www.monitor-versorgungsforschung.de www.m-vf.de 05/23 16. Jahrgang

monitor VERSORGUNGSFORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Titelinterview mit Dr. Martin Danner (BAG) und Dr. Holger Bartz (Janssen Deutschland): „Patientenzentrierung muss Maßstab für alles sein“



„Ein gesamtgesellschaftliches und soziales Ereignis“ (Sprenger)

„Risikokommunikation während Corona“ (Dahmen)

„Einsparungen durch AMNOG-Rabatte“ (Maag)

ISSN 1866-0533

monitor VERSORGUNGS FORSCHUNG

05/23 16. Jahrgang

Editorial

Patientenwohl als Maßstab 4
Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Redaktion

„Patientenzentrierung muss Maßstab für alles sein“ 6
Titelinterview mit Dr. Martin Danner (BAG) und Dr. Holger Bartz (Janssen Deutschland)

Teichert: „Regierung aufgerufen, gegenzusteuern“ 14
Detaillierte Prävalenzdaten aus dem AOK-Nordost-Gesundheitsatlas

GDNG und DigiG sind auf dem Weg 18
Stellungnahmen zum Gesetz zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten

Von „Never Events“ zur SEVer-Präventionsliste 22
Behandlungsfehlerbegutachtung des MD und SEVer-Präventionsliste des APS

In Zukunft ambulanter und technologiegetriebener 26
Roland Berger Krankenhausstudie 2023

Indikatorenset für die Indikationsqualität im Fokus 28
Erste Ergebnisse des an der Technischen Universität Berlin angesiedelten IndiQ-Projekts

Notfallversorgung braucht Versorgungforschung 30
Empfehlungen der Regierungskommission zum Rettungsdienst

Unterschiedliche Barrieren für die Nichtteilnahme 32
Einstellung der Menschen in Deutschland zum Thema Krebsfrüherkennung

Ein gesamtgesellschaftliches und soziales Ereignis 34
Kommentar von Dr. med. Martin Sprenger MPH

Unsicheres Wissen: Beispiel Übersterblichkeit 35
Kommentar von Prof. Dr. Dr. Bernd Kowall, Prof. Dr. Andreas Stang MPH

Thyen: „Neue Daten braucht das Land“ 36
Thema Kinder- und Jugendgesundheit im aktuellen „Journal of Health Monitoring“

„Hätte man mich früher ins Amt wählen müssen“ 38
Lauterbachs Spannungsbogen über vorbereitete und noch angedachte Reformen

Der deutsche Lebenserwartungsnachteil wächst 40
Lauterbachs Erkenntnisse zu Deutschlands rückläufiger Lebenserwartung

Alzheimer: Ist die Früherkennung der Schlüssel? 42
Lilly-Hintergrundgespräch „Versorgung der Alzheimer Krankheit“

STANDARDS

Impressum 2 News 17, 21, 27, 29, 33, 41 Rezension 44

WISSENSCHAFT (Peer-Review)

Dr. med. Alina Dahmen MSc / Dr. phil. Franziska Maria Keller MSc / Dr. rer. medic. Christina Derksen MSc / Prof. Dr. habil. Dr. phil. Sonia Lippke 50
Risikokommunikation während Corona: Informationssammlung und Angst bei psychisch vorerkrankten Menschen
Psychisch vorerkrankte Menschen informierten sich über die Corona-Pandemie hauptsächlich mittels Fernsehens und Internet, seltener über Zeitungen. Die Angst vor einer Ansteckung war assoziiert mit einer vermehrten Mediennutzung und wer häufig subjektiv Angst bei Mediennutzung wahrnahm, hatte häufiger Angst vor einer Ansteckung.

Prof. Dr. rer. pol. Silke Arnegger / Jana Hagenlocher BSc / Ariane Herberg BSc / Dr. med. Burkhard Lembeck 57
Die Zukunft sektorenübergreifender Versorgung: das Potenzial der Krankenhausreform für ambulante Operationen und Eingriffen
Zwei Bereichen muss in der aktuellen Diskussion um eine effiziente vernetzte Versorgung zwischen stationärem sowie ambulantem Sektor eine tragende Rolle zukommen. Betrachtet werden die aktuell niedrigste Versorgungsstufe der angestrebten Krankenhausreform – das sogenannte Level Ii der integrierten ambulant-stationären Versorgung sowie der Bereich sektorengleicher Versorgung und Vergütung entsprechend § 115 f SGB V.

Dr. med. Robert Dengler / Dipl.-Phys. Sonja Froschauer / Prof. Dr. rer. medic. Florian Kron 63
Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) im Kontext der aktuellen gesundheitspolitischen Reformen
Im deutschen Gesundheitssystem führen nicht abgestimmte, teils konkurrierende Versorgungsstrukturen zu Versorgungsbrüchen sowie Fehlanreizen und Fehlversorgung mit vermeidbar höheren Kosten. Auch der Ambulantisierungsgrad bleibt hinter vergleichbaren Ländern zurück. Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) sollte dies bei der Einführung im Jahr 2012 überwinden. Aktuell werden erneut Reformen implementiert bzw. diskutiert, die u. a. die Ambulantisierung vorantreiben sollen.

Lukas Maag MSc / Dr. med. Ariane Höer / Stefan Hargesheimer MBA&E / Kathrin Pieloth 71
Einsparungen durch AMNOG-Rabatte
Ziel der im folgenden dargestellten Studie war es, die Einsparungen durch die AMNOG-Rabatte für die Jahre 2018 bis 2022 zu berechnen und somit der Frage nachzugehen, welches Volumen durch die Preisverhandlung im Rahmen des AMNOG bislang generiert wurde.

Seit MVF-Ausgabe 03/23 werden ausgesuchte ganz- und mehrseitige Artikel, die Sie im Orginalartikel-Archiv des Onlineportals von „Monitor Versorgungsforschung“ finden, probeweise automatisiert in die englische Sprache übersetzt. Ebenso können nun auf Wunsch alle MVF-Portalinhalte inklusive der News in die englische Sprache übersetzt werden. Zu einem späteren Zeitpunkt folgenden weitere EU-Sprachen.

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des DNVF auf den Seiten 45-49

Hinweis: In MVF wird meist einheitlich gegendert: z. B. Ärzt:innen

Impressum

Monitor Versorgungsforschung – Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung

Monitor Versorgungsforschung
Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung
16. Jahrgang
ISSN: 1866-0533 (Printversion)
ISSN: 2509-8381 (eFirst)
Herausgeber
Prof. Dr. Reinhold Roski, Berlin
roski@m-vf.de
Chefredaktion
Peter Stegmaier (verantw. Redakt.)
J.-von-Hanstein-Str. 2, 53115 Bonn
Tel +49 228 76 36 80 – 39
Fax +49 228 76 36 80 – 01
stegmaier@m-vf.de

Redaktion
Martin Klein (Freier Journalist)
klein@m-vf.de

Verlag
eRelation AG – Content in Health
Vorstand: Peter Stegmaier
J.v.Hanstein-Str. 2, 53115 Bonn
www.erelation.org
mail@erelation.org

Verlagsleitung
Peter Stegmaier
Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo
Anke Heiser (verantwortlich für den Anzeigenteil)
heiser@m-vf.de

Marketing:
J.v.Hanstein-Str. 2, 53115 Bonn
Tel +49 228 76 36 80 – 30
Fax +49 228 76 36 80 – 01

Abonnement
„Monitor Versorgungsforschung“ erscheint sechsmal jährlich. Der Preis für ein Jahresabonnement beträgt 120 Euro. Jahresvorzugspreis für Studenten gegen Vorlage einer Immatrikulationsbescheinigung 90 Euro. zzgl. MwSt. und Versandkosten: Inland 9,99 Euro; Ausland 54 Euro. Preisänderungen vorbehalten. Die Abonnementdauer beträgt ein Jahr. Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht spätestens sechs Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres schriftlich gekündigt wird.

Verpackung
Die Verpackung dieser Zeitschrift ist bei www.verpackungsregister.org (LUCID) registriert unter: DE3360908810552

Layout
eRelation AG, Bonn

Druck
Druckerei Silber Druck oHG
Otto-Hahn-Straße 25
34253 Lohfelden
Lucas.silber@silberdruck.de
Tel +49-(0)561-5200734
Printed in Germany

Urheber- und Verlagsrecht
Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme des Manuskripts gehen das Recht zur Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Verlag über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. In der unaufgeforderten Zusendung von Beiträgen und Informationen an den Verlag liegt das jederzeit widerrufliche Einverständnis, die zugesandten Beiträge bzw. Informationen in Datenbanken einzustellen, die vom Verlag oder Dritten geführt werden.

Herausgeber-Beirat

VERSORGUNGS FORSCHUNG

Universitäten/Hochschulen

Universitätsmedizin Greifswald	Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH		Arzneimittelkommission der deutschen Ärzt:innenschaft	Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig	
Universität Bayreuth	Univ-Prof. Dr. rer. pol. Dr. sc. nat. (ETH) Klaus H. Nagels		MHB Medizinische Hochschule Brandenburg	Univ.-Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund A.M. Neugebauer	
Hochschule Neubrandenburg	Prof. Dr. Axel C. Mühlbacher		Universität zu Köln	Prof. Dr. Matthias Schrappe	
Universität zu Köln	Prof. Dr. Stephanie Stock		TUM	Prof. Dr. Leonie Sundmacher	

Institute/Stiftungen

Aktionsbündnis Patientensicherheit	Franziska Engehausen		iGES	Prof. Dr. Bertram Häussler	
bbw fib Forschungsinstitut	Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn		IGV Research	Prof. Dr. rer.pol. h.c. Herbert Rebscher	
BDI	Rabea Knorr		inav	Prof. Dr. Volker Amelung	
BertelsmannStiftung	Uwe Schwenk		INSIGHT HEALTH	Christian Luley	
DBfK	Dr. Bernadette Klapper		Bosch Health Campus	Dr. Ingrid Wünning Tschol	
Deutsche Schlaganfall-Hilfe	Dr. Michael Brinkmeier		Sepsis Stiftung	Dr. Roman Marek	
fbeta	Hans-Holger Bleß		Zi Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland	Dr. Dominik von Stillfried	

Akteure

AOK Baden-Württemberg Die Gesundheitskasse.	Johannes Bauernfeind		janssen Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson	Christian Hilmer	
AOK Nordost	Harald Möhlmann		KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayerns	Dipl. Kfm. Fabian Demmelhuber	
B.A.G Selbsthilfe	Dr. Martin Danner		Lilly	Oliver Stahl	
BKK Dachverband	Franz Knieps		MEDICAL CONTACT	Prof. Dr. Stephan Burger	
Boehringer Ingelheim	Dr. Marco Penske		MSD Inventing for Life	Dr. Tim Husemann	
BPtK	Dr. Ilona Köster-Steinebach		OptiMedis	Prof. Dr. Oliver Gröne	
DAK Gesundheit	Andreas Storm		Pfizer	Friedhelm Leverkus	
Deutsche Rheuma-Liga	Dr. Rolf Ulrich Schlenker		Roche	Dr. Jan Daniels-Trautner	
DiHeSys Digital Health Systems	Prof. Dr. Christian Franken		sanofi	Dr. Daniela Römer	
DocMorris Apotheke	Sebastian Mindt		Vivantes	Dr. Eberhard Thombansen	
Gesundheits-Foren	Roland Nagel			Dr. Christopher Hermann	
IGB	Lutz O. Freiberg			Dr. Josef Leiter	



Prof. Dr.
Reinhold Roski
Wirtschaftskommunikation und Gesundheitskommunikation
Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung“

Patientenwohl als Maßstab

MVF-Titelinterview mit Dr. Martin Danner, BAG Selbsthilfe, und Dr. Holger Bartz, Janssen Deutschland > 6 ff.

„Es war für uns als Patientenvertretung ein ganz wichtiger Schritt, dass man dem Thema Patientennutzen einen ganz anderen Stellenwert einräumt, als das vor 20 oder auch noch vor 10 Jahren der Fall war.“ Aber der ökonomische Druck führt oft trotzdem dazu, dass „die handelnden Akteure auf der Bundes- wie Landesebene … ihren Eigeninteressen einen höheren Stellenwert als dem Patientenwohl“ einräumen. So **Dr. jur. Martin Danner** von der BAG Selbsthilfe im Titelinterview. Dabei Können wir von Österreich lernen. Dort haben sich „wirklich gute Netzwerke gebildet. Diese bemühen sich darum, Versorgung für und mit der Patientenschaft zu denken,“ ergänzt **Dr. med. Holger Bartz**, Medizinischer Leiter und Geschäftsführer von Janssen Deutschland. Der Nutzen für die Patient:innen muss der Maßstab sein.

Nächster MVF-Fachkongress am 7. Dezember 2023 in Berlin > s. Beilage

Das Thema unseres 12. MVF-Fachkongresses am 7. Dezember lautet: „**Pandemie -Impact auf die Versorgung. Wirkungen und Folgen der Pandemie**“. Wie sind wir in Deutschland mit den Versorgungsproblemen während der Pandemie umgegangen? Wie gut bzw. schlecht waren die Ergebnisse? Jenseits der öffentlichen Aufregerthemen wollen wir diskutieren, was die Versorgungsforschung zu diesen Fragen beitragen kann, welche Ergebnisse sie liefert und was wir daraus für die Zukunft lernen können.

Gesetze zur Nutzung von Gesundheitsdaten und zur Beschleunigung der Digitalisierung > S. 18 ff.

Wir berichten über die Stellungnahmen, Anregungen, Empfehlungen und Hinweise der Akteure des Gesundheitssystems zum Gesetz zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten und zum Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens, die bereits am 1. Januar 2024 in Kraft treten sollen.

Kommentarreihe: „Corona und Politik: zur Rolle der Wissenschaft“ > S. 34, 35

Zwei neue Folgen unserer Kommentarreihe: **Dr. Martin Sprenger** („Ein gesamtgesellschaftliches und soziales Ereignis“) und **Prof. Dr. Bernd Kowall/Prof. Dr. Andreas Stang** („Unsicheres Wissen: Beispiel Übersterblichkeit“).

Wissenschaftliche Beiträge

Dahmen, Keller, Derksen und **Lippke** befragten 2.150 psychisch vorerkrankte Menschen mit Onlinefragebogen und zeigen, wie Medien die Angst vor Corona beeinflussen. Fernsehen und Internet wurden gegenüber Zeitungen bevorzugt. Objektive Informationen und Informationen zu Schutzmaßnahmen beugen Ängsten vor. > S. 50 ff.

Arnegger, Hagenlocher, Herberg und **Lembeck** untersuchen das Potenzial des Levels Ii der geplanten Klinikreform zur sektorenübergreifenden und sektorengleichen Versorgung sowie der Vergütung entsprechend § 115f SGB V für die Weiterentwicklung des Bereichs der ambulanten Operationen. > S. 57 ff.

Dengler, Froschauer und **Kron** evaluieren den Status quo, Hürden bei der Implementierung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) sowie Vorschläge zu deren Weiterentwicklung und analysieren die aktuellen Gesetzesinitiativen. Die ASV hat sich zwar etabliert, wird aber durch bürokratische Hürden sowie Überregulierung gehemmt. Und die jüngsten Ambulantisierungsinitiativen wirken nicht genügend abgestimmt. > S. 63 ff.

Maag, Höer, Hargesheimer und **Pieloth** berechnen die Einsparungen aus der frühen Nutzenbewertung des AMNOG für die Jahre 2018 bis 2022. Die Rabattvolumina lagen im Jahr 2022 mit etwa 6.570 Millionen Euro deutlich höher als bisher geschätzt. Das AMNOG erfüllt damit seine vom Gesetzgeber gewünschte Funktion als Preisregulierungsinstrument. > S. 71 ff.

Ich wünsche Ihnen – wie immer – interessante Lektüre mit vielen Informationen, die Sie für Ihre Arbeit nutzen können.

Ihr Professor Dr. Reinhold Roski





INSIGHT HEALTH
Our passion - your success

Daten für eine bessere Arzneimittelversorgung

Exzellente Datenqualität und individueller Service sind für INSIGHT Health eine Selbstverständlichkeit. Das gilt auch für unser Engagement in der Versorgungsforschung.

Mit unseren Daten zur Arzneimittelversorgung unter Alltagsbedingungen unterstützen wir Pharmaunternehmen, Krankenkassen und zahlreiche Institutionen des Gesundheitswesens.

Wir erkennen zeitnah Versorgungsauffälligkeiten in Regionen, bei Facharztgruppen und Kassen. Dafür analysieren wir neben Verordnungsdaten die Behandlungshistorie mehrerer Millionen anonymisierter Patienten. Auf diese Weise schaffen wir Wissen für eine bessere Arzneimittelversorgung.

INSIGHT Health GmbH & Co. KG
Auf der Lind 10 a/3
65529 Waldems-Esch
+49 6126 955-0
info@insight-health.de

www.insight-health.de





„Die Patientenzentrierung m der Maßstab für alles sein“

Im Interview: Dr. Martin Danner, Bundesgeschäftsführer der BAG Selbsthilfe, und Dr. Holger Bartz, Geschäftsführer für den Bereich Medical & Scientific Affairs bei Janssen Deutschland.

Wo treffen sich die Perspektiven der Patientenvertretung und der Pharmaindustrie am einem gemeinsamen Punkt? Genau an der Stelle, an der es um Patientenbeteiligung, -orientierung und auch -nutzen geht. Im Doppelinterview von „Monitor Versorgungsforschung“ traten Dr. Martin Danner, Bundesgeschäftsführer der BAG Selbsthilfe, und Dr. Holger Bartz, Geschäftsführer für den Bereich Medical & Scientific Affairs bei Janssen Deutschland, in den Diskurs. „Man könnte annehmen, dass die Einkommenssituation von Pharmaunternehmen kein Thema für Patient:innen ist“, erklärt zum Beispiel Danner, und setzt dazu: „Ist es aber, weil sich durch Veränderungen der Regularien mittels des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes zwangsläufig die Strategien der Unternehmen verändern werden.“

>> Herr Dr. Danner, Sie sind seit 2001 bei der BAG Selbsthilfe und seit 2008 als Bundesgeschäftsführer tätig. Damit überblicken Sie gut zwei Dekaden Gesundheitspolitik mit mehreren Dutzend Reformen und Reförmchen. Wenn wir den reinen wissenschaftlich-medizinischen Fortschritt – dieser Punkt würde ein gesondertes Interview, ja ein Weißbuch verdienen – mal außen vor lassen: Ist das heutige Gesundheitssystem patientenorientierter als das von 2010 oder 2000? Was hat sich aus Ihrer Sicht im Sinne der Patientenorientierung geändert – zum Besseren oder auch zum Schlechteren?

Danner: Lassen Sie uns mit dem Positiven beginnen. Wenn man den Stand der heutigen Patientenorientierung mit der Situation vor 20 Jahren vergleicht, hat sich einiges verbessert. Patientenrelevante Endpunkte haben an Bedeutung gewonnen, zum einen im wissenschaftlichen Diskurs, zum anderen aber in der heutigen Nutzenbewertung. Ich denke hierbei in erster Linie an die methodische Herangehensweise, mit der Gesundheitstechnologien bewertet werden. Es war für uns als Patientenvertretung ein ganz wichtiger Schritt, dass man dem Thema Patientennutzen einen ganz anderen Stellenwert einräumt, als das vor 20 oder auch noch vor 10 Jahren der Fall war. Zudem wird die Patientenperspektive in viele Gremien des Gesundheitswesens viel mehr einbezogen als früher – ob das nun durch eine einzelne Person oder in Form stellvertretender Patientenvertretungen passiert. Diese beiden Errungenschaften, für die wir als Patientenvertreter:innen gekämpft haben, machen eine deutliche Veränderung zugunsten der Patientenorientierung im Gesundheitswesen aus. Natürlich gibt es auch die andere Seite der Medaille, weil die Ökonomisierung des gesamten Gesundheitswesens stetig voranschreitet. Der sich immer stärker aufbauende ökonomische Druck führt durchaus dazu, dass die handelnden Akteure auf der Bundes- wie Landesebene geneigt sind – um das vorsichtig auszudrücken – ihren Eigeninteressen einen höheren Stellenwert als dem Patientenwohl einzuräumen. Dieser Aspekt läuft der Patientenorientierung zuwider und erfüllt uns Patientenvertreter:innen durchaus mit Sorge.

„Während hierzulande die agierenden Stakeholder – natürlich möglichst evidenzbasiert – auf einer Makroebene entscheiden, wie das Gesundheitssystem auszusehen hat, haben sich in Österreich wirklich gute Netzwerke gebildet."
Dr. Holger Bartz

Sie führen sicher zu Recht an, dass Patient:innen mehr gehört werden als früher. Doch hören und mitreden heißt in Deutschland nicht mitbestimmen. Wäre es eine Forderung, die Sie unterstützen würden, dass Patientenvertretungen nicht nur ein Mitsprache-, sondern auch ein Mitbestimmungsrecht bekommen sollen, wenn man denn die Patientenschaft entsprechend monetär ausstatten würde?

Danner: Wenn man die Gesetzgebung der letzten Jahre betrachtet, wurde bereits in vielen Bereichen Patientenbeteiligung implementiert. Doch mehr als mitreden und am Tisch sitzen, was sicher schon die Debattenkultur geändert hat, ist bisher nicht. Um ein Mitbestimmungs- und auch Antragsrecht wirklich ausüben zu können, fehlen der Patientenschaft die strukturellen Voraussetzungen, um über evidenzbasierte Willensbildungsprozesse die aus Patientensicht gewonnenen Erkenntnisse auch in das Versorgungsgeschehen hineintragen zu können. Wenn die dafür nötigen Strukturvoraussetzungen in Budgets und Know-how nicht gestärkt werden, können Stimmrechte nicht wirkungsvoll wahrgenommen werden. Ich habe jedoch mehr und mehr den Eindruck, dass das gar nicht gewollt ist. Ein aktuelles Beispiel dafür ist der Umgang der Politik mit der Unabhängigen Patientenberatung. Was da aktuell passiert, konterkariert die Idee der UPD.

Auch das wäre sicher wieder ein weiteres Gespräch wert, weil es an sich nicht falsch sein wird, wenn die UPD durch eine Stiftung bürgerlichen Rechts verstetigt wird. Doch steckt wie immer der Teufel im Detail. Bleiben wir bei der Patientenorientierung: Herr Dr. Bartz, Sie sind Facharzt für Medizinische Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie und seit 2022 Geschäftsführer für den Bereich Medical & Scientific Affairs bei Janssen Deutschland. Davor waren Sie Country Medical Director von Janssen Österreich. Was unterscheidet Patientenorientierung in Deutschland von Patientenorientierung in Österreich? Was bedeutet patientenzentrierte Versorgung für Sie – einerseits als Mediziner und – früher – viele Jahre als praktizierender Arzt und heute Medizinischer Leiter eines großen Pharmaunternehmens?

Bartz: Im deutschen Gesundheitssystem sozialisiert, habe ich eine Zeit lang in Österreich gearbeitet und erfahren dürfen, dass es für Patient:innen in unserem Nachbarland im Moment deutlich einfacher ist, an innovative Therapien zu kommen, als hierzulande. Obwohl historisch gesehen die Unterschiede zwischen den beiden Gesundheitssystemen gar nicht so groß sind, kommt man in Österreich an verschiedenen Stellen zu sehr unterschiedlichen Bewertungen.

Sie sprechen hier die Nutzenbewertung an, die bei uns durch das AMNOG geregelt ist, während es bei unseren Nachbarn Empfehlungen zur Erstattungsfähigkeit an den Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger gibt, die eine Heilmittel-Evaluierungskommission erarbeitet.

Bartz: Genau. Dabei gibt es im österreichischen System sogar noch mehr Bewertungsebenen als bei uns. Doch hier wie dort hat die pharmazeutische Industrie, für die ich seit einem Jahr tätig bin, die selbstformulierte Zielsetzung, so zu arbeiten und zu forschen, dass jede:r Patient:in zur richtigen Zeit die im Einzelfall bestmögliche Therapie erhalten kann. Genau hier zeigt sich ein großer Unterschied beider Systeme: Während hierzulande die agierenden Stakeholder – natürlich möglichst evidenzbasiert – auf einer Makroebene entscheiden, wie das Gesundheitssystem auszusehen hat, haben sich in Österreich wirklich gute Netzwerke gebildet. Diese bemühen sich darum, Versorgung für und mit der Patientenschaft zu denken. Dazu gehört auch, einen guten Zugang zu innovativen Therapien zu schaffen, die über geschickte Mechanismen so eingeführt werden, dass das System als solches intakt und handlungsfähig bleibt. Es mögen an bestimmten Punkten oft nur graduelle Unterschiede sein, die jedoch am Ende erhebliche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität

haben. Da in Österreich von der einzelnen Patient:in aus gedacht wird, gibt es zudem eine engere Beziehung – und damit Vertrauen – zwischen Behandler:innen und Patient:innen, selbst in übergreifenden Versorgungsinstitutionen.

Danner: Ich werde ab und an nach Österreich eingeladen, um über Patientenbeteiligung zu sprechen, da diese in den österreichischen Gremien noch nicht so weit ausgeprägt ist wie hierzulande. Von daher kann ich absolut bestätigen, dass unser manifestiertes Lagerdenken und konfliktäres Ringen, was Versorgung kann und leisten soll und was nicht, in Österreich viel weniger ausgeprägt ist. In unserem Nachbarland habe ich erst letztlich sehr offene Krankenkassenvertreter:innen erlebt, die gemeinsam mit anderen Stakeholdern versuchen, patientenorientierte Versorgungsstrukturen aufzubauen, wobei eben nicht direkt monetäre Überlegungen im Vordergrund standen.

„Ich habe den Eindruck, dass die Ärzteschaft oft nicht mehr durchblickt, welche therapeutischen Optionen für eine GKV-Patient:in erreichbar sind und wie Versorgungssituationen optimalerweise ausgestaltet sein sollten."
Dr. Martin Danner

Ich habe in Vorbereitung auf unser Gespräch mit einer Bekannten gesprochen, die seit Jahrzehnten chronische Patientin ist. Sie sagt: „Wenn ich zum Arzt gehe, was ich leider sehr oft im Jahr machen muss, will ich so gut versorgt werden, wie es geht." Unter dem Begriff Patientenorientierung kann sie sich, obwohl studiert, überhaupt nichts vorstellen. Denken wir hier zu stark aus System- und zudem aus Stakeholdersicht, ohne die Patient:innen zu fragen, was sie vom Gesundheitssystem wollen?

Danner: Es ist wichtig, dass man zu seinem Arzt oder zu seiner Ärztin gehen kann, ohne das Gefühl zu haben, dass Therapieentscheidungen womöglich durch irgendwelche Überlegungen monetärer Art, durch Vergütungsmodi oder Verträge mit Krankenkassen gesteuert werden. Nur so kann Vertrauen entstehen. Jenseits davon gibt es aber noch eine Wissensebene, die bei der Patienten- und Ärzteschaft höchst unterschiedlich ausgeprägt ist, obwohl sich immer mehr Patient:innen vor und nach dem Arztbesuch informieren. Darüber hinaus sollen Therapieentscheidungen auf einer evidenzbasierten Basis getroffen werden, was jedoch in der Versorgungsrealität nicht immer der Fall ist. Ich habe den Eindruck, dass die Ärzteschaft oft nicht mehr durchblickt, welche therapeutischen Optionen für eine GKV-Patient:in erreichbar sind und wie Versorgungssituationen optimalerweise ausgestaltet sein sollten. Die hier zutage tretende Intransparenz führt fast zwangsläufig zu Fehlern, die aber niemand monitort.

Ist es nicht so, dass trotz der unbestrittenen Erfolge der evidenzbasierten Medizin (EBM) die strikte EBM-Basierung die Patient:innen ein Stück weit von ihren behandelnden Ärzt:innen entfernt hat?

Bartz: EBM hat erreicht, was sie sollte: einen viel höheren Grad an Evidenz. Das streitet niemand ab, denn diese Bewegung ist für die Medizin essenziell und für die Versorgungsqualität unabdingbar. Andererseits hat EBM den seit Langem diskutierten Nachteil, dass in ihrer Grundidee Populationen miteinander verglichen werden. Das Individuum steht nicht im Zentrum der Betrachtung. Und genau das ist das Grundproblem: Eine von Institutionen entwickelte Therapieentscheidung, die für eine Population durchaus optimal sein kann, kann unter Umständen für das Individuum innerhalb dieser Population nur im eingeschränkten Maße richtig sein.

Wenn da nicht die Versorgungsforschung wäre.

Bartz: Exakt. Durch die Wissenschaft der Versorgungsforschung haben wir heutzutage verschiedene Möglichkeiten zu analysieren, wie man diesen Populations-Individuen-Gap beschreiben und im besten Fall auflösen kann. Insofern ist Versorgungsforschung immer auch patientenorientiert. Durch die Möglichkeiten der Digitalisierung, die immer neue Datenströme erzeugt, und durch die Hinzunahme von Real-World-Daten kann diese Wissenschaft es schaffen, das EBM-Konzept auf die Patientenebene zu bringen. Dazu muss aber erst verstanden werden, was ein:e Patient:in mit seiner bzw. ihrer Therapie erreichen will. Während für eine klinisch tätige Ärztin die maximale klinische Verbesserung von Outcomeparametern im Fokus steht, muss das aus Patientensicht nicht unbedingt so sein. Hier zählen womöglich Lebensqualität, weitgehende Schmerzfreiheit oder soziale Teilhabe mehr. Will heißen und auf EBM rückgespiegelt: Versorgungsforschung kann dazu beitragen, EBM im Sinne einer individuelleren Patientenversorgung weiterzuentwickeln. Denn wenn man Patient:innen aufgrund von populationsdatenbasierten Entscheidungen behandelt, versorgt man die einzelne Patient:in womöglich suboptimal. Die Versorgung kann gut sein – das ist dann aber eher Zufall.

Danner: Herr Bartz hat gerade zu Recht angesprochen, dass eine rein studienorientierte EBM schematisiert vorgeht und das Individuum nicht hinreichend berücksichtigt. Hinzu kommt noch, dass randomisierte Studien über Ein- und Ausschlusskriterien zwar eine hohe interne Evidenz bezüglich der damit scharf umgrenzten Subpopulation haben, doch Patient:innen, die die Ärzt:innen sehen, oft dieser eng umschriebenen und beforschten Gruppe gar nicht angehören. Das heißt nichts anderes, als dass die so erzielten Studienergebnisse auf die einzelnen Patient:in womöglich gar nicht übertragbar sind – oder nur in eingeschränktem, unbekanntem Maß. Auch hier kann Versorgungsforschung helfen, unter Hinzunahme einerseits von Real-Word-Daten, andererseits von anwendungsbegleitenden Datenerhebungen die in RCT gewonnenen Studienergebnisse besser übertragbar zu machen. Letztendlich sind das jedoch alles Risiko-Nutzen-Abwägungen, die die behandelnde Ärzt:in gemeinsam mit der behandelten Patient:in diskutieren kann, die jedoch in allerletzter Konsequenz von der Patient:in nach individuellen Präferenzen getroffen werden müssen. Darum ist immer mit evidenzbasierter Medizin – so gut sie auch sein mag – die Gefahr verknüpft ist, dass individuelle Abwägungen quasi gar nicht mehr stattfinden können, weil diese auf einer vorgelagerten Makro- oder Meso-Ebene schon vorweggenommen wurden. Davon müssen wir wieder ein Stück weit wegkommen.

Eine Frage an Sie beide: Wie kommen wir davon weg? Wenn man sich die Definition von Patientenorientierung durchliest, der die Bundesregierung folgt, steht im Kapitel 5.9 „Patientenorientierung" (Gesundheit in Deutschland, 2015): „Patientenorientierung heißt, dass sich das Gesundheitssystem und die darin handelnden Professionellen an den Wünschen, Erwartungen und der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten orientieren. Dabei wird die Patientenorientierung auf den unterschiedlichen Organisationsebenen betrachtet – der Makroebene mit dem Blick auf gesellschaftspolitische Entwicklungen

und gesetzliche Rahmenbedingungen, der Mesoebene mit dem Fokus auf Institutionen und Verbände sowie der Mikroebene, bei der die Beziehungen zwischen Professionellen und Patientinnen bzw. Patienten im Zentrum stehen." Das heißt, dass selbst auf der Mikroebene mit Patientenorientierung nur die Beziehung zwischen professionellen Behandlern und Behandelten verstanden wird, nicht aber die Sicht der Patient:innen. Was auch kein Wunder ist, denn der Blick des Patienten ist eine Blackbox. Sehen Sie das auch so?

Danner: Das würde ich ein wenig relativieren. Das individuelle Arzt-Patienten-Verhältnis ist anders. Durch immer mehr und bessere Informationsangebote werden Patient:innen ermächtigt, mit ihren Ärzt:innen über Behandlungsoptionen nicht nur zu diskutieren, sondern diese mit ihren Erkenntnissen zu konfrontieren, was dazu führt, dass Ärzt:innen immer mehr argumentieren müssen. Dass das noch nicht flächendeckend der Fall ist, ist klar, aber ein deutlicher Trend. Dazu braucht es allerdings gute – und natürlich möglichst evidenzbasierte – laienverständliche Patienteninformationen. Auch auf der abstrakteren Ebene ist Patientenbeteiligung längst angekommen, beispielsweise bei der Ausgestaltung medizinischer Leitlinien. Dies ist insbesondere darum wichtig, weil das Leitliniengeschehen ein wichtiges Forum ist, um Abwägungsentscheidungen aus Sicht der Patientenschaft einzubringen. So entstehen im besten Fall Therapiekorridore, die im realen Arzt-Patienten-Verhältnis relevant und wichtig sind. Das geschieht übrigens teilweise auch bei Disease-Management-Programmen und anderen Versorgungsformen, in die konsequent die Patientensicht einbezogen werden soll.

Wird es denn getan?

Danner: Noch nicht ausreichend genug. Da haben wir noch Luft nach oben.

Bartz: Im Bereich der Medizinforschung gibt es schon seit Längerem das Treat-to-Target-Prinzip. Darunter versteht man ein strategisches Vorgehen, das Ärzt:innen wie Patient:innen in verschiedenen Indikationen eine möglichst hohe Beteiligung im Therapieablauf ermöglichen soll. Dafür muss vorab definiert werden, welches Ziel erreicht werden soll. Hier ist die Patientensicht mit ausschlaggebend! Im Bereich der Rheumatologie ist beispielsweise zu diskutieren und im Einzelfall zu entscheiden, ob wirklich jedes Gelenk schmerzfrei sein soll oder ein vollständiger Stopp der Progression das Ziel



Dr. Martin Danner

ist seit 2008 als Bundesgeschäftsführer der BAG Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. tätig. Er ist Jurist und hat nach seinem Studium in Heidelberg einige Jahre als Rechtsanwalt mit der Spezialisierung im Gesundheitsrecht gearbeitet, bevor er die Leitung des Referats Gesundheitspolitik und Selbsthilfeförderung der BAG SELBSTHILFE übernommen hat.
Dr. Martin Danner ist zudem Sprecher der Patientenvertretung beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und ist im Wissenschaftlichen Beirat des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) aktiv.

ist. Je nachdem wie man entscheidet, muss eben nicht eine Vierfachkombination an synthetischen Medikamenten mit zum Teil hohen Nebenwirkungsraten verabreicht werden, sondern man kann eine gezieltere Therapieform wählen. Dahinter steht jedoch immer eine individuelle Werteentscheidung: Nimmt man ein, zwei druckschmerzhafte Gelenke in Kauf, verspürt aber dafür morgens keine Übelkeit? Diese Entscheidung ist höchst individuell. Darum macht es in meinen Augen Sinn, die Betroffenen bei der Erstellung von Leitlinien, Disease-Management-Programmen oder auch Studienprotokollen und Treat-to-target-Konzepten einzubinden. Wer das will, muss es aber auch infrastrukturell abfedern. Patientenbeteiligung auf diesem Niveau braucht Zeit, Ressourcen und Manpower; vor allem aufseiten der Patientenschaft, die sich nur so adäquat wird einbringen können. Patientenbeteiligung ohne ausreichende Finanzierung wird von daher immer eine Feigenblattinitiative bleiben.

Danner: Ich möchte auch darauf hinweisen, dass wir hier noch viele ungehobene Potenziale haben. Die Digitalisierung kann dazu führen, dass Patientenorganisationen in Zukunft noch viel besser und einfacher die Patientensicht aggregieren können, weil sie über digitale Angebote Sichtweisen auf Therapiesituationen in der Mitgliederschaft erheben, aggregieren und dann auch strukturiert in einen Entscheidungsprozess einbringen können. Auch von daher ist es wichtig, dass die Ressourcen der Patientenorganisationen gestärkt werden. Wenn es allerdings nur darum geht, irgendjemanden irgendwohin zu schicken, wird Patientenbeteiligung nie wirkungsvoll werden. Um aggregierte Patientenerfahrungen zusammenzutragen und einzubringen, braucht es entsprechend qualifizierte Personen, die beispielsweise die Methodik der Leitlinienerstellung kennen und mit der dazu nötigen Arbeit vertraut sind. Das passiert aber nicht von alleine. Dazu braucht es einen Impuls der Politik.

Gibt es diesen Impuls?

Danner: Es hat leider den Anschein, dass Patientenbeteiligung oftmals ein Lippenbekenntnis ist. Im aktuellen Koalitionsvertrag wurde zwar eine Weiterentwicklung der Patientenbeteiligung als Ziel festgelegt, es aber bislang noch keine konkreten Schritte unternommen, wie das in dieser Legislaturperiode vonstatten gehen soll. Da die Legislaturperiode schon ziemlich weit vorangeschritten ist, bedürfte es jetzt schon eines massiven

Endspurts, wenn man an der Stelle adäquat weiterkommen möchte.

Wo kommt denn Patientenbeteiligung zum Beispiel im GKV-Stabilisierungsgesetz oder in der Krankenhausreform des Bundes vor? Natürlich ist mehr Qualität immer gut für die Patient:in, doch fehlt mir hier erneut die Sicht der Patientenschaft.

Danner: Bei der Entwicklung der Krankenhausreform ist es offensichtlich, dass in der Regierungskommission keine Patientenvertretung vertreten war. Da wundert es doch nicht, dass sich das dann in den Empfehlungen niederschlägt. Es kann und wird sinnvoll sein, verstärkt auf ambulante Operationen zu setzen, doch fällt schon auf, dass das Thema Fahrtkosten überhaupt nicht berücksichtigt wurde. Das wäre nicht passiert, wenn es eine Patientenvertretung in der Kommission gegeben hätte, weil sich Wissenschaftler:innen und Ärzt:innen, die in der Kommission vertreten sind, zum Beispiel über das Thema, wie eine Patient:in überhaupt ins Krankenhaus kommt, meist keine Gedanken machen. Das zeigt für mich sehr schön, dass es zu blinden Flecken führt, wenn in solchen Kommissionen keine Patientenvertretung vorhanden ist.

Bartz: Aus unserer Sicht ist das GKV-Stabilisierungsgesetz keines, das der Patientenschaft wirklich hilft. Das verwundert auch nicht, weil es einzig und alleine dazu dient, die Finanzproblematik der Krankenkassen zu verbessern. Es gibt keine Rationale, warum die Patientenversorgung besser werden sollte, nur weil man der pharmazeutischen Industrie weniger Geld gibt. An der Stelle prallt der Wunsch der Patientenschaft nach der bestmöglichen Versorgung auf die Wand der Ökonomisierung. Hinzu kommt: Das Gesetz wurde in kurzer Zeit erarbeitet, im Oktober 2022 erst verabschiedet und trat bereits am 1. Januar 2023 in Kraft – das trifft selbst eine Branche mit gut funktionierenden Basisgeschäftsmodellen extrem hart und führt absehbar zu negativen Effekten auf die Versorgung mit therapeutischen Optionen.

„Es gibt keine Rationale, warum die Patientenversorgung besser werden sollte, nur weil man der pharmazeutischen Industrie weniger Geld gibt."
Dr. Holger Bartz

Machen Sie das doch bitte an einem Beispiel fest.

Bartz: Nehmen wir Kombinationspräparate, auf die künftig eine Pauschale von zusätzlichen 20 Prozent erhoben werden soll. Mal ganz abgesehen von der rechtlichen Begründung: Das kann nicht im Sinne der Patient:innen sein. Für sie sollten möglichst viele Kombinationspräparate – auch günstiger als Single-Dose-Präparate – auf dem Markt verfügbar sein. Doch welches Unternehmen kann es sich auf lange Sicht leisten, Präparate zu entwickeln, die zwangsweise zu einem satten Abfall der Einnahmenseite führen? Ein anderes Beispiel ist die Reduktion der Umsatzschwelle für Orphan Drugs.

