Dokumentation von Diagnosen in ambulanten ärztlichen Abrechnungsdaten dient in erster Linie dazu, die im Behandlungsfall abgerechneten oder gegebenenfalls veranlassten Leistungen zu legitimieren.
- Die Dokumentation kann per se, selbst bei Personen, die eine Ärztin oder einen Arzt aufgesucht haben, keinesfalls als vollständige Dokumentation aller potenziell nachweisbaren Erkrankungen angesehen werden, da nicht alle Diagnosen für den einzelnen Behandlungsfall und dessen Abrechnung relevant sind.
- Zusätzlich fehlt in den Daten selbstverständlich jegliche Dokumentation von Erkrankungszuständen bei all jenen Personen, die keinen Arztkontakt im gewählten Beobachtungszeitraum hatten, wobei dieser Personenkreis allerdings nach den vorliegenden Daten innerhalb eines Jahres mit weniger als zehn Prozent eher klein ist.

Nach den hier zuletzt aufgeführten Überlegungen wäre davon auszugehen, dass reale Erkrankungshäufigkeiten bei Auswertungen von Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung in mehr oder minder starkem Umfang unterschätzt werden. Dies dürfte insbesondere für Diagnosen gelten, die keine Begründung für die Erbringung spezifischer Leistungen liefern und die auch anderweitig – beispielsweise zur Legitimation von Arzneverordnungen – wenig oder nicht relevant sind. Zudem dürfte es eine Reihe von Behandlungsanlässen geben, die sich nur schlecht mit den vorgegebenen ICD-10-Diagnosen beschreiben oder im Sinne der Abrechnungsvorgaben begründen lassen und die insofern zu einer Kodierung von mehr oder weniger sinnvollen „Ersatzdiagnosen“ führen können.

Diagnosen mit hoher Relevanz als Abrechnungsbegründung dürften im Gegenzug – bei oftmals recht großem Ermessensspielraum in der ärztlichen Praxis – tendenziell und im Vergleich zur vorausgehend beschriebenen Gruppe verhältnismäßig oft und zum Teil auch eher großzügig dokumentiert werden. Zu einer hohen Zahl von Diagnosen kann zudem die eingesetzte Praxissoftware beitragen, sofern sie diese Diagnosen von (vermeintlich) chronischen Erkrankungen weitgehend automatisch aus vorausgehend dokumentierten Behandlungsfällen zu derselben Patientin oder demselben Patienten übernimmt, wobei vollständig automatische Übernahmen allerdings bei Verwendung aktueller Praxissoftware ausgeschlossen sein sollten.

Trotz der genannten Einschränkungen bieten die Diagnoseinformationen aus der ambulanten Versorgung, insbesondere bei einer Verknüpfung mit weiteren Daten einer Krankenkasse, wichtige und anderweitig in wesentlichen Teilen schlicht nicht verfügbare Möglichkeiten zu Auswertungen im Hinblick auf Erkrankungshäufigkeiten.

- Die Diagnoseinformationen aus Routinedaten umfassen das gesamte Erkrankungsspektrum der innerhalb der ICD-10-Klassifikation abbildbaren Zustände, die Vorabfestlegung einer Auswahl an untersuchten Erkrankungsentitäten wie bei Primärerhebung/Surveys ist nicht erforderlich.
- Routinedaten erlauben Aussagen zu Diagnosen in allen Altersgruppen, die in Surveys aus unterschiedlichen Gründen typischerweise in der Regel nicht vollständig berücksichtigt werden können.
- Diagnoseangaben aus Routinedaten sind nicht durch eine möglicherweise geringe Studienbeteiligung oder bestimmte Antworttendenzen bei Studienteilnehmern verzerrt.
- Diagnoseangaben aus Routinedaten stehen regelmäßig zu erheblich größeren Untersuchungspopulationen als Informationen aus Primärerhebungen zur Verfügung.

## 2.4.2 Diagnoseraten differenziert nach ICD-10-Kapiteln

**ICD-10-Kapitel** In einer übergeordneten Gliederungsebene werden in der hierarchisch strukturierten ICD-10-Klassifikation alle Diagnosen zunächst einem von insgesamt 22 Kapiteln zugeordnet. Diese 22 Kapitel fassen größtenteils jeweils Erkrankungen bestimmter Organsysteme zusammen und eignen sich im Rahmen von Auswertungen insofern gut, eine erste Übersicht zur Bedeutung von Erkrankungen aus bestimmten Bereichen zu liefern.

**Besonderheiten der Kapitel XX und XXII** Diagnosekapitel werden in der Regel mit römischen Ziffern nummeriert und bezeichnet. Eine gewisse Sonderstellung nehmen die Kapitel XX und XXII ein. Das Kapitel XX „Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität“ umfasst keine Krankheiten, sondern äußere Ursachen von Gesundheitsschädigungen, die gegebenenfalls zusätzlich zu den Diagnosen von Verletzungen und Vergiftungen aus Kapitel XIX dokumentiert werden können. Derartige Ursachen von Gesundheitsschädigungen werden in Deutschland regelmäßig und vollständig nur in der Todesursachenstatistik dokumentiert. Das Kapitel XXII „Schlüsselnummern für besondere Zwecke“ beinhal-

tet vorläufig definierte Diagnoseschlüssel von Erkrankungen, die noch nicht ausreichend in der regulären Systematik der ICD-10 erfasst sind. Das Kapitel spielte in den vergangenen Jahren zumeist nur eine sehr untergeordnete Rolle. Da SARS-CoV-2-Infektionen vor 2020 nicht bekannt waren, wurden Diagnosen im Zusammenhang mit entsprechenden Infektionen ab dem Jahr 2020 vorläufig allerdings genau diesem Kapitel zugeordnet, womit Diagnosen aus diesem Kapitel im Jahr 2020 erstmals im Fokus der Diskussion gesundheitsbezogener Themen standen.


**Ergebnisse zu Diagnosen nach ICD-10-Kapiteln** Im Rahmen der Auswertungen zum Arztreport wurden Diagnoseraten für alle 22 Kapitel der ICD-10-Klassifikation für die insgesamt 40 Geschlechts- und Altersgruppen auch innerhalb von Wohnregionen in den 16 Bundesländern für alle Jahre von 2010 bis 2022 ermittelt. Entsprechend differenzierte Ergebnisse zu 13 Beobachtungsjahren können in Form einer interaktiven Grafik im Internet abgerufen und bei Bedarf individuell auch für Subgruppen zusammengestellt werden ([interaktive Grafik: Personen mit ambulant dokumentierten Diagnosen nach Diagnosekapiteln](#) ). Im vorliegenden Dokument werden vor diesem Hintergrund nur grundlegende Ergebnisse dargestellt und erläutert, womit zugleich auch die Interpretation von detaillierten Ergebnissen aus interaktiven Grafiken erleichtert werden soll.

Tabelle 2.4 listet für alle 22 Diagnosekapitel der ICD-10-Klassifikation bundesweit ermittelte Betroffenenanteile sowie hochgerechnete Betroffenenzahlen bezogen auf die Bevölkerung Deutschlands. Berichtet werden neben den aktuellen Ergebnissen zum Jahr 2022 auch Vorjahresergebnisse. Zudem sind jeweils auch die prozentualen Veränderungen der Kennwerte 2022 im Vergleich zum Vorjahr 2021 angegeben. Die Ergebnisse zu beiden Jahren wurden jeweils basierend auf Bevölkerungsangaben zum entsprechenden Jahr standardisiert oder hochgerechnet. Die angegebenen Betroffenenzahlen bilden im Rahmen der hier gewählten Auswertungsmethodik insofern bestmögliche Schätzer für die realen Betroffenenzahlen im jeweiligen Jahr. Hingewiesen sei darauf, dass sich prozentuale Veränderungen von Betroffenenanteilen von 2021 auf 2022 einerseits sowie von Betroffenenzahlen andererseits gelegentlich auch innerhalb einzelner Diagnosekapitel geringfügig unterscheiden können, was aus den veränderten Bevölkerungszahlen in Deutschland für 2021 und 2022 resultiert, die sich vorrangig auf die Hochrechnungen der absoluten Betroffenenzahlen auswirken.



[www.bifg.de/Y925Gq](http://www.bifg.de/Y925Gq)

**Tabelle 2.4: Anteil und Anzahl Betroffener mit Diagnosen nach Kapiteln der ICD-10-Klassifikation 2022 und 2021**

Kapitel	Bezeichnung des ICD-10-Kapitels	Jahr	Betroffene	
			Anteil in Prozent	Anzahl in Deutschland
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	2022	30,47	25.705.259
		2021	25,89	21.549.353
		2022 vs. 21 [%]	17,7	19,3
II	Neubildungen	2022	23,29	19.647.308
		2021	23,49	19.554.432
		2022 vs. 21 [%]	-0,9	0,5
III	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	2022	8,40	7.082.392
		2021	8,45	7.036.446
		2022 vs. 21 [%]	-0,7	0,7
IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	2022	42,58	35.917.759
		2021	43,18	35.943.100
		2022 vs. 21 [%]	-1,4	-0,1
V	Psychische und Verhaltensstörungen	2022	39,00	32.901.691
		2021	39,19	32.620.365
		2022 vs. 21 [%]	-0,5	0,9
VI	Krankheiten des Nervensystems	2022	24,42	20.601.343
		2021	24,35	20.270.508
		2022 vs. 21 [%]	0,3	1,6
VII	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	2022	28,10	23.702.762
		2021	27,80	23.136.177
		2022 vs. 21 [%]	1,1	2,4
VIII	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	2022	18,63	15.712.802
		2021	17,35	14.443.213
		2022 vs. 21 [%]	7,3	8,8
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems	2022	39,41	33.248.109
		2021	39,95	33.255.650
		2022 vs. 21 [%]	-1,4	0,0
X	Krankheiten des Atmungssystems	2022	57,88	48.827.602
		2021	43,89	36.532.750
		2022 vs. 21 [%]	31,9	33,7

Kapitel	Bezeichnung des ICD-10-Kapitels	Jahr	Betroffene	
			Anteil in Prozent	Anzahl in Deutschland
XI	Krankheiten des Verdauungs- systems	2022	33,07	27.898.305
		2021	33,20	27.637.487
		2022 vs. 21 [%]	-0,4	0,9
XII	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	2022	28,49	24.031.097
		2021	29,06	24.185.368
		2022 vs. 21 [%]	-2,0	-0,6
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	2022	49,63	41.868.412
		2021	50,60	42.116.387
		2022 vs. 21 [%]	-1,9	-0,6
XIV	Krankheiten des Urogenital- systems	2022	37,61	31.727.849
		2021	38,24	31.832.097
		2022 vs. 21 [%]	-1,7	-0,3
XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2022	2,14	1.807.060
		2021	2,29	1.904.658
		2022 vs. 21 [%]	-6,4	-5,1
XVI	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	2022	0,74	622.816
		2021	0,79	660.254
		2022 vs. 21 [%]	-6,9	-5,7
XVII	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	2022	14,17	11.957.164
		2021	14,54	12.105.331
		2022 vs. 21 [%]	-2,5	-1,2
XVIII	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderen- orts nicht klassifiziert sind	2022	50,35	42.471.478
		2021	48,30	40.205.994
		2022 vs. 21 [%]	4,2	5,6
XIX	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	2022	30,92	26.080.946
		2021	31,85	26.513.046
		2022 vs. 21 [%]	-2,9	-1,6
XX	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	2022	0,50	421.523
		2021	0,48	399.128
		2022 vs. 21 [%]	4,2	5,6

Kapitel	Bezeichnung des ICD-10-Kapitels	Jahr	Betroffene	
			Anteil in Prozent	Anzahl in Deutschland
XXI	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	2022	78,66	66.357.643
		2021	79,59	66.246.864
		2022 vs. 21 [%]	-1,2	0,2
XXII	Schlüsselnummern für besondere Zwecke	2022	47,24	39.853.578
		2021	46,16	38.419.011
		2022 vs. 21 [%]	2,4	3,7

2022 vs. 2021: relative Veränderungen der Kennzahlen 2022 im Vergleich zum Vorjahr 2021 in Prozent

Quelle: BARMER-Daten 2022 und 2021, standardisiert/hochgerechnet D2022BL beziehungsweise D2021BL

Bereits eine oberflächliche Durchsicht der Ergebnisse zeigt, dass relativ vielen der 22 Diagnosekapitel beachtlich große Bevölkerungsanteile zugeordnet werden können. So war in bundesweiten Daten zur ambulanten Versorgung aus dem Jahr 2022 geschlechts- und altersübergreifend bei jeweils mehr als 30 Prozent der Bevölkerung mindestens eine Diagnose aus den Kapiteln I, IV, V, IX, X, XI, XIII, XIV, XVIII, XIX und XXI sowie auch aus dem Kapitel XXII dokumentiert, wobei von Diagnosen aus dem letztgenannten Kapitel 2021 erstmals mehr als 30 Prozent der Bevölkerung betroffen waren. Bei mehr als 40 Prozent der Population waren im Jahr 2022 Diagnosen aus den Kapiteln IV (Stoffwechselkrankheiten), X (Krankheiten des Atmungssystems), XIII (Krankheiten des Muskel-Skelettsystems) sowie aus den nicht direkt erkrankungsbezogenen Kapiteln XVIII (Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde), XXI (Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen) sowie XXII (Schlüsselnummern für besondere Zwecke) dokumentiert. Bei rund der Hälfte der Bevölkerung wurde 2022 im Rahmen der ambulanten Versorgung mindestens einmal eine Diagnose aus dem Kapitel XIII Krankheiten des Muskel-Skelettsystems dokumentiert. Von Krankheiten des Atmungssystems waren gemäß den Diagnosekodierungen knapp 58 Prozent betroffen, was hochgerechnet auf die Bevölkerung 48,83 Millionen Betroffenen in Deutschland entspricht. 2021 wurden entsprechende Diagnosen demgegenüber nur bei 36,53 Millionen Menschen dokumentiert. Die Betroffenenzahl ist in diesem Kapitel damit von 2021 auf 2022 außergewöhnlich stark, nämlich um gut ein Drittel, gestiegen.


2022 Anstieg der Betroffenen mit Krankheiten des Atmungssystems um gut  $\frac{1}{3}$ , auf ca. 49 Mio.

2022 wieder erheblich  
mehr Diagnosen von  
Krankheiten mit infektiö-  
sem Ursprung als 2021

Nach Rückgängen von 2019 auf 2020 ließ sich, bezogen auf die meisten Diagnosekapitel, von 2020 auf 2021 ein Anstieg der Betroffenenraten feststellen. Ausnahmen bildeten seinerzeit die beiden Kapitel I und X. Zu den Krankheiten des Atmungssystems (X) zählt dabei auch ein wesentlicher Teil von Diagnosen im Sinne von Erkältungskrankheiten, die sich – wie auch andere Infektionserkrankungen – im Zuge der Coronapandemie und den mit der Pandemie initiierten Schutzmaßnahmen bis 2021 rückläufig entwickelten. Genau in diesen beiden Kapiteln zeigten sich 2022 demgegenüber erhebliche Zuwächse. Dies dürfte sehr maßgeblich mit den Lockerungen der Coronaschutzmaßnahmen und wieder zunehmenden Kontakten im realen Leben zusammenhängen. Krankheiten des Atmungssystems wurden dabei 2022 merklich häufiger als in allen Jahren ab 2010 dokumentiert (vgl. interaktive Grafiken).

### 2.4.3 Diagnoseraten differenziert nach dreistelligen ICD-10-Schlüsseln

Erkrankungsdiagnosen im umgangssprachlichen Sinne werden in der ICD-10-Klassifikation oftmals erst durch drei- oder vierstellige ICD-10-Schlüssel abgegrenzt. Bereits auf der dreistelligen Kodierungsebene umfasst die ICD-10-Klassifikation mehr als 1.700 unterschiedliche Diagnoseschlüssel.

**Ergebnisse zu dreistelligen ICD-10-Diagnosen** Im Rahmen der Auswertungen zum Arztreport wurden zur internen Sichtung Diagnoseraten zu allen dreistelligen Schlüsseln der ICD-10-Klassifikation in 40 Geschlechts- und Altersgruppen sowie 16 Bundesländern für die Jahre von 2010 bis 2022 ermittelt. Entsprechend differenzierte Ergebnisse zu den Jahren 2012 bis 2022 können in Form einer interaktiven Grafik für eine Auswahl der im Jahr 2022 am häufigsten dokumentierten ICD-10-Schlüssel im Internet abgerufen und bei Bedarf für unterschiedliche Populationssubgruppen individuell zusammengestellt werden ([interaktive Grafik: Personen mit ambulant dokumentierten Diagnosen nach Top-ICD-10-Dreistellern](#) ). Von den in interaktiven Grafiken dargestellten Diagnosen waren in den betrachteten BARMER-Daten 2022 jeweils mehr als 10.000 Versicherte betroffen, weshalb bei diesen Diagnosen in der Regel differenziertere Darstellungen sinnvoll möglich sind. Im vorliegenden Dokument werden exemplarisch – und dabei ausschließlich



[www.bifg.de/Y925Gn](http://www.bifg.de/Y925Gn)



geschlechts- und altersübergreifend – Ergebnisse zu den 25 insgesamt im Jahr 2022 am häufigsten dokumentierten dreistelligen ICD-10-Kodes sowie auch zu den 25 am häufigsten dokumentierten Diagnosen aus der Gruppe bösartiger Neubildungen dargestellt und erläutert. Kodes zu Diagnosen von bösartigen Neubildungen beginnen in der ICD-10-Klassifikation stets mit dem Buchstaben „C“, womit die Gruppe von Diagnosen auch bei Auswahloptionen zu interaktiven Grafiken einfach identifiziert werden kann.

### Häufig dokumentierte dreistellige Diagnosen

Tabelle 2.5 zeigt für die 25 am häufigsten im Rahmen der ambulanten Versorgung dokumentierten dreistelligen Schlüssel der ICD-10-Klassifikation bundesweit ermittelte Betroffenenanteile sowie hochgerechnete Betroffenenzahlen bezogen auf die Bevölkerung in Deutschland. Berichtet werden – wie im Abschnitt zu ICD-10-Kapiteln – neben den Ergebnissen zum Jahr 2022 auch Vorjahresergebnisse sowie prozentuale Veränderungen der Kennwerte 2022 im Vergleich zum Vorjahr. Auch hier wurden die Ergebnisse zu beiden Jahren jeweils basierend auf Bevölkerungsangaben zum entsprechenden Jahr standardisiert beziehungsweise hochgerechnet.

Mit Abstand am häufigsten wurde im Rahmen der ambulanten Versorgung im Jahr 2022, wie schon 2020 und 2021, der dreistellige ICD-10-Kode Z01 „Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose“ dokumentiert. Innerhalb des Jahres wurde er bei rund 60 Prozent der Bevölkerung und damit schätzungsweise bei knapp 51 Millionen Menschen in Deutschland mindestens einmal erfasst – etwa bei fünfmal so vielen Menschen wie im Jahr 2019. In allen Altersgruppen waren mehr als 25 Prozent betroffen, wobei sich Raten unterhalb von 40 Prozent nur bei Kindern ermitteln ließen. Frauen im Alter von 20 bis unter 90 Jahren waren durchgängig zu mehr als 70 Prozent betroffen, bei Männern wurden entsprechende Anteile erst im Alter ab 70 Jahren erreicht (vgl. interaktive Grafiken). Bei einem überwiegenden Teil der Abrechnungsfälle mit Dokumentationen eines Z01-Kodes wurde dabei der vierstellige Code Z01.7 „Laboruntersuchung“ angegeben, rund zehn Prozent der Fälle entfielen auf den Code Z01.4 „Gynäkologische Untersuchung (allgemein) (routinemäßig)“.

**Tabelle 2.5: Anteil und Anzahl Betroffener mit dreistelligen Diagnosen der ICD-10-Klassifikation 2022 und 2021 – Top-25-Diagnosen im Jahr 2022**

Kode	Bezeichnung des ICD-10-Schlüssels	Jahr	Betroffene	
			Anteil in Prozent	Anzahl in Deutschland
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	2022	60,16	50.750.447
		2021	59,17	49.252.026
		2022 vs. 21 [%]	1,7	3,0
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	2022	37,00	31.208.747
		2021	20,31	16.901.720
		2022 vs. 21 [%]	82,2	84,6
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	2022	28,40	23.954.769
		2021	28,77	23.943.333
		2022 vs. 21 [%]	-1,3	0,0
U07	Krankheiten mit unklarer Ätiologie, belegte und nicht belegte Schlüsselnummern U07 (diverse Schlüssel zu COVID-19-Erkrankungen, 2021 nur noch U07.1 und U07.2)	2022	28,19	23.779.501
		2021	11,21	9.331.504
		2022 vs. 21 [%]	151,4	154,8
M54	Rückenschmerzen	2022	23,39	19.733.733
		2021	24,19	20.136.918
		2022 vs. 21 [%]	-3,3	-2,0
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	2022	21,58	18.201.861
		2021	21,78	18.125.614
		2022 vs. 21 [%]	-0,9	0,4
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	2022	19,16	16.160.169
		2021	19,26	16.030.748
		2022 vs. 21 [%]	-0,5	0,8
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	2022	18,61	15.702.627
		2021	20,77	17.288.863
		2022 vs. 21 [%]	-10,4	-9,2
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	2022	18,59	15.682.609
		2021	19,43	16.172.170
		2022 vs. 21 [%]	-4,3	-3,0

Kode	Bezeichnung des ICD-10-Schlüssels	Jahr	Betroffene	
			Anteil in Prozent	Anzahl in Deutschland
U11	Notwendigkeit der Impfung gegen COVID-19	2022	18,04	15.215.656
		2021	33,22	27.652.994
		2022 vs. 21 [%]	-45,7	-45,0
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	2022	17,98	15.167.994
		2021	18,21	15.153.555
		2022 vs. 21 [%]	-1,2	0,1
U99	Belegte und nicht belegte Schlüsselnummern U99 (U99.0: Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2, seit dem 25.05.2020)	2022	15,62	13.174.794
		2021	12,66	10.537.078
		2022 vs. 21 [%]	23,4	25,0
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	2022	13,35	11.257.815
		2021	13,82	11.499.535
		2022 vs. 21 [%]	-3,4	-2,1
F32	Depressive Episode	2022	11,91	10.046.889
		2021	11,98	9.974.894
		2022 vs. 21 [%]	-0,6	0,7
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	2022	11,59	9.774.633
		2021	11,88	9.889.497
		2022 vs. 21 [%]	-2,5	-1,2
F45	Somatoforme Störungen	2022	10,46	8.823.779
		2021	10,71	8.913.260
		2022 vs. 21 [%]	-2,3	-1,0
E66	Adipositas	2022	10,24	8.636.888
		2021	10,59	8.816.977
		2022 vs. 21 [%]	-3,3	-2,0
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	2022	9,97	8.413.552
		2021	9,80	8.157.427
		2022 vs. 21 [%]	1,8	3,1

Kode	Bezeichnung des ICD-10-Schlüssels	Jahr	Betroffene	
			Anteil in Prozent	Anzahl in Deutschland
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	2022	9,69	8.173.904
		2021	9,81	8.167.343
		2022 vs. 21 [%]	-1,3	0,1
M47	Spondylose	2022	8,93	7.529.888
		2021	9,16	7.623.929
		2022 vs. 21 [%]	-2,5	-1,2
J45	Asthma bronchiale	2022	8,75	7.385.105
		2021	8,60	7.154.449
		2022 vs. 21 [%]	1,9	3,2
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	2022	8,65	7.299.288
		2021	8,58	7.143.350
		2022 vs. 21 [%]	0,8	2,2
E11	Diabetes mellitus, Typ 2	2022	8,65	7.298.398
		2021	8,65	7.199.218
		2022 vs. 21 [%]	0,0	1,4
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	2022	8,51	7.180.936
		2021	8,64	7.194.203
		2022 vs. 21 [%]	-1,5	-0,2
E04	Sonstige nichttoxische Struma	2022	8,28	6.985.325
		2021	8,53	7.102.419
		2022 vs. 21 [%]	-3,0	-1,6

2022 vs. 2021: relative Veränderungen der Kennzahlen 2022 im Vergleich zum Vorjahr 2021 in Prozent

Quelle: BARMER-Daten 2022 und 2021, standardisiert/hochgerechnet D2022BL beziehungsweise D2021BL

Ähnlich wie in den Vorjahren zählt auch 2022 eine Reihe von weiteren Z-Schlüsseln aus dem ICD-10-Kapitel XXI zu den ausgesprochen häufig dokumentierten dreistelligen ICD-10-Kodes (Z12, Z25, Z00, Z30).

ICD-10-Kode Z01 – vorrangig als Hinweis auf Laboruntersuchungen – im Jahr 2022 im Rahmen der ambulanten Versorgung bei ca. 51 Mio. Menschen in Deutschland dokumentiert

Mit einer Betroffenenrate von 37 Prozent erreichte 2022 der Kode J06 „Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege“, mit dem typischerweise Erkältungskrankheiten dokumentiert werden, den Rang 2. Im Vergleich zum Vorjahr nahm die Betroffenenrate um knapp 85 Prozent zu. Auch dieses Ergebnis verweist auf ein deutlich gestiegenes Infektionsgeschehen 2022.

2022 knapp 85 % mehr Menschen von akuten Infektionen der oberen Atemwege betroffen als 2021

Auf Rang 3 folgt mit einem Betroffenenanteil von 28,4 Prozent die Diagnose I10 „Essentielle (primäre) Hypertonie“, mit der ein Bluthochdruck dokumentiert werden kann und die damit Versicherte im Jahr 2022 etwas seltener als 2021 betraf.

Der dreistellige Kode U07, dem seit 2021 nur noch die beiden SARS-CoV-2-Diagnosen U07.1 „COVID-19, Virus nachgewiesen“ sowie U07.2 „COVID-19, Virus nicht nachgewiesen“ zugeordnet waren, war innerhalb des Jahres 2021, dem zweiten Jahr der Coronapandemie, erst bei 11,2 Prozent der Population dokumentiert worden. 2022 waren von diesen COVID-19-Diagnosen mit 23,8 Millionen Personen gut zweieinhalbmal so viele Menschen (mindestens einmalig) betroffen, wodurch der Kode U07 den Rang 4 unter den dreistelligen Kodes belegte. Vom RKI wurden innerhalb des Jahres 2022 gut 30 Millionen COVID-19-Erkrankungsfälle erfasst. Die geringere Anzahl Betroffener nach Auswertung der Abrechnungsdaten von ambulantlyärztlicher Versorgung dürfte vorrangig daraus resultieren, dass SARS-CoV-2-PCR-Testungen bei symptomfreien Personen – auch im Falle eines positiven Testergebnisses – regulär nicht über die KVen abgerechnet wurden und entsprechende Fälle insofern in der Regel auch nicht in den hier ausgewerteten Abrechnungsdaten identifiziert werden können.

2022 rund 23,8 Mio. Menschen mit COVID-19-Diagnose im Rahmen der ambulanten kassenärztlichen Versorgung

Rang 5 hinsichtlich der Dokumentationshäufigkeit belegte 2022 bei leicht rückläufigen Betroffenzahlen die Diagnose M54 „Rückenschmerzen“, der Kode Z12 „Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen“ den Rang 6. Weitere Diagnosen chronischer Zustände und Krankheiten in einem erweiterten Sinne von kardiovaskulären Risikofaktoren neben der bereits zuvor erwähnten Hypertonie (E78, E66, E11) wurden versichertenbezogen 2022 insgesamt nicht häufiger als 2021 dokumentiert.

Der erst im März 2021 eingeführte ICD-10-Kode U11 mit dem hier einzig zulässigen Unterkode U11.9 „Notwendigkeit der Impfung gegen COVID-19, nicht näher bezeichnet“ wurde 2022 deutlich seltener als 2021 erfasst. Mit dem Kode ist gemäß Erläuterungen zur ICD-10 die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens „zum Zweck der COVID-19-Impfung“ zu kodieren, womit der Kode auch auf die Durchführung einer entsprechenden Impfung hinweisen sollte. Der Ende Mai 2020 eingeführte Schlüssel U99 mit dem Unterschlüssel U99.0 „Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2“ wurde demgegenüber 2022 deutlich häufiger als 2021 dokumentiert, was in Anbetracht der 2022 deutlich höheren Infektionszahlen den Erwartungen entspricht.

Die beiden am häufigsten kodierten Diagnosen aus dem Kapitel psychischer Störungen „Depressive Episode“ (F32) und „Somatoforme Störung“ (F45) wurden 2022 tendenziell seltener als 2021 in Abrechnungsdaten erfasst. Eine leichte weitere Zunahme war demgegenüber im Hinblick auf die Diagnose F43 „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ feststellbar.

#### Häufig dokumentierte dreistellige Diagnosen bösartiger Neubildungen

Diagnosen bösartiger Neubildungen zählen hinsichtlich ihrer Häufigkeit nicht zu den Top-25- und auch nicht zu den Top-100-ICD-10-Schlüsseln auf dreistelliger Ebene, weshalb aus speziell dieser Diagnosegruppe eine separate Top-25-Auswahl getroffen wurde und nachfolgend dargestellt wird. Hingewiesen sei in diesem Kontext ausdrücklich darauf, dass auch bei diesen Auswertungen – wie durchgängig bei den Routineauswertungen zum Arztreport – neben den gesicherten Diagnosen stets auch die als Verdachtsfälle oder symptomlose Zustände gekennzeichneten Codes berücksichtigt werden, was erfahrungsgemäß bei bösartigen Neubildungen einen stärkeren Einfluss auf die Ergebnisse als bei den meisten anderen Diagnosen hat.

**Tabelle 2.6: Anteil und Anzahl Betroffener mit Diagnosen bösartiger Neubildungen 2022 und 2021 – Top-25-Diagnosen im Jahr 2022 (inklusive Verdachtsfällen und symptomloser Zustände)**

Kode	Bezeichnung des ICD-10-Schlüssels	Jahr	Betroffene	
			Anteil in Prozent	Anzahl in Deutschland
C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	2022	2,86	2.414.553
		2021	2,86	2.376.808
		2022 vs. 21 [%]	0,2	1,6
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	2022	1,66	1.397.577
		2021	1,67	1.386.872
		2022 vs. 21 [%]	-0,6	0,8
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	2022	1,25	1.056.394
		2021	1,25	1.043.803
		2022 vs. 21 [%]	-0,1	1,2
C43	Bösartiges Melanom der Haut	2022	0,77	651.529
		2021	0,77	639.561
		2022 vs. 21 [%]	0,5	1,9
C18	Bösartige Neubildung des Kolons	2022	0,57	482.074
		2021	0,60	497.853
		2022 vs. 21 [%]	-4,5	-3,2
C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	2022	0,53	446.717
		2021	0,53	438.060
		2022 vs. 21 [%]	0,6	2,0
C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	2022	0,39	325.616
		2021	0,39	325.581
		2022 vs. 21 [%]	-1,3	0,0
C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	2022	0,36	305.437
		2021	0,37	307.234
		2022 vs. 21 [%]	-1,9	-0,6
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	2022	0,27	224.953
		2021	0,27	225.337
		2022 vs. 21 [%]	-1,5	-0,2

Kode	Bezeichnung des ICD-10-Schlüssels	Jahr	Betroffene	
			Anteil in Prozent	Anzahl in Deutschland
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	2022	0,26	222.295
		2021	0,26	217.791
		2022 vs. 21 [%]	0,7	2,1
C85	Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms	2022	0,26	218.587
		2021	0,26	220.565
		2022 vs. 21 [%]	-2,2	-0,9
C77	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten	2022	0,26	216.046
		2021	0,26	213.244
		2022 vs. 21 [%]	0,0	1,3
C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	2022	0,25	214.603
		2021	0,26	214.900
		2022 vs. 21 [%]	-1,5	-0,1
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	2022	0,22	182.684
		2021	0,22	184.472
		2022 vs. 21 [%]	-2,3	-1,0
C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	2022	0,20	172.134
		2021	0,20	168.558
		2022 vs. 21 [%]	0,8	2,1
C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	2022	0,19	158.863
		2021	0,19	157.176
		2022 vs. 21 [%]	-0,3	1,1
C68	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane	2022	0,18	151.939
		2021	0,17	145.510
		2022 vs. 21 [%]	3,0	4,4
C62	Bösartige Neubildung des Hodens	2022	0,16	138.878
		2021	0,16	135.885
		2022 vs. 21 [%]	0,8	2,2
C91	Lymphatische Leukämie	2022	0,16	137.980
		2021	0,16	136.619
		2022 vs. 21 [%]	-0,3	1,0
C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	2022	0,14	119.939
		2021	0,14	120.350
		2022 vs. 21 [%]	-1,7	-0,3



Kode	Bezeichnung des ICD-10-Schlüssels	Jahr	Betroffene	
			Anteil in Prozent	Anzahl in Deutschland
C56	Bösartige Neubildung des Ovars	2022	0,13	108.523
		2021	0,13	109.013
		2022 vs. 21 [%]	-1,8	-0,5
C26	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Verdauungsorgane	2022	0,12	103.759
		2021	0,13	104.683
		2022 vs. 21 [%]	-2,2	-0,9
C16	Bösartige Neubildung des Magens	2022	0,11	89.795
		2021	0,11	90.598
		2022 vs. 21 [%]	-2,2	-0,9
C55	Bösartige Neubildung des Uterus, Teil nicht näher bezeichnet	2022	0,10	85.281
		2021	0,11	88.248
		2022 vs. 21 [%]	-4,6	-3,4
C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	2022	0,10	81.059
		2021	0,10	82.059
		2022 vs. 21 [%]	-2,5	-1,2

2022 vs. 2021: relative Veränderungen der Kennzahlen 2022 im Vergleich zum Vorjahr 2021 in Prozent

Quelle: BARMER-Daten 2022 und 2021, standardisiert/hochgerechnet D2022BL beziehungsweise D2021BL

Wie ein Blick auf Ergebnisse in Tabelle 2.4 zum Diagnosekapitel II „Neubildungen“ vermuten lässt, wurden Diagnosen bösartiger Neubildungen im Rahmen der ambulanten Versorgung 2022 insgesamt ähnlich häufig wie im Vorjahr 2021 dokumentiert. Die in Tabelle 2.6 dargestellten Top-25-Diagnosen umfassen dabei dieselben Codes wie im Vorjahr, lediglich an wenigen Stellen hat die Rangfolge von jeweils zwei Diagnosen gewechselt. Eine relative Zunahme der Betroffenenrate um mehr als ein Prozent lässt sich mit 3,0 Prozent lediglich im Hinblick auf „Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane“ (C68) feststellen. Auch die Betroffenenraten bei „Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge“ (C34) sowie bei „Bösartige Neubildung der Schilddrüse“ (C73) sind mit einer Zunahme um 0,7 beziehungsweise 0,8 Prozent noch vergleichsweise deutlich gestiegen.

Im Jahr 2022 erneut Rückgänge der Diagnosenhäufigkeit bösartiger Neubildungen insbesondere im Magen-Darm-Bereich

Bei vielen Diagnosen zeigen sich demgegenüber rückläufige Betroffenenraten. Um mehr als zwei Prozent sanken von 2021 auf 2022 die Betroffenenraten bei „Bösartige Neubildungen des Kolons“ (C18; –4,5 Prozent), „Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms“ (C85; –2,2 Prozent), „Bösartige Neubildungen des Rektums“ (C20; –2,3 Prozent), „Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Verdauungsorgane“ (C26; –2,2 Prozent), „Bösartige Neubildungen des Magens“ (C16; –2,2 Prozent) sowie bei „Bösartige Neubildung des Uterus, Teil nicht näher bezeichnet“ (C55; –4,6 Prozent). Auffällig erscheint, dass die Rückgänge auch 2022 insbesondere bösartige Neubildungen des Verdauungssystems betreffen.

#### 2.4.4 Diagnosezahl und Diagnosekombinationen

Bereits aus den bisher dargestellten Ergebnissen ist ersichtlich, dass ein überwiegender Teil der Bevölkerung innerhalb eines Jahres mehrere und zugleich auch unterschiedliche Diagnosen im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung erhält. Der folgende Abschnitt liefert quantitative Kennzahlen zu diesem Sachverhalt. Zudem werden auch anteilig häufige Diagnosekombinationen vorgestellt. Auch hier beschränken sich die Auswertungen grundsätzlich auf eine Differenzierung von Diagnosen auf dreistelliger Ebene der ICD-10-Klassifikation. Da Ergebnisse zur Anzahl von Diagnosen sowie zu Diagnosekombinationen nur bundesweit ermittelt wurden, werden auch die Ergebnisse aus dem vorliegenden Abschnitt ausschließlich im Reportdokument und nicht in Form interaktiver Grafiken bereitgestellt. Eine Standardisierung wurde, wie in Reporten aus den zurückliegenden Jahren, lediglich im Hinblick auf die Verteilung der Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen vorgenommen.

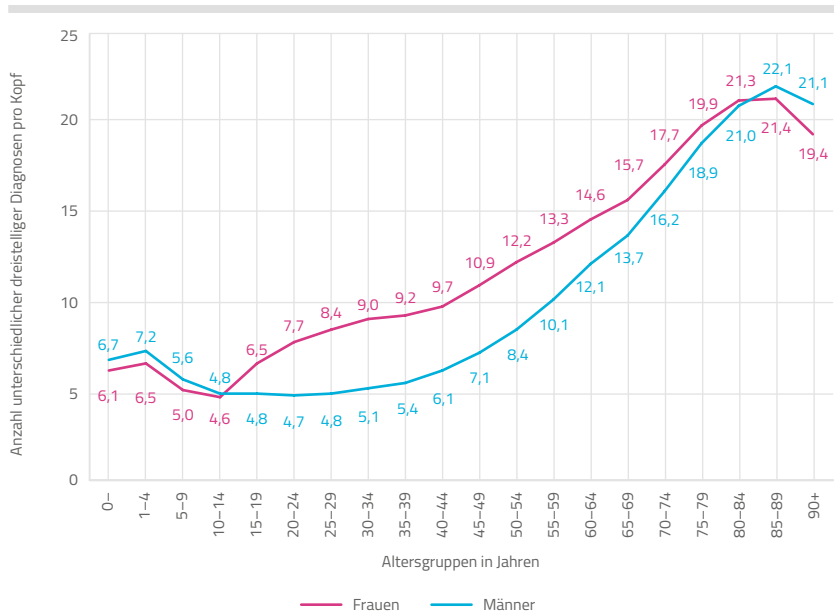
##### Diagnosezahl

in Deutschland ~ 3,1 Mrd. ambulante Diagnosen erfasst – 2022 pro Kopf durchschnittlich 10,4 verschiedene Erkrankungen

Im Mittel wurden je Person im Rahmen der ambulanten Versorgung nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen von BARMER-Daten innerhalb des Jahres 2022 37,9 formal gültige Diagnoseschlüssel (von beliebigen, gegebenenfalls auch unterschiedlichen Ärztinnen und Ärzten) erfasst. Hochgerechnet auf die bundesdeutsche Bevölkerung entspricht dies 3,17 Milliarden dokumentierten Diagnoseangaben. Dabei fanden sich je Person unter Einbeziehung von Diagnoseschlüsseln aus allen Kapiteln der ICD-10 durchschnittlich 14,5 unterscheidbare Diagnoseangaben auf dreistelliger ICD-10-

Ebene. Selbst wenn bei der Auswertung Diagnosekapitel unberücksichtigt bleiben, die typischerweise keine etablierten Erkrankungen repräsentieren, ergeben sich – dann ohne COVID-19-Diagnoseschlüssel aus Kapitel XXII – durchschnittlich noch 10,4 unterschiedliche Diagnosen je Person (Männer: 9,0; Frauen: 11,8). Abbildung 2.2 zeigt die durchschnittliche geschlechts- und altersspezifische Anzahl von unterscheidbaren Diagnosen mit der beschriebenen Beschränkung auf Erkrankungsdiagnosen pro Kopf im Jahr 2022.

**Abbildung 2.2: Anzahl unterschiedlicher dreistelliger Diagnosen pro Kopf nach Geschlecht und Alter 2022**



Quelle: BARMER-Daten 2022; nur dreistellige Diagnosen aus den ICD-10-Kapiteln I bis XVII sowie XIX – ohne COVID-19-Diagnosen aus Kapitel XXII

### Diagnosekombinationen

Für die nachfolgende Darstellung zu Kombinationen von Diagnosen wurden zunächst alle unterschiedlichen gültigen Diagnosen zu einzelnen Patientinnen und Patienten auf dreistelliger ICD-10-Ebene innerhalb des Jahres 2022 ermittelt. Anschließend wurden sinngemäß alle auf Versichertenebene vorkommenden Kombinationen aus zwei Diagno-

seschlüsseln in eine externe Datei geschrieben. Auf Basis einer entsprechenden Datei mit allen Diagnosekombinationen zu allen Versicherten wurden schließlich empirisch die bevölkerungsbezogen am häufigsten erfassten Kombinationen ermittelt. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist grundsätzlich zu bedenken, dass einzelne Personen mit mehreren Diagnosen eine Vielzahl von Diagnosekombinationen aufweisen und dementsprechend auch mehreren der gelisteten Kombinationen zugeordnet sein können.

Tabelle 2.7 zeigt die 20 häufigsten Zweierkombinationen gültiger Diagnoseschlüssel. Anders als in den Jahren bis 2019 bestimmen seit 2020 Kombinationen mit der Diagnose Z01 „Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose“ die Ergebnisse. Während der Schlüssel Z01 im Jahr 2019 noch in keiner der 20 häufigsten Zweierkombinationen enthalten war (vgl. BARMER Arztreport 2021, Seite 84), bilden Kombinationen dieses Schlüssels mit anderen Diagnosen, ähnlich wie im Vorjahr, auch in den Ergebnissen zum Jahr 2022 insgesamt 14 der 20 häufigsten Zweierkombinationen, was auf die extrem häufige Dokumentation des Schlüssels Z01 im Rahmen der ambulanten Versorgung während der Coronapandemie zurückzuführen ist.

häufige Zweierkombinationen gültiger Diagnoseschlüssel 2022 von ICD-10-Kode Z01 dominiert

Die jahresbezogen häufigste Kombination dreistelliger Diagnoseschlüssel bestand 2022 aus den Schlüsseln Z01 und J06 „Akute Infektionen der oberen Atemwege“. Von den beiden Diagnosen betroffen waren im Jahr 2022 schätzungsweise 20,8 Millionen Menschen beziehungsweise 24,9 Prozent der Bevölkerung in Deutschland. Die beiden Diagnosen Z01 und U99 mit dem einzig verwendeten Unterschlüssel U99.0 „Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2“ ließen sich bei 13,2 Prozent der Bevölkerung identifizieren, die beiden Diagnosen Z01 und U07 (mit den SubKodes U07.1 und U07.2 zur COVID-19-Diagnose) betrafen 2022 mit einem Anteil von 21,7 Prozent noch einen erheblich größeren Teil der Bevölkerung.

**Tabelle 2.7: Top 20 der Zweierkombinationen von Diagnoseschlüsseln 2022**

Rang	ICD-10-Kode	Diagnosekurzbezeichnungen (für exakte Diagnosebezeichnungen siehe offiziellen ICD-10-Katalog)	Anteil Bevölkerung in Prozent	Betroffene in Tausend
1	J06, Z01	Akuter Atemwegsinfekt, Abklärung ohne Beschwerden	24,87	20.843
2	I10, Z01	Bluthochdruck, Abklärung ohne Beschwerden	22,50	18.855
3	U07, Z01	COVID-19, Abklärung ohne Beschwerden	21,67	18.162
4	J06, U07	Akuter Atemwegsinfekt, COVID-19	20,76	17.399
5	Z01, Z12	Abklärung ohne Beschwerden, Untersuchung auf Neubildungen	18,84	15.788
6	M54, Z01	Rückenschmerzen, Abklärung ohne Beschwerden	18,20	15.252
7	E78, Z01	Fettstoffwechselstörung, Abklärung ohne Beschwerden	15,79	13.229
8	Z01, Z25	Abklärung ohne Beschwerden, Notwendigkeit der Impfung gegen andere einzelne Viruskrankheiten	14,39	12.061
9	H52, Z01	Fehlsichtigkeit, Abklärung ohne Beschwerden	14,06	11.783
10	U99, Z01	Untersuchung auf SARS-CoV-2, Abklärung ohne Beschwerden	13,19	11.049
11	E78, I10	Fettstoffwechselstörung, Bluthochdruck	13,18	11.048
12	U11, Z01	Notwendigkeit der Impfung gegen COVID-19, Abklärung ohne Beschwerden	12,98	10.879
13	Z00, Z01	Allgemeinuntersuchung, Abklärung ohne Beschwerden	12,82	10.745
14	J06, U99	Akuter Atemwegsinfekt, Untersuchung auf SARS-CoV-2	12,04	10.088
15	Z01, Z30	Abklärung ohne Beschwerden, kontrazeptive Maßnahmen	11,77	9.860
16	U07, U99	COVID-19, Untersuchung auf SARS-CoV-2	11,64	9.755
17	I10, M54	Bluthochdruck, Rückenschmerzen	10,70	8.969
18	I10, Z25	Bluthochdruck, Notwendigkeit der Impfung gegen andere einzelne Viruskrankheiten	10,69	8.960
19	N89, Z01	Nichtentzündliche Krankheiten der Vagina, Abklärung ohne Beschwerden	10,57	8.855
20	F32, Z01	Depressive Episode, Abklärung ohne Beschwerden	9,43	7.903

Quelle: BARMER-Daten 2022, standardisiert/hochgerechnet D2022; Basis: gültige personenbezogene Diagnoseschlüsselangaben

Tabelle 2.8 zeigt eine Liste der empirisch in der Gesamtpopulation des Jahres 2022 am häufigsten ermittelbaren Zweierkombinationen von Diagnosen, die sich im Gegensatz zu Tabelle 2.7 weitgehend auf Kombinationen von Diagnoseschlüsseln im Sinne von Erkrankungen beschränkt. Hierzu wurden – exakt wie bei Auswertungen zu vorausgehenden Jahren – nur Schlüssel einbezogen, die in den ICD-10-Kapiteln I bis XVII oder XIX enthalten sind, womit allerdings auch die vorläufig behelfsmäßig dem Kapitel XXII zugeordneten COVID-19-Diagnosen bei dieser Betrachtung ausgeschlossen wurden. Zudem wurden, wie in den Vorjahren, auch Kombinationen mit bestimmten und typischerweise sehr häufig dokumentierten Sehfehlern im Sinne der Diagnosen H50 bis H52 ausgeschlossen. Nach diesem Vorgehen verbleiben nur zwei Kombinationen, die bereits in Tabelle 2.7 aufgeführt sind. 18 der zuvor dokumentierten Kombinationen werden in Tabelle 2.8 nicht mehr gelistet, da sie Schlüssel aus den Kapiteln XVIII „Symptome“, XXI „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen“, XXII „Schlüsselnummern für besondere Zwecke“ oder Schlüssel im Sinne von häufig dokumentierten Sehfehlern enthalten (H50 bis H52).

2022 vergleichsweise häufig Zweierkombinationen von Erkrankungsdiagnosen mit akuten Atemwegsinfekten

Die Ergebnisse zu häufigen Kombinationen von Diagnosen im Sinne von Erkrankungen im Jahr 2022 in Tabelle 2.8 zeigten 2021 hohe Übereinstimmungen mit den entsprechenden Vorjahresergebnissen (vgl. BARMER Arztreport 2022 und 2023, jeweils Seite), wobei die ersten acht Ränge in beiden Jahren durch dieselben Kombinationen belegt wurden. Vorrangig aus den 2022 merklich häufiger erfassten Diagnosen akuter Atemwegsinfekte ergibt sich für 2022 ein graduell verändertes Bild. Während der Kode J06 2021 nur an einer Kombination beteiligt war, waren es 2022 fünf der 20 Kombinationen.

**Tabelle 2.8: Top 20 der Zweierkombinationen von Erkrankungsdiagnosen 2022**

Rang	ICD-10-Kode	Diagnosekurzbezeichnungen (für exakte Diagnosebezeichnungen siehe offiziellen ICD-10-Katalog)	Anteil Bevölkerung in Prozent	Betroffene in Tausend
1	E78, I10	Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck	13,18	11.048
2	I10, M54	Bluthochdruck, Rückenschmerzen	10,70	8.969
3	J06, M54	Akuter Atemwegsinfekt, Rückenschmerzen	8,65	7.251
4	E78, M54	Fettstoffwechselstörungen, Rückenschmerzen	7,59	6.356
5	I10, J06	Bluthochdruck, akuter Atemwegsinfekt	7,16	5.997
6	E11, I10	Diabetes Typ 2, Bluthochdruck	7,10	5.947
7	E66, I10	Adipositas, Bluthochdruck	6,62	5.551
8	M47, M54	Spondylose, Rückenschmerzen	5,78	4.844
9	M51, M54	Sonstige Bandscheibenschäden, Rückenschmerzen	5,76	4.824
10	I10, M47	Bluthochdruck, Spondylose	5,53	4.635
11	F32, I10	Depressive Episode, Bluthochdruck	5,39	4.517
12	I10, I25	Bluthochdruck, ischämische Herzkrankheit	5,36	4.489
13	I10, M17	Bluthochdruck, Arthrose des Kniegelenks	5,25	4.396
14	J06, N89	Akuter Atemwegsinfekt, nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	5,25	4.395
15	M54, M99	Rückenschmerzen, biomechanische Funktionsstörungen	5,14	4.304
16	E11, E78	Diabetes Typ 2, Fettstoffwechselstörungen	5,05	4.230
17	F32, M54	Depressive Episode, Rückenschmerzen	5,03	4.216
18	F45, M54	Somatoforme Störung, Rückenschmerzen	5,02	4.205
19	E78, J06	Fettstoffwechselstörung, akuter Atemwegsinfekt	4,82	4.038
20	A09, J06	Magen-Darm-Infekt, akuter Atemwegsinfekt	4,68	3.925

Quelle: BARMER-Daten 2022, standardisiert/hochgerechnet D2022; Basis: gültige personenbezogene Diagnoseschlüsselangaben aus den Diagnosekapiteln I bis XVII oder XIX, ohne häufig kodierte Diagnosen von Sehfehlern ICD-10: H50–H52

## 2.5 Untersuchungen zur Früherkennung bei Erwachsenen

Zur Abrechnung von ärztlichen Leistungen im Rahmen der ambulanten Versorgung von gesetzlich krankenversicherten Personen werden in Deutschland überwiegend Abrechnungsziffern gemäß Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) verwendet, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bereitgestellt werden (KBV, 2023). Im vorliegenden Kapitel werden Ergebnisse zur Dokumentation von spezifischen EBM-Ziffern in



[www.bifg.de/Y925GZ](http://www.bifg.de/Y925GZ)

den ärztlichen Abrechnungsdaten dargestellt, die ein Bild zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei Erwachsenen innerhalb des Jahres 2022, gegebenenfalls auch im Vergleich zur Inanspruchnahme derselben Ziffern im Vorjahr, liefern. Die Darstellungen beschränken sich dabei auf die in den Jahren 2021 und 2022 abrechnungsfähigen Ziffern. Detailliertere Ergebnisse, bedarfsweise differenziert nach Altersgruppen sowie zu einzelnen Bundesländern, können auch für diesen Themenbereich in Form einer interaktiven Grafik im Internet abgerufen werden ([interaktive Grafik: Personen mit Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen](#)  $\varnothing$ ). Zu denjenigen aktuell gültigen Ziffern, die bereits in den Jahren vor 2021 abgerechnet werden konnten, stehen im Internet gegebenenfalls auch Ergebnisse ab dem Jahr 2010 zur Verfügung. Ergebnisse zu den bereits seit 2021 nicht mehr abrechnungsfähigen Ziffern können bei Bedarf vorausgegangenen publizierten Arztreporten entnommen werden.

Auf Darstellungen von Ergebnissen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern gemäß Abschnitt 1.7.1 des EBM wird im Arztreport aus unterschiedlichen Gründen verzichtet. Ein Teil dieser Untersuchungen betrifft vorrangig Neugeborene und wird daher häufig nach der Geburt noch im Krankenhaus durchgeführt, weshalb ambulant abgerechnete Leistungen nur einen kleinen Teil der Untersuchungen abbilden. Eine Bewertung der Teilnehmeraten von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern setzt zudem auch bei den später durchgeführten Untersuchungen zumeist noch die Kenntnis des genauen Geburtsdatums voraus, wenn beispielsweise die U3-Untersuchung regulär in der vierten bis fünften Lebenswoche durchgeführt werden soll. Das taggenaue Geburtsdatum ist jedoch in den für Auswertungen zum Arztreport bereitgestellten Daten vor dem Hintergrund von Abwägungen zum Datenschutz nicht mehr dokumentiert, womit entsprechende Auswertungen auch nicht mehr sinnvoll durchgeführt werden können. Demgegenüber sind Auswertungen zu Früherkennungsuntersuchungen bei Erwachsenen durch das Fehlen exakter Angaben zum Geburtstag nicht beziehungsweise allenfalls in einzelnen Geburtsjahrgängen betroffen.

Tabelle 2.9 listet Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Früherkennung bei Erwachsenen im Sinne der Abschnitte 1.7.2 „Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen“ und 1.7.3 „Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen“ des EBM in



einer Sortierung nach EBM-Abrechnungsziffern. Berichtet werden Betroffenenanteile und hochgerechnete bundesweite Betroffenzahlen zu den beiden Jahren 2022 und 2021 in den jeweils aufgeführten Geschlechts- und Altersgruppen, die sich aus unterschiedlichen Gründen selten auch von den formal anspruchsberechtigten Altersgruppen unterscheiden, was dann gegebenenfalls in nachfolgenden Texten zu den betroffenen Ziffern erläutert wird. Die textlichen Erläuterungen sind nach thematischen Gesichtspunkten gegliedert und weichen insofern hinsichtlich der Reihenfolge von der sortierten Listung der Abrechnungsziffern in Tabelle 2.9 ab.