Was wird das bewirken?

Bartz: Es ist fatal: Es wird immer schwerer, innovative Medikamente in Deutschland zu beforschen und dann auf den Markt zu bringen.

Ein durchaus oft gehörtes Narrativ.

Bartz: Die Politik muss sich bewusst werden, dass Änderungen eines Regelwerks einerseits die Planungssicherheit von Unternehmen, andererseits den Forschungsstandort Deutschland insgesamt gefährden. Sie mögen das ein Narrativ nennen, es folgt aber einer marktwirtschaftlichen Rationale, deren Auswirkung man schon seit längeren beobachten kann. Wichtige Standortfaktoren für pharmazeutische Unternehmen sind nun einmal Markt und Zugang. Wenn sich beide verschlechtern, werden immer weniger Studien in Deutschland durchgeführt. Das ist schlecht für die Patient:innen und für die Behandelnden: Ersteren wird der frühe Zugang zu innovativen Medikamenten entzogen, der Forschung Gelder und Knowhow.

Danner: Man könnte annehmen, dass die Einkommenssituation von Pharmaunternehmen kein Thema für Patient:innen ist. Ist es aber, weil sich durch Veränderungen der Regularien mittels des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes zwangsläufig die Strategien der Unternehmen verändern werden. Auch wir befürchten, dass es in manchen Indikationsgebieten immer weniger Anlässe gibt, die dafür nötige Forschung voranzutreiben. Zweites Stichwort Schrittinnovationen: Es gibt Indikationsbereiche wie die Onkologie, in denen es leichter ist, große Unterschiede zu zeigen. Bei anderen – wie etwa bei Diabetes – sind die Endpunkte meist so ausgestaltet, dass es viel schwieriger ist, große Unterschiede zu zeigen. Unser Standpunkt als Patientenvertretung ist klar: Alle Patient:innen haben einen Anspruch auf eine Verbesserung ihrer Situation. Damit sind Regularien, die negative Anreize setzen, in bestimmte Indikationen nicht mehr zu investieren, nicht im Patientensinne.

Bartz: Das AMNOG hat doch – Detailfragen mal außen vor gelassen – im Prinzip über Jahre funktioniert. Die Grundidee ist einfach und nachvollziehbar: Gleichwertige Medikamente werden gleich, bessere Medikamente werden besser bezahlt – in verschiedenen Abstufungen, je nach Bewertungsgrad und Preisverhandlung. Natürlich muss man ein in die Jahre gekommenes System nachjustieren. Doch jetzt sind wir in einer Situation, in der wir kaum noch in der Lage sind, vorherzusagen, ob wir mit unseren jahrelang dauernden Entwicklungsprogrammen durchs AMNOG kommen oder nicht. Wenn das in diesem Jahr noch keine Folgen hat, dann spätestens in zwei oder drei Jahren.

Nun haben wir uns etwas weit von der Patientenorientierung entfernt, auch wenn eine hinreichende Versorgung mit innovativen Medikamenten sicher im Sinne der Patientenschaft ist. Was hat denn die Pharmaindustrie mit Patientenorientierung zu tun, die sich hauptsächlich auf der Ebene Ärzt:in/Patient:in abspielt?

Bartz: Wir sind Teil der Versorgungslandschaft. Unsere Aufgabe in diesem komplexen Gesundheitssystem ist, innovative Medikamente so zu entwickeln und herzustellen, dass sie zeitnah zum Patienten kommen können. Es ist unser natürlicher Auftrag und unsere Existenzberechtigung, von den Bedürfnissen der Patient:innen ausgehend Innovationen zu entwickeln, die die Krankheitslast der Betroffenen so früh wie möglich unterbrechen, lindern oder sogar heilen. Unsere oberste Maxime ist die, dass das, was wir herstellen, in der individuellen Versorgung der Patient:innen einen möglichst großen Nutzen hat, aber auch finanzierbar für das System sein muss. Will heißen: Im Grunde ist unsere Arbeit absolut patientenzentriert, weil wir uns schon sehr früh Gedanken darüber machen, wie man die Erkenntnisse aus Phase-1-Studien nutzen kann, um daraus irgendwann innovative

Medikamente zum Nutzen der Patient:innen zu machen.

Danner: Es geht letztendlich um die Verbesserung der Versorgung. Dazu brauchen wir gute Wirkstoffe in ausreichender Menge – Stichwort Lieferengpässe – und möglichst breiter Alternativenauswahl, um Behandlungskorridore zu eröffnen. Wir brauchen aber auch das Verständnis darüber, dass Endpunkte wie Mortalität, Gesamtüberleben und Lebenszeitverlängerung zwar wichtig sind, aber die Verbesserung der Lebensqualität nicht hintanstehen darf. Hierzu wurde in den vergangenen zwei Dekaden eine überaus elaborierte Methodik entwickelt, um diesen absolut patientenrelevanten Endpunkt objektiv darstellen zu können. Wir haben es allerdings beim Konzept der Lebensqualität bisher mit einem aggregierten Patient-reported-Outcome zu tun. Nun müssen wir es noch schaffen, den spezifischen Patient-reported-Outcome stärker in den Blick zu nehmen. In diese Richtung weiterzudenken, lohnt sich für Unternehmen, weil sie dann neue Wirkstoffkandidaten noch mehr aus der Patientenperspektive heraus zu nutzenstiftenden Innovationen führen können.

Bartz: Sie haben vorher die verschiedenen Ebenen der Patientenbeteiligung erwähnt. Die pharmazeutische Industrie sehe ich auf allen Ebenen: Auf der Makroebene engagieren wir uns für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und der politischen Rahmenbedingungen im Sinne von Patient:innen. Auf der Mesoebene arbeiten wir mit allen Stakeholdern, so gut es geht, zusammen, natürlich auch mit Patientenorganisationen. Auf der Mikroebene sind wir jedoch in Deutschland auf den Austausch mit der Ärzteschaft begrenzt, da wir mit der Patientenschaft direkt nicht kommunizieren dürfen. Was wir jedoch tun, ist, der Ärzteschaft möglichst gute Studiendaten und Schulungsmaterialien über unsere Produkte sowie Materialien zur Verfügung zu stellen, mit denen sie die Gesundheitskompetenz ihrer Patient:innen unterstützen können.

Mir fehlt indes immer noch die Sicht des Patienten. Ich habe für die letzte Ausgabe von „Monitor Versorgungsforschung“ ein Interview mit dem Kongresspräsidenten des 22. DKVF geführt. Professor Dr. Geraedts fordert darin eine strukturierte Erfassung der Patientensicht, um Realversorgung darstellen zu können: eine Art Versorgungskohorte Deutschland, die es früher schon mal mit dem Bertelsmann Gesundheitsmonitor gegeben hat. Was halten Sie davon?



Dr. Holger Bartz

ist Medizinischer Leiter und Geschäftsführer von Janssen Deutschland.
Als medizinischer Leiter und Geschäftsführer trägt Holger Bartz seit Juni 2022 die Verantwortung für die medizinischen und wissenschaftlichen Aktivitäten in allen Therapiegebieten von Janssen Deutschland. In den Jahren 2020 bis 2022 hatte er eine vergleichbare Position bei Janssen Österreich inne. Seine Karriere bei Johnson & Johnson startete er 2016 als Therapeutic Areas Director Immunology & Infectious Diseases & Vaccines. In dieser Position steuerte er diverse erfolgreiche Markteinführungen. Von Hause aus ist Holger Bartz Mediziner, er arbeitete als Arzt in den Bereichen Kinderheilkunde und ist Facharzt für Medizinische Mikrobiologie. Zudem hält er einen MBA in General Management.

Danner: Das ist auf jeden Fall ein interessanter Gedanke, wenn es denn gelingt, mit der Befragung einer repräsentativen Gruppe die Wünsche, Erfahrungen und Bedürfnisse der Bevölkerung darzustellen. Ich fürchte jedoch, dass die Bedürfnisse der Patientenschaft zum einen sehr komplex, zum anderen sehr heterogen sind. Dazu kommt dann noch die regionale und auch lokale Situation, wobei die Versorgungsstrukturen und auch die Verfügbarkeit und Qualifikation der Behandelnden nun mal höchst unterschiedlich beschaffen sind. Von daher bezweifle ich, ob man mit einer derartigen Kohorte diese Komplexität adäquat beschreiben kann. Obgleich es absolut wünschenswert wäre, das Bild der Patientensicht konsequent zu beforschen und die so entstehenden Ergebnisse über Unter- und Fehlversorgung in die Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystem zu implementieren.

Bartz: Aus meiner Sicht wäre eine Versorgungskohorte Deutschland ein wirklich dankbares Tool, um relevante Teile der Versorgung aus Patientensicht darstellen zu können. Das ist – abgesehen von kleineren Studien – bisher eine Blackbox. Wenn es gelingt, mit einem derartigen Datensatz einen extrem wichtigen Teil der Versorgungsrealität besser zu verstehen, könnte man Stellschrauben identifizieren, um unser Versorgungssystem aus Sicht der Patientenschaft besser zu gestalten. Solche Daten zeigen jedoch nur die Ist-Situation und Lücken im System auf, neue Möglichkeiten werden nicht beschrieben. Das ist dann wieder die Aufgabe der Versorgungsforschung. Wenn man das macht, muss es aber auch Regularien und Mechanismen geben, die sicherstellen, dass das, was es an Verbesserungsmöglichkeiten gibt, auch ins System über- und eingeführt wird.

Danner: Man kann noch größer im Sinne einer zukunftsgerichteten Vision denken. Irgendwann werden wir einen nationalen Datenraum haben, der auch dabei helfen könnte, Lücken im System zu detektieren. Ergänzend könnte man über Pay-for-Performance-Verträge die Effekte im Versorgungsgeschehen über einen längeren Zeitraum beobachten und einen noch besseren Erkenntnishintergrund schaffen. Die Krux dabei ist, dass wir diese Infrastruktur noch nicht verfügbar haben.

Bartz: Pay-for-Performance-Modelle gibt es im europäischen Ausland zuhauf. Sie schaffen die solidesten Daten, die man gewinnen kann, weil dazu klinische Daten er-

hoben werden müssen, um die Erstattung zu sichern. Es wäre ein interessanter Gedanke, auch diese Daten in ein Gesamtdatenmodell einzubringen. Da steckt wirklich viel Potenzial drin, das am Ende viel Geld für das System spart und zudem dabei hilft, jeden einzelnen Menschen besser zu versorgen.

Zu Beginn unseres Gesprächs haben wir bis zu 20 Jahre zurückgeblickt. Wie sieht Patientenorientierung 2033 aus?

Danner: Man kann nicht vorhersagen, wie sich die beiden Antagonisten Digitalisierung und Datenschutz entwickeln und sich damit vielleicht irgendwann eine Möglichkeit auftut, tatsächlich Versorgung patientenorientiert aufzubauen. Letztendlich ist es immer ein Erkenntnisproblem, die bestmögliche Versorgung für die Patient:innen zu schaffen. Ansonsten bin ich guter Dinge, dass der Entwicklungsprozess der letzten 20 Jahre voranschreitet und wir auf allen Ebenen die Sicht der Patient:innen berücksichtigen werden. Bei der Festlegung der Forschungsarbeit und von Studiendesigns sowie bei der Bewertung von Endpunkten ist das schon heute der Fall. Man sollte die Patientensicht aber auch bei der Entwicklung von neuen Versorgungsstrukturen einbeziehen. Wer sollte besser wissen, wie ein optimales Verhältnis zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ausgestaltet werden sollte, als die Patient:in selbst?

Bartz: Wir werden unsere Ziele im Hinblick auf eine konsequent patientenzentrierte Versorgung viel schneller und besser erreichen wenn wir Patient:innen früher in alle Prozesse einbinden. In den nächsten fünf bis zehn Jahren werden wir alle zusammen daran arbeiten müssen, dass das auch wirklich gemacht wird.

Dahinter steht doch im Endeffekt das Konzept einer wertebasierten Versorgung, wobei allerdings die Werte hauptsächlich von den Stakeholdern bestimmt werden – hoffentlich mit Mitsprache der Patient:innen, aber nicht aus Sicht der Patientenschaft. Wie kommen wir von einer wertebasierten zu einer patientenzentrierten Versorgung?

Danner: Letztendlich geht es immer darum, für die Akteure im Gesundheitswesen nutzenstiftende Zielvorgaben festzulegen. So wurden mit Zielen bei der Nutzenbewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten bereits erste Impulse gesetzt. Ich sehe nun den Bedarf, die konkrete Patientenorientierung als Zielsetzung für alle andere Akteure deutlich zu machen. Doch aufgepasst: Patientenbeteiligung darf nicht als Mittel dafür herhalten, dass sich alle Akteure im Gesundheitswesen gerade nicht patientenorientiert verhalten dürfen. Diese Zielvorgabe muss für alle gelten.

Sind Sie da mit im Boot?

Bartz: Value-based-Healthcare bedeutet, mit den zur Verfügung stehenden Mitteln das bestmögliche Ergebnis, d. h. den maximalen gesundheitsbezogenen Wert („Value"), bei den Betroffenen zu erreichen. Ersteres wird beeinflusst davon, wie schnell eine Patient:in zur richtigen Ärzt:in kommt und ob die dann die für sie individuell richtige Therapie verschreibt. Wenn eine chronische Patient:in über 20 Jahre lang falsch behandelt worden ist, erzeugt das nicht nur Leid und eine unnötig reduzierte Lebensqualität. Es kostet das Gesundheitssystem auch viel Geld. So teuer kann die richtige Behandlung nie und nimmer werden. Wenn jedoch die Patient:in so früh wie möglich richtig behandelt wird, werden auch die Kosten für das Gesamtsystem sinken. Diese Perspektive wenden wir leider viel zu selten an, weil Gesundheit immer nur als Kostenfaktor und zudem nie holistisch betrachtet wird.

Danner: Es kommt natürlich immer darauf an, dass die Patient:in schnellstmöglich zum bestmöglichen Ort für ihre Versorgung kommt. Wenn ich zum Beispiel an die personalisierte Medizin denke, spielt auch die richtige Diagnostik eine ganz wichtige Rolle, weil es dann nicht mehr um die Patient:in als Patient:in geht, sondern um individuelle Prädispositionen und Biomarker, die dazu beitragen können, dass eine Krankheit früher entdeckt wird, besser behandelt werden kann oder womöglich gar nicht ausbricht. Hier bedarf es eines Bedeutungswandels und eines gesellschaftlichen Konsenses, der Krankheit eben nicht als gottgegeben hinnimmt.

Sie haben eben die Formel von VBHC genannt: Behandlungsqualität geteilt durch Behandlungskosten. Die GKV-Patient:in will die beste Behandlung, die Behandlungskosten sieht sie gar nicht.

Danner: Das ist der Anspruch im System der Pflichtversicherung. Ich kann nicht der Bevölkerung einen Großteil der Einkünfte entziehen und dann Versorgung vorenthalten. Deswegen reagiere ich allergisch, wenn im GKV-System vorschnell über Rationierung gesprochen wird. Eine möglichst strikte Nutzenorientierung muss daher dazu führen, dass überflüssige Behandlungen und solche, die nicht den optimalen Nutzen haben, ausgegrenzt werden. Es ist aber ein Missverständnis, dass Patientenvertreter:innen immer alles für alle haben wollen. Wollen wir eben nicht, weil uns die begrenzten Ressourcen des Systems durchaus bewusst sind. Es geht uns vielmehr um den Wettbewerb um die bestmögliche Versorgung. VBHC ist dafür eine Orientierungsmarke, weil letztendlich die Patientenzentrierung der Maßstab für alles sein muss.

Wir müssten also eine Kulturänderung herbeiführen, weg von der Sichtweise von Krankheitskosten hin zu Investitionen in Gesundheit.

Bartz: Das stimmt. Man sieht das zunehmend in der Medizin. In den klassischen Behandlungspfaden wurde lange Zeit mit dem billigsten Wirkstoff begonnen und dann langsam eskaliert, anstatt gleich den innovativen, in der Regel teureren Wirkstoff einzusetzen, um Chronifizierungen oder Erosionsprozesse möglichst zu stoppen. Seit einiger Zeit setzt sich in vielen Fachrichtungen mehr und mehr die Denkweise des „hit hard and early" oder heute eher die des „hit smart and early" durch. Mit innovativen Medikamenten steigen einerseits zwar die Behandlungskosten, dafür sinken andererseits die Kosten für Krankheitsfolgen, Behandlungszeiten sowie intangible Folgekosten. Leider wird in solchen Modellen seltenst gerechnet. Ich bin jedoch überzeugt, dass sich diese Denkschule in vielen Therapien im Sinne des Patientennutzens durchsetzen wird.

Danner: Was gut ist, wenn es durch den Nutzennachweis evident belegt ist. Doch nur dann. <<

Die Herren Bartz und Danner, danke für das Gespräch.

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Zitationshinweis

Danner, M., Bartz, H., Stegmaier, P.: „Die Patientenzentrierung muss der Maßstab für alles sein", in „Monitor Versorgungsforschung" (05/23), S. 6–12. http://doi.org/10.24945/MVF.05.23.1866-0533.2535

GESUNDHEITS·
FOREN

FOKUSTAG 6. NOVEMBER 2023

PRIMÄRPRÄVENTION: VON DER THEORIE IN DIE PRAXIS

Der Wert von Impfprävention und Investition in Daten

Satzungsimpfleistungen – Mindset, Treiber und Erfahrungen von GKV und PKV

Impfungen sind nur kostspielig, oder?

Entscheidungskriterien für Satzungsimpfleistungen

Die Bedeutung hoher Impfquoten für ein nachhaltiges Gesundheitssystem

Veranstaltungsort:
Salles de Pologne | Konferenzetage — Hainstraße 16 | 04109 Leipzig

Preise für die Teilnahme:
150 Euro (zzgl. MwSt.) pro Teilnehmer |
100 Euro (zzgl. MwSt.) pro Teilnehmer für Forenpartnerunternehmen der Gesundheitsforen

www.gesundheitsforen.net/primaerpraevention

Detaillierte Prävalenzdaten aus dem AOK Nordost-Gesundheitsatlas

Teichert: „Regierung muss gegensteuern“

Der seit Kurzem auf der AOK-Nordost-Website veröffentlichte interaktive AOK Nordost-Gesundheitsatlas gibt detaillierte Einblicke, wie weit verbreitet die zehn häufigsten chronischen Erkrankungen in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern sind. Und zwar nicht nur auf Ebene der Landkreise oder Bezirke, sondern für jeden der insgesamt 3.054 Ortsteile in den drei Bundesländern.. Ob Adipositas, Depressionen oder Rückenschmerzen: Der Atlas zeigt mit animierten Karten auf, wo und wie sehr diese Volkskrankheiten seit 2010 zugenommen haben. Und er gibt detaillierte Prognosen für das Jahr 2040.

>> So unterschiedlich kann die Prävalenz in einem Landkreis sein – nur wussten das bisher weder die Politikverantwortlichen auf Kommunal- oder Landes- oder auch Bundesebene. Bis jetzt: Denn die sehr feingliedrige Auflösung des neuen AOK Nordost-Gesundheitsatlas zeigt, dass mitunter zwischen Gebieten mit geringer und hoher Krankheitslast nur wenige Kilometer oder in Städten gar nur wenige Hundert Meter liegen:

- Beispiel Berlin-Mitte: Am Arkonaplatz hat nur jeder dreizehnte AOK-Versicherte Adipositas, ein paar hundert Meter weiter an der Brunnenstraße aber jeder Neunte. Im Kiez rund um die Immanuelkirchstraße im Prenzlauer Berg sind dagegen nur rund 6% der AOK-Versicherten adipös – ein berlinweiter Tiefstwert. Der Ortsteil Oberspree in Treptow-Köpenick liegt wiederum am anderen Ende der Skala: Rund 19% sind hier stark übergewichtig. Also mehr als dreimal so viele. Generell gilt, dass in Berlin sich Prävalenzen von mehr als 15% tendenziell eher im Osten und Süden der Bundeshauptstadt befinden.
- Beispiel Rostock (MV): Im Ortsteil Hansaviertel sind 9,5% der AOK-Versicherten von Adipositas betroffen. Im nördlich angrenzenden Ortsteil Reutershagen haben dagegen 12,2% der Menschen die Diagnose Adipositas. Direkt darüber liegt der dunkelgrün eingefärbte Ortsteil Evershagen, hier haben 16% der AOK-Versicherten eine Adipositas-Diagnose.
- Beispiel Landkreis Potsdam-Mittelmark (BB) In der Gemeinde Nuthetal sind 9,6% der AOK-Versicherten von Adipositas betroffen. Im südlich angrenzenden Michendorf haben dagegen 12,7% der Menschen die Diagnose Adipositas. Direkt darunter liegt die dunkelgrün eingefärbte Gemeinde Seddiner See, hier haben 14,5% der AOK-Versicherten eine Adipositas-Diagnose.

Ob Stadt oder Land, der Trend geht bei Adipositas in eine Richtung: meist nach oben. Jedoch zeigt zum Beispiel in Brandenburg die kleinräumige Karte des Gesundheitsatlas große regionale Unterschiede. AOK-Versicherte, die im Speckgürtel von Berlin wohnen, sind im Schnitt weniger häufig adipös, in berlinfernen Regionen sind die Menschen im Schnitt häufiger adipös:



Daniela Teichert, Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost.

- In Berlin haben 2021 hochgerechnet rund 380.000 Menschen eine ärztliche Diagnose für Adipositas. Das sind rund ein Drittel mehr Menschen als noch zehn Jahre zuvor.
- In Mecklenburg-Vorpommern (MV) hat jeder siebte AOK-Versicherte eine Adipositas-Diagnose. Das sind 53% mehr Menschen als noch vor zehn Jahren. Auch hier mit starker regionaler Diversität: Im Ortsteil Göhren auf Rügen sind nur rund 4% der AOK-Versicherten adipös – ein Tiefstwert in MV. Die Gemeinde Dargun im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte liegt hingegen am anderen Ende der Skala: Rund 29% sind hier stark übergewichtig. Also mehr als siebenmal so viele.
- In Brandenburg (BB) hat jeder achte AOK-Versicherte (13%) eine Adipositas-Diagnose. Das sind 41% mehr Menschen als noch vor zehn Jahren, als es noch 9% waren. Damit leiden hochgerechnet etwa 313.000 Brandenburger:innen laut AOK-Analyse an Adipositas. Und das sind nur die ärztlich diagnostizierten Fälle, die Dunkelziffer liegt weit höher.

Das Robert Koch-Institut hatte 2012 in einer repräsentativen Stichprobe ermittelt, dass 23% der Deutschen adipös sind. Neuere repräsentative Zahlen des RKI liegen nicht vor, jedoch sind die aktuellen AOK Nordost-Zahlen annähernd repräsentativ, denn die Gesundheitskasse ist immerhin die größte Krankenversicherung in den Bundesländern

Hintergrund

Für den AOK Nordost-Gesundheitsatlas wurden die Abrechnungsdaten der Jahre 2010 bis 2021 von rund 1,7 Millionen AOK-Versicherten in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern ausgewertet. Für die dargestellten Erkrankungen wurde dabei das M2Q-Kriterium verwendet. Demnach gilt ein Versicherter oder eine Versicherte als erkrankt, wenn mindestens zwei gesicherte Diagnosen aus dem ambulanten Bereich oder eine gesicherte Diagnose aus dem stationären Bereich für das jeweilige Jahr vorlagen. Auf Versichertenebene wurden zudem die Merkmale Alter, Geschlecht, arbeitslos oder nicht arbeitslos und deutsche oder ausländische Staatsbürgerschaft betrachtet. Die Versicherten wurden anhand ihrer Wohnadresse für die Darstellung der Erkrankungsprävalenz den Gemeinden und Ortsteilen zugeordnet. Für die Prognose wurden speziell die Postleitzahlen herangezogen und für die Berechnung der Risikofaktoren die Geomarkets. Die animierte Darstellung der Erkrankungsprävalenzen basiert auf den Abrechnungsdaten der Jahre 2010 bis 2021. Für die kleinräumige Darstellung der sogenannten Erkrankungsprävalenz wurden die Versicherten anhand ihrer Wohnadresse Gemeinden und Ortsteilen zugeordnet. Um Aussagen zum Grad der sozialen Benachteiligung und zur Facharztdichte der Ortsteile tätigen zu können, wurde auf einen kommerziellen Datensatz, die sogenannten Geomarkets der Firma WIGeoGIS, zurückgegriffen. Ein Geomarket besteht aus rund 440 Einwohner:innen und bietet eine Vielzahl an demografischen und sozioökonomischen Kennziffern, die durch die Aggregation wesentlich differenzierter sind als Daten der amtlichen Statistik. Die soziale Benachteiligung wurde mithilfe eines Deprivationsindex gemessen. Der Index besteht aus den Domänen Arbeitslosigkeit, Beschäftigtenquote, Anteil Einwohner:innen ohne Bildungsabschluss, Anteil Einwohner:innen mit Hoch- und Fachhochschulabschluss sowie durchschnittliche Kaufkraft.

Berlin, Brandenburg und MV. Grundlage der Auswertung bilden die Abrechnungsdaten der AOK Nordost des Jahres 2021. Von den insgesamt 1,834 Millionen Versicherten, die 2021 mindestens einen Tag versichert waren, sind 1,705 Millionen mit Wohnort in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern in die Auswertung einbezogen worden.

Aus Planungssicht erfordert die zukünftige Verstärkung regionaler Unterschiede bei den untersuchten Erkrankungen einen stärker lokal fokussierten Ansatz. Während insbesondere Berlin und der Berliner Speckgürtel einen Anstieg chronisch Erkrankter verzeichnen werden, nehmen die chronisch Erkrankten in einigen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns und Brandenburgs deutlich ab. Die Planung der haus- und fachärztlichen Versorgung sollte sich daher auf Regionen konzentrieren, die einen Anstieg chronisch Erkrankter verzeichnen wird, während gleichzeitig sicherzustellen ist, dass Regionen mit einer Abnahme der chronisch Erkrankten haus- und fachärztliche Versorgung in zumutbarer Fahrtzeit erreichen können.

„Es ist besorgniserregend, dass die Adipositas-Häufigkeit in Berlin stark zugenommen hat“, erklärte Daniela Teichert, Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost. Der Gesundheitsatlas zeige neben der Darstellung der reinen Krankheitslast aber auch eindrücklich, dass Adipositas der wichtigste Risikofaktor für die meisten anderen chronischen Krankheiten ist. Teichert: „Die Bundesregierung ist aufgerufen, gegenzusteuern und verbindliche Reduktionsziele für den Fett- und Zuckergehalt von Lebensmitteln zu verabschieden. Aber auch Betriebe, Kitas, Schulen und die Kommunen in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern sowie Berliner Bezirke sind gefordert, mehr zu tun, um Adipositas wirksam vorzubeugen. Wir unterstützen gerne dabei.“

Dr. Boris Kauhl, bei der AOK Nordost für regionale Analysen mit Geographischen Informationssystemen (GIS) zuständig, hat den AOK-Nordost-Gesundheitsatlas federführend entwickelt. Auch für ihn als Geodatenanalyst ist die Zunahme der Adipositas-Häufigkeit ein alarmierender Befund, weil Adipositas einer der wichtigsten Risikofaktoren für schwere chronische Folgeerkrankungen ist, vor allem für Typ-II-Diabetes, Hypertonie und für die koronare Herzkrankheit (siehe Kurzinterview).

Der Gesundheitsatlas zeigt konkret, dass AOK-Versicherte mit Adipositas ein rund doppelt so hohes Risiko haben, an Rückenschmerzen, Depressionen, Asthma und der

Wie Kassendaten gepaart mit Geoinformationen helfen können, eine bessere Versorgung zu etablieren

>> Herr Dr. Kauhl, der AOK-Nordost-Gesundheitsatlas, den sie federführend entwickelt haben, hat zutage gefördert: In Berlin haben 2021 hochgerechnet rund 380.000 Menschen eine ärztliche Diagnose für starkes Übergewicht, also für Adipositas bekommen. Das sind rund ein Drittel mehr Menschen als noch zehn Jahre zuvor. Auch in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern haben die Adipositas-Diagnosen ähnlich stark zugenommen. Wie bewerten Sie das?

Das ist ein alarmierender Befund, weil Adipositas einer der wichtigsten Risikofaktoren für schwere chronische Folgeerkrankungen ist, vor allem für Typ-II-Diabetes, Hypertonie und für eine koronare Herzkrankheit. Das gilt aber auch für Erkrankungen, an die man nicht zwangsläufig sofort denkt. Beispielsweise verschiedene Arten von Krebs wie zum Beispiel Dickdarmkrebs oder auch für Depressionen. Zudem zeigt sich, dass adipöse Menschen ein höheres Risiko für schlechtere Behandlungsverläufe bei Atemwegserkrankungen wie COPD und Asthma haben

Diese Erkenntnisse haben Sie ebenfalls durch Ihre Analysen für den Gesundheitsatlas gewinnen können. Hat es Sie selbst überrascht, dass adipöse AOK-Versicherte im Schnitt doppelt so häufig an Rückenschmerzen, Asthma oder Depressionen leiden wie normalgewichtige Versicherte?

Dass es einen Zusammenhang gibt zwischen Adipositas und vielen chronischen Erkrankungen, das wusste ich aus der wissenschaftlichen Literatur. Dass wir nun genau beziffern können, um wieviel höher das Risiko ist, war auch für mich eine spannende Erkenntnis. Am überraschendsten für mich und auch für viele Kolleginnen und Kollegen hier bei der AOK Nordost aber ist die Erkenntnis, wie ausgeprägt die kleinräumigen regionalen Unterschiede eigentlich sind. Dass also zum Beispiel in Berlin-Mitte am Arkonaplatz nur jeder dreizehnte Versicherte Adipositas hat – ein paar Hundert Meter weiter an der Brunnenstraße aber jeder Neunte.



Ist diese kleinräumige Auflösung auch der Mehrwert, den der AOK-Nordost-Gesundheitsatlas gegenüber dem Gesundheitsatlas Deutschland hat?

Der Gesundheitsatlas Deutschland, den das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) im Mai veröffentlicht hat, bietet einen super Überblick über die gesundheitliche Lage der Regionen in Deutschland. Er beschränkt sich aber eben nur auf Ebene der Landkreise. Unsere Ansprechpartner als AOK Nordost in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern sind allerdings wesentlich lokaler. Das sind beispielsweise lokale Arztnetze, medizinische Versorgungszentren und kassenärztliche Vereinigungen. Deshalb wollten wir mit unserem Gesundheitsatlas herausfinden, wo genau unsere Hotspots, also die Erkrankungs-schwerpunkte sind. Wir haben allein in Berlin 3,8 Millionen Einwohner:innen und eine sehr unterschiedliche Sozialstruktur innerhalb der Bezirke. In Brandenburg haben wir einerseits den Speckgürtel – und andererseits berlinferne Regionen. Und auch in Mecklenburg-Vorpommern gibt es ein ausgeprägtes Stadt-Land-Gefälle. Da macht es absolut Sinn, sehr genau hinzuschauen.

Wie hilft die sehr feine Auflösung des Gesundheitsatlas konkret dabei, die Versorgung für die Menschen zu verbessern?

Sie hilft konkret dabei, neue Arztsitze dorthin zu vergeben, wo die ärztliche Versorgung am dringendsten gebraucht wird. Die Bedarfsplanung der Haus- und Fachärzte ist ja organisiert zwischen der kassenärztlichen Vereinigung und den Vertretern der Krankenkassen. Dabei wird eine bestimmte Anzahl an Arztsitzen pro Landkreis ausgeschrieben. Wenn wir als AOK Nordost mithilfe des Gesundheitsatlas wissen, dass in einigen Gemeinden beispielsweise die Prävalenz von Diabetes Typ 2 besonders hoch ist, dann können wir im Zulassungsausschuss darauf hinwirken, dass sich die Fachärzt:innen genau in den Gemeinden niederlassen, wo sie auch gebraucht werden. Und nicht beispielsweise im Berliner Speckgürtel, wo bereits eine hohe Facharztdichte vorhanden ist.

Warum weichen die Zahlen zu Adipositas in manchen Regionen so stark voneinander ab, obwohl die Regionen nicht weit auseinander liegen? Beispiel Region Elbe Elster mit Zahlen von 21% sowie auch 41%.

Das lässt sich im Wesentlichen durch die sehr kleinräumigen Unterschiede des Deprivationsindex und der Arbeitslosenquote unserer Versicherten erklären, die sehr stark regional variiert. Zwischen Geomarkets mit guter sozialer Lage und Geomarkets in schlechter sozialer Lage liegen oftmals nur wenige Kilometer.

Hilft der Atlas auch dabei, Präventionsprojekte für Adipositas wie die GemüseAckerdemie, Henrietta und wildGreen künftig noch gezielter dort anzusiedeln, wo besonders viele Menschen von Adipositas betroffen sind?

So ist es. Bisher wussten wir, dass wir nicht unbedingt nach Berlin-Zehlendorf gehen müssen, sondern uns um Neukölln und Kreuzberg kümmern müssen. Jetzt wissen wir ganz genau: Wir müssen uns in Kreuzberg um den Oranienplatz und in Neukölln um die Glasower Straße kümmern – denn dort sind unsere Hotspots. Wir können das Problem also wesentlich genauer eingrenzen. Und schlussendlich hilft das auch, das zur Verfügung stehende Geld viel gezielter und wirkungsvoller einzusetzen. <<

Das Interview stammt vom AOK-Nordost-Forum. Danke für die Abdruckgenehmigung.

Lungenkrankheit COPD zu erkranken. Von einer koronaren Herzkrankheit sind laut Datenauswertung adipöse Menschen rund 120% häufiger betroffen, von Diabetes rund 450% häufiger und von Bluthochdruck sogar rund 620% häufiger. Aber auch für Dickdarmkrebs (36%) und bösartige Krebs-Neubildungen (46%) haben adipöse AOK-Versicherte ein höheres Risiko.

Risikofaktoren für Adipositas

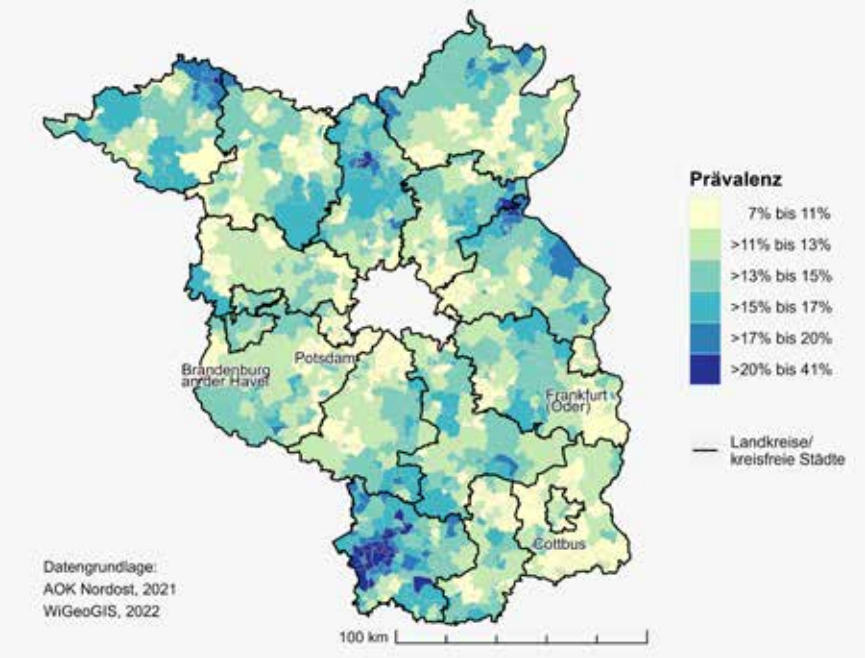
Der Gesundheitsatlas zeigt aber auch, dass besonders die Bewohner:innen sozial benachteiligter Ortsteile und Gemeinden von Adipositas stärker betroffen sind. Sie haben zum Beispiel ein 13% höheres Risiko für Adipositas als die Bewohner:innen der reichsten Brandenburger Ortsteile und Gemeinden. Und arbeitslose AOK-Versicherte haben sogar ein 22% höheres Risiko, an Adipositas zu erkranken. Versicherte mit ausländischer Staatsbürgerschaft haben wiederum ein 22,3% geringeres Risiko für Adipositas als Versicherte mit deutscher Staatsbürgerschaft.

Weitere Risikofaktoren – Ergebnisse des Regressionsmodells (siehe Tab. 1) für Adipositas – sind:

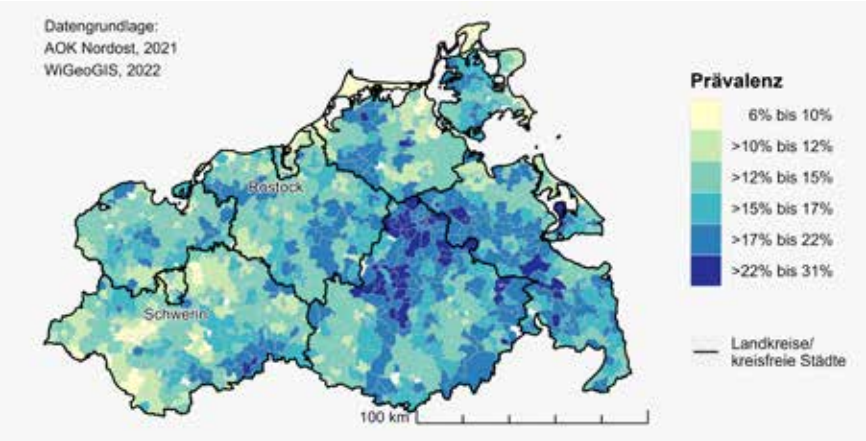
- Frauen haben ein 28,5% höheres Risiko für Adipositas als Männer.
- Mit jedem Altersjahr steigt das Adipositas-Risiko um 2,5%.
- Die Verteilung von Praxen der Hausärzt:innen, Fachinternist:innen sowie Endokrinolog:innen haben keinen signifikanten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit einer Diagnose von Adipositas.
- Steigt die Dichte der Berufspendelnden am Wohnort der oder des Versicherten um 1%, erhöht sich das Risiko für Adipositas um 0,5%.
- Der Anteil an Ein-Personen-Haushalten hat keinen signifikanten Einfluss auf das Adipositas-Risiko
- Steigt der Anteil an Haushalten mit Kindern um 1%, erhöht sich das Adipositas-Risiko um 0,2%.

Deprivation an sich hat einen deutlichen Einfluss auf das Adipositas-Risiko. Im Vergleich zu den 20% am wenigsten sozial benachteiligten Geomarkets haben Versicherte im 2. Quintil ein 3,1% höheres Risiko, im 3. Quintil ein 7,4% höheres Risiko, im 4. Quintil ein 10,8% höheres Risiko und Versicherte in den 20% am stärksten sozial benachteiligten Geomarkets ein 12,9% höheres Risiko für Adipositas.

Adipositas-Prävalenz Brandenburg



Adipositas-Prävalenz Mecklenburg-Vorpommern



Adipositas-Prävalenz Berlin

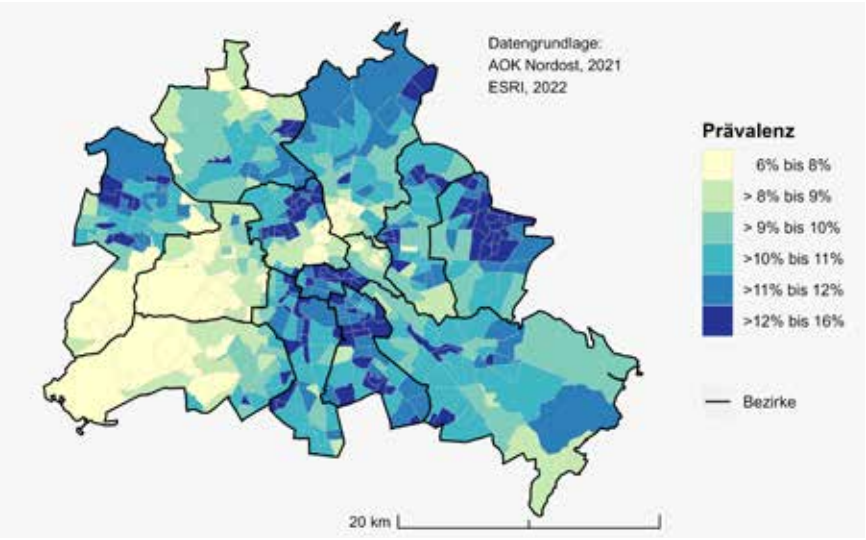


Abb. 1-3: Adipositas-Prävalenzen in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Berlin, jeweils alters- und geschlechtsstandardisiert. Quelle: https://aok-nordost-forum.de/aok-nordost-gesundheitsatlas-adipositas/.