**Tabelle 2.9: Anteil und Anzahl der Personen mit Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen in vorrangig teilnahmeberechtigten Altersgruppen 2022 und 2021 – EBM-Ziffern 2022**

EBM	Bezeichnung des EBM-Schlüssels	Altersgruppe	Jahr	Betroffene in den genannten Altersgruppen	
				Anteil in Prozent	Anzahl in Deutschland
01731	Krebsfrüherkennungsuntersuchung beim Mann	ab 45, Männer	2022	23,30	4.681.622
			2021	22,83	4.579.090
			2022 vs. 21 [%]	2,0	2,2
01732	Gesundheitsuntersuchung bei Erwachsenen ab vollendetem 18. Lebensjahr	ab 20*	2022	15,54	10.641.874
			2021	15,51	10.514.083
			2022 vs. 21 [%]	0,2	1,2
01735	Beratung gemäß § 4 der Chroniker-Richtlinie zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen (einmalig)	ab 20*, Frauen	2022	1,05	22.724
			2021	1,17	25.269
			2022 vs. 21 [%]	-10,5	-10,1
01737	Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems	ab 50	2022	7,31	2.754.688
			2021	7,61	2.854.581
			2022 vs. 21 [%]	-3,9	-3,5
01738	Automatisierte immunologische Bestimmung von okkultem Blut im Stuhl	ab 50	2022	5,74	2.163.370
			2021	6,18	2.317.087
			2022 vs. 21 [%]	-7,0	-6,6
01740	Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms	ab 50	2022	10,46	3.941.690
			2021	10,31	3.864.958
			2022 vs. 21 [%]	1,5	2,0

EBM	Bezeichnung des EBM-Schlüssels	Altersgruppe	Jahr	Betroffene in den genannten Altersgruppen	
				Anteil in Prozent	Anzahl in Deutschland
01741	Totale Früherkennungskoloskopie gemäß Teil II, § 3 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFERL-RL)	Männer ab 50, Frauen ab 55	2022	1,83	690.807
			2021	1,82	682.546
			2022 vs. 21 [%]	0,8	1,2
01742	Zuschlag zu Nummer 01741 für Abtragung von Polypen	ab 50 oder 55	2022	0,39	146.740
			2021	0,37	137.240
			2022 vs. 21 [%]	6,5	6,9
01743	Histologie bei Früherkennungskoloskopie	ab 50 oder 55	2022	0,25	95.297
			2021	0,25	94.711
			2022 vs. 21 [%]	0,2	0,6
01745	Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	ab 35*	2022	9,67	5.159.700
			2021	9,47	5.001.819
			2022 vs. 21 [%]	2,1	3,2
01746	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01732 für die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	ab 35	2022	5,13	2.737.810
			2021	5,19	2.743.666
			2022 vs. 21 [%]	-1,2	-0,2
01747	Aufklärungsgespräch Ultraschall-Screening Bauchortenaneurysmen	ab 65, Männer	2022	6,81	559.331
			2021	7,23	586.505
			2022 vs. 21 [%]	-5,8	-4,6
01748	Ultraschall-Screening Bauchortenaneurysmen	ab 65, Männer	2022	5,56	456.375
			2021	6,00	486.447
			2022 vs. 21 [%]	-7,4	-6,2
01750	Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screenings	50 bis 69, Frauen	2022	23,95	2.924.182
			2021	25,58	3.107.901
			2022 vs. 21 [%]	-6,4	-5,9
01751	Aufklärungsgespräch im Rahmen des Mammographie-Screenings	50 bis 69, Frauen	2022	0,01	1.055
			2021	0,01	1.688
			2022 vs. 21 [%]	-37,8	-37,5

EBM	Bezeichnung des EBM-Schlüssels	Alters- gruppe	Jahr	Betroffene in den genannten Altersgruppen	
				Anteil in Prozent	Anzahl in Deutschland
01752	Beurteilung von Mammographieaufnahmen im Rahmen des Mammographie-Screenings	50 bis 69, Frauen	2022	24,00	2.929.675
			2021	25,61	3.111.987
			2022 vs. 21 [%]	-6,3	-5,9
01753	Abklärungsdiagnostik I im Rahmen des Mammographie-Screenings	50 bis 69, Frauen	2022	0,63	76.675
			2021	0,66	79.779
			2022 vs. 21 [%]	-4,4	-3,9
01754	Abklärungsdiagnostik II einschließlich ultraschallgesteuerte Biopsie im Rahmen des Mammographie-Screenings	50 bis 69, Frauen	2022	0,40	48.530
			2021	0,44	53.301
			2022 vs. 21 [%]	-9,4	-9,0
01755	Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle im Rahmen des Mammographie-Screenings	50 bis 69, Frauen	2022	0,04	4.527
			2021	0,04	5.314
			2022 vs. 21 [%]	-15,2	-14,8
01756	Histopathologische Untersuchung im Rahmen des Mammographie-Screenings	50 bis 69, Frauen	2022	0,25	30.075
			2021	0,27	33.396
			2022 vs. 21 [%]	-10,4	-9,9
01757	Zuschlag zu der Nummer 01756 für Aufarbeitung	50 bis 69, Frauen	2022	0,24	29.075
			2021	0,26	31.862
			2022 vs. 21 [%]	-9,2	-8,7
01758	Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz im Rahmen des Mammographie-Screenings	50 bis 69, Frauen	2022	0,33	39.779
			2021	0,35	42.390
			2022 vs. 21 [%]	-6,6	-6,2
01759	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01753 oder 01755 für Vakuumbiopsie(n) der Mamma	50 bis 69, Frauen	2022	0,09	10.899
			2021	0,11	13.966
			2022 vs. 21 [%]	-22,3	-22,0
01760	Krebsfrüherkennung bei der Frau gemäß Abschnitt B. II. §§ 6 und 8 KFE-RL	ab 20, Frauen	2022	28,04	9.843.603
			2021	23,35	8.094.816
			2022 vs. 21 [%]	20,1	21,6

EBM	Bezeichnung des EBM-Schlüssels	Alters- gruppe	Jahr	Betroffene in den genannten Altersgruppen	
				Anteil in Prozent	Anzahl in Deutschland
01761	Krebsfrüherkennung bei der Frau gemäß Teil III. C. § 6 der oKFE-RL (Zervixkarzinom)	ab 20, Frauen	2022	16,34	5.735.493
			2021	21,80	7.560.042
			2022 vs. 21 [%]	-25,1	-24,1
01762	Zytologische Untersuchung gemäß Teil III. C. § 6 der oKFE-RL	ab 20, Frauen	2022	16,37	5.747.552
			2021	21,95	7.609.513
			2022 vs. 21 [%]	-25,4	-24,5
01763	HPV-Test gemäß Teil III. C. § 6 der oKFE-RL	ab 35, Frauen	2022	5,80	1.612.802
			2021	12,08	3.318.553
			2022 vs. 21 [%]	-52,0	-51,4
01764	Abklärungsdiagnostik gemäß Teil III. C. § 7 der oKFE-RL	ab 20, Frauen	2022	1,54	541.274
			2021	1,72	597.800
			2022 vs. 21 [%]	-10,6	-9,5
01765	Abklärungskolposkopie gemäß Teil III. C. §§ 7 und 8 der oKFE-RL	ab 20, Frauen	2022	0,61	212.731
			2021	0,52	179.346
			2022 vs. 21 [%]	17,2	18,6
01766	Zytologische Untersuchung gemäß Teil III. C. § 7 mittels Zytologie der oKFE-RL	ab 20, Frauen	2022	1,36	477.723
			2021	1,52	528.088
			2022 vs. 21 [%]	-10,6	-9,5
01767	HPV-Test gemäß Teil III. C. § 7 der oKFE-RL	ab 20, Frauen	2022	1,03	361.729
			2021	1,26	437.017
			2022 vs. 21 [%]	-18,2	-17,2
01768	Histologie bei Abklärungskolposkopie gemäß Teil III. C. § 7 der oKFE-RL	ab 20, Frauen	2022	0,29	102.440
			2021	0,23	80.461
			2022 vs. 21 [%]	25,8	27,3
01769	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01763 und 01767 zur HPV-Genotypisierung	ab 20, Frauen	2022	0,89	312.339
			2021	1,32	456.374
			2022 vs. 21 [%]	-32,4	-31,6

\* Zur genaueren Abgrenzung berechtigter Altersgruppen vergleiche Erläuterungen im Text.  
2022 vs. 2021: relative Veränderungen der Kennzahlen 2022 im Vergleich zum Vorjahr 2021 in Prozent.  
Quelle: BARMER-Daten 2022 und 2021, standardisiert/hochgerechnet D2022BL beziehungsweise D2021BL

## 2.5.1 Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Frauen und Männern zählen zu den Pflichtleistungen der GKV. Welche Maßnahmen bei welchen Versicherten abgerechnet werden können, regeln die Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen sowie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA, 2020a und 2020b). Dementsprechend existieren im EBM Abrechnungsziffern, die bei einer Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten abgerechnet werden können. Früherkennungsuntersuchungen zu unterschiedlichen Krebserkrankungen bei Männern und/oder Frauen werden mit einer Reihe von unterschiedlichen Ziffern abgerechnet.

**Prostatakrebs – EBM 01731** Wie in zurückliegenden Jahren konnte die sogenannte „Krebsfrüherkennungsuntersuchung beim Mann“ auch im Jahr 2022 mit der EBM-Ziffer 01731 abgerechnet werden. Diese Untersuchung bei Männern beinhaltet, neben der Inspektion des äußeren Genitals, insbesondere auch das Abtasten der Prostata und kann ab einem Alter von 45 Jahren jährlich durchgeführt und abgerechnet werden. Im Jahr 2022 wurde eine entsprechende Leistung bei 23,3 Prozent aller Männer im Alter ab 45 Jahren abgerechnet, womit die Inanspruchnahmerate 2022 um 2,0 Prozent höher als 2021 lag. Die entsprechende Rate 2019 wurde, nach einer merklich reduzierten Rate im ersten Jahr der Coronapandemie, im Jahr 2022 nur noch um knapp ein Prozent unterschritten.

**Gebärmutterhalskrebs – EBM 01760 bis 01769** Bis zum Jahr 2019 wurde die sogenannte „Krebsfrüherkennungsuntersuchung bei der Frau“ mit einem Fokus auf Gebärmutterhalskrebs über die EBM-Ziffern 01730 abgerechnet. Die Untersuchung mit dieser Ziffer war ab einem Alter von 20 Jahren möglich und umfasste einen Zervixabstrich sowie ab dem Alter von 30 Jahren auch das Abtasten der Brust. 2019 wurden entsprechende Untersuchungen bei 48,1 Prozent aller Frauen im Alter ab 20 Jahren abgerechnet. Eine zytologische Untersuchung des Abstrichs ließ sich gesondert über die Ziffer 01733 abrechnen. Entsprechende Leistungen zur Früherkennung bei Frauen werden seit 2020 anders abgerechnet, die Ziffern 01730 und 01733 sind entfallen. An ihre Stelle sind bei Frauen Untersuchungen getreten, die mit den EBM-Ziffern von 01760 bis 01769 abgerechnet werden können. Zudem gilt seit dem Jahr 2020, dass gesetzlich versicherte

Frauen im Alter von 20 bis 65 Jahren alle fünf Jahre von ihren Krankenkassen angeschrieben und über die Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung informiert werden sollen.

Die Ziffer 01760 „Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau gemäß Abschnitt B. II. §§ 6 und 8 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL)“ umfasst – ähnlich wie zuvor die Ziffer 01730 – die klinische Untersuchung des äußeren Genitals mit Inspektion des Muttermunds sowie im Alter ab 30 Jahren auch das Abtasten der Brust. Sie wurde 2020 allerdings nur bei 4,2 Prozent aller Frauen im Alter ab 20 Jahren abgerechnet. Maßgebliche Ursache hierfür ist, dass mit der Ziffer 01761 „Untersuchung zur Früherkennung des Zervixkarzinoms gemäß Teil III. C. § 6 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)“ eine zweite Ziffer existiert, deren Abrechnung im selben Jahr die Abrechnung der Ziffer 01760 ausschließt. Die Ziffer 01761 wurde 2020 bei 41,5 Prozent aller Frauen im Alter ab 20 Jahren abgerechnet. Mit dieser Ziffer wurde erwartungsgemäß zudem überwiegend auch die Ziffer 01762 „Zytologische Untersuchung gemäß Teil III. C. § 6 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)“ abgerechnet. Im Beobachtungsjahr 2021 wurde die Ziffer 01760 demgegenüber bei erheblich mehr Frauen, nämlich bei 23,4 Prozent abgerechnet, wobei im Gegenzug die Abrechnung der Ziffern 01761 und 01762 nur noch bei 21,8 und 21,9 Prozent der Frauen im anspruchsberechtigten Alter erfolgte. Auch 2022 stieg die Abrechnungshäufigkeit der Ziffer 01760 weiter, nämlich um 20,1 Prozent, wohingegen die Abrechnungen der Ziffern 01761 und 01762 jeweils um gut ein Viertel zurückgingen (vgl. Tabelle 2.9).

Frauen ab dem Alter von 35 Jahren wird seit dem Jahr 2020 statt des jährlichen Pap-Abstrichs alternativ alle drei Jahre eine Kombinationsuntersuchung, bestehend aus einem HPV-Test (Test auf Humane Papillomviren) und einem Pap-Abstrich, angeboten. Dieser HPV-Test kann dann mit der Ziffer 01763 „Nachweis von Humanen Papillomviren gemäß Teil III. C. § 6 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)“ abgerechnet werden. Im Jahr der Einführung wurde ein entsprechender HPV-Test bei 34,3 Prozent der anspruchsberechtigten Frauen im Alter ab 35 Jahren abgerechnet, im Beobachtungsjahr 2021 waren es demgegenüber nur noch 12,1 und im Jahr 2022 schließlich nur noch 5,8 Prozent. Maßgeblich hierfür dürfte sein, dass die erneute Untersuchung der initial bereits 2020 untersuchten Frauen erst mit dreijährigem Abstand möglich ist.

Die weiteren Ziffern von 01764 bis 01769 sind dem EBM-Abschnitt 1.7.3.2.2 „Abklärungsdiagnostik zur Früherkennung des Zervixkarzinoms gemäß Teil III. C. § 7 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)“ zugeordnet, wobei der Zuschlag mit der Ziffer 01769 auch für die regulär und ohne auffälligen Befund verwendete Ziffer 01763 berechnet werden kann. Von den Abklärungsuntersuchungen, die typischerweise erst nach auffälligen Screening-Befunden indiziert sind, war 2020 jeweils nur ein Anteil von Frauen im Promillebereich betroffen. 2021 wurden entsprechende Leistungen unter Ausnahme der Ziffer 01769 deutlich häufiger abgerechnet, womit Inanspruchnahmeraten teilweise oberhalb von einem Prozent erreicht wurden. 2022 änderten sich diese Raten in die eine oder andere Richtung, bewegten sich dabei jedoch grundsätzlich in einer vergleichbaren Größenordnung wie 2021.

**Brustkrebs – EBM 01750 bis 01759** Seit Sommer 2008 ist das Mammographie-Screening, zu dem Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren in zweijährigen Abständen eingeladen werden und das mit der EBM-Ziffer 01750 abgerechnet werden kann, bundesweit etabliert. Zusätzlich wird im Rahmen des Screenings in annähernd identischem Umfang mit der Ziffer 01752 typischerweise auch eine regulär vorgesehene konsiliatorische (Zweit-)Beurteilung von Mammographie-Aufnahmen abgerechnet. Ein Mammographie-Screening im Sinne der Ziffer 01750 wurde innerhalb des ersten Jahres der Coronapandemie 2020 bei 22,3 Prozent der Frauen im anspruchsberechtigten Alter abgerechnet. Die Beteiligung am Screening war damit 2020 im Vergleich zum Vorjahr um 9,7 Prozent gesunken. 2021 stieg die Rate demgegenüber um 14,7 Prozent auf 25,6 Prozent an. Berücksichtigt man, dass die Untersuchung in zweijährigen Abständen durchgeführt werden soll, haben in den beiden ersten Coronajahren 2020 und 2021 rund 48 Prozent der anspruchsberechtigten Frauen am Mammographie-Screening teilgenommen. 2022 war gegenüber dem Vorjahr ein relativer Rückgang der Beteiligung am Mammographie-Screening um 6,4 Prozent zu verzeichnen. Bezogen auf die beiden Jahre 2021 und 2022 ergibt sich damit allerdings eine etwas höhere Beteiligungsrate als 2020 und 2021 von gut 49 Prozent. Weitere Ziffern im Kontext des Screenings können zur Abrechnung einer gegebenenfalls erforderlichen Abklärung auffälliger Befunde verwendet werden und betreffen nur kleinere Anteile der gescreenten Frauen – auch alle entsprechenden weiteren Ziffern wurden 2022 seltener als 2021 abgerechnet.

Teilnahmerate am Mammographie-Screening bezogen auf 2 Jahre auch 2021/22 bei knapp unter 50%

**Darmkrebs – EBM 01737 bis 01743** Eine Reihe von Abrechnungsziffern des EBM steht im Zusammenhang mit der Früherkennung von Darmkrebs. Seit Juli 2019 werden Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen zudem im Alter von 50, 55, 60 und 65 Jahren zum Darmkrebs-Screening eingeladen beziehungsweise darüber informiert. Ab einem Alter von 50 Jahren können Männer und Frauen zunächst jährlich, ab einem Alter von 55 Jahren dann in zweijährigen Abständen eine Untersuchung auf Blut im Stuhl durchführen oder alternativ insgesamt zwei Koloskopien (Darmspiegelungen) im Mindestabstand von zehn Jahren durchführen lassen.

Mit der Stuhluntersuchung können nicht sichtbare Blutmengen nachgewiesen werden, die Hinweise auf eine Darmkrebserkrankung liefern können. Seit April 2017 wird hierfür der „quantitative immunologische Test“ (iFOBT) eingesetzt. Bei diesem immunologischen Testverfahren wird das Material zur Probenentnahme von der Arztpraxis an die Patientin oder den Patienten ausgegeben und später die Stuhlprobe zur Auswertung an ein Labor weitergeleitet. Entsprechend diesem Ablauf kann der Arzt mit der EBM-Ziffer 01737 die „Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems“ abrechnen. Anschließend wird der Test auf „Hämoglobin im Stuhl, immunologisch“ vom Labormediziner, der die Analyse durchführt, bei einer präventiven Untersuchung im Rahmen der Darmkrebsfrüherkennung mit den EBM-Ziffern 01738 abgerechnet. Die beiden Ziffern wurden 2022 bei 7,3 beziehungsweise 5,7 Prozent der Versicherten im Alter ab 50 Jahren abgerechnet. Im Vergleich zu 2021 sank die Inanspruchnahmerate damit um 3,9 beziehungsweise 7,0 Prozent.

Die EBM-Ziffer 01740 umfasst die „Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms“. Eine entsprechende Beratung war zunächst zweimalig vorgesehen, wobei nur eine zweite ausführliche Beratung im Alter von 55 Jahren mit der Ziffer 01740 abgerechnet werden konnte (KBV, 2020). Zwischenzeitlich ist die Beratung bei Männern und Frauen einmalig im Alter ab 50 Jahren möglich und abrechnungsfähig. Im Jahr 2020 wurden derartige Beratungen bei 10,6 Prozent aller Menschen im Alter ab 50 Jahren abgerechnet, womit der Anteil um 2,2 Prozent höher als 2019 lag. 2021 ist der Anteil der Population im anspruchsberechtigten Alter mit einer entsprechenden Beratung demgegenüber um 2,5 Prozent gesunken, von 2021 auf 2022 dann wieder um 1,5 Prozent auf



eine Rate von 10,5 Prozent gestiegen. Da die Untersuchung definitionsgemäß nur einmal im Leben ab 50 Jahre abrechnungsfähig ist, können jahresbezogene Auswertungen kaum Anhaltspunkte über die effektive Nutzung dieses Angebots geben.

Die EBM-Ziffer 01741 „Totale Früherkennungskoloskopie“ bezeichnet schließlich eine vollständige Darmspiegelung im Rahmen eines Screenings, die bis 2018 bei Männern und Frauen ohne Vorbefunde im Alter ab 55 Jahren zweimal im Leben im Abstand von mindestens zehn Jahren durchgeführt werden konnte, wobei Untersuchungen ab dem Alter von 65 Jahren immer als zweite Untersuchung zählten. Mit dem Beschluss des G-BA vom 19. Juli 2018 wurde, neben der Einführung des organisierten Einladungsprogramms zur Darmkrebsfrüherkennung zum 1. Juli 2019, die Altersgrenze für eine Koloskopie bei Männern auf 50 Jahre gesenkt. Eine Früherkennungskoloskopie wurde im Jahr 2020 bei rund 667.000 Versicherten im Alter ab 50 Jahren abgerechnet und damit ähnlich häufig wie 2019. 2021 wurde die Untersuchung bei rund 683.000 Personen durchgeführt, 2022 bei rund 691.000 Personen. Mit den beiden Ziffern 01742 und 01743 lassen sich schließlich lediglich ergänzende Maßnahmen beziehungsweise Untersuchungen im Rahmen der Früherkennungskoloskopie abrechnen, weshalb hiervon noch deutlich weniger Personen als von der Koloskopie selbst betroffen sind.

2022 rund 691.000  
Darmspiegelungen als  
Screening-Untersuchung

**Hautkrebs – EBM 01745, 01746** Bereits seit Juli 2008 kann unter der EBM-Ziffer 01745 von Haus- und Hautärzten eine „Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs“ bei Versicherten in zweijährigen Abständen abgerechnet werden. Wird diese Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung „Check-up“ durchgeführt (vgl. nachfolgende Abschnitte), muss stattdessen die Ziffer 01746 abgerechnet werden. Als Regelleistung der GKV wird diese Untersuchung für Versicherte im Alter ab 35 Jahren angeboten. Die Ziffer 01745 wurde 2020 bei 9,20 Prozent der Versicherten im Alter ab 35 Jahren abgerechnet, womit die Inanspruchnahme gegenüber dem Vorjahr moderat um 2,7 Prozent sank. 2021 waren es 9,47 und 2022 schließlich 9,67 Prozent.

Hinsichtlich der im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung abrechnungsfähigen Ziffer 01746 ließ sich demgegenüber von 2019 auf 2020 ein drastischer Rückgang um 45,4 Prozent feststellen, womit eine entsprechende Ziffer 2020 nur noch bei 3,85 Pro-

zent der Versicherten im Alter ab 35 Jahren abgerechnet wurde. 2021 nahm die Rate demgegenüber wieder um 35,1 Prozent zu, womit die Ziffer 01746 bei rund 5,19 Prozent aller Menschen im Alter ab 35 Jahren abgerechnet wurde. 2022 sank dieser Wert leicht um 1,2 Prozent auf eine Rate von 5,13 Prozent. Insgesamt sollten nach diesen Ergebnissen in Deutschland 2022 schätzungsweise 7,9 Millionen Menschen im Alter ab 35 Jahren an einem Hautkrebs-Screening teilgenommen haben.

**Beratung gemäß Chroniker-Richtlinie – EBM 01735** Seit Anfang 2008 kann im Kontext von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen eine „Beratung gemäß §4 der Chroniker-Richtlinie“ einmalig bei Frauen abgerechnet werden, die nach dem 1. April 1987 geboren sind (G-BA, 2008). Die Beratung soll bei schwerwiegend chronisch erkrankten Frauen im Alter ab 20 Jahren innerhalb von zwei Jahren nach Erreichen dieser Altersgrenze – also im 21. oder 22. Lebensjahr – erfolgen und über die Programme zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau mit Erläuterungen zu Möglichkeiten, aber auch Risiken aufklären. Mit der Ziffer 01735 wird also keine Früherkennungsmaßnahme selbst abgerechnet, sondern nur eine eingehende Beratung zu diesem Thema. Im Jahr 2021 wurde eine entsprechende Ziffer bei 1,17 Prozent der 20- bis 24-jährigen Frauen abgerechnet. Im Vergleich zum Vorjahr war damit ein Rückgang der anteiligen Beratungshäufigkeit um 14,3 Prozent zu verzeichnen. 2022 sank die Rate – bezogen auf Frauen im Alter ab 20 Jahren – weiter um 10,5 Prozent auf einen Anteil von 1,05 Prozent.

## 2.5.2 Früherkennung weiterer Erkrankungen

Als Früherkennungsleistungen können neben den zuvor genannten Leistungen zur Früherkennung bestimmter Krebserkrankungen drei weitere Ziffern im Sinne von Früherkennungsuntersuchungen oder Beratungen zu diesem Thema abgerechnet werden, die sich auf die frühzeitige Aufdeckung anderweitiger Erkrankungen beziehen.

**Gesundheitsuntersuchung – EBM 01732** Die EBM-Ziffer 01732 mit der vormaligen Bezeichnung „Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien“ konnte bis zum Jahr 2018 in zweijährigen Abständen bei Versicherten ab einem Alter von 35 Jahren abgerechnet werden. Besser bekannt war

diese Untersuchung unter der Bezeichnung „Check-up 35“. Seit April 2019 wird der Check-up unter der Bezeichnung „Gesundheitsuntersuchung“ bereits Erwachsenen ab einem Alter von 18 Jahren angeboten. Junge Erwachsene können sich seither vor Vollendung des 35. Lebensjahres einmalig auf gesundheitliche Risiken hin untersuchen lassen. Bei Erwachsenen im Alter ab 35 Jahren gilt seit April 2019 ein dreijähriges Untersuchungsintervall (BMG, 2023a).

Eine „Gesundheitsuntersuchung“ beziehungsweise ein „Check-up“ wurde im Jahr 2020 in den vorrangig avisierten Altersgruppen ab 20 Jahren, auf die 99 Prozent aller Untersuchungen entfielen, bei 10,9 Prozent der Versicherten abgerechnet. Im Vergleich zum Vorjahr war der Anteil der untersuchten Versicherten damit sehr deutlich, nämlich um 36,4 Prozent, gesunken. Von 2020 auf 2021 stieg der Anteil der Teilnehmenden demgegenüber um 41,8 Prozent, womit 15,5 Prozent aller Versicherten ab 20 Jahren die Untersuchung nutzten. 2022 nutzten die Untersuchung anteilig ähnlich viele Menschen, woraus rechnerisch gleichfalls eine Rate von 15,5 Prozent resultierte (vgl. interaktive Grafiken).

2022 Gesundheitsunter-  
suchung ähnlich wie  
im Vorjahr bei rund  
10,6 Mio. Erwachsenen

**Bauchaortenaneurysma – EBM 01747, 01748** Seit Anfang 2018 haben Männer im Alter ab 65 Jahren einmalig einen Anspruch auf eine Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung von Aneurysmen der Bauchschlagader. Im Zusammenhang mit dieser Untersuchung können von Ärztinnen und Ärzten die EBM-Ziffern 01747 „Aufklärungsgespräch Ultraschall-Screening Bauchaortenaneurysmen“ und 01748 „Ultraschall-Screening Bauchaortenaneurysmen“ abgerechnet werden. Das Screening auf ein Bauchaortenaneurysma im Sinne der EBM-Ziffern 01748 wurde im Jahr 2020 bei 7,68 Prozent der männlichen Versicherten im Alter ab 65 Jahren abgerechnet. Im Vergleich zum Vorjahr war der Anteil der gescreenten Männer damit um rund 35 Prozent gesunken, wobei neben der Coronapandemie auch gewisse Sättigungseffekte bei der bei Männern ab 65 Jahren nur einmal im Leben durchzuführenden Untersuchung eine Rolle gespielt haben dürfte. Auch 2021 ließ sich ein merklicher weiterer Rückgang um knapp 22 Prozent feststellen, 2022 kam es zu einem erneuten Rückgang um 7,4 Prozent. Durchgeführt wurde die Untersuchung damit 2022 noch bei hochgerechnet rund 456.000 Männern ab 65 Jahren.



# **Kapitel 3**

## **Digitale Gesundheits- anwendungen – DiGA**

## 3 Digitale Gesundheitsanwendungen – DiGA

DiGA: Digitale Gesundheitsanwendung mit Kostenerstattung durch die GKV zur Unterstützung bei definierten Erkrankungszuständen

Der Schwerpunkt des diesjährigen Arztreports befasst sich mit digitalen Gesundheitsanwendungen, kurz auch als DiGA bezeichnet. Als DiGA können gemäß BfArM sowohl Apps als auch browserbasierte Anwendungen bezeichnet werden, die beispielsweise dazu bestimmt sind, Erkrankungen zu erkennen oder zu lindern, die bei der Diagnosestellung unterstützen und die dabei maßgeblich auf digitaler Technologie beruhen (BfArM, 2023a). In der Regel wird der Begriff DiGA in Deutschland dabei exklusiv für diejenigen Apps und Anwendungen verwendet, die auch zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgerechnet werden können. Genau mit diesen Apps und Anwendungen befasst sich der Schwerpunkt dieses Arztreports.

Informationen zu DiGA-Anwendungen basierend auf Routedaten sowie Befragungen von ca. 1.700 Patienten und 1.000 Therapeuten

Dabei wird im Report eine Vielzahl an allgemeinen sowie auch anwendungsspezifischen Informationen zu DiGA geliefert, die zum einen auf Auswertungen von Routine- und Abrechnungsdaten der BARMER beruhen, die zum anderen zugleich jedoch auch die Einschätzungen und Erfahrungen sowohl von mehr als 1.700 Patientinnen und Patienten mit DiGA auch von 1.000 Behandlerinnen und Behandler widerspiegeln, die im Rahmen von zwei unterschiedlichen Befragungen im März sowie im November/Dezember des Jahres 2023 erhoben werden konnten. Den Teilnehmenden sei an dieser Stelle ausdrücklich und ganz herzlich gedankt.

### 3.1 Hintergrund

Befasst man sich mit dem Thema DiGA, dann könnte als erste Realisierung einer DiGA – zumindest in einem etwas erweiterten Sinn – das im Januar 1966 in einer wissenschaftlichen Publikation unter dem Titel „ELIZA – A Computer Program For the Study of Natural Language Communication Between Man And Machine“ beschriebene Computerprogramm ELIZA angesehen werden (Weizenbaum, 1966). ELIZA wurde von dem seinerzeit am Massachusetts Institute of Technology (MIT) tätigen und lehrenden Informatiker Joseph Weizenbaum entwickelt – zu einer Zeit, als erst sehr wenige Menschen allgemein und auch Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler überhaupt Zugang zu einem Computer hatten (Joseph Weizenbaum wurde 1923 in Berlin geboren, immigrierte mit der Familie als Jude 1936 in die USA und kehrte 1996 nach Deutschland zurück. Im Jahr 2008

verstarb er in Berlin und liegt dort auf dem jüdischen Friedhof in Weißensee begraben). Wie bereits der Titel der Publikation verdeutlicht, wurde ELIZA zur Erforschung der Kommunikation von Mensch und Maschine in natürlicher Sprache und dabei explizit nicht zu therapeutischen Zwecken entwickelt.

Dass ELIZA dennoch bereits in den 1960er-Jahren Visionen einer computergestützten Therapie zumindest psychischer Probleme beflügelte, hängt damit zusammen, dass die Reaktionen des Programms aus eher pragmatischen Gründen Ähnlichkeiten mit Elementen der Gesprächstherapie nach Rogers aufweisen und Weizenbaum zudem feststellte, dass die Kommunikation am besten funktionierte, wenn Menschen instruiert wurden, wie mit einem Psychiater zu kommunizieren. Im zitierten Artikel schreibt er: „This mode of conversation was chosen because the psychiatric interview is one of the few examples of categorized dyadic natural language communication in which one of the participating pair is free to assume the pose of knowing almost nothing of the real world.“ (Diese Gesprächsform wurde gewählt, weil das psychiatrische Interview eines der wenigen Beispiele für eine kategorisierte dyadische natürlichsprachliche Kommunikation ist, bei der einer der beiden Gesprächsteilnehmenden die Pose einnehmen kann, fast nichts über die reale Welt zu wissen.). Das Programm ELIZA konnte seinerzeit – und im Gegensatz zu heutigen Systemen wie ChatGPT – nicht auf einen großen Fundus an Informationen zurückgreifen. Einem therapeutischen Einsatz von Computerprogrammen stand Weizenbaum eher kritisch gegenüber.

Die Motive für die Entwicklung des Programms ELIZA unterscheiden sich demnach sehr deutlich von denen der heutigen DiGA-Entwicklung. Grundlegende Konzepte, Erfahrungen und Gedanken zu DiGA wurden dennoch im Zusammenhang mit diesem Programm bereits mehr als 58 Jahre vor Veröffentlichung des vorliegenden Arztreports publiziert und diskutiert.

Grundlegende Konzepte, Erfahrungen und Gedanken zu DiGA bereits vor mehr als 58 Jahren

Mit dem Inkrafttreten des DVG am 19. Dezember 2019 (§§ 33a und 139e SGB V) wurde in Deutschland die Möglichkeit zur Verordnung von DiGA geschaffen. Damit haben Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung einen Anspruch auf eine Versorgung mit

DiGA, die von Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen und -therapeuten verordnet oder von Versicherten selbst beantragt werden können und von der Krankenkasse erstattet werden.

DiGA-Verzeichnis des  
BfArM mit verbindlichen  
Informationen über  
Zulassungen zu allen  
verordnungsfähigen  
DiGA



[https://diga.bfarm.de/  
de/verzeichnis](https://diga.bfarm.de/verzeichnis)

Am 6. Oktober 2020 konnte vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die Verfügbarkeit der ersten DiGA (Kalmeda) und ihre Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis vermeldet werden (BfArM, 2020). DiGA durchlaufen zuvor das Prüfverfahren des BfArM und werden dann im DiGA-Verzeichnis des BfArM aufgenommen (BfArM, 2023b). Die Aufnahme erfolgt entweder dauerhaft oder vorläufig für eine Erprobungsphase über 12 bis 24 Monate. Im ersten Jahr kann der DiGA-Preis vom Hersteller festgelegt werden, wobei zwischenzeitlich für DiGA mit vergleichbarer Indikation Gruppenpreismodelle greifen. Im zweiten Jahr wird der Preis zwischen GKV-Spitzenverband und DiGA-Hersteller verhandelt. Innerhalb der Erprobungsphase mit vorläufiger Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis muss ein positiver Versorgungseffekt der DiGA durch entsprechende Studien belegt werden, sofern dies nicht bereits vor Aufnahme in das Verzeichnis geschehen ist. Gelingt dies nicht, wird die DiGA wieder aus dem Verzeichnis gestrichen, womit die DiGA dann nicht mehr zu Lasten der GKV verordnet werden kann. Jedoch bleiben Informationen zu gestrichenen DiGA mit einer entsprechenden Kennzeichnung im DiGA-Verzeichnis einsehbar. Zu jeder zu Lasten der GKV verordnungsfähigen DiGA existieren im DiGA-Verzeichnis Informationen mit unterschiedlicher Informationstiefe. Den größten Umfang haben dabei „Informationen für Fachkreise“.

Zugelassene DiGA können von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten unter Beachtung von Indikationen, gegebenenfalls Kontraindikationen und von Altersbeschränkungen ähnlich wie Arzneimittel verordnet werden. Daneben besteht für Versicherte jedoch auch die Möglichkeit, die Anwendung von DiGA direkt bei der Krankenkasse zu beantragen. Der Beantragung müssen dann Belege über das Vorliegen einer Indikation beigelegt sein, die von der Krankenkasse geprüft werden müssen, wohingegen bei den von Behandlerinnen und Behandlern verordneten DiGA eine entsprechende Prüfung durch die Krankenkasse nicht zulässig ist. Da diese Regelungen bei Einführung der DiGA nicht eindeutig waren, wurden allerdings in einer Anfangsphase der DiGA-Nutzung auch Verordnungen mit Auffälligkeiten von Behandlerinnen und Behandlern seitens der Krankenkassen geprüft.



## Verwendung von Begrifflichkeiten

Das Verordnungs- oder Beantragungsdatum dokumentiert in den Daten bei Krankenkassen – ähnlich wie das Verordnungsdatum bei Arzneimitteln – das erste Datum der beabsichtigten Nutzung einer DiGA. In der Regel wird ein weit überwiegender Teil der DiGA verordnet und nur ein kleinerer Teil von den Versicherten selbst beantragt. Die beiden Begriffe Verordnung und Beantragung werden dabei nachfolgend zur sprachlichen Vereinfachung zumeist synonym verwendet. Mit der Verwendung des einen Begriffs sind in der Regel dann zugleich auch die mit dem jeweils anderen Begriff exakt beschriebenen Sachverhalte gemeint – inhaltlich steht bei Aussagen zu Verordnungen oder Beantragungen gleichermaßen die den beiden Vorgängen gemeinsame initiale Bekundung einer Anwendungsabsicht im Vordergrund. Stets beide Begriffe aufzuführen, würde die Lesbarkeit insbesondere bei Überschriften beeinträchtigen. Nur den empirisch relevanteren Begriff Verordnung zu verwenden, würde sprachlich die vorhandenen Aktivitäten von Versicherten ignorieren.

Erreicht eine Verordnung oder Beantragung die Krankenkasse, wird in den internen Daten ein Antragseingangsdatum gespeichert, bei Entscheidung beziehungsweise der nachfolgenden Übermittlung eines entsprechend Freischaltcodes an die Versicherten ein Entscheidungs- beziehungsweise Genehmigungsdatum. Da sich die Gültigkeitsdauer des Freischaltcodes auch für DiGA – ähnlich wie bei anderen Verordnungen – formal am Verordnungsdatum orientiert, jedoch einige Verordnungen erst mit größerer zeitlicher Verzögerung bei der Krankenkasse eintreffen, wird als Verordnungsdatum bei der kasseninternen Speicherung zum Teil das Antragseingangsdatum gespeichert, um dann nachfolgend für den Versicherten einen Freischaltcode mit längerer Gültigkeitsdauer generieren und übermitteln zu können. Insofern ist das dokumentierte Verordnungsdatum inhaltlich nur eingeschränkt interpretierbar, wobei die Zeitspanne zwischen der Verordnung und dem Antragseingang zum Teil artifiziell verkürzt ist. In den zum Jahr 2022 ausgewerteten Daten zu DiGA-Verordnungen entsprach das Verordnungsdatum bei knapp einem Drittel der Fälle dem Antragseingangsdatum, womit der maximale Anteil angepasster Angaben zum Verordnungsdatum umrissen sein dürfte. Da auch real Anträge noch am Tag der Verordnung eingereicht werden, dürften 2022 noch merklich weniger als ein Drittel der Angaben zum Verordnungsdatum angepasst worden sein. Das Entscheidungsdatum sollte demgegenüber jedoch gegebenenfalls den realen Zeitpunkt der Genehmigung und Übermittlung des Freischaltcodes widerspiegeln.

Die Begriffe „Beantragung“ und „Verordnung“ werden nachfolgend bei der gemeinsamen Betrachtung beider Sachverhalte synonym verwendet.

Das dokumentierte Verordnungsdatum spiegelt nur zum Teil den realen Zeitpunkt der Verordnung wider.

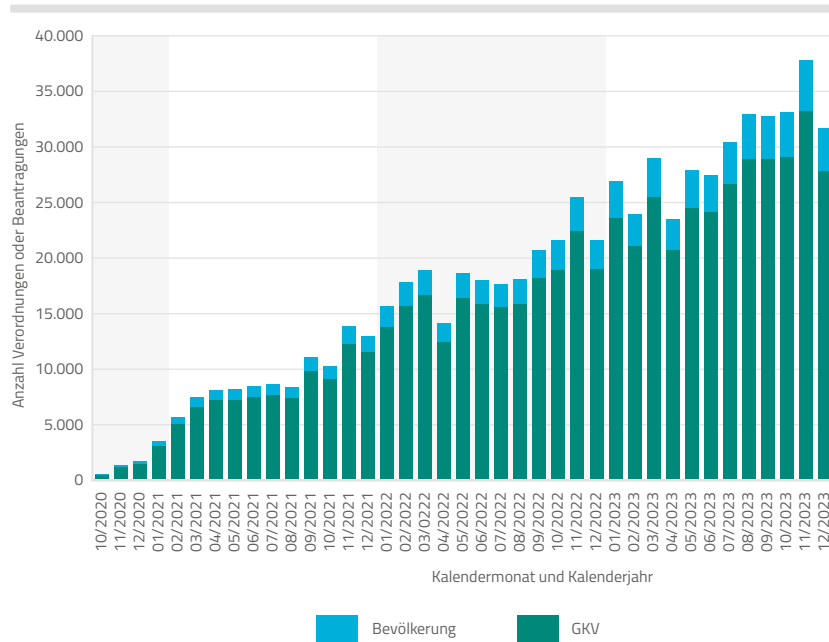
Aktiviert der Versicherte anschließend mit diesem Freischaltcode die DiGA, wird der Krankenkasse das entsprechende Aktivierungsdatum („Check-Datum“) übermittelt. Dieses Merkmal konnte aus technischen Gründen leider nicht für Auswertungen zum Arztreport bereitgestellt werden. Der DiGA-Anbieter ist ab dem Zeitpunkt der Aktivierung berechtigt, den jeweils gültigen Preis für die DiGA mit der Krankenkasse abzurechnen. Die Erstattung wird dann in den Daten der Krankenkasse mit einem Erstattungsdatum dokumentiert (das im Rahmen der vorliegenden Auswertungen berücksichtigt werden konnte).

## Erste Eindrücke zur Häufigkeit von DiGA-Anwendungen

Bereits im Vorfeld und bei der Konzeption des vorliegenden Schwerpunkts wurden zur ersten Orientierung Verordnungszahlen zu DiGA in Kalendermonaten ab Oktober 2020 betrachtet. Abbildung 3.1 zeigt entsprechende Ergebnisse, die kurz vor Fertigstellung der Arztreports und nach Abschluss wesentlicher Auswertungen basierend auf Daten bis Dezember 2023 ermittelt werden konnten. Präsentiert werden hier Hochrechnungen auf der Basis von BARMER-Daten auf die Bevölkerung in Deutschland sowie zudem auch Hochrechnungen ausschließlich auf die Gesamtzahl der in Deutschland wohnhaften GKV-Versicherten (BMG, 2023b) (Hochrechnungen zu 2023 beruhen dabei vereinfachend auf der Annahme einer gegenüber 2022 unveränderten Bevölkerungs- und Versichertenstruktur – Bevölkerungsangaben zu 2023 werden erst nach Erscheinen des Reports verfügbar sein). Um welchen Teil bevölkerungsbezogen hochgerechnete Zahlen die GKV-bezogen hochgerechneten Werte übersteigen, verdeutlichen bei dieser Darstellung die blau eingefärbten Balkenabschnitte.

Während Ende 2021 monatlich erst gut 10.000 DiGA verordnet worden sein dürften, waren es Ende 2022 bereits mehr als 20.000 und Ende 2023 mehr als 30.000. Insgesamt lassen die Ergebnisse am ehesten vermuten, dass die Verordnungszahlen in absehbarer Zukunft annähernd linear weiter ansteigen werden. Diese Entwicklung könnte jedoch, insbesondere bei Verfügbarkeit weiterer DiGA zu neuen Indikationen, noch deutlich anders verlaufen. Nach Hochrechnungen der BARMER-Daten dürften bis Ende 2023 für GKV-Versicherte insgesamt gut 600.000 DiGA beantragt oder verordnet worden sein, bezogen auf die Gesamtbevölkerung ergibt sich ein Schätzwert von knapp 700.000.

Abbildung 3.1: Beantragungen von DiGA in den Monaten von Oktober 2020 bis Dezember 2023



Quelle: BARMER-Daten 2020, 2021, 2022 und 2023, zur Hochrechnung auf die Bevölkerung und GKV vgl. Text

## Repräsentativität von BARMER-Daten zu DiGA-Anwendungen

Trotz einer Standardisierung oder Gewichtung nach Strukturangaben zur Bevölkerung oder zur GKV-Population müssen Ergebnisse und Hochrechnungen basierend auf BARMER-Daten nicht zwangsläufig repräsentativ für die jeweilige Population sein. Vom GKV-Spitzenverband wird gemäß § 33a Absatz 6 SGB V jährlich ein „Bericht des GKV-Spitzenverbandes über die Inanspruchnahme und Entwicklung der Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA-Bericht)“ vorgelegt, der auf Auswertungen von „Abrechnungsdaten aller gesetzlichen Krankenkassen in aggregierter Form ohne Arzt- oder Versichertenbezug“ zu DiGA beruht (GKV-Spitzenverband, 2023). Der Anfang 2023 veröf-

Tendenziell dürften Hochrechnungen von BARMER-Ergebnissen reale Ergebnisse zu DiGA eher leicht überschätzen.

fentlichte Bericht beruhte auf Daten zu DiGA-Verordnungen und Genehmigungen bis zum 30. September 2022. Gemäß diesem Bericht waren von September 2020 bis einschließlich September 2022 von GKV-Versicherten insgesamt 163.503 DiGA in Anspruch genommen worden. Rechnet man Erstattungen bei BARMER-Versicherten innerhalb dieses Zeitraums – analog wie bei Verordnungszahlen in Abbildung 3.1 – auf die Gesamtzahl der GKV-Versicherten hoch, erhält man eine Gesamtzahl von 173.879 Erstattungen. Nach diesen Ergebnissen ist primär davon auszugehen, dass mit hochgerechneten BARMER-Ergebnissen GKV-Ergebnisse leicht, nämlich um ca. 6,3 Prozent, überschätzt werden und BARMER-Versicherte DiGA etwas häufiger als geschlechts- und altersentsprechende GKV-Versicherte in einzelnen Bundesländern insgesamt nutzen. Tendenziell dürften die nachfolgend präsentierten Ergebnisse die Nutzungshäufigkeiten von DiGA also eher leicht überschätzen, wohingegen Unterschätzungen eher unwahrscheinlich erscheinen, jedoch im Hinblick auf einzelne DiGA gleichfalls nicht ausgeschlossen werden können.

### Gliederung der Schwerpunktkapitel 3 und 4

Der Schwerpunkt des diesjährigen Arztreports verteilt sich auf die beiden Kapitel 3 und 4. Die Ergebnisse beruhen sowohl auf Abrechnungs- beziehungsweise Routinedaten der BARMER (vorrangig zum Jahr 2022) als auch auf Befragungsangaben von Versicherten sowie von Behandlerinnen und Behandlern, die im Jahr 2023 erhoben wurden. Nach kurzen methodischen Erläuterungen zu den Auswertungen von Abrechnungsdaten werden in Kapitel 3 zunächst grundlegende Ergebnisse zur Häufigkeit von DiGA-Verordnungen präsentiert. Anschließend widmet sich ein Abschnitt dem Indikationsspektrum der im Jahr 2022 verordneten DiGA, wobei auch das fachgruppenspezifische Ordnungsverhalten betrachtet wird.

Bereits aufgrund der Heterogenität der 2022 verordneten DiGA hinsichtlich ihrer Indikationen und Kontraindikationen erschien es zielführend, nachfolgend detailliertere Ergebnisse vorrangig im Hinblick auf einzelne DiGA zu präsentieren. In einem umfangreichen Abschnitt werden daher ausführliche Informationen zu den acht im Jahr 2022 am häufigsten verordneten DiGA präsentiert, denen 2022 mehr als zwei Drittel aller DiGA-Verordnungen zuzuordnen waren. Dabei werden sowohl Abschätzungen hinsichtlich der Größe des potenziellen Anwenderkreises als auch Ergebnisse zur Häufigkeit von Verordnungen außerhalb der eigentlichen Zielpopulationen dargestellt.

Basierend auf der im März 2023 durchgeführten Versichertenbefragung mit Berücksichtigung der Angaben von insgesamt 1.711 Teilnehmenden werden zu den acht DiGA jeweils zudem auch Erfahrungen aus Sicht von Patientinnen und Patienten präsentiert.

Zwei abschließende und kurz gehaltene Abschnitte zu Auswertungen von Routinedaten in Kapitel 3 befassen sich schließlich mit der Frage, inwiefern sich – neben Indikationen und Kontraindikationen – auch weitere Merkmale von Versicherten identifizieren lassen, die einen Einfluss auf die Häufigkeit der Anwendung von DiGA haben und in welchen Relationen sich die Kosten für DiGA im Vergleich zu anderen Kosten für die ambulante Versorgung bewegen.

Das Kapitel 4 zum Schwerpunkt beruht exklusiv auf den Ergebnissen einer Befragung von  $n = 1.000$  Ärztinnen und Ärzten (sowie in geringerem Umfang auch von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten) im November und Dezember 2023. In Kapitel 4 werden Kenntnisse und Einstellungen zu sowie Erfahrungen mit DiGA aus der Perspektive von Behandlerinnen und Behandlern ausführlich beleuchtet.

## 3.2 DiGA-Beantragungs- und Abrechnungsdaten – Auswertungsmethoden

Ende Oktober 2023 wurde für die Auswertungen zum Schwerpunkt des Arztreports im wissenschaftlichen Data Warehouse der BARMER eine Datentabelle mit insgesamt 66.760 Einträgen bereitgestellt. Diese umfasste nach einer Aufbereitung Informationen zu insgesamt  $n = 62.799$  einzelnen DiGA-Verordnungen beziehungsweise Beantragungen innerhalb der Jahre von 2020 bis 2023 mit Angaben zu Vorgängen bis einschließlich September 2023. Enthalten waren zu den beantragten und eindeutig gekennzeichneten DiGA jeweils Angaben zum Beantragungs- oder Verordnungsdatum, eine Kennzeichnung von Folgeverordnungen, gegebenenfalls jeweils Pseudonyme zum Verordnenden und zur zugehörigen Praxis, zum Datum des Antragsingangs, zu Zeitpunkt und zur Art der Antragsentscheidung sowie gegebenenfalls zum Erstattungsdatum und zum gezahlten Erstattungsbetrag. Lediglich  $n = 437$  Verordnungen bei BARMER-Versicherten erfolgten bereits im Jahr 2020,  $n = 11.547$  im Jahr 2021 und  $n = 24.159$  im Jahr 2022. In den für Auswertungen zum Schwerpunkt genutzten Daten waren bis Ende September 2023 für das Jahr 2023 bereits  $n = 26.656$  Verordnungen

erfasst. Nach Auswertungen der erst kurz vor Fertigstellung des vorliegenden Dokuments bereitgestellten Daten wurden im gesamten Jahr 2023 für Versicherte der BARMER insgesamt 36.480 DiGA verordnet oder beantragt. Damit ist es 2023 im Vergleich zu 2022 zu einer ähnlichen absoluten Zunahme der DiGA-Verordnungszahlen wie von 2021 auf 2022 gekommen, der relative Zuwachs fällt allerdings geringer als von 2021 auf 2022 aus.

vorrangig Auswertungen  
zum Jahr 2022 mit  
Verfügbarkeit von Daten  
zu Diagnosen (wie in  
Routineabschnitten  
des Reports)

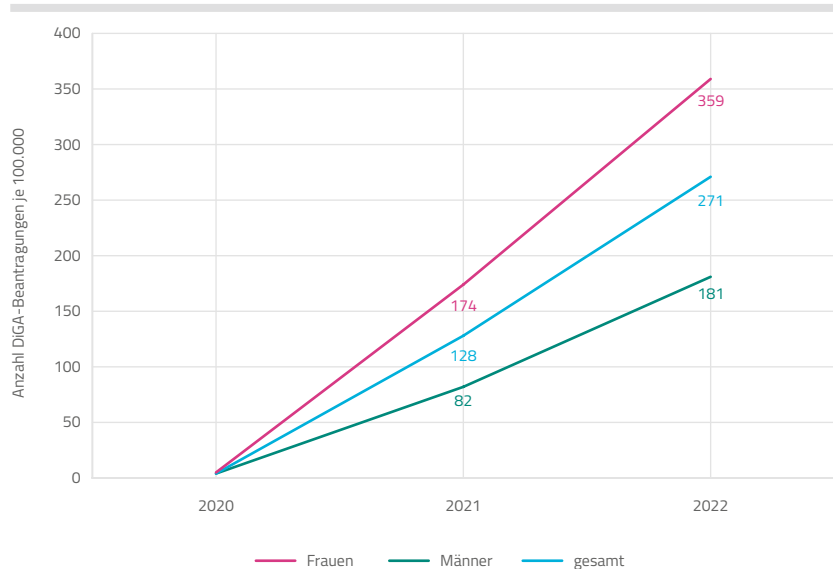
Für die nachfolgend dargestellten jahresbezogenen Auswertungen zu DiGA wurden, wie in den meisten Routineabschnitten des Reports, ausschließlich Personen mit nachweislicher Versicherung in allen vier Quartalen eines Jahres und mit inländischem Wohnort sowie die genau diesen Personen zugeordneten DiGA-Verordnungen berücksichtigt. Im vorrangig betrachteten Jahr 2022 wurden dabei, exakt wie im Routineteil,  $n = 8.643.122$  BARMER-Versicherte berücksichtigt, denen insgesamt  $n = 23.602$  DiGA mit einem Verordnungsdatum im Jahr 2022 zugeordnet werden konnten. Da für die Auswertungen zum Schwerpunkt auch für zurückliegende Jahre stets auf neu aufbereitete aktuelle Daten zu Versicherungsverhältnissen zurückgegriffen wurde, ergeben sich hier im Vergleich zu Routineauswertungen abweichende Populationsgrößen von  $n = 8.854.245$  im Jahr 2020 und  $n = 8.676.434$  im Jahr 2021, denen  $n = 412$  sowie  $n = 11.255$  DiGA-Verordnungen mit Verordnungsdatum im jeweiligen Jahr zuzuordnen waren.

Bei den nachfolgenden Ergebnisdarstellungen zu Beantragungs- und Abrechnungsdaten werden – wie im Routineteil des Reports – in der Regel ausschließlich bevölkerungsbezogen standardisierte beziehungsweise gewichtete oder hochgerechnete Ergebnisse präsentiert. Sinngemäß werden damit Ergebnisse für die gesamte Bevölkerung präsentiert, die sich ergeben, sofern auch alle nicht bei der BARMER versicherten Einwohnerinnen und Einwohner in Deutschland mit einer bestimmten Geschlechtszuordnung innerhalb der einzelnen Altersgruppen und Bundesländer vergleichbare Ergebnisse wie BARMER-Versicherte aufweisen würden.

### 3.3 Häufigkeiten von DiGA-Beantragungen

Nutzungen von DiGA sind im Vergleich zu Inanspruchnahmen anderer Leistungen in der Gesundheitsversorgung in Deutschland bislang selten. Nach Hochrechnungen von Ergebnissen basierend auf BARMER-Daten dürften in Deutschland 2020, 2021 und 2022 schätzungsweise insgesamt rund 3.600, 106.800 und 228.500 DiGA beantragt worden sein. Bezogen auf 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner wurden 2022 damit geschlechts- und altersübergreifend 271 DiGA beantragt – pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner also weniger als drei DiGA. Für Frauen wurden dabei 2022 mit 359 DiGA je 100.000 deutlich mehr DiGA als für Männer mit 181 je 100.000 beantragt (vgl. Abbildung 3.2).

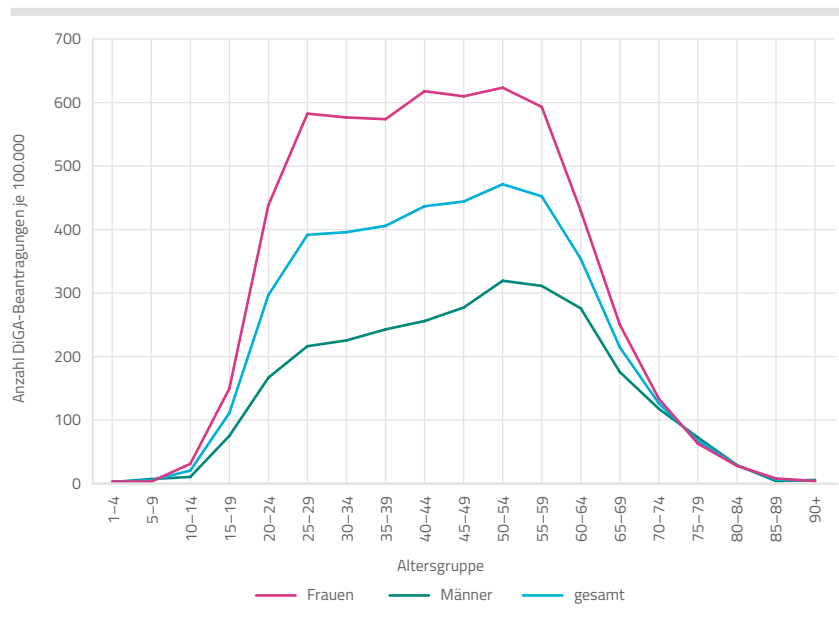
Abbildung 3.2: Beantragungen von DiGA je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner 2020 bis 2022



Quelle: BARMER-Daten 2020, 2021 und 2022, standardisiert D2020BL, D2021BL, D2022BL

Abbildung 3.3 zeigt die Häufigkeit der Beantragung von DiGA nach Geschlecht und Altersgruppen im Jahr 2022. DiGA wurden demnach weit überwiegend im typischen Erwerbsalter beantragt. Die höchsten Antragszahlen ließen sich bei beiden Geschlechtern für 50- bis 54-Jährige ermitteln. Je 100.000 Männer dieses Alters wurden innerhalb des Jahres 319 DiGA beantragt, bei Frauen waren es 623 und geschlechtsübergreifend 471 je 100.000. Selbst in der am häufigsten betroffenen Altersgruppe war 2022 demnach von 100 Personen erst weniger als eine betroffen. Sowohl bei Kindern im Alter von unter zehn Jahren als auch bei Hochbetagten im Alter ab 85 Jahren waren DiGA-Beantragungen im Jahr 2022 mit Raten von weniger als zehn je 100.000 ausgesprochen selten. Während bei den meisten DiGA-Verordnungen auch bei Hochbetagten zulässig wären, resultieren geringe Verordnungsraten bei jüngeren Menschen maßgeblich auch aus altersbezogenen Anwendungsbeschränkungen. Ein überwiegender Teil der bislang zugelassenen DiGA darf erst bei Patientinnen und Patienten im Alter ab 18 Jahren angewendet werden, nur bei zwei DiGA ist eine Anwendung bereits im Alter ab 14 Jahren zulässig.

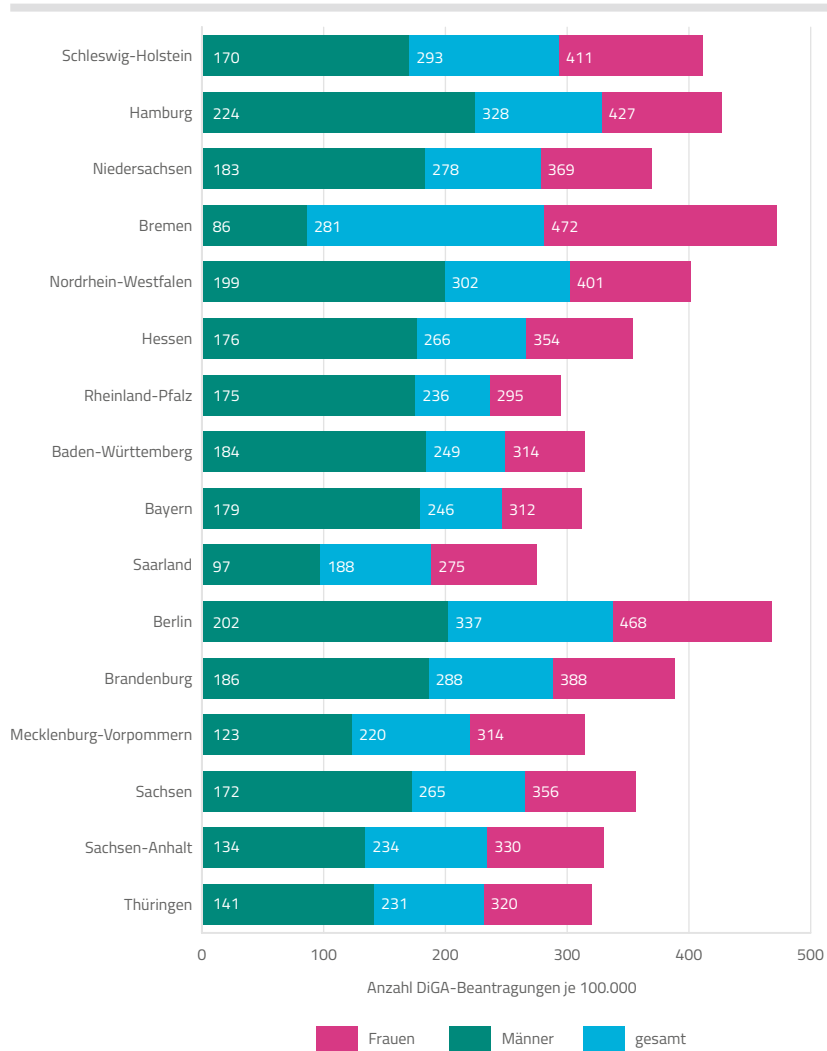
**Abbildung 3.3: Beantragungen von DiGA je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Geschlecht und Alter 2022**



Quelle: BARMER-Daten 2022, standardisiert D2022BL



Abbildung 3.4: Beantragungen von DiGA je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Bundesländern 2022



Quelle: BARMER-Daten 2022, standardisiert D2022BL

### DiGA-Verordnungen in Stadtstaaten vergleichs- weise häufig

Auch zwischen den einzelnen Bundesländern zeigten sich 2022 merkliche Unterschiede hinsichtlich der Beantragungshäufigkeit von DiGA (vgl. Abbildung 3.4). Die geringste Anzahl an DiGA wurde mit 188 je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen von BARMER-Daten 2022 im Saarland verordnet. Vergleichsweise häufig waren Verordnungen demgegenüber in den drei Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin (wobei die Ergebnisse zu Bremen aufgrund geringer Fallzahlen eher zurückhaltend interpretiert werden sollten). Eine der Ursachen hierfür könnte darin liegen, dass Behandlerinnen und Behandler sowie möglicherweise auch die Patientinnen und Patienten in großstädtischen Ballungszentren der Anwendung von DiGA offener gegenüberstehen. In jedem Fall liefern die hier gezeigten Ergebnisse zunächst keine Hinweise darauf, dass DiGA vorrangig in unterversorgten Regionen im Sinne einer Substitution anderweitiger Therapien verordnet wurden. Diese Interpretation wird auch durch nachfolgend dargestellte Auswertungen zu Prädiktoren von DiGA-Verordnungen beziehungsweise -Genehmigungen gestützt (vgl. Kapitel 3.7).

## 3.4 Indikationsspektrum beantragter DiGA

Nachdem DiGA in Deutschland erst seit Ende des Jahres 2020 verordnet werden können, ist die Zahl der verordnungsfähigen DiGA und damit auch das Spektrum der Beschwerden und Erkrankungen, bei denen DiGA angeboten werden könnten, bislang noch recht überschaubar. In den BARMER-Daten zu DiGA-Verordnungen ab 2020 mit Erhebungsstand bis September 2023 konnten insgesamt 60 DiGA unterschieden werden, die innerhalb des Gesamtzeitraums mindestens einmal auch für BARMER-Versicherte beantragt worden waren. Nach einem Abgleich mit dem DiGA-Verzeichnis beim BfArM waren dies weitgehend alle im genannten Zeitraum jemals verordnungsfähigen DiGA. Einzige die erst seit dem 9. September 2023 verordnungsfähige DiGA Orthopy war in den BARMER-Daten (noch) nicht beantragt worden.

Im Rahmen des Schwerpunktkapitels wurden vorrangig DiGA-Verordnungen aus dem Jahr 2022 betrachtet. Innerhalb des Jahres wurden bei den für diese Auswertungen (wie in Routineabschnitten zum Arztreport) berücksichtigten  $n = 8.643.122$  BARMER-Versicherten im Rahmen von (ungewichtet/roh) 23.602 Anträgen insgesamt 42 unterschiedliche DiGA beantragt beziehungsweise verordnet. Unter Ausnahme einer DiGA (re.flex) mit nur zwei

Beantragungen lagen in den Daten jeweils auch Angaben zu Erstattungen vor. Alle DiGA werden vom BfArM einer oder selten auch mehreren von bislang insgesamt zwölf Kategorien im Sinne von Indikations- beziehungsweise Anwendungsgebieten zugeordnet, die sich grob an den Kapiteln der ICD-10-Klassifikation orientieren (Stand: Oktober 2023).

**Tabelle 3.1: Beantragungen von DiGA nach Anwendungskategorien 2022**

Kat. Nr.	Kategorie (Anzahl Apps)	Beantragungen		Genehmigungen		Erstattungen*		Erstattungs-betrag Euro (MW)	Dauer von Genehmigung bis Erstattung Tage (MW)
		Anzahl	Anteil Folge-anträge Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent		
1	Bewegungsapparat (4)	45.216	11,1	44.662	33.452	74,9	263	14,1	
2	Adipositas (2)	41.133	24,9	39.314	35.702	90,8	473	52,5	
3	Tinnitus (2)	34.259	20,0	33.863	27.577	81,4	231	13,7	
4	Depressionen (3)	26.910	5,2	26.468	20.888	78,9	326	14,9	
5	Angststörungen (8)	18.113	8,0	17.630	14.007	79,5	479	12,7	
6	Schlafstörungen (1)	16.886	13,3	16.757	14.489	86,5	226	14,7	
7	Erektionsstörungen (1)	7.611	11,4	5.613	4.590	81,8	651	12,9	
8	Migräne (2)	6.398	46,2	5.747	4.728	82,3	281	10,9	
9	Endometriose (1)	5.428	0,1	4.563	4.344	95,2	599	4,1	
10	Krebs (4)	4.287	15,1	4.039	3.548	87,8	545	11,3	
11	Aphasie (1)	3.923	35,6	3.613	3.221	89,1	488	15,2	
12	Stress, Burnout (1)	3.668	2,9	3.528	2.621	74,3	454	13,8	
13	Rauchen (1**)	3.527	4,9**	3.449	2.462	71,4	301	17,3	
14	Schmerzen (1)	3.130	4,3	3.124	2.440	78,1	601	16,3	
15	Reizdarm (1)	2.758	5,4	2.663	2.478	93,1	718	11,2	
16	Multiple Sklerose (1)	2.347	16,8	2.325	1.911	82,2	417	12,9	
17	Sonstige (4)	2.039	10,7	1.741	1.344	77,2	517	13,2	
18	Diabetes (3)	864	8,2	864	713	82,5	518	11,1	
	gesamt (42)	228.497	15,0	219.965	180.516	82,1	367	21,3	

\* Erstattungen nach Daten mit Dokumentationsstand Ende September 2023, Anteil in Prozent bezogen auf genehmigte DiGA.

\*\* DiGA in zwei unterschiedlichen Varianten als Erst- und Folgeverordnung; MW: Mittelwert.

Quelle: BARMER-Daten 2022 mit n = 23.602 DiGA-Beantragungen zu n = 8.643.122 BARMER-Versicherten, Ergebnisse standardisiert/hochgerechnet D2022BL

Für die erste Übersicht zu den 2022 verordneten DiGA wurde eine eigene Kategorisierung mit 18 Gruppen gewählt, die das Anwendungsspektrum der 2022 verfügbaren DiGA spezifischer und anschaulicher als die Gruppierung der Indikationen des BfArM differenziert (vgl. Tabelle 3.1). In der Tabelle werden diese 18 DiGA-Kategorien in absteigender Reihenfolge gemäß der Beantragungshäufigkeit der zugeordneten DiGA gelistet. Neben den für Deutschland hochgerechneten Beantragungszahlen beinhaltet die Tabelle eine Reihe an weiteren Informationen, die nachfolgend erläutert werden.

Mehr als die Hälfte aller DiGA-Verordnungen lassen sich 3 von 18 Anwendungskategorien zuordnen (Bewegungsapparat, Adipositas, Tinnitus).

**Beantragungen – Verordnungen** Insgesamt 19,8 Prozent und damit rund ein Fünftel aller DiGA-Beantragungen ließen sich 2022 mit hochgerechnet 45.216 Beantragungen der Kategorie **Bewegungsapparat** zuordnen. Aus dieser Kategorie wurden 2022 weit überwiegend lediglich zwei verschiedene DiGA für eine Anwendung bei vorderem Knieschmerz sowie bei nichtspezifischen Kreuzschmerzen oder Arthrose der Wirbelsäule verordnet (vgl. auch Tabelle 3.4 in späteren Abschnitten). Zusammen 18,0 Prozent der DiGA-Beantragungen entfielen auf zwei weitere DiGA, die bei starkem Übergewicht (Kategorie **Adipositas**) zum Einsatz kommen können. Den dritten Rang belegte mit einem Anteil von 15,0 Prozent aller DiGA-Beantragungen die Kategorie **Tinnitus**, der 2022 gleichfalls zwei DiGA zugeordnet waren, die den Umgang mit andauernden und als belastend empfundenen Ohrgeräuschen erleichtern sollen. Allein den bis hier erläuterten drei Kategorien waren zusammen mit 52,8 Prozent bereits mehr als die Hälfte aller DiGA-Beantragungen innerhalb des Jahres 2022 zuzuordnen.

2022 entfielen  $\frac{4}{5}$  aller DiGA-Verordnungen auf die verordnungsstärksten 6 Anwendungskategorien (neben den zuvor genannten die 3 Kategorien Depressionen, Angst- und Schlafstörungen).

Auf Rang 4 und 5 folgten Beantragungen von DiGA zum Einsatz bei **Depressionen** (drei unterschiedlichen digitalen Anwendungen, Anteil zusammen 11,8 Prozent) sowie bei unterschiedlich differenzierten **Angststörungen** (acht Anwendungen, Anteil zusammen 7,9 Prozent), auf Rang 6 schließlich mit einem Anteil von 7,4 Prozent eine DiGA zur Behandlung von **Schlafstörungen** (eine weitere Anwendungen mit dieser Indikation war erst ab dem 18. Dezember 2022 verordnungsfähig und wurde gemäß den verfügbaren Daten 2022 noch nicht beantragt). Auf die bis hier erwähnten Kategorien 1 bis 6 entfielen 2022 insgesamt 79,9 Prozent und damit rund vier Fünftel aller DiGA-Beantragungen. Den verbleibenden zwölf Kategorien war dementsprechend zusammengenommen lediglich rund ein Fünftel aller Beantragungen zuzuordnen, wobei auf die einzelnen der zwölf weiteren Kategorien jeweils nur noch zwischen 0,4 und 3,3 Prozent aller Beantragungen entfielen.

**Folgeanträge** DiGA werden in der Regel für einen Anwendungszeitraum von 90 Tagen verordnet. Ausnahmen bildeten 2022 lediglich die beiden DiGA Mawendo und Meine Tinnitus App mit regulär 365 Tagen Anwendungsdauer. Sollen Anwendungen über den regulären Verordnungszeitraum hinaus genutzt werden, ist eine Folgeverordnung beziehungsweise -beantragung erforderlich. Folgeanträge deuten darauf hin, dass der Einsatz einer DiGA seitens des Patienten / der Patientin und/oder der Behandlerin / des Behandlers auch nach ersten Erfahrungen weiterhin für sinnvoll erachtet wird. Sie liefern insofern zumindest gewisse Hinweise auf eine positive Bewertung der DiGA. Auf der Ebene der hier betrachteten Anwendungskategorien ließ sich mit 46,2 Prozent der höchste Anteil an Folgeanträgen bei DiGA mit der Indikation Migräne ermitteln, die demnach auch nach Ablauf der regulären Nutzungsdauer von 90 Tagen häufig erneut beantragt beziehungsweise verordnet werden. Folgeanträge machten darüber hinaus zudem auch bei der DiGA neolexon Aphasie mehr als ein Drittel aller Beantragung aus, die gemäß Ausführungen im DiGA-Verzeichnis „bei Menschen mit Aphasie und/oder Sprechapraxie ein logopädisches Training zum täglichen Üben zu Hause als Ergänzung zur Sprachtherapie“ bietet. Die dargestellten Ergebnisse zu Folgeanträgen hängen zum Teil allerdings sehr maßgeblich auch von der Verfügbarkeit sowie der Entwicklung von Verordnungszahlen ab und können insofern nicht einfach im Sinne eines Qualitätsindikators interpretiert und zwischen den DiGA verglichen werden. So resultiert der extrem niedrige Anteil an Folgeanträgen von 0,1 Prozent bei der DiGA Endo-App als alleinigem Vertreter einer digitalen Anwendung mit der Indikation Endometriose allein daraus, dass diese DiGA erst seit dem 9. Oktober 2022 verordnet werden konnte und es insofern Folgeanträge nach Abschluss einer 90-tägigen Nutzung innerhalb des Jahres 2022 regulär noch gar nicht hätte geben können. Die geringe Zahl an dennoch vorhandenen Folgeanträgen dürfte aus einer vorausschauenden Beantragung vor Ablauf der 90 Tage resultieren.

**Genehmigungen** DiGA werden zumeist von Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und -therapeuten verordnet. Diese Verordnungen müssen und können dann in einem engeren Sinne nicht von den Krankenkassen überprüft werden – der Krankenkasse kommt in diesen Fällen lediglich die Aufgabe zu, den Versicherten einen Freischaltcode für die DiGA zu übermitteln (was allerdings anfänglich von Krankenkassen noch anders gehandhabt wurde). DiGA können – wie zuvor erwähnt – jedoch auch von Patientinnen und Patienten selbst beantragt werden, sofern eine Diagnose im Sinne einer Indikation für die

jeweilige DiGA, beispielsweise durch die einer Beantragung beigefügten Unterlagen, belegt werden kann (vgl. auch spätere Abschnitte zu einzelnen DiGA). Insbesondere die patientenseitigen Anträge müssen dann also von der Krankenkasse geprüft werden, um im positiven Fall einer Prüfung einen Freischaltcode an die Versicherten übermitteln zu können. Da Diagnosen aus der ambulanten kassenärztlichen Versorgung – und damit der überwiegende Teil aller in Abrechnungsdaten dokumentierten Diagnosen – erst mit etwa sechsmonatiger Verzögerung bei der Krankenkasse verfügbar sind, wären die in den Daten bei Krankenkassen routinemäßig verfügbaren Informationen oftmals nicht ausreichend, um Indikationen zur Anwendung einer DiGA zu prüfen.

Entscheidung 2022  
innerhalb von durch-  
schnittlich 0,7 Tagen ab  
Antragseingang, dabei  
96 % aller DiGA-Anwen-  
dungen genehmigt

Typischerweise vergehen ab dem Verordnungsdatum einige Tage, bis der Antrag bei der Krankenkasse vorliegt. Bei Beantragungen und Verordnungen im Jahr 2022 waren dies nach standardisierten Ergebnissen auf der Basis von BARMER-Daten rechnerisch im Mittel 4,7 Tage (Ergebnisse anderweitig nicht dargestellt). Aufgrund möglicher Korrekturen des Verordnungsdatums bei der kasseninternen Erfassung ist der genannte Wert allerdings nur eingeschränkt interpretierbar und markiert lediglich eine untere Grenze der realen Dauer zwischen Verordnung und Antragseingang. Bezogen auf alle Anträge 2022 erfolgte die Prüfung nach standardisierten Auswertungen von BARMER-Daten dann im Mittel innerhalb von 0,7 Tagen ab Antragseingang (anderweitig nicht dargestellt). In der Regel wurde die Prüfung also am Tag des Antragseingangs oder am direkten Folgetag abgeschlossen. Dabei wurden 96,3 Prozent aller beantragten beziehungsweise verordneten DiGA-Anwendungen auch genehmigt.

Merklich unterhalb von 90 Prozent lagen die Genehmigungsquoten lediglich bei den drei DiGA-Anwendungskategorien Erektionsstörungen, Endometriose und Sonstige mit 73,8, 84,1 und 85,4 Prozent (vgl. Angaben zu absoluten Zahlen in Tabelle 3.1). Zugleich wurden in genau diesen drei Kategorien mit 49,9, 79,8 und 35,7 Prozent im Jahr 2022 nach Datenlage anteilig auch am häufigsten Beantragungen direkt von Patientinnen und Patienten selbst vorgenommen.

**Erstattungen** Mit der Genehmigung einer DiGA erhalten Versicherte von ihrer Krankenkasse einen Freischaltcode für die DiGA. Ab dem Zeitpunkt, zu dem Versicherte dann eine DiGA mit diesem Freischaltcode nachweislich aktivieren, sind die DiGA-Anbieter berech-

tigt, den jeweils gültigen Vergütungsbetrag für die DiGA mit der Krankenkasse abzurechnen. Wurden zuvor genehmigte DiGA nicht erstattet beziehungsweise nicht mit der Krankenkasse abgerechnet, deutet dies in erster Linie darauf hin, dass eine DiGA, trotz einer Genehmigung, vom Versicherten nicht (erfolgreich) aktiviert wurde. Dies gilt für die hier präsentierten Ergebnisse zum Jahr 2022 weitgehend uneingeschränkt, da Abrechnungen bis einschließlich zum September 2023 berücksichtigt werden konnten und auch in nachfolgend aktualisierten Daten kaum noch mit Abrechnungen zu bereits 2022 verordneten DiGA zu rechnen ist.

Von allen im Jahr 2022 genehmigten DiGA wurden 82,1 Prozent erstattet und demnach offensichtlich auch von Patientinnen und Patienten aktiviert. Am höchsten lag dieser Anteil mit 95,2 Prozent bei der DiGA Endo-App zum Einsatz bei Endometriose. Hierbei könnte eine Rolle gespielt haben, dass genau diese DiGA auch überwiegend von den Patientinnen selbst beantragt wurde und insofern eine vergleichsweise hohe Motivation seitens der Patientinnen unterstellt werden kann. Oberhalb von 90 Prozent lagen die Erstattungsraten ansonsten noch in den Anwendungskategorien Adipositas und Reizdarm. Weniger als drei Viertel der genehmigten DiGA wurden in den Anwendungskategorien Bewegungsapparat, Stress und Rauchen erstattet. Über die Ursachen hierfür kann an dieser Stelle nur spekuliert werden. Ein Teil der Patientinnen und Patienten dürfte möglicherweise bereits vor ersten Anmeldeversuchen das Interesse verloren haben, einige könnten auch an technischen oder anderweitigen Hürden gescheitert sein.

**Erstattungsbetrag** Als Erstattungsbetrag werden in Tabelle 3.1 die durchschnittlich je Erstattung bis September 2023 gezahlten Beträge – hier ausschließlich bezogen auf die im Jahr 2022 verordneten oder beantragten DiGA – genannt. Oftmals wurden und werden für DiGA im Rahmen der Erprobung und vorläufigen Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis zunächst vergleichsweise hohe Preise festgelegt, die dann gegebenenfalls im Zuge einer dauerhaften Aufnahme in das Verzeichnis regelmäßig deutlich reduziert werden. Die genannten Zahlen repräsentieren insofern eine Momentaufnahme aus dem Jahr 2022. Aktuelle Preisangaben im DiGA-Verzeichnis auf den Internetseiten des BfArM können insofern merklich von den hier ermittelten Beträgen abweichen.

Für eine zumeist 90-tägige DiGA-Anwendung wurden nach Verordnung 2022 ggf. durchschnittlich 367 € erstattet.

Im Mittel wurde für die zumeist 90-tägige (und nur selten 365-tägige) Anwendungsbeurteilung einer 2022 verordneten DiGA mit deren erstmaliger Freischaltung durch den Versicherten nach bevölkerungsbezogenen standardisierten Auswertungen von BARMER-Daten ein Betrag von 367 Euro von der Krankenkasse erstattet. Durchschnittsbeträge merklich oberhalb von 500 Euro resultierten bei den Anwendungskategorien Erektionsstörungen (651 Euro), Endometriose (599 Euro), Schmerzen (601 Euro) und Reizdarm (718 Euro), denen 2022 jeweils nur eine DiGA zugeordnet war. Drei dieser DiGA waren erst kurz vor Beginn des Jahres 2022 im Dezember 2021 vorläufig zugelassen worden, die Endo-App der Indikationskategorie Endometriose sogar erst im Oktober 2022. Für alle vier genannten DiGA wurden insofern nach einer Verordnung im Jahr 2022 zunächst (weitgehend ausschließlich) die im Zuge der vorläufigen Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis primär vom Anbieter festgesetzten (Höchst-)Preise erstattet. Werden DiGA dauerhaft in das Verzeichnis des BfArM aufgenommen, bewegen sich die Preise in der Regel auf einem deutlich niedrigeren Niveau.

**Dauer von Genehmigung bis Erstattung** Die Zeitdauer von der Genehmigung einer DiGA bis zur Erstattung der Kosten an DiGA-Hersteller, die vereinbarungsgemäß ab dem Tag der ersten DiGA-Aktivierung angefordert werden kann, bildet – zumindest theoretisch – ein ungefähres Maß für die Zeit, die zwischen der Zugriffsmöglichkeit auf die „DiGA-Therapie“ und deren erster Nutzung vergeht. Auch dieser Kennwert kann allerdings von sehr unterschiedlichen Faktoren mitbeeinflusst werden. In den meisten Anwendungskategorien vergingen zwischen der Genehmigung von DiGA und deren Abrechnung im Durchschnitt etwa zwei Wochen (vgl. letzte Spalte in Tabelle 3.1). Auffällig kurz war die Zeitspanne mit durchschnittlich nur 4,1 Tagen bei der Endo-App aus der Anwendungskategorie Endometriose. Auch hier könnte die Motivation der Patientinnen zur Anwendung der oftmals selbst beantragten DiGA eine wichtige Rolle gespielt haben. Auffällig lang war demgegenüber die ermittelte Zeitspanne bezogen auf DiGA der Anwendungskategorie Adipositas mit durchschnittlich 52,5 Tagen. Der hohe Wert resultiert dabei sehr maßgeblich aus der mit durchschnittlich 126,7 Tagen extrem langen Zeitspanne zwischen Genehmigungen und Erstattungen bei der DiGA Oviva Direkt. Hierbei haben herstellereinspezifische Abrechnungsprobleme eine Rolle gespielt. Die Werte spiegeln insofern nicht die reale Zeitspanne zwischen der Genehmigung und dem Start der DiGA-Anwendung wider.



### 3.5 Verordnungen und Beantragung von DiGA durch Fachgruppen und Patientinnen und Patienten

Trotz des 2022 noch sehr überschaubaren Angebots an verordnungsfähigen DiGA existierten auch 2022 bereits DiGA zu Indikationen beziehungsweise Erkrankungen, die in Deutschland schwerpunktmäßig und typischerweise von Behandlerinnen und Behandlern aus unterschiedlichen Fachdisziplinen behandelt werden. Vor diesem Hintergrund liefert Tabelle 3.2 Ergebnisse zur Verteilung der hochgerechnet 228.497 Verordnungen von DiGA in den einzelnen Anwendungskategorien im Jahr 2022 auf unterschiedliche Facharztgruppen, psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie auf Beantragungen durch die Patientinnen und Patienten selbst. Je Anwendungskategorie sind dabei diejenigen Gruppen hervorgehoben, die für mindestens 20 Prozent der DiGA-Verordnungen aus der Kategorie verantwortlich waren.

Insgesamt betrachtet war die (sehr große) Gruppe der Hausärztinnen und -ärzte mit einem Anteil von 34,2 Prozent für die meisten Verordnungen an DiGA verantwortlich (vgl. letzte Tabellenzeile, linke Spalte). Bezogen auf DiGA aus einigen Anwendungskategorien waren jedoch auch andere Fachgruppen in ähnlichem oder auch stärkerem Umfang als Hausärztinnen und -ärzte für die Verordnungen der DiGA verantwortlich zu machen. So erfolgten mehr als 80 Prozent der DiGA-Verordnungen aus der Kategorie Bewegungsapparat durch Chirurginnen und Chirurgen sowie insbesondere Orthopädinnen und Orthopäden, bezogen auf die Anwendungskategorie Tinnitus gilt Gleiches für die Gruppe der HNO-Ärztinnen und -Ärzte. Zudem wurden knapp 80 Prozent der DiGA aus der Anwendungskategorie Multiple Sklerose von Neurologinnen und Neurologen verordnet, die zugleich 2022 auch für mehr als die Hälfte der Verordnungen von DiGA aus der Anwendungskategorie Migräne verantwortlich waren. Gynäkologinnen und Gynäkologen waren für knapp die Hälfte der Verordnungen aus der Anwendungskategorie Krebs verantwortlich, aus der seit Ende März 2022 ausschließlich noch DiGA zur Anwendung bei Brustkrebs verordnungsfähig waren. Immerhin noch über 40 Prozent der Verordnungen von DiGA mit der Indikation Erektionsstörungen erfolgte durch die zahlenmäßig kleine Fachgruppe der Urologinnen und Urologen – ein noch größerer Anteil der DiGA aus dieser Kategorie wurde allerdings von den Patienten selbst beantragt. Noch deutlich höher lag der

Anteil der Selbstbeantragungen nur bei der bereits mehrfach erwähnten Endo-App für Patientinnen mit Endometriose. Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten waren in nennenswertem Umfang an der Verordnung von DiGA bei Depressionen, Angst- und Schlafstörungen sowie bei Stress beteiligt, jedoch ohne diese Verordnungen zu dominieren, und dabei insgesamt für 5,2 Prozent aller DiGA-Verordnungen 2022 verantwortlich.

Mit den Ergebnissen in Tabelle 3.3 wird der Versuch unternommen, das Behandlungsgeschehen (auch) im Hinblick auf DiGA-Verordnungen von Behandlerinnen und Behandlern aus den einzelnen Fachgruppen basierend auf Auswertungen von Daten zu BARMER-Versicherten approximativ zu beschreiben. Da in den BARMER-Daten „nur“ Informationen zu rund einem Zehntel aller Patientinnen und Patienten in Deutschland enthalten sind, mussten für einige Auswertungen vereinfachende Annahmen zugrunde gelegt werden. Insbesondere die Abschätzung der Anteile von Behandlerinnen und Behandlern mit mindestens einer DiGA-Verordnung sollte dabei eher im Sinne einer ersten überschlägigen Abschätzung zur Versorgungssituation im Jahr 2022 gelesen werden (vgl. hierzu Erläuterungen in nachfolgenden Textabschnitten).

Tabelle 3.2: Anzahl DiGA-Beartragungen nach Anwendungskategorien und Fachgruppen 2022

DiGA-Kategorie	Hausärztin- nen, Hausärzte	Orthopädie, Chirurgie	Gynäkologie	Hals-Nasen- Ohren- Heilkunde	innere Medizin (fachärztlich)	Neurologie, Nervenheil- kunde	Urologie	psychologi- sche Psycho- therapie	Versicherte	gesamt*
<b>Bewegungsapparat</b>	4.448	37.499	15	0	87	779	0	44	321	45.216
Zeilenprozent	9,8	82,9	0,0	0,0	0,2	1,7	0,0	0,1	0,7	100,0
Spaltenprozent	5,7	98,2	0,2	0,0	1,9	2,8	0,0	0,4	1,5	19,8
<b>Adipositas</b>	32.049	430	1.956	86	1.299	793	272	382	3.204	41.133
Zeilenprozent	77,9	1,0	4,8	0,2	3,2	1,9	0,7	0,9	7,8	100,0
Spaltenprozent	41,0	1,1	33,3	0,3	27,7	2,8	7,7	3,2	14,7	18,0
<b>Tinnitus</b>	2.238	23	12	29.786	0	702	0	334	1.142	34.259
Zeilenprozent	6,5	0,1	0,0	86,9	0,0	2,0	0,0	1,0	3,3	100,0
Spaltenprozent	2,9	0,1	0,2	98,2	0,0	2,5	0,0	2,8	5,2	15,0
<b>Depressionen</b>	12.914	36	131	0	80	8.916	13	2.924	1.659	26.910
Zeilenprozent	48,0	0,1	0,5	0,0	0,3	33,1	0,0	10,9	6,2	100,0
Spaltenprozent	16,5	0,1	2,2	0,0	1,7	31,6	0,4	24,6	7,6	11,8
<b>Angststörungen</b>	6.887	12	114	20	20	5.387	0	4.112	1.404	18.113
Zeilenprozent	38,0	0,1	0,6	0,1	0,1	29,7	0,0	22,7	7,8	100,0
Spaltenprozent	8,8	0,0	1,9	0,1	0,4	19,1	0,0	34,6	6,4	7,9
<b>Schlafstörungen</b>	6.135	82	298	284	1.072	4.136	0	2.898	1.736	16.886
Zeilenprozent	36,3	0,5	1,8	1,7	6,3	24,5	0,0	17,2	10,3	100,0
Spaltenprozent	7,9	0,2	5,1	0,9	22,9	14,7	0,0	24,4	7,9	7,4
<b>Erektionsstörungen</b>	521	0	0	14	30	0	3.170	0	3.796	7.611
Zeilenprozent	6,8	0,0	0,0	0,2	0,4	0,0	41,7	0,0	49,9	100,0
Spaltenprozent	0,7	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	89,7	0,0	17,4	3,3
<b>Migräne</b>	1.842	0	33	10	21	3.349	0	104	660	6.398
Zeilenprozent	28,8	0,0	0,5	0,2	0,3	52,4	0,0	1,6	10,3	100,0
Spaltenprozent	2,4	0,0	0,6	0,0	0,5	11,9	0,0	0,9	3,0	2,8
<b>Endometriose</b>	320	9	729	0	0	0	0	13	4.331	5.428
Zeilenprozent	5,9	0,2	13,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	79,8	100,0
Spaltenprozent	0,4	0,0	12,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	19,8	2,4
<b>Krebs</b>	619	0	2.092	0	447	39	30	36	888	4.287
Zeilenprozent	14,4	0,0	48,8	0,0	10,4	0,9	0,7	0,8	20,7	100,0
Spaltenprozent	0,8	0,0	35,6	0,0	9,5	0,1	0,8	0,3	4,1	1,9

DiGA-Kategorie	Hausärztinnen, Hausärzte	Orthopädie, Chirurgie	Gynäkologie	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	innere Medizin (fachärztlich)	Neurologie, Nervenkunde	Urologie	psychologische Psychotherapie	Versicherte	gesamt*
<b>Aphasie</b>	2.227	0	0	51	16	584	0	0	868	3.923
Zeilenprozent	56,8	0,0	0,0	1,3	0,4	14,9	0,0	0,0	22,1	100,0
Spaltenprozent	2,9	0,0	0,0	0,2	0,3	2,1	0,0	0,0	4,0	1,7
<b>Stress, Burnout</b>	2.201	11	91	0	31	502	9	396	225	3.668
Zeilenprozent	60,0	0,3	2,5	0,0	0,8	13,7	0,2	10,8	6,1	100,0
Spaltenprozent	2,8	0,0	1,6	0,0	0,7	1,8	0,2	3,3	1,0	1,6
<b>Rauchen</b>	1.611	14	52	84	1.210	180	0	126	155	3.527
Zeilenprozent	45,7	0,4	1,5	2,4	34,3	5,1	0,0	3,6	4,4	100,0
Spaltenprozent	2,1	0,0	0,9	0,3	25,8	0,6	0,0	1,1	0,7	1,5
<b>Schmerzen</b>	687	65	0	0	95	641	9	179	155	3.130
Zeilenprozent	21,9	2,1	0,0	0,0	3,0	20,5	0,3	5,7	4,9	100,0
Spaltenprozent	0,9	0,2	0,0	0,0	2,0	2,3	0,3	1,5	0,7	1,4
<b>Reizdarm</b>	2.193	0	12	0	212	28	16	39	232	2.758
Zeilenprozent	79,5	0,0	0,4	0,0	7,7	1,0	0,6	1,4	8,4	100,0
Spaltenprozent	2,8	0,0	0,2	0,0	4,5	0,1	0,5	0,3	1,1	1,2
<b>Multiple Sklerose</b>	178	0	0	0	6	1.823	0	70	244	2.347
Zeilenprozent	7,6	0,0	0,0	0,0	0,2	77,7	0,0	3,0	10,4	100,0
Spaltenprozent	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	6,5	0,0	0,6	1,1	1,0
<b>Sonstige</b>	338	9	347	0	0	322	16	196	727	2.039
Zeilenprozent	16,6	0,4	17,0	0,0	0,0	15,8	0,8	9,6	35,7	100,0
Spaltenprozent	0,4	0,0	5,9	0,0	0,0	1,1	0,4	1,7	3,3	0,9
<b>Diabetes</b>	682	0	0	0	57	4	0	18	95	864
Zeilenprozent	78,9	0,0	0,0	0,0	6,5	0,5	0,0	2,0	11,0	100,0
Spaltenprozent	0,9	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,1	0,4	0,4
<b>gesamt</b>	<b>78.089</b>	<b>38.191</b>	<b>5.882</b>	<b>30.336</b>	<b>4.681</b>	<b>28.185</b>	<b>3.535</b>	<b>11.869</b>	<b>21.843</b>	<b>228.497</b>
Zeilenprozent	34,2	16,7	2,6	13,3	2,0	12,3	1,5	5,2	9,6	100,0

\* Inklusive hochgerechnet n = 5.118 Beantragungen durch sonstige sowie n = 767 Beantragungen durch nicht identifizierte Fachgruppen.

Zeilenprozent = Anteile der Fachgruppen an DiGA-Verordnungen aus einer Anwendungskategorie (alle Fachgruppen = 100)

Spaltenprozent = Anteile der DiGA-Verordnungen nach Anwendungskategorien innerhalb der Fachgruppe (alle Kategorien = 100)

Quelle: BARMER-Daten 2022 mit n = 23.602 DiGA-Beantragungen zu n = 8.643.122 BARMER-Versicherten, Ergebnisse standardisiert/hochgerechnet D2022BL

Insgesamt konnten in den Daten anhand der entsprechenden Pseudonyme rund 194.000 Therapeuten und Therapeutinnen differenziert werden, die bei mindestens einem der hier regulär betrachteten  $n = 8.643.122$  BARMER-Versicherten innerhalb des Jahres 2022 wenigstens eine beliebige Leistung abgerechnet hatten (vgl. letzte Zeile der Tabelle 3.3). Die hier für das Gesamtjahr 2022 ermittelte Zahl liegt dabei um knapp fünf Prozent höher als die Zahl der Ärztinnen und Ärzte sowie nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten von  $n = 185.298$ , die nach Angaben der KBV am 31. Dezember 2022 an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt waren (KBV, 2023a). Es wurde vor diesem Hintergrund davon ausgegangen, dass in BARMER-Daten (weitgehend) alle innerhalb des Jahres 2022 an der GKV-Versorgung beteiligten Behandlerinnen und Behandler identifiziert werden konnten. Aus der bevölkerungsbezogen gewichteten Anzahl der behandelten BARMER-Versicherten wurde die Gesamtzahl der Behandlungsfälle sowie die Gesamtzahl der behandelten Patientinnen und Patienten dieser Behandlerinnen und Behandler approximiert. Die daraus ermittelten durchschnittlichen Fall- und Patientenzahlen je Behandlerin oder Behandler im Jahr 2022 werden in der zweiten und dritten Ergebnisspalte der Tabelle berichtet. Dabei wurde die Zahl der hier nur ergänzend angegebenen Behandlungsfälle pro Quartal aus der Zahl der Fälle im Jahr durch Teilen durch vier approximiert. Die Anzahl der unterschiedlichen Patientinnen und Patienten wurde pro Jahr ermittelt und variiert zwischen knapp über 100 bei psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und einem Wert von mehr als 5.000 bei übrigen Fachgruppen. Der hohe Wert in der letztgenannten Gruppe resultiert dabei maßgeblich aus sehr hohen „Patientenzahlen“ bei wenigen Laborärztinnen und -ärzten.

Wie die Gesamtzahl der Patientinnen und Patienten wurde auch die Zahl derjenigen mit (mindestens) einer DiGA-Verordnung aus der bevölkerungsbezogen gewichteten Anzahl der entsprechend behandelten BARMER-Versicherten approximiert. Die durchschnittliche Zahl der Patientinnen und Patienten je Therapeutin oder Therapeut im Jahr 2022 mit DiGA-Verordnung wird in der vierten Ergebnisspalte der Tabelle berichtet. Sie variiert zwischen 0,10 bei übrigen Fachgruppen und 2,11 in der Gruppe der Niedergelassenen mit einer Zuordnung zum Fachgebiet Orthopädie oder Chirurgie. Fachübergreifend, also bezogen auf alle überhaupt abrechnenden Behandlerinnen und Behandler, wurden pro Behandlerin oder Behandler innerhalb des Jahres 2022 DiGA bei durchschnittlich approximativ 0,90 unterschiedlichen Patientinnen oder Patienten verordnet. Den Wert erhält

Je Ärztin/Arzt wurde  
2022 im Durchschnitt  
nur etwa ein Patient mit  
DiGA behandelt.

man überschlägig auch, wenn man berücksichtigt, dass von den in Tabelle 3.2 genannten rund 228.000 DiGA-Verordnungen etwa zehn Prozent patientenseitig selbst beantragte DiGA sowie auch Mehrfachverordnungen bei einzelnen Patientinnen und Patienten enthalten sind, nach deren Abzug bevölkerungsbezogen noch rund 175.000 unterschiedliche Patientinnen und Patienten verbleiben, die sich dann auf die hier ermittelte Zahl von 194.000 Behandlerinnen und Behandler verteilen.

**Tabelle 3.3: Behandlerinnen und Behandler nach Fachgruppen – approximative Zahl behandelter Patientinnen und Patienten gesamt sowie mit DiGA-Verordnung 2022**

Fachgruppe	Anzahl Behandler (Anteil**)	Fälle je Quartal	Patienten je Behandler 2022			Anteil Behandler mit mindestens einer DiGA-Verordnung*
			Anzahl gesamt	mit DiGA-Verordnung: Anzahl Patienten, Anteil der Patienten		
	Anzahl	Anzahl	Mittelwert	Mittelwert	Prozent	Prozent
Hausärztinnen, Hausärzte	57.389 (37)	1.345	2.287	1,15	0,050	61
Orthopädie, Chirurgie	16.249 (11)	798	2.199	2,11	0,096	67
Gynäkologie	13.282 (9)	955	2.455	0,38	0,015	26
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	4.759 (3)	1.386	3.909	5,23	0,134	92
innere Medizin (fachärztlich)	13.372 (9)	820	1.974	0,28	0,014	22
Neurologie, Nervenheilkunde	13.612 (9)	476	907	1,79	0,198	55
Urologie	3.631 (2)	1.251	2.853	0,63	0,022	39
psychologische Psychotherapie	32.259 (21)	62	105	0,32	0,303	25
übrige Fachgruppen	39.758 (-)	1.837	5.575	0,10	0,002	7
gesamt	194.311	1.063	2.534	0,90	0,035	39

\* Approximative Schätzung unter vereinfachenden Annahmen – vgl. Erläuterungen im Text.

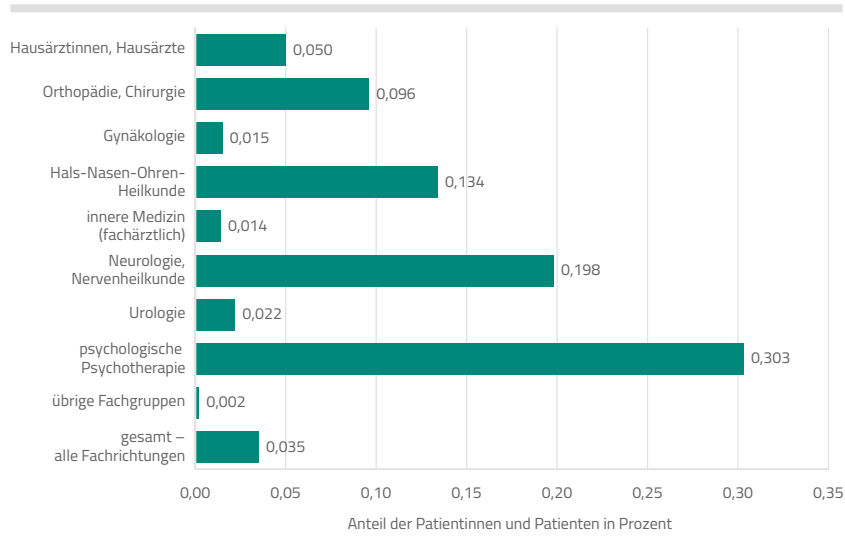
\*\* Anteil hier ausschließlich bezogen auf die weiter differenziert ausgewiesenen Fachgruppen ohne übrige Fachgruppen.

Quelle: BARMER-Daten 2022 zu n = 8.643.122 BARMER-Versicherten, Berücksichtigung bei ambulanten Inanspruchnahmen von Leistungen mit pseudonymisierten Zuordnungen zu einzelnen Behandlerinnen und Behandlern; Ergebnisse standardisiert/hochgerechnet D2022BL

Die fünfte Spalte der Tabelle 3.3 nennt die Anteile der Patientinnen und Patienten von Behandlerinnen und Behandlern mit den genannten Fachgruppenzuordnungen, die im Rahmen der Betreuung 2022 eine DiGA verordnet bekamen (wobei sich diese Anteile durch Division der beiden zuvor aufgeführten Mittelwerte errechnen lassen). Dieser Anteil

variiert von 0,002 Prozent bei den „übrigen Fachgruppen“ bis 0,3 Prozent bei psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten (vgl. auch Abbildung 3.5). Während von 1.000 Patientinnen und Patienten der letztgenannten Gruppe demnach etwa drei (mindestens) eine DiGA erhielten, war dies in der erstgenannten Gruppe nur bei zwei von 100.000 der Fall. Über alle Fachgruppen hinweg waren 35 je 100.000 Patientinnen und Patienten von DiGA-Verordnungen betroffen. Die fachgruppenspezifisch unterschiedlich hohen patientenbezogenen Verordnungsraten sind dabei maßgeblich auch eine Folge der Verfügbarkeit von einzelnen DiGA mit bestimmten Indikationsgebieten. Dass HNO-Patientinnen und Patienten vergleichsweise häufig DiGA verordnet bekamen, resultiert aus der Verfügbarkeit von DiGA mit der Indikation Tinnitus. Psychotherapeutinnen und -therapeuten konnten 2022 auf DiGA zum Einsatz bei Depressionen und Angststörungen zurückgreifen, Nervenärztinnen und -ärzte zudem auf eine DiGA zur Unterstützung bei Multipler Sklerose (vgl. auch vorausgehende Tabelle 3.2).

**Abbildung 3.5: Anteil der Patientinnen und Patienten mit DiGA-Verordnung bei Behandlerinnen und Behandlern nach Fachgruppen 2022**



Quelle: BARMER-Daten 2022, Ergebnisse standardisiert/hochgerechnet D2022BL

Die letzte Spalte der Tabelle 3.3 enthält abschließend Schätzwerte zu den Anteilen der Behandlerinnen und Behandler in Fachgruppen, die innerhalb des Jahres mindestens eine DiGA verordneten und insofern 2022 zumindest in begrenztem Umfang Erfahrungen mit entsprechenden Verordnungen sammelten. Dieser Anteil lässt sich ohne Vollerhebungsergebnisse aus Stichproben der Abrechnungsdaten nur überschlägig und unter bestimmten Annahmen schätzen. Verordnet beispielsweise ein (fiktiv angenommener) Orthopäde bei zwei seiner 2.000 Patienten eine DiGA (was 2022 etwa als Durchschnittswert für Orthopäden gelten kann), dann wäre die Wahrscheinlichkeit rein zufallsbedingt sehr groß, dass keiner seiner erwartungsgemäß etwa 200 bei der BARMER versicherten Patientinnen und Patienten von ihm eine DiGA verordnet bekämen und der Arzt oder die Ärztin dann nach BARMER-Daten fälschlich als Nichtverordner oder Nichtverordnerin klassifiziert würde. Dementsprechend ließen sich in den Daten der BARMER insgesamt nur knapp 10.000 Behandlerinnen und Behandler mit mindestens einer DiGA-Verordnung (bei BARMER-Versicherten) direkt identifizieren, was einem Anteil von nur rund fünf Prozent entspricht. Für den in Tabelle 3.3 präsentierten Schätzwert wurde demgegenüber auf behändlerspezifisch geschätzte Gesamtpatientenzahlen  $nP_{\text{Arzt}}$  (wie in der zweiten Ergebnisspalte, jedoch auf Einzelbehandler-Ebene) sowie auf KV- und fachgruppenspezifisch ermittelte Patientenanteile mit DiGA-Verordnung  $pD_{\text{KVFG}}$  (wie in der dritten Ergebnisspalte, jedoch auf Fachgruppen- und KV-Ebene) zurückgegriffen. Unter der Annahme, dass diese Anteile gleichermaßen für alle Behandlerinnen und Behandler einer Fachrichtung innerhalb einer KV gelten, lässt sich dann die Wahrscheinlichkeit  $pD_{\text{Arzt}}$  dafür, dass eine Behandlerin oder ein Behandler bei mindestens einer Patientin oder einem Patienten eine DiGA verordnete, gemäß Wahrscheinlichkeitsrechnung wie folgt berechnen (wobei \*\* hier für Potenzieren steht):

$$pD_{\text{Arzt}} = 1 - (1 - pD_{\text{KVFG}})^{**} nP_{\text{Arzt}}$$

In der letzten Spalte der Tabelle 3.3 werden dann die über Behandlerinnen und Behandler einer Fachgruppe sowie in der letzten Tabellenzeile die über alle Behandlerinnen und Behandler gemittelten Wahrscheinlichkeiten  $pD_{\text{Arzt}}$  genannt. Die Schätzungen lassen vermuten, dass etwa 39 Prozent aller Behandlerinnen und Behandler im Jahr 2022 mindestens eine DiGA verordneten, bei Hausärztinnen und Hausärzten wäre mit einem Anteil von 61 Prozent zu rechnen. Der höchste Anteil ergibt sich rechnerisch mit 92 Prozent



für HNO-Ärztinnen und -Ärzte. Vor dem Hintergrund geringer Patientenzahlen ergibt sich demgegenüber – und trotz der patientenbezogen hohen Anteile von DiGA-Verordnungen – bei psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten nur ein Anteil von 25 Prozent. Die hier präsentierten Werte sollten explizit allerdings nur als grobe Annäherung interpretiert werden. So könnten beispielsweise einige Ärztinnen und Ärzte Verordnungen von DiGA kategorisch ablehnen, was der Annahme einer gleichartigen patientenbezogenen Wahrscheinlichkeit für DiGA-Verordnungen auf Fachgruppenebene bei einzelnen Ärztinnen und Ärzten widersprechen würde. Dennoch sollten die Ergebnisse einen ersten Eindruck zum Kreis der Therapeuten und Therapeutinnen mit eigenen Erfahrungen in Bezug auf DiGA-Verordnungen liefern können.

Methodisch sehr viel einfacher lassen sich Erfahrungen im Rahmen von Befragungen von Behandlerinnen und Behandlern erheben. Hierbei besteht allenfalls das Risiko, dass kleinere Fachgruppen nicht ausreichend unter Befragungsteilnehmenden vertreten sein können und Befragungsteilnehmende an einer thematisch ausgerichteten Befragung nicht zwangsläufig repräsentativ für alle Behandlerinnen und Behandler sind (vgl. zum Thema DiGA-Verordnungen von Behandlerinnen und Behandlern differenziert nach Fachgruppen auch Kapitel 4.3, dort insbesondere Tabelle 4.2).