Regressionskoeffizienten für Adipositas		
Variable	**Koeffizient**	**95 % KI**
Geschlecht: Weiblich (Ref.: Männlich)	1,285	1,273 – 1,297
Alter in Jahren	1,025	1,025 – 1,025
Ausländische Staatsbürgerschaft (Ref.: Deutsch)	0,777	0,765 – 0,790
Arbeitslos (Ref.: Alle anderen Versichertenarten)	1,220	1,202 – 1,237
Hausärzte pro 100.000 Einwohner:innen (EW)	1,000	1,000 – 1,001
Fachärztliche Internistinnen und Internisten pro 100.000 EW	0,990	0,974 – 1,006
Endokrinolog:innen pro 100.000 EW	1,037	0,995 – 1,079
Anteil Berufspendelnde am Wohnort (%)	1,005	1,004 – 1,006
Anteil Ein-Personen-Haushalte (%)	0,999	0,999 – 1,000
Anteil Haushalte mit Kindern (%)	1,002	1,001 – 1,003
2. Deprivationsquintil (Ref. 1. Deprivationsquintil)	1,031	1,008 – 1,055
3. Deprivationsquintil (Ref. 1. Deprivationsquintil)	1,074	1,048 – 1,099
4. Deprivationsquintil (Ref. 1. Deprivationsquintil)	1,108	1,082 – 1,135
5. Deprivationsquintil (Ref. 1. Deprivationsquintil)	1,129	1,097 – 1,160

Tab. 1: Regressionskoeffizienten für Adipositas. Legende: Ref. = Referenzkategorie, KI = Konfidenzintervall. Quelle: https://aok-nordost-forum.de/aok-nordost-gesundheitsatlas-adipositas/.

Prognose von Adipositas bis 2040

Die Anzahl der Einwohner:innen mit Adipositas wird sich nach den aus dem Atlas gewonnenen Erkenntnissen bis 2040 regional sehr unterschiedlich entwickeln:

- Berlin verzeichnet einen besonders starken Zuwachs an Erkrankten. Bis 2040 wird in der ganzen Stadt mit einer starken Zunahme zu rechnen sein.
- In MV wird die Anzahl in einigen PLZ-Bereichen zuerst spürbar erhöhen, ab dem Jahr 2030 allerdings wieder abnehmen.
- In Brandenburg wird vor allem im Berliner Umland die Zahl der Einwohner:innen mit Adipositas zunehmen. In den restlichen Regionen kommt es zu einer deutlichen Abnahme. <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

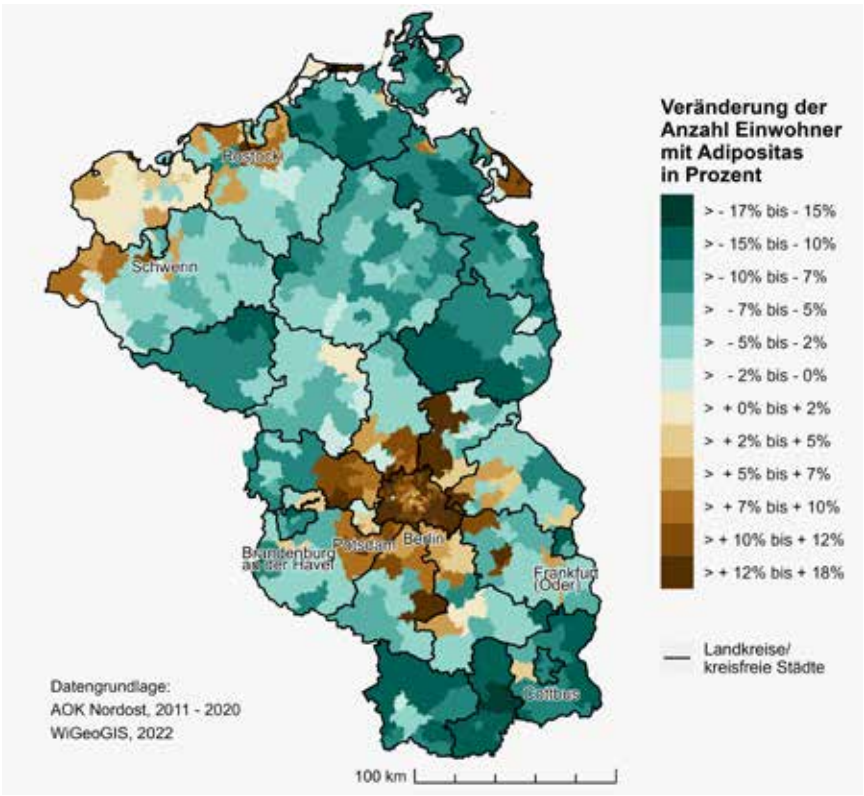
Quelle: https://aok-nordost-forum.de/aok-nordost-gesundheitsatlas-adipositas/

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Teichert: „Regierung muss gegensteuern“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/23), S. 14–17. http://doi.org/10.24945/MVF.05.23.1866-0533.2536

Abb. 4: Prognose der Adipositas-Prävalenz: Gesamtbevölkerung BE, BB, MV (2012–2030). Quelle: https://aok-nordost-forum.de/aok-nordost-gesundheitsatlas-adipositas/.

Prognose der Adipositas-Prävalenz: Gesamtbevölkerung BE, BB, MV (2012–2040)



Telemedizin in Pflegeheimen

>> Um gerätegestützte Telemedizin in Pflegeheimen zu stärken, ermöglicht die AOK Nordost seit 1. August interessierten Ärztinnen und Ärzten bzw. Versorgungszentren und Pflegeheimen die Abrechnung von telemedizinischen Leistungen. Die Kasse verspricht sich von der digitalen Fernbehandlung eine Entlastung von Ärzten und Pflegefachkräften in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern. Arztpraxen, die an dem Vertrag teilnehmen möchten, benötigen nach Angaben der AOK lediglich ein Tablet oder Smartphone sowie die App des gewählten Telemedizin-Anbieters, über die sich die Ärzt:innen mit der Telemedizin im Pflegeheim verbinden. Ärzt:innen erhalten für die erste Behandlung im Quartal mit Geräte gestützter Telemedizin für jeden eingeschriebenen Versicherten 30 Euro. Die Kosten für die Geräte tragen sie selbst. Teilnehmen können alle Hausärzt:innen in den Ländern Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg, die mit einem Pflegeheim nach Paragraf 119b SGB V kooperieren. In einem vorgeschalteten Pilotprojekt hatte die Krankenkasse den Einsatz von Telemedizin neun Monate lang getestet. Zum Einsatz kam dabei ein Telemedizin-Produkt des Startups MedKitDoc. Im Selektivvertrag ist kein Anbieter vorgegeben. <<

Stellungnahmen zum Gesetz zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten

GDNG und DigiG sind auf dem Weg

Nach der Publikation des Referentenentwurfs des Gesetzes zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten (Gesundheitsdatennutzungsgesetz – GDNG) am 4. August und der Fachanhörung am 8. August, wurde der Kabinettsentwurf am 30. August 2023 und - ebenso wie das „Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens“ (Digital-Gesetz - DigiG) am 30. August vom Bundeskabinett verabschiedet. Der Zeitrahmen war eng, sollen doch die Gesetzesnovellen bereits am 1. Januar 2024 in Kraft treten. Im Vorfeld brachten sich viele Akteure mit zahlreichen Stellungnahmen, Anregungen, Empfehlungen und Hinweisen in den politischen Willenbildungsprozess ein.

>> „Die Digital-Gesetze sind das Fundament digitaler Versorgung und Forschung in unserem Gesundheitssystem“, erklärte Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach anlässlich der Verabschiedung der beiden Gesetze – das Gesundheitsdatennutzungsgesetz, kurz GDNG) und das „Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens“ (Digital-Gesetz, kurz DigiG) – durch das Bundeskabinett: „Damit starten wir sowohl im Versorgungsalltag wie in der Forschung eine Aufholjagd und bauen in Deutschland eine der modernsten medizinischen Digitalinfrastrukturen in Europa auf.“ Patienten sollten sich darauf verlassen können, dass ihre Gesundheitsdaten überall sicher genutzt werden, um sie besser zu versorgen. Und Wissenschaftler sollen, so Lauterbach weiter, „sicher sein, dass sie in Deutschland die beste Voraussetzung für ihre Forschung bekommen“. Im Anschluss an diese beiden Gesetze, die jetzt ins Kabinett gehen, wird Lauterbachs Worten zufolge noch dieses Jahr ein Medizinforschungsgesetz zur umfassenden Beschleunigung von Klinischen Studien vorgelegt. „Mit diesen Reformen starten wir einen Fasttrack, um Krebsforschungs- und Demenzstudien durchzuführen und andere wichtige Forschungsfragen in der Medizin zu beantworten“, sagte der Bundesgesundheitsminister. Sein Wunsch sei es, dass wir „KI – am besten „Made in Germany“ – einsetzen, um in der Entwicklung von Arzneimitteln und Medizinprodukten wieder Spitze zu werden.“

Als Kernelement des Digital-Gesetzes wird die ePA ab 2025 für alle gesetzlich Versicherten, die dem nicht widersprechen, bereitgestellt (Opt-out). Sie wird den Austausch und die Nutzung von Gesundheitsdaten vorantreiben und die Versorgung gezielt unterstützen – im ersten Schritt durch die Einführung eines digitalen Medikationsmanagements. Zudem wird das E-Rezept als verbindlicher Standard in der Arzneimittelversorgung eingerichtet.

Mit dem GDNG wird hingegen die Grundlage für eine bessere Verfügbarkeit von Gesundheitsdaten geschaffen, um, so die Intention der Politik, eine „optimale medizinische Versorgung bieten zu können und den Gesundheits-, Forschungs- und Wirtschaftsstandort Deutschland an die Weltspitze heranzuführen“. Zentraler Bestandteil ist die erleichterte Nutzbarkeit von Gesundheitsdaten für gemeinwohlorientierte Zwecke. Dazu wird unter anderem eine dezentrale Gesundheitsdateninfrastruktur mit einer zentralen Datenzugangs- und Koordinierungsstelle für die Nutzung von Gesundheitsdaten aufgebaut. Zudem wird mit dem Gesetz der Aufbau einer international wettbewerbsfähigen Gesundheitsdateninfrastruktur vorangetrieben.

Die Gesetzesinhalte in Kürze

Digitalgesetz

- Die elektronische Patientenakte (ePA) wird Anfang des Jahres 2025 für alle gesetzlich Versicherten eingerichtet werden. Wer die ePA nicht nutzen möchte, kann dem widersprechen (**Opt-out**). Für privat Versicherte können die Unternehmen der PKV ebenfalls eine widerspruchsbasierte ePA anbieten.
- Mit der ePA erhalten die Versicherten eine vollständige, **weitestgehend automatisch erstellte, digitale Medikationsübersicht**. In enger Verknüpfung mit dem E-Rezept werden so ungewollte Wechselwirkungen von Arzneimitteln besser vermieden und Ärztinnen und Ärzte im Behandlungsprozess unterstützt.
- Das E-Rezept wird weiterentwickelt und **ab 1. Januar 2024 als verbindlicher Standard** in der Arzneimittelversorgung etabliert und die Nutzung für die Versicherten per elektronischer Gesundheitskarte und ePA-App stark vereinfacht.
- Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) werden tiefer in die Versorgungsprozesse integriert und ihr Einsatz transparent gemacht. Mit der Ausweitung der DiGA auf digitale Medizinprodukte der Risikoklasse IIb werden sie auch für komplexere Behandlungsprozesse – z.B. für das **Telemonitoring** – genutzt werden können.
- Damit die Telemedizin fester Bestandteil der Gesundheitsversorgung wird, werden die Mengenbegrenzungen aufgehoben. Mit der assistierten Telemedizin wird außerdem ein niedrigschwelliger Zugang zur Versorgung geschaffen.
- Ein **Digitalbeirat** bei der gematik, der unter anderem mit Vertretern des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI), der Medizin und Ethik besetzt sein wird, soll künftig die gematik bei all ihren Festlegungen mit abgewogenen Empfehlungen zu Fragen des Datenschutzes, der Datensicherheit, der Datennutzung und der Anwenderfreundlichkeit beraten.

Gesundheitsdatennutzungsgesetz

- Eine **zentrale Datenzugangs- und Koordinierungsstelle für die Nutzung von Gesundheitsdaten** wird bürokratische Hürden abbauen und den Zugang zu Forschungsdaten erleichtern. Hier werden erstmalig Daten aus verschiedenen Datenquellen miteinander verknüpft werden können. Die Zugangsstelle soll als zentrale Anlaufstelle für Datennutzende fungieren.
- Die federführende Datenschutzaufsicht für länderübergreifende Forschungsvorhaben soll auf alle Gesundheitsdaten ausgeweitet werden. Die datenschutzrechtliche Aufsicht für länderübergreifende Forschungsvorhaben im Gesundheitswesen wird durch eine/n Landesdatenschutzbeauftragte/n koordiniert.
- Das Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ) beim BfArM wird weiterentwickelt. **Für die Antragsberechtigung ist nicht mehr ausschlaggebend, wer beantragt, sondern wofür.** Entscheidung sind die im Gemeinwohl liegenden Nutzungszwecke.
- Für die **Datenfreigabe aus der ePA wird ein Opt-out-Verfahren** eingeführt, um die Nutzung der Daten aus der ePA zu den zulässigen Zwecken des FDZ zu verbessern. Es wird eine einfache Verwaltung der Widersprüche eingerichtet, damit Patient:innen über die Freigabe ihrer Daten für die Forschung oder weitere Zwecke an das FDZ entscheiden können.
- **Kranken- und Pflegekassen dürfen Daten verarbeiten, wenn dies nachweislich dem individuellen Schutz der Gesundheit der Versicherten dient, zum Beispiel der Arzneimitteltherapiesicherheit oder der Erkennung von Krebserkrankungen oder seltenen Erkrankungen**.

Das Wissensunternehmen
Von der Information zur Innovation

Tiefe Analysen für Real World Evidence

Indem wir Gesundheit, Mobilität, Bildung und Wohnen mit soziodemographischen und Umwelt-faktoren verbinden, bekommt Real World Evidence aus multiplen Datenquellen eine neue Dimension.

www.iges.com

Ein Unternehmen der IGES Gruppe.



Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „GDNG und DigiG sind auf dem Weg“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/23), S. 18, 20. http://doi.org/10.24945/MVF.05.23.1866-0533.2537

Genau dafür hatten sich im Vorfeld mehrere Stakeholder stark gemacht; hier einige Auszüge im jeweiligen Originalzitat:

AOK-Bundesverband

Positiv „Die Intention des Referentenentwurfes für ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz, Gesundheitsdaten für die Verbesserung von Versorgung, Öffentlicher Gesundheit, Forschung, Innovation und der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zu nut-zen, wird von der AOK-Gemeinschaft ausdrücklich begrüßt und unterstützt. Der vorliegende Referentenentwurf bietet eine gute Grundlage, um die vorliegenden Gesundheitsdaten künftig noch systematischer und effektiver für die Verbesserung der Versorgung und für die Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems zu nutzen. Einige Maßnahmen, wie die Verknüpfung von Daten aus dem Forschungsdatenzentrum und jenen aus den Krebsregistern sowie die angestrebte Möglichkeit, auch den Krankenkassen die Nutzung von Daten ihrer Versicherten zur Gesundheitsförderung zu ermöglichen, sind positiv hervorzuheben.“

„Die Zielsetzung, die Krankenkassendaten aus dem Forschungsdatenzentrum mit den Daten der regionalen Krebsregister zu verbinden, wird von der AOK-Gemein-schaft begrüßt, denn hierdurch lassen sich wertvolle Erkenntnisse für die Versorgung gewinnen. Studien belegen den Erkenntnisgewinn durch die Verknüpfung von Sekundär- und Krebsregisterdaten, wie zuletzt auch die von der AOK unterstützte Studie zur Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren (WiZen) gezeigt hat.“

Barmer

Positiv: „Bislang legen Bundes- und Landesaufsichten die Datenschutzregelungen für Gesundheitsdaten unterschiedlich aus. Dies erschwert nicht nur die Nutzung der Daten für die Versorgung, sondern sorgt auch für ungleiche Wettbewerbsbedingungen für die gesetzlichen Krankenkassen bei Digitalangeboten. Mit dem GDNG soll nun die Datenschutzaufsicht neu ausgerichtet werden: Der Bundesdatenschutzbeauftragte würde dadurch eine einheitliche Datenschutzaufsicht über alle Kranken- und Pflegekassen, die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen sowie deren Dachorganisationen erhalten. Die vorgesehene Harmonisierung ist nach Ansicht der Barmer dringend notwendig, um künftig ein einheitliches Handeln der zuständigen Datenschutzbehörden zu gewährleisten.“

Gemeinsamer Bundesausschuss

Positiv: „Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) begrüßen die im Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) enthaltenen Maßnahmen zur verbesserten Gesundheitsdatennutzung zu Forschungszwecken als Basis für eine qualitativ hochwertige Versorgung von Bürgerinnen und Bürgern. Langjährige Diskussionen verweisen auf ungenutzte Datenressourcen im deutschen Gesundheitssystem, mit denen Wissen für mehr Gesundheit und eine individuellere Versorgung generierbar ist. Der Aufbau des Europäischen Gesundheitsdatenraums ist dabei ein wichtiger Motivator dieser Entwicklung.“

„Mit der Regelung in § 1 des Gesetzes zur Nutzung von Gesundheitsdaten (GDNG) wird mit der Datenzugangs- und Koordinierungsstelle für Gesundheitsdaten eine zentrale Institution für Datennutzende geschaffen. Zu ihren Aufgaben soll die Etablierung u. a. eines öffentlichen Metadaten-Katalogs, die Beratung der Datennutzenden bei Antragsstellung sowie die Entgegennahme und Weiterleitung von Anträgen auf sekundäre Datennutzung gehören. Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA halten es für richtig, dass die Datenzugangs- und Koordinierungsstelle in ihrer Mittlerrolle zwischen Datenhaltern und Datennutzern Anträge auf Datennutzung an die zuständige Stelle weiterleiten soll und verstehen dies so, dass die abschließende Entscheidung über den Antrag durch die zuständige Stelle erfolgt.“

Negativ: „Der Referentenentwurf sieht aber bisher keine Regelung vor, durch den mit hinreichender Bestimmtheit der konkrete Anwendungsbereich des GDNG verbindlich festgelegt und begrenzt würde. Aus dem Regelungstext ergibt sich insbesondere auch nicht, in welchem Verhältnis das GDNG zu § 137a Absatz 10 SGB V steht. Aufgrund der verfassungsrechtlich gebotenen Normenklarheit sollten gerade im Zusammenhang mit der Verarbeitung von Gesundheitsdaten klare gesetzliche Vorgaben angestrebt werden, die möglichst wenig Raum für Auslegungsfragen lassen.“

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi)

Positiv: „Wir unterstützen ausdrücklich das im Referentenentwurf formulierte Ziel, die im Forschungsdatenzentrum vorliegenden pseudonymisierten Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen schneller nutzbar zu machen. Zudem begrüßen wir, dass pseudonymisierte Gesundheitsdaten zukünftig leichter verknüpft und repräsentative Daten aus der elektronischen Patientenakte für die Forschung bereitgestellt werden sollen“.
Negativ: „Sehr kritisch sehen wir hingegen, dass Kranken- und Pflegekassen in Zukunft ermächtigt werden sollen, personenbezogene Daten ohne Zustimmung der Versicherten automatisiert zu bearbeiten. Ziel soll die Früherkennung von seltenen Erkrankungen, Krebsrisiken oder anderen schwerwiegenden Gesundheitsgefährdungen sein. Allerdings öffnet genau diese Art der Datenauswertung auch subtilen Möglichkeiten der Risikoselektion unliebsamer, weil vermeintlich ‚teurer‘ Versicherter, Tür und Tor“.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Positiv: „Die KBV unterstützt grundsätzlich den Ansatz, mehr Gesundheitsdaten für die medizinische Forschung be-reitzustellen, wenn sich dadurch die Versorgung der Bevölkerung weiter verbessert. Dies auch deshalb, da es das Anliegen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten ist, Patientinnen und Patienten durch noch besser ausgefeilte Methoden der Diagnostik und Therapie helfen zu können.“

Negativ: „Die KBV erachtet es als kritisch, dass der Referentenentwurf – in Abkehr von bekannten Vorentwürfen – auf den strafbewehrten Schutz der übermittelten Daten verzichtet. Es wäre wünschenswert, wenn – wie im Umgang mit anderen sensiblen Daten – die besondere Sensibilität der Datensätze auch über ihre Strafbewehrung zum Ausdruck kommt.“

Bundesverband Medizintechnologie (BVMed)

Positiv: „Begrüßt in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf des Gesundheitsdaten-Nutzungsgesetzes (GDNG) die geplante Einrichtung einer Datenzugangs- und Koordinierungsstelle für Gesundheitsdaten und die Anbindung an die Verordnung über den europäischen Raum für Gesundheitsdaten (EHDS). „Entscheidend bleibt dabei ein gleichberechtigter Umgang mit allen Stakeholdern bei der Datennutzung“. <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Anhörung zum HTA-Bericht Shared-Decision-Making (SDM) des IQWiG

>> „Führt eine gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient bei der Therapiewahl zu besseren Ergebnissen?" Dieser wichtigen Frage bei Behandlungsgesprächen ging das IQWiG in einem vorläufigen HTA-Bericht (HT22-01, 04.09.2023) nach. Der durch externe Sachverständige erstellte vorläufige HTA-Bericht (1) zu Shared-Decision-Making (SDM) wird nun zur Anhörung gestellt, wobei schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden können. Stellungnahmen können alle interessierten Personen, Institutionen und Gesellschaften abgeben. Gegebenenfalls wird eine wissenschaftliche Erörterung zur Klärung unklarer Aspekte aus den schriftlichen Stellungnahmen durchgeführt. Diese Anhörung kann dann zu Änderungen und/oder Ergänzungen des HTA-Berichts führen.

Eine Schlussfolgerung des HTA-Berichts lautet zum Beispiel, dass für die patientenrelevanten Endpunkte Mortalität, Morbidität und Lebensqualität kein Nutzen oder Schaden von SDM-Interventionen im Vergleich zur Standardversorgung ohne SDM-Intervention bzw. einer anderen SDM-Intervention abgeleitet werden kann. Für die Intervention „Entscheidungshilfen" wurde hingegen in 6 von 17 untersuchten SDM-bezogenen Endpunkten ein Vorteil im Vergleich zur Standardversorgung ohne SDM-Intervention festgestellt. Das waren die Endpunkte „Umsetzung von SDM/Einbindung des Patienten", „Arzt-Patient-Kommunikation", „Wissen", „richtige Einschätzung von Risiken", „Übereinstimmung zwischen informierter Präferenz und Entscheidung" sowie „Entscheidungskonflikt". Letzterer Endpunkt erstreckte sich auch auf die Dimensionen „Entscheidungssicherheit", „gefühlte Unterstützung," „Informiertheit", „klarere Präferenzen" und „Effektivität der Entscheidung".

Für den Endpunkt „Wissen" wurde außerdem ein Vorteil im Vergleich der patientengerichteten Intervention „Decision Coaching plus evidenzbasierte Information" gegenüber Standardversorgung festgestellt. Die Evidenzqualität für die berichteten statistisch signifikanten Ergebnisse aus Metaanalysen zu diesen Endpunkten war niedrig bis hoch.

Als Bias gibt der HTA-Bericht an, dass insbesondere in den systematischen Übersichten zur SDM-Intervention „Entscheidungshilfen" eine fehlende Einordnung der Effektgrößen bzw. der Relevanz die Interpretation einiger berichteter Ergebnisse erschweren würde. Für diese Endpunkte könnte das Vertrauen in die Ergebnisse verbessert werden, wenn die Autor:innen systematischer Übersichten die Effektgrößen bzw. die Relevanz ihrer Ergebnisse statistisch und inhaltlich bewerteten und diskutierten.

Andererseits sei für andere patientengerichtete SDM-Interventionen als Entscheidungshilfen und für Interventionen bei Leistungserbringer:innen oder bei Interventionen, die bei beiden ansetzten, die Evidenzqualität zu niedrig bzw. die Aussagesicherheit unzureichend und/oder die berechneten Effektschätzer zu schwach gewesen, um hieraus Vorteile abzuleiten. Nachteile seien für keine der SDM-Interventionen und Vergleiche gezeigt worden.

Die klinische und inhaltliche Heterogenität der Indikationen, Studienpopulationen, Interventionen, Vergleiche sowie Endpunkte und Endpunkt-Operationalisierungen stellt die Autorengruppe als durchgehend sehr hoch dar, was sich auch in der berichteten statistischen Heterogenität in den Metaanalysen gezeigt habe. Dies sei auch ein Grund dafür gewesen, dass – abgesehen vom Vergleich Entscheidungshilfen versus Standardversorgung – in den systematischen Übersichten nur wenige Studien in Meta-analysen zusammengefasst werden konnten.

Die Ergebnisse zugunsten der SDM-Interventionen konnten die Autorengruppe trotz der methodischen und inhaltlichen Herausforderungen – auch aufgrund der Übereinstimmung der Effektrichtungen innerhalb und zwischen den systematischen Übersichten – überzeugen. Darüber hinaus sei es plausibel, dass ein Mehr an Wissen, ein Mehr an Umsetzung von SDM, ein Mehr an Patienteneinbindung, eine bessere Kommunikation und eine Verringerung von Entscheidungskonflikten die gemeinsame Entscheidungsfindung im Versorgungsalltag fördern könnten.

Die Kosten von SDM-Interventionen konnten die Autort:innen zwar anhand von Aufwandschätzungen angefragter Forscher- und Arbeitsgruppen grob schätzen; es bleibe aber unklar, wie teuer die regelhafte Bereitstellung von SDM-Interventionen in der Regelversorgung sei und wie die Finanzierung/Erstattung über die GKV erfolgen könnte. Die gesundheitsökonomische Bewertung lasse aber vermuten, dass SDM-Interventionen, insbesondere Entscheidungshilfen, in bestimmten Indikationen und Populationen im Vergleich zur Standardversorgung kosteneffektiv oder gar kosteneinsparend sein können." <<

Quellen:
1: https://t1p.de/8uetd

BMBF fördert Long-/Post-Covid-19

>> Mit der Richtlinie zur Förderung von interdisziplinären Projekten zum Thema Entwicklung und Erprobung von neuen Ansätzen der Datenanalyse und des Datenteilens in der Long-/Post-Covid-19-Forschung will das BMBF erreichen, dass künftig forschungsrelevante Informationen aus der klinisch-epidemiologischen und biomedizinischen Forschung zu Long-/Post-Covid noch besser aus vorhandenen Datensätzen gefiltert und verwendet werden können.

Zudem ist es das Ziel der Förderung, mehr Wissenschaftler:innen aus dem Bereich der Datenanalyse einen niederschwelligen Zugang zu bestehenden Daten aus der Long-/Post-Covid-Forschung zu ermöglichen und so auch die Kooperation zwischen klinischen und methodischen Fächern zu intensivieren. Darüber hinaus können auch übergreifende Auswertungen von Versorgungsdaten, die in eigens zur Behandlung von Long- bzw. Post-Covid-Patient:innen geschaffenen Einrichtungen und Strukturen erhoben werden (zum Beispiel Long-Covid-Ambulanzen, niedergelassene Praxen, Reha-Einrichtungen). Diese sollen exemplarisch zur Generierung von neuen Erkenntnissen beitragen, insbesondere zur Entwicklung besserer Behandlungs- und Versorgungskonzepte.

Die Ziele der Förderrichtlinie sind nach Ansicht des BMBF dann erreicht, wenn aus vorhandenen Daten mit innovativen Verfahren der Datenanalyse und des Datenteilens Zusatzinformationen in neuer und aggregierter Form gewonnen und diese einer forschungsrelevanten Verwertung mit Bezug zu Long-/Post-Covid zugeführt werden.

Mit der Abwicklung der Fördermaßnahme hat das BMBF den Bonner DLR als Projektträger betraut. Es wird empfohlen, zur Beratung mit dem Projektträger Kontakt aufzunehmen, auch sollen dort weitere Informationen und Erläuterungen erhältlich sein. Vordrucke für Förderanträge, Richtlinien, Merkblätter, Hinweise und Nebenbestimmungen können im Internet (1) abgerufen oder unmittelbar beim Projektträger angefordert werden.

In der ersten Verfahrensstufe sind dem Projektträger bis spätestens 11. Dezember 2023 zunächst Projektskizzen in elektronischer Form vorzulegen. Verbindliche Anforderungen an die Projektskizze sind in einem Leitfaden für einreichende Personen (2) niedergelegt. <<

Quellen:
1: https://t1p.de/3tbpq
2: https://t1p.de/nuy5f

Behandlungsfehlerbegutachtung des MD und SEVer-Präventionsliste des Aktionsbündnisses Patientensicherheit

Von „Never Events“ zur SEVer-Präventionsliste

13.059 fachärztliche Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern hat der Medizinische Dienst im Jahr 2022 erstellt. Nach dieser Erhebung wurde in jedem 4. Fall ein Fehler und ein Schaden festgestellt; in jedem 5. Fall war der Fehler Ursache für den erlittenen Schaden. Das geht aus der aktuellen Jahresstatistik zur Behandlungsfehlerbegutachtung hervor, die der Medizinische Dienst (MD) Mitte August dieses Jahres in Berlin vorgestellt hat. Nicht zuletzt weil immer wieder die gleichen Fehler passieren, fordert wie der MD auch das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) ein sogenanntes „Never Event“-Register. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. hat zudem in seiner SEVer-Präventionsliste 22 Ereignisse definiert. Darunter versteht das APS Vorkommnisse mit hohem Schadenspotenzial, die prinzipiell verhinderbar wären. Da immer wieder die gleichen Fehler passieren würden, sei es wichtig, zu analysieren, worauf diese Fehler zurückzuführen sind.

>> Um die Patientensicherheit zu verbessern, sollten schwerwiegende, aber sicher vermeidbare Ereignisse wie Seiten- oder Medikamentenverwechslungen („Never Events“) verpflichtend gemeldet werden. „Das ist internationaler Standard in der Patientensicherheit. Es ist aus Patientensicht nicht hinnehmbar, dass Deutschland das nicht umsetzt“, sagte dazu Dr. Stefan Gronemeyer, Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Bund. Diesen Standpunkt teilt das APS voll und ganz, hat dies jedoch bereits im Jahr 2019 mit einem Positionspapier gefordert (1). Dabei ist diese Forderung nach einer vollständigen und repräsentativen nationalen Statistik aller vermeidbaren un-erwünschten Ereignisse noch viel älter, wie das Aktionsbündnis in ihrem damaligen Positionspapier schrieb. Das APS bezog sich darin auf den bereits im Jahr 2000 erschienenen IOM-Report „To Err is Human“, der in seiner Recommendation 5.1 neben freiwilligen auch verpflichtende nationale Meldesysteme für schwerwiegende Schadensfälle als zentrale Empfehlung beinhaltete: „A nationwide mandatory reporting system should be established that provides for the collection of standardized information by state governments about adverse events that result in death or serious harm. Reporting should initially be required of hospitals and eventually be required of other institutional and ambulatory care delivery settings.“ (2)

„Es ist ein schmaler Grat zwischen dem ehrlichen Anerkennen, dass Fehler in der gesundheitlichen Versorgung niemals vollständig unterbunden werden können, und dem kompromisslosen Einsatz für Patientensicherheit“, schreibt aktuell Dr. Ruth Hecker, die Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V., in ihrem Vorwort zu den Handlungsempfehlungen der SEVer-Liste (3). Sie betont in ihrem Vorwort auch, dass es sich dabei um einen Balanceakt handele, den das APS jedoch mit der vorliegenden Liste („**S**chwerwiegende **E**reignisse, die wir sicher **v**erhindern wollen“) zu begehen bereit sei. Hecker: „Im Vorstand des APS ist uns bewusst, dass, wo immer Menschen arbeiten, es auch zu Fehlern kommen kann. Andererseits sind wir der festen Überzeugung, dass die Einrichtungen in der Verantwortung stehen, alles in ihrer Macht Stehende zu unternehmen, um die hier aufgeführten unerwünschten Ereignisse zu verhindern.“ Wie viele das sind und wie sich diese auf die verschiedenen Fachgebiete verteilen, wird in der aktuellen Jahresstatistik zur Behandlungsfehlerbegutachtung des MD deutlich – aber nicht, welche vermeidbar wären.

Um genau diese Liste vermeidbarer Behandlungsfehler zu erstellen, hatte der APS-Vorstand eine Expertengruppe mit dem Titel „Never Events“ eingesetzt. Ziel dieser Expertengruppe war die Entwicklung einer Liste mit Ereignissen, die durch systemische Sicherheitsbarrieren sicher verhindert werden sollen. Dieser erste Schritt war die Grundlage für die nun publizierte SEVer-Präventionsliste, die im Folgenden durch eine oder mehrere Arbeitsgruppen des APS inhaltlich ausgestaltet werden soll. Dabei gehen die Expert:innen des Aktionsbündnisses davon aus, dass die vom MD detektierten Ereignisse immer als Anzeichen dafür gesehen werden müssen, dass die Sicherheitsbarrieren zur Verhinderung von Patientenschäden in der betreffenden Einrichtung nicht lückenlos gegriffen hätten.

„Damit einher geht der Anspruch, dass jedes auftretende SEVer immer mit allem Nachdruck aufgearbeitet wird, um die systematischen Ursachen zu verstehen und für die Zukunft wirksame Präventionsmaßnahmen abzuleiten“, erklärte Dr. Ruth Hecker dazu. Hierzu habe das APS bereits Anleitungen zur Fallanalyse veröffentlicht. Noch wichtiger als die Zahl der absolut auftretenden Fälle sei demnach die Reaktion der Einrichtungen auf diese Vorkommnisse. Nach APS-Auffassung sind auch Passagen im „Globalen Aktionsplan Patientensicherheit“ der WHO (2021–2030) genauso zu lesen, der ebenfalls das Instrument von nationalen Listen an schwerwiegenden patientensicherheitsrelevanten Ereignissen (Sentinel Events) beinhaltet (4).

Die APS-Vorständin betont in ihrem Vorwort zur SEVer-Präventionsliste jedoch auch, dass schwerwiegende Ereignisse zu erkennen und in der Versorgungsrealität im besten Falle zu verhindern, bei Weitem nicht für eine sichere Patientenversorgung ausreiche. Dr. Ruth Hecker: „Das ist nur ein erster Schritt zu einer ausgeprägten Sicherheitskultur, in der alle Beteiligten gemeinsam daran arbeiten, dass Risiken identifiziert und bestmöglich beherrscht werden. Dafür den Weg zu ebnen ist das Anliegen des APS auch mit der Veröffentlichung der vorliegenden Liste.“

Die 22 Punkte der SEVer-Liste

Grundlage der APS SEVer-Liste waren die etablierten und im amerikanischen bzw. britischen Gesundheitssystem in Anwendung befindlichen Zusammenstellungen. So wurden die APSSEVer auf Basis der aktuellen Liste der Serious Reportable Events (SRE) des US-amerikanischen National Quality Forum (NQF) und der Never Event List des britischen National Health Service (NHS) bestimmt. Hierbei wurden nach eingehender Diskussion alle Events ausgeschlossen, die nicht alle zuvor definierten Kriterien der APS SEVer-Liste erfüllten. Dies waren insbesondere Events, die den lokalen Gegebenheiten der Länder geschuldet waren, aus denen sie stammen, bzw. deren Beeinflussbarkeit durch die Gesundheitseinrichtung nicht ausreichend gegeben ist.

Nach einer Übersetzung der verbliebenen Events wurden diese nach Angaben des APS eingehend diskutiert und nochmals hinsichtlich der zuvor definierten Kriterien, insbesondere der Beeinflussbarkeit durch eine

Gesundheitseinrichtung und der „absoluten" Verhinderbarkeit überprüft. Die aktuell erschienene Publikation des NHS „National learning report: Never Events analysis of HSIB's national investigations report" (5) habe die in der Expertengruppe bereits in der konstituierenden Sitzung geführte Diskussion zur Verhinderbarkeit bestätigt und beeinflusste in der Folge noch einmal die Namensgebung. Die dort empfohlene Überlegung, die Bezeichnung „Never Events" aufgrund der dargestellten Ergebnisse von Fallanalysen zu überdenken, habe dazu geführt, eine andere Bezeichnung zu finden, eben SEVer. Auf Basis des beschriebenen Vorgehens wurden dann die 22 APS SEVer definiert (siehe Liste) und ab Seite 7 des Papiers im Folgenden auch noch detailliert ausgearbeitet (3).

MD-Behandlungsfehlerbegutachtung

Wie wichtig und zukunftsweisend die Arbeit des APS war und ist, zeigt in aller Deutlichkeit und Härte die Mitte August dieses Jahres vorgestellte aktuelle Jahresstatistik zur Behandlungsfehlerbegutachtung (6) des Medizinischen Diensts (MD).

Im vergangenen Jahr hat der Medizinische Dienst bundesweit 13.059 fachärztliche Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern erstellt. In jedem 4. Fall (3.221 Fälle) wurde laut der vorliegenden Auswertung ein Fehler mit Schaden bestätigt. In jedem 5. Fall (2.696 Fälle) war der Fehler Ursache für den erlittenen Schaden – nur dann hätten Patient:innen Aussicht auf Schadensersatz. Die Zahl der Gutachten bewegt sich insgesamt auf dem Niveau der Vorjahre. „Die Begutachtungszahlen zeigen nur einen sehr kleinen Ausschnitt des tatsächlichen Geschehens", erläutert Dr. Gronemeyer. „Aus wissenschaftlichen Untersuchungen ist vielfach belegt, dass die Dunkelziffer deutlich höher liegt: Experten gehen davon aus, dass etwa ein Prozent der Krankenhausfälle von Behandlungsfehlern betroffen ist. Nur etwa ein Prozent aller unerwünschten Ereignisse werden nachverfolgt."

Von großer Bedeutung für Präventionsmaßnahmen sind sogenannte Never Events. Dabei handelt es sich um gut vermeidbare unerwünschte Ereignisse, die zu schwerwiegenden Schäden bei Patient:innen führen können: Dazu gehören Patienten- und Seitenverwechslungen, schwerwiegende Medikationsfehler oder unbeabsichtigt zurückgebliebene Fremdkörper nach Operationen.

SEVer-Präventionsliste des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V.

I APS SEVer im Zusammenhang mit operativen Prozeduren:

1. Eine Operation oder andere invasive Prozedur, die am falschen Patienten oder an der falschen Stelle des Körpers begonnen wird bzw. von der eigentlich vereinbarten Intervention abweicht. Dies gilt unabhängig davon, ob der Irrtum während der Intervention oder erst danach entdeckt wird.
2. Unbeabsichtigtes Belassen eines Fremdkörpers im Patienten während einer Operation, anderen invasiven Prozedur oder in einer Körperhöhle.
3. Künstliche Befruchtung mit falscher Samen- und/oder Ei-Zelle.
4. Unentdeckte ösophageale Intubation

II APS SEVer im Zusammenhang mit Arzneimittel-, Hämotherapie und Transplantation:

5. Fehlapplikation eines Medikamentes auf eine der folgenden Arten:
   - 5.1. Intrathekale Gabe eines intravenös zu applizierenden Chemotherapeutikums
   - 5.2. Parenterale Gabe eines enteral/oral zu verabreichenden Medikamentes
   - 5.3. Intravenöse Gabe eines epidural zu verabreichenden Medikamentes
   - 5.4. Intraarterielle Gabe eines intravenös zu applizierenden Medikamentes
6. Irrtümliche intravenöse Gabe einer hochkonzentrierten Kaliumchloridlösung anstelle der verordneten Medikation
7. Insulinüberdosis, die aufgrund von fehlerhaft durchgeführter Applikation entsteht:
   - 7.1. Verabreichung des Insulins über eine Spritze, die keine Insulin-spezifische Markierung enthält
   - 7.2. Abziehen von Insulin aus einem Insulin-Pen und Verabreichung über eine Spritze
8. Überdosierung von Methotrexat für die nichtonkologische Patientenversorgung (z. B. tägliche statt wöchentlicher Gabe)
9. Verwendung eines kontaminierten Arzneimittels oder Biologikums, dessen Kontamination in der Gesundheitseinrichtung erfolgt ist
10. Fehltransfusion eines ABO-inkompatiblen Blutproduktes. Transplantation unter Verwendung ABO-inkompatibler Organe, Gewebe, Gewebezubereitungen oder Zellen. Die Inkompatibilität muss dabei klinisch relevant sein.