### 3.6 Verordnungsrelevante DiGA – Einzelbetrachtungen

Bislang ist wenig über Ähnlichkeiten oder auch Unterschieden zwischen einzelnen DiGA im alltäglichen Einsatz der gesundheitlichen Versorgung bekannt. Die nachfolgenden Abschnitte sollen sich daher mit einer Auswahl an DiGA genauer befassen, die innerhalb des Jahres 2022 in einem ausreichend großen Umfang verordnet oder beantragt wurden, um Kennwerte auch sinnvoll zwischen den einzelnen DiGA vergleichen zu können.

Tabelle 3.4 liefert zunächst einen Überblick zu grundlegenden Kennwerten für 41 aller 42 innerhalb des Jahres 2022 verordnete DiGA (unter Auslassung der DiGA re.flex, die im Jahr 2022 bei lediglich zwei BARMER-Versicherten verordnet wurde). Die in der Tabelle aufgeführten DiGA sind in absteigender Reihenfolge nach Beantragungs- beziehungsweise Verordnungshäufigkeit sortiert. Aufgrund geringer Verordnungszahlen sollten Angaben zu DiGA auf den unteren Rängen nur sehr zurückhaltend interpretiert werden.

Tabelle 3.4: Beantragungen, Genehmigungen und Erstattungen von einzelnen DiGA 2022

Rang	DiGA-Name	Anwendungskategorie (Rang und Zahl der DiGA innerhalb der Kategorie)	Beantragungen		Anteil Folgeanträge		Anteil Genehmigungen		Erstattungen*		Betrag (MW) Euro
			Anzahl	Prozent	Prozent	Prozent	Anzahl	Prozent			
1	Vivira	Bewegungsapparat (1 von 4)	32.932	13,6	98,8	24.205	74,4	240			
2	Kalmeda	Tinnitus (1 von 2)	29.553	23,1	98,8	23.788	81,5	196			
3	zanadio	Adipositas (1 von 2)	29.455	31,6	94,8	25.965	93,0	500			
4	somnio	Schlafstörungen (1)	16.886	13,3	99,2	14.489	86,5	226			
5	deprexis	Depressionen (1 von 3)	14.102	3,8	98,9	11.221	80,4	232			
6	Oviva Direkt	Adipositas (2 von 2)	11.677	8,1	97,6	9.738	85,5	401			
7	Selfapys Online-Kurs bei Depression	Depressionen (2 von 3)	11.247	7,5	97,4	8.607	78,6	458			
8	companion patella	Bewegungsapparat (2 von 4)	11.106	4,6	98,8	8.439	76,9	345			
9	Kranus Edera	Erektionsstörungen (1)	7.611	11,4	73,8	4.590	81,8	651			
10	M-sense Migräne	Migräne (1 von 2)	5.723	51,0	88,8	4.107	80,8	220			
11	velibra	Angststörungen (1 von 8)	5.645	14,5	98,4	4.387	79,0	291			
12	Endo-App	Endometriose (1)	5.428	0,1	84,1	4.344	95,2	599			
13	Meine Tinnitus App	Tinnitus (2 von 2)	4.706	1,0	99,3	3.789	81,1	449			
14	neolexon Aphasie	Aphasie (1)	3.923	35,6	92,1	3.221	89,1	488			
15	HelloBetter Stress und Burnout	Stress, Burnout (1)	3.668	2,9	96,2	2.621	74,3	454			
16	NichtraucherHelden-App 001	Rauchen (1**)	3.366	1,5	97,7	2.337	71,1	311			
17	Selfapys Online-Kurs bei Generalisierter Angststörung	Angststörungen (2 von 8)	3.297	5,7	98,8	2.826	86,7	520			
18	PINK Coach	Krebs (1 von 4)	3.245	15,7	97,7	2.901	91,5	536			
19	HelloBetter ratiopharm chronischer Schmerz	Schmerzen (1)	3.130	4,3	99,8	2.440	78,1	601			
20	Cara Care für Reizdarm	Reizdarm (1)	2.758	5,4	96,6	2.478	93,1	718			
21	Selfapys Online-Kurs bei Panikstörung	Angststörungen (3 von 8)	2.368	6,0	92,7	1.622	73,8	540			
22	elevida	Multiple Sklerose (1)	2.347	16,8	99,1	1.911	82,2	417			

Rang	DiGA-Name	Anwendungskategorie (Rang und Zahl der DiGA innerhalb der Kategorie)	Beantragungen	Anteil Folgeanträge	Anteil Genehmigungen	Erstattungen*		Betrag (MW)
			Anzahl	Prozent	Prozent	Anzahl	Prozent	Euro
23	Mindable: Panikstörung und Agoraphobie	Angststörungen (4 von 8)	1.981	6,0	98,2	1.597	82,1	566
24	Novego: Depression	Depressionen (3 von 3)	1.561	1,4	100,0	1.060	67,9	249
25	HelloBetter Panik	Angststörungen (5 von 8)	1.489	0,0	98,4	1.281	87,4	599
26	Invirto Panik	Angststörungen (6 von 8)	1.353	6,0	94,4	990	77,5	620
27	Mawendo	Bewegungsapparat (3 von 4)	1.161	1,6	98,7	809	70,5	119
28	HelloBetter Vaginismus	Sonstige (1 von 4)	1.161	7,5	78,1	766	84,5	593
29	Invirto Agora	Angststörungen (7 von 8)	1.062	4,4	98,2	773	74,2	611
30	Invirto Sozial	Angststörungen (8 von 8)	918	5,0	96,8	532	59,9	612
31	Mika	Krebs (2 von 4)	722	15,7	80,0	411	71,1	495
32	sinCephalea – Migräneprophylaxe	Migräne (2 von 2)	675	5,0	98,6	621	93,3	690
33	vorvida	Sonstige (2 von 4)	570	16,2	96,1	449	81,9	420
34	Vitadio	Diabetes (1 von 3)	388	18,2	100,0	347	89,4	500
35	HelloBetter Diabetes und Depression	Diabetes (2 von 3)	377	0,0	100,0	308	81,7	590
36	Rehappy mit Energieband	Sonstige (3 von 4)	217	4,6	90,1	94	47,9	449
37	optimune	Krebs (3 von 4)	174	7,5	95,0	146	88,0	952
38	NichtraucherHelden-App 002	Rauchen (1**)	160	75,1	100,0	125	77,8	115
39	CANKADO PRO-React Onco	Krebs (4 von 4)	145	7,2	86,5	90	71,8	432
40	ESYSTA	Diabetes (3 von 3)	99	0,0	100,0	58	58,7	250
41	Rehappy ohne Energieband	Sonstige (4 von 4)	91	32,3	100,0	36	39,9	299

\* Erstattungen nach Daten mit Dokumentationsstand Ende September 2023, Anteil in Prozent bezogen auf genehmigte DiGA.

\*\* DiGA in zwei unterschiedlichen Varianten als Erst- und Folgeverordnung. MW: Mittelwert

Quelle: BARMER-Daten 2022 mit n = 23.600 DiGA-Beartragungen zu n = 8.643.122 BARMER-Versicherten, Ergebnisse standardisiert/hochgerechnet D2022BL

nachfolgend detaillierte  
Ergebnisse zu 8 von ins-  
gesamt 42 DiGA mit Ver-  
ordnung 2022

Ergebnisse zu den acht nach vorliegenden Ergebnissen innerhalb des Jahres 2022 am häufigsten verordneten DiGA sollen nachfolgend jeweils in separaten Abschnitten und in einheitlich strukturierter Form dargestellt werden. All diese DiGA wurden 2022 nach Hochrechnungen von BARMER-Ergebnissen in Deutschland mehr als 10.000-mal beantragt oder verordnet, wobei in BARMER-Daten Informationen zu jeweils mehr als 1.000 Verordnungen oder Beantragungen aus dem Jahr 2022 vorlagen.

### Versichertenbefragung der BARMER zu DiGA im März 2023

Ein wesentlicher Teil der nachfolgenden Ergebnisdarstellungen zu einzelnen DiGA beruht auf Auswertungen einer schriftlich-postalischen Befragung von Versicherten, mit der – insbesondere auch bezogen auf die acht am häufigsten verordneten DiGA – die Perspektive von Patientinnen und Patienten einbezogen werden konnte. Zu den acht häufig verordneten DiGA konnten Befragungsangaben von jeweils 64 bis 305 Nutzerinnen und Nutzern ausgewertet werden.

zu den häufig  
verordneten DiGA auch  
Darstellung von  
Ergebnissen einer  
Versichertenbefragung  
aus März 2023

Für die Befragung waren von der BARMER im März 2023 insgesamt  $n = 8.012$  Versicherte angeschrieben worden, die zuvor nach BARMER-Daten eine von 17 ausgewählten DiGA beantragt oder verordnet bekommen hatten. Bis zum 4. Mai 2023 (Eingangsdatum auswertbarer Fragebögen) nahmen 1.749 BARMER-Versicherte an der Befragung teil. Die Teilnahmequote lag damit bei 21,8 Prozent. Die nachfolgend berichteten Gesamtergebnisse beruhen ausschließlich auf Angaben von 1.711 Befragten, von denen im Fragebogen die Beantragung oder Verordnung genau einer DiGA angegeben wurde, womit davon auszugehen war, dass sich die Antworten zu Erfahrungen auch stets auf genau diese DiGA bezogen.

#### 3.6.1 DiGA Vivira

Die DiGA Vivira wird zur Behandlung von Rückenschmerzen eingesetzt. Informationen zu Indikations- sowie Kontraindikationsdiagnosen gemäß ICD-10 sind Tabelle 3.5 zu entnehmen. Die DiGA wurde 2022 in Deutschland schätzungsweise insgesamt 32.932-mal bei 29.544 Personen verordnet oder beantragt und belegte damit 2022 hinsichtlich der Verordnungszahl unter allen DiGA Rang 1.

**Tabelle 3.5: DiGA Vivira (Kategorie Bewegungsapparat) – Basisinformationen**

<b>Anwendungsgebiet, Kosten</b>	Digitale Anwendung zur Behandlung von Rückenschmerzen bei nichtspezifischen Kreuzschmerzen oder Arthrose der Wirbelsäule; Kosten für einen Nutzungszeitraum von 90 Tagen 206,79 Euro (Stand 11/2023), zuvor galt ein Preis von 239,96 Euro.
<b>Zulassungszeitraum</b>	Erstzulassung am 22.10.2020, dauerhafte Zulassung seit dem 17.02.2022
<b>Geschlechts- und Altersbeschränkung</b>	keine Geschlechtsbegrenzung, Zulassung ab 18 Jahre ohne oberes Limit
<b>Indikationen (gemäß ICD-10, hier verkürzte Schreibweise ohne Punkt nach dritter Stelle)</b>	M420, M421, M429, M532, M538, M539, M544, M545, M546, M548, M549, M9902, M9903, M9904, M9982, M9983, M9984, M9992, M9993, M9994, (bis 2/2022: M160, M161, M162, M163, M164, M165, M166, M167, M169, M170, M171, M172, M173, M174, M175, M179, M2555, M2556, M2585, M2586, M2595, M2596, M420, M421, M429, M532, M538, M539, M545, M546, M548, M549, M9902, M9903, M9904, M9982, M9983, M9984, M9985, M9986, M9992, M9993, M9994, M9995, M9996)
<b>Kontraindikationen (gemäß ICD-10, hier verkürzte Schreibweise ohne Punkt nach dritter Stelle)</b>	C412, C701, C794, C795, C7988, G551, G992, I80, M00, M01, M02, M03, M234, M2405, M46, M50, M501, M510, M511, M87, M930, M932, T84, Z966, Z9664, Z9665, Z9668
<b>Approximative Zielpopulation*</b>	n = 12.096.178 Personen (14,3 Prozent der Bevölkerung); 14.339 je 100.000 Durchschnittsalter: 55,3 Jahre; Anteil Frauen: 54,7 Prozent
<b>Personen mit DiGA-Genehmigung* (bei Verordnungen im Jahr 2022)</b>	n = 29.189 Personen (35 je 100.000 bezogen auf die Gesamtbevölkerung) Durchschnittsalter: 46,4 Jahre; Anteil Frauen: 66,1 Prozent

\* Hochrechnungen nach BARMER-Daten 2022, Approximation der Zielpopulation basierend auf gelisteten Angaben zu Indikationen, Kontraindikationen sowie gegebenenfalls Geschlechts- und Altersbeschränkungen.

Quellen zu Basisinformationen: DiGA-Verzeichnis beim BfArM – Information für Fachkreise (BfArM 2023b, Stand 11/2023)

Gemäß den zur DiGA seit dem 17. Februar 2022 spezifizierten Indikationen sowie Kontraindikationen konnten, unter gleichzeitiger Einhaltung der Altersbeschränkungen, nach sektorenübergreifender Berücksichtigung von Diagnosen in Daten zu vier Quartalen bis einschließlich zum Quartal der Verordnung (oder alternativ in vier Quartalen des Jahres 2022 bei Personen ohne Verordnung) approximativ insgesamt 12,1 Millionen Personen in Deutschland, und demnach etwa 14,3 Prozent der Gesamtbevölkerung, als formal geeignete Zielgruppe für eine Anwendung der DiGA identifiziert werden. Die DiGA besitzt

Die potenzielle Zielpopulation von Vivira umfasst formal ca. 14 % der Bevölkerung.

demnach auch gemäß den seit Februar 2022 gültigen formalen Kriterien (und bei einer gegenüber 2021 reduzierten Zahl an Indikationsdiagnosen) im Vergleich zu anderen DiGA noch einen extrem großen potenziellen Anwenderkreis. Das Durchschnittsalter der Personen mit einer genehmigten DiGA-Anwendung lag bei 46,4 Jahren und damit knapp neun Jahre unter dem Durchschnittsalter der hier identifizierten Zielpopulation. Rund zwei Drittel der Personen mit Genehmigung waren Frauen.

### Versichertenbefragung – Patientenperspektive

An der Versichertenbefragung der BARMER im März 2023 nahmen n = 214 Personen teil, die zuvor die DiGA Vivira beantragt hatten. 73,4 Prozent dieser Teilnehmenden waren Frauen, was durch eine höhere Befragungsteilnahme von Frauen mitbedingt ist. Eine Auswahl an Befragungsergebnissen zu Beantragenden dieser DiGA mit einer Gegenüberstellung von Ergebnissen zur Gesamtgruppe aller Befragten mit Beantragung einer DiGA ist Tabelle 3.6 zu entnehmen. Höhere Kennwerte bei der betrachteten DiGA im Vergleich zu Gesamtbefragungsergebnissen sind im Sinne einer qualitativ gemeinten Einstufung in einer ergänzten Spalte durch ein bis drei Symbole „+“ gekennzeichnet, geringere Kennwerte entsprechend durch die Symbole „-“.

Die DiGA wurde überdurchschnittlich häufig und vorrangig auf Empfehlung der Therapeutin oder des Therapeuten verordnet, Werbung spielte bei der Entscheidung für Patientinnen und Patienten nur eine untergeordnete und im Vergleich zu anderen DiGA unterdurchschnittliche Rolle.

Überwiegend wurde die DiGA aus Sicht der Patientinnen und Patienten als ergänzende Therapie verordnet. Rund 89 Prozent der Befragten lösten den übermittelten Freischaltcode für die DiGA nach Selbstangaben auch ein. 58,8 Prozent der Befragten nutzten die DiGA mindestens viermal pro Woche, wobei die Nutzungsdauer zumeist 11 bis 20 Minuten betrug. 58,1 Prozent nutzten die DiGA über den gesamten genehmigten Nutzungszeitraum oder noch zum Zeitpunkt der Befragung. Als Grund für eine Nichtfortsetzung der DiGA-Anwendung wurde gegebenenfalls vergleichsweise häufig die Nutzung einer anderen Therapie/Behandlungsmöglichkeit angegeben.

Tabelle 3.6: DiGA Vivira – Ergebnisse der Versichertenbefragung im März 2023

		Versicherte mit betrachteter DiGA		alle mit DiGA
Anzahl befragte Personen	Anzahl	214		1.711
Geschlecht weiblich	Prozent	73,4	–	76,5
<b>Erwerbsstatus</b>				
voll berufstätig	Prozent	41,0	+	39,7
in Teilzeit berufstätig	Prozent	21,7	–	23,9
Rentner/-in, im Vorruhestand	Prozent	27,8	++	20,4
Übrige	Prozent	9,4	--	15,9
<b>Befragungsergebnisse zu DiGA</b> Wie sind Sie auf die DiGA aufmerksam geworden? (Mehrfachantwort möglich)				
Empfehlung meines Behandlers / meiner Behandlerin	Prozent	89,1	+++	71,5
Flyer/Broschüre des Herstellers	Prozent	5,2	=	4,5
Online-Werbeanzeige des Herstellers	Prozent	0,5	---	10,6
Werbeanzeige	Prozent	0,5	–	3,0
eigene Recherche	Prozent	2,8	--	12,0
Bericht zum Thema digitale Anwendungen	Prozent	0,9	–	4,0
BARMER	Prozent	4,3	=	4,5
Familie, Freunde, Bekannte	Prozent	1,4	–	3,4
<b>Welche Behandlung und Erwartungen hatten Sie bei Beantragung der DiGA?</b>				
keine anderweitige Behandlung	Prozent	42,2	---	53,0
auch anderweitige Behandlung	Prozent	54,9	+++	41,4
Überbrückung, bis Behandlung/Therapie beginnt	Prozent	2,9	–	5,5
<b>Haben Sie eine ärztliche Verordnung zur Beantragung der DiGA bei der BARMER eingereicht</b>				
ja	Prozent	89,1	–	93,0
<b>Auf welchem Weg haben Sie die DiGA bei der BARMER beantragt?</b>				
BARMER-App oder -Website, E-Mail	Prozent	39,7	--	46,8
Geschäftsstelle, Post oder Fax	Prozent	55,4	++	48,1
DiGA-Anbieter	Prozent	4,9	=	5,0
<b>Haben Sie den Freischaltcode von der BARMER in der DiGA eingelöst?</b>				
ja	Prozent	88,9	–	93,8

		Versicherte mit betrachteter DiGA		alle mit DiGA
<b>Wie regelmäßig haben Sie die DiGA durchschnittlich genutzt?</b>				
Täglich	Prozent	31,0	--	38,3
4- bis 6-mal in der Woche	Prozent	27,8	++	18,1
2- bis 3-mal in der Woche	Prozent	24,6	+	21,3
höchstens 1-mal in der Woche	Prozent	12,3	--	18,5
DiGA nach Aktivierung nicht genutzt	Prozent	4,3	=	3,9
<b>Wie lange haben Sie die DiGA durchschnittlich am Stück genutzt?</b>				
weniger als 5 Minuten	Prozent	2,8	-	7,7
5–10 Minuten	Prozent	20,0	--	29,9
11–20 Minuten	Prozent	48,9	+++	35,3
21–30 Minuten	Prozent	22,8	+	18,7
mehr als 30 Minuten	Prozent	5,6	-	8,5
<b>Zu welchem Zeitpunkt haben Sie die Nutzung ggf. beendet?</b>				
nach weniger als 1 Monat	Prozent	19,1	+	14,8
nach > 1 Monat, aber keine vollen 90 Tage	Prozent	22,4	-	23,4
Nutzung über volle 90 Tage	Prozent	51,4	-	53,0
App wird weiterhin genutzt	Prozent	7,1	-	8,8
<b>Gründe für die Beendigung der Nutzung (sofern nicht weiterhin genutzt)</b>				
Mir ging es besser.	Prozent	20,6	+	16,7
Interesse verloren	Prozent	16,3	+	14,5
andere Therapie/Behandlungsmöglichkeit genutzt	Prozent	22,0	++	12,5
Anwendung hat Erwartungen nicht erfüllt	Prozent	25,5	--	34,5
technische Probleme während der Nutzung	Prozent	9,9	+	7,8
hatte nicht den Eindruck, dass die DiGA meine Symptome verbessern wird	Prozent	17,0	--	25,1
kannte die Inhalte bereits	Prozent	9,9	-	14,6
Die Inhalte passten nicht zu Symptomen.	Prozent	12,1	++	6,5
Handhabung zu kompliziert	Prozent	2,8	-	6,8
<b>Beurteilen Sie die folgenden Aussagen (1 – unzufrieden über 3 – neutral bis 5 – sehr zufrieden)</b>				
Ich habe mich während der Nutzung der DiGA mit meiner Ärztin / meinem Arzt und/oder Therapeut/-in dazu ausgetauscht.	Mittelwert	2,6	=	2,8
Anteil mit Antwort „kann ich nicht beurteilen“	Prozent	16,5	++	10,1

Quelle: Befragungsangaben von n = 1.711 Versicherten der BARMER nach DiGA-Beantragung im März 2023



## Verordnungen und Anwendungen der DiGA Vivira nach Abrechnungsdaten 2022

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse liefern eine Reihe von weiteren Kennwerten zur bevölkerungsbezogenen Anwendung der DiGA Vivira, die auf Basis von Routine(abrechnungs)daten ermittelt wurden. Dabei geht es zunächst maßgeblich um die Frage, in welchem Umfang die DiGA in einer gemäß Angaben zur DiGA spezifizierten Zielpopulation oder abweichend auch in anderen Bevölkerungsgruppen verordnet, genehmigt und gegebenenfalls erstattet wurde.

Insgesamt 19.571 Verordnungen von Vivira waren nach sektorenübergreifenden Auswertungen von Diagnosen zu Indikationen und Kontraindikationen sowie unter Beachtung der Altersbeschränkung im Jahr 2022 der Zielpopulation zuzuordnen – die verbleibenden 13.360 Verordnungen erfüllten die Kriterien nicht (vgl. Tabelle 3.7). Demnach erfolgte in 40,6 Prozent aller Verordnungen Vivira außerhalb der Zielpopulation. Bei knapp 60 Prozent der Personen aus der letztgenannten Gruppe ließ sich in den Daten mindestens eine Diagnose im Sinne einer Kontraindikation identifizieren, womit die Verordnung formal unzulässig war. Bei gut 46 Prozent war keine Diagnose im Sinne einer Indikation dokumentiert – es fehlte demnach ein dokumentierter Anlass für die Verordnung. Bei den genehmigten DiGA-Anwendungen waren diese Zahlenverhältnisse letztendlich ähnlich. Wurden – im Sinne von Sensitivitätsanalysen – nur Diagnosen aus KV-Abrechnungen und keine Diagnosen zu Krankenhausbehandlungen berücksichtigt, änderten sich die beschriebenen Kennwerte nur marginal (Ergebnisse nicht dargestellt). Moderate Änderungen resultierten, wenn Diagnosen ausschließlich bei Dokumentation im Quartal der DiGA-Verordnung berücksichtigt wurden. So sank der Anteil von Personen mit Kontraindikation bei Personen mit Verordnung außerhalb der originären Zielpopulation auf 44,0 Prozent. Zugleich war jedoch bei 12,8 Prozent der Personen aus der originären Zielpopulation keine Indikationsdiagnose mehr identifizierbar (Ergebnisse gleichfalls nicht dargestellt).

Trotz sehr großer Zielpopulation erfüllten 40,6 % der Vivira-Verordnungen nicht die ab Februar 2022 formal gültigen Kriterien für eine Verordnung.

Pro Person mit Erstattung(en) wurden durchschnittlich 271 Euro für 1,13 Verordnungen innerhalb des Jahres 2022 gezahlt, was pro erstatteter Verordnung 240 Euro und damit dem initial für die DiGA festgelegten Preis entspricht.

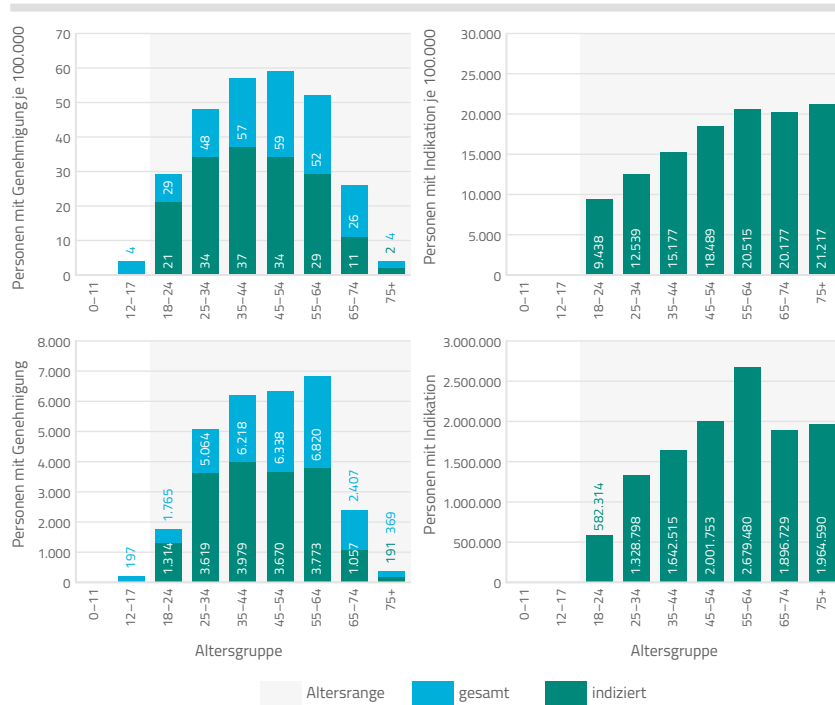
**Tabelle 3.7: DiGA Vivira – Verordnungen und Anwendungen nach Abrechnungsdaten 2022**

		Population		
		Zielpopulation	Übrige	gesamt
<b>Population</b>	<b>Personen 2022</b>	<b>12.096.178</b>	<b>72.262.667</b>	<b>84.358.845</b>
Anzahl Verordnungen	Anzahl 2022	19.571	13.360	32.932
... darunter Folgeverordnungen	Anteil in Prozent	12,2	15,6	13,6
Personen mit Verordnung	Personen 2022	17.747	11.798	29.544
... Anzahl Verordnungen je Betroffenen	Mittelwert Anzahl	1,10	1,13	1,11
... Personen je 100.000 der Population	Anzahl je 100.000	146,7	16,3	35,0
... ohne Indikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	46,4	18,5
... mit Kontraindikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	59,7	23,8
... außerhalb von Altersgrenzen	Anteil in Prozent	0,0	3,3	1,3
Anzahl Genehmigungen	Anzahl	19.390	13.131	32.521
... Anteil an allen Verordnungen	Prozent	99,1	98,3	98,8
Personen mit Genehmigung	Personen	17.603	11.586	29.189
... Anzahl Genehmigungen je Betroffenen	Mittelwert Anzahl	1,10	1,13	1,11
... Personen je 100.000 der Population	Anzahl je 100.000	145,5	16,0	34,6
... ohne Indikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	46,1	18,3
... mit Kontraindikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	60,6	24,1
... außerhalb von Altersgrenzen	Anteil in Prozent	0,0	1,8	0,7
Anzahl Erstattungen*	Anzahl	14.293	9.793	24.087
... Anteil an genehmigten Verordnungen*	Prozent	73,7	74,6	74,1
Personen mit Erstattung*	Personen	12.792	8.481	21.273
... Anzahl Erstattungen je Betroffenen*	Mittelwert Anzahl	1,12	1,15	1,13
... Erstattungsbetrag je Person mit Erstattung*	Mittelwert, in Euro	268	277	271
... Betrag je Erstattung*	Mittelwert, in Euro	240	240	240

\* Unter ausschließlicher Berücksichtigung von Erstattungen innerhalb von 91 Folgetagen ab dem Verordnungstag 2022.

Quelle: BARMER-Daten 2022 zu n = 8.643.122 BARMER-Versicherten, Ergebnisse standardisiert/hochgerechnet D2022BL; Prüfung auf Diagnosen im Sinne von Indikationen und Kontraindikationen basierend auf sektorenübergreifenden Daten 2021/2022 zu vier Quartalen bis einschließlich zum Quartal der Verordnung

Abbildung 3.6: DiGA Vivira – Personen mit Genehmigung und Zielpopulation nach Altersgruppen 2022



Quelle: BARMER-Daten 2022, Ergebnisse standardisiert/hochgerechnet D2022BL; Prüfung von Diagnosen im Sinne von Indikationen und Kontraindikationen basierend auf sektorenübergreifenden Daten zu vier Quartalen bis einschließlich zum Quartal der Verordnung; als **Altersrange** sind diejenigen Altersgruppen gekennzeichnet, für die die DiGA regulär zugelassen ist, als **indiziert** Personen, die formale Kriterien zur Anwendung der DiGA gemäß Angaben des Herstellers erfüllen. Der Wert **gesamt** beinhaltet in den beiden Abbildungen links alle Personen mit Genehmigung, wobei die sichtbaren Teile der blau eingefärbten Säulen den Betroffenen ohne Indikation zuzuordnen sind.

Abbildung 3.6 enthält altersgruppenspezifische Angaben sowohl zu Personen mit Genehmigung der Anwendung von Vivira (auf der linken Seite) als auch zur Gesamtzahl der Personen in Deutschland, die gemäß Vorgaben des Herstellers nach Informationen aus Routinedaten als Zielpopulation beziehungsweise potenzielle Anwender gelten könnten (rechte Seite). Die einheitlich für alle DiGA-bezogenen Auswertungen gewählten Altersgruppen umfassen in den Abbildungen nicht durchgängig zehn Altersjahre, um typische Altersgrenzen bei Anwendung einzelner DiGA trotz Gruppierung möglichst exakt nachbil-

den zu können. Bei der Ergebnisinterpretation müssen zudem die unterschiedlichen Skalierungen der Y-Achsen beachtet werden. Während in den beiden oberen Abbildungen Ergebnisse zu Bevölkerungsanteilen je 100.000 dargestellt sind, werden in den beiden unteren Abbildungen hochgerechnete absolute Personenzahlen für Deutschland im Jahr 2022 in den einzelnen Altersgruppen dargestellt (vgl. auch weitere Erläuterungen unter der Abbildung).

Formale Kriterien für eine Anwendung der DiGA waren nach Auswertungen von Routinedaten vorrangig bei älteren Menschen erfüllt (vgl. rechte Seite der Abbildung). Ab einem Alter von 55 Jahren galt dies für etwa 20 Prozent der Bevölkerung (beziehungsweise rund 20.000 Menschen je 100.000) und damit für rund 8,5 Millionen Menschen im Alter ab 55 Jahre. Genehmigt wurde die DiGA demgegenüber vorrangig bei Personen im Alter von 25 bis unter 65 Jahren, seltener auch bei Jüngeren oder Älteren (vgl. linke Seite der Abbildung). Obwohl für die Anwendung der DiGA keine obere Altersbegrenzung gilt, wurde sie bei Personen ab einem Alter von 75 Jahren nur sehr selten genehmigt (und verordnet oder beantragt). Vergleichsweise hohe Anteile von Genehmigungen ohne Indikation in höherem Alter resultieren aus der mit dem Alter zunehmenden Häufigkeit an Diagnosen im Sinne von Kontraindikationen (Ergebnisse zu Kontraindikationen nicht dargestellt).

### 3.6.2 DiGA Kalmeda

Die DiGA Kalmeda wird zur Behandlung bei Tinnitus eingesetzt. Weitere Informationen sind Tabelle 3.8 zu entnehmen. Die DiGA wurde 2022 in Deutschland schätzungsweise insgesamt 29.553-mal bei 24.123 Personen verordnet oder beantragt und belegte damit 2022 hinsichtlich der Verordnungszahl unter allen DiGA Rang 2.

Die potenzielle  
Zielpopulation von  
Kalmeda umfasst  
formal ca. 2,8 % der  
Bevölkerung.

Gemäß der zur DiGA spezifizierten Indikation unter gleichzeitiger Einhaltung der Altersbeschränkungen konnten nach sektorenübergreifender Berücksichtigung von Diagnosen in Daten zu vier Quartalen bis einschließlich zum Quartal der Verordnung (oder alternativ in vier Quartalen des Jahres 2022 bei Personen ohne Verordnung) approximativ insgesamt 2,37 Millionen Personen in Deutschland, und demnach etwa 2,8 Prozent der Gesamtbe-

völkerung, als formal geeignete Zielgruppe für eine Anwendung der DiGA identifiziert werden. Die DiGA besitzt gemäß formalen Kriterien demnach im Vergleich zu anderen DiGA einen mittelgroßen potenziellen Anwenderkreis. Das Durchschnittsalter der Personen mit einer genehmigten DiGA-Anwendung lag bei 53,3 Jahren und damit gut sieben Jahre unter dem Durchschnittsalter der hier identifizierten Zielpopulation. Gut die Hälfte der Personen mit Genehmigung waren Frauen.

**Tabelle 3.8: DiGA Kalmeda (Kategorie Tinnitus) – Basisinformationen**

<b>Anwendungsgebiet, Kosten</b>	Digitale Anwendung zur Behandlung bei Tinnitus; Kosten für einen Nutzungszeitraum von 90 Tagen 189,00 Euro (Stand 11/2023), zuvor galten Preise von 116,97 Euro sowie 203,97 Euro.
<b>Zulassungszeitraum</b>	Erstzulassung am 25.09.2020, dauerhafte Zulassung seit dem 17.12.2021
<b>Geschlechts- und Altersbeschränkung</b>	keine Geschlechtsbegrenzung, Zulassung ab 18 Jahre ohne oberes Limit
<b>Indikationen (gemäß ICD-10, hier verkürzte Schreibweise ohne Punkt nach dritter Stelle)</b>	H931; vor Nutzung der App sollte eine HNO-ärztliche Untersuchung und insbesondere ein Hörtest stattgefunden haben, ggf. mit Abklärung einer vestibulocochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen sowie Abklärung einer retrocochleären Erkrankung
<b>Kontraindikationen (gemäß ICD-10, hier verkürzte Schreibweise ohne Punkt nach dritter Stelle)</b>	keine
<b>Approximative Zielpopulation*</b>	n = 2.373.158 Personen (2,8 Prozent der Bevölkerung; 2.813 je 100.000) Durchschnittsalter: 60,6 Jahre; Anteil Frauen: 52,5 Prozent
<b>Personen mit DiGA-Genehmigung* (bei Verordnungen im Jahr 2022)</b>	n = 23.942 Personen (28 je 100.000 bezogen auf die Gesamtbevölkerung) Durchschnittsalter: 53,3 Jahre; Anteil Frauen: 54,1 Prozent

\* Hochrechnungen nach BARMER-Daten 2022, Approximation der Zielpopulation basierend auf gelisteten Angaben zu Indikationen, Kontraindikationen sowie gegebenenfalls Geschlechts- und Altersbeschränkungen.

Quellen zu Basisinformationen: DiGA-Verzeichnis beim BfArM – Information für Fachkreise (BfArM 2023b, Stand 11/2023)

## Versichertenbefragung – Patientenperspektive

An der Versichertenbefragung der BARMER im März 2023 nahmen  $n = 305$  Personen teil, die zuvor die DiGA Kalmeda beantragt hatten. 62,5 Prozent dieser Teilnehmenden waren Frauen, was auch hier durch eine höhere Befragungsteilnahmerate von Frauen mitbedingt ist. Eine Auswahl an Befragungsergebnissen zu Beantragenden dieser DiGA mit einer Gegenüberstellung von Ergebnissen zur Gesamtgruppe aller Befragten mit Beantragung einer DiGA ist Tabelle 3.9 zu entnehmen. Höhere Kennwerte bei der betrachteten DiGA im Vergleich zu Gesamtbefragungsergebnissen sind auch hier im Sinne einer qualitativ gemeinten Einstufung in einer ergänzten Spalte durch ein bis drei Symbole „+“ gekennzeichnet, geringere Kennwerte entsprechend durch die Symbole „-“.

Auch diese DiGA wurde überdurchschnittlich häufig und vorrangig auf Empfehlung der Behandlerin oder des Behandlers verordnet, Werbung spielte bei der Entscheidung für Patientinnen und Patienten nur eine untergeordnete und im Vergleich zu anderen DiGA unterdurchschnittliche Rolle.

Überwiegend wurde die DiGA aus Sicht der Patientinnen und Patienten als alleinige Therapie verordnet. Rund 94 Prozent der Befragten lösten den übermittelten Freischaltcode für die DiGA nach Selbstangaben auch ein. 39,4 Prozent der Befragten nutzten die DiGA mindestens viermal pro Woche, wobei die Nutzungsdauer zumeist 11 bis 20 Minuten betrug. 52,0 Prozent nutzten die DiGA über den gesamten genehmigten Nutzungszeitraum oder noch zum Zeitpunkt der Befragung. Als Grund für eine Nichtfortsetzung der DiGA-Anwendung wurde gegebenenfalls vergleichsweise häufig angegeben, dass die Nutzung die Erwartungen nicht erfüllt habe.

Tabelle 3.9: DiGA Kalmeda – Ergebnisse der Versichertenbefragung im März 2023

		Versicherte mit betrachteter DiGA		alle mit DiGA
Anzahl befragte Personen	Anzahl	305		1.711
Geschlecht weiblich	Prozent	62,5	---	76,5
<b>Erwerbsstatus</b>				
voll berufstätig	Prozent	37,5	-	39,7
in Teilzeit berufstätig	Prozent	15,9	--	23,9
Rentner/-in, im Vorruhestand	Prozent	33,4	+++	20,4
Übrige	Prozent	13,2	-	15,9
<b>Befragungsergebnisse zu DiGA</b> Wie sind Sie auf die DiGA aufmerksam geworden? (Mehrfachantwort möglich)				
Empfehlung meines Behandlers / meiner Behandlerin	Prozent	87,4	+++	71,5
Flyer/Broschüre des Herstellers	Prozent	5,6	+	4,5
Online-Werbeanzeige des Herstellers	Prozent	3,3	--	10,6
Werbeanzeige	Prozent	0,3	-	3,0
eigene Recherche	Prozent	6,6	--	12,0
Bericht zum Thema digitale Anwendungen	Prozent	2,3	-	4,0
BARMER	Prozent	2,3	-	4,5
Familie, Freunde, Bekannte	Prozent	3,3	=	3,4
<b>Welche Behandlung und Erwartungen hatten Sie bei Beantragung der DiGA?</b>				
keine anderweitige Behandlung	Prozent	67,3	+++	53,0
auch anderweitige Behandlung	Prozent	31,0	---	41,4
Überbrückung, bis Behandlung/Therapie beginnt	Prozent	1,7	-	5,5
<b>Haben Sie eine ärztliche Verordnung zur Beantragung der DiGA bei der BARMER eingereicht</b>				
ja	Prozent	96,0	+	93,0
<b>Auf welchem Weg haben Sie die DiGA bei der BARMER beantragt?</b>				
BARMER-App oder -Website, E-Mail	Prozent	38,4	--	46,8
Geschäftsstelle, Post oder Fax	Prozent	59,9	+++	48,1
DiGA-Anbieter	Prozent	1,7	-	5,0
<b>Haben Sie den Freischaltcode von der BARMER in der DiGA eingelöst?</b>				
ja	Prozent	94,0	=	93,8

		Versicherte mit betrachteter DiGA		alle mit DiGA
<b>Wie regelmäßig haben Sie die DiGA durchschnittlich genutzt?</b>				
täglich	Prozent	18,6	---	38,3
4- bis 6-mal in der Woche	Prozent	20,8	+	18,1
2- bis 3-mal in der Woche	Prozent	32,6	+++	21,3
höchstens 1-mal in der Woche	Prozent	23,3	+	18,5
DiGA nach Aktivierung nicht genutzt	Prozent	4,7	=	3,9
<b>Wie lange haben Sie die DiGA durchschnittlich am Stück genutzt?</b>				
weniger als 5 Minuten	Prozent	5,6	-	7,7
5–10 Minuten	Prozent	27,0	-	29,9
11–20 Minuten	Prozent	41,1	++	35,3
21–30 Minuten	Prozent	20,4	+	18,7
mehr als 30 Minuten	Prozent	5,9	-	8,5
<b>Zu welchem Zeitpunkt haben Sie die Nutzung ggf. beendet?</b>				
nach weniger als 1 Monat	Prozent	18,4	+	14,8
nach > 1 Monat, aber keine vollen 90 Tage	Prozent	29,6	++	23,4
Nutzung über volle 90 Tage	Prozent	45,8	--	53,0
App wird weiterhin genutzt	Prozent	6,1	-	8,8
<b>Gründe für die Beendigung der Nutzung (sofern nicht weiterhin genutzt)</b>				
Mir ging es besser.	Prozent	15,6	-	16,7
Interesse verloren	Prozent	17,3	+	14,5
andere Therapie/Behandlungsmöglichkeit genutzt	Prozent	3,1	--	12,5
Anwendung hat Erwartungen nicht erfüllt	Prozent	44,0	++	34,5
technische Probleme während der Nutzung	Prozent	9,3	+	7,8
hatte nicht den Eindruck, dass die DiGA meine Symptome verbessern wird	Prozent	30,7	++	25,1
kannte die Inhalte bereits	Prozent	8,4	--	14,6
Die Inhalte passten nicht zu Symptomen.	Prozent	2,7	-	6,5
Handhabung zu kompliziert	Prozent	10,2	+	6,8
<b>Beurteilen Sie die folgenden Aussagen (1 – unzufrieden über 3 – neutral bis 5 – sehr zufrieden)</b>				
Ich habe mich während der Nutzung der DiGA mit meiner Ärztin / meinem Arzt und/oder Therapeut/-in dazu ausgetauscht.	Mittelwert	2,5	-	2,8
Anteil mit Antwort „kann ich nicht beurteilen“	Prozent	13,7	+	10,1

Quelle: Befragungsangaben von n = 1.711 Versicherten der BARMER nach DiGA-Beantragung im März 2023



## Verordnungen und Anwendungen der DiGA Kalmeda nach Abrechnungsdaten 2022

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse liefern eine Reihe von weiteren Kennwerten zur bevölkerungsbezogenen Anwendung der DiGA Kalmeda, die auf Basis von Routine(abrechnungs)daten ermittelt wurden.

Insgesamt 28.467 Verordnungen von Kalmeda waren nach sektorenübergreifenden Auswertungen von Diagnosen zu Indikationen sowie unter Beachtung der Altersbeschränkung im Jahr 2022 der Zielpopulation zuzuordnen – die verbleibenden 1.086 Verordnungen erfüllten die Kriterien nicht (vgl. Tabelle 3.10). Demnach erfolgten lediglich 3,7 Prozent aller Verordnungen Kalmeda außerhalb der Zielpopulation. Bei Personen mit genehmigten DiGA-Anwendungen außerhalb der Zielpopulation fehlte zu knapp 98 Prozent die Indikationsdiagnose – nur sehr selten fand eine Genehmigung außerhalb des zulässigen Altersrange statt. Dass Kalmeda weit überwiegend mit Dokumentation der geforderten Indikationsdiagnose verordnet wurde, könnte mit der vor einer Verordnung obligat geforderten HNO-fachärztlichen Abklärung der Beschwerden zusammenhängen.

96 % aller Kalmeda-  
Verordnungen – bei  
obligater fachärztlicher  
Abklärung von  
Beschwerden – mit  
korrekt dokumentierter  
Indikation

Pro Person mit Erstattung(en) wurden durchschnittlich 242 Euro für 1,23 Verordnungen von Kalmeda innerhalb des Jahres 2022 gezahlt, was pro erstatteter Verordnung 196 Euro und damit einem Betrag leicht über dem aktuell für die DiGA festgelegten Preis entspricht.

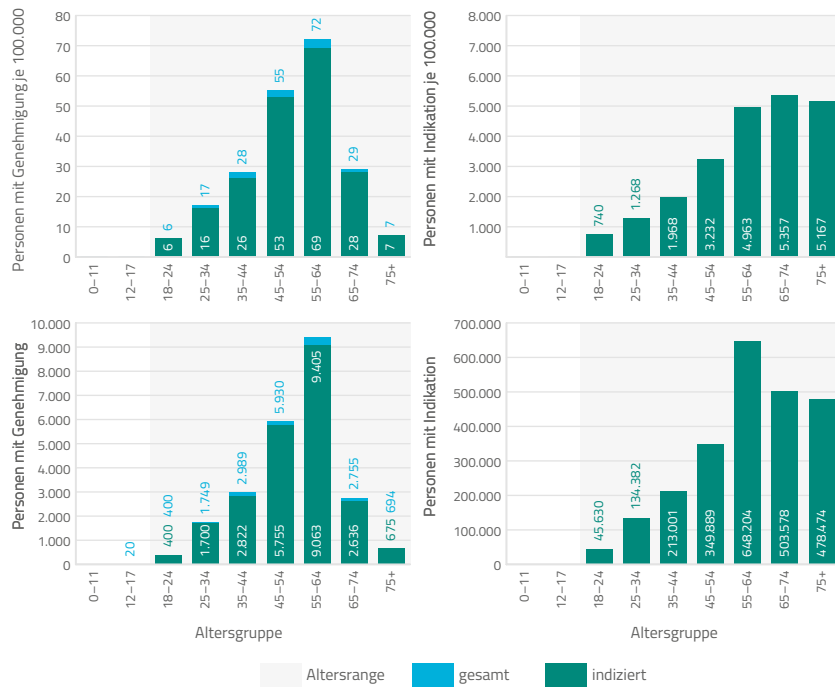
Abbildung 3.7 enthält altersgruppenspezifische Angaben sowohl zu Personen mit Genehmigung der Anwendung von Kalmeda (auf der linken Seite) als auch zur Gesamtzahl der Personen in Deutschland, die gemäß Vorgaben des Herstellers nach Informationen aus Routinedaten als Zielpopulation beziehungsweise potenzielle Anwenderinnen und Anwender gelten könnten (rechte Seite).

**Tabelle 3.10: DiGA Kalmeda – Verordnungen und Anwendungen nach Abrechnungsdaten 2022**

		Population		
		Zielpopulation	Übrige	gesamt
<b>Population</b>	<b>Personen 2022</b>	<b>2.373.158</b>	<b>81.985.687</b>	<b>84.358.845</b>
Anzahl Verordnungen	Anzahl 2022	28.467	1.086	29.553
... darunter Folgeverordnungen	Anteil in Prozent	23,6	9,7	23,0
Personen mit Verordnung	Personen 2022	23.143	979	24.123
... Anzahl Verordnungen je Betroffenen	Mittelwert Anzahl	1,23	1,11	1,23
... Personen je 100.000 der Population	Anzahl je 100.000	975,2	1,2	28,6
... ohne Indikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	92,4	3,8
... mit Kontraindikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	0,0	0,0
... außerhalb von Altersgrenzen	Anteil in Prozent	0,0	9,5	0,4
Anzahl Genehmigungen	Anzahl	28.209	980	29.189
... Anteil an allen Verordnungen	Prozent	99,1	90,3	98,8
Personen mit Genehmigung	Personen	23.052	891	23.942
... Anzahl Genehmigungen je Betroffenen	Mittelwert Anzahl	1,22	1,10	1,22
... Personen je 100.000 der Population	Anzahl je 100.000	971,3	1,1	28,4
... ohne Indikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	97,7	3,6
... mit Kontraindikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	0,0	0,0
... außerhalb von Altersgrenzen	Anteil in Prozent	0,0	2,3	0,1
Anzahl Erstattungen*	Anzahl	23.020	717	23.737
... Anteil an genehmigten Verordnungen*	Prozent	81,6	73,1	81,3
Personen mit Erstattung*	Personen	18.624	632	19.256
... Anzahl Erstattungen je Betroffenen*	Mittelwert Anzahl	1,24	1,13	1,23
... Erstattungsbetrag je Person mit Erstattung*	Mittelwert, in Euro	242	222	242
... Betrag je Erstattung*	Mittelwert, in Euro	196	196	196

\* Unter ausschließlicher Berücksichtigung von Erstattungen innerhalb von 91 Folgetagen ab dem Verordnungstag 2022.  
Quelle: BARMER-Daten 2022 zu n = 8.643.122 BARMER-Versicherten, Ergebnisse standardisiert/hochgerechnet D2022BL; Prüfung auf Diagnosen im Sinne von Indikationen und Kontraindikationen basierend auf sektorenübergreifenden Daten 2021/2022 zu vier Quartalen bis einschließlich zum Quartal der Verordnung

Abbildung 3.7: DiGA Kalmeda – Personen mit Genehmigung und Zielpopulation nach Altersgruppen 2022



Quelle: BARMER-Daten 2022, Ergebnisse standardisiert/hochgerechnet D2022BL; Prüfung von Diagnosen im Sinne von Indikationen und Kontraindikationen basierend auf sektorenübergreifenden Daten zu vier Quartalen bis einschließlich zum Quartal der Verordnung; als **Altersrange** sind diejenigen Altersgruppen gekennzeichnet, für die die DiGA regulär zugelassen ist, als **indiziert** Personen, die formale Kriterien zur Anwendung der DiGA gemäß Angaben des Herstellers erfüllen. Der Wert **gesamt** beinhaltet in den beiden Abbildungen links alle Personen mit Genehmigung, wobei die sichtbaren Teile der blau eingefärbten Säulen den Betroffenen ohne Indikation zuzuordnen sind.

Formale Kriterien für eine Anwendung waren auch bei dieser DiGA nach Auswertungen von Routinedaten vorrangig bei älteren Menschen erfüllt. Ab einem Alter von 55 Jahren galt dies für etwa fünf Prozent der Bevölkerung (beziehungsweise rund 5.000 Menschen je 100.000) und damit für rund 2,0 Millionen Menschen in Deutschland im Alter ab 55 Jahre (vgl. rechte Seite der Abbildung). Genehmigt wurde die DiGA vorrangig bei Perso-

nen im Alter von 55 bis unter 65 Jahren, seltener auch bei Jüngeren oder Älteren. Obwohl für die Anwendung der DiGA keine obere Altersbegrenzung gilt, wurde auch diese DiGA bei Personen ab einem Alter von 75 Jahren nur sehr selten genehmigt (und verordnet oder beantragt). Genehmigungen ohne Indikation waren in allen Altersgruppen selten.

### 3.6.3 DiGA zanadio

Die DiGA zanadio wird nach aktuellen Vorgaben zur Behandlung von starkem Übergewicht (begrenzt auf Adipositas Grad I und II) eingesetzt. Informationen zu Indikations- sowie Kontraindikationsdiagnosen gemäß ICD-10 sind Tabelle 3.11 zu entnehmen. Mit der dauerhaften Zulassung ab dem 15. August 2022 wurden Indikations- und Kontraindikationsdiagnosen innerhalb des Jahres 2022 näher spezifiziert beziehungsweise weiter eingegrenzt. Die DiGA wurde 2022 in Deutschland schätzungsweise insgesamt 29.455-mal bei 21.067 Personen verordnet oder beantragt und belegte damit 2022 hinsichtlich der Verordnungszahl unter allen DiGA Rang 3.

Die Zielpopulation von zanadio umfasst seit dauerhafter Zulassung formal ca. 2,9 % der Bevölkerung, zuvor waren es 7,9 %.

Gemäß den zur DiGA spezifizierten Indikationen sowie Kontraindikationen mit Stand November 2023 konnten, unter gleichzeitiger Einhaltung der Altersbeschränkungen, approximativ insgesamt 2,43 Millionen Personen in Deutschland, und demnach etwa 2,9 Prozent der Gesamtbevölkerung, als formal geeignete Zielgruppe für eine Anwendung der DiGA identifiziert werden. Die DiGA besitzt gemäß formalen Kriterien demnach im Vergleich zu anderen DiGA einen mittelgroßen potenziellen Anwenderkreis. Vor der dauerhaften Zulassung im August 2022 war dieser mit 6,66 Millionen und einem Anteil von 7,9 Prozent an der Gesamtbevölkerung gemäß den bis dahin spezifizierten Diagnose-schlüsseln noch erheblich größer. Das Durchschnittsalter der Personen mit einer genehmigten DiGA-Anwendung lag bei 47,0 Jahren und damit gut neun Jahre unter dem Durchschnittsalter der hier nach aktuellen Vorgaben identifizierten Zielpopulation. Gut vier Fünftel der Personen mit Genehmigung waren Frauen, obwohl deren Anteil in der Zielpopulation nach aktuellen Spezifikationen unterhalb von 50 Prozent lag.

**Tabelle 3.11: DiGA zanadio (Kategorie Adipositas) – Basisinformationen**

<b>Anwendungsgebiet, Kosten</b>	Digitale Anwendung zur Behandlung von Adipositas Grad I und II; Kosten für einen Nutzungszeitraum von 90 Tagen 218,00 Euro (Stand 11/2023), zuvor galten Preise von 499,80 Euro sowie 185,30 Euro. Vom Hersteller wird eine Anwendung über zwölf Monate dringend empfohlen.
<b>Zulassungszeitraum</b>	Erstzulassung am 22.10.2020, dauerhafte Zulassung seit dem 15.08.2022
<b>Geschlechts- und Altersbeschränkung</b>	keine Geschlechtsbegrenzung, Zulassung ab 18 Jahre ohne oberes Limit
<b>Indikationen (gemäß ICD-10, hier verkürzte Schreibweise ohne Punkt nach dritter Stelle)</b>	E6600, E6601 (bis 8/2022: E66)
<b>Kontraindikationen (gemäß ICD-10, hier verkürzte Schreibweise ohne Punkt nach dritter Stelle)</b>	E03, E23, E24, E6606, E6607, E6608 (bis 8/2022: E03, E23, E24, E6606)
<b>Approximative Zielpopulation* (Angaben zum Zeitraum bis 8/2022)</b>	n = 2.429.005 Personen (2,9 Prozent der Bevölkerung; 2.879 je 100.000) Durchschnittsalter: 57,8 Jahre; Anteil Frauen: 47,9 Prozent (n = 6.658.584 Personen [7,9 Prozent der Bevölkerung; 7.893 je 100.000] Durchschnittsalter: 57,1 Jahre; Anteil Frauen: 50,2 Prozent)
<b>Personen mit DiGA-Genehmigung* (bei Verordnungen im Jahr 2022)</b>	n = 19.915 Personen (24 je 100.000 bezogen auf die Gesamtbevölkerung) Durchschnittsalter: 47,0 Jahre; Anteil Frauen: 82,0 Prozent

\* Hochrechnungen nach BARMER-Daten 2022, Approximation der Zielpopulation basierend auf gelisteten Angaben zu Indikationen, Kontraindikationen sowie gegebenenfalls Geschlechts- und Altersbeschränkungen.

Quellen zu Basisinformationen: DiGA-Verzeichnis beim BfArM – Information für Fachkreise (BfArM 2023b, Stand 11/2023)

## Versichertenbefragung – Patientenperspektive

An der Versichertenbefragung der BARMER im März 2023 nahmen n = 227 Personen teil, die zuvor die DiGA zanadio beantragt hatten. 83 Prozent dieser Teilnehmenden waren Frauen. Eine Auswahl an Befragungsergebnissen zu Antworten von Beantragenden dieser DiGA mit einer Gegenüberstellung von Ergebnissen zur Gesamtgruppe aller Befragten mit Beantragung einer DiGA ist Tabelle 3.12 zu entnehmen.

Tabelle 3.12: DiGA zanadio – Ergebnisse der Versichertenbefragung im März 2023

		Versicherte mit betrachteter DiGA		alle mit DiGA
Anzahl befragte Personen	Anzahl	227		1.711
Geschlecht weiblich	Prozent	83,0	++	76,5
<b>Erwerbsstatus</b>				
voll berufstätig	Prozent	41,8	+	39,7
in Teilzeit berufstätig	Prozent	19,1	–	23,9
Rentner/-in, im Vorruhestand	Prozent	20,9	=	20,4
Übrige	Prozent	18,2	+	15,9
<b>Befragungsergebnisse zu DiGA</b> Wie sind Sie auf die DiGA aufmerksam geworden? (Mehrfachantwort möglich)				
Empfehlung meines Behandlers / meiner Behandlerin	Prozent	38,7	---	71,5
Flyer/Broschüre des Herstellers	Prozent	4,0	=	4,5
Online-Werbeanzeige des Herstellers	Prozent	27,6	+++	10,6
Werbeanzeige	Prozent	15,1	+++	3,0
eigene Recherche	Prozent	12,9	=	12,0
Bericht zum Thema digitale Anwendungen	Prozent	8,4	+	4,0
BARMER	Prozent	4,0	=	4,5
Familie, Freunde, Bekannte	Prozent	6,2	+	3,4
<b>Welche Behandlung und Erwartungen hatten Sie bei Beantragung der DiGA?</b>				
keine anderweitige Behandlung	Prozent	70,3	+++	53,0
auch anderweitige Behandlung	Prozent	29,3	---	41,4
Überbrückung, bis Behandlung/Therapie beginnt	Prozent	0,5	--	5,5
<b>Haben Sie eine ärztliche Verordnung zur Beantragung der DiGA bei der BARMER eingereicht</b>				
ja	Prozent	94,3	+	93,0
<b>Auf welchem Weg haben Sie die DiGA bei der BARMER beantragt?</b>				
BARMER-App oder -Website, E-Mail	Prozent	50,5	+	46,8
Geschäftsstelle, Post oder Fax	Prozent	45,9	–	48,1
DiGA-Anbieter	Prozent	3,7	–	5,0
<b>Haben Sie den Freischaltcode von der BARMER in der DiGA eingelöst?</b>				
ja	Prozent	96,4	+	93,8

		Versicherte mit betrachteter DiGA		alle mit DiGA
<b>Wie regelmäßig haben Sie die DiGA durchschnittlich genutzt?</b>				
täglich	Prozent	56,0	+++	38,3
4- bis 6-mal in der Woche	Prozent	15,6	–	18,1
2- bis 3-mal in der Woche	Prozent	9,6	---	21,3
höchstens 1-mal in der Woche	Prozent	11,0	--	18,5
DiGA nach Aktivierung nicht genutzt	Prozent	7,8	+	3,9
<b>Wie lange haben Sie die DiGA durchschnittlich am Stück genutzt?</b>				
weniger als 5 Minuten	Prozent	5,3	–	7,7
5–10 Minuten	Prozent	42,6	+++	29,9
11–20 Minuten	Prozent	34,4	=	35,3
21–30 Minuten	Prozent	12,4	--	18,7
mehr als 30 Minuten	Prozent	5,3	–	8,5
<b>Zu welchem Zeitpunkt haben Sie die Nutzung ggf. beendet?</b>				
nach weniger als 1 Monat	Prozent	18,4	+	14,8
nach > 1 Monat, aber keine vollen 90 Tage	Prozent	24,6	+	23,4
Nutzung über volle 90 Tage	Prozent	45,4	--	53,0
App wird weiterhin genutzt	Prozent	11,6	+	8,8
<b>Gründe für die Beendigung der Nutzung (sofern nicht weiterhin genutzt)</b>				
Mir ging es besser.	Prozent	6,4	---	16,7
Interesse verloren	Prozent	18,0	+	14,5
andere Therapie/Behandlungsmöglichkeit genutzt	Prozent	5,2	--	12,5
Anwendung hat Erwartungen nicht erfüllt	Prozent	50,6	+++	34,5
technische Probleme während der Nutzung	Prozent	11,0	+	7,8
hatte nicht den Eindruck, dass die DiGA meine Symptome verbessern wird	Prozent	22,7	–	25,1
kannte die Inhalte bereits	Prozent	23,8	++	14,6
Die Inhalte passten nicht zu Symptomen.	Prozent	2,9	–	6,5
Handhabung zu kompliziert	Prozent	16,9	+++	6,8
<b>Beurteilen Sie die folgenden Aussagen (1 – unzufrieden über 3 – neutral bis 5 – sehr zufrieden)</b>				
Ich habe mich während der Nutzung der DiGA mit meiner Ärztin / meinem Arzt und/oder Therapeut/-in dazu ausgetauscht.	Mittelwert	2,6	–	2,8
Anteil mit Antwort „kann ich nicht beurteilen“	Prozent	10,8	=	10,1

Quelle: Befragungsangaben von n = 1.711 Versicherten der BARMER nach DiGA-Beantragung im März 2023

Betroffene wurden auf die DiGA überdurchschnittlich häufig aufgrund von Werbung aufmerksam, Empfehlungen der Therapeutin oder des Therapeuten waren vergleichsweise selten. Überwiegend wurde die DiGA aus Sicht der Patientinnen und Patienten als alleinige Therapie verordnet. Rund 96 Prozent der Befragten lösten den übermittelten Freischaltcode für die DiGA nach Selbstangaben auch ein. 71,6 Prozent der Befragten, und damit überdurchschnittlich viele, nutzten die DiGA mindestens viermal pro Woche, 56,0 Prozent sogar täglich. Die Nutzungsdauer betrug zumeist fünf bis zehn Minuten. 57,0 Prozent nutzten die DiGA über den gesamten genehmigten Nutzungszeitraum oder noch zum Zeitpunkt der Befragung. Als Grund für eine Nichtfortsetzung der DiGA-Anwendung wurde vergleichsweise häufig angegeben, dass die Anwendung nicht die Erwartungen erfüllt hätte.

## Verordnungen und Anwendungen der DiGA zanadio nach Abrechnungsdaten 2022

Auch nach den bis August 2022 gültigen und weniger strengen Kriterien erfüllten 37,5 % der zanadio-Verordnungen nicht die festgelegten Kriterien für eine Verordnung.

Insgesamt 9.543 Verordnungen von zanadio waren nach sektorenübergreifenden Auswertungen von Diagnosen gemäß den ab Mitte August geltenden Indikationen und Kontraindikationen im Jahr 2022 der Zielpopulation zuzuordnen – die verbleibenden 19.913 Verordnungen erfüllten die Kriterien nicht (vgl. Tabelle 3.14), wonach 67,6 Prozent aller Verordnungen von zanadio außerhalb der Zielpopulation erfolgten. Legt man die zuvor und bis Mitte August 2022 gültigen Kriterien zugrunde, dann reduziert sich dieser Anteil auf 37,5 Prozent und erscheint auch dann noch erstaunlich hoch, was vorrangig aus dem Vorliegen von Diagnosen im Sinne von Kontraindikationen resultiert (vgl. Tabelle 3.13).

Von allen genehmigten Verordnungen wurden innerhalb von maximal 91 Tagen ab Verordnung 92,0 Prozent erstattet. Pro Person mit Erstattung(en) wurden durchschnittlich 711 Euro für 1,42 Verordnungen innerhalb des Jahres 2022 gezahlt, was pro erstatteter Verordnung 500 Euro und damit dem initial für die DiGA festgelegten Preis entspricht.



Tabelle 3.13: DiGA zanadio – Verordnungen und Anwendungen nach Abrechnungsdaten 2022 – Kennwerte gemäß bis 14. August 2022 geltenden Indikationsvorgaben

		Population		
		Zielpopulation	Übrige	gesamt
Population	Personen 2022	6.658.584	77.700.261	84.358.845
Anzahl Verordnungen	Anzahl 2022	18.409	11.046	29.455
... darunter Folgeverordnungen	Anteil in Prozent	32,7	29,3	31,5
Personen mit Verordnung	Personen 2022	12.962	8.105	21.067
... Anzahl Verordnungen je Betroffenen	Mittelwert Anzahl	1,42	1,36	1,40
... Personen je 100.000 der Population	Anzahl je 100.000	194,7	10,4	25,0
... ohne Indikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	29,8	11,5
... mit Kontraindikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	75,1	28,9
... außerhalb von Altersgrenzen	Anteil in Prozent	0,0	1,2	0,5
Anzahl Genehmigungen	Anzahl	17.592	10.328	27.920
... Anteil an allen Verordnungen	Prozent	95,6	93,5	94,8
Personen mit Genehmigung	Personen	12.386	7.529	19.915
... Anzahl Genehmigungen je Betroffenen	Mittelwert Anzahl	1,42	1,37	1,40
... Personen je 100.000 der Population	Anzahl je 100.000	186,0	9,7	23,6
... ohne Indikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	30,1	11,4
... mit Kontraindikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	76,1	28,8
... außerhalb von Altersgrenzen	Anteil in Prozent	0,0	0,3	0,1
Anzahl Erstattungen*	Anzahl	16.197	9.500	25.696
... Anteil an genehmigten Verordnungen*	Prozent	92,1	92,0	92,0
Personen mit Erstattung*	Personen	11.210	6.851	18.061
... Anzahl Erstattungen je Betroffenen*	Mittelwert Anzahl	1,44	1,39	1,42
... Erstattungsbetrag je Person mit Erstattung*	Mittelwert, in Euro	722	693	711
... Betrag je Erstattung*	Mittelwert, in Euro	499	500	500

Siehe Erläuterungen zu Tabelle 3.14

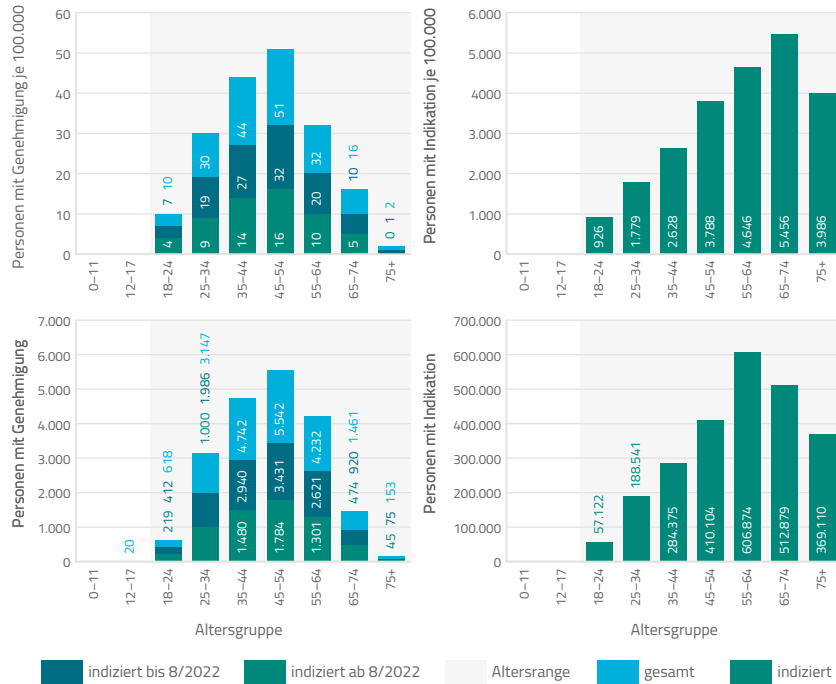
**Tabelle 3.14: DiGA zanadio – Verordnungen und Anwendungen nach Abrechnungsdaten 2022 – Kennwerte gemäß ab dem 15. August 2022 geltenden Indikationsvorgaben**

		Population		
		Zielpopulation	Übrige	gesamt
<b>Population</b>	<b>Personen 2022</b>	<b>2.429.005</b>	<b>81.929.840</b>	<b>84.358.845</b>
Anzahl Verordnungen	Anzahl 2022	9.543	19.913	29.455
... darunter Folgeverordnungen	Anteil in Prozent	34,7	29,9	31,5
Personen mit Verordnung	Personen 2022	6.645	14.422	21.067
... Anzahl Verordnungen je Betroffenen	Mittelwert Anzahl	1,44	1,38	1,40
... Personen je 100.000 der Population	Anzahl je 100.000	273,6	17,6	25,0
... ohne Indikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	81,7	55,9
... mit Kontraindikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	43,6	29,8
... außerhalb von Altersgrenzen	Anteil in Prozent	0,0	0,7	0,5
Anzahl Genehmigungen	Anzahl	9.083	18.837	27.920
... Anteil an allen Verordnungen	Prozent	95,2	94,6	94,8
Personen mit Genehmigung	Personen	6.303	13.612	19.915
... Anzahl Genehmigungen je Betroffenen	Mittelwert Anzahl	1,44	1,38	1,40
... Personen je 100.000 der Population	Anzahl je 100.000	259,5	16,6	23,6
... ohne Indikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	81,7	55,9
... mit Kontraindikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	43,5	29,7
... außerhalb von Altersgrenzen	Anteil in Prozent	0,0	0,1	0,1
Anzahl Erstattungen*	Anzahl	8.412	17.284	25.696
... Anteil an genehmigten Verordnungen*	Prozent	92,6	91,8	92,0
Personen mit Erstattung*	Personen	5.708	12.353	18.061
... Anzahl Erstattungen je Betroffenen*	Mittelwert Anzahl	1,47	1,40	1,42
... Erstattungsbetrag je Person mit Erstattung*	Mittelwert, in Euro	736	699	711
... Betrag je Erstattung*	Mittelwert, in Euro	499	500	500

\* Unter ausschließlicher Berücksichtigung von Erstattungen innerhalb von 91 Folgetagen ab dem Verordnungstag 2022.

Quelle: BARMER-Daten 2022 zu n = 8.643.122 BARMER-Versicherten, Ergebnisse standardisiert/hochgerechnet D2022BL; Prüfung auf Diagnosen im Sinne von Indikationen und Kontraindikationen basierend auf sektorenübergreifenden Daten 2021/2022 zu vier Quartalen bis einschließlich zum Quartal der Verordnung

Abbildung 3.8: DiGA zanadio – Personen mit Genehmigung und Zielpopulation nach Altersgruppen 2022 – Zielpopulation gemäß ab 15. August 2022 geltenden Indikationsvorgaben



Quelle: BARMER-Daten 2022, Ergebnisse standardisiert/hochgerechnet D2022BL; Prüfung von Diagnosen im Sinne von Indikationen und Kontraindikationen basierend auf sektorenübergreifenden Daten zu vier Quartalen bis einschließlich zum Quartal der Verordnung; als **Altersrange** sind diejenigen Altersgruppen gekennzeichnet, für die die DiGA regulär zugelassen ist, als **indiziert** Personen, die formale Kriterien zur Anwendung der DiGA gemäß Angaben des Herstellers erfüllen. Der Wert **gesamt** beinhaltet in den beiden Abbildungen links alle Personen mit Genehmigung, wobei die sichtbaren Teile der blau eingefärbten Säulen den Betroffenen ohne Indikation zuzuordnen sind.

Abbildung 3.8 enthält altersgruppenspezifische Angaben sowohl zu Personen mit Genehmigung der Anwendung von zanadio (auf der linken Seite) als auch zur Gesamtzahl der Personen in Deutschland, die gemäß den ab dem 15. August 2022 gültigen Vorgaben nach Informationen aus Routinedaten als Zielpopulation beziehungsweise potenzielle Anwender gelten könnten (rechte Seite). Während in den beiden oberen Abbildungen Er-

gebnisse zu Bevölkerungsanteilen je 100.000 dargestellt sind, werden in den beiden unteren Abbildungen hochgerechnete absolute Personenzahlen für Deutschland im Jahr 2022 in einzelnen Altersgruppen dargestellt (vgl. auch weitere Erläuterungen unter der Abbildung).

Die ab August 2022 gültigen Kriterien für eine Anwendung der DiGA zanadio waren in allen Altersgruppen häufig nicht erfüllt. Genehmigt wurde sie vorrangig bei Personen im Alter von 25 bis unter 65 Jahren. Auch die DiGA zanadio wurde bei Personen im Alter ab 65 Jahre seltener sowie im Alter ab 75 Jahren nur noch sehr selten genehmigt (und verordnet oder beantragt).

### 3.6.4 DiGA somnio

Die DiGA somnio wird zur Behandlung von Insomnie beziehungsweise von Ein- und Durchschlafstörungen eingesetzt. Informationen zu Indikations- sowie Kontraindikationsdiagnosen gemäß ICD-10 sind Tabelle 3.15 zu entnehmen. Die DiGA wurde 2022 in Deutschland schätzungsweise insgesamt 16.886-mal bei 15.086 Personen verordnet oder beantragt und belegte damit 2022 hinsichtlich der Verordnungszahl unter allen DiGA Rang 4.

Die potenzielle Zielpopulation von somnio umfasst ca. 2 % der Bevölkerung mit einem durchschnittlichen Alter von 60 Jahren.

Gemäß den zur DiGA mit Stand November 2023 spezifizierten Indikationen sowie Kontraindikationen konnten approximativ insgesamt 1,74 Millionen Personen in Deutschland und demnach etwa 2,1 Prozent der Gesamtbevölkerung als formal geeignete Zielgruppe für eine Anwendung der DiGA identifiziert werden. Dabei war die Indikation der Anwendung mit dauerhafter Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis am 27. März 2023 um den Diagnosekode G47.0 „Ein- und Durchschlafstörungen“ ergänzt worden. Zuvor war als Indikation nur die Diagnose F51.0 „Nichtorganische Insomnie“ aufgeführt. Die DiGA besitzt gemäß formalen Kriterien im Vergleich zu anderen DiGA einen mittelgroßen potenziellen Anwenderkreis. Das Durchschnittsalter der Personen mit einer genehmigten DiGA-Anwendung lag bei 48,3 Jahren und damit rund zwölf Jahre unter dem Durchschnittsalter der hier identifizierten Zielpopulation von 60,2 Jahren. Gut 60 Prozent der Zielpopulation und gut zwei Drittel der Personen mit Genehmigung waren Frauen.

**Tabelle 3.15: DiGA somnio (Kategorie Schlafstörungen) – Basisinformationen**

<b>Anwendungsgebiet, Kosten</b>	Digitale Anwendung zur Insomnie und von nichtorganischen Ein- und Durchschlafstörungen; Kosten für einen Nutzungszeitraum von 90 Tagen 224,99 Euro (Stand 11/2023), zuvor galt ein Preis von 464,00 Euro.
<b>Zulassungszeitraum</b>	Erstzulassung am 22.10.2020, dauerhafte Zulassung seit dem 29.12.2022
<b>Geschlechts- und Altersbeschränkung</b>	keine Geschlechtsbegrenzung, Zulassung ab 18 Jahre ohne oberes Limit
<b>Indikationen (gemäß ICD-10, hier verkürzte Schreibweise ohne Punkt nach dritter Stelle)</b>	G470, F510 (bis 3/2023 nur F510)
<b>Kontraindikationen (gemäß ICD-10, hier verkürzte Schreibweise ohne Punkt nach dritter Stelle)</b>	F31, G40
<b>Approximative Zielpopulation*</b>	n = 1.741.362 Personen (2,1 Prozent der Bevölkerung; 2.064 je 100.000) Durchschnittsalter: 60,2 Jahre; Anteil Frauen: 62,1 Prozent
<b>Personen mit DiGA-Genehmigung* (bei Verordnungen im Jahr 2022)</b>	n = 15.034 Personen (18 je 100.000 bezogen auf die Gesamtbevölkerung) Durchschnittsalter: 48,3 Jahre; Anteil Frauen: 68,5 Prozent

\* Hochrechnungen nach BARMER-Daten 2022, Approximation der Zielpopulation basierend auf gelisteten Angaben zu Indikationen, Kontraindikationen sowie gegebenenfalls Geschlechts- und Altersbeschränkungen.

Quellen zu Basisinformationen: DiGA-Verzeichnis beim BfArM – Information für Fachkreise (BfArM 2023b, Stand 11/2023)

## Versichertenbefragung – Patientenperspektive

An der Versichertenbefragung der BARMER im März 2023 nahmen n = 219 Personen teil, die zuvor die DiGA somnio beantragt hatten. 77,2 Prozent dieser Teilnehmenden waren Frauen. Befragungsergebnisse zu Beantragenden dieser DiGA mit einer Gegenüberstellung von Ergebnissen zur Gesamtgruppe aller Befragten mit Beantragung einer DiGA sind Tabelle 3.16 zu entnehmen.

Tabelle 3.16: DiGA somnio – Ergebnisse der Versichertenbefragung im März 2023

		Versicherte mit betrachteter DiGA		alle mit DiGA
Anzahl befragte Personen	Anzahl	219		1.711
Geschlecht weiblich	Prozent	77,2	=	76,5
<b>Erwerbsstatus</b>				
voll berufstätig	Prozent	34,7	–	39,7
in Teilzeit berufstätig	Prozent	22,1	–	23,9
Rentner/-in, im Vorruhestand	Prozent	28,6	++	20,4
Übrige	Prozent	14,6	–	15,9
<b>Befragungsergebnisse zu DiGA</b> Wie sind Sie auf die DiGA aufmerksam geworden? (Mehrfachantwort möglich)				
Empfehlung meines Behandlers / meiner Behandlerin	Prozent	87,5	+++	71,5
Flyer/Broschüre des Herstellers	Prozent	5,6	+	4,5
Online-Werbeanzeige des Herstellers	Prozent	2,8	--	10,6
Werbeanzeige	Prozent	1,4	–	3,0
eigene Recherche	Prozent	3,7	--	12,0
Bericht zum Thema digitale Anwendungen	Prozent	1,4	–	4,0
BARMER	Prozent	2,8	–	4,5
Familie, Freunde, Bekannte	Prozent	1,9	–	3,4
<b>Welche Behandlung und Erwartungen hatten Sie bei Beantragung der DiGA?</b>				
keine anderweitige Behandlung	Prozent	60,7	++	53,0
auch anderweitige Behandlung	Prozent	36,9	–	41,4
Überbrückung, bis Behandlung/Therapie beginnt	Prozent	2,3	–	5,5
<b>Haben Sie eine ärztliche Verordnung zur Beantragung der DiGA bei der BARMER eingereicht</b>				
ja	Prozent	96,8	+	93,0
<b>Auf welchem Weg haben Sie die DiGA bei der BARMER beantragt?</b>				
BARMER-App oder -Website, E-Mail	Prozent	38,9	--	46,8
Geschäftsstelle, Post oder Fax	Prozent	58,3	+++	48,1
DiGA-Anbieter	Prozent	2,8	–	5,0
<b>Haben Sie den Freischaltcode von der BARMER in der DiGA eingelöst?</b>				
ja	Prozent	93,5	=	93,8

			Versicherte mit betrachteter DiGA	alle mit DiGA
<b>Wie regelmäßig haben Sie die DiGA durchschnittlich genutzt?</b>				
täglich	Prozent	69,0	+++	38,3
4- bis 6-mal in der Woche	Prozent	16,7	–	18,1
2- bis 3-mal in der Woche	Prozent	7,4	---	21,3
höchstens 1-mal in der Woche	Prozent	5,9	---	18,5
DiGA nach Aktivierung nicht genutzt	Prozent	1,0	–	3,9
<b>Wie lange haben Sie die DiGA durchschnittlich am Stück genutzt?</b>				
weniger als 5 Minuten	Prozent	3,0	–	7,7
5–10 Minuten	Prozent	42,8	+++	29,9
11–20 Minuten	Prozent	43,3	++	35,3
21–30 Minuten	Prozent	9,5	--	18,7
mehr als 30 Minuten	Prozent	1,5	--	8,5
<b>Zu welchem Zeitpunkt haben Sie die Nutzung ggf. beendet?</b>				
nach weniger als 1 Monat	Prozent	8,9	--	14,8
nach > 1 Monat, aber keine vollen 90 Tage	Prozent	20,3	–	23,4
Nutzung über volle 90 Tage	Prozent	66,8	+++	53,0
App wird weiterhin genutzt	Prozent	4,0	–	8,8
<b>Gründe für die Beendigung der Nutzung (sofern nicht weiterhin genutzt)</b>				
Mir ging es besser.	Prozent	28,6	+++	16,7
Interesse verloren	Prozent	11,0	–	14,5
andere Therapie/Behandlungsmöglichkeit genutzt	Prozent	10,4	–	12,5
Anwendung hat Erwartungen nicht erfüllt	Prozent	34,4	=	34,5
technische Probleme während der Nutzung	Prozent	3,9	–	7,8
hatte nicht den Eindruck, dass die DiGA meine Symptome verbessern wird	Prozent	29,9	+	25,1
kannte die Inhalte bereits	Prozent	20,1	++	14,6
Die Inhalte passten nicht zu Symptomen.	Prozent	5,8	=	6,5
Handhabung zu kompliziert	Prozent	4,5	–	6,8
<b>Beurteilen Sie die folgenden Aussagen (1 – unzufrieden über 3 – neutral bis 5 – sehr zufrieden)</b>				
Ich habe mich während der Nutzung der DiGA mit meiner Ärztin / meinem Arzt und/oder Therapeut/-in dazu ausgetauscht.	Mittelwert	3,1	+	2,8
Anteil mit Antwort „kann ich nicht beurteilen“	Prozent	9,6	=	10,1

Quelle: Befragungsangaben von n = 1.711 Versicherten der BARMER nach DiGA-Beantragung im März 2023

somnio häufig täglich  
und über die gesamte  
Verordnungszeit genutzt

Die DiGA wurde überdurchschnittlich häufig und vorrangig auf Empfehlung der Therapeutin oder des Therapeuten verordnet, Werbung spielte bei der Entscheidung für Patientinnen und Patienten im Vergleich zu anderen DiGA eine untergeordnete Rolle.

Überwiegend wurde die DiGA aus Sicht der Patientinnen und Patienten als alleinige Therapie verordnet. 93,5 Prozent der Befragten lösten den übermittelten Freischaltcode für die DiGA nach Selbstangaben auch ein. 85,7 Prozent der Befragten nutzten die DiGA mindestens viermal pro Woche, darunter 69,0 Prozent sogar täglich, womit die DiGA zu den sehr regelmäßig genutzten Anwendungen zählen dürfte. Als Nutzungsdauer wurden zumeist 5 bis 20 Minuten angegeben. Mit 70,8 Prozent nutzten überdurchschnittlich viele Anwenderinnen und Anwender die DiGA über den gesamten genehmigten Nutzungszeitraum oder noch zum Zeitpunkt der Befragung. Als Grund für eine Nichtfortsetzung der DiGA-Anwendung wurde gegebenenfalls vergleichsweise häufig eine Besserung der Beschwerden angegeben.

### Verordnungen und Anwendungen der DiGA somnio nach Abrechnungsdaten 2022

(auch) Verordnungen von  
somnio oftmals ohne  
Dokumentation von  
Indikationsdiagnosen

Insgesamt 10.150 Verordnungen von somnio waren nach sektorenübergreifenden Auswertungen von Diagnosen zu Indikationen und Kontraindikationen sowie unter Beachtung der Altersbeschränkung im Jahr 2022 der Zielpopulation zuzuordnen – die verbleibenden 6.737 Verordnungen erfüllten auch die erst 2023 erweiterten formalen Kriterien nicht (vgl. Tabelle 3.17). Demnach erfolgten 39,9 Prozent aller Verordnungen somnio außerhalb der Zielpopulation. Bei einem weit überwiegenden Teil der Personen war in den Routinedaten keine der beiden ab März 2023 gültigen Indikationsdiagnosen identifizierbar.

Von allen genehmigten Verordnungen wurden innerhalb von maximal 91 Tagen ab Verordnung 86,3 Prozent erstattet. Bei Personen mit Erstattung(en) wurden durchschnittlich 251 Euro für 1,11 Verordnungen innerhalb des Jahres 2022 gezahlt, was pro erstatteter Verordnung 226 Euro und damit weitgehend dem aktuell für die DiGA festgelegten Preis entspricht.



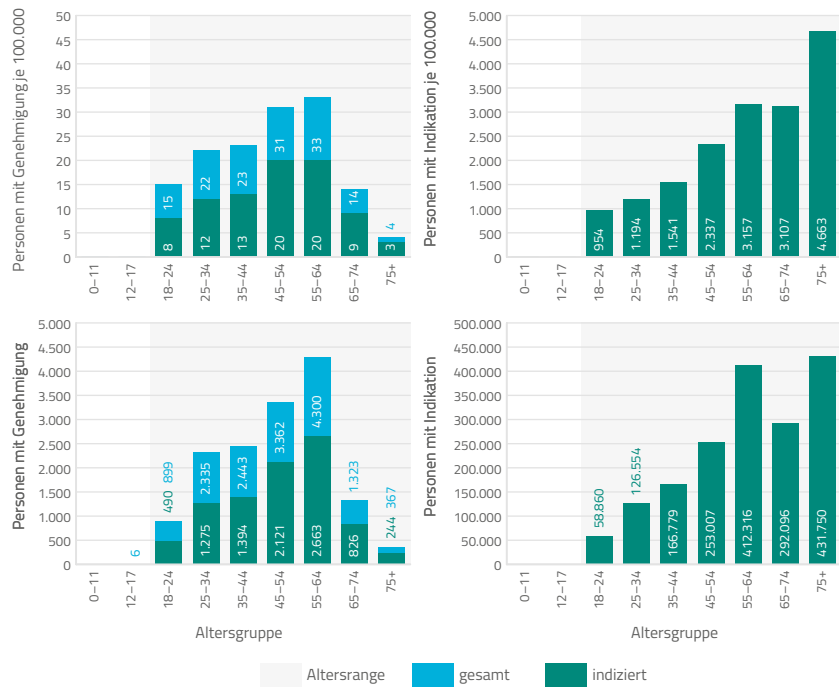
**Tabelle 3.17: DiGA somnio – Verordnungen und Anwendungen nach Abrechnungsdaten 2022**

		Population		
		Zielpopulation	Übrige	gesamt
<b>Population</b>	<b>Personen 2022</b>	<b>1.741.362</b>	<b>82.617.483</b>	<b>84.358.845</b>
Anzahl Verordnungen	Anzahl 2022	10.150	6.737	16.886
... darunter Folgeverordnungen	Anteil in Prozent	14,6	11,5	13,3
Personen mit Verordnung	Personen 2022	9.030	6.056	15.086
... Anzahl Verordnungen je Betroffenen	Mittelwert Anzahl	1,12	1,11	1,12
... Personen je 100.000 der Population	Anzahl je 100.000	518,6	7,3	17,9
... ohne Indikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	95,2	38,2
... mit Kontraindikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	7,4	3,0
... außerhalb von Altersgrenzen	Anteil in Prozent	0,0	0,1	0,0
Anzahl Genehmigungen	Anzahl	10.097	6.660	16.757
... Anteil an allen Verordnungen	Prozent	99,5	98,9	99,2
Personen mit Genehmigung	Personen	9.014	6.020	15.034
... Anzahl Genehmigungen je Betroffenen	Mittelwert Anzahl	1,12	1,11	1,11
... Personen je 100.000 der Population	Anzahl je 100.000	517,6	7,3	17,8
... ohne Indikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	95,2	38,1
... mit Kontraindikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	7,5	3,0
... außerhalb von Altersgrenzen	Anteil in Prozent	0,0	0,1	0,0
Anzahl Erstattungen*	Anzahl	8.803	5.666	14.468
... Anteil an genehmigten Verordnungen*	Prozent	87,2	85,1	86,3
Personen mit Erstattung*	Personen	7.869	5.126	12.995
... Anzahl Erstattungen je Betroffenen*	Mittelwert Anzahl	1,12	1,11	1,11
... Erstattungsbetrag je Person mit Erstattung*	Mittelwert, in Euro	252	251	251
... Betrag je Erstattung*	Mittelwert, in Euro	225	227	226

\* Unter ausschließlicher Berücksichtigung von Erstattungen innerhalb von 91 Folgetagen ab dem Verordnungstag 2022.

Quelle: BARMER-Daten 2022 zu n = 8.643.122 BARMER-Versicherten, Ergebnisse standardisiert/hochgerechnet D2022BL; Prüfung auf Diagnosen im Sinne von Indikationen und Kontraindikationen basierend auf sektorenübergreifenden Daten 2021/2022 zu vier Quartalen bis einschließlich zum Quartal der Verordnung

Abbildung 3.9: DiGA somnio – Personen mit Genehmigung und Zielpopulation nach Altersgruppen 2022



Quelle: BARMER-Daten 2022, Ergebnisse standardisiert/hochgerechnet D2022B1; Prüfung von Diagnosen im Sinne von Indikationen und Kontraindikationen basierend auf sektorenübergreifenden Daten zu vier Quartalen bis einschließlich zum Quartal der Verordnung; als **Altersrange** sind diejenigen Altersgruppen gekennzeichnet, für die die DiGA regulär zugelassen ist, als indiziert Personen, die formale Kriterien zur Anwendung der DiGA gemäß Angaben des Herstellers erfüllen. Der Wert **gesamt** beinhaltet in den beiden Abbildungen links alle Personen mit Genehmigung, wobei die sichtbaren Teile der blau eingefärbten Säulen den Betroffenen ohne Indikation zuzuordnen sind.

Abbildung 3.9 enthält altersgruppenspezifische Angaben sowohl zu Personen mit Genehmigung der Anwendung von somnio (auf der linken Seite) als auch zur Gesamtzahl der Personen in Deutschland, die gemäß aktuellen Angaben des Herstellers nach Informatio-

nen aus Routinedaten als Zielpopulation beziehungsweise potenzielle Anwender gelten könnten (Stand November 2023; vgl. rechte Seite). Während in den beiden oberen Abbildungen Ergebnisse zu Bevölkerungsanteilen je 100.000 dargestellt sind, werden in den beiden unteren Abbildungen hochgerechnete absolute Personenzahlen für Deutschland im Jahr 2022 in einzelnen Altersgruppen dargestellt (vgl. auch weitere Erläuterungen unter der Abbildung).

Formale Kriterien für eine Anwendung der DiGA beziehungsweise Indikationsdiagnosen waren nach Auswertungen von Routinedaten vorrangig bei älteren Menschen und insbesondere im Alter ab 75 Jahren erfüllt beziehungsweise dokumentiert. Genehmigt wurde die DiGA demgegenüber vorrangig bei Personen im Alter von 25 bis unter 65 Jahren, nur sehr selten auch im Alter ab 75 Jahren.

### 3.6.5 DiGA depressis

Die DiGA depressis wird zur Behandlung von leichten bis hin zu schweren Depressionen (auch rezidivierend) ohne psychotische Symptome eingesetzt. Informationen zu Indikations- sowie Kontraindikationsdiagnosen gemäß ICD-10 sind Tabelle 3.18 zu entnehmen. Die DiGA wurde 2022 in Deutschland schätzungsweise insgesamt 14.102-mal bei 13.668 Personen verordnet oder beantragt und belegte damit 2022 hinsichtlich der Verordnungszahl unter allen DiGA Rang 5.

Gemäß den zur DiGA spezifizierten Indikationen sowie Kontraindikationen konnten approximativ insgesamt 7,1 Millionen Personen in Deutschland, und demnach etwa 8,4 Prozent der Gesamtbevölkerung, als formal geeignete Zielgruppe für eine Anwendung der DiGA identifiziert werden. Die DiGA besitzt demnach im Vergleich zu anderen DiGA formal einen sehr großen potenziellen Anwenderkreis. Das Durchschnittsalter der Personen mit einer genehmigten DiGA-Anwendung lag bei 42,1 Jahren und damit rund zwölf Jahre unter dem Durchschnittsalter der hier identifizierten Zielpopulation. 62 Prozent der Personen mit Genehmigung waren Frauen, in der Zielpopulation lag der Frauenanteil noch etwas höher.

Die potenzielle Zielpopulation von depressis umfasst formal ca. 8 % der Bevölkerung.

**Tabelle 3.18: DiGA deprexis (Kategorie Depressionen) – Basisinformationen**

<b>Anwendungsgebiet, Kosten</b>	Digitale Anwendung zur Behandlung von leichten bis hin zu schweren Depressionen (auch rezidivierend) ohne psychotische Symptome; Kosten für einen Nutzungszeitraum von 90 Tagen 210,00 Euro (Stand 11/2023), zuvor galt ein Preis von 297,50 Euro.
<b>Zulassungszeitraum</b>	Erstzulassung am 20.02.2021, dauerhafte Zulassung seit dem 20.02.2022
<b>Geschlechts- und Altersbeschränkung</b>	keine Geschlechtsbegrenzung, Zulassung ab 18 Jahre ohne oberes Limit
<b>Indikationen (gemäß ICD-10, hier verkürzte Schreibweise ohne Punkt nach dritter Stelle)</b>	F320, F321, F322, F330, F331, F332
<b>Kontraindikationen (gemäß ICD-10, hier verkürzte Schreibweise ohne Punkt nach dritter Stelle)</b>	F20, F23, F25, F31, R458
<b>Approximative Zielpopulation*</b>	n = 7.077.786 Personen (8,4 Prozent der Bevölkerung; 8.390 je 100.000) Durchschnittsalter: 54,0 Jahre; Anteil Frauen: 63,6 Prozent
<b>Personen mit DiGA-Genehmigung* (bei Verordnungen im Jahr 2022)</b>	n = 13.586 Personen (16 je 100.000 bezogen auf die Gesamtbevölkerung) Durchschnittsalter: 42,1 Jahre; Anteil Frauen: 62,1 Prozent

\* Hochrechnungen nach BARMER-Daten 2022, Approximation der Zielpopulation basierend auf gelisteten Angaben zu Indikationen, Kontraindikationen sowie gegebenenfalls Geschlechts- und Altersbeschränkungen.

Quellen zu Basisinformationen: DiGA-Verzeichnis beim BfArM – Information für Fachkreise (BfArM 2023b, Stand 11/2023)

## Versichertenbefragung – Patientenperspektive

An der Versichertenbefragung der BARMER im März 2023 nahmen n = 135 Personen teil, die zuvor die DiGA deprexis beantragt oder verordnet bekommen hatten. 72,0 Prozent dieser Teilnehmenden waren Frauen, was auch hier durch eine höhere Befragungsteilnahme von Frauen mitbedingt ist.

Die DiGA wurde überdurchschnittlich häufig und vorrangig auf Empfehlung der Therapeutin oder des Therapeuten verordnet, Werbung spielte bei der Entscheidung für Patientinnen und Patienten nur eine marginale und im Vergleich zu anderen DiGA sehr geringe Rolle.

Tabelle 3.19: DiGA deprexis – Ergebnisse der Versichertenbefragung im März 2023

		Versicherte mit betrachteter DiGA		alle mit DiGA
Anzahl befragte Personen	Anzahl	135		1.711
Geschlecht weiblich	Prozent	72,0	–	76,5
<b>Erwerbsstatus</b>				
voll berufstätig	Prozent	35,9	–	39,7
in Teilzeit berufstätig	Prozent	35,2	+++	23,9
Rentner/-in, im Vorruhestand	Prozent	10,2	---	20,4
Übrige	Prozent	18,8	+	15,9
<b>Befragungsergebnisse zu DiGA Wie sind Sie auf die DiGA aufmerksam geworden? (Mehrfachantwort möglich)</b>				
Empfehlung meines Behandlers / meiner Behandlerin	Prozent	93,3	+++	71,5
Flyer/Broschüre des Herstellers	Prozent	3,0	–	4,5
Online-Werbeanzeige des Herstellers	Prozent	0,7	--	10,6
Werbeanzeige	Prozent	0,7	–	3,0
eigene Recherche	Prozent	7,5	–	12,0
Bericht zum Thema digitale Anwendungen	Prozent	0,0	–	4,0
BARMER	Prozent	3,0	–	4,5
Familie, Freunde, Bekannte	Prozent	1,5	–	3,4
<b>Welche Behandlung und Erwartungen hatten Sie bei Beantragung der DiGA?</b>				
keine anderweitige Behandlung	Prozent	43,8	--	53,0
auch anderweitige Behandlung	Prozent	36,2	--	41,4
Überbrückung, bis Behandlung/Therapie beginnt	Prozent	20,0	+++	5,5
<b>Haben Sie eine ärztliche Verordnung zur Beantragung der DiGA bei der BARMER eingereicht</b>				
ja	Prozent	92,4	=	93,0
<b>Auf welchem Weg haben Sie die DiGA bei der BARMER beantragt?</b>				
BARMER-App oder -Website, E-Mail	Prozent	46,5	=	46,8
Geschäftsstelle, Post oder Fax	Prozent	52,0	+	48,1
DiGA-Anbieter	Prozent	1,6	–	5,0
<b>Haben Sie den Freischaltcode von der BARMER in der DiGA eingelöst?</b>				
ja	Prozent	94,7	=	93,8

		Versicherte mit betrachter DiGA		alle mit DiGA
<b>Wie regelmäßig haben Sie die DiGA durchschnittlich genutzt?</b>				
täglich	Prozent	4,8	---	38,3
4- bis 6-mal in der Woche	Prozent	20,8	+	18,1
2- bis 3-mal in der Woche	Prozent	45,6	+++	21,3
höchstens 1-mal in der Woche	Prozent	28,0	++	18,5
DiGA nach Aktivierung nicht genutzt	Prozent	0,8	-	3,9
<b>Wie lange haben Sie die DiGA durchschnittlich am Stück genutzt?</b>				
weniger als 5 Minuten	Prozent	3,9	-	7,7
5–10 Minuten	Prozent	14,2	---	29,9
11–20 Minuten	Prozent	29,9	--	35,3
21–30 Minuten	Prozent	29,1	+++	18,7
mehr als 30 Minuten	Prozent	22,8	+++	8,5
<b>Zu welchem Zeitpunkt haben Sie die Nutzung ggf. beendet?</b>				
nach weniger als 1 Monat	Prozent	10,2	-	14,8
nach > 1 Monat, aber keine vollen 90 Tage	Prozent	22,8	=	23,4
Nutzung über volle 90 Tage	Prozent	65,4	+++	53,0
App wird weiterhin genutzt	Prozent	1,6	--	8,8
<b>Gründe für die Beendigung der Nutzung (sofern nicht weiterhin genutzt)</b>				
Mir ging es besser.	Prozent	16,1	=	16,7
Interesse verloren	Prozent	11,8	-	14,5
andere Therapie/Behandlungsmöglichkeit genutzt	Prozent	21,5	++	12,5
Anwendung hat Erwartungen nicht erfüllt	Prozent	28,0	--	34,5
technische Probleme während der Nutzung	Prozent	2,2	--	7,8
hatte nicht den Eindruck, dass die DiGA meine Symptome verbessern wird	Prozent	33,3	++	25,1
kannte die Inhalte bereits	Prozent	18,3	+	14,6
Die Inhalte passten nicht zu Symptomen.	Prozent	8,6	+	6,5
Handhabung zu kompliziert	Prozent	0,0	--	6,8
<b>Beurteilen Sie die folgenden Aussagen (1 – unzufrieden über 3 – neutral bis 5 – sehr zufrieden)</b>				
Ich habe mich während der Nutzung der DiGA mit meiner Ärztin / meinem Arzt und/oder Therapeut/-in dazu ausgetauscht.	Mittelwert	3,0	=	2,8
Anteil mit Antwort „kann ich nicht beurteilen“	Prozent	6,3	-	10,1

Quelle: Befragungsangaben von n = 1.711 Versicherten der BARMER nach DiGA-Beantragung im März 2023

Überdurchschnittlich häufig wurde die DiGA aus Sicht der Patientinnen und Patienten in 20 Prozent der Fälle als Überbrückung bis zum Beginn einer anderen Therapie verordnet. Rund 95 Prozent der Befragten lösten den übermittelten Freischaltcode für die DiGA nach Selbstangaben auch ein. Nur 26 Prozent der Befragten nutzten die DiGA mindestens viermal pro Woche, die meisten etwa zwei- bis dreimal in der Woche, wobei von mehr als der Hälfte eine überdurchschnittlich lange Nutzungsdauer von 21 oder mehr Minuten angegeben wurde. Rund zwei Drittel nutzten die DiGA über den gesamten genehmigten Nutzungszeitraum oder noch zum Zeitpunkt der Befragung, wobei ein Fortbestehen der Nutzung eher selten war. Als Grund für eine Nichtfortsetzung der DiGA-Anwendung wurde gegebenenfalls vergleichsweise häufig die Nutzung einer anderen Therapie/Behandlungsmöglichkeit angegeben oder vermerkt, dass die DiGA die Symptome nicht verbessert.

### Verordnungen und Anwendungen der DiGA deprexis nach Abrechnungsdaten 2022

Insgesamt 11.226 Verordnung von deprexis waren im Jahr 2022 der Zielpopulation zuzuordnen – die verbleibenden 2.876 Verordnungen erfüllten die Kriterien nicht (vgl. Tabelle 3.20). Demnach erfolgten 20,4 Prozent aller Verordnungen deprexis außerhalb der Zielpopulation. In etwa vier Fünfteln dieser Fälle war keine Diagnose im Sinne einer zur DiGA spezifizierten Indikationen in den Routinedaten identifizierbar.

Von allen genehmigten Verordnungen wurden innerhalb von maximal 91 Tagen ab Verordnung 80,3 Prozent erstattet. Pro Person mit Erstattung(en) wurden durchschnittlich 236 Euro für 1,02 Verordnungen innerhalb des Jahres 2022 gezahlt, was pro erstatteter Verordnung 232 Euro und damit einem Preis entspricht, der noch leicht über dem aktuell gültigen liegt.

Abbildung 3.10 enthält altersgruppenspezifische Angaben sowohl zu Personen mit Genehmigung der Anwendung von deprexis (auf der linken Seite) als auch zur Gesamtzahl der Personen in Deutschland, die gemäß Vorgaben des Herstellers nach Informationen aus Routinedaten als Zielpopulation beziehungsweise potenzielle Anwender gelten könnten (rechte Seite). Während in den beiden oberen Abbildungen Ergebnisse zu Bevölkerungsanteilen je 100.000 dargestellt sind, werden in den beiden unteren Abbildungen

Trotz großer Zielpopulation erfolgte  $\frac{1}{5}$  der Verordnungen von deprexis ohne Indikationsdiagnose in Abrechnungsdaten.

hochgerechnete absolute Personenzahlen für Deutschland im Jahr 2022 in einzelnen Altersgruppen dargestellt (vgl. auch weitere Erläuterungen unter der Abbildung).

**Tabelle 3.20: DiGA deprexis – Verordnungen und Anwendungen nach Abrechnungsdaten 2022**

Population	Personen 2022	Population		
		Zielpopulation	Übrige	gesamt
<b>Population</b>	<b>Personen 2022</b>	<b>7.077.786</b>	<b>77.281.059</b>	<b>84.358.845</b>
Anzahl Verordnungen	Anzahl 2022	11.226	2.876	14.102
... darunter Folgeverordnungen	Anteil in Prozent	4,4	1,3	3,8
Personen mit Verordnung	Personen 2022	10.833	2.835	13.668
... Anzahl Verordnungen je Betroffenen	Mittelwert Anzahl	1,04	1,01	1,03
... Personen je 100.000 der Population	Anzahl je 100.000	153,1	3,7	16,2
... ohne Indikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	79,9	16,6
... mit Kontraindikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	23,7	4,9
... außerhalb von Altersgrenzen	Anteil in Prozent	0,0	0,7	0,1
Anzahl Genehmigungen	Anzahl	11.097	2.857	13.954
... Anteil an allen Verordnungen	Prozent	98,9	99,3	98,9
Personen mit Genehmigung	Personen	10.771	2.815	13.586
... Anzahl Genehmigungen je Betroffenen	Mittelwert Anzahl	1,03	1,01	1,03
... Personen je 100.000 der Population	Anzahl je 100.000	152,2	3,6	16,1
... ohne Indikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	79,8	16,5
... mit Kontraindikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	23,8	4,9
... außerhalb von Altersgrenzen	Anteil in Prozent	0,0	0,7	0,1
Anzahl Erstattungen*	Anzahl	8.910	2.293	11.204
... Anteil an genehmigten Verordnungen*	Prozent	80,3	80,3	80,3
Personen mit Erstattung*	Personen	8.721	2.270	10.992
... Anzahl Erstattungen je Betroffenen*	Mittelwert Anzahl	1,02	1,01	1,02
... Erstattungsbetrag je Person mit Erstattung*	Mittelwert, in Euro	237	232	236
... Betrag je Erstattung*	Mittelwert, in Euro	232	230	232

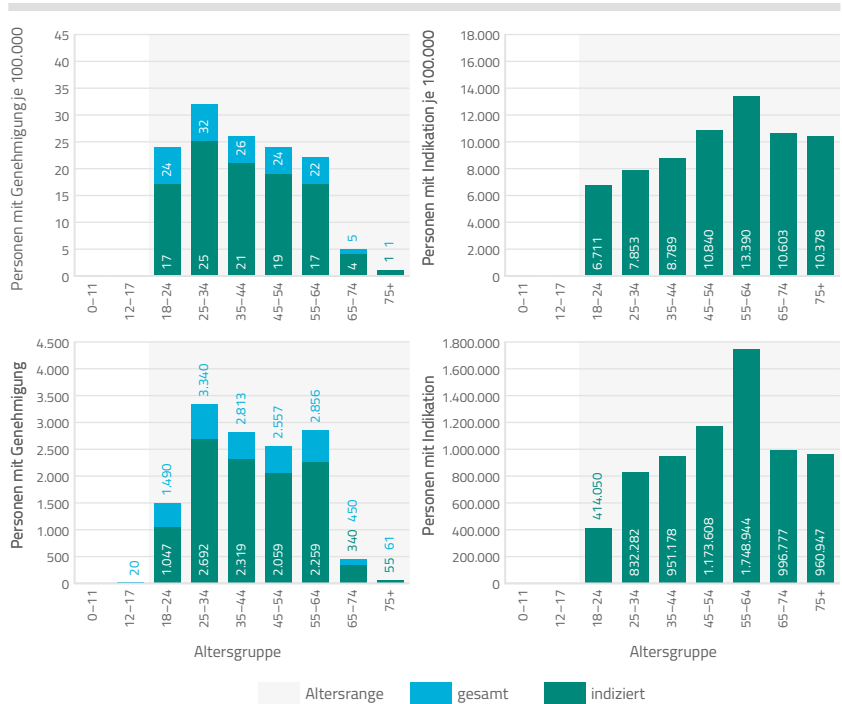
\* Unter ausschließlicher Berücksichtigung von Erstattungen innerhalb von 91 Folgetagen ab dem Verordnungstag 2022.

Quelle: BARMER-Daten 2022 zu n = 8.643.122 BARMER-Versicherten, Ergebnisse standardisiert/hochgerechnet D2022BL; Prüfung auf Diagnosen im Sinne von Indikationen und Kontraindikationen basierend auf sektorenübergreifenden Daten 2021/2022 zu vier Quartalen bis einschließlich zum Quartal der Verordnung



Formale Kriterien für eine Anwendung der DiGA waren nach Auswertungen von Routinedaten häufiger bei älteren Menschen und insbesondere bei den 55- bis 64-Jährigen erfüllt. Anteilig und absolut wurde deprexis demgegenüber am häufigsten in der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen genehmigt (und verordnet oder beantragt). Auch deprexis wird nur selten bei Personen im Alter ab 65 Jahre und sehr selten im Alter ab 75 Jahre eingesetzt.

Abbildung 3.10: DiGA deprexis – Personen mit Genehmigung und Zielpopulation nach Altersgruppen 2022



Quelle: BARMER-Daten 2022, Ergebnisse standardisiert/hochgerechnet D2022BL; Prüfung von Diagnosen im Sinne von Indikationen und Kontraindikationen basierend auf sektorenübergreifenden Daten zu vier Quartalen bis einschließlich zum Quartal der Verordnung; als **Altersrange** sind diejenigen Altersgruppen gekennzeichnet, für die die DiGA regulär zugelassen ist, als **indiziert** Personen, die formale Kriterien zur Anwendung der DiGA gemäß Angaben des Herstellers erfüllen. Der Wert **gesamt** beinhaltet in den beiden Abbildungen links alle Personen mit Genehmigung, wobei die sichtbaren Teile der blau eingefärbten Säulen den Betroffenen ohne Indikation zuzuordnen sind.

### 3.6.6 DiGA Oviva Direkt

Wie zanadio wird auch die DiGA Oviva Direkt zur Behandlung von starkem Übergewicht (Adipositas) (Grad I und II) eingesetzt. Informationen zu Indikations- sowie Kontraindikationsdiagnosen gemäß ICD-10 sind Tabelle 3.21 zu entnehmen. Mit der dauerhaften Zulassung wurden auch bei Oviva Direkt Indikations- und Kontraindikationsdiagnosen näher spezifiziert beziehungsweise weiter eingegrenzt. Die dauerhafte Zulassung erfolgte allerdings erst am 30. Juni 2023, womit die weiter eingegrenzten Indikationen im Jahr 2022 noch keine Rolle spielten. Die DiGA wurde 2022 in Deutschland schätzungsweise insgesamt 11.677-mal bei 10.615 Personen verordnet oder beantragt und belegte damit 2022 hinsichtlich der Verordnungszahl unter allen DiGA Rang 6.