III APS SEVer im Zusammenhang mit dem Behandlungsprozess:

11. Beschickung einer Naso-/Orogastralsonde, deren Fehllage nicht ausgeschlossen wurde
12. Luftembolie im Rahmen der Behandlung
13. Verbrennung oder Verbrühung, die im Behandlungs- oder Pflegeprozess entsteht
14. Unsachgemäße freiheitsentziehende Maßnahmen im Behandlungs- oder Pflegeprozess
15. Unangemessene Versorgung mit Sauerstoff eines erkannt sauerstoffpflichtigen Patienten

IV APS SEVer aufgrund technischer oder organisatorischer Fehler:

16. Unsachgemäßer Gebrauch eines Medizinproduktes in der Patientenversorgung aufgrund von Mängeln in Einweisung oder Instandhaltung
17. Entlassung eines unmündigen, nicht geschäftsfähigen Behandelten (unabhängig von Alter oder Grund der eingeschränkten Entscheidungsfähigkeit) ohne angemessene Betreuung. Dies beinhaltet sowohl die alleinige Entlassung ohne betreuende Person als auch die Entlassung in die Obhut einer Person, die nicht zur Fürsorge oder Bestimmung des Aufenthaltsortes berechtigt ist.
18. Dauerhafter Verlust einer nichtwiedergewinnbaren Gewebeprobe
19. Nicht kommunizierter oder nicht nachbeobachteter interventionsrelevanter Untersuchungsbefund
20. Anziehen eines magnetisierbaren Objektes in den Magneten eines Kernspintomografen
21. Patientenversorgung durch Personen, die vortäuschen, dem entsprechenden Gesundheitsfach- oder Heilberuf anzugehören
22. Stationäre Patienten, die in Behandlungs- und Untersuchungsbereichen vergessen werden

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Von „Never Events zur SEVer-Präventionsliste“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/23), S. 22–24. http://doi.org/10.24945/MVF.05.23.1866-0533.2538

Diese Schadensereignisse tauchen jedes Jahr in der Begutachtungsstatistik der Medizinischen Dienste auf (2022: 165 Fälle; 2021: 130 Fälle), obwohl die Risiken bekannt und geeignete Präventionsmaßnahmen verfügbar wären. Solche Ereignisse würden zeigen, dass Risiken im Versorgungsprozess bestehen und die Sicherheitsvorkehrungen vor Ort unzureichend seien. Deshalb sind für Gronemeyer „Never Events“ für das Erkennen, Umsetzen und Bewerten von Sicherheitsmaßnahmen besonders wichtig und würden daher in vielen anderen Ländern bereits für die Prävention erfolgreich genutzt. „Deutschland sollte dies endlich umsetzen. Die geplante Novellierung des Patientenrechtegesetzes bietet die Chance, eine verpflichtende Nationale Never-Event-Liste einzuführen und dadurch die Patientensicherheit in der Versorgung zu stärken“, sagte Gronemeyer. „Die Meldung der Schadensereignisse dient ausschließlich der Prävention. Sie sollte für die Einrichtungen sanktionsfrei und pseudonymisiert erfolgen.

Fehlervorwürfe in vielen Fachgebieten und bei den unterschiedlichsten Eingriffen

In der aktuellen Jahresstatistik bezogen sich zwei Drittel aller erhobenen Behandlungsfehlervorwürfe auf Leistungen in der stationären Versorgung, zumeist in Krankenhäusern (8.827 Fälle). Ein Drittel bezog sich auf Arztpraxen (4.208 Fälle). „Die meisten Vorwürfe beziehen sich auf operative Eingriffe. Da diese häufig im Krankenhaus erfolgen, werden sie dem stationären Sektor zugeordnet“, erläuterte Dr. Christine Adolph, Stellvertretende Vorstandsvorsitzende und Leitende Ärztin des Medizinischen Dienstes Bayern.

30,3% aller Vorwürfe (3.960 Fälle) betrafen laut Auswertung die Orthopädie und Unfallchirurgie, 12,2% die Innere Medizin und Allgemeinmedizin (1.599 Fälle), jeweils knapp 9% die Frauenheilkunde und Geburtshilfe (1.143 Fälle) sowie die Allgemein- und Viszeralchirurgie (1.133 Fälle). Ebenfalls knapp 8% entfielen auf die Zahnmedizin (1.006 Fälle) und über 6% auf die Pflege (834 Fälle). 26% der Vorwürfe hätten sich auf 29 weitere Fachgebiete verteilt.

In der Jahresstatistik 2022 sind 13.059 Verdachtsfälle zu insgesamt 1.019 unterschiedlichen Diagnosen erfasst. Die Vorwürfe betreffen fehlerhafte Behandlungen bei Hüft- und Kniegelenksverschleiß, Knochenbrüchen, Durchblutungsstörungen am Herzen, Gallensteinen oder Zahnerkrankungen.

Der MD betont, dass die Zahlen der Jahresstatistik nicht repräsentativ seien; sie würden lediglich die Begutachtungszahlen und -ergebnisse des Medizinischen Dienstes aufzeigen. „Eine Häufung von Vorwürfen in einem Fachgebiet sagt gar nichts über die Fehlerquote oder die Sicherheit in dem jeweiligen Gebiet aus“, erklärt die Leitende Ärztin des Medizinischen Diensts Bayern. „Sie zeigen nur, dass Patientinnen und Patienten reagieren, wenn eine Behandlung nicht ihren Erwartungen entspricht.“ Fehler bei chirurgischen Eingriffen seien zudem für Patienten in der Regel leichter zu erkennen als zum Beispiel Medikationsfehler, weshalb auch eher Fehler bei Operationen vorgeworfen werden als bei anderen Behandlungen.

Bei knapp zwei Drittel (60,5 Prozent) der begutachteten Fälle seien die Gesundheitsschäden der Patient:innen vorübergehend aufgetreten, dennoch sei eine Intervention oder ein Krankenhausaufenthalt notwendig gewesen und die Patient:innen vollständig genesen.

Bei über einem Drittel der Betroffenen (35%) sei hingegen ein Dauerschaden verursacht worden. Die Medizinischen Dienste unterscheiden hier zwischen leichten, mittleren und schweren Schäden. Ein leichter Dauerschaden kann eine geringe Bewegungseinschränkung oder eine Narbe sein. Ein mittlerer Dauerschaden kann eine chronische Schmerzsymptomatik, eine erhebliche Bewegungseinschränkung oder die Störung einer Organfunktion sein. Ein schwerer Dauerschaden liegt vor, wenn Geschädigte pflegebedürftig geworden sind oder sie aufgrund eines Fehlers erblinden oder dauerhafte Lähmungen erleiden. In 3% der Fälle (84) aber habe ein Fehler zum Versterben geführt oder wesentlich dazu beigetragen. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

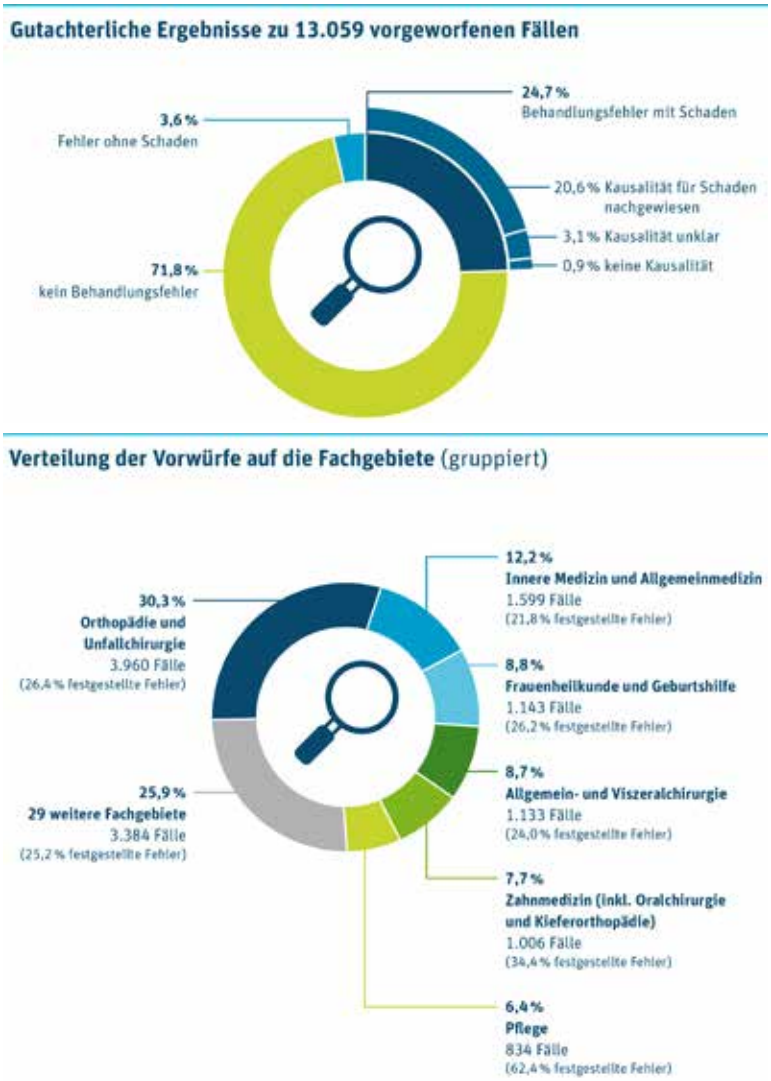


Abb. 1-2: Berichterstattung über die Jahresstatistik 2022 der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste. Quelle: Medizinischer Dienst.

Literatur

1: https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2017/02/200107_APS-Positionspapier_Erfassung_NeverEvents.pdf
2: Linda T. Kohn / Janet M. Corrigan / Molla S. Donaldson (Editors): To Err ist Human – Building in a Safer Health System, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 2000, S. 9
3: https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2021/09/SEVer-Liste_APS.pdf
4: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/globaler-aktionsplan-fuer-patientensicherheit-2021-2030.html
5: https://www.hsib.org.uk/investigations-and-reports/never-events-analysis-of-hsibs-national-investigations/
6: https://md-bund.de/presse/pressemitteilungen/neueste-pressemitteilungen/behandlungsfehlerbegutachtung-2022-immer-wieder-die-gleichen-fehler.html



Ein JA kann alles außer aufgeben.

Unsere Vision bei Janssen ist eine Zukunft, in der Krankheiten der Vergangenheit angehören. Wir arbeiten unermüdlich daran, dies für Patienten auf der ganzen Welt Wirklichkeit werden zu lassen: Indem wir Krankheiten durch die Erforschung und Entwicklung wirksamer Therapien gezielt bekämpfen, den Zugang zu Arzneimitteln verbessern und auch in vermeintlich hoffnungslosen Situationen nicht aufgeben. Ein JA ist dabei der Anfang von allem.

Entdecken Sie hier, wozu wir JA sagen:
www.einJAkann.de

Janssen-Cilag GmbH

janssen | PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

Roland Berger Krankenhausstudie 2023

In Zukunft ambulanter und technologiegetriebener

„Vernetzt, ambulant, KI-gestützt: Wie Deutschlands Kliniken ihre Zukunft sehen“, betitelt die Unternehmensberatung Roland Berger ihre von Dr. med. Peter Magunia und Janes Grotelüschen, Senior Partner und Partner bei Roland Berger, erstellte Krankenhausstudie 2023 (1). Für die aktuelle Ausgabe der Studie wurden Geschäftsführer:innen und ärztliche Direktor:innen der 600 größten Kliniken in Deutschland befragt, wobei die Teilnehmenden auf der Basis von Umsatz, Anzahl der Mitarbeitenden, Bettenzahl, Trägerschaft und der verschiedenen Versorgungsstufen das gesamte Spektrum der Kliniklandschaft abbilden. Deutlich wird vor allem, dass trotz sich weiter verschlechternder Profitabilität viele Verantwortliche die Zeichen der Zeit erkannt hätten und nun dabei sind, ihre Häuser neu und dabei vor allem ambulanter und technologiegetriebener auszurichten.

>> Wie in den Vorjahren liefert die Untersuchung über den Zustand der deutschen Krankenhäuser aktuelle Zahlen zu deren wirtschaftlicher Lage. Und erneut wird klar: Die Profitabilität hat sich nach Aussage der Befragten in den meisten Fällen weiter verschlechtert. Hinzu kommen Unsicherheiten bei der Finanzierung, Herausforderungen durch den Fachkräftemangel und stationäre Leistungseinbrüche, welche die Krankenhäuser abermals belasten. Dennoch ist nach Ansicht der beiden Studienautoren eine Trendumkehr hinsichtlich der Einschätzung zu den wirtschaftlichen Aussichten erkennbar, da viele Häuser dabei seien, sich neu auszurichten und sich dabei deutlich ambulanter und technologiegetriebener auf eine Zukunft in einem stark veränderten Wettbewerbsumfeld vorzubereiten.

Dabei ist die Ausgangslage eher schwierig, da laut Studie die Jahresergebnisse der Kliniken seit Jahren nur eine Richtung kennen: immer weiter ins Minus. Daran habe sich auch im abgelaufenen Jahr 2022 wenig geändert. Hatte in der letztjährigen Studie rund ein Drittel der Teilnehmenden für ihre Häuser im Jahr 2021 einen Verlust angegeben, sei der Anteil im Jahr 2022 schon auf mehr als die Hälfte (51%) gestiegen. Besonders stark betroffen seien mit 63% Kliniken in öffentlicher Trägerschaft gewesen. Und über alle Träger hinweg betrachtet habe nur noch knapp jede vierte Klinik im vergangenen Jahr ein positives Jahresergebnis erzielt.

Dabei trifft nach Angaben der Befragten die prekäre wirtschaftliche Lage kleine, mittelgroße und große Krankenhäuser in gleichem Maße. Allerdings hätten im Vergleich zu 2021 erstmals auch die kleinen Häuser mehrheitlich ein Defizit verbucht. Zu den wichtigsten Ursachen für die angespannte finanzielle Lage zählen laut Studienaussage der Personalmangel, insbesondere bei den Pflegekräften, sowie Unsicherheiten bei der Finanzierung, inflationsbedingt steigende Preise und ein zunehmender Investitionsstau in vielen Einrichtungen.

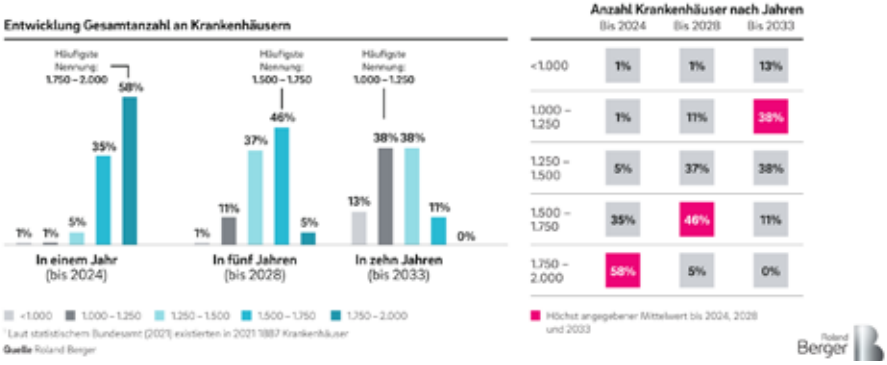
Naturgemäß ist die geplante Krankenhausreform derzeit eines der Topthemen der Branche. Dementsprechend wurde dieses Thema auch in die Roland-Berger-Umfrage aufgenommen, indem die Einschätzung der Reformwirkungen Anfang Mai bei den Teilnehmenden abgefragt wurde – damit zu einem Zeitpunkt, zu dem zwar die generelle politische Stoßrichtung bekannt war, aber noch keine Details (siehe MVF 03 und 04/23) vorgelegen hätten. Dabei zeigte sich, dass die Erwartungen der Verantwortlichen mit Blick auf eine kurzfristige Entlastung nicht besonders groß sind. So rechnen lediglich drei Prozent damit, dass sich die wirtschaftliche Situation ihres Hauses durch die Krankenhausreform bis 2024 verbessert. Die kurz- und mittelfristigen Prognosen sind nach den kumulierten Auskünften der Befragten noch deutlich pessimistischer, vor allem bei den kleineren Einrichtungen. Erst ab 2028 rechnen laut Studie die Verantwortlichen mit Entlastungseffekten durch den Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft, aber auch durch Effizienzgewinne im Zuge der Digitalisierung, etwa durch digitale Patientenakten, E-Rezepte oder die verstärkte Nutzung von telemedizinischen Angeboten.

Eine Konsequenz der jahrelangen negativen Entwicklung ist aus Sicht der Befragten unausweichlich: Die Zahl der Kliniken in Deutschland wird deutlich sinken. Gab es 2021 noch knapp 1.900 Krankenhäuser, erwarten 51% der Teilnehmenden für 2033 eine Zahl von höchstens 1.250. Dies entspricht einem Rückgang von minus 34%. Demnach würde jede dritte Klinik schließen. Dass sich die Kliniklandschaft auf unter 1.000 Häuser reduziert, erwarten laut Studienergebnissen immerhin noch 13% der Expert:innen. Dies wäre dann ein Rückgang von minus 47% – faktisch also das Aus für fast jedes zweite Krankenhaus.

Mit dem größten Rückgang wird laut Ansicht der Befragten jedoch erst in den Jahren 2028 bis 2033 gerechnet. Ursächlich für den prognostizierten Abbau sei insbesondere die fortschreitende Ambulantisierung, die Verschiebung von bisher stationär erbrachten Leistungen in eine zunehmend ambulante Versorgung. „Die Ambulantisierung des Gesundheitswesens stellt eine transformative Veränderung dar und erfordert ein grundlegendes Umdenken von bestehenden Strukturen“, stellt Mitautor Grotelüschen klar. Krankenhäuser müssten nun ihre Ressourcen neu ausrichten, während sich das

Prognose befragter Krankenhausmanager: Gesamtzahl deutscher Kliniken könnte bis 2033 stark sinken

Wie wird sich die Gesamtzahl der Krankenhäuser in Deutschland bis 2024, 2028 und 2033 entwickeln? [% der Nennungen]



Zitationshinweis

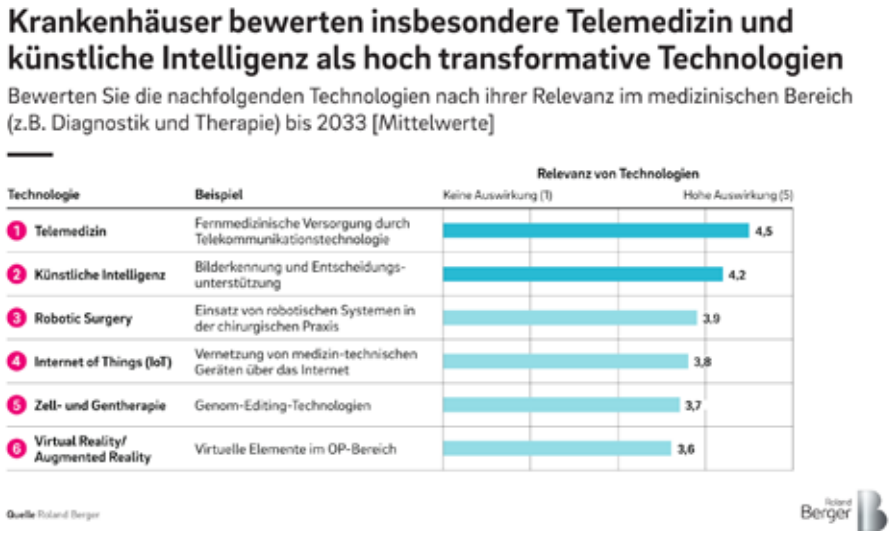
Stegmaier, P.: „In Zukunft ambulanter und technologiegetriebener“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/23), S. 26–27. http://doi.org/10.24945/MVF.05.23.1866-0533.2539

Gesundheitssystem gänzlich umorganisieren müsse. „Der bevorstehende Strukturwandel ist eine große Chance, denn er eröffnet den deutschen Krankenhäusern bedeutende Möglichkeiten für eine zukunftsgesicherte Gesundheitsversorgung und leitet den Weg zu einer vernetzten und innovativen medizinischen Versorgung ein, schreibt Dr. med. Peter Magunia, Senior Partner bei Roland Berger, in seinem begleitenden Text zu den Handlungsempfehlungen, die nach Meinung der Unternehmensberatung für Geschäftsführende jetzt wichtig seien. Das sind laut Aussage der Roland-Berger-Studie vor allen Dingen drei Punkte:

1. **Die wichtigen Themen im Auge behalten:** Leistungserbringer stehen in den kommenden Jahren vor großen Herausforderungen: Während sie kurzfristig für wirtschaftliche Stabilität sorgen und Trends wie die Ambulantisierung, KI oder den Fachkräftemangel strukturiert angehen müssen, dürfen sie langfristige Ziele wie etwa die Digitalisierung nicht vernachlässigen. Alle Aspekte müssen gleichermaßen im Blick behalten werden.
2. **Zielkonflikte vermeiden:** Einige Trends im deutschen Gesundheitswesen lassen sich aktuell nur schwer vereinbaren. So wird eine verbesserte Work-Life-Balance für die Mitarbeitenden kurzfristig kaum mit einer steigenden Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser einhergehen. Potenzielle Zielkonflikte müssen daher bei der Bewertung der Trends und der Ableitung von Maßnahmen sinnvoll berücksichtigt werden.
3. **Strategische Position im Ökosystem definieren:** Fusionen könnten für Häuser eine sinnvolle weiterführende Option sein. Für alle Häuser sollte es darum gehen, eine strategische Positionierung innerhalb eines Ökosystems vernetzter Gesundheitsdienstleister zu entwickeln. <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

1: https://t1p.de/vyrm9



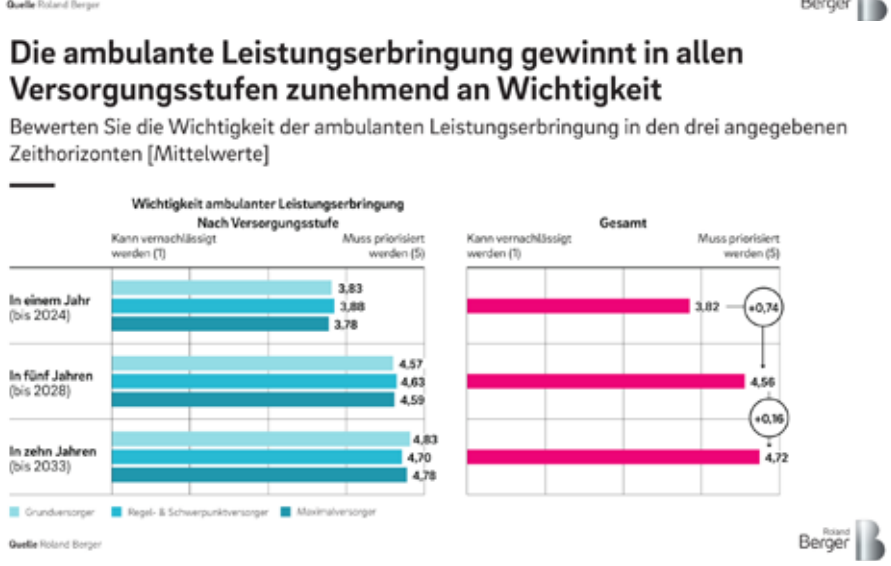


Abb. 1-3: Aus Roland-Berger-Krankenhausstudie 2023.

Helios stellt sich ambulant neu auf

>> „Wir sehen und spüren die Bewegungen im deutschen Gesundheitswesen, Behandlungen und Eingriffe zunehmend im ambulanten Umfeld durchzuführen“, erklärt Robert Möller, CEO Helios, seine Entscheidung, zukünftig die ambulanten und stationären Helios-Einrichtungen „noch stärker auf Augenhöhe und im engen Schulterschluss entlang gemeinsamer Behandlungspfade arbeiten“ zu lassen. Rund 240 medizinische Versorgungszentren (MVZ) zählen zu Helios Ambulant, Deutschlands größtem Anbieter ambulanter Medizin unter dem Dach von Helios. Nun stellt sich der Gesundheitsdienstleister, der auch 87 Kliniken in der Bundesrepublik betreibt, im ambulanten Bereich neu auf. Dazu werden neben den bereits vorhandenen Medical Consultants Prof. Dr. Rudolf Leuwer und Dr. Olaf Kannt vier weitere Medical Consultants tätig werden und die ambulante Perspektive vertreten: Dr. Susanne Dörr, Prof. Dr. Dr. Stephanie Tritt, Prof. Dr. Thomas Mairinger und Dr. Peter Kranen. Sie unterstehen fortan ebenso der direkten Leitung durch Möller. „Auf diese Weise werden wir der zunehmenden Bedeutung der ambulanten Medizin gerecht und fördern die symbiotische Vernetzung der ambulanten und stationären Perspektiven“, unterstreicht Enrico Jensch, COO Helios. Die aktuelle strukturelle Maßnahme werde einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, einen noch gemeinsameren Blick auf die Patient:innen im Sinne einer durchgängigen Patient Journey zu erlangen. Zudem werde mit diesem Schritt die Anzahl der Medical Consultants für Helios ausgeweitet, um den „qualitativ und quantitativ wachsenden Aufgaben in der medizinischen Welt noch besser als bisher gerecht“ zu werden und weiter „als aktiver Gestalter moderner Qualitätsmedizin voranzuschreiten“.

Mit der neuen Struktur will Helios den Anforderungen an eine qualitative, moderne, digitale und sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung noch besser gerecht werden. „Wir sind mit unseren digitalen, ambulanten und stationären Angeboten bestens dafür aufgestellt, Behandlungen über Sektoren hinweg aus Sicht der Patientinnen und Patienten bestmöglich abzubilden. Dafür schaffen wir mit der neuen Struktur noch mehr Transparenz auf die Behandlungspfade und lassen alle medizinischen Instanzen an der gemeinsamen Versorgung mitarbeiten und gestalten. Das kommt Behandelnden und Behandelten zugute“, sind sich Möller und Jensch einig. <<

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Indikatorenset für die Indikationsqualität im Fokus“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/23), S. 28. http://doi.org/10.24945/MVF.05.23.1866-0533.2540

Erste Ergebnisse des an der Technischen Universität Berlin angesiedelten IndiQ-Projekts

Indikatorenset für die Indikationsqualität im Fokus

Bei der Kopenhagener Konferenz „Preventing Overdiagnosis meeting 2023“ stellten neun Autor:innen die ersten Ergebnisse des an der Technischen Universität Berlin angesiedelten IndiQ-Projekts (1) vor. Der Titel ihres Vortrags: „Messung von Prävalenz und Trends in der Low-Value-Versorgung anhand deutscher Leistungsdaten“ (2). Das Projekt IndiQ, ein Akronym für „Entwicklung eines Tools zur Messung von **Indi**kations-**Q**ualität in Routinedaten und Identifikation von Handlungsbedarfen und -strategien“, hat zum Ziel, ein Instrument zur Messung von Indikationsqualität bzw. zur systematischen Erfassung von unangemessenen Indikationsstellungen im deutschen Gesundheitssystem unter Verwendung von GKV-Routinedaten zu entwickeln – und damit Erkenntnisse zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz zu gewinnen.

>> Mithilfe der entwickelten Indikatoren sollen, sofern das Projekt erfolgreich verläuft, Ausmaße, Trends und regionale Unterschiede dargestellt sowie Handlungsbedarfe und Verbesserungsmöglichkeiten der Versorgung bezüglich der Indikationsqualität identifiziert und zielgerichtete Implementierungsstrategien formuliert werden. Die Indikatoren werden durch einen Methodenmix aus systematischer Recherche, fachlichen Abstimmungen und Diskussionen zwischen Expert:innen aus den Bereichen Dokumentation und Klinik sowie mit Analysen von Abrechnungsdaten aus der Patientenbehandlung untersucht. Die Analyse umfasst alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung, die im Betrachtungszeitraum im ambulanten oder stationären Sektor behandelt wurden. Im Erfolgsfall können nach Ansicht der Projektpartner* die Ergebnisse für die Versorgungsforschung genutzt werden, beispielsweise um die Faktoren zu erforschen, die die Indikationsqualität beeinflussen, und mögliche Verbesserungsstrategien zu entwickeln. In der Versorgungspraxis könnten zudem insbesondere Versorgungsbereiche oder Regionen identifiziert werden, in denen besonderer Handlungsbedarf besteht.

In ihrem Vortrag „Messung von Prävalenz und Trends in der Low-Value-Versorgung anhand deutscher Leistungsdaten“ (engl. Titel: „Measuring prevalence and trends in low-value care using German claims data – first results of the IndiQ-project“) stellten die neun Autor:innen** bei der Kopenhagener Konferenz, veranstaltet vom Dänischen Hausärzteverband, ihre ersten Ergebnisse vor. Demnach hätten die Projektpartner nach Abschluss des Identifikationsprozesses 36 Indikatoren ausgewählt, die in deutschen Leistungsdaten gemessen werden sollen. Nach Ansicht der Autorengruppe unterscheiden sich sowohl die absolute Häufigkeit als auch die Prävalenz der geringwertigen Versorgung signifikant zwischen den Indikatoren. Insgesamt belaufe sich die absolute Zahl der Low-Value-Versorgungsfälle im sensiblen Bereich auf über sieben Millionen, im spezifischen Bereich auf immer noch über drei Millionen. Viele der Indikatoren sowie die kumulierten Fallzahlen zeigen nach der im Vortrag gemachten Aussage einen rückläufigen Trend der Low-Value-Versorgung (z. B. Elektrotherapie bei Dekubitus, opioide Analgetika bei unspezifischen Rückenschmerzen). Darüber hinaus zeigten einige Indikatoren Veränderungsmuster mit dem Ausbruch der Covid-19-Pandemie im Jahr 2020. So seien beispielsweise die Antibiotikaverordnungen für unkomplizierte Atemwegsinfektionen seit Beginn der Covid-19-Pandemie deutlich zurückgegangen. Die vorläufige Schlussfolgerung: „Die große Bedeutung der geringwertigen Versorgung wird durch die gemessenen Indikatoren bestätigt. Der ausgewählte Indikatorensatz repräsentiert jedoch weder die Gesamtheit der geringwertigen Pflegeleistungen noch zielt er darauf ab, einzelne, möglicherweise unangemessene Fälle zu identifizieren.“

Dennoch könnten die bisher erzielten Ergebnisse als Grundlage für weitere Untersuchungen dienen. Dazu würden regionale Variationen und sektorale Unterschiede in den ausgewählten Indikatoren untersucht, um mögliche Determinanten der geringwertigen Pflege zu identifizieren. Schließlich würden die Ergebnisse für die Entwicklung von Interventionsempfehlungen genutzt, kategorisiert nach den erfolgversprechendsten Wegen im Hinblick auf den zu erwartenden Aufwand und Nutzen. <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

1: https://www.tu.berlin/mig/forschung/projekte/aktuelle-projekte/indiq
2: 10.1136/EBM-2023-POD.46

Hintergrund

Eine angemessene Indikationsstellung, d. h. die richtige Entscheidung darüber, wann, ob und wie eine Behandlung erfolgen soll, ist notwendig, um Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden. Die Indikationsqualität erfasst, ob eine medizinische Leistung angemessen ist. Bisher existiert jedoch kein umfassendes Set an Indikatoren, mit denen Indikationsqualität gemessen werden kann.

*IndiQ-Projektpartner

Projektträger ist die Technische Universität Berlin mit dem Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, geleitet von Prof. Dr. Reinhard Busse. Die weiteren Konsortialpartner sind die Techniker Krankenkasse (TK) und das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi). Unterstützend begleitet wird das Projekt darüber hinaus durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), vertreten durch das Institut für Medizinisches Wissensmanagement (IMWi) und die Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Routinedaten (AGENS) der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi).

**Autor:innen

Meik Hildebrandt MSc[1], Hanna Ermann MSc [1], Lotte Dammertz[2], Dr. Monika Nothacker MPH[3], PD Dr. Udo Schneider[4], APL-Prof. Dr. Enno Swart[5], Dr. Peter Ihle[6], Prof. Dr. Reinhard Busse MPH FFPH[1], Prof. Dr. Verena Vogt[1,7]

1: Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, TU Berlin
2: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi), Berlin
3: AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement (AWMF-IMWi)
4: Techniker Krankenkasse, Hamburg
5: Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung (ISMG) der Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg
6: PMV Forschungsgruppe an der Universität zu Köln
7: seit Juni 2023: Inhaberin der Professur für Quantitative Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Jena

Marburger Gesundheitsamt und TH Mittelhessen kooperieren bei Lehre und Versorgungsforschung

>> Das Gesundheitsamt des Landkreises Marburg-Biedenkopf und die Technische Hochschule Mittelhessen (THM) arbeiten zukünftig noch intensiver praxisorientiert in der Lehre und Forschung zusammen. Das haben Hochschule und Kreis in einem Kooperationsvertrag vereinbart, in dessen Fokus vor allem die Gesundheitsförderung und -vorsorge stehen. „Durch den Austausch von theoretischem und praktischem Fachwissen schaffen wir einen Mehrwert für bestehende gesundheitliche Versorgungsstrukturen sowie in der Gesundheitsförderung und Prävention", betont Landrat Jens Womelsdorf.

Der Kooperationsvertrag wurde durch den Landkreis mit seiner Initiative „Gesundheit fördern – Versorgung stärken" und das am Fachbereich Gesundheit der THM im Jahr 2022 gegründete Willy-Robert-Pitzer-Institut für Versorgungsforschung und Rehabilitation geschlossen. Die Stiftungsprofessur wurde 2023 eingerichtet und wird von der Bad Nauheimer Willy Robert Pitzer Stiftung mit einer Million Euro gefördert. Das Ziel: die medizinische und pflegerische Versorgung der wachsenden Zahl pflegebedürftiger Menschen auch in Zukunft sicherzustellen.

Die gemeinsamen Tätigkeitsschwerpunkte der Kooperation zwischen dem Marburger Gesundheitsamt und der THM liegen genau in diesem Themenspektrum: in den Bereichen der gesundheitlichen Versorgung und der Gesundheitsförderung. Die aktuelle Kooperation hat ihre Vorgeschichte: Bereits seit 2018 absolvieren Studierende des Studiengangs Medizinisches Management und seit 2022 auch die des neuen Masterstudiengangs Public Health ihre Praxissemester im Gesundheitsamt. „Kooperationen wie diese stärken die Region Mittelhessen – insbesondere, weil ihre Bürgerinnen und Bürger langfristig davon profitieren", ergänzt Professor Dr. Matthias Willems, Präsident der THM. Unter dem Eindruck eines in weiten Teilen überlasteten Gesundheitssystems seien Konzepte zur Prävention und Gesundheitsförderung eine gesamtgesellschaftliche Entlastung, so Willems weiter.

Gemeinsam wollen die Vertragspartner unter anderem Konzepte sowie Messinstrumente für Maßnahmen in den Bereichen Versorgungskoordination, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention entwickeln. Dazu gehört auch die gemeinsame Veröffentlichung der Ergebnisse in Fachbüchern und -journals sowie die Planung und Realisierung von Ergebnispräsentationen im Rahmen von Symposien und Konferenzen. Bereits bestehende Netzwerkanalysen und -evaluationen werden zudem fortgesetzt.



Ein besonderer Fokus liegt darüber hinaus auf der Einbeziehung der Studierenden: Geplant ist die Vergabe wissenschaftlicher Fragestellungen an die Studierenden, um diese im Rahmen von Abschlussarbeiten und während Berufspraktika sowie Projektphasen zu erarbeiten.

„Unsere gemeinsamen Interessenschwerpunkte und die darauf aufbauende Zusammenarbeit mit dem Landkreis ermöglichen uns die Neu- und Weiterentwicklung von Strategien und Konzepten der Versorgungsforschung unter aktivem Einbezug unserer Studierenden", so Professorin Dr. Susanne Hanefeld, Direktorin des Willy-Robert-Pitzer-Instituts für Versorgungsforschung und Rehabilitation und Leiterin des Masterstudiengangs Public Health. Dadurch werde ein wertvoller Beitrag für die Versorgung der Bevölkerung sowie für die Forschung und Lehre geleistet, so Hanefeld weiter.

Eine ähnliche Kooperation schloss der Marburger Landkreis in diesem Jahr übrigens bereits mit der Universitätsstadt Marburg und der Hochschule Fulda. Auch hier stehen Themen aus dem medizinischen Bereich im Vordergrund. „Von dem intensiven Austausch von theoretischem und praxisorientiertem Fachwissen zwischen den Institutionen erhoffen wir uns weitere Impulse zur Weiterentwicklung unserer Präventions- und Versorgungsplanung", erläuterte Dr. Birgit Wollenberg, Leiterin des Gesundheitsamtes Marburg-Biedenkopf. „Gerne unterstützen wir Studierende in ihrer Ausbildung und Berufspraxis und bieten Einblicke in die öffentliche Verwaltung als potenziellem zukünftigen Arbeitgeber", ergänzte Rolf Reul vom Gesundheitsamt. <<

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Rheuma-Diagnostik und -Therapie

>> Frauen ernähren sich gesünder, gehen öfter zu Ärzt:innen und nehmen häufiger Vorsorgeangebote in Anspruch als Männer. Dennoch erhalten sie die Diagnose über eine rheumatische Erkrankung deutlich später: zum Beispiel bei der systemischen Sklerose erst ein Jahr nach den männlichen Patienten. Und dies, obwohl sie häufiger an Rheuma leiden und gegenüber männlichen Patienten eine erhöhte Krankheitslast angeben. Das sind Ergebnisse einer aktuellen Überblicksstudie (1) zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bei der Diagnostik und Therapie von Rheumaerkrankungen. Welche Ursachen dahinterstecken und wie die Erkenntnisse in die Versorgung einfließen können, wurde auf dem diesjährigen Deutschen Rheumatologiekongress diskutiert.

Bei der Mehrzahl der rheumatischen Erkrankungen ist der Anteil an betroffenen Frauen größer als der der Männer. Dies betrifft vor allem Kollagenosen und die rheumatoide Arthritis. Bei den Spondyloarthritiden ist die Geschlechterverteilung ausgewogen. Nur wenige entzündlich-rheumatische Erkrankungen, wie beispielsweise Morbus Behcet betreffen häufiger Männer. „Umso verwunderlicher erscheint es, dass Frauen im Durchschnitt deutlich später eine Diagnose erhalten", sagte Privatdozentin Dr. med. Uta Kiltz, Oberärztin am Rheumazentrum Ruhrgebiet. Mögliche Ursache dafür könnte sein, dass der Krankheitsverlauf bei Männern in der Regel schwerer ist. Deshalb zeigten sich Schäden an Organen früher und gäben eher Hinweise auf eine rheumatische Erkrankung. Auch bilden sich – so beim Beispiel der systemischen Sklerose – bei Männern bestimmte Marker und Antikörper im Blut früher. „Hinzu kommt, dass Frauen ein vielfältigeres Bild an Symptomen zeigen, was eine eindeutige Diagnose zusätzlich erschweren kann", erläuterte Kiltz. Diese Unterschiede ließen sich unter anderem auf hormonelle, immunologische und (epi)genetische Unterschiede zurückführen. <<

1: Katinka Albrecht & Anja Strangfeld: Geschlechtsspezifische Unterschiede in Diagnostik und Therapie entzündlich-rheumatischer Erkrankungen; Die Innere Medizin volume 64, pages744–751 (2023); https://t1p.de/lqshu

Empfehlungen der Regierungskommission zum Rettungsdienst

Notfallversorgung braucht Versorgungforschung

Bereits die 4. Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung hatte sich mit der Reform der Notfall- und Akutversorgung befasst, indem auf die Notwendigkeit der Betrachtung des Gesamtsystems hingewiesen wurde. Die 9. Stellungnahme wendet ihren Blick auf die Qualität der Versorgung und widmet sich Fragen der Finanzierung und der Transparenz, um die schon im Koalitionsvertrag angekündigte Implementierung des Anspruchs auf rettungsdienstliche Leistungen als eigenes Leistungssegment im SGB V. Ganz nebenbei kommen viele neue Aufgaben auf die Versorgungsforschung zu.