Die Zielpopulation von Oviva Direkt umfasst seit dauerhafter Zulassung ca. 2,9 % der Bevölkerung, im Jahr 2022 waren es 8,0 %.

Gemäß den zur DiGA Oviva Direkt spezifizierten Indikationen sowie Kontraindikationen mit Stand November 2023 konnten approximativ insgesamt 2,43 Millionen Personen in Deutschland, und demnach ähnlich wie bei der DiGA zanadio, etwa 2,9 Prozent der Gesamtbevölkerung als formal geeignete Zielgruppe für eine Anwendung der DiGA identifiziert werden. Auch Oviva Direkt besitzt gemäß formalen Kriterien demnach im Vergleich zu anderen DiGA einen mittelgroßen potenziellen Anwenderkreis. Vor der dauerhaften Zulassung im Juni 2023 war dieser mit 6,76 Millionen und einem Anteil von 8,0 Prozent an der Gesamtbevölkerung noch erheblich größer. Das Durchschnittsalter der Personen mit einer genehmigten DiGA-Anwendung lag bei 46,4 Jahren und damit etwa elf Jahre unter dem Durchschnittsalter der hier nach aktuellen Vorgaben identifizierten Zielpopulation. Gut drei Viertel der Personen mit Genehmigung waren Frauen, obwohl deren Anteil in der Zielpopulation nach aktuellen Spezifikationen unterhalb von 50 Prozent lag.

**Tabelle 3.21: DiGA Oviva Direkt (Kategorie Adipositas) – Basisinformationen**

<b>Anwendungsgebiet, Kosten</b>	Digitale Anwendung zur Behandlung von Adipositas Grad I und II; Kosten für einen Nutzungszeitraum von 90 Tagen 220,90 Euro (Stand 11/2023), zuvor galten Preise zwischen 187,77 Euro und 445,00 Euro. Vom Hersteller wird eine Anwendung über mehr als drei Monate bei erfolgreichem Therapieverlauf unter Umständen empfohlen.
<b>Zulassungszeitraum</b>	Erstzulassung am 03.10.2021, dauerhafte Zulassung seit dem 30.06.2023
<b>Geschlechts- und Altersbeschränkung</b>	keine Geschlechtsbegrenzung, Zulassung ab 18 Jahre ohne oberes Limit
<b>Indikationen (gemäß ICD-10, hier verkürzte Schreibweise ohne Punkt nach dritter Stelle)</b>	E6600, E6601 (bis 6/2023: E66)
<b>Kontraindikationen (gemäß ICD-10, hier verkürzte Schreibweise ohne Punkt nach dritter Stelle)</b>	E03, E10, E23, E24
<b>Approximative Zielpopulation* (Angaben zum Zeitraum bis 6/2023)</b>	n = 2.432.564 Personen (2,9 Prozent der Bevölkerung; 2.884 je 100.000) Durchschnittsalter: 57,4 Jahre; Anteil Frauen: 48,6 Prozent (n = 6.763.778 Personen [8,0 Prozent der Bevölkerung; 8.018 je 100.000] Durchschnittsalter: 56,6 Jahre; Anteil Frauen: 50,8 Prozent)
<b>Personen mit DiGA-Genehmigung* (bei Verordnungen im Jahr 2022)</b>	n = 10.376 Personen (12 je 100.000 bezogen auf die Gesamtbevölkerung) Durchschnittsalter: 46,4 Jahre; Anteil Frauen: 77,2 Prozent

\* Hochrechnungen nach BARMER-Daten 2022, Approximation der Zielpopulation basierend auf gelisteten Angaben zu Indikationen, Kontraindikationen sowie gegebenenfalls Geschlechts- und Altersbeschränkungen.

Quellen zu Basisinformationen: DiGA-Verzeichnis beim BfArM – Information für Fachkreise (BfArM 2023b, Stand 11/2023)

## Versichertenbefragung – Patientenperspektive

An der Versichertenbefragung der BARMER im März 2023 nahmen n = 68 Personen teil, die zuvor die DiGA Oviva Direkt beantragt hatten. 87 Prozent dieser Teilnehmenden waren Frauen. Eine Auswahl an Befragungsergebnissen zu Beantragenden dieser DiGA ist Tabelle 3.22 zu entnehmen.

Betroffene wurden auch auf diese Adipositas-DiGA überdurchschnittlich häufig aufgrund von Werbung aufmerksam, hier offensichtlich insbesondere durch Online-Werbung. Überwiegend wurde die DiGA aus Sicht der Patientinnen und Patienten als alleinige Therapie verordnet. Alle Befragten lösten den übermittelten Freischaltcode für die DiGA nach Selbstangaben auch ein. 71,6 Prozent der Befragten und damit überdurchschnittlich viele nutzten die DiGA mindestens viermal pro Woche, 67,2 Prozent sogar täglich. Die Nutzungsdauer betrug zumeist fünf bis zehn Minuten. Mit 76,6 Prozent überdurchschnittlich viele Personen nutzten die DiGA über den gesamten genehmigten Nutzungszeitraum oder noch zum Zeitpunkt der Befragung.

Tabelle 3.22: DiGA Oviva Direkt – Ergebnisse der Versichertenbefragung im März 2023

		Versicherte mit betrachteter DiGA		alle mit DiGA
Anzahl befragte Personen	Anzahl	68		1.711
Geschlecht weiblich	Prozent	86,8	+++	76,5
<b>Erwerbsstatus</b>				
voll berufstätig	Prozent	51,5	+++	39,7
in Teilzeit berufstätig	Prozent	16,2	--	23,9
Rentner/-in, im Vorruhestand	Prozent	16,2	-	20,4
Übrige	Prozent	16,2	=	15,9
<b>Befragungsergebnisse zu DiGA</b>				
<b>Wie sind Sie auf die DiGA aufmerksam geworden? (Mehrfachantwort möglich)</b>				
Empfehlung meines Behandlers / meiner Behandlerin	Prozent	32,8	---	71,5
Flyer/Broschüre des Herstellers	Prozent	1,5	-	4,5
Online-Werbeanzeige des Herstellers	Prozent	44,8	+++	10,6
Werbeanzeige	Prozent	3,0	=	3,0
eigene Recherche	Prozent	17,9	++	12,0
Bericht zum Thema digitale Anwendungen	Prozent	7,5	+	4,0

		Versicherte mit betrachteter DiGA		alle mit DiGA
BARMER	Prozent	11,9	++	4,5
Familie, Freunde, Bekannte	Prozent	1,5	–	3,4
<b>Welche Behandlung und Erwartungen hatten Sie bei Beantragung der DiGA?</b>				
keine anderweitige Behandlung	Prozent	66,7	+++	53,0
auch anderweitige Behandlung	Prozent	33,3	--	41,4
Überbrückung, bis Behandlung/Therapie beginnt	Prozent	0,0	--	5,5
<b>Haben Sie eine ärztliche Verordnung zur Beantragung der DiGA bei der BARMER eingereicht</b>				
ja	Prozent	95,5	+	93,0
<b>Auf welchem Weg haben Sie die DiGA bei der BARMER beantragt?</b>				
BARMER-App oder -Website, E-Mail	Prozent	43,3	–	46,8
Geschäftsstelle, Post oder Fax	Prozent	23,9	---	48,1
DiGA-Anbieter	Prozent	32,8	+++	5,0
<b>Haben Sie den Freischaltcode von der BARMER in der DiGA eingelöst?</b>				
ja	Prozent	100,0	++	93,8
<b>Wie regelmäßig haben Sie die DiGA durchschnittlich genutzt?</b>				
täglich	Prozent	67,2	+++	38,3
4- bis 6-mal in der Woche	Prozent	4,5	---	18,1
2- bis 3-mal in der Woche	Prozent	11,9	--	21,3
höchstens 1-mal in der Woche	Prozent	11,9	--	18,5
DiGA nach Aktivierung nicht genutzt	Prozent	4,5	=	3,9
<b>Wie lange haben Sie die DiGA durchschnittlich am Stück genutzt?</b>				
weniger als 5 Minuten	Prozent	13,6	++	7,7
5–10 Minuten	Prozent	42,4	+++	29,9
11–20 Minuten	Prozent	22,7	---	35,3
21–30 Minuten	Prozent	19,7	=	18,7
mehr als 30 Minuten	Prozent	1,5	--	8,5
<b>Zu welchem Zeitpunkt haben Sie die Nutzung ggf. beendet?</b>				
nach weniger als 1 Monat	Prozent	4,7	---	14,8
nach > 1 Monat, aber keine vollen 90 Tage	Prozent	18,8	–	23,4
Nutzung über volle 90 Tage	Prozent	62,5	++	53,0
App wird weiterhin genutzt	Prozent	14,1	++	8,8

		Versicherte mit betrachteter DiGA	alle mit DiGA	
<b>Gründe für die Beendigung der Nutzung (sofern nicht weiterhin genutzt)</b>				
Mir ging es besser.	Prozent	10,0	--	16,7
Interesse verloren	Prozent	12,5	-	14,5
andere Therapie/Behandlungsmöglichkeit genutzt	Prozent	0,0	---	12,5
Anwendung hat Erwartungen nicht erfüllt	Prozent	42,5	++	34,5
technische Probleme während der Nutzung	Prozent	7,5	=	7,8
hatte nicht den Eindruck, dass die DiGA meine Symptome verbessern wird	Prozent	22,5	-	25,1
kannte die Inhalte bereits	Prozent	10,0	-	14,6
Die Inhalte passten nicht zu Symptomen.	Prozent	2,5	-	6,5
Handhabung zu kompliziert	Prozent	7,5	=	6,8
<b>Beurteilen Sie die folgenden Aussagen (1 – unzufrieden über 3 – neutral bis 5 – sehr zufrieden)</b>				
Ich habe mich während der Nutzung der DiGA mit meiner Ärztin / meinem Arzt und/oder Therapeut/-in dazu ausgetauscht.	Mittelwert	3,0	=	2,8
Anteil mit Antwort „kann ich nicht beurteilen“	Prozent	10,8	=	10,1

Quelle: Befragungsangaben von n = 1.711 Versicherten der BARMER nach DiGA-Beantragung im März 2023

Nach den 2022 gültigen Kriterien erfüllten 40,5 % der Oviva-Direkt-Verordnungen, zumeist aufgrund von Kontraindikationen, nicht die formal festgelegten Verordnungskriterien.

**Verordnungen und Anwendungen der DiGA Oviva Direkt nach Abrechnungsdaten 2022**  
Insgesamt 6.946 Verordnung von Oviva Direkt waren nach sektorenübergreifenden Auswertungen von Diagnosen gemäß den bis Juni 2023 geltenden Indikationen und Kontraindikationen im Jahr 2022 der Zielpopulation zuzuordnen – die verbleibenden 4.732 Verordnungen erfüllten die Kriterien nicht (vgl. Tabelle 3.23), wonach 40,5 Prozent aller Verordnungen von Oviva Direkt außerhalb der Zielpopulation erfolgten, was überwiegend aus dem Vorliegen von Diagnosen im Sinne von Kontraindikationen resultiert. Legt man die ab Juni 2023 gültigen Kriterien zugrunde, dann erhöht sich dieser Anteil auf 74,5 Prozent, was dann allerdings vorrangig aus dem Fehlen der näher spezifizierten Adipositasdiagnosen im Sinne von Indikationsdiagnosen resultiert, die 2022 noch nicht erforderlich waren (vgl. Tabelle 3.24).

Von allen genehmigten Verordnungen wurden innerhalb von maximal 91 Tagen ab Verordnung lediglich 28,3 Prozent erstattet. Offensichtlich erfolgten Abrechnungen von diesem Hersteller im Jahr 2022 verzögert und ein Großteil dabei erst nach der hier aus me-

thodischen Gründen einheitlich gesetzten Zeitgrenze von 91 Tagen ab Verordnungsdatum. Berücksichtigt man unter Vernachlässigung dieses Limits alle in den Daten bis Oktober 2023 enthaltenen Informationen zu Erstattungen, konnte bei 86 Prozent der Personen mit einer Verordnung von Oviva Direkt 2022 auch eine Erstattung identifiziert werden. Ursache für die Verzögerung waren hier technische Probleme beim Anbieter.

**Tabelle 3.23: DiGA Oviva Direkt – Verordnungen und Anwendungen nach Abrechnungsdaten 2022 – Kennwerte gemäß bis 29. Juni 2023 geltenden Indikationsvorgaben**

		Population		
		Zielpopulation	Übrige	gesamt
<b>Population</b>	<b>Personen 2022</b>	<b>6.763.778</b>	<b>77.595.067</b>	<b>84.358.845</b>
Anzahl Verordnungen	Anzahl 2022	6.946	4.732	11.677
... darunter Folgeverordnungen	Anteil in Prozent	8,5	7,5	8,1
Personen mit Verordnung	Personen 2022	6.300	4.315	10.615
... Anzahl Verordnungen je Betroffenen	Mittelwert Anzahl	1,10	1,10	1,10
... Personen je 100.000 der Population	Anzahl je 100.000	93,1	5,6	12,6
... ohne Indikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	45,6	18,5
... mit Kontraindikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	60,9	24,7
... außerhalb von Altersgrenzen	Anteil in Prozent	0,0	2,0	0,8
Anzahl Genehmigungen	Anzahl	6.825	4.570	11.395
... Anteil an allen Verordnungen	Prozent	98,3	96,6	97,6
Personen mit Genehmigung	Personen	6.204	4.173	10.376
... Anzahl Genehmigungen je Betroffenen	Mittelwert Anzahl	1,10	1,10	1,10
... Personen je 100.000 der Population	Anzahl je 100.000	91,7	5,4	12,3
... ohne Indikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	45,8	18,4
... mit Kontraindikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	61,8	24,8
... außerhalb von Altersgrenzen	Anteil in Prozent	0,0	0,7	0,3
Anzahl Erstattungen*	Anzahl	1.945	1.275	3.220
... Anteil an genehmigten Verordnungen*	Prozent	28,5	27,9	28,3
Personen mit Erstattung*	Personen	1.905	1.275	3.181
... Anzahl Erstattungen je Betroffenen*	Mittelwert Anzahl	1,02	1,00	1,01
... Erstattungsbetrag je Person mit Erstattung*	Mittelwert, in Euro	429	421	426
... Betrag je Erstattung*	Mittelwert, in Euro	421	421	421

Siehe Erläuterungen zu Tabelle 3.24

**Tabelle 3.24: DiGA Oviva Direkt – Verordnungen und Anwendungen nach Abrechnungsdaten 2022 – Kennwerte gemäß ab dem 30. Juni 2023 geltenden Indikationsvorgaben**

		Population		
		Zielpopulation	Übrige	gesamt
<b>Population</b>	<b>Personen 2022</b>	<b>2.432.564</b>	<b>81.926.281</b>	<b>84.358.845</b>
Anzahl Verordnungen	Anzahl 2022	2.980	8.697	11.677
... darunter Folgeverordnungen	Anteil in Prozent	7,2	8,5	8,1
Personen mit Verordnung	Personen 2022	2.737	7.878	10.615
... Anzahl Verordnungen je Betroffenen	Mittelwert Anzahl	1,09	1,10	1,10
... Personen je 100.000 der Population	Anzahl je 100.000	112,5	9,6	12,6
... ohne Indikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	87,1	64,6
... mit Kontraindikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	33,3	24,7
... außerhalb von Altersgrenzen	Anteil in Prozent	0,0	1,1	0,8
Anzahl Genehmigungen	Anzahl	2.900	8.494	11.395
... Anteil an allen Verordnungen	Prozent	97,3	97,7	97,6
Personen mit Genehmigung	Personen	2.672	7.705	10.376
... Anzahl Genehmigungen je Betroffenen	Mittelwert Anzahl	1,09	1,10	1,10
... Personen je 100.000 der Population	Anzahl je 100.000	109,8	9,4	12,3
... ohne Indikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	86,8	64,4
... mit Kontraindikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	33,5	24,8
... außerhalb von Altersgrenzen	Anteil in Prozent	0,0	0,4	0,3
Anzahl Erstattungen*	Anzahl	932	2.288	3.220
... Anteil an genehmigten Verordnungen*	Prozent	32,1	26,9	28,3
Personen mit Erstattung*	Personen	902	2.278	3.181
... Anzahl Erstattungen je Betroffenen*	Mittelwert Anzahl	1,03	1,00	1,01
... Erstattungsbetrag je Person mit Erstattung*	Mittelwert, in Euro	435	423	426
... Betrag je Erstattung*	Mittelwert, in Euro	421	421	421

\* Unter ausschließlicher Berücksichtigung von Erstattungen innerhalb von 91 Folgetagen ab dem Verordnungstag 2022.

Quelle: BARMER-Daten 2022 zu n = 8.643.122 BARMER-Versicherten, Ergebnisse standardisiert/hochgerechnet D2022BL; Prüfung auf Diagnosen im Sinne von Indikationen und Kontraindikationen basierend auf sektorenübergreifenden Daten 2021/2022 zu vier Quartalen bis einschließlich zum Quartal der Verordnung



Pro Person mit Erstattung(en) wurden durchschnittlich 426 Euro für 1,01 Verordnungen innerhalb des Jahres 2022 gezahlt, was pro erstatteter Verordnung 421 Euro entspricht und innerhalb der Spanne der 2022 unterschiedlich gültigen Preise von 187,77 bis 445,00 Euro liegt.

Abbildung 3.11: DiGA Oviva Direkt – Personen mit Genehmigung und Zielpopulation nach Altersgruppen 2022 – Zielpopulation gemäß ab 30. Juni 2023 geltenden Indikationsvorgaben



Quelle: BARMER-Daten 2022, Ergebnisse standardisiert/hochgerechnet D2022BL; Prüfung von Diagnosen im Sinne von Indikationen und Kontraindikationen basierend auf sektorenübergreifenden Daten zu vier Quartalen bis einschließlich zum Quartal der Verordnung; als **Altersrange** sind diejenigen Altersgruppen gekennzeichnet, für die die DiGA regulär zugelassen ist, als **indiziert** Personen, die formale Kriterien zur Anwendung der DiGA gemäß Angaben des Herstellers erfüllen. Der Wert **gesamt** beinhaltet in den beiden Abbildungen links alle Personen mit Genehmigung, wobei die sichtbaren Teile der blau eingefärbten Säulen den Betroffenen ohne Indikation zuzuordnen sind.

Abbildung 3.11 enthält altersgruppenspezifische Angaben sowohl zu Personen mit Genehmigung der Anwendung von Oviva Direkt (auf der linken Seite) als auch zur Gesamtzahl der Personen in Deutschland, die gemäß den ab dem 30. Juni 2023 gültigen Vorgaben nach Informationen aus Routinedaten als Zielpopulation beziehungsweise potenzielle Anwender gelten könnten (rechte Seite). Während in den beiden oberen Abbildungen Ergebnisse zu Bevölkerungsanteilen je 100.000 dargestellt sind, werden in den beiden unteren Abbildungen hochgerechnete absolute Personenzahlen für Deutschland im Jahr 2022 in einzelnen Altersgruppen dargestellt (vgl. auch weitere Erläuterungen unter der Abbildung).

Die erst ab Juni 2023 gültigen Kriterien für eine Anwendung der DiGA Oviva Direkt waren in allen Altersgruppen sehr häufig nicht erfüllt. Jedoch konnten auch die zuvor gültigen Kriterien mit in Routinedaten dokumentierten Diagnosen oftmals nicht bestätigt werden. Genehmigt wurde die DiGA vorrangig bei Personen im Alter von 25 bis unter 65 Jahren. Auch die Oviva Direkt wurde bei Personen im Alter ab 65 Jahren seltener sowie im Alter ab 75 Jahren nur noch sehr selten genehmigt (und verordnet oder beantragt).

### 3.6.7 DiGA Selfapys Online-Kurs bei Depression

Die DiGA Selfapys Online-Kurs bei Depression wird zur Behandlung von leichten bis mittelgradigen Depressionen (auch rezidivierend) eingesetzt. Bis zum 10. April 2022 waren auch eine Reihe unspezifischer Depressionsdiagnosen als potenzielle Indikation gelistet. Mit der dauerhaften Aufnahme der Anwendung in das DiGA-Verzeichnis am 21. September 2023 wurde dann schließlich auch die Liste der Diagnosen im Sinne von Kontraindikationen modifiziert. Genauere Informationen zu Indikations- sowie Kontraindikationsdiagnosen gemäß ICD-10 sind Tabelle 3.25 zu entnehmen.

Die DiGA wurde 2022 in Deutschland schätzungsweise insgesamt 11.247-mal bei 10.500 Personen verordnet oder beantragt und belegte damit 2022 hinsichtlich der Verordnungszahl unter allen DiGA Rang 7.

**Tabelle 3.25: DiGA Selfpays Online-Kurs bei Depression (Kategorie Depressionen) – Basisinformationen**

<b>Anwendungsgebiet, Kosten</b>	Digitale Anwendung zur Behandlung von leichten bis mittelgradigen Depressionen (auch rezidivierend); Kosten für einen Nutzungszeitraum von 90 Tagen 217,18Euro (Stand 11/2023), zuvor galten Preise von 540,00Euro sowie 196,46Euro.
<b>Zulassungszeitraum</b>	Erstzulassung am 16.12.2020, dauerhafte Zulassung seit dem 11.04.2022
<b>Geschlechts- und Altersbeschränkung</b>	keine Geschlechtsbegrenzung, Zulassung ab 18 Jahre ohne oberes Limit
<b>Indikationen (gemäß ICD-10, hier verkürzte Schreibweise ohne Punkt nach dritter Stelle)</b>	F320, F321, F330, F331 (bis 04/2022: F320, F321, F328, F329, F330, F331, F334, F338, F33.9)
<b>Kontraindikationen (gemäß ICD-10, hier verkürzte Schreibweise ohne Punkt nach dritter Stelle)</b>	F00, F102, F103, F20, F31, F323, F333 (ab 09/2023: F102, F103, F112, F113, F122, F123, F132, F133, F142, F143, F152, F153, F162, F163, F172, F173, F182, F183, F192, F193, F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29, F31, F322, F323, F332, F333)
<b>Approximative Zielpopulation* (Angaben zum Zeitraum ab 09/2023)</b>	n = 5.965.041 Personen (7,1 Prozent der Bevölkerung; 7.071 je 100.000) Durchschnittsalter: 53,5 Jahre; Anteil Frauen: 65,2 Prozent (n = 5.000.798 Personen [5,9 Prozent der Bevölkerung; 5.928 je 100.000] Durchschnittsalter: 54,0 Jahre; Anteil Frauen: 65,7 Prozent)
<b>Personen mit DiGA-Genehmigung* (bei Verordnungen im Jahr 2022)</b>	n = 10.262 Personen (12 je 100.000 bezogen auf die Gesamtbevölkerung) Durchschnittsalter: 40,0 Jahre; Anteil Frauen: 65,4 Prozent

\* Hochrechnungen nach BARMER-Daten 2022, Approximation der Zielpopulation basierend auf gelisteten Angaben zu Indikationen, Kontraindikationen sowie gegebenenfalls Geschlechts- und Altersbeschränkungen.

Quellen zu Basisinformationen: DiGA-Verzeichnis beim BfArM – Information für Fachkreise (BfArM 2023b, Stand 11/2023)

Gemäß den zur DiGA spezifizierten Indikationen sowie Kontraindikationen mit Gültigkeit bis zum 20. September 2023 (ohne Berücksichtigung der zwischenzeitlich modifizierten Kontraindikationen) konnten approximativ insgesamt 6,0 Millionen Personen in Deutschland, und demnach etwa 7,1 Prozent der Gesamtbevölkerung, als formal geeignete Zielgruppe für eine Anwendung der DiGA identifiziert werden. Unter Berücksichtigung der seit September 2023 gültigen Angaben zu Kontraindikationen reduzierte sich die Größe der formalen Zielpopulation auf 5,0 Millionen beziehungsweise einen Anteil von etwa 5,9 Prozent der gesamten Bevölkerung. Die DiGA besitzt demnach im Vergleich zu ande-

Die Zielpopulation von Selfpays Online-Kurs bei Depression umfasste 2022 formal ca. 7 % der Bevölkerung, unter Berücksichtigung neuer Kontraindikationen ca. 6 %.

ren DiGA formal – selbst nach aktuellen Vorgaben – einen sehr großen potenziellen Anwenderkreis. Das Durchschnittsalter der Personen mit einer genehmigten DiGA-Anwendung lag bei 40,0 Jahren und damit gut 13 Jahre unter dem Durchschnittsalter der hier identifizierten Zielpopulation. 65 Prozent der Personen mit Genehmigung waren Frauen, in der Zielpopulation lag der Frauenanteil ähnlich hoch.

### Versichertenbefragung – Patientenperspektive

An der Versichertenbefragung der BARMER im März 2023 nahmen n = 103 Personen teil, die zuvor die DiGA Selfapys Online-Kurs bei Depression beantragt oder verordnet bekommen hatten. 82,5 Prozent dieser Teilnehmenden waren Frauen.

Die DiGA wurde weniger häufig auf Empfehlung der Therapeutin oder des Therapeuten verordnet als andere DiGA, insbesondere Online-Werbung schien bei der Entscheidung für einige Patientinnen und Patienten (rund 17 Prozent) eine Rolle gespielt zu haben.

Auch diese DiGA zur Anwendung bei Depressionen wurde aus Sicht der Patientinnen und Patienten mit einem Anteil von 35 Prozent der Befragten überdurchschnittlich häufig zur Überbrückung bis zu Beginn einer anderen Therapie verordnet. Rund 93 Prozent der Befragten lösten den übermittelten Freischaltcode für die DiGA nach Selbstangaben auch ein. Nur 23 Prozent der Befragten nutzten die DiGA mindestens viermal pro Woche, die meisten etwa einmal in der Woche, wobei von knapp der Hälfte eine überdurchschnittlich lange Nutzungsdauer von 21 oder mehr Minuten angegeben wurde. Nur gut ein Drittel nutzte die DiGA über den gesamten genehmigten Nutzungszeitraum oder noch zum Zeitpunkt der Befragung, wobei ein Fortbestehen der Nutzung selten war. Als Grund für eine Nichtfortsetzung der DiGA-Anwendung wurde vergleichsweise häufig die Nutzung einer anderen Therapie/Behandlungsmöglichkeit angegeben oder vermerkt, dass die DiGA die Symptome nicht verbessert habe oder Inhalte nicht zu den Symptomen gepasst hätten.

**Tabelle 3.26: DiGA Selfapys Online-Kurs bei Depression – Ergebnisse der Versichertenbefragung im März 2023**

		Versicherte mit betrachteter DiGA		alle mit DiGA
Anzahl befragte Personen	Anzahl	103		1.711
Geschlecht weiblich	Prozent	82,5	++	76,5
<b>Erwerbsstatus</b>				
voll berufstätig	Prozent	42,2	+	39,7
in Teilzeit berufstätig	Prozent	33,3	++	23,9
Rentner/-in, im Vorruhestand	Prozent	2,9	---	20,4
Übrige	Prozent	21,6	++	15,9
<b>Befragungsergebnisse zu DiGA Wie sind Sie auf die DiGA aufmerksam geworden? (Mehrfachantwort möglich)</b>				
Empfehlung meines Behandlers / meiner Behandlerin	Prozent	65,7	--	71,5
Flyer/Broschüre des Herstellers	Prozent	4,9	=	4,5
Online-Werbeanzeige des Herstellers	Prozent	16,7	++	10,6
Werbeanzeige	Prozent	2,0	-	3,0
eigene Recherche	Prozent	13,7	+	12,0
Bericht zum Thema digitale Anwendungen	Prozent	6,9	+	4,0
BARMER	Prozent	2,0	-	4,5
Familie, Freunde, Bekannte	Prozent	4,9	+	3,4
<b>Welche Behandlung und Erwartungen hatten Sie bei Beantragung der DiGA?</b>				
keine anderweitige Behandlung	Prozent	35,1	---	53,0
auch anderweitige Behandlung	Prozent	29,9	---	41,4
Überbrückung, bis Behandlung/Therapie beginnt	Prozent	35,1	+++	5,5
<b>Haben Sie eine ärztliche Verordnung zur Beantragung der DiGA bei der BARMER eingereicht</b>				
ja	Prozent	91,0	-	93,0
<b>Auf welchem Weg haben Sie die DiGA bei der BARMER beantragt?</b>				
BARMER-App oder -Website, E-Mail	Prozent	50,5	+	46,8
Geschäftsstelle, Post oder Fax	Prozent	44,3	-	48,1
DiGA-Anbieter	Prozent	5,2	=	5,0
<b>Haben Sie den Freischaltcode von der BARMER in der DiGA eingelöst?</b>				
ja	Prozent	93,1	=	93,8

		Versicherte mit betrachteter DiGA		alle mit DiGA
<b>Wie regelmäßig haben Sie die DiGA durchschnittlich genutzt?</b>				
täglich	Prozent	8,3	---	38,3
4- bis 6-mal in der Woche	Prozent	14,6	-	18,1
2- bis 3-mal in der Woche	Prozent	22,9	+	21,3
höchstens 1-mal in der Woche	Prozent	47,9	+++	18,5
DiGA nach Aktivierung nicht genutzt	Prozent	6,3	+	3,9
<b>Wie lange haben Sie die DiGA durchschnittlich am Stück genutzt?</b>				
weniger als 5 Minuten	Prozent	4,2	-	7,7
5–10 Minuten	Prozent	11,6	---	29,9
11–20 Minuten	Prozent	34,7	=	35,3
21–30 Minuten	Prozent	25,3	++	18,7
mehr als 30 Minuten	Prozent	24,2	+++	8,5
<b>Zu welchem Zeitpunkt haben Sie die Nutzung ggf. beendet?</b>				
nach weniger als 1 Monat	Prozent	28,3	+++	14,8
nach > 1 Monat, aber keine vollen 90 Tage	Prozent	37,0	+++	23,4
Nutzung über volle 90 Tage	Prozent	32,6	---	53,0
App wird weiterhin genutzt	Prozent	2,2	--	8,8
<b>Gründe für die Beendigung der Nutzung (sofern nicht weiterhin genutzt)</b>				
Mir ging es besser.	Prozent	10,1	--	16,7
Interesse verloren	Prozent	12,7	-	14,5
andere Therapie/Behandlungsmöglichkeit genutzt	Prozent	36,7	+++	12,5
Anwendung hat Erwartungen nicht erfüllt	Prozent	38,0	+	34,5
technische Probleme während der Nutzung	Prozent	6,3	-	7,8
hatte nicht den Eindruck, dass die DiGA meine Symptome verbessern wird	Prozent	29,1	+	25,1
kannte die Inhalte bereits	Prozent	19,0	+	14,6
Die Inhalte passten nicht zu Symptomen.	Prozent	17,7	+++	6,5
Handhabung zu kompliziert	Prozent	1,3	--	6,8
<b>Beurteilen Sie die folgenden Aussagen (1 – unzufrieden über 3 – neutral bis 5 – sehr zufrieden)</b>				
Ich habe mich während der Nutzung der DiGA mit meiner Ärztin / meinem Arzt und/oder Therapeut/-in dazu ausgetauscht.	Mittelwert	2,8	=	2,8
Anteil mit Antwort „kann ich nicht beurteilen“	Prozent	11,6	+	10,1

Quelle: Befragungsangaben von n = 1.711 Versicherten der BARMER nach DiGA-Beantragung im März 2023

## Verordnungen und Anwendungen der DiGA Selfapys Online-Kurs bei Depression nach Abrechnungsdaten 2022

Insgesamt 7.851 Verordnungen von Selfapys Online-Kurs bei Depression waren im Jahr 2022 der Zielpopulation zuzuordnen – die verbleibenden 3.396 Verordnungen erfüllten die ab Mitte April 2022 geltenden formalen Kriterien nicht (vgl. Tabelle 3.27). Demnach erfolgten 30,2 Prozent aller Verordnungen von Selfapys Online-Kurs bei Depression außerhalb der Zielpopulation. Allerdings galten zu Beginn des Jahres 2022 noch mehr Diagnosen als Indikation, womit ein Teil fehlender Indikationsdiagnosen erklärt werden kann.

Von allen genehmigten Verordnungen wurden innerhalb von maximal 91 Tagen ab Verordnung 78,2 Prozent erstattet. Pro Person mit Erstattung(en) wurden durchschnittlich 486 Euro für 1,06 Verordnungen innerhalb des Jahres 2022 gezahlt, was pro erstatteter Verordnung 458 Euro entspricht. Im Zuge der dauerhaften Aufnahme der DiGA in das BfArM-Verzeichnis am 11. April 2022 wurden die Preise für die DiGA vom BfArM auch mit rückwirkender Wirkung angepasst, woraus sich entsprechend Rückforderungen der Krankenkassen an den Hersteller ergaben. Diese konnten bei den hier präsentierten Ergebnissen jedoch nicht berücksichtigt werden, weshalb in die Ergebnisse häufig noch der anfänglich geltende Preis von 540 Euro einging.

Abbildung 3.12 enthält altersgruppenspezifische Angaben sowohl zu Personen mit Genehmigung der Anwendung von Selfapys Online-Kurs bei Depression (auf der linken Seite) als auch zur Gesamtzahl der Personen in Deutschland, die gemäß von April 2022 bis September 2023 gültigen Vorgaben des Herstellers nach Informationen aus Routinedaten als Zielpopulation beziehungsweise als potenzielle Anwender gelten könnten (rechte Seite). Während in den beiden oberen Abbildungen Ergebnisse zu Bevölkerungsanteilen je 100.000 dargestellt sind, werden in den beiden unteren Abbildungen hochgerechnete absolute Personenzahlen für Deutschland im Jahr 2022 in einzelnen Altersgruppen dargestellt (vgl. auch weitere Erläuterungen unter der Abbildung).

**Tabelle 3.27: DiGA Selfapys Online-Kurs bei Depression – Verordnungen und Anwendungen nach Abrechnungsdaten 2022 – Kennwerte gemäß April 2022 bis September 2023 geltenden Indikationsvorgaben**

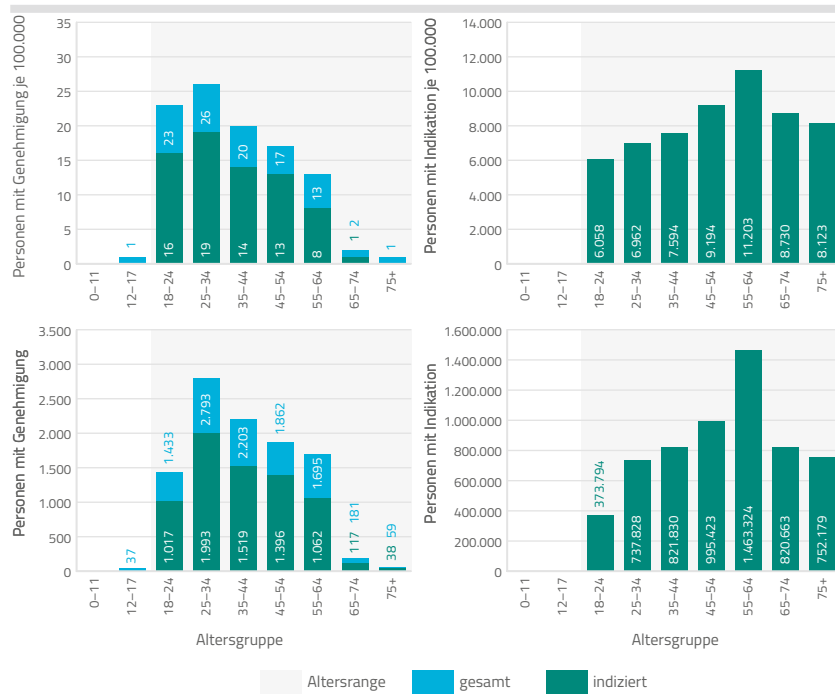
		Population		
		Zielpopulation	Übrige	gesamt
<b>Population</b>	<b>Personen 2022</b>	<b>5.965.041</b>	<b>78.393.804</b>	<b>84.358.845</b>
Anzahl Verordnungen	Anzahl 2022	7.851	3.396	11.247
... darunter Folgeverordnungen	Anteil in Prozent	8,0	6,1	7,5
Personen mit Verordnung	Personen 2022	7.286	3.214	10.500
... Anzahl Verordnungen je Betroffenen	Mittelwert Anzahl	1,08	1,06	1,07
... Personen je 100.000 der Population	Anzahl je 100.000	122,1	4,1	12,4
... ohne Indikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	90,3	27,6
... mit Kontraindikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	14,2	4,3
... außerhalb von Altersgrenzen	Anteil in Prozent	0,0	1,1	0,3
Anzahl Genehmigungen	Anzahl	7.666	3.287	10.953
... Anteil an allen Verordnungen	Prozent	97,6	96,8	97,4
Personen mit Genehmigung	Personen	7.142	3.120	10.262
... Anzahl Genehmigungen je Betroffenen	Mittelwert Anzahl	1,07	1,05	1,07
... Personen je 100.000 der Population	Anzahl je 100.000	119,7	4,0	12,2
... ohne Indikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	90,0	27,4
... mit Kontraindikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	14,6	4,4
... außerhalb von Altersgrenzen	Anteil in Prozent	0,0	1,2	0,4
Anzahl Erstattungen*	Anzahl	6.056	2.509	8.564
... Anteil an genehmigten Verordnungen*	Prozent	79,0	76,3	78,2
Personen mit Erstattung*	Personen	5.677	2.408	8.085
... Anzahl Erstattungen je Betroffenen*	Mittelwert Anzahl	1,07	1,04	1,06
... Erstattungsbetrag je Person mit Erstattung*	Mittelwert, in Euro	491	473	486
... Betrag je Erstattung*	Mittelwert, in Euro	460	454	458

\* Unter ausschließlicher Berücksichtigung von Erstattungen innerhalb von 91 Folgetagen ab dem Verordnungstag 2022.

Quelle: BARMER-Daten 2022 zu n = 8.643.122 BARMER-Versicherten, Ergebnisse standardisiert/hochgerechnet D2022BL; Prüfung auf Diagnosen im Sinne von Indikationen und Kontraindikationen basierend auf sektorenübergreifenden Daten 2021/2022 zu vier Quartalen bis einschließlich zum Quartal der Verordnung



Abbildung 3.12: DiGA Selfpays Online-Kurs bei Depression – Personen mit Genehmigung und Zielpopulation nach Altersgruppen 2022 – Zielpopulation gemäß April 2022 bis September 2023 geltenden Indikationsvorgaben



Quelle: BARMER-Daten 2022, Ergebnisse standardisiert/hochgerechnet D2022BL; Prüfung von Diagnosen im Sinne von Indikationen und Kontraindikationen basierend auf sektorenübergreifenden Daten zu vier Quartalen bis einschließlich zum Quartal der Verordnung; als **Altersrange** sind diejenigen Altersgruppen gekennzeichnet, für die die DiGA regulär zugelassen ist, als **indiziert** Personen, die formale Kriterien zur Anwendung der DiGA gemäß Angaben des Herstellers erfüllen. Der Wert **gesamt** beinhaltet in den beiden Abbildungen links alle Personen mit Genehmigung, wobei die sichtbaren Teile der blau eingefärbten Säulen den Betroffenen ohne Indikation zuzuordnen sind.

Formale Kriterien für eine Anwendung der DiGA waren nach Auswertungen von Routinedaten vorrangig bei Menschen in einem mittleren Alter und insbesondere bei den 55- bis 64-Jährigen erfüllt (vgl. rechte Seite der Abbildung). Anteilig und absolut wurde Selfpays Online-Kurs bei Depression demgegenüber am häufigsten in der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen genehmigt (und verordnet oder beantragt). Selfpays Online-Kurs bei Depression wird nur sehr selten bei Personen im Alter ab 65 Jahre und extrem selten im Alter ab 75 Jahre eingesetzt.

### 3.6.8 DiGA companion patella

Die DiGA companion patella wird zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit „Vorderem Knieschmerz“ eingesetzt. Informationen zu Indikations- sowie Kontraindikationsdiagnosen gemäß ICD-10 sind Tabelle 3.28 zu entnehmen. Die DiGA wurde 2022 in Deutschland schätzungsweise insgesamt 11.106-mal bei 10.596 Personen verordnet oder beantragt und belegte damit 2022 hinsichtlich der Verordnungszahl unter allen DiGA Rang 8. Abweichend von allen zuvor näher betrachteten DiGA ist companion patella nach schematischer Listung in Fachinformationen aus dem DiGA-Verzeichnis des BfArM auch für eine Anwendung bei Jugendlichen im Alter ab zwölf Jahre beziehungsweise laut Herstellerinformationen ab 14 Jahre und nur für Anwendungen bei Menschen im Alter bis 65 Jahre zugelassen.

**Tabelle 3.28: DiGA companion patella (Kategorie Bewegungsapparat) – Basisinformationen**

<b>Anwendungsgebiet, Kosten</b>	Digitale Anwendung zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit vorderem Knieschmerz; Kosten für einen Nutzungszeitraum von 90 Tagen 345,10 Euro (Stand 11/2023)
<b>Zulassungszeitraum</b>	Erstzulassung am 04.10.2021, dauerhafte Zulassung seit dem 03.10.2023
<b>Geschlechts- und Altersbeschränkung</b>	keine Geschlechtsbegrenzung, Zulassung ab 12 bis 65 Jahre
<b>Indikationen (gemäß ICD-10, hier verkürzte Schreibweise ohne Punkt nach dritter Stelle)</b>	M222, M224, M765, M7966, S830
<b>Kontraindikationen (gemäß ICD-10, hier verkürzte Schreibweise ohne Punkt nach dritter Stelle)</b>	M00, M01, M220, M234, M9326, S831, S832, S833, S834, S835, S837
<b>Approximative Zielpopulation*</b>	n = 941.897 Personen (1,1 Prozent der Bevölkerung; 1.117 je 100.000) Durchschnittsalter: 43,5 Jahre; Anteil Frauen: 56,1 Prozent
<b>Personen mit DiGA-Genehmigung* (bei Verordnungen im Jahr 2022)</b>	n = 10.518 Personen (12 je 100.000 bezogen auf die Gesamtbevölkerung) Durchschnittsalter: 35,7 Jahre; Anteil Frauen: 62,5 Prozent

\* Hochrechnungen nach BARMER-Daten 2022, Approximation der Zielpopulation basierend auf gelisteten Angaben zu Indikationen, Kontraindikationen sowie gegebenenfalls Geschlechts- und Altersbeschränkungen.

Quellen zu Basisinformationen: DiGA-Verzeichnis beim BfArM – Information für Fachkreise (BfArM 2023b, Stand 11/2023)

Gemäß den zur DiGA spezifizierten Indikationen sowie Kontraindikationen konnten, unter gleichzeitiger Einhaltung der Altersbeschränkungen, approximativ insgesamt 0,94 Millionen Personen in Deutschland, und demnach etwa 1,1 Prozent der Gesamtbevölkerung, als formal geeignete Zielgruppe für eine Anwendung der DiGA identifiziert werden. Die DiGA besitzt gemäß formalen Kriterien demnach im Vergleich zu anderen DiGA einen eher kleinen potenziellen Anwenderkreis. Das Durchschnittsalter der Personen mit einer genehmigten DiGA-Anwendung lag bei 35,7 Jahren und damit knapp acht Jahre unter dem Durchschnittsalter der hier identifizierten Zielpopulation. Gut 60 Prozent der Personen mit Genehmigung waren Frauen.

Die potenzielle Zielpopulation von companion patella umfasst formal ca. 1,1 % der Bevölkerung.

### Versichertenbefragung – Patientenperspektive

An der Versichertenbefragung der BARMER im März 2023 nahmen n = 64 Personen teil, die zuvor die DiGA companion patella beantragt hatten. 76,2 Prozent dieser Teilnehmenden waren Frauen. Eine Auswahl an Befragungsergebnissen zu Beantragenden dieser DiGA ist Tabelle 3.29 zu entnehmen.

Die DiGA wurde fast ausschließlich auf Empfehlung der Therapeutin oder des Therapeuten verordnet, Werbung spielte bei der Entscheidung für Patientinnen und Patienten nahezu keine Rolle.

Überwiegend wurde die DiGA aus Sicht der Patientinnen und Patienten als ausschließliche Therapie verordnet. Rund 95 Prozent der Befragten lösten den übermittelten Freischaltcode für die DiGA nach Selbstangaben auch ein. 54,2 Prozent der Befragten nutzten die DiGA mindestens viermal pro Woche, wobei die Nutzungsdauer zumeist 11 bis 20 Minuten betrug. 50 Prozent nutzten die DiGA über den gesamten genehmigten Nutzungszeitraum oder noch zum Zeitpunkt der Befragung. Ein vergleichsweise großer Anteil von 26 Prozent nutzte die DiGA für weniger als einen Monat. Als Gründe für eine Nichtfortsetzung der DiGA-Anwendung wurden gegebenenfalls vergleichsweise häufig eine Besserung (der Beschwerden), technische Probleme sowie nicht zu den Symptomen passende Inhalte angegeben.

Tabelle 3.29: DiGA companion patella – Ergebnisse der Versichertenbefragung im März 2023

		Versicherte mit betrachteter DiGA		alle mit DiGA
Anzahl befragte Personen	Anzahl	64		1.711
Geschlecht weiblich	Prozent	76,2	=	76,5
<b>Erwerbsstatus</b>				
voll berufstätig	Prozent	43,5	+	39,7
in Teilzeit berufstätig	Prozent	35,5	+++	23,9
Rentner/-in, im Vorruhestand	Prozent	6,5	---	20,4
Übrige	Prozent	14,5	-	15,9
<b>Befragungsergebnisse zu DiGA</b>				
<b>Wie sind Sie auf die DiGA aufmerksam geworden? (Mehrfachantwort möglich)</b>				
Empfehlung meines Behandlers / meiner Behandlerin	Prozent	98,4	+++	71,5
Flyer/Broschüre des Herstellers	Prozent	1,6	-	4,5
Online-Werbeanzeige des Herstellers	Prozent	1,6	--	10,6
Werbeanzeige	Prozent	0,0	-	3,0
eigene Recherche	Prozent	0,0	---	12,0
Bericht zum Thema digitale Anwendungen	Prozent	1,6	-	4,0
BARMER	Prozent	0,0	-	4,5
Familie, Freunde, Bekannte	Prozent	0,0	-	3,4
<b>Welche Behandlung und Erwartungen hatten Sie bei Beantragung der DiGA?</b>				
keine anderweitige Behandlung	Prozent	61,7	++	53,0
auch anderweitige Behandlung	Prozent	38,3	-	41,4
Überbrückung, bis Behandlung/Therapie beginnt	Prozent	0,0	--	5,5
<b>Haben Sie eine ärztliche Verordnung zur Beantragung der DiGA bei der BARMER eingereicht</b>				
ja	Prozent	100,0	++	93,0
<b>Auf welchem Weg haben Sie die DiGA bei der BARMER beantragt?</b>				
BARMER-App oder -Website, E-Mail	Prozent	65,6	+++	46,8
Geschäftsstelle, Post oder Fax	Prozent	31,1	---	48,1
DiGA-Anbieter	Prozent	3,3	-	5,0
<b>Haben Sie den Freischaltcode von der BARMER in der DiGA eingelöst?</b>				
ja	Prozent	95,1	+	93,8

			Versicherte mit betrachteter DiGA	alle mit DiGA
<b>Wie regelmäßig haben Sie die DiGA durchschnittlich genutzt?</b>				
täglich	Prozent	28,8	--	38,3
4- bis 6-mal in der Woche	Prozent	25,4	++	18,1
2- bis 3-mal in der Woche	Prozent	25,4	+	21,3
höchstens 1-mal in der Woche	Prozent	15,3	-	18,5
DiGA nach Aktivierung nicht genutzt	Prozent	5,1	+	3,9
<b>Wie lange haben Sie die DiGA durchschnittlich am Stück genutzt?</b>				
weniger als 5 Minuten	Prozent	3,4	-	7,7
5–10 Minuten	Prozent	19,0	---	29,9
11–20 Minuten	Prozent	46,6	+++	35,3
21–30 Minuten	Prozent	29,3	+++	18,7
mehr als 30 Minuten	Prozent	1,7	--	8,5
<b>Zu welchem Zeitpunkt haben Sie die Nutzung ggf. beendet?</b>				
nach weniger als 1 Monat	Prozent	25,9	+++	14,8
nach > 1 Monat, aber keine vollen 90 Tage	Prozent	24,1	=	23,4
Nutzung über volle 90 Tage	Prozent	43,1	--	53,0
App wird weiterhin genutzt	Prozent	6,9	-	8,8
<b>Gründe für die Beendigung der Nutzung (sofern nicht weiterhin genutzt)</b>				
Mir ging es besser.	Prozent	28,6	+++	16,7
Interesse verloren	Prozent	8,2	--	14,5
andere Therapie/Behandlungsmöglichkeit genutzt	Prozent	16,3	+	12,5
Anwendung hat Erwartungen nicht erfüllt	Prozent	30,6	-	34,5
technische Probleme während der Nutzung	Prozent	14,3	++	7,8
hatte nicht den Eindruck, dass die DiGA meine Symptome verbessern wird	Prozent	20,4	-	25,1
kannte die Inhalte bereits	Prozent	12,2	-	14,6
Die Inhalte passten nicht zu Symptomen.	Prozent	12,2	++	6,5
Handhabung zu kompliziert	Prozent	2,0	-	6,8
<b>Beurteilen Sie die folgenden Aussagen (1 – unzufrieden über 3 – neutral bis 5 – sehr zufrieden)</b>				
Ich habe mich während der Nutzung der DiGA mit meiner Ärztin / meinem Arzt und/oder Therapeut/-in dazu ausgetauscht.	Mittelwert	2,0	--	2,8
Anteil mit Antwort „kann ich nicht beurteilen“	Prozent	5,1	-	10,1

Quelle: Befragungsangaben von n = 1.711 Versicherten der BARMER nach DiGA-Beantragung im März 2023

## Verordnungen und Anwendungen der DiGA companion patella nach Abrechnungsdaten 2022

Insgesamt 7.616 Verordnung von companion patella waren nach sektorenübergreifenden Auswertungen von Diagnosen zu Indikationen und Kontraindikationen sowie unter Beachtung der Altersbeschränkung im Jahr 2022 der Zielpopulation zuzuordnen – die verbleibenden 3.490 Verordnungen (31,4 Prozent) erfüllten die Kriterien nicht (vgl. Tabelle 3.30). Bei mehr als zwei Dritteln der zumindest vermeintlichen Fehlverordnungen war auch in sektorenübergreifenden Daten eines Jahres bis einschließlich zum Quartal der Verordnung keine der formal gelisteten Indikationsdiagnosen dokumentiert.

Von allen genehmigten Verordnungen wurden innerhalb von maximal 91 Tagen ab Verordnung rund 77 Prozent erstattet. Pro Person mit Erstattung(en) wurden durchschnittlich 360 Euro für 1,04 Verordnungen innerhalb des Jahres 2022 gezahlt, was pro erstatteter Verordnung 345 Euro und damit dem für die DiGA festgelegten Preis entspricht, der unverändert seit der vorläufigen Aufnahme der Anwendung in das DiGA-Verzeichnis des BfArM galt.

Abbildung 3.13 enthält altersgruppenspezifische Angaben sowohl zu Personen mit Genehmigung der Anwendung von companion patella (auf der linken Seite) als auch zur Gesamtzahl der Personen in Deutschland, die gemäß Vorgaben des Herstellers nach Informationen aus Routinedaten als Zielpopulation beziehungsweise potenzielle Anwender gelten könnten (rechte Seite). Während in den beiden oberen Abbildungen Ergebnisse zu Bevölkerungsanteilen je 100.000 dargestellt sind, werden in den beiden unteren Abbildungen hochgerechnete absolute Personenzahlen für Deutschland im Jahr 2022 in einzelnen Altersgruppen dargestellt (vgl. auch weitere Erläuterungen unter der Abbildung). Geringe Personenzahlen in der Zielpopulation in der Altersgruppe 65 bis 74 Jahre resultieren bei dieser Auswertung auch daraus, dass aufgrund der Altersbegrenzung der DiGA-Anwendung hier nur 65-Jährige mit Indikationsdiagnosen und ohne Kontraindikation aufgeführt sind – Personen höheren Alters aus der Gruppe der 65- bis 74-Jährigen zählen nicht mehr zur Zielgruppe.