>> Die Empfehlungen der Regierungskommission zum Rettungsdienst basieren auch in dieser Stellungnahme u. a. auf einer Sichtung und Analyse der zahlreichen schon vorliegenden Gutachten und Stellungnahmen – etwa der des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2018 sowie der Arbeit von Krafft et al. im Auftrag der Bertelsmann Stiftung und in Zusammenarbeit mit der Björn Steiger Stiftung 2022.

Nach einer einleitenden Definition des Begriffs „Rettungsdienst" und dessen Aufgabe, der gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie der Träger des Rettungsdienstes – aktuell bestünden knapp 300 eigenständige Rettungsdienstbereiche mit ca. 240 Leitstellen mit 13 unterschiedlichen Organisationsformen – befasst sich die Stellungnahme mit Vergütungsmodellen. Diese seien regional unterschiedlich, was eine Transparenz von Kosten und Leistungen des Rettungsdienstes (inkl. der Leitstellen) und damit der Vergleichbarkeit erheblich erschweren würde. Die Grundkritik: „Es existiert somit ein Nebeneinander von Vergütungsmodellen (Verhandlungen mit den Kostenträgern) und kommunalen Gebührenmodellen. Letztere folgen einem Vollkostendeckungsprinzip zulasten der Kostenträger ohne Anreiz für einen wirtschaftlich effizienten Betrieb." Auch sei aufgrund fehlender Transparenz unklar, in welchem Umfang Länder und Kommunen die Investitionskosten für den Rettungsdienst übernehmen oder inwieweit sie diese Kosten in die von den Krankenkassen zu tragenden Entgelte bzw. Gebühren einfließen lassen.

Nach der Empfehlung der Kommission soll der Rettungsdienst künftig als eigenes Leistungssegment in das SGB V überführt werden, um – etwa analog zur Krankenhausbehandlung – den Leistungsanspruch der Versicherten, die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern sowie Fragen der Qualitätssicherung zu regeln. Erreicht werden soll dadurch eine transparente, qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte patientenzentrierte präklinische Notfallversorgung nach bundesweit vergleichbaren Vorgaben; das diene zugleich dem Ziel der Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Der Rettungsdienst soll nach der Vorstellung der Kommission als eigenständiges Leistungssegment (Notfallbehandlung) in § 27 Abs. 1 SGB V aufgenommen werden. Der konkrete Leistungsanspruch der Versicherten soll darüber hinaus in einer eigenständigen Norm geregelt werden – etwa einem neuen § 60 SGB V. Die Kommission schlägt zudem vor, folgende zu unterscheidende Leistungen vorzusehen:

a. Leistung der Leitstelle (Notfallmanagement, vergleichbar dem Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V als Steuerungs- und Koordinierungsleistung). Dabei ersetzt der Einsatzauftrag der Leitstelle die Verordnung einer Krankenbeförderung.
b. Notfallversorgung als Versorgung vor Ort, insbesondere durch Notfallsanitäter:innen und – wenn erforderlich – Notärzt:innen
c. Notfalltransport als Transportleistung, die getrennt von der Versorgung zu betrachten ist. Ein Transport muss dabei nicht nur in ein Krankenhaus, sondern in die für den individuellen Notfall **am besten geeignete Gesundheitseinrichtung** möglich sein, zum Beispiel auch in die Hausarztpraxis oder eine KV-Notdienstpraxis.
d. pflegerische Notfallversorgung, notfallmäßige Palliativversorgung und psychiatrisch-psychosoziale Krisenintervention für komplexe Fälle, zusammengefasst als spezielle ambulante Notfallversorgung (SANV) in Anlehnung an die SAPV.

Nach Aussage der 9. Stellungnahme bedarf auch § 133 SGB V einer grundlegenden Neufassung mit Blick auf die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern (gesetzlich geregeltes Vertragsmodell mit den Krankenkassen als Vertragspartner), vor allem hinsichtlich der Finanzierung. Hierbei sei erstens ein Mechanismus zur Konfliktlösung im SGB V zu etablieren, zweitens sollte im Kontext der Paragrafen 135 ff. SGB V die bislang nicht adressierte Frage der Qualitätssicherung normiert werden.

Zur Förderung der Qualität des Rettungsdienstes sind nach der Vorstellung der Kommission Maßnahmen zur Herstellung von Transparenz und Qualitätssicherung erforderlich, ebenso sollten Struktur- und Prozessqualitätsparameter eingeführt werden – ein deutlicher Hinweis auf eine durch die Versorgungforschung zu übernehmende Aufgabenpalette. Hierbei sei zum Beispiel zu denken an Vorgaben für Mindestpersonalausstattung, Qualifikation und Weiterqualifizierungsmaßnahmen im Sinne von festen Aus-, Fort- und Weiterbildungen von Rettungsdienst- und Leitstellenpersonal, Art und Anzahl sowie standardisierte Ausstattung von Rettungsmitteln, die Implementierung einheitlicher medizinischer und damit auch bundeseinheitlich vergleichbarer Vorgaben sowie die Teilnahme an Registern oder den Einsatz von Spezialrettungsmitteln wie Intensivtransportwagen.

Anzustreben sei auch die Etablierung eines **Notfallversorgungsregisters**, in dem ein Kerndatensatz (unter Beachtung der Datensparsamkeit automatisierte Übermittlung ohnehin digital vorliegender Daten) von KV-Notdienst, Rettungsdienst und Notaufnahmen sowie perspektivisch „Integrierten Notfallzentren" zusammengeführt wird, um die regionale Versorgungsqualität und daneben die Kosten bundeseinheitlich transparent darzustellen und evidenzgeleitet weiterzuentwickeln. Das einzurichtende Register sollte nach Ansicht der Kommission Ausgangspunkt für den Abbau regionaler Unterschiede sein – soweit diese nicht regionalspezifisch begründbar sind. Ein Anknüpfungspunkt könnte das bislang von Notaufnahmen auf freiwilliger Basis genutzte AKTIN-Register20 sein, das derzeit vorrangig der Versorgungsforschung dienen würde. <<

STOLZ, EIN TEIL DAVON ZU SEIN.

Mit dem zukünftigen Tarifvertrag Vivantes verändern wir die Pflege. Werde Teil unseres Teams.

Du hast Fragen?
WhatsApp an 0170 568 63 09

Oder direkt online bewerben:



Vivantes

BARMER untersucht die Einstellung der Menschen in Deutschland zum Thema Krebsfrüherkennung

Unterschiedliche Barrieren für die Nichtteilnahme

Mit einer repräsentativen Onlinebefragung hat die BARMER im Frühsommer 2023 die Einstellung der Menschen in Deutschland zum Thema Krebsfrüherkennung untersucht. Da die Teilnahmequoten an den Screenings hierzulande recht niedrig sind, lag dabei ein besonderes Augenmerk auf den Gründen, warum Menschen nicht zur Früherkennung gehen.

>> Die Befragung zeigt, dass die Menschen in Deutschland dem Thema Früherkennung grundsätzlich aufgeschlossen gegenüberstehen. Laut BARMER stimmen mehr als drei Viertel der Befragten der Aussage zu beziehungsweise sogar voll und ganz zu, dass man durch gezielte Früherkennung aktiv zum Erhalt der eigenen Gesundheit beitragen kann. Einen Unterschied zwischen den Geschlechtern, wie sie die differierenden Teilnahmequoten nahelegen, gibt es bei dieser Frage durchaus, wenn auch keinen allzu großen: So wird die genannte These von insgesamt 79% der Frauen und 76% der Männer unterstützt beziehungsweise voll und ganz unterstützt.

Etwas deutlicher wird der Unterschied, wenn man die Gruppe derer betrachtet, die Früherkennungsuntersuchungen nach eigenen Angaben bewusst vermeiden. Dies tun 26% der Männer und 19% der Frauen. Insgesamt äußert sich eine Mehrheit der Befragten grundsätzlich positiv über die Organisation der bestehenden Screening-Programme. So wird von 59% die Aussage geteilt beziehungsweise voll und ganz geteilt, dass die Angebote leicht zugänglich sind. Mit insgesamt 49% allerdings ist die Gruppe derer, die sich ausreichend über die Programme informiert fühlt, deutlich kleiner. Dabei muss aber darauf hingewiesen werden, dass die Zufriedenheit mit dem Informationsfluss bei den älteren Befragten – die ja die Hauptzielgruppe der Screenings darstellen – größer ist. Unter den über 60-Jährigen geben in der Summe 70% an, sich ausreichend informiert zu fühlen. Wenn es um die Praktikabilität der Früherkennungsangebote geht, äußern sich verhältnismäßig viele Befragte kritisch. Zwar stimmt eine knappe Mehrheit von insgesamt 52% der These zu, dass sich die Untersuchungen gut in den Alltag integrieren lassen.

Auf der anderen Seite bleibt aber eine recht große Gruppe derer übrig, die diese Aussage skeptisch beurteilen. Außerdem ist nur eine Minderheit von 35% der Meinung, vom eigenen Arbeitgeber unterstützt zu werden – etwa in Bezug auf Vorsorgetermine während der Arbeitszeit. Insgesamt zeigt sich also, dass die große Mehrheit Früherkennungsuntersuchungen für sinnvoll erachtet. Im Detail gibt es laut BARMER durchaus viel Kritik – am Informationsfluss genauso wie am Procedere. Um Anhaltspunkte zu bekommen, wie Hürden für die Teilnahme gesenkt werden können, wurde die Gruppe derer, die nach eigenen Angaben zuletzt nicht zur Früherkennung gegangen ist, noch einmal gesondert nach ihren Beweggründen befragt. Ein eindeutiges Bild, woran die Teilnahme scheitert, ermöglicht die Befragung nicht. Vielmehr scheint es sehr unterschiedliche Barrieren zu geben.

Bei einigen liegt es an der Organisation der Untersuchungen: So geben zwischen 11% (Hautkrebsfrüherkennung) und 14% (Prostata) der Befragten an, den Aufwand für die Suche nach einer Praxis und für die Vereinbarung eines Termins als zu groß zu erachten. Auch dass man in den bekannten Praxen keinen Termin bekommt, wird als Grund genannt – wenn auch seltener. Für einige scheint der Informationsfluss einen Hinderungsgrund darzustellen. Zwischen 5% (Darmkrebs) und 13% (Hautkrebs) der Befragten geben an, im Unklaren darüber zu sein, ob ihre Versicherung die Untersuchung bezahlt. Die entsprechenden Informationen über den Leistungskatalog der Kassen und Versicherungen sind also bisher nicht zu ihnen durchgedrungen. Darüber hinaus findet eine kleine Gruppe, dass sie von ihren Ärztinnen und Ärzten nicht gut informiert wird. Eine relativ große Gruppe begründet ihre Nichtteilnahme ferner damit, dass man keinerlei Symptome spüre. Dies gilt für ein Fünftel derer, die dem Hautkrebs- Screening fernbleiben sowie sogar für ein Drittel derer, die auf die Darmkrebsvorsorge verzichten. Ob die entsprechenden Personen nicht wissen, dass Krebserkrankungen bereits ausgebrochen sein können, ohne dass davon etwas zu spüren ist, oder ob sie dieses in Zweifel ziehen, lässt sich an den Zahlen naturgemäß nicht ablesen. Ein weiterer – zumindest bei Darm- und Prostatakrebs mit jeweils mehr als einem Viertel – relativ häufig genannter Grund ist, dass die Untersuchung unangenehm ist. <<

1: https://t1p.de/wwd4z

Gründe für die Nichtteilnahme an Krebsfrüherkennung

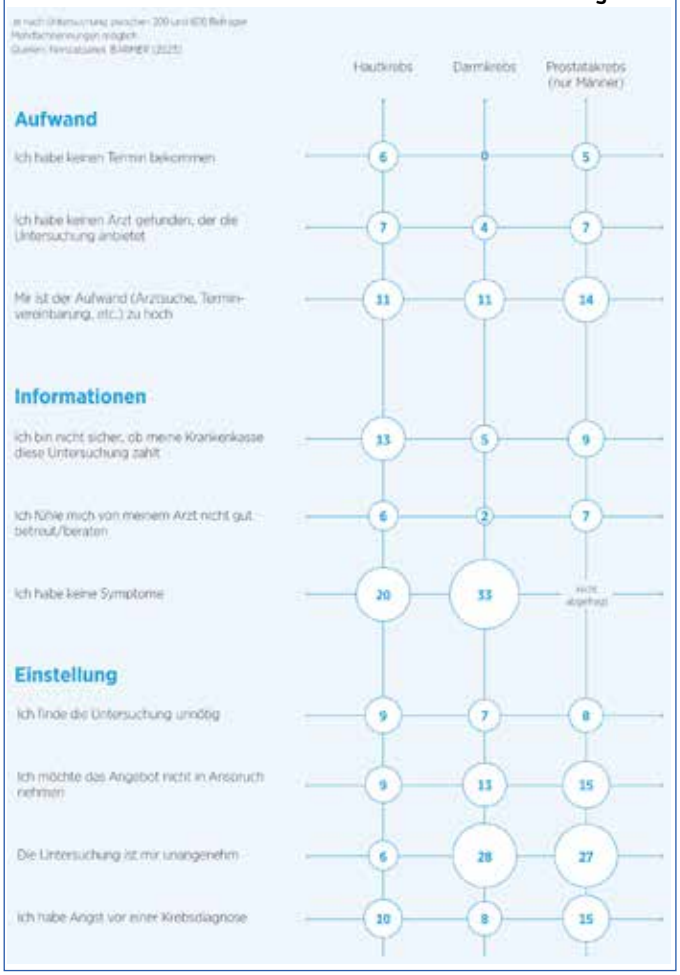


Abb. 1: Gründe für die Nichtteilnahme an Krebsfrüherkennung in %. Quelle: Ansätze für eine patientenorientierte Krebsfrüherkennung, Barmer.

Einsatz von KI-Verfahren in der Augenheilkunde

>> Künstliche Intelligenz zur Bildauswertung des Augenhintergrundes kann den Praxisalltag von Augenärzt:innen erleichtern. Befundungen sind effizienter und die Behandlung kann schneller beginnen. Allerdings gibt es in der praktischen Umsetzung oft noch kleine Stolpersteine: So ist zum einen weiterhin die Expertise des ärztlichen Personals gefragt, da KI etwa bei Augentrübungen, die die Bildqualität einschränken, noch häufig Fehlbefunde liefert. Zum anderen ist die bislang fehlende Abrechnungsmöglichkeit durch die Krankenkassen eine praktische Hürde zur Entlastung im Praxisalltag. Über den aktuellen Stand der KI-Anwendungen in der Augenheilkunde und mögliche zukünftige Anwendungsbereiche berichtete ein Experte bei einer Onlinepressekonferenz der Stiftung Auge.

„Der Einsatz von künstlicher Intelligenz wird in der Augenheilkunde schon seit Längerem als Möglichkeit gehandelt, den Ärzte- und Fachkräftemangel sowie die steigende Zahl an Augenerkrankungen abzufedern", erklärt Dr. med. Peter Heinz, Facharzt für Augenheilkunde und Vorstandsmitglied der Stiftung Auge. Aktuell bietet sich vor allem die Verknüpfung von künstlicher Intelligenz (KI) mit bildgebenden Verfahren wie der digitalen Fotografie, der Optischen Kohärenztomografie (OCT) oder der Heidelberger Retina-Tomografie (HRT) an. Eine KI kann deren Aufnahmen mithilfe eines Algorithmus auswerten und einen ersten Befund stellen.

„Durch diese Arbeitserleichterung können die Ärztinnen und Ärzte schneller und effizienter zur Behandlung übergehen. Mithilfe eines Vergleichs mit Vorbefunden durch die KI lässt sich die Therapie außerdem exakter abstimmen", sagt Heinz. Das ärztliche Personal muss den Befund der KI also nur noch überprüfen, anstatt ihn selbst zu erstellen.

Dass diese Überprüfung in der Praxis auch noch häufig notwendig ist, zeigen verschiedene Studien. So heißt es etwa in einer 2022 erschienenen Publikation zum KI-Screening auf diabetische Retinopathie, dass bei etwa 40 Prozent der Aufnahmen aufgrund mangelhafter Qualität keine Auswertung getroffen werden konnte oder diese Auswertung falsch war. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen auch die fotografischen Reihenuntersuchungen von Menschen mit Diabetes durch den britischen National Health Service. Dies ist besonders bei älteren Patientinnen und Patienten der Fall, da hier altersbedingte Oberflächenveränderungen und Linsentrübungen die Bildqualität beeinträchtigen. „In der Arztpraxis erweitern wir die Pupillen allerdings medikamentös, sodass man bessere Aufnahmen anfertigen kann", so Heinz.

Ein weiteres Problem ist aktuell laut Heinz auch noch die Spezialisierung der KI auf ein bestimmtes Krankheitsbild. So würde eine auf diabetische Retinopathie ausgerichtete KI etwa andere Augenerkrankungen wie Tumore, Bluthochdruckveränderungen oder Sehnerv-Erkrankungen übersehen. „Die KI kann den geschulten ärztlichen Blick hier also unterstützen und erweitern, aber keinesfalls ersetzen", erklärt der Schlüsselfelder Augenexperte.

Auch wenn die KI den augenärztlichen Praxisalltag bereits effizienter gestalten könnte, gibt es oft keine Möglichkeiten, diesen Einsatz abzurechnen. In der Gebührenordnung der gesetzlich Krankenversicherten gebe es derzeit noch keine Abrechnungsgrundlagen für ein digitales Foto des Augenhintergrundes oder der vorderen Augenabschnitte. Auch der Einsatz von OCT sei nur für wenige Indikationen vorgesehen. Dies erschwere den zeitnahen Einsatz sinnvoller KI-Verfahren in der Regelversorgung.

Dennoch ist Heinz vom Einsatz der KI-Verfahren in der Augenheilkunde überzeugt: „Die Anwendung durch Experten ist sinnvoll und wird nach Anpassen der Gebührenordnung in den Augenarztpraxen Einzug halten." <<

Quellen:
(1) Die Ophthalmologie, Einsatz von künstlicher Intelligenz im Screening auf diabetische Retinopathie an einer diabetologischen Schwerpunktklinik, 01.2022: https://link.springer.com/article/10.1007/s00347-021-01556-5
(2) National Health Service, Diabetic eye screening (DES) programme: https://www.gov.uk/topic/population-screening-programmes/diabetic-eye

Interdisziplinäre Verbundforschung

>> Mit der neuen Richtlinie zur Förderung interdisziplinärer Verbünde zur Erforschung der Pathomechanismen von Myalgischer Enzephalomyelitis/Chronischem Fatigue Syndrom (ME/CFS) will das BMBF diesee oftmals schwer verlaufenden, neuroimmunologischen Multisystemerkrankung, die zu andauernder schwerer geistiger und körperlicher Erschöpfung führt, auf die Spur kommen. Ziel der Fördermaßnahme ist es, die Pathomechanismen von postinfektiöser ME/CFS näher zu erforschen. Dadurch soll ein besseres Verständnis der Entstehung und unterschiedlichen Ausprägung dieser Erkrankung erreicht werden, aus dem sich Ansätze für die Verbesserung der Prävention, Diagnose und Therapie ableiten lassen. Um wesentliche Forschungsfragen beantworten und damit die Versorgung der Betroffenen verbessern zu können, ist laut BMBF insbesondere ein interdisziplinärer Ansatz der Verbundforschung unter Kooperation zwischen Forschenden aus der Grundlagen- und klinischen Forschung wichtig. Durch die interdisziplinären Forschungsverbünde soll die Erforschung neuer Erkenntnisse und Lösungsansätze ermöglicht werden. Das Ziel der Fördermaßnahme sieht das BMBF dann als erreicht an, wenn (i) interdisziplinäre Kooperationen zwischen Forschenden aus der Grundlagen- und klinischen Forschung etabliert werden, (ii) neue wissenschaftliche Evidenz generiert wird, von der die Erkrankten mittelfristig einen Nutzen haben und (iii) die in den Projekten generierten Daten nachhaltig genutzt und anderen Forschenden zur Verfügung gestellt werden. Die Zielerreichung wird an der Qualität und Quantität der aufgebauten Kooperationen, der wissenschaftlichen Publikationen und der zur Verfügung gestellten Daten gemessen. <<

14. Qualitätssicherungskonferenz des G-BA

>> Am 23. und 24. November 2023 findet in der Urania Berlin die 14. Qualitätssicherungskonferenz des G-BA statt. Die QS-Konferenz des G-BA zählt zu den zentralen Foren zum Thema Qualitätssicherung im Gesundheitswesen in Deutschland. Schwerpunktthemen am ersten Tag werden unter anderem Digitalisierung und Patientenzentrierung sein. Das Erreichte soll kritisch reflektiert und der Blick auf Weiterentwicklungsmöglichkeiten sowie neue nationale und internationale wissenschaftliche Entwicklungen und Erkenntnisse gerichtet werden.

Der zweite Tag der Konferenz bietet – neben den Berichten zu einzelnen datengestützten QS-Verfahren – auch die Möglichkeit, mit dem Institut nach § 137a SGB V (IQTIG) in den Austausch zu methodischen Ansätzen aus den Bereichen Sozialdaten sowie Wissensmanagement und Biometrie und Datenflüsse zu treten. <<

Link zur Anmeldung:
https://anmeldung.g-ba-qualitaetssicherungskonferenz.com/



Zitationshinweis

Sprenger, M.: „Ein gesamtgesellschaftliches und soziales Ereignis“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/23), S. 34.
http://doi.org/10.24945/MVF.05.23.1866-0533.2542

Dr. med. Martin Sprenger MPH
Medizinische Universität Graz

Ein gesamtgesellschaftliches und soziales Ereignis

>> Während die zentrale Frage der Medizin lautet: Was macht Menschen krank? lautet die zentrale Frage von Public Health: Was erhält Menschen gesund? Beide Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit sind für ein erfolgreiches Pandemiemanagement essenziell. Sowohl die pathogenetische, krankheits- und risikoorientierte Sichtweise der Medizin als auch die salutogenetische, gesundheits- und ressourcenorientiere Public-Health-Sichtweise.

Die Multidisziplin Public Health verschränkt alle Wissenschaften, die sich mit Gesundheit und Krankheit beschäftigen. Die deutsche Übersetzung lautet deshalb auch Gesundheitswissenschaften und umfasst Medizin-, Pflege-, Sport- und Ernährungswissenschaften, Psychologie, Pädagogik, aber auch System-, Sozial- und Kommunikationswissenschaften, Epidemiologie und Biostatistik, Management, Gesundheitsökonomie, Ethik und noch einige mehr.

Die Aktivitäten von Public Health zielen darauf ab, gesundheitliche und soziale Ungleichheiten zu minimieren und möglichst vielen Menschen ein möglichst langes Leben bei guter Gesundheit und hoher Lebensqualität zu ermöglichen. Entscheidend dafür sind die Determinanten von Gesundheit, also jene Faktoren, die unsere Gesundheit positiv oder negativ beeinflussen. Diese umfassen neben unserem Genom, Alter und Geschlecht das Gesundheitsverhalten, unsere Lebens- und Arbeitswelten, sozialen Netzwerke, aber auch Bildung, Arbeitsmarkt, Umwelt, Wohnen, Rechtsstaat, Sozial- und Gesundheitssystem und vieles mehr.

Aus der Public-Health-Perspektive ist eine Pandemie ein gesamtgesellschaftliches und soziales Ereignis, das alle Mitglieder einer Gesellschaft betrifft. Sie erfasst nicht nur die direkten Effekte des neuen Coronavirus SARS-CoV-2, die Zahl der an Covid-19-Erkrankten, die Krankenhausbelastung und das Sterbegeschehen, sondern auch die unzähligen erwünschten und unerwünschten gesundheitlichen, psychosozialen und wirtschaftlichen Effekte aller Maßnahmen. Während eine rein medizinisch-virologische Betrachtung nur auf ein Virus und eine Erkrankung starrt, hat eine Public-Health-Perspektive immer das große Ganze, alle Determinanten von Gesundheit, existierende Ungleichheiten, aber auch die Versorgung anderer Krankheiten im Blick. Warum sich in Deutschland und Österreich diese gesamtgesellschaftliche Perspektive nicht durchsetzen konnte, ist eine der vielen offenen Fragen.

Auf der Behandlungsebene wäre eine Intervention ohne sicheres Wissen und ohne vorige Aufklärung über Wirkung und mögliche Nebenwirkungen nicht nur unwissenschaftlich und unethisch, sondern in bestimmten Fällen auch strafbar. Gleiches gilt für Interventionen auf der gesellschaftlichen Ebene. Wie in der Medizin gilt auch in der Politik das Prinzip der Verhältnismäßigkeit: *„Maßnahmen sollten nur dann ergriffen werden, wenn die erwünschten Wirkungen hinreichend sicher eintreten und mögliche unerwünschte Wirkungen eindeutig übertreffen.“*[1] Statt der Prinzipien der evidenzbasierten Medizin gelten die einer evidenzbasierten Gesundheitspolitik (*„Evidence-Based Public Health“*): *„Dafür wird das verfügbare Wissen der medizinischen, ökonomischen, ethischen, sozio-kulturellen und rechtlichen Aspekte von Krankheiten und Maßnahmen, systematisch, transparent und zielgerichtet bewertet und in die Entscheidungsprozesse eingebracht. Alle Schritte – von der Problemstellung bis zur Umsetzung von Maßnahmen und Programmen – sollen explizit, transparent und begründet sein.“*[2]

Beide Prinzipien wurden sträflich vernachlässigt. Gesundheitspolitische Entscheidungen waren in den letzten drei Jahren viel zu oft intransparent, schlecht begründet, unwissenschaftlich, unethisch und unverhältnismäßig. Diese als willkürlich empfundene Politik hat viel Vertrauen gekostet, die Wirksamkeit des Pandemiemanagements sowie den sozialen Zusammenhalt deutlich geschwächt und den Kollateralschaden vergrößert.

Eine gute Datenbasis ist die Grundvoraussetzung für eine präzise Risikobewertung, eine korrekte Risikokommunikation und jedes erfolgreiche Risikomanagement. Sie ist vergleichbar mit einem Cockpit, in dem alle notwendigen Instrumente nicht nur vorhanden sind, sondern auch korrekte Daten liefern. Wenn Instrumente nicht funktionieren oder falsche Werte anzeigen, ist bei Schönwetter eventuell noch ein Flug auf Sicht möglich, in der Nacht oder im Nebel kommt es aber rasch zu Fehlentscheidungen mit dementsprechenden unerwünschten Konsequenzen. Deutschland und Österreich, zwei der reichsten Länder der Welt, hatte zu keinem Zeitpunkt der Pandemie ein voll ausgestattetes Cockpit mit präzisen Instrumenten, waren viel zu oft im Blindflug unterwegs.

Ohne gute Datenbasis kann ein Risikomanagement nicht erfolgreich sein. Ohne geeignete Strategien und Maßnahmen aber auch nicht. Am folgenschwersten ist die Kombination aus ungeeigneten Strategien und Maßnahmen, basierend auf einer miserablen Datenbasis. Dabei wären bessere Daten, die Beachtung der Verhältnismäßigkeit und Abschätzung der erwünschten und unerwünschten Effekte aller Maßnahmen, die Einhaltung ethischer Prinzipien, die Wahrung von Grundrechten und vieles mehr möglich gewesen. Die von deutschen Gesundheitswissenschaftlern erstellten Thesenpapiere haben dazu seit dem Frühjahr 2020 gute Anregungen gegeben,[3] wurden aber vom dominanten medizinisch-virologischen Tunnelblick ignoriert.

Ein einziges Gesundheitsrisiko *„koste es, was es wolle“* zu bekämpfen und alle anderen Determinanten von Gesundheit zu vernachlässigen ist eine gesellschaftliche Entgleisung die sich nie mehr wiederholen darf. Deshalb führt an einer umfassenden interdisziplinären Aufarbeitung der Pandemie kein Weg vorbei – https://pandemieaufarbeitung.net/ –; diese ist aber nicht nur eine politische und wissenschaftliche, sondern vor allem eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, an der auch die Bürgerschaft beteiligt werden muss. Wertschätzend und auf gleicher Augenhöhe. Dieser Prozess wird Jahre dauern, braucht ausreichend Ressourcen und muss gut moderiert werden. Schwamm drüber ist mit Sicherheit keine Option! <<

Literatur:
1: Rosenbrock R, Gerlinger T. Gesundheitspolitik: eine systematische Einführung. Hogrefe. 4. Auflage. 2021.
2: Gerhardus A, et al. Evidence-based Public Health. Huber Verlag. 2010.
3: Schrappe M, et al. Thesenpapiere zur Corona-Pandemie. 2020 – 2023. https://www.monitor-versorgungsforschung.de/autoren/schrappe-matthias

Zitationshinweis
Kowall, B., Stang, A.: „Unsicheres Wissen: Beispiel Übersterblichkeit“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/23), S. 35.
http://doi.org/10.24945/MVF.05.23.1866-0533.2543



Prof. Dr. rer. nat. Dr. rer. san. Bernd Kowall / Prof. Dr. med. Andreas Stang MPH
Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Universitätsklinikum Essen

Unsicheres Wissen: Beispiel Übersterblichkeit

>> Die Covid-19-Pandemie hatte die deutsche Gesellschaft vor allem in der Anfangsphase vor eine durch starke Unsicherheiten gekennzeichnete Situation gestellt, die in der Nachkriegszeit einmalig war. Der Wissenschaft wurde eine zentrale Rolle zugewiesen, um die Unsicherheiten vor allem hinsichtlich der gesundheitlichen Folgen der Pandemie in den Griff zu bekommen – von anderen Folgen, etwa psychischer oder ökonomischer Art, war viel seltener die Rede.

Entsprechend dem während der Pandemie oft gehörten Slogan „Follow the Science“ sollte Wissenschaft als Leitstern dienen. Dem liegt die naive Vorstellung zugrunde, Wissenschaft würde, wenn sie nur sorgfältig genug betrieben wird, sichere Erkenntnis liefern, auf deren Grundlage Politiker Entscheidungen treffen. Naiv ist diese Vorstellung in zweierlei Hinsicht. Erstens leiten sich politische Schlussfolgerungen nicht automatisch ab, auch dann nicht, wenn gesicherte Erkenntnis vorliegt. Um ein Beispiel zu geben: Auch dann, wenn sich eindeutig gezeigt hätte, dass Kinder genauso infektiös sind wie Erwachsene, wären Schulschließungen nicht die automatische Folge gewesen, da eine Vielzahl weiterer Aspekte, unter anderem das psychische Kindeswohl, zu berücksichtigen gewesen wären. Zweitens kann Wissenschaft die Erwartung, gesicherte Erkenntnis zu produzieren, nur selten in vollem Umfang erfüllen – diese These soll im Folgenden beispielhaft anhand der Frage belegt werden, ob es während der Pandemie eine Übersterblichkeit gab.

Bei der Übersterblichkeit werden Sterbefälle jedweder Ursache berücksichtigt. Dies hat den Vorteil, dass Probleme vermieden werden, die sich aus den zwischen den verschiedenen Ländern erheblich variierenden Definitionen dessen ergeben, was ein Covid-19-Toter ist. Um die Höhe der Übersterblichkeit zu schätzen, benötigt man nur wenige Variablen, die in aller Regel zuverlässig erhoben werden können: Dies sind die Altersstruktur der Bevölkerung und die altersspezifische Mortalität während und vor der Pandemie. Was für viele überraschend sein dürfte, ist, dass bei einer Schätzung der Übersterblichkeit eine Reihe von subjektiven Entscheidungen zu treffen sind, die in legitimer Weise unterschiedlich getroffen werden können und die erheblichen Einfluss auf das Ergebnis haben. Es handelt sich also ausdrücklich nicht um Fehler.

Das genaue Berechnungsverfahren für Übersterblichkeit kann hier nur kurz skizziert werden, Genaueres findet sich in der Literatur [1, 2]. Die zentrale Idee ist, die tatsächlich beobachtete Zahl der Todesfälle während der Pandemie mit der Zahl der Todesfälle zu vergleichen, die man während der Pandemie erwartet hätte, wenn die Mortalität während der Pandemie dieselbe gewesen wäre wie in der präpandemischen Zeit. Im Folgenden möchten wir vier Faktoren benennen, die durchaus wohlbegründet unterschiedlich festgelegt werden können und das Resultat deutlich beeinflussen:

- Die Wahl des Vergleichszeitraums hat grossen Einfluss auf das Ergebnis. Wird beispielsweise nur das Jahr 2019 als Vergleichszeitraums gewählt, in dem es nur wenig Grippetote gab und in dem die Mortalität daher vergleichsweise gering war, ergibt sich eine höhere Übersterblichkeit, als wenn man die Jahre 2016–2019 als Vergleichszeitraum wählt. Die Wahl des Vergleichszeitraums ist jedoch eine subjektive Entscheidung, für die es über die beiden genannten hinaus viele Möglichkeiten gibt.
- Auch die Wahl des Zeitraums, für den man die Übersterblichkeit berechnet, kann einen erheblichen Einfluss auf das Ergebnis haben. Dies sei an einem Beispiel verdeutlicht: Ein hochvulnerabler Mann, der ohne die Pandemie im Februar 2021 verstorben wäre, in der Pandemie aber im Mai 2020 verstarb, ist ein Exzesstoter, wenn man die Übersterblichkeit für das Jahr 2020 berechnet, aber nicht, wenn man sie für die Jahre 2020 und 2021 berechnet.
- Auch bei der Berechnung der Mortalitätsrate während der präpandemischen Phase haben Wissenschaftler Spielräume. Es lassen sich Gründe angeben, den Mittelwert der Mortalitätsraten der präpandemischen Jahre zu wählen, aber es lässt sich auch rechtfertigen, statt des Mittelwerts den in der Regel fallenden Trend in den präpandemischen Jahren fortzuschreiben. Beim zweiten Vorgehen erhält man deutlich höhere Übersterblichkeiten als beim ersten Vorgehen.
- Es gibt keinen Standard, ob unregelmäßig auftretende Todesursachen – etwa Hitze- oder Grippewellen – bei der Auswertung ausgeschlossen werden sollen oder nicht. Beispielsweise fällt die Übersterblichkeit höher aus, wenn man Hitzetote während des Referenzzeitraums herausrechnet.

Epidemiologische Auswertungen im Allgemeinen und Berechnungen von Übersterblichkeiten im Besonderen sind nicht mit Mathematikaufgaben in der Schule vergleichbar, für die es eine eindeutige Lösung gibt. Eine einzelne Auswertung beruht in der Regel auf subjektiven Festlegungen, die auch anders hätten getroffen werden können. Der Nobelpreisträger Michael Levitt und der Stanford-Epidemiologe John Ioannidis haben übrigens in einer Studie zur Übersterblichkeit statt nur eines subjektiv gewählten Vergleichszeitraums 66 Vergleichszeiträume gewählt, und für die Übersterblichkeit in Deutschland im Zeitraum 2020 und 2021 ein Intervall von -4,3 bis +4,6% berichtet. Dies mag der Erwartung einer breiten Öffentlichkeit widersprechen, die von Wissenschaftlern klare Aussagen erwartet. Diesen Anspruch auf Eindeutigkeit muss Wissenschaft jedoch aus Gründen der Redlichkeit häufig zurückweisen. Die Öffentlichkeit wiederum muss diese fehlende Eindeutigkeit aushalten, anstatt etwa Forschern, die keine oder geringere Übersterblichkeit berichten als andere, eine Verharmlosung der Pandemie vorzuwerfen.

Um nicht missverstanden zu werden: Fehler gab es auch. So wurde in vielen Publikationen zur Übersterblichkeit die Alterung der Bevölkerung nicht einbezogen. Ein solches Vorgehen ist nicht hinnehmbar, weil die deutsche Bevölkerung kontinuierlich altert und im Jahr 2020 allein schon wegen der deutlichen Zunahme der über 80-Jährigen mehr Todesfälle zu erwarten waren als in den Vorjahren. <<

Literatur
1: Kowall B, Stang A. Estimates of excess mortality during the COVID-19 pandemic strongly depend on subjective methodological choices. Herz 2023; 48: 180-183.
2. Levitt M, Zonta F, Ioannidis JPA. Excess deaths estimates from multiverse analysis in 2009 – 2021. Eur J Epidemiol 2023; doi: 10.1007/s10654-023-00998-2. Online ahead of print.

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Thyen: Neue Daten braucht das Land“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/23), S. 36. http://doi.org/10.24945/MVF.05.23.1866-0533.2544

Thema Kinder- und Jugendgesundheit im aktuellen „Journal of Health Monitoring“

Thyen: „Neue Daten braucht das Land“

Die Juni-Ausgabe des „Journal of Health Monitoring“ (2023 8-2), gemeinsam getragen von RKI und Destatis, befasst sich in der Reihe der Gesundheitsberichterstattung des Bundes diesmal mit der Kinder- und Jugendgesundheit (1) und liefert Beiträge zu aktuellen epidemiologischen Themen. Unter anderem fordert Prof. Dr. Ute Thyen, APL-Professorin an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Universität zu Lübeck, in ihrem Editorial: „Neue Daten braucht das Land“.



>> In ihrem Editorial zur Ausgabe des „Journal of Health Monitoring“ stellt Prof. Dr. Ute Thyen, seit 2017 Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, eingangs fest, dass die Beobachtung (Health Monitoring) von Entwicklungen in der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus zwei wesentlichen Gründen von großer Bedeutung ist:

1. Kontinuierliche und ohne besondere Anlässe erhobene Daten lassen positive und negative Trends erkennen und stehen für gesundheitspolitische Entscheidungen zeitnah zur Verfügung, wenn akute Veränderungen in den Lebenswelten auftreten.
2. Die Zusammenschau von sozialräumlichen Charakteristika, individuellen Risikofaktoren und dem Gesundheitsstatus bietet Möglichkeiten, eine gesundheitsfördernde Health-in-all-Policies-Strategie zu entwickeln, umzusetzen und den Erfolg von Maßnahmen zu messen.

Dazu benötige die Gesundheitsberichterstattung des Bundes kontinuierliche nationale und zudem möglichst repräsentative Datenerhebungen, die sowohl Befragungs- als auch Untersuchungsdaten enthalten. Hierfür werde am Robert Koch-Institut (RKI) derzeit das RKI-Gesundheits-Panel aufgebaut, das zukünftig etwa 100.000 Personen in ganz Deutschland einschließen soll (Anm.: also eigentlich das, was Prof. Dr. Max Geraedts im Titelinterview der MVF-Ausgabe 04/23 fordert). Über dieses Panel werde es, so Thyen weiter, möglich sein, mithilfe der rekrutierten Erwachsenen auch deren Kinder zu befragen.

Neben den im Journal beschriebenen Datenansätzen wie der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS), der „Studie Kindergesundheit in Deutschland aktuell“ (KIDA) und alternativ zur Verfügung stehenden Gesundheitsdaten wie Schuleingangsdaten sind nach Ansicht von Thyen weitere Datenquellen erforderlich. Denkbar wären zukünftig auch die Berücksichtigung von Aspekten der Umwelt- und Klimagerechtigkeit und der Gewalterfahrung im Quartier. Es sei bemerkenswert, dass sich viele Landesgesundheitsämter an Projekten im Rahmen der Förderlinie „Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Öffentlichem Gesundheitsdienst und Public Health Forschung“ des Bundesministeriums für Gesundheit beteiligten. Thyen in ihrem Editorial: „Die Zusammenarbeit zwischen dem Öffentlichen Gesundheitsdienst als Public Health vor Ort und dem Robert Koch-Institut als Nationalem Public Health Institut nimmt Fahrt auf und soll nicht nur im Infektionsschutz, sondern auch in der Gesundheitsberichterstattung ausgebaut werden.“

Doch müssten Thyens Worten zufolge neben bevölkerungsbezogenen Datenerhebungen spezifischere Fragestellungen durch andere Herangehensweisen beantwortet werden, beispielsweise durch besondere Beachtung von Kindern und Jugendlichen in Surveillance-Systemen, wie im Journal-Beitrag „Atemwegsinfektionen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland während der Covid-19-Pandemie“ gezeigt werde.

Weitere Zugänge für das Health-Monitoring böten aber auch spezielle diagnosespezifische Register, da die Belange von Kindern und Jugendlichen mit weniger häufigen Erkrankungen nicht in allgemeinen Gesundheitssurveys abgebildet werden könnten. Nützlich sei aber auch die Integration von Informationen aus bevölkerungsbezogenem Health-Monitoring, spezifischen Surveillance-Verfahren und klinisch-epidemiologischen Registern, die umfassende Daten für die Förderung und den Schutz der Gesundheit der Kinder und Jugendlichen im Land zeitnah und kontinuierlich zur Verfügung stellen würden. Thyen: „Dies war auch schon vor der Covid-19-Pandemie, den Folgen der Klimaveränderung, der fortschreitenden sozialen Benachteiligung und Bildungsarmut bei Kindern und Jugendlichen so, aber die Erfahrungen der letzten drei Jahre haben uns vor Augen geführt, wie schwierig es ist, wenn Krisen auf wenig resiliente Public-Health-Systeme treffen. Dies soll sich nun ändern und das ist gut so.“ <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

1: DOI 10.25646/11296

Safe the date and your place

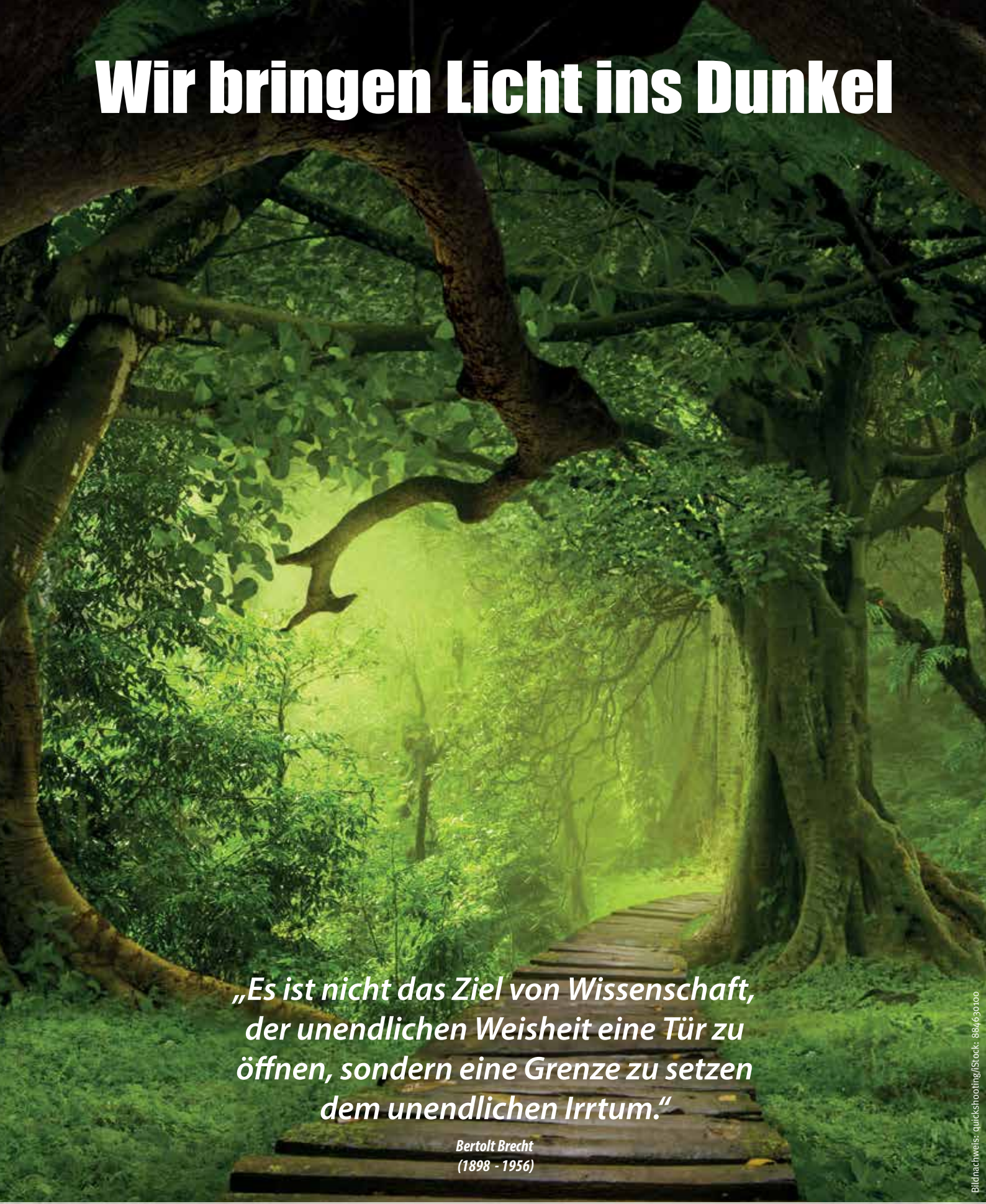
Pandemie-Impact auf die Versorgung

Wirkungen und Folgen der Pandemie

monitor VERSORGUNGS FORSCHUNG

Am 7. Dezember 2023 findet im Auditorium Friedrichstraße in Berlin der nächste MVF-Fachkongress statt. Dieser beschäftigt sich mit den Wirkungen und Folgen der Corona-Pandemie auf die Gesundheitsversorgung. Die Anmeldung ist freigeschaltet, doch die Plätze endlich. Nutzen Sie den Frühbucherrabatt in Höhe von 20%. Melden Sie sich bitte an!

Wir bringen Licht ins Dunkel



„Es ist nicht das Ziel von Wissenschaft, der unendlichen Weisheit eine Tür zu öffnen, sondern eine Grenze zu setzen dem unendlichen Irrtum.“

Bertolt Brecht
(1898 - 1956)

Bildnachweis: quickshooting/iStock: 884630100

Am besten, Sie abonnieren gleich*:

monitor VERSORGUNGS FORSCHUNG

www.m-vf.de/abonnement oder per Mail: abo@m-vf.de

*** Jahres-Abo mit 6 Ausgaben zum Preis von 90 statt 120 Euro zzgl. Versand (9,99 Euro pro Jahr in Deutschland, Ausland: 54 Euro)**

Lauterbachs Spannungsbogen über die in seiner Amtszeit vorbereiteten und noch angedachten Gesundheitsreformen

„Hätte man mich früher ins Amt wählen müssen“

Mit keinem Wort ging Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach bei der Auftaktveranstaltung des Welttags der Patientensicherheit 2023 auf die Forderungen der Vorsitzenden des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V., Dr. Ruth Hecker, ein, die ihn in ihrer Eröffnungsrede mahnte, die „Stimme der Patientinnen und Patienten zu stärken“ und dazu aufforderte, bundesweit „Patientenerfahrungen durch standardisierte und sektorenübergreifende Befragungen“ zu erfassen. Lauterbach lies sich allerdings nicht von seinem Redemanuskript abbringen, indem er einen Spannungsbogen über die in seiner Amtszeit bereits vorbereiteten, beschlossenen, geplanten und angedachten (und sogar bisher unbekannten) Gesundheitsreformen zog. Auf die Frage, warum diese erst jetzt und obendrein so spät kämen: „Dann hätte man mich früher ins Amt wählen müssen.“

>> Sicherlich zur Erleichterung der APS-Vorsitzenden bestätigte Lauterbach, dass die Patientensicherheit ein „sehr wichtiges Thema“ sei, das sich durch „unsere Arbeit im Bundesgesundheitsministerium als Team durchzieht“ – dies gelte für alle zurzeit in Arbeit und Beschlussfassung befindlichen Gesetze als auch Patientenrechte- und Präventionsgesetze. Anders als die APS-Vorsitzende Dr. Ruth Hecker, die in ihrer Eröffnungsrede auf den globalen Aktionsplan für Patientensicherheit der WHO hinwies und monierte, dass das aktuelle Krankenhaus-Transparenzgesetz zwar wesentliche Strukturkriterien aufgreife, aber den Begriff Patientensicherheit überhaupt nicht erwähne, nutzte Lauterbach seine Redezeit für einen Rundumschlag über die Gesundheitsgesetzgebung seiner bisherigen Amtszeit.

Seinen Ausführungen zufolge ist bei allen Gesetzen die Ergebnisqualität der wichtigste zu beachtende Parameter. Es nütze gar nichts, wenn ein Behandlungs- und Betreuungsprozess gut gelaufen und alles perfekt dokumentiert sei, doch zum Schluss die Überlebensquote dann nicht so gut ausfalle, wie sie hätte sein können. Deutschland leiste sich mit 12,8 Prozent des Bruttoinlandsprodukts das teuerste Gesundheitssystem in Europa und verzeichne dennoch eine unbefriedigende Lebenserwartungsentwicklung. Trotz seines teuren Systems sei Deutschland bislang nicht in der Lage, die Lebenserwartung so günstig zu beeinflussen, wie es vielen anderen EU-Länder gelänge – wie etwa Spanien, Portugal, Italien, Frankreich, Belgien, Schweden, Finnland, Norwegen oder Dänemark; im Gegenteil. Mit jedem Jahr werde Deutschland bei der Entwicklung der Lebenserwartung etwas schlechter.

Zu diesem Thema habe er gemeinsam mit Professor Dr. Stephan Baldus von der Uniklinik Köln, so führte Lauterbach weiter aus, einen Artikel geschrieben, obwohl er „wenig zur wissenschaftlichen Arbeit“ komme. In diesem Artikel (s. Seite 40) werde der Frage nachgegangen, was das grundlegende Problem sei und warum Deutschland bei der Lebenserwartung so schlecht abschneide. Und das, obwohl hierzulande doch eigentlich viel gemacht worden sei – angefangen bei Vorsorge- und Mindestmengengesetzen, strukturierten Versorgungsprogrammen. Trotzdem sinke in Deutschland die Lebenserwartung im dritten Jahr nacheinander.

„Sicherlich auch coronabedingt“, schränkte Lauterbach ein. Doch damit Corona die Lebenserwartung habe senken können, müsse es bei vielen Betroffenen Vorschäden gegeben haben und damit eine größere Wahrscheinlichkeit, später Herzinfarkte, Schlaganfälle, Diabetes oder auch eine Demenz zu entwickeln. Lauterbach: „Wir müssen mit einer Demenzwelle rechnen, weil wir wissen, dass bei älteren Menschen, die vorgeschädigte Gefäße im Gehirn haben und Covid bekamen, diese Gefäße oft stärker beschädigt worden sind.“ Ähnliches gelte auch für den Schlaganfall. „Wir haben da wichtige Herausforderungen vor uns“, gab der Bundesgesundheitsminister die Marschrichtung vor, „wir haben damit etwas, woran man arbeiten kann und muss“, weil man ziemlich genau die Probleme kenne.

Dazu müsse man sich zuerst die Problemlagen und deren Befund anschauen, die oft schon alt, aber dennoch relevant seien. Es sei zum Beispiel Fakt, dass es sehr große Lebenserwartungsunterschiede von rund zehn Jahren zwischen Reichen und Armen im untersten und obersten Quintil gebe. Um diese Diskrepanz deutlich zumachen, entwarf Lauterbach das Gedankenspiel einer Wunderheilung: Was wäre, wenn es zum Beispiel gelänge, alle Krebserkrankungen zu heilen? Dann, so der Minister, würde – was ja gut sei – die Lebenserwartung in der gesamten Bevölkerung um zwei bis drei Jahre steigen. Was brauche es aber, fragte er seine Zuhörerschaft, für einen riesigen Faktor, wenn der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen Reich und Arm zehn Jahre ausmacht?



Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach.

Um diesen Unterschied maßgeblich zu verringern, brauche es große Faktoren – doch gebe es dazu in Deutschland sehr wenig brauchbare Forschung und zudem eine Forschung, die schon sehr früh einsetzen müsse. Beispielsweise bei der Vorbeugung für Herzerkrankungen, wobei man schon bei Kindern ansetzen müsse. Denn viele Eltern würden überhaupt nicht verstehen, dass ihre Kinder sehr wahrscheinlich Risikofaktoren tragen, wenn in ihrer Verwandtschaft früh Herzinfarkte und Schlaganfälle vorkommen. Daher würden Kinder in einigen Ländern gezielt beim Übergang ins Erwachsenenalter auf diese Risikofaktoren hin untersucht. In Deutschland aber nicht.

Gleiches beim Lipoprotein „klein a“ (Lp(a)), einem genetischen Risikofaktor, der dazu führe, dass Frauen mehr zu Fehlgeburten neigen und später deutlich verfrüht Schlaganfälle und Herzinfarkte bekämen. Lauterbach: „Das kann man aber schon bei Kindern feststellen.“ Und sich dann danach verhalten, womit man Schlaganfälle zeitlich weit ins höhere Lebensalter verlagern könne. Lauterbach: „Doch in Deutschland wird das gar nicht untersucht.“ Sein Lösungsansatz ist es daher, systematischer als bisher zu arbeiten und vor allem junge Menschen vor Spätfolgen zu schützen, was in anderen Ländern – vor allem skandinavischen – längst gemacht werde,

Zitationshinweis
Stegmaier, P.: „Hätte man mich früher ins Amt wählen müssen“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/23), S. 38-39. http://doi.org/10.24945/MVF.05.23.1866-0533.2541

deren Lebenserwartung damit auch weit besser ausfalle als die in Deutschland. Um das zu ändern, kündigte er an, ein Gesetz auflegen zu wollen, um die Früherkennung bei vielen Risikofaktoren zu stärken. Dies solle dann aber „ein gutes Präventionsgesetz“ sein, indes keine Prävention, die zum Teil sicher auch Kassenmarketing sei, das nur dazu da sei, positive Deckungsbeiträge in eine Kasse bringen, aber gewiss nicht in der Lage sei, den Zehnjahresunterschied bei der Lebenserwartung zwischen Reich und Arm anzugehen.

Doch spiele seinen Worten zufolge nicht nur die Prävention eine große Rolle, sondern auch die Krankenhausversorgung – auch hier gebe es in Deutschland sehr große Behandlungsunterschiede bei der Versorgung. So falle zum Beispiel die Sterblichkeit um 25 Prozent geringer aus, wenn eine Mammakarzinom-Operation in einem zertifizierten onkologischen Zentrum durchgeführt werde – wohlgemerkt im gleichen Stadium der Erkrankung. Lauterbach: „Das ist jede vierte Frau, das ist ausgesprochen nennenswert.“ Da stelle sich ihm doch die Frage, „weshalb wir denn nicht überall so wie in zertifizierten Behandlungszentren behandeln würden und damit jede vierte Frau retten?“ Das sei eine Frage, der man nachgehen und der man sich stellen müsse, wie es nun eben das „riesige Krankenhausgesetz“ tue.

Ziel dessen sei es, dass künftig im Prinzip jeder so gut wie in den besten Kliniken behandelt werden könne. Das sei auch der Grund, weshalb alle deutschen Universitätskliniken, die Deutsche Krebsgesellschaft, viele andere Fachgesellschaften und die Arbeitsgemeinschaft der medizinisch wissenschaftlichen Fachgesellschaften hinter dieser Reform stünden, was man bei einer SPD-geführten Gesundheitsreform doch recht lten erlebe. Natürlich gebe es ebenso auch Konflikte, beispielsweise mit privaten Krankenhausträgern. Hier werde argumentiert, dass doch nicht jeder Schwer-erkrankte in einer Spezialklinik behandelt werden könne, so viele Spezialkliniken gebe es doch gar nicht. Seine rhetorische Gegenfrage: „Wie machen das denn die skandinavischen Länder?“ Lösung sei es, dass nicht jede Erkrankte eine Spezialklinik aufsuchen müsse, sondern in jedem Krankenhaus so gut behandelt werden müsse, wie in einer Spezialklinik. Eine etwaig längere Fahrzeit würde bei der enormen Krankenhausdichte in Deutschland nicht ins Gewicht fallen, sich im Zweifel nur um wenige Minuten verlängern. Er jedenfalls kenne keine einzige Patient:in, die eine etwas längere Fahrzeit von vielleicht 20 Minuten gegen ein 25-prozentiges Risiko zu versterben tauschen würde.

Dazu brauche es jedoch Transparenz. Das Krankenhaustransparenzgesetz, das deutlich machen solle, wo die Qualität gut sei und wo nicht, werde jedoch von einigen Bundesländern abgelehnt. Da werde argumentiert, gab Lauterbach zu Protokoll, dass, wann man die Ergebnis-Unterschiede öffentlich machen würde, einige Häuser, die jetzt schon Schwierigkeiten mit der Qualität hätten, sich nicht mehr füllen würden. Lauterbach: „Aber sollen sich denn diese Häuser beispielsweise mit Krebspatienten füllen?“ Und ans Auditorium gerichtet: „Mit mit ihnen, mit ihren Verwandten, ihrer Mutter oder ihrem Vater?“ Transparenz sei damit eine wichtige Voraussetzung für eine bessere Qualität – und Patientenrechte seien auch Informationsrechte.

Beispiel Schlaganfallversorgung: Rettungsdienste würden jene Kliniken anfahren, die sich für die Notdienstaufnahme angemeldet hätten und damit oft an der Klinik vorbeifahren, die für die Schlaganfallversorgung die besser geeignete Klinik gewesen wäre. „Wir verlieren jedes Jahr ausweislich der Berechnung unserer Regierungskommission rund 5.000 Menschen, die den Schlaganfall nicht überleben“, erklärte der Bundesgesundheitsminister. Und dies obwohl die Versorgung in einer Spezialklinik nicht teurer, wahrscheinlich wegen weniger Komplikationen wohl noch noch günstiger sei. Lauterbach: „Auch das ist sehr nennenswert.“ Neben den rund 5.000 umsonst Gestorbenen gebe es aber auch noch jene, „die zwar noch mal durchkommen, aber danach Pflegefälle sind“. Deshalb müsse seiner Ansicht nach die Schlaganfallversorgung in Stroke Units deutlich ausgeweitet werden. Das würde nach Anfangsinvestitionen wenig kosten, weil nachlaufende Kosten verhindert würden, bis hin zur Budgetneutralität.

Es gebe in Deutschland aber auch noch eine Versorgungsart, die noch prekärer sei; nämlich jene, die in einer Art Parallelstruktur statt- oder meist auch gar nicht stattfindet. Darum brauche es Gesundheitskioske. Das oft gehörte Gegenargument, dass man damit der niedergelassenen Ärzteschaft die Arbeit wegnehmen würde, lässt er nicht gelten: „In die Stadtteile, in denen es schon jetzt keine Hausärzte mehr gibt, werden auch keine mehr hinkommen.“ Gesundheitskioske stellen seiner Ansicht nach eine Versorgungsstruktur für diejenigen dar, die sonst überhaupt keine Versorgung haben und – wenn sie schwer erkranken oder Komplikationen auftreten – bisher für teuer Geld in eine Notfall- oder Uniklinik gebracht und dort versorgt werden müssen. Da seien Gesundheitskioske wie „Die Kümmerei“, die er kürzlich in Köln besucht habe, besser und effizienter. Zudem würden dort Menschen versorgt, die überhaupt keine Krankenversicherung haben und es werde in 14 Sprachen gearbeitet.

Zuletzt ging Lauterbach noch auf einige ihm ebenso wichtige Punkte ein. Zum einen auf die elektronische Patientenakte. Die darin gespeicherten Behandlungsdaten würden nicht nur helfen, die Versorgung zu verbessern, sondern Patient:innen auch dann unterstützen, wenn eine gestützte Zweitmeinung erforderlich sei oder wirklich Behandlungsfehler passiert seien. Diese seien viel leichter nachzuweisen, wenn die Dokumentation schon erfolgt sei; und zwar zu einem Zeitpunkt, zu dem noch gar nicht klar war, dass sich je einer entwickeln könne. Lauterbach: „Wenn alle wichtigen Daten in der elektronischen Patientenakte gesammelt sind, haben Patient:innen eine ganz andere Voraussetzung.“ Seinen zweiten Punkt machte der Gesundheitsminister bei dem Versuch, dass Arzneimittel wieder stärker in Deutschland und Europa produziert werden sollen, um Lieferengpässe zu vermeiden – zehn Jahre sei das dafür nötige Gesetz liegen geblieben. „Wenn Sie jetzt sagen“, wandte sich Lauterbach wieder ans Auditorium, „dass alles hätte viel früher kommen müssen“, dann – so sein O-Ton – „hätte man mich früher ins Amt wählen müssen“.

Seine letzten Punkte: Härtefallfonds, Neujustierung der Beweislast und Patientenrechtegesetz. Zwar wolle er den Eckpunkten des Gesetzes nicht vorgreifen, doch sei ein wichtiger Punkt die Einsichtnahme in die Patientenakte und ein weiterer der perfekt gewährleistete Datenschutz samt Datensicherheit. Lauterbachs Bitte, gewandt an das Aktionsbündnis Patientensicherheit: „Lassen Sie sich nicht verunsichern. Diejenigen, die die Transparenz der elektronischen Patientenakte scheuen, werden mit dem Argument des Datenschutzes versuchen, Sie auf die Seite derjenigen zu ziehen, die die Transparenz nachher ablehnen. Denken sie viel darüber nach: Es sind am Schluss Ihre Daten, die Sie jetzt nicht haben.“ Die wichtigste Arbeit für eine Verbesserung der Patientensicherheit ist und bleibt Lauterbachs Ausführungen zufolge einerseits eine bessere Vorbeugung, andererseits eine bessere Behandlungsqualität. Sein Versprechen: „An beidem werden wir konsequent arbeiten. Ich lade Sie ein, uns auf diesem Weg zu begleiten.“ <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Lauterbachs Erkenntnisse zu Deutschlands mangelnder Leistung in Bezug auf die Lebenserwartung

Der deutsche Lebenserwartungsnachteil wächst

Die beiden Kölner Professoren Dr. Stephan Baldus (Direktor der Klinik III für Innere Medizin der Universitätsklinik Köln) und Dr. Karl Lauterbach (1997 zum Professor für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie an die Universität zu Köln berufen, doch seit 2005 als Abgeordneter nach § 5 des Abgeordnetengesetzes beurlaubt und aktuell Bundesgesundheitsminister (20. Legislaturperiode 2021–2025)) haben ein gemeinsames, wenn auch kurzes Papier geschrieben. Es nennt sich „Präventionsorientierte Gesundheitsversorgung in Deutschland – eine Nation, die eine Trendwende braucht" und ist in englischer Sprache am 31. Juli dieses Jahres im Open-Access-Journal „European Journal of Epidemiology" (Springer) erschienen.

>> In diesem Artikel (1) mahnt das Autoren-Duo davor, dass sich der Rückgang der Sterblichkeit in den Industrieländern in letzter Zeit trotz erheblicher Steigerungen der Gesundheitsausgaben verlangsamt habe und es außerdem stichhaltige Belege aus europäischen Ländern gebe, dass der Gesamtgewinn an Lebenszeit offenbar durch eine Zunahme der Jahre mit Behinderungen teuer erkauft werde. Die Beiden zitieren hier das Autorenteam um Jasilionis (10), das „ein düsteres Bild über die Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland" gezeichnet habe, da mittels vergleichender Analysen der Lebenserwartung auf Basis von Sterbetafeln der Datenbank zur menschlichen Sterblichkeit und anschließender alters- und ursachenspezifischer Zerlegung stichhaltige Belege dafür geliefert worden seien, dass „Deutschland im Vergleich zu anderen entwickelten Ländern bei der Steigerung der Lebenserwartung derzeit unterdurchschnittlich" abschneide.

Die beiden Autoren beschreiben die von Jasilionis et al. für Deutschland vorgelegten Daten als „alarmierend", es gebe indes „auch Grund zur Ermutigung". Denn Deutschland verfüge über ein hoch entwickeltes und leicht zugängliches Gesundheitssystem, zudem sei das Land bekannt für seine makroökonomische Leistungsfähigkeit. Baldus und Lauterbach hoffen daher, dass „eine starke und landesweite Initiative zur Primärprävention möglich" sein sollte. Ein solches Programm hätte, so das Autoren-Duo, „das Potenzial, sowohl im Hinblick auf die Senkung der Sterblichkeit als auch der Gesundheitskosten hocheffizient zu sein". So sei aus anderen in ihrem Artikel zitierten Quellen bekannt, dass „die Zahl der erforderlichen Untersuchungen zur Verhinderung eines Todesfalls beim Screening auf Dyslipidämie oder Bluthochdruck etwa zehnmal niedriger seien als bei Programmen zur Bekämpfung von Krebs bzw. Hepatitis – und damit äußerst kosteneffizient". Ihrer Meinung nach könnte „eine Verbesserung der Primärprävention für Herz-Kreislauf-Erkrankungen letztlich auch die Gesundheitsausgaben senken".

In ihrem Fazit schreiben sie, dass eine Senkung der kardiovaskulären Sterblichkeit in Deutschland dringend erforderlich sei und gemeinsame Anstrengungen von Primär- und Tertiärversorgern, Forscher:innen und Politiker:innen gefordert seien. Baldus/Lauterbach: „Es müssen Initiativen ergriffen werden, die dazu beitragen, das Ernährungsverhalten auf öffentlicher und individueller Ebene zu ändern, leistungsfähige Screening-Programme zu implementieren, die Einhaltung von Leitlinien in der Primärversorgung zu verbessern und neue Behandlungsstrategien auf der Grundlage der Digitalisierung und einer angemessenen Zuweisung von Forschungsmitteln zu entwickeln." Auch müsse ein aggressiveres Vorgehen gegen den Tabakkonsum in Betracht gezogen werden, was letztlich dazu beitragen würde, nicht nur die numerische Lebenserwartung insgesamt zu erhöhen, sondern auch die Zahl der Jahre ohne Behinderung – das sei das „wichtigste Ziel der Prävention und Früherkennung chronischer Krankheiten". Wenn dies gelinge, könnte Deutschland vom Saulus zum Paulus der Herz-Kreislauf-Prävention werden und sich „zum Vorbild für ein modernes bundesweites präventionszentriertes Gesundheitskonzept mit dem Schwerpunkt Herz-Kreislauf-Erkrankungen" entwickeln.

Der Artikel von Baldus und Lauterbach ist eine von den beiden kommentierte und angereicherte Weiterführung des am 25. April 2023 ebenfalls im Springer-Journal „European Journal of Epidemiology" erschienenen Artikels „Die unzureichende Lebenserwartung in Deutschland" (2) von Dr. Domantas Jasilionis. Der Wissenschaftliche Mitarbeiter am Max-Planck-Institut für demografische Forschung in Rostock und seine drei Mitautor:innen Alyson A. van Raalte (ebenfalls Max Planck, Rostock) sowie Sebastian Klüsener und Pavel Grigoriev (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden) untersuchen in ihrer Studie die langjährige deutsche Lebenserwartung im Vergleich zu sechs ebenso einkommensstarken Ländern mithilfe demografischer Methoden und einer Todesursachenanalyse. Als da sind:

- Schweiz (bei der Lebenserwartung von Männern konstant führend),
- Frankreich (bekannt für eine besonders niedrige Sterblichkeitsrate im höheren Alter)
- Japan (weist seit mehreren Jahrzehnten die höchste Lebenserwartung für Frauen auf)
- Spanien (das Japan als nächsten Spitzenreiter bei der Lebenserwartung überholen wird)
- Vereinigtes Königreich und USA (verzeichnen in letzter Zeit eine gut dokumentierte Verlangsamung der Sterblichkeit)

Mit dem Studienziel herzufinden, ob Deutschland trotz Beibehaltung höherer Gesundheitsausgaben „seinen eigenen, wenig überzeugenden Weg der Lebenserwartung eingeschlagen" hat, kommt das Autoren-Quartett auf interessante Erkenntnisse bei der von ihnen nach Alter zerlegten Lebenserwartung. Sie detektieren hierzulande eine erhöhte Sterblichkeit bei Männern im Alter von 65 Jahren und älter, wobei diese „durchweg den größten Beitrag" zur Lebenserwartungslücke zwischen Deutschland und Japan, der Schweiz, Frankreich und dem Vereinigten Königreich dargestellt hätte. Der zweitgrößte Beitrag zu diesem Unterschied sei die Übersterblichkeit im Alter von 50 bis 64 Jahren (außer im Vergleich zu Frankreich) gewesen.

Bei Frauen hingegen sehe das Muster anders aus: Hier trage die höhere Sterblichkeit im Alter von 65 bis 79 Jahren „erheblich zur Lebenserwartungslücke" bei. Doch anders als bei Männern sei bei Frauen der Beitrag der höheren Sterblichkeit im Alter von 80+ Jahren entscheidend für den Langlebigkeitsunterschied zwischen Deutschland und den vier führenden Ländern, insbesondere im jüngsten Zeitraum.

Die Dekomposition zeige zudem auch Unterschiede in der Altersstruktur der

Sterblichkeit zwischen Deutschland und dem Vereinigten Königreich und den USA. So weise Deutschland beispielsweise eine niedrigere Sterblichkeit in den meisten Altersgruppen, aber eine höhere Sterblichkeit im Alter von 80 Jahren und älter auf. Zudem sei die Streuung des Alters beim Tod in Deutschland geringer als bei den anderen Schlusslichtern der Lebenserwartung, wie dem Vereinigten Königreich und den USA. Ihre Ergebnisse, so die Autor:innen, würden bestätigen, dass

(a) der langsamere Fortschritt bei der Lebenserwartung in Deutschland nicht durch eine zunehmende Heterogenität im Gesundheitszustand der Bevölkerung ausgelöst werde, die auf Sterbefälle im erwerbsfähigen Alter zurückzuführen ist; und
(b) hauptsächlich der Sterblichkeitsnachteil bei Menschen im höheren Alter, insbesondere bei denjenigen, die nahe am modalen (typischsten) Sterbealter sind, der Auslöser sei.

Das Autorenteam untersuchte auch, ob das schlechte Abschneiden Deutschlands bei der Lebenserwartung, wie oft vermutet, hauptsächlich zurückgeführt werden könne auf

1) Herz-Kreislauf-Erkrankungen und eine
2) insuffiziente Behandlung chronischer und altersbedingter Krankheiten.

In der Tat, so Jasilionis et al., zeige eine ursachenspezifische Zerlegung der Lebenserwartung im Vergleich zu den leistungsstärksten Ländern – darunter Japan, die Schweiz und Spanien –, dass Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (CVD) tatsächlich die Hauptverantwortlichen für diesen Nachteil seien. Diese große Gruppe von Todesursachen sei in allen Untersuchungszeiträumen am stärksten vertreten gewesen, obwohl in Deutschland insgesamt Fortschritte bei der Reduzierung der CVD-Sterblichkeit erzielt worden seien. Jedoch sei über den Untersuchungszeitraum hinweg der Anteil des Lebenserwartungsrückstands, der auf die überhöhte CVD-Sterblichkeit in Deutschland zurückzuführen sei, hoch geblieben oder sogar noch weiter gestiegen.

Der wachsende Lebenserwartungsnachteil Deutschlands im Vergleich zu den leistungsstärksten Ländern wird nach Meinung des Autoren-Quartetts auch deutlich, wenn man die jüngsten jährlichen Trends der standardisierten Sterberaten aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Alter von 50 bis 64 und 65+ betrachtet. So habe Deutschland das 21. Jahrhundert mit einer höheren Rate an Herz-Kreislauf-Erkrankungen als die führenden Länder begonnen, aber dann langsamere Fortschritte oder sogar Anzeichen einer Stagnation des Rückgangs der CVD-Sterblichkeit nach 2010 verzeichnet. Doch sei ein besonders „besorgniserregender Trend" während des Untersuchungszeitraums die systematisch höhere vorzeitige CVD-Sterblichkeit im Alter von 50 bis 64 Jahren in Deutschland gewesen, wobei die Sterblichkeit bei deutschen Männern und Frauen doppelt so hoch wie in der führenden Gruppe der führenden Länder, mit Ausnahme der USA und des Vereinigten Königreichs, ausgefallen sei.

In ihrem Fazit schreiben die Autor:innen, dass Deutschlands Leistung in Bezug auf Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren sogar noch schlechter sei, weil bei diesem Indikator für Männer Deutschland sogar hinter den USA zurückliege, einem „bekannten Underperformer" in der betrachteten Ländergruppe. Was die Langlebigkeit betreffe, seien Deutschland und die USA deutlich unterdurchschnittlich, obwohl ihre Gesundheitsausgaben ähnlich hoch oder viel höher sind als in vielen Ländern, die zu den Langlebigkeitsvorreitern gehörten. Die beobachteten Diskrepanzen zwischen Investitionen in das Gesundheitswesen und den Gesundheitsergebnissen der Bevölkerung sollen nach Ansicht der Autor:innen als „ein Warnsignal für die Nachhaltigkeit des gesamten Gesundheitswesens in Deutschland" verstanden werden, da die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in naher Zukunft aufgrund der Bevölkerungsalterung weiter steigen werde.

Limitierend für ihre Ausgaben räumt das Autorenteam um Jasilionis ein, dass sich ihre Erkenntnisse über die potenziellen Determinanten des deutschen Nachteils bei der Lebenserwartung weitgehend auf aggregierte umfragebasierte und routinemäßig erhobene, statistische Daten zu sozioökonomischen, gesundheitsbezogenen Verhalten stützten. Obwohl diese Daten einige statistische Zusammenhänge aufzeigen würden, können sie keine kausale Aussagen treffen. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

1: https://doi.org/10.1007/s10654-023-01030-3
2: https://doi.org/10.1007/s10654-023-00995-5

Zitationshinweis

Stegmaier, P: „Der deutsche Lebenserwartungsnachteil wächst", in „Monitor Versorgungsforschung" (05/23), S. 40–41. http://doi.org/10.24945/MVF.05.23.1866-0533.2545

Natural Language Processing

>> Rund 150 Millionen Arztbriefe werden pro Jahr in Deutschland geschrieben. Das kostet Zeit, die an anderer Stelle fehlt. Abhilfe könnte der „Arztbriefgenerator" schaffen, eine Kombination aus Algorithmen und künstlicher Intelligenz, die beim sogenannten Natural Language Processing (NLP) eingesetzt wird. Informationen aus Texten werden hierbei extrahiert und in strukturierter Form zur Verfügung gestellt, wodurch Prozesse wie Qualitätssicherung, die Erstellungen von Statistiken, klinische Entscheidungsunterstützungen und Abrechnungen einfach und schnell möglich sind und neue Texte wie Arztbriefe erzeugt werden können. Ein Prototyp des Arztbriefgenerators soll bereits im kommenden Jahr an der Universitätsmedizin Essen im Zuge des KI.NRW-Flagship-Projekts SmartHospital.NRW getestet werden. Welche Möglichkeiten sich außerdem noch durch NLP für den medizinischen Bereich ergeben, haben Wissenschaftler:innen des Fraunhofer-Instituts für Intelligente Analyse- und Informationssysteme IAIS im neuen Whitepaper „Natural Language Processing in der Medizin" (1) zusammengefasst. <<

1: https://t1p.de/kb0ky

Krebsinzidenz ohne Deprivation

>> „Trends der Krebsinzidenz nach sozioökonomischer Benachteiligung in Deutschland in den Jahren 2007 bis 2018", nennt ein Autorenteam um Dr. Lina Jansen vom Krebsregister Baden-Württemberg ihre registerbasierte Studie. Mit dieser wollen die Autor:innen herausfinden, ob die altersstandardisierte Krebsinzidenz, die in den letzten Jahren für viele Krebsarten zurückgegangen sei, zu einer Verringerung oder Vergrößerung der sozioökonomischen Ungleichheiten bei der Krebsinzidenz geführt hat. Nach ihren Erkenntnissen ist die altersstandardisierte Inzidenz zwischen 2007 und 2018 für Krebs insgesamt und alle Krebsarten (außer Lungenkrebs bei Frauen) stark rückläufig, jedoch unabhängig vom Grad der Deprivation. Allerdings würden Unterschiede in der Größenordnung der Trends zwischen Deprivationsquintilen zu zunehmenden Ungleichheiten im Laufe der Zeit für Krebs insgesamt, aber auch kolorektalen Krebs und Lungenkrebs, führen. Interventionsprogramme für sozioökonomisch benachteiligte und städtische Regionen seien dringend erforderlich. <<

1: https://doi.org/10.1002/ijc.34662

Lilly-Hintergrundgespräch „Versorgung der Alzheimer-Krankheit“

Alzheimer: Ist die Früherkennung der Schlüssel?

Die schlechte Nachricht: Die Anzahl der Menschen, die hierzulande in Zukunft an Demenz leiden werden, wird steigen. Alleine aufgrund der demografischen Entwicklung – auf Basis einer Schätzung und ausgehend von den derzeitigen Behandlungsmöglichkeiten sowie ohne etwaige Sonderfolgen wie Co-Inzidenzen mit Corona, vor denen Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach warnte (s. S. 38) – werden im Jahr 2050 rund 2,8 Millionen Deutsche demenziell erkrankt sein, dazu kommen rund 2 Millionen mit Alzheimer-Demenz. Die guten News hinterher: Die Krankheit könnte bald ihren Schrecken verlieren. Das jedoch nur dann, wenn sich das konzeptuelle Verständnis von Demenzerkrankungen ändert sowie Biomarkeruntersuchungen in bereits sehr frühen Stadien dazukommen und obendrein innovative (aber schon absehbare) Behandlungsmöglichkeiten den damit entstehenden Erkenntnis-Therapie-Gap schließen. Das wurde bei einem Hintergrundgespräch des forschenden Pharmaunternehmens Lilly mit dem Titel „Versorgung der Alzheimer-Krankheit“ deutlich. Aufgeworfen und diskutiert wurde mit den Referenten folgende Frage: „Ist die Früherkennung der Schlüssel?“

>> Auf jeden Fall ist die derzeit absehbare Pipeline der zur Behandlung der Alzheimer-Demenz künftig einsetzbaren Substanzen durchaus erfreulich. Wie Prof. Dr. med. Oliver Peters (Charité Berlin) in seinem Vortrag zur Prävalenz, Pathophysiologie und Ursachen der Alzheimer-Krankheit ausführte, befinden sich derzeit 143 Wirkstoffe in der Entwicklung, davon 31 in Phase 3. Viele von ihnen arbeiten mit den beiden Proteinen Amyloid (15%, 20 Wirkstoffe) und Tau (9%, 13), die im Biomarkermodell den Verlauf von Alzheimer auslösen. Beziehungsweise bei günstiger Beeinflussung in der Lage wären, den sich in sechs Stadien und Kaskaden vollziehenden Erkrankungsverlauf zu verzögern – womöglich und je nach Therapiestart sogar deutlich.

Damit wird die Krux der Sache deutlich: Nach dem bisherigen Krankheitsverständnis ist ein Mensch erst dann demenziell erkrankt, wenn ein Beginn der klinischen Symptomatik mit krankhaften Veränderungen im Nervensystem einhergehend mit kognitiven und funktionellen Beeinträchtigungen feststellbar ist. Davor gibt es jedoch, wie Peters, Oberarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Campus Benjamin Franklin der Charité und Leiter der Arbeitsgruppe am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), erklärte, „einen sehr, sehr langen Zeitraum“, der mehrere Jahrzehnte umfassen kann, in denen bei entsprechender Veranlagung biologische Vorgänge schleichend und unerkannt stattfinden. Obwohl in frühen Stadien in der Regel Betroffene nicht in ihrem Alltag und ihrer Selbstständigkeit eingeschränkt sind, hat der pathologische Abbau von Amyloid-Vorläuferproteinen und die immer weiter fortschreitende Bildung von Amyolid-Plaques im Gehirn längst begonnen. Bereits hier in den asymptomatisch verlaufenden Stadien



Abb. 1: Lilly-Hintergrundgespräch „Versorgung der Alzheimer-Krankheit“, Vortrag „Alzheimer-Krankheit: Prävalenz, Pathophysiologie und Ursachen“; Prof. Dr. med. Oliver Peters, Charité, 2023.

0 und 1 (s. Abb. 1) wäre es möglich, innovative biomarkerbasierte Diagnostik anzuwenden, um ein damit entstehendes „window of opportunity“ für den frühzeitigen Start einer passenden und vielleicht schon bald zur Verfügung stehenden zielgerichteten Therapiestrategie zu nutzen.