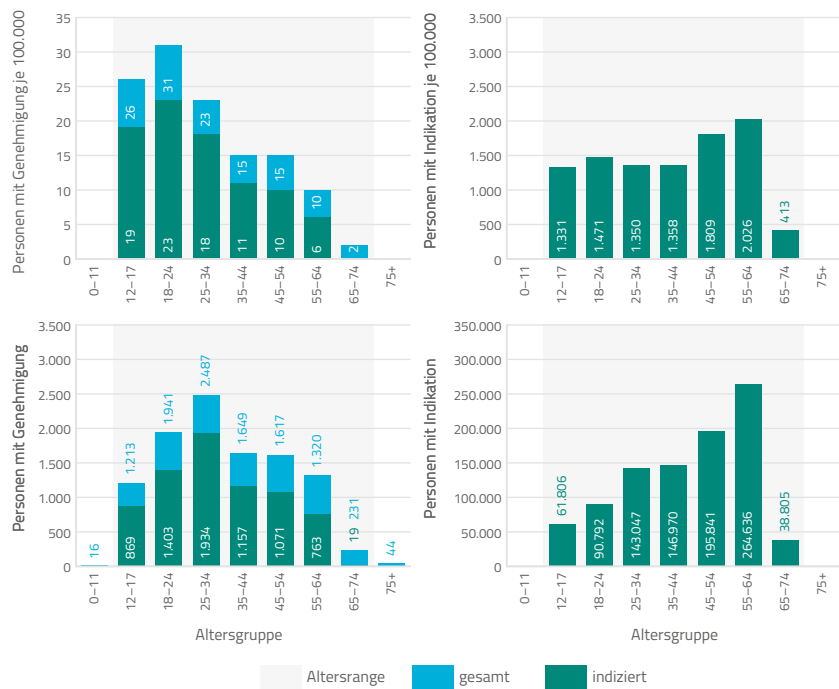
**Tabelle 3.30: DiGA companion patella – Verordnungen und Anwendungen nach Abrechnungsdaten 2022**

		Population		
		Zielpopulation	Übrige	gesamt
Population	Personen 2022	941.897	83.416.948	84.358.845
Anzahl Verordnungen	Anzahl 2022	7.616	3.490	11.106
... darunter Folgeverordnungen	Anteil in Prozent	4,9	3,9	4,6
Personen mit Verordnung	Personen 2022	7.225	3.371	10.596
... Anzahl Verordnungen je Betroffenen	Mittelwert Anzahl	1,05	1,04	1,05
... Personen je 100.000 der Population	Anzahl je 100.000	767,0	4,0	12,6
... ohne Indikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	71,6	22,8
... mit Kontraindikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	30,3	9,6
... außerhalb von Altersgrenzen	Anteil in Prozent	0,0	8,8	2,8
Anzahl Genehmigungen	Anzahl	7.577	3.401	10.978
... Anteil an allen Verordnungen	Prozent	99,5	97,5	98,8
Personen mit Genehmigung	Personen	7.216	3.302	10.518
... Anzahl Genehmigungen je Betroffenen	Mittelwert Anzahl	1,05	1,03	1,04
... Personen je 100.000 der Population	Anzahl je 100.000	766,1	4,0	12,5
... ohne Indikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	71,4	22,4
... mit Kontraindikationsdiagnose	Anteil in Prozent	0,0	30,9	9,7
... außerhalb von Altersgrenzen	Anteil in Prozent	0,0	7,4	2,3
Anzahl Erstattungen*	Anzahl	5.869	2.543	8.413
... Anteil an genehmigten Verordnungen*	Prozent	77,5	74,8	76,6
Personen mit Erstattung*	Personen	5.608	2.450	8.058
... Anzahl Erstattungen je Betroffenen*	Mittelwert Anzahl	1,05	1,04	1,04
... Erstattungsbetrag je Person mit Erstattung*	Mittelwert, in Euro	361 €	358 €	360 €
... Betrag je Erstattung*	Mittelwert, in Euro	345 €	345 €	345 €

\* Unter ausschließlicher Berücksichtigung von Erstattungen innerhalb von 91 Folgetagen ab dem Verordnungstag 2022.

Quelle: BARMER-Daten 2022 zu n = 8.643.122 BARMER-Versicherten, Ergebnisse standardisiert/hochgerechnet D2022BL; Prüfung auf Diagnosen im Sinne von Indikationen und Kontraindikationen basierend auf sektorenübergreifenden Daten 2021/2022 zu vier Quartalen bis einschließlich zum Quartal der Verordnung

Abbildung 3.13: DiGA companion patella – Personen mit Genehmigung und Zielpopulation nach Altersgruppen 2022



Quelle: BARMER-Daten 2022, Ergebnisse standardisiert/hochgerechnet D2022B1; Prüfung von Diagnosen im Sinne von Indikationen und Kontraindikationen basierend auf sektorenübergreifenden Daten zu vier Quartalen bis einschließlich zum Quartal der Verordnung; als **Altersrange** sind diejenigen Altersgruppen gekennzeichnet, für die die DiGA regulär zugelassen ist, als **indiziert** Personen, die formale Kriterien zur Anwendung der DiGA gemäß Angaben des Herstellers erfüllen. Der Wert **gesamt** beinhaltet in den beiden Abbildungen links alle Personen mit Genehmigung, wobei die sichtbaren Teile der blau eingefärbten Säulen den Betroffenen ohne Indikation zuzuordnen sind.

Formale Kriterien für eine Anwendung der DiGA waren nach Auswertungen von Routinedaten in den Altersgruppen von 12 bis 44 Jahre annähernd konstant bei jeweils gut 1.300 je 100.000 Personen beziehungsweise etwa 1,3 Prozent der Bevölkerung erfüllt, in Altersgruppen ab 45 Jahre lagen die Anteile noch höher. Anteilig am häufigsten wurde die DiGA bei 18- bis 24-Jährigen genehmigt – mehr als die Hälfte aller Genehmigungen erfolgte bei Personen im Alter unterhalb von 35 Jahren mit dabei bevölkerungsbezogen vergleichsweise hohen Verordnungsraten oberhalb von 15 je 100.000.



### 3.7 Prädiktoren von DiGA-Verordnungen/Genehmigungen

Bereits den vorausgehend dargestellten Ergebnissen lässt sich entnehmen, dass die acht im Jahr 2022 am häufigsten verordneten DiGA – gemessen an Strukturmerkmalen der jeweils identifizierten Zielpopulation – tendenziell häufiger bei Frauen und bei jüngeren Versicherten verordnet wurden. Bei sieben der acht DiGA (unter Ausnahme von companion patella) existiert für Verordnungen keine Altersbeschränkung nach oben. Dennoch waren Verordnungen bei Menschen im Alter ab 65 Jahren trotz der häufig dokumentierten Indikationsdiagnosen in der Regel eher selten und im Alter ab 75 Jahren dann kaum noch zu beobachten.

Der vorliegende Abschnitt befasst sich in knapper Form mit der Frage, ob über das Alter hinaus noch weitere Merkmale von Versicherten existieren, die 2022 mit relevant erhöhten oder reduzierten Wahrscheinlichkeiten für Verordnungen beziehungsweise Genehmigungen der acht verordnungstärksten DiGA assoziiert waren (um im Rahmen der Analysen möglichst keine abwegigen und anschließend daraufhin abgelehnten Verordnungen zu betrachten, wurden hier formal ausschließlich genehmigte Verordnungen berücksichtigt; da jedoch mehr als 95 Prozent der Verordnungen der hier betrachteten DiGA im Jahr 2022 auch genehmigt wurden, hätten Analysen zu allen verordneten DiGA ohne die Beschränkung auf genehmigte Anwendungen weitgehend identische Ergebnisse geliefert). Da geringe Verordnungsraten in höherem Alter bereits durch die vorausgehend dargestellten Ergebnisse hinreichend belegt sind, beschränken sich die Analysen an dieser Stelle in den BARMER-Daten auf  $n = 5.098.894$  Personen im Alter von 18 bis 65 Jahren, wobei zu mehr als zwei Dritteln der Personen auch Informationen zum beruflichen Ausbildungsabschluss aus Tätigkeitsangaben zu Jahresbeginn 2022 oder aus Vorjahren identifiziert werden konnten. Neben Geschlecht, Alter und Ausbildungsabschlüssen wurden in bevölkerungsgewichteten logistischen Regressionsmodellen zudem gleichzeitig auch Einflüsse einer eher ländlichen oder städtischen Wohnlage sowie Einflüsse der jeweils DiGA-spezifischen Indikations- und Kontraindikationsdiagnosen mit einer Dokumentation im Jahr 2021 im Sinne von „Risikofaktoren“ für eine nachfolgende DiGA-Verordnung mit Genehmigung ermittelt.

8 Modellrechnungen  
zu Wahrscheinlichkeiten  
von DiGA-Verordnung  
abhängig von Ge-  
schlecht, Alter, Aus-  
bildungsabschluss,  
(Kontra-)Indikations-  
diagnosen sowie Wohn-  
ort städtisch/ländlich

Vollständige Ergebnisse zu den acht Modellrechnungen sind Tabelle A 2 im Anhang zu entnehmen. An dieser Stelle soll lediglich auf eher grundlegende Beobachtungen verwiesen werden.

- Von den hier betrachteten BARMER-Versicherten waren innerhalb des Jahres 2022 zwischen  $n = 855$  (companion patella) und 2.714 (Vivira) Personen von einer Genehmigung der hier untersuchten DiGA betroffen. Da DiGA-Genehmigungen in der Gesamtgruppe der betrachteten Versicherten seltene Ereignisse darstellen, können die in logistischen Regressionsmodellen ermittelten Odds Ratios (Chancenverhältnisse) wie relative Risiken interpretiert werden.
- Gemessen am c-Wert wiesen sechs der acht Modelle eine schlechte Vorhersagegüte auf. Auf Basis der berücksichtigten Merkmale ließ sich die Verordnung von sechs der acht DiGA demnach also kaum vorhersagen. Lediglich bei Kalmeda (mit Indikation Tinnitus) sowie zanadio (mit Indikation Adipositas) konnte eine nach üblichen Kriterien als befriedigend einzustufende Vorhersagegüte erzielt werden.
- Alle DiGA wurden – auch unter gleichzeitiger Kontrolle für anderweitige Einflussfaktoren und Häufigkeiten von Indikationen – bei Frauen signifikant häufiger als bei Männern genehmigt. Besonders eklatant waren die Unterschiede bei den beiden Adipositas-DiGA zanadio und Oviva Direkt, die bei Frauen 4,0- beziehungsweise 3,1-mal häufiger als bei Männern mit entsprechenden Risikofaktoren genehmigt wurden.
- Das Alter zeigte bei einzelnen DiGA unterschiedliche Einflüsse. Während so Kalmeda unter sonst vergleichbaren Umständen innerhalb der hier betrachteten Altersrange eher in den höheren Altersgruppen ab 45 Jahre genehmigt wurde, war dies bei companion patella eher bei Personen im Alter unter 30 Jahren der Fall.
- Auch hinsichtlich der Einflüsse des Ausbildungsabschlusses zeigten sich bei einzelnen DiGA unterschiedliche Effekte. Durchgängig reduziert war die Wahrscheinlichkeit bei Personen ohne Ausbildungsabschluss sowie bei Personen mit unbekanntem Abschluss, wobei Letztgenannte auch oftmals Familienversicherte gewesen sein dürften, zu denen Krankenkassen regulär keine Informationen zu Ausbildungsabschlüssen erhalten.
- Ließen sich in den Daten zum Vorjahr 2021 Indikationsdiagnosen identifizieren, waren – im Einklang mit den Erwartungen – Wahrscheinlichkeiten für die Genehmigung der entsprechenden DiGA im Beobachtungsjahr 2022 teils deutlich erhöht. Die

ermittelten relativen Risiken variierten dabei allerdings weit zwischen 2,7 (bei Vivira) und 23,8 (bei Kalmeda). Zum Teil lässt sich dies auf die unterschiedliche bevölkerungsbezogene Häufigkeit der Diagnosen, zum Teil jedoch auch auf unterschiedlich häufige Verordnungen ohne dokumentierte Indikationsdiagnosen zurückführen.

- Entgegen ursprünglichen Erwartungen war auch die Dokumentation von Diagnosen im Sinne von Kontraindikationen im Jahr 2021 mit signifikant *erhöhten* Wahrscheinlichkeiten für DiGA-Genehmigungen 2022 assoziiert – lediglich bei deprexis zeigte sich für derartige Diagnosen kein Einfluss. Diagnosen im Sinne von Kontraindikationen scheinen demnach oftmals ignoriert zu werden. Demgegenüber eher seltener könnten allerdings auch die hier im Jahr 2021 beobachteten Kontraindikationen im Jahr 2022 nicht mehr vorgelegen haben. Dass Kontraindikationen dabei sogar mit erhöhten Wahrscheinlichkeiten für die Verordnung/Genehmigung einer DiGA assoziiert waren, dürfte vorrangig daraus resultieren, dass in Form von Diagnosen spezifizierte Kontraindikationen bei den hier betrachteten DiGA häufig ähnliche, dann jedoch ausdrücklich nicht erwünschte Diagnosen wie die Indikationen selbst umfassen. So werden beispielsweise bei einer DiGA für bestimmte Knieprobleme als Kontraindikationen weitgehend ausschließlich Diagnosen anderer spezieller Knieprobleme gelistet, für die die DiGA nicht geeignet ist. Demgegenüber werden anderweitige und eher allgemeine Gesundheitszustände, die einer Anwendung der DiGA möglicherweise entgegenstehen, gegebenenfalls nur verbal und ohne Diagnosespezifikation als Ausschlusskriterien beschrieben (die bei den hier präsentierten Auswertungen entsprechend nicht berücksichtigt wurden).
- Zur Klassifikation der Wohnregion wurden die Wohnkreise der Versicherten (entsprechend den ersten fünf Stellen des amtlichen Gemeindegchlüssels) einer der vier Kreistypen „Kernstadt“, „verdichtetes Umland“, „ländliches Umland“ oder „ländlicher Raum“ zugeordnet. Bei allen acht betrachteten DiGA ließen sich für Bewohnerinnen und Bewohner ländlicher Regionen im Vergleich zu Bewohnerinnen und Bewohnern städtischer Regionen signifikant reduzierte Wahrscheinlichkeiten für Genehmigungen von DiGA nachweisen. Wie bereits die eingangs dargestellten Ergebnisse zur Häufigkeit von DiGA-Verordnungen in Bundesländern vermuten ließen, spricht auch dieses Ergebnis nicht dafür, dass DiGA gehäuft in unterversorgten Regionen eingesetzt werden, sondern eher für die These, dass Behandlerinnen und Behandler in städtischen Regionen DiGA gehäuft verordnen – möglicherweise aufgrund der eigenen Aufgeschlossenheit oder auch einer größeren Aufgeschlossenheit von Patientinnen und Patienten.

Ein Vorliegen von Kontraindikationsdiagnosen 2021 war bei vielen DiGA – anders als erwartet – mit erhöhten Verordnungswahrscheinlichkeiten im Jahr 2022 assoziiert.

Bei Bewohnern ländlicher Wohnregionen werden DiGA – auch nach statistischer Kontrolle für andere Einflüsse – seltener als bei Bewohnern städtischer Regionen verordnet.

### 3.8 Kosten von DiGA im Rahmen der ambulanten Versorgung

Ein letzter Abschnitt mit Ergebnissen zu Auswertungen von Routinedaten soll in knapper Form einen Eindruck zu Kosten von DiGA-Verordnungen im Verhältnis zu anderweitigen Kosten für die ambulante Versorgung vermitteln.

Ursprünglich waren in diesem Zusammenhang Gegenüberstellungen von Kosten bei „ähnlich erkrankten und auch anderweitig vergleichbaren“ Versicherten mit und ohne DiGA-Verordnung angedacht (beispielsweise im Sinne eines Propensity Score Matching). Da bei den Versicherten mit DiGA-Verordnung selbst jedoch oftmals keine Diagnose im Sinne einer Indikation identifiziert werden konnte und auch die Vorhersage einer DiGA-Verordnung basierend auf anderen Merkmalen zumeist nur schlecht möglich war, hätte der ursprüngliche Plan nur mit sehr hohem methodischem Aufwand realisiert werden können und wurde insofern verworfen.

Tabelle 3.31 enthält demgegenüber alternativ vergleichsweise einfach ermittelte Ergebnisse. Bezogen auf die acht verordnungsrelevantesten DiGA wurde zunächst untersucht, bei welchen Personen innerhalb des Jahres 2022 (mindestens) eine Erstattung der jeweiligen DiGA dokumentiert war, wobei anschließend jeweils ausschließlich genau diese Personen weiter betrachtet wurden. Neben den Angaben zu den Erstattungskosten für die jeweilige DiGA (A) beinhaltet Tabelle 3.31 für die jeweils betrachtete Personengruppe auch Angaben zu den Gesamtkosten der von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Rahmen der ambulanten Versorgung im Jahr 2022 zur Behandlung von beliebigen Erkrankungen abgerechneten Leistungen (B) sowie Angaben zu den Gesamtkosten aller im Jahr 2022 zu Lasten der GKV in der jeweiligen Personengruppe verordneten Arzneimittel (C). Ergänzend sind auch quartalsbezogen ermittelte Beträge angegeben. Die hier für einzelne DiGA empirisch bestimmten durchschnittlichen Erstattungsbeträge innerhalb des Jahres 2022 (A) variieren zwischen 241 und 710 Euro. Dass für Oviva Direkt ausschließlich im vierten Quartal Beträge erstattet wurden, erklärt sich durch die bereits zuvor erwähnten technischen Probleme des Herstellers. Quartalsweise tendenziell steigende Erstattungen waren ansonsten bei zanadio sowie companion patella zu verzeichnen.

Tabelle 3.31: Ausgaben für die ambulante Versorgung bei Personen mit DiGA-Erstattung im Jahr 2022

	Bewegung Vivira	Tinnitus Kalmeda	Adipositas zanadio	Schlaf somnio	Depression deprexis	Adipositas Oviva Direkt	Depression Selfapys bei Depression	Bewegung companion patella
Betroffene roh – Anzahl	2.280	2.056	1.952	1.388	1.097	462	791	716
Betroffene gewichtet – Anzahl	21.545	19.154	18.175	13.072	11.086	4.226	8.117	7.629
<b>A</b>	<b>Kosten für die Anwendung der betrachteten DiGA in Euro pro Person</b>							
1. Quartal 2022	76	63	144	65	78	0	135	64
2. Quartal 2022	60	64	164	63	53	0	141	92
3. Quartal 2022	64	54	218	56	48	0	122	82
4. Quartal 2022	71	61	183	68	63	432	102	120
2022 gesamt	271	242	710	252	241	432	500	359
<b>B</b>	<b>Kosten für ambulante ärztliche und psychotherapeutische Leistungen in Euro pro Person</b>							
1. Quartal 2022	287	383	315	474	393	407	336	247
2. Quartal 2022	257	346	300	452	366	368	330	228
3. Quartal 2022	265	348	298	449	389	344	371	228
4. Quartal 2022	277	351	299	454	421	345	404	229
2022 gesamt	1.086	1.427	1.212	1.829	1.569	1.464	1.442	932
<b>C</b>	<b>Kosten für Arzneimittelverordnungen in Euro pro Person</b>							
1. Quartal 2022	163	215	289	291	325	280	203	304
2. Quartal 2022	166	220	343	289	260	269	233	192
3. Quartal 2022	181	239	305	309	266	214	260	238
4. Quartal 2022	185	201	292	290	266	207	215	129
2022 gesamt	708	891	1.244	1.195	1.141	985	922	876
<b>A + B + C</b>	<b>Gesamtkosten für DiGA, ambulante Leistungen sowie Arzneiverordnungen in Euro</b>							
2022 gesamt	2.065	2.561	3.166	3.276	2.951	2.880	2.864	2.167
Anteil DiGA-Kosten in Prozent	13,1	9,5	22,4	7,7	8,2	15,0	17,5	16,6

Quelle: BARMER-Daten 2022, nur Personen mit mindestens einer Erstattung der jeweils genannten DiGA innerhalb des Jahres 2022 nach Verordnungen im Jahr 2021 und/oder 2022, Ergebnisse gewichtet/hochgerechnet D2022BL; Gesamtkosten für ambulante ärztliche und psychotherapeutische Leistungen sowie für GKV-erstattungspflichtige Arzneiverordnungen

Für die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung derselben Patientinnen und Patienten (B) wurden in den einzelnen Gruppen durchschnittlich zwischen 932 und 1.829 Euro innerhalb des Jahres 2022 abgerechnet. Die Kosten für die zu Lasten der Krankenkasse abgerechneten Arzneimittelverordnungen variierten im Jahr 2022 in den hier betrachteten Gruppen zwischen 708 und 1.244 Euro (C). Anders als bei Kosten für die einzelnen DiGA handelt es sich bei den unter B und C genannten Beträgen um die Gesamtkosten für Behandlungen beliebiger gesundheitlicher Beschwerden innerhalb der hier betrachteten Personengruppen.

Bei Patienten mit Erstattungen zu einer der 8 näher betrachteten DiGA entfielen 2022 schätzungsweise 13,6 % der Gesamtkosten für ambulante Behandlungen (inklusive Arzneimittel) auf die DiGA.

Aus den ausgewiesenen Jahresbeträgen zu A, B und C lassen sich approximative durchschnittliche Gesamtkosten für die ambulante Versorgung der einzelnen Patientengruppen berechnen, die in der vorletzten Zeile der Tabelle ausgewiesen werden und zwischen 2.065 und 3.276 Euro variieren. Als Mittelwert ergibt sich nach einer gemäß Gruppengrößen gewichteten Zusammenfassung über alle Gruppen ein Betrag von 2.704 Euro (anderweitig nicht dargestellt). Die Anteile der Gesamtkosten in der hier gewählten Abgrenzung, die dabei auf die einzelnen DiGA entfallen, variieren zwischen 7,7 und 22,4 Prozent. Gruppenübergreifend lässt sich ein Anteil der DiGA an den Gesamtkosten von 13,6 Prozent ermitteln (anderweitig nicht dargestellt).

Zwangsläufig können die hier gezeigten Ergebnisse aufgrund der sich zurzeit erst etablierenden DiGA-Anwendung lediglich die Momentaufnahme eines noch frühen Entwicklungsstadiums sein. Da der Kreis der DiGA-Anbieter, die Zahl angebotener DiGA und deren Indikationen sowie auch die Anzahl der Anwenderinnen und Anwender bislang noch überschaubar erscheinen, zählen DiGA zurzeit noch nicht zu den besonders ausgabenrelevanten Kostenbereichen der gesundheitlichen Versorgung. Betrachtet man die Kosten bei Personen, die bereits DiGA nutzen, zeigt sich jedoch, dass dies zukünftig auch anders sein könnte.







# **Kapitel 4**

## **DiGA aus Perspektive von Behandlerinnen und Behandlern**

## 4 DiGA aus Perspektive von Behandlerinnen und Behandlern

In diesem Kapitel zum Schwerpunkt des Arztreports sollen DiGA auch noch aus Perspektive der Behandelnden beleuchtet werden. Dazu wurde im November und Dezember 2023 eine Online-Befragung von insgesamt 1.000 Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten eines entsprechenden Panels durchgeführt. Den Teilnehmenden sei an dieser Stelle ganz ausdrücklich gedankt. Ziel der Befragung war es, mehr Informationen über die Erfahrungen und Einschätzungen der Behandelnden zu DiGA zu bekommen. Dabei wurden drei Themenbereiche adressiert:

- Wie gut informiert fühlen sich die Behandlerinnen und Behandler zum Thema DiGA?
- Welche Erfahrung haben sie bisher mit DiGA gemacht? Was motiviert zum Einsatz von DiGA und welche möglichen Barrieren gibt es?
- Wie bewerten Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten DiGA zurzeit und welche Erwartungen haben sie für zukünftige Entwicklungen?

Zielgruppe waren in der ambulanten Versorgung von Erwachsenen tätige Behandlerinnen und Behandler. In den einzelnen Unterkapiteln wird zunächst erläutert, wie die Befragung durchgeführt wurde. Im Anschluss werden die Ergebnisse der Befragung entlang der drei Themenbereiche vorgestellt.

Befragung von  
1.000 ambulant tätigen  
Behandlerinnen und  
Behandlern mit Patientinnen und Patienten ab  
18 Jahre zu DiGA Ende  
2023

### 4.1 Hintergrund und Methoden

Im November und Dezember 2023 wurden insgesamt 1.000 Personen online über die Plattform DocCheck befragt. Im DocCheck-Panel sind unter anderem mehr als 80.000 Ärztinnen und Ärzte sowie über 1.000 psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten registriert und können dementsprechend für Befragungen angesprochen werden.

Zur Befragung wurden zunächst alle Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten ausgewählt, die ambulant in einer Praxis mit Patientenkontakt tätig waren. Die Gruppe der Befragten wurde dann auf ausgewählte medizinische Fachbereiche beschränkt, für die derzeit potenziell anwendungsrelevante DiGA zugelassen sind (vgl. Tabelle 4.1). Da der überwiegende Teil der momentan verfügbaren DiGA erst ab einem Alter von 18 Jahren zugelassen ist (gemäß DiGA-Verzeichnis des BfArM waren zum 7. Dezember 2023 lediglich zwei DiGA für Altersgruppen unter 18 Jahren zugelassen), wurden außerdem lediglich Personen befragt, die (mehrheitlich) Patientinnen und Patienten ab einem Alter von 18 Jahren behandeln. Die Befragung startete Anfang November 2023 und wurde so lange durchgeführt, bis 1.000 Personen an der Befragung teilgenommen hatten.

## 4.2 Beschreibung der Stichprobe

An der Befragung beteiligten sich mit Anteilen von 52,0 sowie 47,9 Prozent annähernd gleich viele Männer und Frauen, eine Person bezeichnete sich als divers. Teilnehmende waren zwischen 29 und 81 und im Durchschnitt 54,1 Jahre alt. 32,4 Prozent der Befragten waren 60 Jahre oder älter.

Die Teilnehmenden der Befragung wurden zunächst zu ihrem Fachgebiet befragt, wobei nur Personen aus zehn vorab festgelegten Fachgruppen weiter an der Befragung teilnehmen konnten (vgl. Tabelle 4.1). Die mit Abstand größte Gruppe stellten die Hausärztinnen und Hausärzte dar, die knapp die Hälfte der Teilnehmenden (48 Prozent) ausmachten, zwölf Prozent der Befragten waren in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe beschäftigt. Ein Anteil von 42,7 Prozent der Befragten arbeitete in Praxen, die in Städten mit mehr als 100.000 Einwohnern lokalisiert waren. Im Durchschnitt wurden von den Befragten nach geschätzten Angaben 1.062 Patientinnen und Patienten pro Quartal behandelt, der Median lag bei 1.000, die Spannweite reichte von 1 bis 7.000.

**Tabelle 4.1: Befragte Behandlerinnen und Behandler – Verteilung auf Fachgruppen, nach Standort der Praxis sowie nach Anzahl behandelter Patientinnen und Patienten**

Fachbereich	Anzahl	Anteil in Prozent
Allgemeinmedizin und innere Medizin ohne Schwerpunkt (Hausärztinnen und -ärzte)	480	48,0
Augenheilkunde	32	3,2
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	120	12,0
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	48	4,8
innere Medizin mit Schwerpunkt	67	6,7
Orthopädie und (Unfall-)Chirurgie	56	5,6
Psychiatrie und Psychotherapie	63	6,3
nichtärztliche Psychotherapie	46	4,6
Urologie	43	4,3
Neurologie	45	4,5
<b>Einwohnerinnen und Einwohner am Ort der Praxis</b>		
bis maximal 5.000	89	8,9
zwischen 5.000 und 20.000	211	21,1
zwischen 20.000 und 100.000	273	27,3
über 100.000	427	42,7
<b>Anzahl behandelte Patientinnen und Patienten pro Quartal</b>		
unter 100	72	7,2
100–499	96	9,6
500–999	255	25,5
1.000–1.499	361	36,1
1.500–1.999	135	13,5
2.000–2.499	45	4,5
2.500 oder mehr	36	3,6

Quelle: BARMER-Ärztebefragung 2023 (n = 1.000)

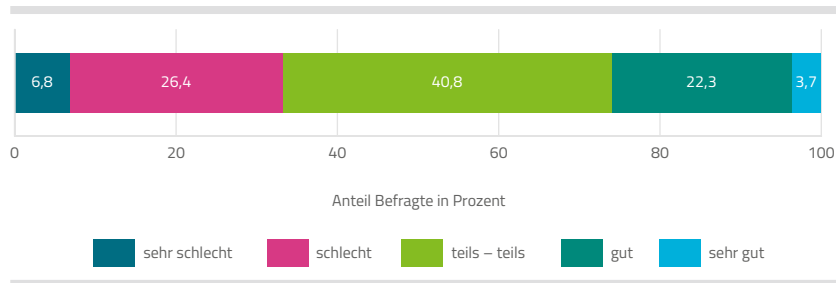
eigener Informationsstand zu DiGA von  $\frac{1}{3}$  der Behandlerinnen und Behandler als schlecht oder sehr schlecht eingeschätzt

### 4.3 Aktueller Kenntnisstand und Informationsquellen zu DiGA

In diesem Abschnitt wird thematisiert, wie die Befragten ihren aktuellen Kenntnisstand zu DiGA einschätzen und welche Quellen die Befragten nutzen, um sich über DiGA zu informieren. Nach dem DVG und der Verfügbarkeit erster DiGA können Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten seit etwa drei Jahren DiGA verordnen.

95,6 Prozent der Befragten gaben an, dass ihnen diese Möglichkeit grundsätzlich bekannt sei. Etwa ein Drittel der Befragten schätzte den eigenen Informationsstand zu DiGA als schlecht oder sehr schlecht ein und lediglich etwa ein Viertel als gut oder sehr gut (vgl. Abbildung 4.1).

**Abbildung 4.1: Ärztebefragung – Wie schätzen Sie Ihren aktuellen Informationsstand zu DiGA ein?**

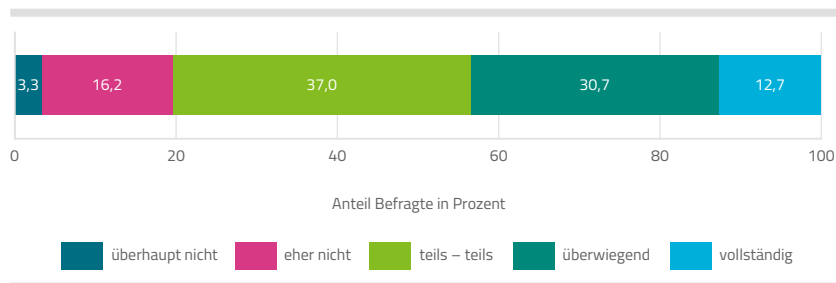


Quelle: BARMER-Ärztebefragung 2023 (n = 1.000)

In einer weiteren Frage stimmten 43,4 Prozent der Befragten der Aussage „Informationen zu den einzelnen DiGA sind unzureichend“ überwiegend oder vollständig und insgesamt 80,5 Prozent zumindest teilweise zu (vgl. Abbildung 4.2). Das Ergebnis weist darauf hin, dass sich viele Behandelnde (noch) nicht ausreichend zu DiGA informiert fühlen.

<sup>4</sup>/<sub>5</sub> der Ärztinnen und Ärzte halten Informationen zu einzelnen DiGA zumindest teilweise für unzureichend.

**Abbildung 4.2: Ärztebefragung – Wie zutreffend ist aus Ihrer Sicht aktuell folgende Aussage zu DiGA: Informationen zu den einzelnen DiGA sind unzureichend.**



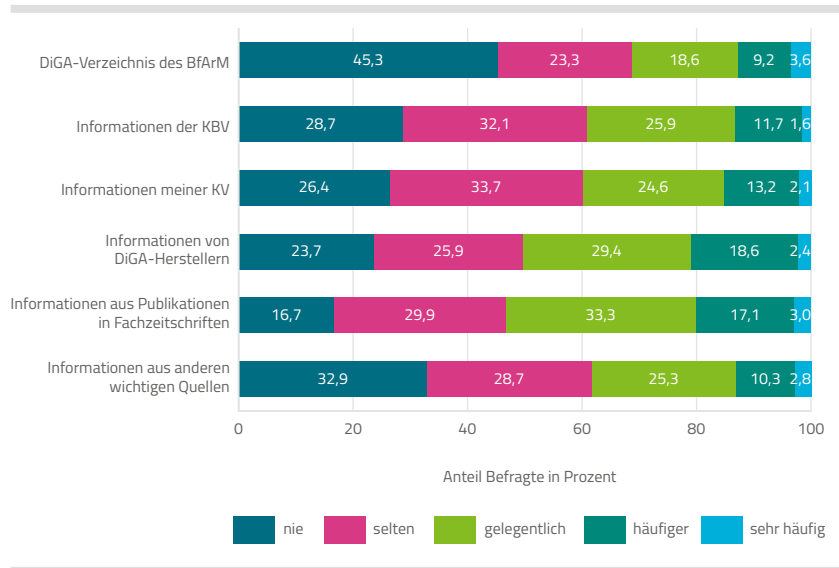
Quelle: BARMER-Ärztebefragung 2023 (n = 1.000; Darstellung ohne Berücksichtigung von 74 Antworten „kann ich nicht beurteilen“)

Um einschätzen zu können, wie Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten an Informationen zu DiGA kommen, wurden die Teilnehmenden nach der Nutzung verschiedener Informationsquellen befragt (vgl. Abbildung 4.3).

DiGA-Verzeichnis des BfArM von 45 % der Behandlerinnen und Behandler noch nie genutzt

Informationen aus Fachpublikationen wurden dabei am häufigsten als Informationsquelle angegeben. 53,4 Prozent der Befragten gaben hier eine zumindest gelegentliche Nutzung innerhalb der letzten zwölf Monate an. Auch Informationen von den DiGA-Herstellern selbst wurden noch vergleichsweise häufig als Informationsquelle genutzt, gefolgt von Informationen der jeweiligen KVen sowie der KBV. Informationen aus dem DiGA-Verzeichnis des BfArM wurden demgegenüber vergleichsweise selten als Informationsquelle genutzt. 45,3 Prozent der Befragten gaben an, das DiGA-Verzeichnis des BfArM nie als Informationsquelle genutzt zu haben.

**Abbildung 4.3: Ärztebefragung – Wie häufig haben Sie selbst in den letzten zwölf Monaten die folgenden Informationsquellen zu DiGA genutzt?**



Quelle: BARMER-Ärztebefragung 2023 (n = 1.000)

## Verordnungen von DiGA – Häufigkeit, Anlässe und Erfahrungen

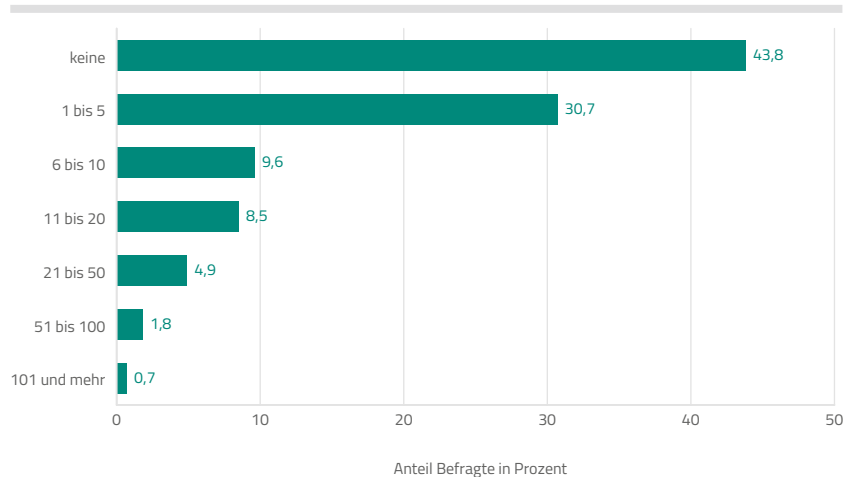
Alle Teilnehmenden der Befragung wurden gefragt, ob sie bis zum Zeitpunkt der Befragung jemals selbst eine DiGA verordnet hatten, und – sofern dies der Fall war – wurden sie zu ihren Beobachtungen und Erfahrungen bei DiGA-Verordnungen sowie zu den Motivationen und Anlässen für Verordnungen befragt.

### Verordnungshäufigkeit

Von den 1.000 Befragten hatten mit 56,6 Prozent knapp über die Hälfte bis zum Befragungszeitpunkt jemals selbst zumindest eine DiGA verordnet, von 56,2 Prozent wurde dabei auch mindestens eine Verordnung in den letzten zwölf Monaten berichtet. Abbildung 4.4 zeigt, wie sich Behandlerinnen und Behandler auf Gruppen nach der von ihnen angegebenen Anzahl an DiGA-Verordnungen innerhalb der letzten zwölf Monate verteilen.

56 % der Befragten hatten selbst in den zurückliegenden 12 Monaten mindestens eine DiGA verordnet.

Abbildung 4.4: Anteil Befragte nach Anzahl der DiGA-Verordnungen in den letzten zwölf Monaten



Quelle: BARMER-Ärztebefragung 2023 (n = 1.000)

Nur etwa 2,5 % der behandelnden Ärztinnen und Ärzte dürften 2023 durchschnittlich mindestens eine DiGA pro Woche verordnet haben.

Fast drei Viertel aller Befragten hatten in den vergangenen zwölf Monaten maximal fünf DiGA verordnet, darunter die 43,8 Prozent ohne eine Verordnung. Nur 2,5 Prozent der Befragten verordneten DiGA nach eigenen Schätzungen in einem Umfang, der für die wöchentliche Verordnung wenigstens einer DiGA in den letzten zwölf Monaten ausgereicht hätte. Nur einzelne Behandlerinnen und Behandler berichteten noch deutlich höhere Verordnungszahlen bis hin zu maximal 600 Verordnungen.

Zur Befragung waren Behandlerinnen und Behandler ausgewählter Fachgruppen selektiert worden, die sich erwartungsgemäß hinsichtlich der Zahl an Patientinnen und Patienten sowie auch der Häufigkeit von DiGA-Verordnungen unterscheiden sollten. Tabelle 4.2 weist in den ersten beiden Spalten zunächst die Anzahl der Befragten in einzelnen Fachgruppen sowie die von ihnen durchschnittlich pro Quartal behandelten Patientinnen und Patienten aus. Die fachgruppenspezifisch angegebenen Patientenzahlen stimmen insgesamt gut mit den Schätzungen quartalsbezogener Behandlungsfallzahlen nach BARMER-Daten überein (vgl. auch Tabelle 3.3). Lediglich die Patienten- beziehungsweise Behandlungsfallzahl zur Gruppe Orthopädie/Chirurgie liegt nach Befragungsangaben merklich höher als nach Hochrechnungen von BARMER-Daten. Offensichtlich ist bei einem Blick auf die Zahl der Befragten in Tabelle 4.2, dass psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten gemessen an Ergebnissen zu BARMER-Daten, aber auch gemessen an Angaben an KBV-Statistiken zu den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unter den Befragten deutlich unterrepräsentiert sind, was mit der Zusammensetzung des befragten Panels und der Tatsache zusammenhängt, dass im Vorfeld der Befragung angestrebte Teilnehmerzahlen für bestimmte Fachgruppen nicht festgelegt wurden.

im Jahr 2023 höchste DiGA-Verordnungszahlen bei HNO-Fachärztinnen und -Fachärzten

Die von Befragten angegebene Anzahl an Patientinnen und Patienten mit einer DiGA-Verordnung in den letzten zwölf Monaten variiert zwischen durchschnittlich 2,7 im Fachgebiet Urologie und 17,4 in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, wobei sich über alle befragten Fachgruppen hinweg ein Durchschnittswert von 8,2 ergibt. Diese Ergebnisse übersteigen Abschätzungen basierend auf BARMER-Daten um ein Mehrfaches, nach denen 2022 durchschnittlich etwa eine DiGA-Verordnung je Therapeutin und Therapeut beobachtet werden konnte. Hierbei dürften unterschiedlich Faktoren eine Rolle spielen.



- Ein kleiner Teil der Diskrepanzen lässt sich darauf zurückführen, dass bei den Auswertungen von BARMER-Daten alle, und damit auch Fachgruppen ohne Patientenkontakt oder mit ausschließlich diagnostischer Tätigkeit sowie auch Kinderärzte, die aktuell allenfalls in seltenen Fällen auf DiGA zurückgreifen könnten, einbezogen wurden.
- Während sich Ergebnisse zu BARMER-Daten auf das Jahr 2022 beziehen, wurden von Befragten bei der Befragung Ende November 2023 weit überwiegend Angaben zum Jahr 2023 gemacht, in dem bereits erheblich mehr DiGA als 2022 verordnet wurden.
- Vermuten lässt sich zudem, dass von Befragten überwiegend das kurz zurückliegende Ordnungsverhalten (mit höheren Verordnungszahlen) rekapituliert wurde sowie eventuell auch, dass für die Befragung eher Behandlerinnen und Behandler mit einem überdurchschnittlichen Interesse am Thema DiGA gewonnen werden konnten.

Unabhängig von den Diskrepanzen hinsichtlich der durchschnittlichen Höhe der Verordnungszahlen lässt sich zugleich feststellen, dass die Ergebnisse zu den Fachgruppen, die in beiden Quellen differenziert wurden, sehr hoch korrelieren ( $r = .94$ ). Hinsichtlich der relativen Unterschiede zwischen den Fachgruppen ergeben sich aus beiden Quellen demnach gut übereinstimmende Ergebnisse, was für eine Validität dieser Informationen in beiden Quellen spricht.

Eine Information, die sich aus Daten der BARMER nur sehr eingeschränkt und approximativ abschätzen ließ, war der Anteil der Behandlerinnen und Behandler mit mindestens einer DiGA-Verordnung in den vergangenen zwölf Monaten. Auch da es sich hierbei um eine relativ einfach zu beantwortende Frage handelt, können Befragungsangaben hier eindeutig – und dann allerdings vorrangig bezogen auf das Jahr 2023 – als die geeignetere Datenquelle gelten. Der entsprechende Anteil variierte bei Befragten in Fachgruppen zwischen 15,6 Prozent in der Augenheilkunde und 68,8 Prozent in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. Von allen Befragten hatten 56,2 Prozent in den vergangenen zwölf Monaten mindestens eine DiGA verordnet.

**Tabelle 4.2: Befragte nach Fachgruppen – behandelte Patientinnen und Patienten pro Quartal sowie DiGA-Verordnungen innerhalb der letzten zwölf Monate (vorrangig 2023)**

Fachgruppe	befragte Behandler	Anzahl Patienten pro Quartal	Anzahl Patienten mit DiGA-Verordnung in den letzten zwölf Monaten	Anteil Behandler mit mindestens einer DiGA-Verordnung in den letzten zwölf Monaten
	Anzahl	Mittelwert	Mittelwert	Prozent
Hausärztinnen, Hausärzte	480	1.202	9,2	64,6
Orthopädie, Chirurgie	56	1.157	7,9	35,7
Gynäkologie	120	996	4,7	47,5
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	48	1.443	17,4	68,8
innere Medizin (fachärztlich)	67	925	4,6	53,7
Neurologie, Nervenheilkunde (inklusive Psychiatrie, Psychotherapie)	108	522	9,7	56,5
Urologie	43	1.327	2,7	37,2
psychologische Psychotherapie	46	71	3,7	52,2
Augenheilkunde*	32	1.656	6,2	15,6
<b>Befragte gesamt</b>	<b>1.000</b>	<b>1.062</b>	<b>8,2</b>	<b>56,2</b>

\* Fachgruppe bei Auswertungen von Routinedaten zum Jahr 2022 nicht separat berücksichtigt (vgl. Tabelle 3.3).

Quelle: BARMER-Ärztebefragung 2023 (n = 1.000); Sortierung und Zusammenfassung von Fachgruppen in Anlehnung an Tabelle 3.3

von Befragten wird überwiegend Zunahme der eigenen DiGA-Verordnungen erwartet

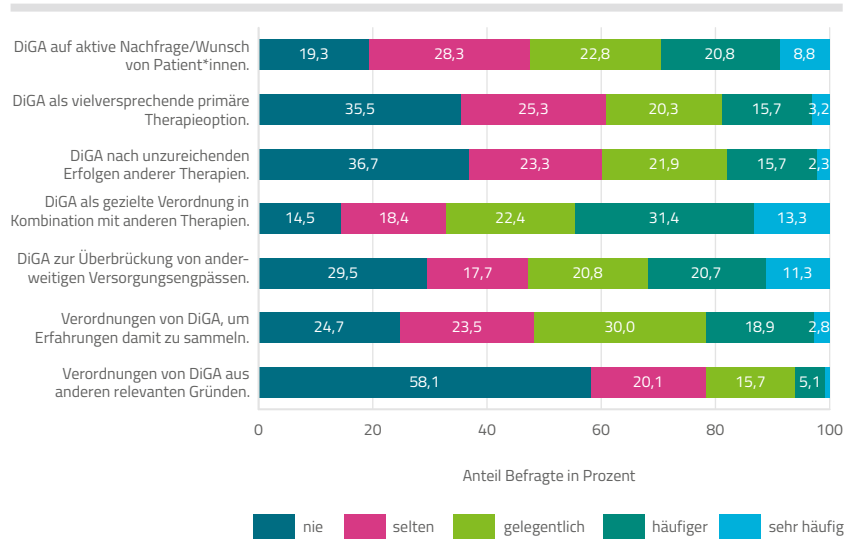
Alle Teilnehmenden, die bereits mindestens eine DiGA verordnet hatten, wurden auch dazu befragt, wie häufig sie DiGA voraussichtlich im nächsten Jahr verordnen werden. Die Hälfte der Befragten (50,5 Prozent) gab an, dass sie voraussichtlich häufiger oder deutlich häufiger DiGA verordnen werden. 42,6 Prozent gaben an, dass die Verordnungshäufigkeit voraussichtlich ähnlich wie im vergangenen Jahr sein wird. Lediglich 6,9 Prozent nahmen an, dass sie im nächsten Jahr voraussichtlich weniger DiGA verordnen würden. Insofern ist nach diesen Angaben mit einer insgesamt weiteren Zunahme der DiGA-Verordnungen im nächsten Jahr zu rechnen.

## Kriterien, Anlässe und Motive für DiGA-Verordnungen

Die Aufnahme von DiGA in das Verzeichnis des BfArM – und somit die Möglichkeit der Verordnung – erfolgt entweder dauerhaft oder oftmals zunächst vorläufig, um erst anschließend einen geforderten Wirknachweis erbringen zu können. Auf die Frage, ob die Art der Leistung bei ihren Verordnungen eine Rolle spielt, gaben 26,7 Prozent der Befragten mit vorausgehenden DiGA-Verordnungen an, ausschließlich dauerhaft gelistete DiGA zu verordnen, 39,0 Prozent bevorzugten diese und für 34,3 Prozent spielte die Art der Leistung keine Rolle (Ergebnisse anderweitig nicht dargestellt).

Nach Antworten auf Fragen zur Rolle von bestimmten Motiven und Anlässen für Verordnungen von DiGA scheinen DiGA besonders häufig gezielt in Kombination mit anderen Therapien verordnet zu werden, wobei 44,7 Prozent der Befragten angaben, dass dies häufig oder sehr häufig eine Rolle spielen würde. Auch die Nutzung von DiGA zur Überbrückung von anderweitigen Versorgungsengpässen sowie Nachfragen und Wünsche von Patientinnen und Patienten scheinen eine größere Rolle zu spielen. Eher seltener scheinen DiGA demgegenüber als vielversprechende primäre Therapieoption oder als Therapie nach unzureichenden Erfolgen anderer Therapien genutzt zu werden. Für immerhin fast ein Fünftel der Befragten (18,9 Prozent beziehungsweise 18,0 Prozent) spielten aber auch diese Motive häufig oder sehr häufig bei DiGA-Verordnungen eine Rolle.

**Abbildung 4.5: Ärztebefragung – Wie häufig haben die nachfolgend genannten Faktoren und Situationen bei Verordnungen von DiGA eine Rolle gespielt?**



Quelle: BARMER-Ärztebefragung 2023 (n = 566 Befragte mit vorausgehender Verordnung wenigstens einer DiGA)

Rund 70 % der Befragten wurden bereits von Patientinnen und Patienten nach DiGA gefragt, bei 28 % passiert dies monatlich oder noch häufiger.

Alle Teilnehmenden wurden gefragt, wie häufig sie von Patientinnen und Patienten nach DiGA gefragt werden. 28,8 Prozent gaben an, nie nach DiGA gefragt zu werden, bei 42,9 Prozent waren Nachfragen seltener als einmal im Monat. 18,2 Prozent wurden ein- bis zweimal pro Monat und nur 10,1 Prozent noch häufiger nach DiGA gefragt (Ergebnisse anderweitig nicht dargestellt).

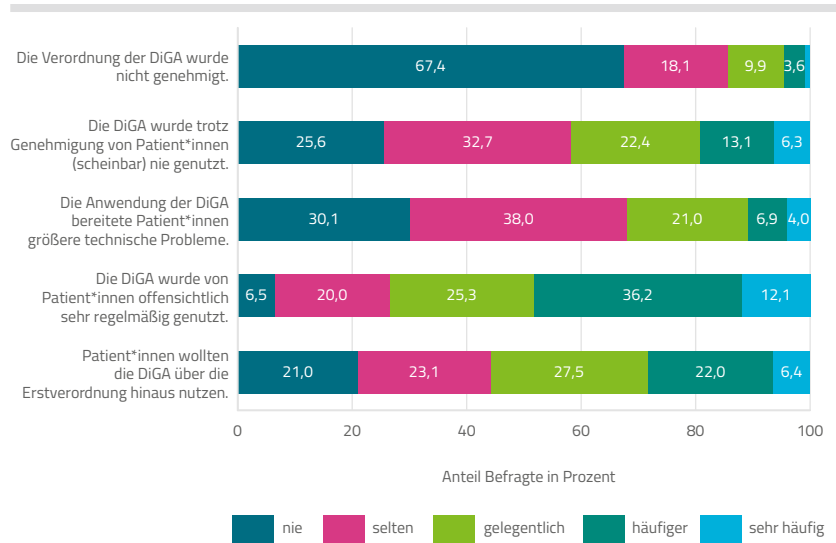
### Beobachtungen und Erfahrungen nach Verordnungen von DiGA

In einem Abschnitt der Befragung wurden Teilnehmende mit DiGA-Verordnung zu Beobachtungen und Erfahrungen im Anschluss an eine DiGA-Verordnung befragt.

Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, kommt den Krankenkassen bei DiGA-Verordnungen von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten in der Regel nur die Aufgabe zu, den Versicherten einen Freischaltcode für den Zugang zur DiGA

zu übermitteln – lediglich die Beantragungen von Versicherten müssen geprüft werden. Dennoch gaben immerhin 4,6 Prozent der befragten Behandlerinnen und Behandler an, gemessen an der eigenen Verordnungsmenge häufiger oder sehr häufig mit nicht genehmigten Verordnungen von DiGA konfrontiert gewesen zu sein.

**Abbildung 4.6: Ärztebefragung – Wie häufig haben Sie nach Verordnungen von DiGA folgende Beobachtungen/Erfahrungen gemacht?**

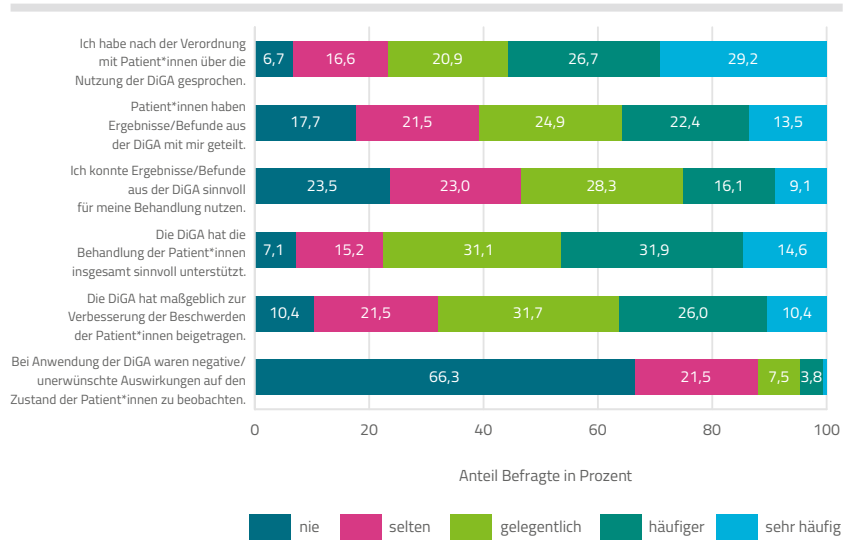


Quelle: BARMER-Ärztebefragung 2023 (n = 566 Befragte mit vorausgehender Verordnung wenigstens einer DiGA; Darstellung jeweils ohne Berücksichtigung der Antwort „weiß ich nicht“ von 41, 70, 47, 60 und 38 Befragten bei den fünf dargestellten Fragen)

Größere technische Probleme auf Seiten der Patientinnen und Patienten oder eine offensichtliche Nichtnutzung der DiGA wurden von 10,9 beziehungsweise 19,4 Prozent der Behandlerinnen und Behandler häufiger oder sehr häufig beobachtet. Umgekehrt berichtete mit 48,3 Prozent fast die Hälfte der Befragten häufiger oder sehr häufig, dass die DiGA von Patientinnen und Patienten sehr regelmäßig genutzt wurde. 55,9 Prozent der Befragten beobachteten mindestens gelegentlich, dass Patientinnen und Patienten eine DiGA-Verordnung über die Erstverordnung hinaus nutzen wollten.

Von 19 % der Befragten wird häufiger oder sehr häufig vermutet, dass eine zuvor verordnete DiGA nicht genutzt wird.

**Abbildung 4.7: Ärztebefragung – Wie häufig haben Sie nach Verordnungen von DiGA folgende Beobachtungen/Erfahrungen gemacht?**



Quelle: BARMER-Ärztebefragung 2023 (n = 566 Befragte mit vorausgehender Verordnung wenigstens einer DiGA; Darstellung jeweils ohne Berücksichtigung der Antwort „weiß ich nicht“ von 11, 12, 26, 33, 46 und 46 Befragten bei den sechs dargestellten Fragen)

Die Teilnehmenden wurden im Anschluss befragt, wie der Austausch mit Patientinnen und Patienten zur DiGA lief und welchen Einfluss die DiGA auf den Behandlungserfolg hatte (Abbildung 4.7). Insgesamt über drei Viertel der Befragten (76,8 Prozent) gab an, mindestens gelegentlich mit Patientinnen und Patienten nach Verordnungen über die DiGA gesprochen zu haben, darunter 55,9 Prozent häufig oder sehr häufig. Insgesamt 60,8 Prozent gaben an, dass Patientinnen und Patienten mindestens gelegentlich Ergebnisse beziehungsweise Befunde der DiGA mit ihnen geteilt hatten. Über die Hälfte der Befragten (53,5 Prozent) konnte zumindest gelegentlich die Ergebnisse beziehungsweise Befunde der DiGA sinnvoll für die Behandlung nutzen.