„Wir versuchen, immer weiter retrograd zu kommen“, gibt Peters eine durchaus mögliche Marschrichtung im Kampf gegen Alzheimer vor. Im Moment sei jedoch noch die symptomatische Behandlung State of the Art, weil es dafür seit Längerem zugelassene Antidementiva gibt. Peters: „Was wir gerne machen möchten und was ein Schritt in die Zukunft ist, ist die sekundäre Prävention, bei der unmittelbar dann behandelt wird, wenn die Symp-tome anfangen – mit dem Ziel, eine größere klinische Wirksamkeit zu erzielen.“ Es sei nun einmal das Wesen chronischer Degenerationen, dass, je später therapeutisch eingegriffen werde, desto weniger erreicht werden könne. Da man bei der Alzheimer-Demenz jedoch bereits (auch bereits im asymptomatischen Bereich) entstandene Gehirnschädigungen nicht rückgängig machen könne, sei die Idee folgende: „Je früher wir beginnen zu behandeln, desto wirksamer können wir in den pathologischen Prozess eingreifen, der zur Demenz führt.“ Dies sogar mit dem seines Erachtens überaus realistischen Ziel, dass „idealerweise vielleicht eines Tages gar keine Demenz mehr auftritt“. Das indes nur, so Peters weiter, „wenn wir es schaffen, eine primäre Prävention zu betreiben, also schon zu behandeln, bevor überhaupt die allerersten klinischen Symptome aufgetreten sind.“ Dieser Ansatz könnte in einigen Jahren dazu beitragen, die Lebensqualität und Selbstständigkeit der Betroffenen viel länger zu erhalten und obendrein spätere, mit der Alzheimer-Krankheit assoziierte Kosten zu reduzieren.

Könnte. Weil es erst einmal Geld kostet.

In seinem Vortrag zur „Bedeutung der Frühdiagnose und Möglichkeiten zur Früherkennung“ erklärte Prof. Dr. med. Timo Grim-

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Alzheimer: Ist die Früherkennung der Schlüssel?“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/23), S. 42–43. http://doi.org/10.24945/MVF.05.23.1866-0533.2550

mer (Technische Universität München), dass eine biomarkerbasierte Diagnostik etabliert werden sollte, weil die bisherige ausschließlich klinisch gestützte Diagnostik der Alzheimer-Krankheit für die Diagnose der frühen Stadien nicht ausreichend sei.

Zur Früherkennung der Alzheimer-Krankheit sollten Liquor-Untersuchungen auf Amyloid und Tau-Proteine, PET-Scans* mit radioaktiven Tracern sowie mittelfristig auch einfachere, aber sich noch in der Entwicklung und klinischen Validierung befindliche blutbasierte Biomarkertests eingesetzt werden. Alleine in den USA gebe es schon zugelassene Tests.

Generell gelte jedoch, dass je mehr Marker positiv ausfallen, sich umso wahrscheinlicher eine Demenz in den nächsten Jahren entwickeln kann. Aber auch: Je früher eine Therapie eingesetzt wird, desto größer wird dieser Effekt sein. Wichtig sei es, nicht nur eine Prognose zu stellen, sondern diese mit einer Therapieoption zu begleiten, wobei „wir hoffen, dass uns in Zukunft mehr modifizierende Therapien zur Verfügung stehen.“ Grimmer: „Wir müssen die demenziell erkrankten, aber noch asymptomatischen Menschen entdecken und behandeln können, wenn sie noch nicht hilfsbedürftig sind.“ So könnten schwerwiegende Krankheitsverläufe abgewendet oder zumindest verlangsamt werden. Dies zu erreichen, wäre für die Betroffenen und deren Angehörige, aber auch für die Gesellschaft ein großer Verdienst. Da aber genau die dazu nötige Frühdiagnostik nicht passiere, „entgehen uns die Leute, weil niemand frühzeitig hinschaut“.

In der Pflicht sieht Grimmer weniger Spezialeinrichtungen wie die Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar und das Zentrum für Kognitive Störungen der Technischen Universität München, in der er tätig ist, sondern genuin die behandelnde Hausärzteschaft „Meine Hoffnung ist es, dass wir niedergelassene Haus- und niedergelassene Fachärzte motivieren können, mehr für die Primärversorgung zu tun“, gab Grimmer zu Protokoll. Gemeinsam mit den Niedergelassenen könne man auch ohne biomarkerbasierte Diagnostik, die naturgemäß noch nicht ausreichend im hausärztlichen Setting angekommen sei, viele der modifizierbaren Risikofaktoren für die Demenzentwicklung angehen (s. Abb. 2, oben).

Auch damit hätte man, so Grimmers Hoffnung, „ein Riesenpotenzial, um die Prävalenz von Demenzerkrankungen günstig zu beeinflussen.“ Zu beachten sei bei allem, dass, je mehr Tests zur Verfügung stehen, die große

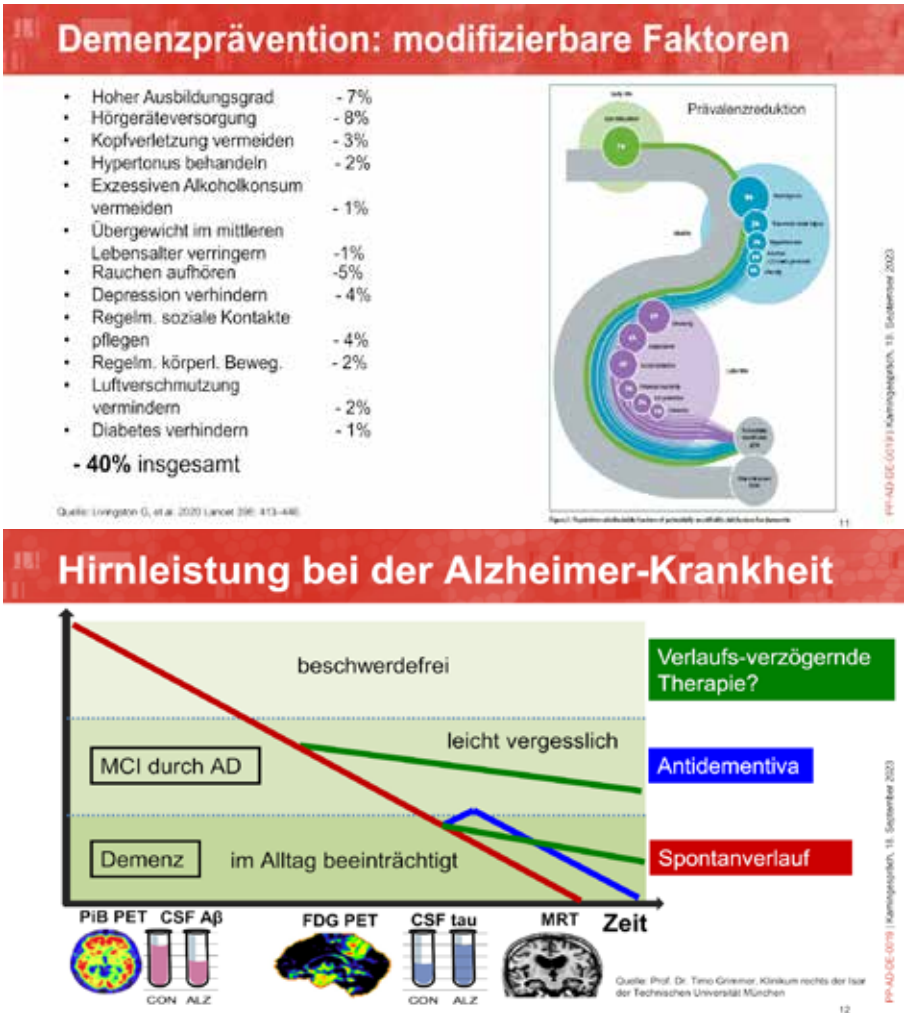


Abb. 2: Lilly-Hintergrundgespräch „Versorgung der Alzheimer-Krankheit“, Vortrag „Alzheimer-Krankheit: Bedeutung der Frühdiagnose und Möglichkeiten zur Früherkennung“; Prof. Dr. med. Timo Grimmer (Technische Universität München), 2023. *Legende: PET = Positronen-Emissions-Tomografie.

Herausforderung darin bestehe, eine möglichst korrekte Interpretation der Ergebnisse zu erzeugen. Alle Tests hätten Limitationen. Besonders bei Bluttests müsse man immer im Hinterkopf behalten, dass eine gewisse Anzahl von falsch-positiven und falsch-negativen Ergebnissen auftreten könne. Besonders das Auftreten von falsch-positiven Ergebnissen sei eine große kommunikative Aufgabe. Es könne eben vorkommen, dass es bei Menschen, die mit einer – ob richtigen oder falschen – Krankheitsdiagnose konfrontiert werden, zu Kurzschlussreaktionen kommen kann, zumindest aber zu unnötiger Angst und sozialen Störungen.

Dennoch und trotzdem ist die Frühdiagnose von Alzheimer-Demenz für die beiden Vortragenden der Weg in die Zukunft; in eine, die sie teilweise arbeitslos machen wird. Denn beide sind auch Leiter sogenannter Gedächtnisambulanzen, die irgendwann einmal,überflüssig werden könnten. Peters: „Wir brauchen die dann gar nicht mehr, weil die Niedergelassenen alles selber regeln und den Spezialambulanzen die komplizierteren, differenzialdiagnostischen Betrachtungen vorbehalten bleiben.“

Peters schwebt hier das erfolgreiche 90:90:90-UNAIDS-Ziel der Vereinten Nationen vor. Dahinter verberge sich die Idee, dass 90 Prozent, die die Erkrankung bereits haben, aber nicht bemerken, tatsächlich diagnostiziert werden sollen. Weitere 90 Prozent von denen, die diagnostiziert worden sind, sollten dann eine entsprechende Therapie bekommen; verbunden mit der Hoffnung, dass 90 Prozent derer, welche die Therapie bekommen, keine Demenz oder zumindest keine Pflegebedürftigkeit entwickeln.

Dazu brauche es aber eines: mehr Geld für die Frühdiagnostik. Hier müssten Politik wie Gesellschaft ein Signal setzen und vor allem im hausärztlichen Bereich eine angemessene Honorierung einführen, damit nicht nur biomarkerbasierte Tests durchgeführt werden, sondern bei Verdachtsfällen auch mehr Gehirn-Leistungstests angeboten werden können. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung: Grundlagen, Umsetzung, praktische Hilfen



Hrsg.: Dengler, R., Froschauer, S., Jenschke, C., Rau, H.
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung: Grundlagen, Umsetzung, praktische Hilfen
Verlag: Kohlhammer Verlag 2023
215 Seiten,
ISBN-Print: 978-3-17-042865-2
Preis: Buch: 29,00 Euro / eBook/PDF und ePub: 25,99 Euro

>> Nutzen und Qualität eines Sachbuchs erschließen sich am besten, wenn das Thema für die eigene Tätigkeit relevant wird. Das im Kohlhammer Verlag erschienene Buch „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung – Grundlagen, Umsetzung, praktische Hilfen" von Dengler, Froschauer, Jenschke und Rau kam aus unserer Sicht zum richtigen Zeitpunkt: Mit Multipler Sklerose (MS) wurde erstmalig eine ASV zu einer volumenstarken (auch) augenmedizinischen Indikation verabschiedet. Als Vertreterin eines Verbands in der Augenheilkunde will ich die Mitglieder mit Kerninformationen zu „wozu", „Nutzen", „wie geht's" ausstatten – und in dem Zuge erwies sich das Buch als echte Hilfestellung.

Denn das eine ist die jeweilige ASV-Richtlinie des G-BA mit kargen, inhaltlichen und tabellarischen Auflistungen. So entsteht aber kein Bild vor dem inneren Auge. Den Zugang bahnt hingegen das Buch – für Anfänger wie für Fortgeschrittene: Schon der Blick in das Inhaltsverzeichnis ist erhellend, denn die Kapitel sind die Pendants zu den Fragen, die sich stellen. Im Kapitel „Der Weg in die ASV" sind das die Aspekte rund um das Team, Vertrag, Haftung, Teilnahmevoraussetzungen und Anzeigeverfahren. Das Kapitel „Die Arbeit in der ASV" nimmt den Patienten und seine arbeitsteilige Behandlung in den Blick, schaut auf Vergütung und Administratives. Man merkt dem Text an, dass keine Theoretiker bzw. Spezialisten, die sich z. B. nur mit einer Facette dieser Versorgungsstruktur befassen, am Werk waren. Die langjährige Beratungspraxis der Autor:innen zeigt sich nicht nur in der klaren Sprache und der guten Kenntnis, was sich in der Praxis für Fragen stellen, die vielen verschiedenen Regelungsbereiche werden auch aus den verschiedenen Blickwinkeln – (Berufs-)Recht, Finanzen, weiche Faktoren der Zusammenarbeit im Team, Regulatorik etc. verzahnt dargestellt. Und der Leser bekommt das Expertenwissen, Best Practice-Beispiele und praktische Tipps mitgeliefert – welche Strukturen, welche Vorgehensweisen haben sich bewährt, wo gibt es die notwendigen Formulare und Daten, wer ist für mein Vorhaben zuständig?

Aber auch mit kompetenter Hilfestellung ist die ASV keine leichtgängige Versorgungsstruktur. In einem von Vereinzelung der Praxen, MVZ und Krankenhäusern geprägten Gesundheitswesen, das noch dazu in bester deutscher Manier administrativ vielfach überladen ist, sind kooperative Versorgungsformen Ausnahmeerscheinungen. Herausforderung sind Datenschutz und gemeinsamer Datenzugriff, fehlende Anerkennung und Vergütung für Managementaufgaben, von Misstrauen geprägte Genehmigungspraxis, unzureichende Flexibilität im erlaubten Leistungsspektrum und auf Kante genähte Vergütung. Eigentlich hat das, was die ASV für Patient:innen mit seltenen Erkrankungen und besonderen Krankheitsverläufen vormacht, das Zeug zur Blaupause. Denn die Grundidee ist anerkannterweise gut: jenseits von Staatsmedizin eine gemeinschaftliche und koordinierte Versorgung, möglichst regional, über verschiedene fachliche Disziplinen, Expertisen und Versorgungssettings hinweg. Trampelpfade in der kooperativen Versorgung entstehen durch das Tun, das gilt für die ASV wie DMP, Versorgung nach § 140 SGB V, Ärztenetze oder die vielen faktischen Versorgungskooperationen in großen Versorgereinrichtungen und zwischen ihnen. Je einfacher die Rahmenbedingungen sind, umso höher ist die Chance einer vernetzten und integrierten Versorgung. Ein Verdienst der Herausgeber:innen des Grundlagenbuchs: Sie haben sich jahrelang im Großen wie im Kleinen um die ASV gekümmert, sie gepampert, immer wieder handhabbare und praxistaugliche Lösungen eingefordert und damit wesentlich dazu beigetragen, dass heute über 700 ASV-Teams in 19 Indikationen mit mehr als 25.000 Ärzt:innen in Klinik und Praxis gemeinschaftlich Patienten versorgen.

Zu Recht nimmt das Buch in Anspruch, ein medizinische, juristische und verfahrenstechnische Aspekte gleichermaßen abdeckendes Standardwerk zu sein. Es ist Informationsquelle und Nachschlagewerk für Versorgende, für in Management und Verwaltungen tätige Mitarbeitende, für andere Interessierte im Gesundheitswesen. Gleichermaßen Neulinge wie alte Hasen der ASV können viel und sehr substanziierten Honig saugen: Es hilft beim Zugang zum Thema und ist als Informationsquelle bei Detailproblemen genau richtig. In diesem Sinne habe ich es auch den Mitgliedern meines Verbandes wärmstens ans Herz gelegt. <<

von:
PD Dr. Ursula Hahn, Geschäftsführerin OcuNet Verbund / Mitglied im Vorstand des Bundesverbands Managed Care (BMC)

Digitale Ethik in Healthcare



Hrsg.: Nemat, A. T., Becker, S. J.
Digitale Ethik in Healthcare
Verlag: MWV 2023
233 Seiten,ISBN-Print: 978-3-95466-668-3
Preis: Buch: 59.95 Euro

>> Dr. André T. Nemat und Dr. Sarah J. Becker, beide Gründer:innen und Managing Partner:innen des Institute for Digital Transformation in Healthcare an der Universität Witten/Herdecke, beschreiben in ihrem kürzlich erschienenen Buch einen Praxisleitfaden für Unternehmen, die sich für (dringend nötige) ethische Leitplanken für den menschenzentrierten Umgang mit Daten und algorithmischen Systemen interessieren. Dringend nötig deshalb, weil – wie das Autorenduo ausführt – mit der digitalen Transformation digitale Ethik kein Nice-to-have, sondern „eine neue, aber wesentliche Disziplin" wird. Denn digitale Ethik ziele auf den vertrauensbildenden und angemessenen Umgang mit Daten und algorithmischen Systemen, um Menschen Orientierung bei der Entscheidungsfindung in der digitalen Welt zu geben.

Das Buch beleuchtet die neuen Fragen und Herausforderungen im Kontext digitaler Transformation und vermittelt die Ansätze und Methoden für die Entwicklung ethischer Leitplanken in allen Organisationen, die einen menschenzentrierten Umgang mit Daten und algorithmischen Systemen anstreben. <<

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V.

Replik auf eine „kritische Würdigung“*

Methodisch-fachliche Einordnung der Kontroverse um die Potenzialanalyse der Regierungskommission

Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) verfolgt mit großem Interesse die laufende Diskussion um die Potenzialanalyse der Regierungskommission [1] und einer als „kritische Würdigung“ bezeichneten Stellungnahme [2] von Frau Prof. Raab, Medizincontrollerin und Geschäftsführerin eines hessischen Krankenhauses. Die Diskussion dreht sich im Kern um die Angemessenheit der Datenquellen und Methoden, die der Potenzialanalyse der Regierungskommission zugrunde gelegt wurden.

>> Da die Potenzialanalyse insbesondere auf versorgungswissenschaftlichen Methoden, Analysen und Ergebnissen fußt, möchten wir als Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) eine fachliche Einordnung vornehmen. Der gemeinnützige Verein „Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V.“ (DNVF) wurde 2006 in Berlin gegründet. Aktuell sind 54 medizinische, pflegerische und gesundheitswissenschaftliche Fachgesellschaften, 49 wissenschaftliche Institute und Forschungsverbünde, 22 Verbände sowie über 350 Wissenschaftler:innen Mitglieder im DNVF. Unsere Mission ist es, eine verbesserte medizinische Versorgung und Gesundheit der Bevölkerung zu erreichen und dafür durch Versorgungsforschung die notwendige wissenschaftliche Evidenz zu schaffen. Mithilfe von inzwischen 18 veröffentlichten Memoranden trägt das DNVF den gegenwärtigen Wissensstand zu Methoden der Versorgungsforschung zusammen [3]. Memoranden des DNVF definieren methodische Standards, die bereits konsolidiert sind („state of the art“) und damit als Gute Praxis Versorgungsforschung angesehen werden können.

Die Regierungskommission hat ihr prinzipielles Vorgehen in der Stellungnahme klar beschrieben, ebenso wie die verwendete Methodik [1]. Es handelt sich um drei beispielhaft ausgewählte Krankheitsentitäten, für die national wie international publizierte Evidenz für Qualitätspotenziale in Deutschland vorliegt, die durch eine Krankenhausreform gehoben werden sollen. Für zwei der drei beispielhaften Krankheitsentitäten – zur Schlaganfallversorgung und zur Krebserstbehandlung – stammt die Evidenz aus durch den Innovationsfonds geförderten Projekten der Versorgungsforschung.

Die zugrunde liegenden Studien QUASCH (Förderkennzeichen 01VSF18041) und WIZEN (Förderkennzeichen 01VSF17020) wurden nach fachlicher Begutachtung durch den Innovationsfonds gefördert, gemäß einem a priori erstellten Studienprotokolls durchgeführt und nach Abschluss vom Innovationsfonds positiv bewertet.

So kommt der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in seiner Pressemitteilung zur WIZEN-Studie zum Schluss, dass die Studie belegt, dass die Krebsbehandlung in von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifizierten Zentren die Überlebenschancen von Patient:innen deutlich erhöhen kann [4]. Der Innovationsausschuss beschreibt die Studie als überzeugend sowie wegweisend und fordert verschiedene Organisationen und Institutionen im Gesundheitswesen auf, zu prüfen, ob und wie diese klinisch und für Patient:innen äußerst relevanten Projektergebnisse im jeweiligen Zuständigkeitsbereich berücksichtigt werden können.

Die QUASCH-Studie zeigte, dass auch

– – – – – – –

* Eine verkürzte Form des Beitrags wurde als Leserbrief an das Deutsche Ärzteblatt geschickt.

Kommentar



Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann
Vorsitzender DNVF

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

unter dem Motto „Gesundheitsbezogene Versorgungsforschung – Motor evidenzbasierter Gesundheitspolitik“ findet vom 4. bis zum 6. Oktober in der Urania in Berlin der 22. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung statt.

Das diesjährige Motto trifft die aktuell wichtigen Aufgaben und Ziele der Versorgungsforscher:innen auf den Punkt: Es braucht wissenschaftliche Studien als Basis für Empfehlungen an die Politik und Selbstverwaltung, damit evidenzbasierte Erkenntnisse und Versorgungsinnovationen in die Regelversorgung transferiert werden können.

Um dies zu erreichen, ist die Nutzung von aussagekräftigen Versorgungsdaten unabdingbar. Dass die Politik dies erkannt hat, zeigt der Beschluss des Bundeskabinetts zum Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) vom 30. August 2023. Nur mit der Möglichkeit der gesicherten und sicheren Nutzung bestehender Versorgungsdaten sowie der Nutzbarmachung neuer Datenquellen kann die Versorgungsforschung bestmögliche Ergebnisse erzielen.

In über 600 wissenschaftlichen Beiträgen werden wir beim diesjährigen Kongress Wichtiges und Aktuelles über den Stand der Gesundheitsversorgung erfahren. Wir werden darüber sprechen, welche Effekte mit Versorgungsinnovationen erzielt werden können, welche Barrieren für die Implementation von innovativen Versorgungskonzepten in die Regelversorgung bestehen und an welchen Stellen Verbesserungen notwendig sind. Der Kongress ist eine exzellente Möglichkeit, unsere Ergebnisse und Standpunkte an Kolleg:innen in der Wissenschaft und an Akteur:innen in Politik und Selbstverwaltung zu kommunizieren. Nur wenn unsere Forschungsergebnisse und Versorgungsinnovationen den Weg in die Regelversorgung schaffen, können langfristig positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung sowie eine optimale Aufstellung und Nutzung medizinischer Leistungen und Ressourcen erreicht werden.

Ich wünsche Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, inspirierende Vorträge und Poster, aufschlussreiche Erkenntnisse und einen spannenden Austausch! Dem Kongresspräsidenten, Herrn Prof. Dr. med. Max Geraedts, wünsche ich ein gutes Gelingen!

Ihr Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH
Vorsitzender DNVF e. V.

nach Adjustierung für Alter, Komorbiditäten und Pflegebedürftigkeit die Behandlung in einem Krankenhaus mit Stroke Unit mit einem signifikant besseren Patientenoutcome wie 1-Jahres-Überleben und Pflegebedürftigkeit einhergeht [5,7]. Auch die QUASCH-Studie wurde positiv beschieden und die im Projekt erzielten Erkenntnisse wurden aufgrund der positiven Assoziationen bezüglich der Behandlung von Patient:innen in Krankenhäusern mit Stroke Units an die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe und die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) weitergeleitet [6]. Ergebnisse beider Projekte wurden sowohl als Originalartikel im Deutschen Ärzteblatt als auch in anderen internationalen Fachzeitschriften mit Peer-Review-Verfahren publiziert [5, 7-11]. Die fachliche und methodische Qualität sowie die Angemessenheit der zugrunde liegenden Forschungsarbeiten inklusive der verwendeten Datenquellen sind folglich mehrfach unabhängig bestätigt worden. Zur Abschätzung des Potenzials der Umsetzung der Forschungsergebnisse in die Regelversorgung – erklärtes Ziel des Innovationsfonds – wurde auf Basis der aktuellsten vorliegenden Daten in der Arbeit der Regierungskommission eine Extrapolation auf das deutsche Versorgungssystem vorgenommen, um den nachgewiesenen Patientennutzen bezogen auf den Status quo zu quantifizieren und in Relation zu den von Krankenhaus- und Ländervertreter:innen in den Vordergrund gestellten Auswirkungen auf die unmittelbare Erreichbarkeit zu setzen. Das methodische Vorgehen ist transparent dargelegt, wissenschaftlich seriös und angemessen.

Die Stellungnahme von Frau Raab entspricht nach unserem Ermessen hingegen nicht den international anerkannten Standards der Versorgungsforschung. Viele Grundannahmen, einige der Datenquellen und die Schlussfolgerungen sind fachlich nicht nachvollziehbar. Es kann deshalb nicht von einer fachlichen Kontroverse ausgegangen werden [12]. Kurz zu den wichtigsten Problemen und Fehlschlüssen in diesem „Gegengutachten" [2]:

- Die in dem Papier für eigene Berechnungen herangezogenen InEK-Daten umfassen nur stationäre Aufenthalte, erlauben keine Längsschnittanalysen auf Patientenlevel und sind somit für 1-Jahres-Überlebensraten oder Survivalanalysen ungeeignet.
- Die der QUASCH- und WIZEN-Studie zugrunde liegenden GKV-Routinedaten werden dagegen seit Jahrzehnten erfolgreich durch die Versorgungsforschung genutzt. Es gibt etablierte methodische Leitlinien für deren wissenschaftliche Nutzung und auch deren Verknüpfung mit anderen Daten (Linkage) [13-14]. Die Daten können also – anders als in der Stellungnahme von Frau Raab dargestellt – als valide Grundlage der genutzten Studien wie auch der Extrapolation durch die Regierungskommission angesehen werden.
- Leider gibt es aktuell eine Vielzahl von Qualitätszertifikaten in der klinischen Versorgung, für die die wissenschaftliche Evidenz zur Erreichung eines deutlichen Patientennutzens fehlt. Im Fall von Krebs liegt nur für das DKG-Zertifikat entsprechend klare Evidenz vor. Wichtig ist, dass aufgrund der Methodik der WIZEN-Studie die zu rettenden Lebensjahre durch eine Konzentration der Versorgung auf DKG-zertifizierte Standorte trotz des Vorliegens etwaiger anderer Zertifikate von Kliniken klar zu erkennen sind.
- Genauso wenig existieren bisher – anders als im „Gegengutachten" behauptet – Studien aus Deutschland, die in Bezug auf die Einjahressterblichkeit beim Schlaganfall die Existenz „qualitativ gleichwertiger Zentren" außerhalb des von der Regierungskommission berücksichtigten Zentrumsbegriffes nachgewiesen hätten. Der Regierungskommission vorzuwerfen, dass die diesbezügliche Aussage irreführend sei, entbehrt aktuell einer wissenschaftlichen Grundlage.
- Die Abrechnung einer Schlaganfallkomplexbehandlung kann nicht mit der Behandlung in einer zertifizierten Stroke Unit gleichgesetzt werden.
- Ein grundlegender Fehler besteht in der Annahme, dass alle Patient:innen, bei denen eine Palliativpauschale abgerechnet wurde, von den vermeidbaren Todesfällen bei einer Konzentration der Versorgung auf Kliniken mit einer Stroke Unit als absolute Anzahl subtrahierbar sind. Weder kann man davon ausgehen, dass alle Palliativfälle in Kliniken ohne Stroke Unit behandelt wurden, noch kann mit den Absolutzahlen gerechnet werden; diese Fälle könnten höchstens

Referenzen

1. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/regierungskommission-krankenhausversorgung.html
2. https://www.medizincontroller.de/news/133/dgfm/gutachten-zur-potentialanalyse-der-regierungskommission.html
3. https://www.dnvf.de/ver%C3%B6ffentlichungen/memoranden.html
4. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/267/2022-10-17_WiZen.pdf
5. Geraedts M, Ebbeler D, Timmesfeld N, Kaps M, Berger K, Misselwitz B, Günster C, Dröge P, Schneider M. Quality Assurance Measures and Mortality After Stroke–a Retrospective Cohort Study. Dtsch Arztebl Int 2021; 118: 857-63. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0339
6. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/146/2022-02-16_QUASCH.pdf
7. Geraedts M, Ebbeler D, Timmesfeld N, Kaps M, Berger K, Misselwitz B, Günster C, Dröge P, Schneider M. Long-term outcomes of stroke unit care in older stroke patients: A retrospective cohort study. Age and Ageing 2022;51: 1–7. doi: 10.1093/ageing/afac197
8. Ebbeler D, Schneider M, Busse O, Berger K, Dröge P, Günster C, Misselwitz B, Timmesfeld N, Geraedts M. Associations between structure- and process-orientated measures and stroke long term mortality – an observational study based on routine data. J Stroke Cerebrovasc Dis 2023; 32(9):107241. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2023.107241
9. Ebbeler D, Schneider M, Busse O, Berger K, Dröge P, Günster C, Kaps M, Misselwitz B, Timmesfeld N, Geraedts M. Spezialisierung der Schlaganfallversorgung in Deutschland: Strukturveränderungen im Zeitraum von 2006-2017. Gesundheitswesen 2023; 85:242-249. doi: 10.1055/a-1690-6786
10. Schmitt J., Klinkhammer-Schalke M., Bierbaum V., Gerken M., Bobeth C., Rössler M., Dröge P., Ruhnke T., Günster C., Kleihues-van Tol K., Schoffer O. and the WiZen Study Group Initial Cancer Treatment in Certified Versus Non-Certified Hospitals—Results of the WiZen Comparative Cohort Study. Dtsch Arztebl Int 2023 Sep 29; (Forthcoming):arztebl.m2023.0169. doi: 10.3238/arztebl.m2023.0169. Online ahead of print.
11. Roessler M., Schmitt J., Bobeth C., Gerken M., Kleihues-van Tol K., Reissfelder C., Rau B.M., Distler M., Piso P., Günster C., Klinkhammer-Schalke M., Schoffer O., Bierbaum V. Is treatment in certified cancer centers related to better survival in patients with pancreatic cancer? Evidence from a large German cohort study. BMC Cancer 2022;22(1):621.
12. Krankenhausreform: Streit um die richtige Berechnung. Deutsches Ärzteblatt Jg 120, Heft 33-34; https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=233463
13. Swart E., Gothe H., Geyer S., Jaunzeme J., Maier B., Grobe T.G., Ihle P. Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen 2015; Gesundheitswesen 77(02): 120-126.
14. March S., Andrich S., Drepper J., Horenkamp-Sonntag D., Icks A., Ihle P., Kieschke J., Maier B., Meyer I., Müller G., Ohlmeier C., Peschke D., Richter A., Rosenbusch M.-L., Scholten, N., Schulz, M., Stalmann C., Swart E., Wobbe-Ribinski S., Wolter A., Zeidler J. Hoffmann F. Gute Praxis Datenlinkage (GPD) Gesundheitswesen 2019; 81(08/09): 636-650.
15. Schmitt J. Bierbaum T., Geraedts M. , Gothe H. , Härter M., Hoffmann F., Ihle P. , Kramer U., Klinkhammer-Schalke M. , Kuske S., March S., Reese J.-P., Schoffer O., Swart E., Vollmar H.C., Walther F., Hoffmann W. Das Gesundheitsdatennutzungsgesetz – Potenzial für eine bessere Forschung und Gesundheitsversorgung. Gesundheitswesen 2023 Apr;85(4):215-222.

von der Grundgesamtheit aller verzeichneten Todesfälle subtrahiert werden, was zu geringfügigen Verschiebungen beim Sterberisiko führen könnte. Andererseits muss bei der Interpretation der Potenzialanalyse beachtet werden, dass eine Stroke Unit-Behandlung gemäß QUASCH-Studie nicht nur Todesfälle verhindert, sondern auch Behinderung und Pflegebedürftigkeit nach Schlaganfall reduziert.

Aus Sicht der Versorgungsforschung ist es unangemessen, dass sich der Marburger Bund und die Landeskrankenhausgesellschaften hinter die Stellungnahme von Frau Raab gestellt haben. Wenn hierbei Grundsätze evidenzbasierter Medizin unbeachtet bleiben, müssen diese Reaktionen primär v.a. als politische Einflussnahme eingestuft werden. Die Zuschreibung einer Mitverantwortung für Wahlsiege der AfD an die Regierungskommission durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft über Twitter ist aus unserer Sicht ebenso wenig begründet wie der Vorwurf der Fälschung und Auftragsarbeit durch die Regierungskommission. Beweise wurden bisher nicht vorgelegt, und derart schwere Vorwürfe schaden einer sachdienlichen Diskussion.

Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung möchte mit diesem Beitrag die Diskussion um die notwendige Krankenhausreform wieder auf eine sachliche Basis stellen. Im jüngsten Beitrag zu dem Thema im Deutschen Ärzteblatt wird deutlich, das die Autorin der Stellungnahme das durch die Regierungskommission aufgezeigte Potenzial an vermeidbaren Todesfällen als „Vorwurf" oder gar „Behandlungsfehler" von Leistungserbringern einstuft [12]. Das ist ein falsches Verständnis von Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung, die gerade nicht darauf abzielt, einzelne Ärzt:innen oder Krankenhäuser in die Verantwortung für strukturelle Defizite im Gesundheitssystem zu nehmen. Es ist jedoch im Spiegel der vorliegenden klaren Evidenz für Politik und Selbstverwaltung nun geboten, auf Systemebene Entscheidungen zu treffen, um das aufgezeigte noch ungenutzte Qualitätspotenzial zu heben. Dazu ist u. a. die Verfügbarmachung von versorgungsnahen Daten für die Versorgungsforschung notwendig, wie sie das DNVF zusammen mit 73 Fachgesellschaften und Instituten jüngst erneut gefordert hat [15], ebenso wie die konsequentere Überführung erfolgreich evaluierter, vom Innovationsausschuss positiv bewerteter Projekte aus dem Innovationsfonds in die Regelversorgung [16].

Aus Sicht der Versorgungsforschung ist die geplante Krankenhausreform ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Steuerung der Patientenversorgung. Sie hat das Potenzial, für die Bürger:innen unseres Landes den existierenden Rückstand in Qualität und Effizienz unseres Gesundheitssystems gegenüber unseren Nachbarländern wieder aufzuholen. Wir hoffen, dass alle Interessenvertreter:innen und Partner:innen der Selbstverwaltung ihre wichtige gesellschaftliche Rolle annehmen und den Reformprozess konstruktiv begleiten. Für fachliche und methodische Fragen wie auch für die notwendige wissenschaftliche Begleitung und ein transparentes datengestütztes Monitoring der Krankenhausreform steht das DNVF jederzeit gern zur Verfügung. << von: Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann und dem Vorstand des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e. V. (DNVF).

Erklärung zu Interessen:
Die Interessenerklärungen der Vorstandsmitglieder des DNVF finden sich unter https://t1p.de/rst4f

Erfahrungen aus dem Scoping-Workshop

„Developing the field of organisational health services research in Germany"

Die Volkswagen-Stiftung förderte die Durchführung eines Scoping-Workshops zum Thema „Developing the field of organisational health services research in Germany", welcher durch die Sprecher:innen der AG Organisationsbezogene Versorgungsforschung (Prof. Lena Ansmann, Prof. Stefan Nöst) des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung und der AG Versorgungsforschung (Prof. Mirjam Körner, Prof. Katja Götz) der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie eingeworben wurde.

>> Die Volkswagen-Stiftung ermöglicht mit dem Förderformat „Scoping Workshop" die Reflexion und Weiterentwicklung disziplinärer wie interdisziplinärer Forschungsgebiete und -communities. Gemeinsam mit anderen Forscher:innen sollen eine Standortbestimmung ihres Forschungsgebietes erfolgen und davon ausgehend Perspektiven für dessen weitere Entwicklung erarbeitet werden. Die Workshops bieten hierdurch einen Raum für das, was auf Konferenzen abseits der Vorträge und des offiziellen Programms geschieht: Austausch darüber, wie es um ein Forschungsgebiet bestellt ist; was darin anders gemacht werden könnte; was für Potenziale bestehen und wie sich diese realisieren ließen.

Der Workshop wurde vor dem Hintergrund initiiert, dass aktuelle Studien in der deutschen Versorgungsforschung Organisationen häufig nur als Studiensetting betrachten, ohne den organisationsbezogenen Charakter theoretisch und methodisch zu adressieren. Die Ziele dieses Sco-ping-Workshops waren es, Lösungen zum Schließen dieser Lücke zu entwickeln und die Vernetzung mit



relevanten anderen Disziplinen als auch mit internationalen Vorreitern zu fördern. Eine nachhaltige Etablierung und Konsolidierung von Organisational Health Services Research (OHSR) in Deutschland, die auf den Erfahrungen nationaler und internationaler Expertinnen und Experten auf diesem Gebiet aufbaut, ist entscheidend, um zukünftige Forschungs-aktivitäten zu formieren sowie zu kanalisieren und die Attraktivität des Feldes für Nachwuchswissenschaftler:innen zu erhö-hen.

An drei Tagen (19.–21.07.23) diskutierten 35 geladene Expert:innen aus unterschiedlichen Fachgebieten und Ländern im Tagungszentrum Schloss Herrenhausen in Hannover verschiedene Perspektiven rund um das Thema OHSR. Zum Workshop waren Expert:innen aus Deutschland, Australien, Norwegen, UK, Österreich und den Niederlanden angereist. Um Brücken zu benachbarten Disziplinen zu bauen, nahmen neben der Versorgungsforschung auch Expert:innen aus der Organisationssoziologie, der Gesundheitsökonomie und dem Managementbereich teil. Das Programm war sehr interaktiv gestaltet und bestand aus Gruppendiskussionen, einem World-Café und einer Paneldiskussion mit Expert:innen aus verschiedenen Ländern zur internationalen Anschlussfähigkeit von OHSR. Abschließend wurden konkrete Positionen zur Verankerung von OHSR in der deutschen Forschungslandschaft und international erarbeitet.

Als nächster Schritt steht nun die gemeinsame Verschriftlichung eines Positionspapiers im Vordergrund, welches als Rahmen für die interdisziplinäre Weiterentwicklung sowie als wissenschaftliche Grundlage für Forschende und Förderinstitutionen zur gezielten Ausgestaltung des Forschungsfeldes OHSR in einem internationalen Netzwerk dienen soll. <<

Regiba

Gefördert durch:

Bundesministerium für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Regiba-Startschuss

Beginn der Fortbildung Register-basierte Forschung

Am Freitag, den 08. September 2023 startete der erste Durchgang der Fortbildung „Registerbasierte Forschung (Regiba)“ mit insgesamt 19 Teilnehmenden.

>> Regiba ist im Rahmen des Nationalen Krebsplans und der Dekade gegen Krebs am Beispiel der Onkologie entwickelt worden und wird vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Zeitraum vom 01.09.2021 bis zum 31.08.2024 gefördert.

Ziel der Fortbildung ist es, Wissenschaftler:innen das Wissen und die Kompetenz für die Durchführung registerbasierter Studien und die Nutzung versorgungsnaher Daten in Registern zu vermitteln. Die Fortbildung wird vom Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF) und dem Verbund der Nationalen Centren für Tumorerkrankungen (NCT-Verbund), stellvertretend durch das NCT Dresden, und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V. (ADT) angeboten. Durchgeführt wird die Fortbildung vom DNVF und vom NCT Dresden sowie der ADT wissenschaftlich begleitet. Das Curriculum für die Fortbildung „Registerbasierte Forschung“ wurde in enger Kooperation und mit intensiver Unterstützung des wissenschaftlichen Beirats entwickelt.

Insgesamt umfasst die Fortbildung 11 Module mit insgesamt 170 Lehreinheiten (1 LE à 45 Minuten) und dauert 6 Monate. Während des ersten Präsenzwochenendes erhielten die Teilnehmenden einen Einblick zu den Anwendungsfeldern der Registerforschung, Registergrundlagen und den Möglichkeiten der Analyse, Bewertung und Nutzung von Registern.

Großen Stellenwert hat für die interdisziplinäre Teilnehmendengruppe neben der Aneignung von neuem Wissen im Bereich der registerbasierten Forschung auch die Vernetzung unter den Teilnehmenden. Das Projektteam dankt allen Teilnehmenden und Referierenden für einen erfolgreichen Auftakt mit einem intensiven fachlichen Austausch. <<



Projektleiterin & Referentin Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke, Referentin PD Dr. Elisabeth Inwald, Koordinatorin und wissenschaftl. Mitarbeiterin Laura Keßler M.Sc. und Kursteilnehmende Regiba 2023/24

Publikation der ersten Ausgabe

DNVF-Journal „Health Care Research & Implementation“

Die erste Ausgabe des DNVF-Journals „Health Care Research & Implementation“ erscheint zum 22. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung am 04.10.2023. Das Heft wird zweimal jährlich als Supplement der Zeitschrift „Das Gesundheitswesen“ veröffentlicht.