Insgesamt scheinen viele Befragte positive Einflüsse der DiGA auf die Behandlung beobachtet zu haben. 46,5 Prozent der Befragten machten häufig oder sehr häufig die Beobachtung, dass die DiGA die Behandlung sinnvoll unterstützte. Die Erfahrung, dass die DiGA maßgeblich zur Verbesserung der Erkrankung beitrug, machten 36,4 Prozent der Befragten häufig oder sehr häufig. Negative beziehungsweise unerwünschte Auswirkungen auf die Behandlung beobachteten knapp zwei Drittel der Befragten (66,3 Prozent) gar nicht, 29 Prozent selten oder gelegentlich und nur 4,6 Prozent häufig oder sehr häufig.

Einsatz der DiGA von einem überwiegenden Teil der verordnenden Befragten eher positiv bewertet

#### 4.4 Bewertungen von DiGA und Erwartungen an die Zukunft der Digitalisierung

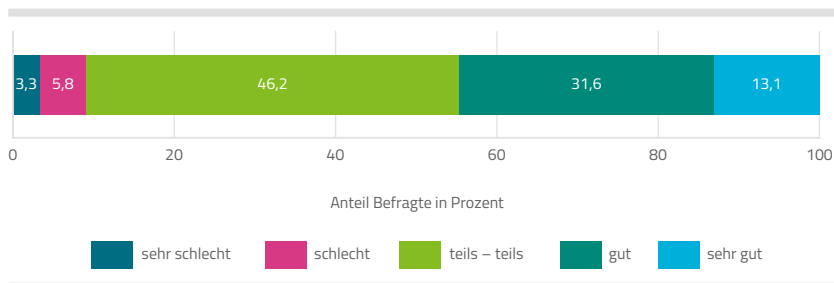
Im letzten Abschnitt zur Befragung ging es zunächst um die generelle Bewertung der Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu DiGA und DiGA-Verordnungen. Darüber hinaus wurden die Erwartungen der Befragten an die Zukunft im Hinblick auf DiGA im Speziellen, aber auch im Hinblick auf die Digitalisierung im Gesundheitssystem im Allgemeinen thematisiert.

##### Bewertungen zu DiGA und DiGA-Verordnungen

Die weit überwiegende Mehrheit der befragten Behandlerinnen und Behandler empfand die generelle Möglichkeit, DiGA verordnen zu können, zumindest teilweise gut, 44,7 Prozent als gut oder sehr gut und lediglich 9,1 Prozent als schlecht oder sehr schlecht. (vgl. Abbildung 4.8).

Option zur Verordnung von DiGA von weit überwiegender Teil der Behandlerinnen und Behandler grundsätzlich positiv bewertet

Abbildung 4.8: Ärztebefragung – Was halten Sie generell davon, dass Sie DiGA verordnen können? Das finde ich ...



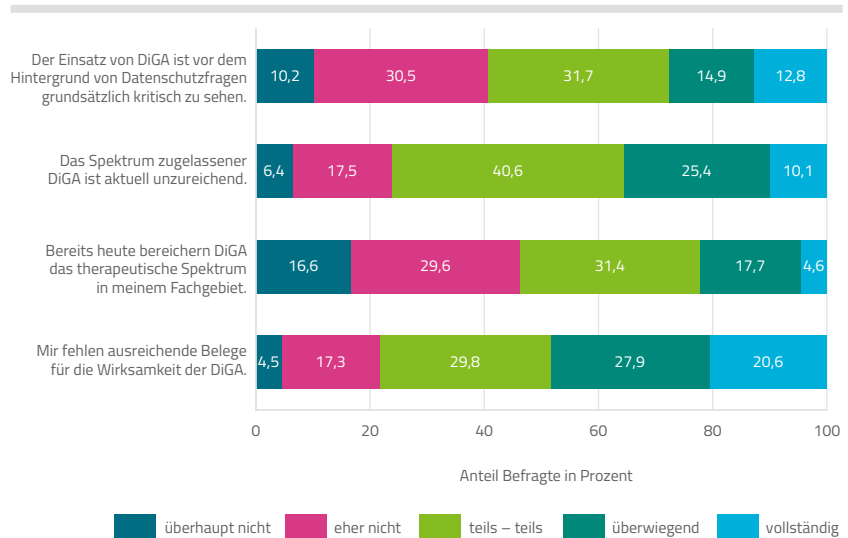
Quelle: BARMER-Ärztebefragung 2023 (n = 1.000)

Die Teilnehmenden wurden dann zu teils auch kritischen Aspekten von DiGA befragt. Dazu wurden den Teilnehmenden verschiedene Aussagen präsentiert und sie wurden gebeten, anzugeben, wie zutreffend sie einzelne Aussagen jeweils empfanden (vgl. Abbildung 4.9).

Von Behandlerinnen und Behandlern werden insbesondere Belege hinsichtlich der Wirksamkeit von DiGA als nicht ausreichend eingeschätzt.

Zunächst wurde der Datenschutz bei DiGA thematisiert. Der Aussage, dass der Einsatz von DiGA vor dem Hintergrund von Datenschutzfragen grundsätzlich kritisch zu sehen sei, stimmten 27,7 Prozent vollständig oder überwiegend und weitere 31,7 Prozent teilweise zu. Insgesamt noch höhere Zustimmungen fand die kritische Aussage, dass das Spektrum zugelassener DiGA aktuell unzureichend ist, wobei hier allerdings fast jeder fünfte Befragte zum Ausdruck brachte, dies nicht beurteilen zu können. Die höchste Zustimmung erhielt schließlich die kritische Aussage „Mir fehlen ausreichende Belege für die Wirksamkeit der DiGA“. Dieser Aussage stimmte mit 48,5 Prozent fast die Hälfte der Befragten überwiegend oder vollständig zu, weitere 29,8 Prozent teilweise.

**Abbildung 4.9: Ärztebefragung – Wie zutreffend sind aus Ihrer Sicht aktuell folgende Aussagen zu DiGA?**



Quelle: BARMER-Ärztebefragung 2023 (n = 1.000; Darstellung jeweils ohne Berücksichtigung der Antwort „weiß ich nicht“ von 85, 198, 62 und 61 Befragten bei den vier dargestellten Fragen)

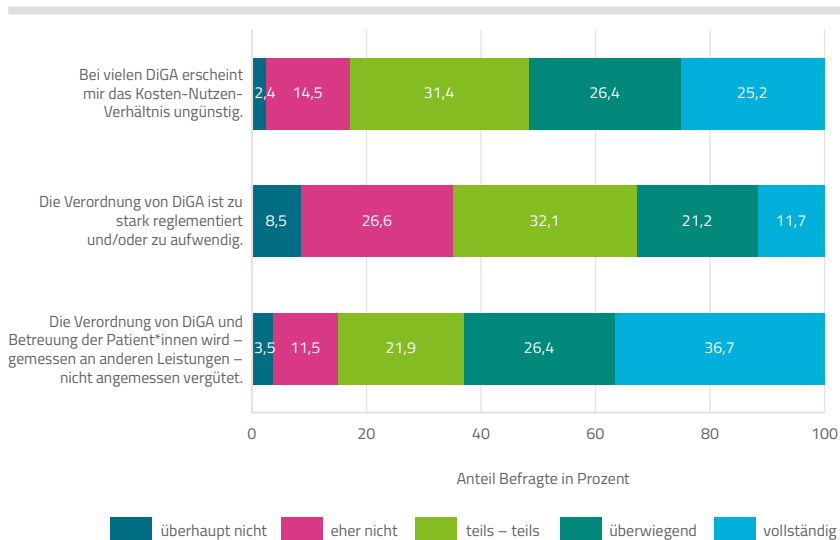


Der positiv formulierten Aussage, dass DiGA das therapeutische Spektrum im eigenen Fachgebiet bereichern, stimmten 22,3 Prozent überwiegend oder vollständig und weitere 31,4 Prozent zumindest teilweise zu.

Mit 51,6 Prozent schätzen über die Hälfte der Befragten das Kosten-Nutzen-Verhältnis von DiGA überwiegend oder vollständig als ungünstig ein (vgl. Abbildung 4.10). Deutlich weniger Zustimmung fand demgegenüber die Aussage, dass die Verordnung von DiGA zu stark reglementiert und/oder zu aufwendig sei. Der Aussage, dass die Verordnung von DiGA und die Betreuung der Patientinnen und Patienten – gemessen an anderen Leistungen – nicht angemessen vergütet sei, stimmten – nicht gänzlich unerwartet – 63,1 Prozent der Befragten überwiegend oder vollständig zu.

Von vielen Befragten wird sowohl das Kosten-Nutzen-Verhältnis als auch die eigene Vergütung im Kontext von DiGA-Verordnungen eher kritisch eingeschätzt.

**Abbildung 4.10: Ärztebefragung – Wie zutreffend sind aus Ihrer Sicht aktuell folgende Aussagen zu DiGA?**



Quelle: BARMER-Ärztebefragung 2023 (n = 1.000; Darstellung jeweils ohne Berücksichtigung der Antwort „weiß ich nicht“ von 134, 142 und 149 Befragten bei den drei dargestellten Fragen)

## Erwartungen an die Digitalisierung in der Zukunft

Zuletzt wurden die Teilnehmenden zur Zukunft der DiGA im Speziellen und der Digitalisierung im Gesundheitswesen im Allgemeinen befragt. Auch hier wurden den Teilnehmenden Aussagen präsentiert und sie wurden gebeten anzugeben, wie zutreffend sie diese Aussagen empfanden (vgl. Abbildung 4.11).

Der Aussage: „In den kommenden zehn Jahren erwarte ich noch erhebliche Fortschritte bei der Entwicklung von DiGA“ stimmten mit 90,2 Prozent die große Mehrheit der Befragten mindestens teilweise und 70,9 Prozent überwiegend oder vollständig zu. Auch der Aussage: „In den kommenden zehn Jahren erwarte ich in meinem Fachgebiet eine erhebliche Zunahme der Verordnung von DiGA“ stimmten viele Befragte zu: 55,7 Prozent überwiegend oder vollständig. Ein deutlich überwiegender Teil der hier befragten Behandlerinnen und Behandler scheint demnach im Hinblick auf DiGA innerhalb der kommenden zehn Jahre mit merklichen Fortschritten und einer Ausweitung der Nutzung zu rechnen.

Bezogen auf Arbeitserleichterungen in der eigenen Praxis durch die Digitalisierung im Gesundheitssystem zeigte sich ein geteiltes Bild. Der Aussage „Die Digitalisierung im Gesundheitssystem wird meine Arbeit in der Praxis zukünftig erleichtern“ stimmten 26,2 Prozent überwiegend oder vollständig zu. Zugleich wurde die Aussage von 37,0 Prozent und somit von mehr als einem Drittel der Befragten mit den Antworten „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ eher abgelehnt, mehr als ein weiteres Drittel der Befragten antwortete indifferent. Zukünftige Erleichterungen bei der eigenen Arbeit scheint im Zuge der Digitalisierung nur ein relativ kleiner Teil der Befragten zu erwarten.

Ähnlich geteilt waren die Einschätzungen zur Patientenversorgung. Der Aussage: „Die Digitalisierung im Gesundheitssystem wird zu einer Verbesserung der Patientenversorgung führen“ stimmten 32,0 Prozent der Befragten überwiegend oder vollständig zu, 38,1 Prozent nur teilweise und 29,9 Prozent eher nicht oder überhaupt nicht zu. Graduell werden die Effekte der Digitalisierung für die Patientinnen und Patienten von den Be-

überwiegend positive  
Erwartungen im Hinblick  
auf Fortschritte bei DiGA  
unter den Befragten –  
Erwartungen im Hinblick  
auf Auswirkungen der  
Digitalisierung auf die  
eigene Praxis und  
Patientenversorgung  
deutlich verhaltener

handlerinnen und Behandlern damit etwas häufiger günstig als die Effekte der Digitalisierung auf die eigene Arbeit eingeschätzt. Allerdings ist auch hier der Anteil der Behandlerinnen und Behandler mit positiven sowie mit negativen Erwartungen annähernd gleich groß. Stark vereinfacht lässt sich aus den Ergebnissen zu den letzten beiden Fragen schließen, dass in Deutschland offensichtlich noch etwa die Hälfte der therapeutisch tätigen ärztlichen Fachgruppen von den Vorteilen der Digitalisierung im Gesundheitssystem überzeugt werden muss.

**Abbildung 4.11: Ärztebefragung – Wie zutreffend sind aus Ihrer Sicht aktuell folgende Aussagen zu DiGA?**



Quelle: BARMER-Ärztebefragung 2023 (n = 1.000; Darstellung jeweils ohne Berücksichtigung der Antwort „weiß ich nicht“ von 53, 50, 31 und 32 Befragten bei den vier dargestellten Fragen)

## 4.5 Abhängigkeiten der DiGA-Verordnungen vom Alter der Behandlerinnen und Behandler – persönliche Nutzung von Gesundheits-Apps

Ein abschließender Abschnitt zu den Ergebnissen der Befragung befasst sich mit Abhängigkeiten der Verordnungshäufigkeit von DiGA. Mit 32,4 Prozent war knapp ein Drittel aller befragten Behandlerinnen und Behandler der Altersgruppe ab 60 Jahre zuzuordnen (vgl. Tabelle 4.3). Diese Befragten dürften das Studium und zumeist auch den Berufseinstieg noch ohne regelmäßig vorhandenen Internetzugang und Handy erlebt haben, was zum Teil – ähnlich wie bei Patientinnen und Patienten – auch unter Behandlerinnen und Behandlern Auswirkungen auf die Affinität zu digitalen Anwendungen und deren Nutzung haben könnte.

**Tabelle 4.3: Behandlerinnen und Behandler nach Alter: Verordnungen von DiGA sowie persönliche Nutzung von Gesundheits-Apps ganz allgemein zu (zum Beispiel auch Fitness-Apps)**

Altersgruppe	Befragte	DiGA-Verordnung jemals	Gesundheits-App-Nutzung jemals
	Anzahl	Anteil in Prozent*	Anteil in Prozent*
unter 40 Jahre	72	62,5	86,1
40 bis 49 Jahre	242	66,1	76,0
50 bis 59 Jahre	362	58,6	72,7
60 Jahre oder älter	324	46,0	64,2
gesamt	1.000	56,6	71,7

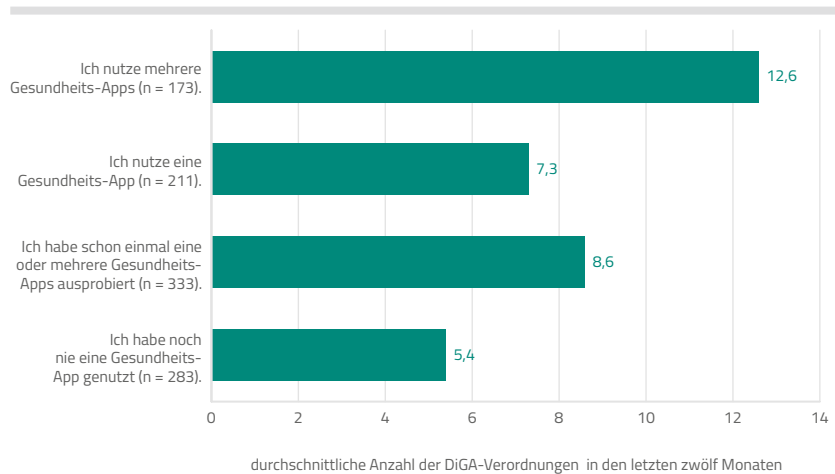
\* Jeweils  $p < .001$  gemäß Chi-Quadrat-Test.  
Quelle: BARMER-Ärztebefragung 2023 (n = 1.000)

Ältere Behandlerinnen  
und Behandler verordnen  
seltener DiGA und  
nutzen (beliebige)  
Gesundheits-Apps auch  
persönlich seltener.

Tabelle 4.3 zeigt den Anteil der Befragten, die bis zum Befragungszeitpunkt jemals selbst eine DiGA verordnet hatten, in einzelnen Altersgruppen (für weitere Ergebnisse zur Häufigkeit von DiGA-Verordnungen vgl. auch Kapitel 4.3). Im Einklang mit den eingangs formulierten Erwartungen hatten Behandlerinnen und Behandler im Alter ab 60 Jahren mit einem Anteil von 46 Prozent merklich seltener (mindestens eine) als jüngere Behandlerinnen und Behandler DiGA verordnet. Am höchsten lag der Anteil mit 66,1 Prozent unter den

40- bis 49-Jährigen. In einer der letzten Abschnitte der Erhebung waren Behandlerinnen und Behandler mit der folgenden Aussage konfrontiert worden: „Welche Aussage trifft am besten auf Ihre persönliche Nutzung von Gesundheits-Apps ganz allgemein zu (zum Beispiel auch Fitness-Apps)?“ Hierbei konnte die Nutzung von Gesundheits-Apps in vier Kategorien angegeben werden (vgl. auch Abbildung 4.12), wobei in Tabelle 4.3 die drei Kategorien mit Hinweisen auf eine gegebenenfalls bereits zurückliegende Nutzung von Gesundheits-Apps zusammengefasst sind. Auch die persönliche Nutzung von Gesundheits-Apps variiert nach den Ergebnissen deutlich mit dem Alter. Während von den Behandlerinnen und Behandlern im Alter von unter 40 Jahren bereits 86,1 Prozent eine entsprechende App wenigstens ausprobiert hatten, lag der jeweilige Anteil bei Befragten im Alter ab 60 Jahren nur bei 64,2 Prozent.

**Abbildung 4.12: Durchschnittliche Anzahl verordneter DiGA in den letzten zwölf Monaten in Abhängigkeit von der persönlichen Nutzung von Gesundheits-Apps durch Behandlerinnen und Behandler**



Quelle: BARMER-Ärztebefragung 2023 (n = 1.000; von der Gesamtgruppe wurden durchschnittlich 8,1 DiGA-Verordnungen angegeben)

Hinweise auf deutliche  
Abhängigkeiten von  
DiGA-Verordnungen  
auch von der persönli-  
chen Affinität der  
Behandlerinnen und  
Behandler zu digitalen  
Anwendungen

Bereits vor dem Hintergrund der zuvor dargestellten Ergebnisse lässt sich vermuten, dass auch ein statistischer Zusammenhang zwischen der persönlichen Nutzung von Gesundheits-Apps und der Verordnung von DiGA besteht. Abbildung 4.12 zeigt Ergebnisse zur durchschnittlichen Anzahl verordneter DiGA in den letzten zwölf Monaten in Abhängigkeit von der persönlichen Nutzung von Gesundheits-Apps durch Behandlerinnen und Behandler. Während Behandlerinnen und Behandler ohne persönliche Gesundheits-App-Erfahrung im Durchschnitt lediglich 5,4 DiGA verordneten, waren es bei Behandlerinnen und Behandlern mit Nutzung mehrerer Apps mit durchschnittlich 12,4 DiGA-Verordnungen in zwölf Monaten mehr als doppelt so viele. Alle Befragten, die eine Gesundheits-App nutzten oder genutzt hatten, haben dabei mit im Mittel 9,2 DiGA im Vergleich zu Befragten, die persönlich noch nie eine Gesundheits-App genutzt hatten, auch statistisch signifikant mehr DiGA verordnet ( $p < .001$  gemäß Wilcoxon-Rangsummentest). Das Ergebnis spricht dafür, dass DiGA-Verordnungen durchaus auch von persönlichen Erfahrungen und Präferenzen der Behandlerinnen und Behandler abhängen.







# Anhang

## Anhang

### Tabellenanhang

Erläuterungen zu den nachfolgenden Tabellen befinden sich in den entsprechenden Textabschnitten des Reports.

**Tabelle A 1: Fachgebietskodierungen und anteilige Verteilung von Abrechnungsziffern nach drei Zuordnungsvarianten sowie Gruppierung von Fachgebieten 2022**

Kode	Fachgebietsbezeichnung	ziffernbezogen	fallbezogen	BSNR*-bezogen	Gruppierung
		in Prozent			
01	Allgemeinmediziner (Hausarzt)	23,54	23,56	25,11	Hausarzt Allgemeinmedizin
02	Arzt / praktischer Arzt (Hausarzt)	1,87	1,87	1,62	Hausarzt Allgemeinmedizin
03	Internist (Hausarzt)	12,52	12,48	11,86	Hausarzt, Internist
04	Anästhesiologie	0,50	0,49	0,45	Sonstige
05	Augenheilkunde	4,03	4,02	4,04	Augenarzt
06	Chirurgie	0,88	0,89	0,74	Chirurgie
07	Gefäßchirurgie	0,23	0,23	0,20	Chirurgie
08	Viszeralchirurgie	0,10	0,10	0,08	Chirurgie
09	Kinderchirurgie	0,06	0,06	0,05	Chirurgie
10	Orthopädie	4,41	4,42	4,75	Orthopädie
11	Unfallchirurgie	0,52	0,52	0,42	Chirurgie
12	Chirurgie/Rheumatologie	0,16	0,15	0,12	Chirurgie
13	Plastische Chirurgie	0,06	0,06	0,04	Chirurgie
14	Thoraxchirurgie	0,00	0,00	0,00	Chirurgie
15	Frauenheilkunde	6,94	6,94	6,88	Gynäkologie
16	Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	0,07	0,07	0,06	Gynäkologie
17	Gynäkologische Onkologie	0,05	0,05	0,03	Gynäkologie
18	Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	0,05	0,05	0,03	Gynäkologie
19	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	3,29	3,29	3,29	HNO
20	Phoniatrie	0,07	0,07	0,05	HNO

Kode	Fachgebietsbezeichnung	ziffernbezogen	fallbezogen	BSNR*-bezogen	Gruppierung
		in Prozent			
21	Geschlechtskrankheiten	3,09	3,08	3,10	Hautarzt
22	Humangenetik	0,03	0,03	0,02	Sonstige
23	Internist	0,82	0,79	0,63	Internist (FA)
24	Angiologie	0,14	0,14	0,11	Internist (FA)
25	Endokrinologie und Diabetologie	0,19	0,19	0,19	Internist (FA)
26	Gastroenterologie	0,69	0,68	0,57	Internist (FA)
27	Hämatologie und Onkologie	0,73	0,73	0,68	Internist (FA)
28	Kardiologie	1,23	1,20	1,11	Internist (FA)
29	Nephrologie	0,75	0,76	0,82	Internist (FA)
30	Pneumologie	0,86	0,86	0,87	Internist (FA)
31	Innere Medizin / Rheumatologie	0,44	0,43	0,37	Internist (FA)
32	Geriatrie	0,00	0,00	0,00	Internist (FA)
33	Infektiologie	0,00	0,00	0,00	Internist (FA)
34	Kinderarzt (Hausarzt)	3,46	3,58	3,41	Kinder- und Jugendmedizin
35	Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Hausarzt)	0,02	0,02	0,02	Kinder- und Jugendmedizin
36	Kinder-Kardiologie (Hausarzt)	0,06	0,06	0,06	Kinder- und Jugendmedizin
37	Neonatologie (Hausarzt)	0,07	0,07	0,07	Kinder- und Jugendmedizin
38	Neuropädiatrie (Hausarzt)	0,03	0,04	0,03	Kinder- und Jugendmedizin
39	Kinder-Pneumologie (Hausarzt)	0,01	0,01	0,01	Kinder- und Jugendmedizin
40	Kinderarzt (Facharzt)	0,05	0,05	0,04	Kinder- und Jugendmedizin
41	Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Facharzt)	0,00	0,00	0,00	Kinder- und Jugendmedizin
42	Kinder-Kardiologie (Facharzt)	0,03	0,04	0,03	Kinder- und Jugendmedizin

Kode	Fachgebietsbezeichnung	ziffernbezogen	fallbezogen	BSNR*-bezogen	Gruppierung
		in Prozent			
43	Neonatologie (Facharzt)	0,03	0,03	0,03	Kinder- und Jugendmedizin
44	Neuropädiatrie (Facharzt)	0,03	0,03	0,03	Kinder- und Jugendmedizin
45	Kinder-Pneumologie (Facharzt)	0,01	0,01	0,01	Kinder- und Jugendmedizin
46	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt und Teilnahme an haus- und fachärztlicher Versorgung	0,28	0,29	0,28	Kinder- und Jugendmedizin
47	Kinder- und Jugendpsychiatrie/ -psychotherapie	0,31	0,31	0,30	Kinder- und Jugendmedizin
48	Laboratoriumsmedizin	11,24	11,42	12,66	Labormedizin
49	Mikrobiologie	1,06	0,95	0,21	Labormedizin
50	Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie	0,05	0,05	0,04	Chirurgie
51	Nervenheilkunde	0,96	0,96	0,96	Neurologie – Nervenheilkunde
52	Neurochirurgie	0,26	0,26	0,19	Neurologie – Nervenheilkunde
53	Neurologie	1,30	1,29	1,33	Neurologie – Nervenheilkunde
54	Nuklearmedizin	0,42	0,43	0,26	Radiologie – Nuklearmedizin
55	Neuropathologie	0,00	0,00	0,00	Pathologie
56	Pathologie	0,48	0,47	0,41	Pathologie
57	Physikalische und rehabilitative Medizin	0,24	0,23	0,15	Sonstige
58	Psychiatrie und Psychotherapie	0,87	0,86	0,77	Neurologie – Nervenheilkunde
59	Forensische Psychiatrie	0,00	0,00	0,00	Neurologie – Nervenheilkunde
60	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	0,14	0,14	0,14	Neurologie – Nervenheilkunde
61	Psychotherapeutisch tätiger Arzt	0,19	0,19	0,18	Neurologie – Nervenheilkunde
62	Radiologie	1,75	1,72	1,99	Radiologie – Nuklearmedizin
63	Kinderradiologie	0,01	0,01	0,00	Radiologie – Nuklearmedizin

Kode	Fachgebietsbezeichnung	ziffernbezogen	fallbezogen	BSNR*-bezogen	Gruppierung
		in Prozent			
64	Neuroradiologie	0,05	0,05	0,01	Radiologe – Nuklearmedizin
65	Strahlentherapie	0,19	0,19	0,15	Radiologe – Nuklearmedizin
66	Transfusionsmedizin	0,17	0,15	0,05	Sonstige
67	Urologie	2,65	2,64	2,64	Urologie
68	Psychologischer Psychotherapeut	1,28	1,27	1,26	Psychotherapeut
69	Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeut	0,32	0,32	0,31	Psychotherapeut
70	zur freien Verfügung der KVen	0,02	0,02	0,02	Sonstige
71	zur freien Verfügung der KVen	0,01	0,01	0,01	Sonstige
72	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
74	zur freien Verfügung der KVen	0,01	0,01	0,01	Sonstige
75	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
76	zur freien Verfügung der KVen	0,09	0,09	0,09	Sonstige
77	zur freien Verfügung der KVen	0,03	0,03	0,03	Sonstige
78	zur freien Verfügung der KVen	0,06	0,06	0,06	Sonstige
79	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
80	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
81	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
85	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
87	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
89	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
90	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
91	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
93	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
94	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
98	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
99	sonstige Fachgruppen	0,06	0,06	0,06	Sonstige
00	unbekannt	3,43	3,42	3,42	unbekannt
	gesamt	100,00	100,00	100,00	

\* BSNR: Betriebsstättennummer.

Quelle: BARMER-Daten 2022, standardisiert D2022

**Tabelle A 2: Logistische Regressionsmodelle zu Wahrscheinlichkeiten der Genehmigung von acht häufig verordneten DiGA im Jahr 2022**

	Bewegung Vivira	Tinnitus Kalmeda	Adipositas zanadio	Schlaf somnio	Depression deprexis	Adipositas Oviva Direkt	Depression Selfapys bei Depression	Bewegung companion patella
Betroffene roh – Anzahl	2.714	2.179	1.952	1.393	1.288	1.010	977	855
Betroffene gewichtet – Anzahl	26.576	20.973	18.520	13.583	13.166	9.610	10.008	9.041
Modellgüte – c-Wert	0.523	0.715	0.721	0.593	0.512	0.565	0.509	0.520
<b>Prädiktoren</b>	<b>Odds Ratio (95-Prozent-Vertrauensbereich); kursiv je Merkmal: Wald-Chi-Quadrat-Wert</b>							
<b>Geschlecht</b>	<b>2.411</b>	<b>224</b>	<b>4.929</b>	<b>1.509</b>	<b>312</b>	<b>2.008</b>	<b>609</b>	<b>574</b>
Männer (Referenz)	1	1	1	1	1	1	1	1
Frauen	1,9 (1,8–1,9)	1,2 (1,2–1,3)	4,0 (3,9–4,2)	2,1 (2,0–2,1)	1,4 (1,3–1,4)	3,1 (2,9–3,2)	1,7 (1,6–1,8)	1,7 (1,6–1,8)
<b>Alter</b>	<b>450</b>	<b>2.835</b>	<b>1.472</b>	<b>448</b>	<b>840</b>	<b>538</b>	<b>1.424</b>	<b>1.728</b>
18–24	0,7 (0,7–0,8)	0,6 (0,5–0,6)	0,4 (0,4–0,5)	0,9 (0,8–1,0)	1,1 (1,0–1,1)	0,8 (0,7–0,9)	1,3 (1,2–1,4)	2,0 (1,9–2,2)
25–29	1,0 (0,9–1,0)	1,0 (0,9–1,1)	0,6 (0,6–0,7)	1,1 (1,0–1,2)	1,0 (0,9–1,0)	0,9 (0,8–1,0)	1,2 (1,1–1,2)	1,5 (1,4–1,6)
30–34 (Referenz)	1	1	1	1	1	1	1	1
35–39	1,0 (1,0–1,1)	1,5 (1,4–1,6)	0,9 (0,9–1,0)	0,9 (0,9–1,0)	0,8 (0,8–0,9)	1,4 (1,3–1,5)	0,9 (0,9–1,0)	0,7 (0,7–0,8)
40–44	1,1 (1,1–1,2)	1,5 (1,4–1,6)	1,1 (1,0–1,2)	1,1 (1,0–1,2)	0,7 (0,7–0,8)	1,3 (1,2–1,5)	0,6 (0,6–0,7)	0,9 (0,8–1,0)
45–49	1,0 (1,0–1,1)	2,3 (2,1–2,4)	1,1 (1,0–1,1)	1,2 (1,1–1,3)	0,7 (0,6–0,7)	1,2 (1,1–1,3)	0,6 (0,5–0,6)	0,7 (0,6–0,8)
50–54	1,0 (0,9–1,0)	2,8 (2,6–3,0)	1,0 (0,9–1,0)	1,5 (1,4–1,6)	0,6 (0,6–0,7)	1,1 (1,0–1,2)	0,6 (0,6–0,7)	0,8 (0,8–0,9)
55–59	0,9 (0,9–0,9)	3,1 (2,9–3,3)	0,7 (0,7–0,8)	1,5 (1,4–1,7)	0,7 (0,7–0,8)	1,1 (1,0–1,1)	0,5 (0,4–0,5)	0,6 (0,5–0,6)
60–65	0,7 (0,7–0,8)	2,4 (2,2–2,6)	0,5 (0,5–0,5)	1,1 (1,0–1,2)	0,4 (0,4–0,4)	0,6 (0,5–0,7)	0,3 (0,3–0,4)	0,4 (0,4–0,5)

	Bewegung Vivira	Tinnitus Kalmeda	Adipositas zanadio	Schlaf somnia	Depression deprexis	Adipositas Oviva Direkt	Depression Selfpays bei Depression	Bewegung companion patella
<b>Ausbildungs- abschluss</b>	<b>431</b>	<b>1.189</b>	<b>452</b>	<b>803</b>	<b>805</b>	<b>220</b>	<b>371</b>	<b>334</b>
keiner	0,8 (0,8–0,8)	0,7 (0,7–0,8)	0,8 (0,7–0,8)	0,7 (0,7–0,8)	0,7 (0,7–0,8)	0,7 (0,7–0,8)	0,7 (0,6–0,7)	0,8 (0,7–0,8)
<b>Berufsausbildung (Referenz)</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
Meister/Techniker	1,0 (1,0–1,1)	1,5 (1,4–1,6)	1,1 (1,0–1,2)	1,2 (1,1–1,3)	0,9 (0,8–1,0)	1,1 (1,0–1,2)	1,1 (1,0–1,2)	1,0 (0,8–1,1)
Bachelor	1,1 (1,1–1,2)	1,5 (1,4–1,6)	0,7 (0,7–0,8)	1,4 (1,2–1,5)	1,1 (1,0–1,2)	1,2 (1,1–1,3)	0,8 (0,8–0,9)	1,5 (1,4–1,7)
Diplom/Master	1,2 (1,1–1,2)	1,3 (1,3–1,4)	0,8 (0,8–0,9)	1,6 (1,6–1,7)	1,0 (1,0–1,1)	0,9 (0,8–1,0)	1,1 (1,0–1,2)	1,2 (1,1–1,3)
Promotion	0,7 (0,6–0,9)	0,9 (0,8–1,1)	1,3 (1,1–1,6)	1,5 (1,3–1,8)	0,4 (0,3–0,6)	0,3 (0,2–0,5)	0,8 (0,6–1,0)	2,2 (1,8–2,7)
<b>Indikation</b>	<b>5.644</b>	<b>49.171</b>	<b>26.467</b>	<b>15.508</b>	<b>11.541</b>	<b>12.186</b>	<b>5.367</b>	<b>4.032</b>
keine Diagnose (Referenz)	1	1	1	1	1	1	1	1
Diagnose vorhanden	2,7 (2,6–2,8)	23,8 (23,2–24,5)	13,1 (12,7–13,5)	13,4 (12,8–13,9)	7,0 (6,8–7,3)	10,7 (10,2–11,1)	5,3 (5,0–5,5)	7,7 (7,2–8,2)
<b>Kontraindikation</b>	<b>1.048</b>	<b>–</b>	<b>487</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>171</b>	<b>353</b>	<b>456</b>
keine Diagnose (Referenz)	1	1	1	1	1	1	1	1
Diagnose vorhanden	1,8 (1,7–1,9)	–	1,5 (1,4–1,5)	1,3 (1,1–1,4)	1,0 (0,9–1,1)	1,4 (1,3–1,5)	1,7 (1,6–1,8)	2,8 (2,6–3,1)
<b>Kreistyp</b>	<b>456</b>	<b>77</b>	<b>292</b>	<b>237</b>	<b>347</b>	<b>224</b>	<b>237</b>	<b>98</b>
Kernstadt (Referenz)	1	1	1	1	1	1	1	1
verdichtetes Umland	0,9 (0,9–0,9)	0,9 (0,9–0,9)	0,9 (0,9–1,0)	0,8 (0,8–0,8)	1,2 (1,1–1,2)	0,9 (0,9–1,0)	0,9 (0,9–1,0)	1,1 (1,0–1,1)
ländliches Umland	0,8 (0,7–0,8)	1,0 (1,0–1,1)	0,7 (0,7–0,8)	0,7 (0,7–0,8)	0,8 (0,8–0,9)	0,8 (0,7–0,9)	0,7 (0,7–0,8)	0,8 (0,7–0,8)
ländlicher Raum	0,6 (0,6–0,7)	0,8 (0,8–0,9)	0,7 (0,6–0,7)	0,7 (0,7–0,8)	0,7 (0,7–0,8)	0,6 (0,5–0,6)	0,6 (0,6–0,6)	0,8 (0,8–0,9)

Quelle: BARMER-Daten 2021/2022 zu n = 5.099.894 BARMER-Versicherten, Ergebnisse gewichtet/hochgerechnet auf D2022BL (n = 52.548.360); Prüfung auf Diagnosen im Sinne von Indikationen und Kontraindikationen basierend auf sektorenübergreifenden Daten 2021; Ausbildungsabschluss gemäß Klassifikation der Berufe 2010





# Verzeichnisse

## Verzeichnisse

### Abkürzungsverzeichnis

BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
bifg	BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung
BKK	Betriebskrankenkasse
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSNR	Betriebsstättennummer (von Arztpraxen)
c-Wert	statistischer Kennwert zur Modellgüte, Fläche unter der ROC-Kurve (receiver operating characteristic)
D2022	Kennzeichnung von Ergebnissen mit Standardisierung gemäß Angaben zur durchschnittlichen Bevölkerung in Deutschland 2022 nach Geschlecht und Altersgruppen
D2022BL	Kennzeichnung von Ergebnissen mit Standardisierung gemäß Angaben zur Bevölkerung in Deutschland 2022 nach Geschlecht, Altersgruppen sowie Wohnorten in Bundesländern am 31. Dezember des Jahres
DiGA	Digitale Gesundheitsanwendung
DVG	Digitale-Versorgung-Gesetz
EBM	einheitlicher Bewertungsmaßstab
EDV	elektronische Datenverarbeitung
EU	Europäische Union
FA	Facharzt(gruppe)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GKV	gesetzliche Krankenversicherung

ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
iFOBT	immunologischer Test auf okkultes Blut im Stuhl
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KFE-RL	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie
KV(en)	Kassenärztliche Vereinigung(en)
LANR	lebenslange Arztnummer
Morbi-RSA	morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
oKFE-RL	Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme
p	p-Wert (Signifikanzwert, Irrtumswahrscheinlichkeit)
PKV	private Krankenversicherung
RKI	Robert Koch-Institut
RSA	Risikostrukturausgleich
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – gesetzliche Krankenversicherung

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1:	Anteil der BARMER-Versicherten in Prozent an der Bevölkerung in Bundesländern im Jahr 2022 .....	30
Abbildung 2.1:	Anzahl der von Versicherten kontaktierten Praxen behandelnder Ärztinnen und Ärzte 2022 .....	50
Abbildung 2.2:	Anzahl unterschiedlicher dreistelliger Diagnosen pro Kopf nach Geschlecht und Alter 2022 .....	73
Abbildung 3.1:	Beantragungen von DiGA in den Monaten von Oktober 2020 bis Dezember 2023 .....	97
Abbildung 3.2:	Beantragungen von DiGA je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner 2020 bis 2022 .....	101
Abbildung 3.3:	Beantragungen von DiGA je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Geschlecht und Alter 2022 .....	102
Abbildung 3.4:	Beantragungen von DiGA je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Bundesländern 2022 .....	103
Abbildung 3.5:	Anteil der Patientinnen und Patienten mit DiGA-Verordnung bei Behandlerinnen und Behandlern nach Fachgruppen 2022 .....	117
Abbildung 3.6:	DiGA Vivira – Personen mit Genehmigung und Zielpopulation nach Altersgruppen 2022 .....	129
Abbildung 3.7:	DiGA Kalmeda – Personen mit Genehmigung und Zielpopulation nach Altersgruppen 2022 .....	137
Abbildung 3.8:	DiGA zanadio – Personen mit Genehmigung und Zielpopulation nach Altersgruppen 2022 – Zielpopulation gemäß ab 15. August 2022 geltenden Indikationsvorgaben .....	145
Abbildung 3.9:	DiGA somnio – Personen mit Genehmigung und Zielpopulation nach Altersgruppen 2022 .....	152
Abbildung 3.10:	DiGA deprexis – Personen mit Genehmigung und Zielpopulation nach Altersgruppen 2022 .....	159
Abbildung 3.11:	DiGA Oviva Direkt – Personen mit Genehmigung und Zielpopulation nach Altersgruppen 2022 – Zielpopulation gemäß ab 30. Juni 2023 geltenden Indikationsvorgaben .....	167

Abbildung 3.12:	DiGA Selfpays Online-Kurs bei Depression – Personen mit Genehmigung und Zielpopulation nach Altersgruppen 2022 – Zielpopulation gemäß April 2022 bis September 2023 geltenden Indikationsvorgaben .....	175
Abbildung 3.13:	DiGA companion patella – Personen mit Genehmigung und Zielpopulation nach Altersgruppen 2022 .....	182
Abbildung 4.1:	Ärztbefragung – Wie schätzen Sie Ihren aktuellen Informationsstand zu DiGA ein? .....	195
Abbildung 4.2:	Ärztbefragung – Wie zutreffend ist aus Ihrer Sicht aktuell folgende Aussage zu DiGA: Informationen zu den einzelnen DiGA sind unzureichend. ....	195
Abbildung 4.3:	Ärztbefragung – Wie häufig haben Sie selbst in den letzten zwölf Monaten die folgenden Informationsquellen zu DiGA genutzt? .....	196
Abbildung 4.4:	Anteil Befragte nach Anzahl der DiGA-Verordnungen in den letzten zwölf Monaten .....	197
Abbildung 4.5:	Ärztbefragung – Wie häufig haben die nachfolgend genannten Faktoren und Situationen bei Verordnungen von DiGA eine Rolle gespielt? .....	202
Abbildung 4.6:	Ärztbefragung – Wie häufig haben Sie nach Verordnungen von DiGA folgende Beobachtungen/Erfahrungen gemacht? .....	203
Abbildung 4.7:	Ärztbefragung – Wie häufig haben Sie nach Verordnungen von DiGA folgende Beobachtungen/Erfahrungen gemacht? .....	204
Abbildung 4.8:	Ärztbefragung – Was halten Sie generell davon, dass Sie DiGA verordnen können? Das finde ich ... ..	205
Abbildung 4.9:	Ärztbefragung – Wie zutreffend sind aus Ihrer Sicht aktuell folgende Aussagen zu DiGA? .....	206
Abbildung 4.10:	Ärztbefragung – Wie zutreffend sind aus Ihrer Sicht aktuell folgende Aussagen zu DiGA? .....	207

Abbildung 4.11:	Ärztebefragung – Wie zutreffend sind aus Ihrer Sicht aktuell folgende Aussagen zu DiGA? .....	209
Abbildung 4.12:	Durchschnittliche Anzahl verordneter DiGA in den letzten zwölf Monaten in Abhängigkeit von der persönlichen Nutzung von Gesundheits-Apps durch Behandlerinnen und Behandler .....	211

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1:	Wesentliche Zählgrößen zu Daten aus der ambulanten ärztlichen Versorgung .....	32
Tabelle 2.1:	Ambulante ärztliche Versorgung 2021 und 2022 .....	43
Tabelle 2.2:	Betroffene, Abrechnungsfälle und -tage sowie Behandlungskosten nach Fachgebieten 2022 sowie 2021 .....	45
Tabelle 2.3:	Anzahl kontaktierter Praxen nach Fachgebieten 2022 .....	52
Tabelle 2.4:	Anteil und Anzahl Betroffener mit Diagnosen nach Kapiteln der ICD-10-Klassifikation 2022 und 2021 .....	59
Tabelle 2.5:	Anteil und Anzahl Betroffener mit dreistelligen Diagnosen der ICD-10-Klassifikation 2022 und 2021 – Top-25-Diagnosen im Jahr 2022 .....	64
Tabelle 2.6:	Anteil und Anzahl Betroffener mit Diagnosen bösartiger Neubildungen 2022 und 2021 – Top-25-Diagnosen im Jahr 2022 (inklusive Verdachtsfällen und symptomloser Zustände) .....	69
Tabelle 2.7:	Top 20 der Zweierkombinationen von Diagnoseschlüsseln 2022 .....	75
Tabelle 2.8:	Top 20 der Zweierkombinationen von Erkrankungsdiagnosen 2022 .....	77
Tabelle 2.9:	Anteil und Anzahl der Personen mit Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen in vorrangig teilnahmeberechtigten Altersgruppen 2022 und 2021 – EBM-Ziffern 2022 .....	79
Tabelle 3.1:	Beantragungen von DiGA nach Anwendungskategorien 2022 .....	105
Tabelle 3.2:	Anzahl DiGA-Beantragungen nach Anwendungskategorien und Fachgruppen 2022 .....	113
Tabelle 3.3:	Behandlerinnen und Behandler nach Fachgruppen – approximative Zahl behandelter Patientinnen und Patienten gesamt sowie mit DiGA-Verordnung 2022 .....	116
Tabelle 3.4:	Beantragungen, Genehmigungen und Erstattungen von einzelnen DiGA 2022 .....	120
Tabelle 3.5:	DiGA Vivira (Kategorie Bewegungsapparat) – Basisinformationen .....	123
Tabelle 3.6:	DiGA Vivira – Ergebnisse der Versichertenbefragung im März 2023 .....	125

Tabelle 3.7:	DiGA Vivira – Verordnungen und Anwendungen nach Abrechnungsdaten 2022 .....	128
Tabelle 3.8:	DiGA Kalmeda (Kategorie Tinnitus) – Basisinformationen .....	131
Tabelle 3.9:	DiGA Kalmeda – Ergebnisse der Versichertenbefragung im März 2023 .....	133
Tabelle 3.10:	DiGA Kalmeda – Verordnungen und Anwendungen nach Abrechnungsdaten 2022 .....	136
Tabelle 3.11:	DiGA zanadio (Kategorie Adipositas) – Basisinformationen .....	139
Tabelle 3.12:	DiGA zanadio – Ergebnisse der Versichertenbefragung im März 2023 .....	140
Tabelle 3.13:	DiGA zanadio – Verordnungen und Anwendungen nach Abrechnungsdaten 2022 – Kennwerte gemäß bis 14. August 2022 geltenden Indikationsvorgaben .....	143
Tabelle 3.14:	DiGA zanadio – Verordnungen und Anwendungen nach Abrechnungsdaten 2022 – Kennwerte gemäß ab dem 15. August 2022 geltenden Indikationsvorgaben .....	144
Tabelle 3.15:	DiGA somnio (Kategorie Schlafstörungen) – Basisinformationen .....	147
Tabelle 3.16:	DiGA somnio – Ergebnisse der Versichertenbefragung im März 2023 .....	148
Tabelle 3.17:	DiGA somnio – Verordnungen und Anwendungen nach Abrechnungsdaten 2022 .....	151
Tabelle 3.18:	DiGA deprexis (Kategorie Depressionen) – Basisinformationen .....	154
Tabelle 3.19:	DiGA deprexis – Ergebnisse der Versichertenbefragung im März 2023 .....	155
Tabelle 3.20:	DiGA deprexis – Verordnungen und Anwendungen nach Abrechnungsdaten 2022 .....	158
Tabelle 3.21:	DiGA Oviva Direkt (Kategorie Adipositas) – Basisinformationen .....	161
Tabelle 3.22:	DiGA Oviva Direkt – Ergebnisse der Versichertenbefragung im März 2023 .....	162
Tabelle 3.23:	DiGA Oviva Direkt – Verordnungen und Anwendungen nach Abrechnungsdaten 2022 – Kennwerte gemäß bis 29. Juni 2023 geltenden Indikationsvorgaben .....	165



Tabelle 3.24:	DiGA Oviva Direkt – Verordnungen und Anwendungen nach Abrechnungsdaten 2022 – Kennwerte gemäß ab dem 30. Juni 2023 geltenden Indikationsvorgaben .....	166
Tabelle 3.25:	DiGA Selfapys Online-Kurs bei Depression (Kategorie Depressionen) – Basisinformationen .....	169
Tabelle 3.26:	DiGA Selfapys Online-Kurs bei Depression – Ergebnisse der Versichertenbefragung im März 2023 .....	171
Tabelle 3.27:	DiGA Selfapys Online-Kurs bei Depression – Verordnungen und Anwendungen nach Abrechnungsdaten 2022 – Kennwerte gemäß April 2022 bis September 2023 geltenden Indikationsvorgaben .....	174
Tabelle 3.28:	DiGA companion patella (Kategorie Bewegungsapparat) – Basisinformationen .....	176
Tabelle 3.29:	DiGA companion patella – Ergebnisse der Versichertenbefragung im März 2023 .....	178
Tabelle 3.30:	DiGA companion patella – Verordnungen und Anwendungen nach Abrechnungsdaten 2022 .....	181
Tabelle 3.31:	Ausgaben für die ambulante Versorgung bei Personen mit DiGA-Erstattung im Jahr 2022 .....	187
Tabelle 4.1:	Befragte Behandlerinnen und Behandler – Verteilung auf Fachgruppen, nach Standort der Praxis sowie nach Anzahl behandelter Patientinnen und Patienten .....	194
Tabelle 4.2:	Befragte nach Fachgruppen – behandelte Patientinnen und Patienten pro Quartal sowie DiGA-Verordnungen innerhalb der letzten zwölf Monate (vorrangig 2023) .....	200
Tabelle 4.3:	Behandlerinnen und Behandler nach Alter: Verordnungen von DiGA sowie persönliche Nutzung von Gesundheits-Apps ganz allgemein zu (zum Beispiel auch Fitness-Apps) .....	210
Tabelle A 1:	Fachgebietskodierungen und anteilige Verteilung von Abrechnungsziffern nach drei Zuordnungsvarianten sowie Gruppierung von Fachgebieten 2022 .....	216
Tabelle A 2:	Logistische Regressionsmodelle zu Wahrscheinlichkeiten der Genehmigung von acht häufig verordneten DiGA im Jahr 2022 .....	220

## Literaturverzeichnis

- BARMER Arztreport 2018. Verfügbar unter: <https://www.barmer.de/presse/infotehek/studien-und-reporte/arztreporte/arztreport2018-1056488> [01.12.2023]
- BARMER Arztreport 2021. Verfügbar unter: <https://www.barmer.de/presse/infotehek/studien-und-reporte/arztreporte/arztreport2021-1059374> [01.12.2023]
- BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2020). BfArM nimmt erste „Apps auf Rezept“ ins Verzeichnis digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) auf. Pressemitteilungen des BfArM Nummer 4/20 vom 06.10.2020. Verfügbar unter: <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/pm4-2020.html> [29.12.2023]
- BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2023). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM). Version 2022. Verfügbar unter: [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/_node.html) [28.11.2023]
- BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2023a). Das DiGA-Verzeichnis. Verfügbar unter: <https://diga.bfarm.de/de> [29.12.2023]
- BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2023b). DiGA-Verzeichnis. Verfügbar unter: <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis> [29.12.2023]
- BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2023c). Das Fast-Track-Verfahren für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) nach § 139e SGB V. Ein Leitfaden für Hersteller, Leistungserbringer und Anwender. Version 3.5 vom 28.12.2023. Verfügbar unter: [https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medizinprodukte/diga\\_leitfaden.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medizinprodukte/diga_leitfaden.pdf?__blob=publicationFile) [13.01.2024]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2023a). Gesundheits-Check-up. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/checkup.html> [01.12.2023]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2023b). Mitglieder und Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Monatswerte sowie Jahresdurchschnitt zum Jahr 2022 (Versicherte gesamt, SchlNr. 12099). Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html> [24.11.2023]

- G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2008). Beschluss zu Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durch den Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 149. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung). Dtsch Arztebl 2008, 105 (10): A-537/B-481/C-469. Verfügbar unter: [https://www.aerzteblatt.de/archiv/59266/Beschluss-zu-Aenderungen-des-Einheitlichen-Bewertungs-massstabes-\(EBM\)-durch-den-Bewertungsausschuss-nach-87--Abs-1-Satz-1-SGB-V-in-seiner--149-Sitzung-\(schriftliche-Beschlussfassung\)](https://www.aerzteblatt.de/archiv/59266/Beschluss-zu-Aenderungen-des-Einheitlichen-Bewertungs-massstabes-(EBM)-durch-den-Bewertungsausschuss-nach-87--Abs-1-Satz-1-SGB-V-in-seiner--149-Sitzung-(schriftliche-Beschlussfassung)) [01.12.2023]
- G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2020a). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL). Verfügbar unter: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2238/KFE-RL\\_2020-06-18\\_iK-2020-08-28.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2238/KFE-RL_2020-06-18_iK-2020-08-28.pdf) [01.12.2023]
- G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2020b). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme oKFE-Richtlinie/oKFE-RL (abgelöst am 07.07.2023 und insofern gültig bis 06.07.2023). Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2237/oKFE-RL-2020-06-18-iK-2020-08-28.pdf> [01.12.2023]
- GKV-Spitzenverband (2023). Bericht des GKV-Spitzenverbandes über die Inanspruchnahme und Entwicklung der Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA-Bericht). Verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/telematik/digitales/2022\\_DiGA\\_Bericht\\_BMG.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/telematik/digitales/2022_DiGA_Bericht_BMG.pdf) [29.12.2023]
- Hosmer, D.W. & Lemeshow, S. (1989). Applied Logistic Regression. John Wiley & Sons, New York.
- Kahn, H.A. & Sempos, C.T. (1989). Statistical Methods in Epidemiology. Oxford University Press, New York.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020). Prävention: Darmkrebsfrüherkennung. Verfügbar unter: [https://www.kbv.de/html/praevention\\_darmkrebsfrueherkennung.php](https://www.kbv.de/html/praevention_darmkrebsfrueherkennung.php) [01.12.2023]
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2023). Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Verfügbar unter: <https://www.kbv.de/html/ebm.php> [01.12.2023]

- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2023a). Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt. Stand: 31.12.2022. Verfügbar unter: [https://www.kbv.de/media/sp/2022-12-31\\_BAR\\_Statistik.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/2022-12-31_BAR_Statistik.pdf) [29.12.2023]
- Statistisches Bundesamt (2023). Vormals: Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011 – Fachserie 1 Reihe 1.3 – 2020. Verfügbar zu 2022 unter: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) > Rahmenbedingungen > Bevölkerung > Bevölkerungsstand [24.11.2023]
- Statistisches Bundesamt (2023a). GENESIS-ONLINE. Die Datenbank des Statistischen Bundesamtes. Tabellencode 12411-0013. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online> [24.11.2023]
- Weizenbaum, J. (1966). ELIZA – A Computer Program For the Study of Natural Language Communication Between Man And Machine. Communications of the ACM, Volume 9, Number 1, January, Baltimore, 1966. Verfügbar unter: <https://cse.buffalo.edu/~rapaport/572/S02/weizenbaum.eliza.1966.pdf> [29.12.2023]



## Autorenverzeichnis

Thomas G. Grobe, Dr. med., MPH, Leiter der Abteilung Gesundheitsberichterstattung und Biometrie, aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH in Göttingen.

Lisa Weller, Dr. rer. nat., wissenschaftliche Mitarbeiterin des aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH in Göttingen.

Anna Braun, Dr., wissenschaftliche Mitarbeiterin des aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH in Göttingen.

Joachim Szecsenyi, Prof. Dr. med., Dipl.-Soz., Leiter des aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH in Göttingen.