>> Das Hauptziel des Supplements „Health Care Research & Implementation“ ist es, die Sichtbarkeit und Wahrnehmung der deutschen Versorgungsforschung im nationalen und internationalen Kontext zu steigern. Um dieses Ziel zu erreichen, werden die Artikel online als Open Access in Deutsch und Englisch veröffent-licht. Durch die Zusammenarbeit mit der Zeitschrift “Das Gesundheitswesen” werden die Artikel bereits ab der ersten Ausgabe in Medline gelistet, sodass die vorgestellten Forschungsergebnisse von Anfang an eine internationale Leserschaft erreichen.

Angetrieben durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und andere nationale Förderprogramme für evidenzbasierte Gesundheits- und Versorgungsforschung gibt es eine wachsende Zahl von Forschungsprojekten, die sich mit spezifischen Herausforderungen des deutschen Gesundheitssystems befassen. Beispiele hierfür sind u. a. interdisziplinäre und interprofessionelle Versorgungsmodelle, sektorübergreifende Gesundheitsversorgung, regionale Versorgung, Patientenbefähigung und Patientenbeteiligung an klinischen Entscheidungen, Nutzung und Verknüpfung von Routinedaten für die Versorgungsforschung und digitale Gesundheitsanwendungen. Diese Herausforderungen sind nicht nur im deutschen Gesundheitssystem zu finden, sondern gelten in größerem oder geringerem Ausmaß ebenfalls für andere internationale Modelle der Gesundheitsversorgung, sodass die entwickelten Lösungen auch international von großem Interesse sind. Obwohl der Innovationsfonds und andere Programme robuste, qualitativ hochwertige Evidenz für mehrere komplexe Interventionen und Maßnahmen zur Steigerung der Effektivität, Sicherheit und gesundheitsökonomischen Effekte in der Gesundheitsversorgung erbracht haben, wurde bisher nur ein sehr kleiner Teil der zur Umsetzung in die Regelversorgung empfohlenen Projekte im deutschen Gesundheitssystem implementiert. Ein besseres Verständnis der Implementierungsbarrieren sowie positive Beispiele für die wirksame Umsetzung evidenzbasierter Konzepte in die Regelversorgung sind daher ebenfalls ein Schwerpunkt des Supplements „Health Care Research & Implementation“.

Das erste Supplement dokumentiert das breite Spektrum der in der Versorgungsforschung verwendeten Methoden, einschließlich qualitativer Forschung, randomisierter Studien zu komplexen Interventionen, der Gewinnung von Evidenz aus klinischen Kohortenstudien und Registern sowie Mixed-Methods-Studien. Die erste Ausgabe umfasst die folgenden sieben Artikel:

- Assoziationen eines leicht verständlichen Patientenbriefs zur Gesundheitskompetenz nachstationärer Patienten. Ergebnisse einer randomisiert kontrollierten Interventionsstudie (Willy Gräfe et al.)
- Durchführung qualitativer Forschung unter pandemiebedingten Einschränkungen – Überlegungen, Herausforderungen und Vorteile: Ein Erfahrungsbericht (Anastasia Suslow et al.)
- Potenzialabschätzung für die Konzentration der Versorgung von Krebspatient:innen in Kliniken mit DKG-Zertifizierung mittels Überlebenszeitanalyse (Veronika Bierbaum et al.)
- Auswirkungen der Schließung der pädiatrischen Abteilung eines Kreiskrankenhauses auf die regionale Versorgung – Analyse der Patientenflüsse (Luisa Tischler et al.)
- Sporttherapie bei schizophrenen Psychosen: von der Idee bis zur Leitlinie (Peter Falkai et al.)
- Unter welchen Bedingungen können Menschen mit schwerer Demenz im Pflegeheim von einer psychosozialen Mehrkomponenten-Intervention profitieren?: 12-Monats-Follow-up Ergebnisse im Anschluss an die randomisiert-kontrollierte MAKS-s Studie (Kristina Diehl et al.)
- Langzeitbeobachtung von Patienten mit Krebserkrankungen – ein entitätsunabhängiges Register für Versorgungsforschung und translationale Forschung an der Universitätsmedizin Dresden (Cancer-Reg-VT) (Thomas Datzmann et al.)

Das Deutsche Netzwerk für Versorgungsforschung e. V. möchte sich an dieser Stelle bei den Autor:innen, Gutachter:innen, dem Editor-in-Chief Prof. Dr. Jochen Schmitt, den Mitgliedern des Editorial-Boards und dem Editorial-Office, Beatrix Hörger, für ihre intensive Unterstützung bei der Erstellung der ersten Ausgabe des DNVF-Journals „Health Care Research & Implementation“ bedanken. <<

News

>> Buch Foundations of Health Services Research

Ende August 2023 ist ein neues englischsprachiges Buch zur Versorgungsforschung im Springer-Verlag erschienen: Herausgegeben von Michel Wensing und Charlotte Ullrich führt „Foundations of Health Services Research“ in 24 Kapiteln in Grundlagen, Methoden und Themen der Versorgungsforschung ein.

Das Buch enthält vier Teile: I. Introduction to Health Services Research, II. Principles of Health Services Research, III. Research Methods in Health Services Research und IV. Emerging Topics in Health Services Research. In den Kapiteln werden auch anhand von Beispielstudien zentrale Zugänge und Strategien der Versorgungsforschung beschrieben; jedes Kapitel beginnt mit einer Zusammenfassung und schließt mit einer Empfehlung für weiterführende Lektüre.

Entstanden ist das Buch im Kontext des Masterstudiengangs „Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft im Gesundheitswesen“ an der Universität Heidelberg. Es richtet sich an Studierende und Promovierende und eignet sich für den Einsatz in Aus- und Weiterbildung.

DNVF

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e. V. – Geschäftsstelle
Kuno-Fischer-Str. 8 – 14057 Berlin

E-Mail: info@dnvf.de

Dr. med. Alina Dahmen MSc
Dr. phil. Franziska Maria Keller MSc
Dr. rer. medic. Christina Derksen MSc
Prof. Dr. habil. Dr. phil. Sonia Lippke

Risikokommunikation während Corona: Informationssammlung und Angst bei psychisch vorerkrankten Menschen

Zusammenfassung

Einleitung: Zur Bewältigung der Corona-Pandemie, die als globale Krise gilt, waren zahlreiche Maßnahmen notwendig, über die die Bevölkerung in geeigneter Form informiert werden musste. Die vorliegende Studie untersucht, welche Medien zur Information über die Pandemie von psychisch vorerkrankten Menschen genutzt wurden und wie dies mit dem Auftreten von Angst zusammenhing.

Methodik: 2.150 psychisch vorerkrankte Menschen wurden in Vorbereitung auf eine psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme mittels Onlinefragebogen befragt. Die Auswertung erfolgte mit deskriptiven Analysen, Frequenzanalysen, Varianzanalysen mit Post-hoc-Tests und Korrelationsanalysen.

Ergebnisse: Psychisch vorerkrankte Menschen informierten sich über die Corona-Pandemie hauptsächlich mittels Fernsehens und Internet, seltener über Zeitungen. Die Angst vor einer Ansteckung war assoziiert mit einer vermehrten Mediennutzung und wer häufig subjektiv Angst bei Mediennutzung wahrnahm, hatte häufiger Angst vor einer Ansteckung.

Diskussion: Während Krisen wie der Corona-Pandemie ist eine objektive Wissensvermittlung zwingend notwendig, um ausreichend Informationen über verschiedene Medien zur Verfügung zu stellen. Insbesondere Informationen zu Schutzmaßnahmen sind geeignet, der Entwicklung einer Angstsymptomatik vorzubeugen. Es bedarf einer umfassenden Strategie, um eine erfolgreiche Risikokommunikation umzusetzen.

Schlüsselwörter

Corona-Pandemie, Mediennutzung, Angst, Kommunikationsstrategie, Risikokommunikation, Krise

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.05.23.1866-0533.2546

Die durch SARS-CoV-2 ausgelöste Pandemie hatte ihren Beginn in Deutschland im März 2020 und weist gemäß der retrospektiven Phaseneinteilung des Robert-Koch-Instituts einen Verlauf bestehend aus sechs Wellen und zwei Sommerplateau-Phasen im Jahr 2020 und 2021 auf (1). Aufgrund der pandemischen Ausbreitung und der hohen Anzahl an Infizierten und Verstorbenen wird die Corona-Pandemie sowohl von den Medien als auch von Expert:innen als eine Zeit der Krise bewertet (2). Zur erfolgreichen Bewältigung einer Krise wie der Pandemie sind zahlreiche Maßnahmen notwendig, die in geeignetem Ausmaß der Bevölkerung kommuniziert werden müssen, damit die Individuen die empfohlenen Schutzmaßnahmen umsetzen und sie in ihrem gesundheitsbezogenen Verhalten unterstützt werden (3–5). In vergangenen Krisen konnte gezeigt werden, dass die Mediennutzung anstieg (3) und daher Information und Kommunikation eine wichtige Rolle bei der Kontrolle und Bewältigung spielen, wobei der Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologie eine wesentliche Rolle zukommt (6). Zentrale Fragen bei der Umsetzung einer Kommunikationsstrategie sind unter anderem, wie die Bevölkerung Medien zur Information über die jeweilige Krise, beispielsweise die Corona-Pandemie, nutzt und wie dieses Verhalten mit der Wahrnehmung des tatsächlichen Risikos in Zusammenhang steht (7). Eine Beobachtung der Medien zur „Identifikation von Trends und Falschinformationen“ und der subjektiven Perspektive von Nutzer:innen ist hierzu ebenso unerlässlich (4, 8).

>> Es gibt Hinweise, dass die Menge an Berichterstattung über ein spezielles, möglicherweise bedrohliches Thema (unabhängig von Qualität und Inhalt) zu einer Steigerung der Risikowahrnehmung führt, welche wiederum zu einer gesteigerten Angst bei der Bevölkerung führt (7) und die Mediennutzung beeinflussen könnte. Aus diesem Grund ist es wichtig, die Risikowahrnehmung in der Bevölkerung kontinuierlich zu beobachten (5) und die Strategien entsprechend anzupassen.

Zum jetzigen Zeitpunkt gilt die Pandemie zwar als überstanden, jedoch bestehen weiterhin Krisen (Ukraine-Konflikt, Energiekrise) und ähnliche Krisen sind absehbar (durch Zoonosen, aber auch andere Ursachen). Entsprechend sollte bei der Krisenkommunikation aus den Erfahrungen der Corona-Pandemie gelernt werden kann (5).

In der Folge von vergleichbaren, bisher überwundenen Naturkatastrophen, Wirtschaftskrisen und terroristischen Anschlägen zeigen sich typischerweise zwei verschiedene Auswirkungen bei Betroffenen bzw. Überlebenden (9–11): Während einige Personen eine hohe Resilienz aufweisen und in Zeiten einer Krise auch positive Erfahrungen und Entwicklungen wie z. B. eine hohe soziale Unterstützung wahrnehmen, treten bei anderen Menschen psychische Symptome und Erkrankungen auf, die besonders vulnerable Gruppen wie bereits psychisch vorerkrankte Menschen (12–14) betreffen. Entsprechend ist die Anzahl der psychisch erkrankten Menschen jeden Alters erheblich angestiegen (z. B. 15–17).

Da Menschen mit psychischen Erkrankungen durch eine unzureichende Risikokommunikation Symptomverstärkungen und Kontrollverlust erleben können, sollte die Kommunikation relevanter Nachrichten gerade für diese Personengruppe leicht verständlich sein und wiederholt werden (3, 18) und nicht nur das Risiko, sondern auch passende Behandlungsansätze beinhalten (3, 4, 8, 19). Zur weiteren Individualisierung der Kommunikationsstrategie auf Menschen mit psychischen Erkrankungen sollte der Zusammenhang der Nutzung verschiedener Medien mit dem Vorhandensein psychischer Symptome untersucht werden (20).

Um die Krisenkommunikation in den derzeitigen und auch folgenden Krisen gezielt adressieren zu können (vgl. 5), fokussiert der vorliegende Beitrag auf die Mediennutzung sowie auf die dabei empfundene Angst bei psychisch vorerkrankten Menschen während der verschiedenen Covid-Wellen.

Die vorliegende Studie untersucht daher die folgenden Forschungsfragen:

(1) Welche Medien haben Menschen mit psychisch-psychosomatischen Erkrankungen während der ersten drei Wellen zur Information über die Corona-Pandemie genutzt?
(2) Wie hängt die Nutzung der verschiedenen Medien während der ersten drei Wellen mit der Angst vor einer Ansteckung zusammen?
(3) Bei welchen Medien fühlten sich psychisch erkrankte Menschen objektiv informiert und bei welchen Medien trat ein subjektives Angstempfinden auf?

Methodik

Design und Stichprobe

Die Teilnehmenden dieser Studie wurden rekrutiert, wenn sie im Zeitraum 01.07.2020 bis 01.08.2021 eine psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme in einer von vier Rehabilitationskliniken der Dr. Becker Klinikgruppe antraten. Sie wurden schriftlich in einem klinikgruppeneigenen Onlineportal über die Studie informiert. Eingeschlossen wurden daher nur Patient:innen, welche via Smartphone, Tablet oder PC einen Zugang zu diesem digitalen Portal hatten. Die Teilnahme war nur möglich, nachdem die Patient:innen vor Antritt der Rehabilitation eine Teilnahmeinformation gelesen und ihr Einverständnis (informed consent) schriftlich gegeben hatten. Die Teilnahme war freiwillig und die Daten wurden pseudonymisiert. Die Erhebung der Daten fand ab 6 Wochen vor Beginn bis zum ersten Tag der Rehabilitation statt. Die Ethikkommission der Jacobs University Bremen (jetzt: Constructor University) erteilte die Zustimmung zu dem Studiendesign.

Im Rahmen der Befragung wurden die Nutzung von Medien zur Informationssammlung über die Corona-Pandemie, Angst vor einer eigenen Ansteckung oder der Ansteckung anderer, das Gefühl, gut und objektiv informiert zu sein, Auftreten von Angst während der Mediennutzung sowie soziodemografische Angaben erhoben (z. B. Geschlecht, Alter, Vorliegen einer körperlichen Grunderkrankung).

Stichprobenbeschreibung

Insgesamt nahmen N = 2150 von insgesamt 7529 Patient:innen an der Befragung teil, davon 1397 (65,3%) weiblich und 22,7% mit Abitur. Die häufigste Alterskategorie war mit 45,8% die Gruppe der 50-59-Jährigen (Range = 20–79 Jahre). Die meisten Befragten waren berufstätig (n = 1571; 73,3%). Insgesamt n = 254 Personen waren arbeitslos (11,9%), n = 23 (1,1%) pensioniert, n = 21 (1,0%) „ausschließlich Hausfrau/Hausmann". 41% der Studienteilnehmenden (n=878) berichteten eine körperliche Grunderkrankung wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Erkrankungen des Atmungssystems, der Leber, der Niere oder Krebserkrankungen. Jede:r sechste Studienteilnehmende (n = 294, 13,7 %) besaß einen Schwerbehindertenausweis.

Variablen

Alle Fragen wurden in Pilotstudien an die Zielgruppe angepasst. Die Befragung fand als Onlinefragebogen zum Selbstausfüllen statt. Alle Items sind in den Tabellen 1 und 2 aufgeführt.

Im Erhebungszeitraum traten drei Covid-Wellen auf (1): Welle 1 (W1) im Zeitraum 02.03.2020 – 17.05.2020 (n = 564), Welle 2 (W2) im Zeitraum 28.09.2020 – 21.02.2021 (n = 915), Welle 3 (W3) im Zeitraum 01.03.2021-06.06.2021 (n = 671).

Die Nutzung von Medien wurde eingeteilt in Fernsehen, Zeitung und Internetnutzung und hinsichtlich ihrer Häufigkeit auf einer

Übersicht über die verwendeten Items

Wie häufig haben Sie die folgenden Informationsquellen während der letzten 4 Wochen genutzt, um sich über die aktuelle Corona-Situation zu informieren?	Nie/seltener als einmal pro Monat	Weniger als einmal wöchentlich	Ein- bis zweimal wöchent-lich	Drei- bis viermal wöchent-lich	Fünfmal wöchentlich	Täglich oder mehrmals täglich
Fernsehen	●	●	●	●	●	●
Zeitung	●	●	●	●	●	●
Internet	●	●	●	●	●	●

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Wie oft fühlen Sie sich durch die Medien gut und objektiv informiert über Corona?	●	●	●	●	●
Wie oft erleben Sie Angst, wenn Sie die Nachrichten verfolgen?	●	●	●	●	●

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Wie oft fühlen Sie sich durch die Medien gut und objektiv informiert über Corona?	●	●	●	●	●
Wie oft erleben Sie Angst, wenn Sie die Nachrichten verfolgen?	●	●	●	●	●

Tab. 1: Übersicht über die verwendeten Items: Mediennutzung.

Angst vor einer Ansteckung

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Wie oft haben Sie Angst, sich mit dem Coronavirus anzustecken?	●	●	●	●	●
Wie oft haben Sie Angst, Angehörige/ Mitbewohner oder Freunde mit Covid-19 anzustecken?	●	●	●	●	●

Tab. 2: Übersicht über die verwendeten Items: Angst vor einer Ansteckung.

6-stufigen Likert-Skala erfragt (1 – „nie/seltener als einmal pro Monat“ bis 6 – „täglich oder mehrmals täglich“). Zudem wurde erhoben, wie häufig sich die Teilnehmenden „gut und objektiv“ zu Covid-19 informiert gefühlt haben („objektive Information“) bzw. wie häufig sie beim Verfolgen der Nachrichten Angst erlebt haben („Angst vor Nachrichten“). Beide Items konnten auf einer 5-stufigen Ratingskala eingeschätzt werden (1 – „nie“ bis 5 – „Immer“).

Die Angst vor einer eigenen Ansteckung oder der Ansteckung anderer wurde mit zwei Items auf einer 5-stufigen Likert-Skala gemessen (1 – „nie“ bis 5 – „immer“). Bezüglich der demografischen Angaben wurde Alter in 5 Kategorien erhoben (20–29 Jahre, 30–39 Jahre, 40–49 Jahre, 50–59 Jahre, 60 Jahre und älter). Geschlecht wird bei der Ergebnisdarstellung nur dichotom in „weiblich“ und „männlich“ dargestellt, da „divers“ nicht angegeben wurde. Die Teilnehmenden wurden gebeten, den Besitz eines Schwerbehindertenausweises und das Vorhandensein körperlicher Grunderkrankungen anzugeben.

Datenanalyse

Alle Berechnungen wurden mit dem Statistikprogramm SPSS (Version 27.0) durchgeführt. Zur Beschreibung, welche Medien durch psychosomatische Rehabilitand:innen in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter sowie psychischer und körperlicher Grunderkrankung genutzt werden, wurden deskriptive Statistiken genutzt. Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen wurden mit einer Multivariaten Varianzanalyse (MANOVA) auf Signifikanz getestet.

Die Häufigkeit, mit der Teilnehmende sich objektiv informiert fühlten bzw. Angst erlebten, wurde ebenfalls deskriptiv ausgewertet. Um den Zusammenhang zwischen Angst vor einer Ansteckung bzw. allgemeinen Angstsymptomen mit Mediennutzung genauer zu untersuchen, wurden Pearson-Korrelationen berechnet sowie mit einer ANOVA überprüft.

Der Unterschied in der Art der Mediennutzung zwischen Patient:innen mit vorhandenen Symptomen einer generalisierten Angststörung und Patient:innen ohne solche Symptome wurde anhand einer Varianzanalyse mit Post-Hoc-Tests auf Signifikanz geprüft. Zur Interpretation der Befunde orientierten wir uns an Cohen (1992): Korrelationen von r = .10 gelten als klein, r = .30 als mittel und r = .50 als groß.

Ergebnisse

In allen drei Wellen der Corona-Pandemie war die häufigste Nutzung der Medien „Fernsehen“ (W1: 4,29, W2: 4,66, W3: 4,44) und „Internet“ (W1: 4,34, W2: 4,64, W3: 4,42) zur Informationssamm-

Wie oft haben Sie Angst, sich mit dem Coronavirus anzustecken? (Welle 1)							
	Nie M (SD)	Selten M (SD)	Manchmal M (SD)	Oft M (SD)	Immer M (SD)	Gesamtgruppe M (SD)	Teststatistik
Fernsehen	3.45 (1.99)	4.08 (1.84)	4.53 (1.55)	4.68 (1.59)	4.69 (1.44)	4.29 (1.74)	F(4, 509)=6.08; p<.001; η^2=.046
Zeitung	2.51 (1.87)	2.72 (1.91)	2.90 (1.96)	3.05 (2.06)	3.00 (2.27)	2.82 (1.96)	F(4, 509)=0.85; p=.492; η^2=.007
Internet	3.38 (1.94)	4.17 (1.74)	4.48 (1.69)	5.08 (1.39)	4.38 (1.56)	4.34 (1.74)	F(4, 509)=8.78; p<.001; η^2=.065
Objektive Information	3.20 (1.19)	3.37 (1.01)	3.49 (0.87)	3.58 (0.93)	3.08 (0.86)	3.42 (0.97)	F(4, 509)=1.99; p=.095; η^2=.016
Angst vor Nachrichten	1.98 (0.97)	2.50 (1.01)	2.96 (0.73)	3.78 (0.67)	4.31 (0.63)	2.85 (1.02)	F(4, 509)=54.47; p<.001; η^2=.301
Wie oft haben Sie Angst, sich mit dem Coronavirus anzustecken? (Welle 2)							
	Nie M (SD)	Selten M (SD)	Manchmal M (SD)	Oft M (SD)	Immer M (SD)	Gesamtgruppe M (SD)	Teststatistik
Fernsehen	3.93 (2.07)	4.48 (1.72)	4.76 (1.63)	4.94 (1.62)	5.16 (1.50)	4.66 (1.72)	F(4, 809)=6.57; p<.001; η^2=.032
Zeitung	2.25 (1.76)	2.72 (1.94)	2.96 (1.96)	2.96 (2.00)	3.08 (2.28)	2.84 (1.97)	F(4, 809)=2.56; p=.037; η^2=.013
Internet	4.07 (1.91)	4.58 (1.67)	4.63 (1.72)	4.84 (1.67)	5.16 (1.60)	4.64 (1.72)	F(4, 809)=3.95; p=.004; η^2=.019
Objektive Information	2.95 (1.14)	3.47 (0.91)	3.58 (0.89)	3.49 (0.98)	3.48 (1.09)	3.47 (0.96)	F(4, 809)=6.85; p<.001; η^2=.033
Angst vor Nachrichten	1.88 (1.07)	2.61 (0.99)	3.04 (0.92)	3.61 (0.81)	4.06 (0.82)	2.99 (1.08)	F(4, 809)=71.15; p<.001; η^2=.261
Wie oft haben Sie Angst, sich mit dem Coronavirus anzustecken? (Welle 3)							
	Nie M (SD)	Selten M (SD)	Manchmal M (SD)	Oft M (SD)	Immer M (SD)	Gesamtgruppe M (SD)	Teststatistik
Fernsehen	3.37 (2.03)	4.16 (1.87)	4.55 (1.68)	4.91 (1.54)	5.41 (1.35)	4.44 (1.80)	F(4, 597)=12.24; p<.001; η^2=.076
Zeitung	2.29 (1.77)	2.81 (1.99)	2.90 (1.97)	3.25 (2.01)	3.10 (1.98)	2.90 (1.98)	F(4, 597)=2.61; p=.034; η^2=.017
Internet	3.71 (1.88)	4.44 (1.71)	4.46 (1.67)	4.63 (1.63)	4.49 (2.02)	4.42 (1.73)	F(4, 597)=3.01; p=.018; η^2=.020
Objektive Information	2.71 (1.18)	3.12 (1.07)	3.35 (0.83)	3.34 (0.96)	3.33 (1.11)	3.21 (1.01)	F(4, 597)=5.76; p<.001; η^2=.037
Angst vor Nachrichten	2.08 (1.22)	2.55 (1.07)	3.05 (0.82)	3.52 (0.82)	4.08 (0.93)	2.96 (1.09)	F(4, 597)=45.36; p<.001; η^2=.234

Tab. 3a: Wie oft haben Sie Angst, sich mit dem Coronavirus anzustecken? Zusammenhang zwischen Mediennutzung und den Symptomen einer generalisierten Angststörung sowie Angst vor Ansteckung (M=Mittelwert und SD=Standard Abweichung).

lung über die Corona-Pandemie im Vergleich zum Nutzen des Mediums „Zeitung“ (W1: 2,82, W2: 2,94, W3: 2,90; siehe Tabelle 3). Während der zweiten Welle wurde Fernsehen signifikant häufiger genutzt als in der ersten Welle und in der dritten Welle weniger als in der zweiten Welle ($F(2,1962) = 7{,}709$, $p < .0001$). Hinsichtlich der Häufigkeit der Nutzung der Zeitung besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den drei Wellen ($F(2,1962) = 0{,}192$, $p = .582$). Das Internet wurde in der zweiten Welle im Vergleich zu den anderen beiden Wellen am häufigsten genutzt; der Unterschied ist statistisch signifikant ($F(2,1962) = 6{,}047$, $p = .02$), siehe Tabelle 3).

Die verschiedenen Medienquellen wurden unabhängig von den erhobenen Wellen von Männern häufiger genutzt als von Frauen, von über 50-Jährigen mehr als von jüngeren Studienteilnehmenden und von Patient:innen mit einer körperlichen Grunderkrankung mehr als von Menschen ohne (alle Variablen in einer MANOVA ausgewertet: FGeschlecht = 5.71; $p < .01$; $Eta^2 = 0.02$; FAlter = 13.21; $p < .01$; $Eta^2 = .04$; FGrunderkrankung = 2.71; $p < .05$; $Eta^2 = 0.01$). Diese Ergebnisse zeigten sich auch während der einzelnen Wellen (Zusatzmaterial Tabellen 1-3).

Die Nutzung von Fernsehen war signifikant assoziiert mit der Angst vor eigener Ansteckung ($r = .216$; $p < .005$) und der Angst, andere anzustecken ($r = .155$). Parallel dazu war auch die Nutzung des Internets assoziiert mit der Angst vor einer eigenen Ansteckung ($r = .153$) oder der von anderen ($r = .155$). Es zeigt sich, dass in allen Wellen die Angst vor der eigenen Ansteckung und der anderer signifikant positiv assoziiert war mit vermehrtem Fernseh- und Internetkonsum (Zusatzmaterial Tabellen 5–7). Unabhängig von den Wellen war der Eindruck, gut und objektiv informiert zu sein, verbunden mit der Angst, sich selber anzustecken ($r = .116$). Generell fühlen Personen, die die verschiedenen Medien (Fernsehen, Zeitung und Internet) häufiger nutzen, sich auch objektiver informiert ($r = .397$ bzw. $r = .254$ bzw. $r = .243$; Zusatzmaterial Tabelle 4).

Ein häufigeres Empfinden von Angst beim Verfolgen von Nachrichten war unabhängig von den erhobenen Wellen ebenfalls mit der Angst vor einer eigenen Ansteckung ($r = .515$) und der anderer Menschen ($r = .392$) assoziiert, aber nicht mit dem Eindruck, gut und objektiv informiert informiert zu sein (Zusatzmaterial Tabellen 5-7). Ebenfalls fühlten sich Personen, die die Medien häufiger nutzen, auch ängstlicher (Fernsehen: $r = .114$, Zeitung: $r = .066$, Internet: $r = .093$; Zusatzmaterial Tabelle 4).

Diese Korrelationen ließen sich replizieren in ANOVAs: Wer Angst hatte, sich anzustecken, nutzte häufiger das Fernsehen; wer Angst hatte, andere anzustecken, nutzte häufiger das Fernsehen oder das Internet als Informationsquelle (Zusatzmaterial Tabelle 4).

Wie oft haben Sie Angst, Angehörige/Mitbewohner oder Freunde mit Covid-19 anzustecken? (Welle 1)							
	Nie M (SD)	Selten M (SD)	Manchmal M (SD)	Oft M (SD)	Immer M (SD)	Gesamtgruppe M (SD)	Teststatistik
Fernsehen	3.93 (1.85)	4.02 (1.87)	4.58 (1.55)	4.49 (1.65)	4.24 (1.81)	4.28 (1.74)	$F(4, 509)=3.15$; $p=.014$; $\eta^2=.024$
Zeitung	2.64 (1.93)	2.72 (1.93)	3.11 (2.00)	2.71 (1.99)	2.32 (1.93)	2.82 (1.87)	$F(4, 509)=1.63$; $p=.165$; $\eta^2=.013$
Internet	3.43 (1.90)	4.03 (1.76)	4.66 (1.52)	4.91 (1.60)	4.48 (1.69)	4.34 (1.74)	$F(4, 509)=9.68$; $p<.001$; $\eta^2=.071$
Objektive Information	3.42 (1.20)	3.37 (1.00)	3.51 (0.82)	3.41 (1.02)	3.16 (0.94)	3.42 (0.97)	$F(4, 509)=0.95$; $p=.433$; $\eta^2=.008$
Angst vor Nachrichten	2.22 (0.99)	2.56 (1.02)	2.96 (0.85)	3.34 (0.85)	3.88 (0.97)	2.85 (1.02)	$F(4, 509)=25.09$; $p<.001$; $\eta^2=.166$
Wie oft haben Sie Angst, Angehörige/ Mitbewohner oder Freunde mit Covid-19 anzustecken? (Welle 2)							
	Nie M (SD)	Selten M (SD)	Manchmal M (SD)	Oft M (SD)	Immer M (SD)	Gesamtgruppe M (SD)	Teststatistik
Fernsehen	3.87 (2.02)	4.58 (1.76)	4.70 (1.61)	4.79 (1.68)	5.19 (1.52)	4.66 (1.72)	$F(4, 825)=6.10$; $p<.001$; $\eta^2=.029$
Zeitung	1.89 (1.59)	3.13 (2.05)	2.74 (1.84)	2.85 (1.96)	3.11 (2.15)	2.83 (1.96)	$F(4, 825)=6.04$; $p<.001$; $\eta^2=.029$
Internet	4.19 (1.82)	4.57 (1.71)	4.63 (1.69)	4.72 (1.75)	5.15 (1.57)	4.64 (1.72)	$F(4, 825)=3.07$; $p=.016$; $\eta^2=.015$
Objektive Information	3.00 (1.05)	3.51 (0.97)	3.57 (0.91)	3.42 (0.93)	3.61 (0.97)	3.47 (0.96)	$F(4, 825)=5.73$; $p<.001$; $\eta^2=.027$
Angst vor Nachrichten	2.03 (0.99)	2.72 (1.05)	3.04 (1.00)	3.30 (0.97)	3.65 (0.95)	2.98 (1.08)	$F(4, 825)=33.85$; $p<.001$; $\eta^2=.142$
Wie oft haben Sie Angst, Angehörige/ Mitbewohner oder Freunde mit Covid-19 anzustecken? (Welle 3)							
	Nie M (SD)	Selten M (SD)	Manchmal M (SD)	Oft M (SD)	Immer M (SD)	Gesamtgruppe M (SD)	Teststatistik
Fernsehen	3.52 (2.02)	4.39 (1.80)	4.41 (1.81)	4.73 (1.60)	4.78 (1.67)	4.43 (1.80)	$F(4, 613)=6.02$; $p<.001$; $\eta^2=.038$
Zeitung	2.14 (1.66)	3.01 (1.99)	2.90 (2.01)	3.02 (1.97)	3.09 (2.05)	2.90 (1.98)	$F(4, 613)=2.80$; $p=.025$; $\eta^2=.018$
Internet	3.67 (1.84)	4.44 (1.74)	4.41 (1.71)	4.67 (1.60)	4.55 (1.81)	4.42 (1.73)	$F(4, 613)=3.90$; $p=.004$; $\eta^2=.025$
Objektive Information	2.83 (1.28)	3.29 (1.00)	3.22 (0.90)	3.27 (0.93)	3.25 (1.10)	3.21 (1.01)	$F(4, 613)=2.75$; $p=.027$; $\eta^2=.018$
Angst vor Nachrichten	2.22 (1.32)	2.64 (1.00)	2.89 (0.92)	3.42 (0.90)	3.69 (1.06)	2.96 (1.09)	$F(4, 613)=29.48$; $p<.001$; $\eta^2=.162$

Tab. 3b: Wie oft haben Sie Angst, Angehörige/Mitbewohner oder Freunde mit Covid-19 anzustecken? Zusammenhang zwischen Mediennutzung und den Symptomen einer generalisierten Angststörung sowie Angst vor Ansteckung (M=Mittelwert und SD=Standard Abweichung).

Diskussion

Die vorliegende Untersuchung mit 2150 Patient:innen vor Antritt einer psychosomatischen Rehabilitation zeigt, dass während der Corona-Pandemie Fernsehen und Internet häufiger zur Informationssammlung über die aktuelle Krise genutzt wurden als die Zeitung. Dies entspricht den Befunden aus früheren Krisen (3); die Nutzung des Internets birgt jedoch das Risiko, dass unkontrollierte und daher unzureichend gesicherte Fakten und einseitige Meinungen verbreitet werden (vgl. 18), was zu einer erhöhten Verunsicherung und einer falschen Risikowahrnehmung führen kann: So wurden während der ersten Welle alarmierende Twitternachrichten deutlich häufiger weiterverbreitet als entwarnende Nachrichten (21). Daher sollten sich Berichterstattende darüber im Klaren sein, welchen Einfluss sie haben und wie sich Informationen verbreiten (18).

Umso relevanter ist es daher, frühzeitig klare Informationen zur Krisensituation in leicht verständlicher Sprache durch Medien zu verbreiten (18, 22). Insbesondere Social Media können sich aufgrund der Schnelligkeit der Verbreitung der Informationen für eine frühzeitige Information gerade zu notwendigen Schutzmaßnahmen eignen (5, 22). Eine Studie aus China zu Beginn der Pandemie zeigt entsprechend, dass die Studienteilnehmenden sich zusätzliche Informationen zu den einzelnen Aspekten der Pandemie wie beispielsweise zu Schutzmaßnahmen und individuellen Handlungsempfehlungen wünschten; wenn mehr Informationen zur Behandlung der Pandemie bereitgestellt wurden, war dies signifikant assoziiert mit geringeren Depressionssymptomatiken (13).

In der vorliegenden Studie wurde gezeigt, dass Männer häufiger als Frauen und ältere Menschen häufiger als jüngere Menschen Medien zur Informationssammlung nutzen. Ähnliches wurde bereits zu Beginn der Pandemie nachgewiesen (20). Eine mögliche Erklärung für die häufigere Suche nach Informationen durch ältere Menschen ist der Zusammenhang mit vorhandenen körperlichen Grunderkrankungen: Wer an einer solchen leidet (was bei älteren Menschen wahrscheinlicher ist), informiert sich häufiger. Gleichzeitig haben Menschen mit einer körperlichen Grunderkrankung mehr Angst vor einer Ansteckung, was sich durch die Tatsache erklären lässt, dass gerade vorhandene körperliche Grunderkrankungen einen Risikofaktor für einen schwereren Verlauf einer Covid-19-Erkrankung darstellen (23).

Weiterhin zeigen die vorliegenden Befunde, dass während des gesamten Untersuchungszeitraums und unabhängig von der Welle der Pandemie die Nutzung von Fernsehen und Internet zur Informationssuche über die Corona-Pandemie in einem Zusammenhang steht mit der Angst vor einer eigenen Ansteckung oder der Ansteckung anderer. Wer mehr Angst vor einer eigenen Ansteckung hat oder davor, andere anzustecken, informiert sich häufiger über diese beiden Medien. Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen Erkenntnisse aus der Influenza-A-Epidemie, dass eine Zunahme der medialen Berichterstattung zu dieser Thematik mit dem Auftreten von allgemeinen Angstsymptomen korreliert (7).

Über den gesamten Untersuchungszeitraum und somit unabhängig von den Wellen zeigt sich, dass Menschen, die sich objektiv über die Pandemie informiert fühlen, häufiger Angst vor der eigenen Ansteckung haben. Dies unterscheidet sich bei der Betrachtung der einzelnen Wellen: Während der ersten Welle hatten Menschen, die sich objektiv informiert fühlten, nicht mehr Angst vor einer eigenen Ansteckung oder der von anderen; ab der zweiten Welle tritt diese Angst auf. Umgekehrt fühlten sich die Menschen, die Angst vor einer Ansteckung hatten, häufiger objektiv informiert bei der Mediennutzung. Eine subjektive Angst bei Mediennutzung ist assoziiert mit der Angst vor einer Ansteckung, jedoch nicht mit dem Gefühl, objektiv informiert zu werden.

Diese Befunde zeigen, dass die Information durch Medien bei psychisch-psychosomatisch Vorerkrankten im Zusammenhang mit der Verarbeitung und dem Umgang mit der Pandemie steht. Aufgrund der globalen Verbreitung steht eine Masse an Informationen zur Verfügung (sog. „Infodemic"), sodass neben der Pandemieeindämmung auch eine Einordnung der Informationen erfolgen muss (24). Dies ist relevant, da eine Menge an Informationen durch eine einzelne Person nicht verarbeitet werden kann und entsprechend zu einer Angst in Bezug auf die verursachende Krise führt (vgl. 25). Die in dieser Studie untersuchte Angst vor einer Ansteckung kann ein möglicher Indikator für das Auftreten einer generalisierten Angststörung sein, was durch eine geeignete Kommunikation verhindert werden kann. Gleichzeitig ist bekannt, dass Menschen, die Angst vor einer Ansteckung haben, eher die empfohlenen Schutzmaßnahmen einhalten (26).

Insgesamt verdeutlichen die vorliegenden Ergebnisse die Notwendigkeit der Bereitstellung einfach auffindbarer und objektiver Informationen über die vorherrschende Krisensituation durch vertrauenswürdige Kanäle (3, 4, 18, 15, 19, 27). Die Objektivität ist insbesondere wichtig (16), da Unzufriedenheit mit den vorhandenen Informationen mit einer höheren Ausprägung an Stress, Angst und Depressionen verbunden ist (13). Diesbezüglich wurde durch Expert:innen bereits in frühen Stadien der Pandemie die Notwendigkeit individuumsbezogener Informationen betont, deren Effektivität auch in früheren Studien bereits nachgewiesen werden konnte (28, 29). Dadurch könnte einem Teil der Unsicherheit entgegengewirkt werden, die zentral für die Beschleunigung psychischer Erkrankungen in Krisenzeiten ist (30). Insbesondere müssen genügend Informationen zur Verfügung gestellt werden, die das individuelle Risiko sowie die notwendigen Verhaltensregeln beinhalten (5, 15) und somit einer ungesteuerten Entwicklung einer Angstsymptomatik entgegenwirken (vgl. 13, 18).

Da Risikokommunikation einen relevanten Bestandteil zur Bewältigung von Krisen darstellt (31), ist es zwingend notwendig, (vorab) eine Kommunikationsstrategie für Krisensituationen zu entwickeln und diese bei Auftreten einer akuten Krise umzusetzen (5) und kontinuierlich an die aktuellen Bedingungen anzupassen (27).

Limitationen

Die vorliegende Studie hat einige Limitationen, die bei der Interpretation der Ergebnisse und der Planung weiterer Studien berücksichtigt werden sollten. Es wurde die Mediennutzung ausschließlich durch psychisch vorerkrankte Menschen und der querschnittliche Zusammenhang mit psychischen Symptomen untersucht. Zusätzlich besteht eine Einschränkung der Generalisierbarkeit, da nur Patient:innen in die Studie eingeschlossen wurden, welche digital einen Zugang zum klinikinternen Onlineportal hatten. Diese nutzen digitale Angebote daher vermutlich eher als Personen, welche diesen Zugang nicht haben, weshalb Internetnutzung in dieser Studie überschätzt worden sein könnte.

Es sollte zukünftig insbesondere in einer längsschnittlichen, kontrollierten Studie untersucht werden, inwiefern die Nutzung klassischer sowie neuerer Medien und Informations- und Kommunikationstechnologie zu einer Veränderung von verschiedenen psychischen Symptomen führt. Kausale Beziehungen gilt es besser zu verstehen, da mit den korrelativen Zusammenhängen nur theoretische Annahmen darüber getroffen werden können, wie die generelle Berichterstat-

tungslage zu mehr Mediennutzung, Angst und Reaktionsverhaltensweisen beiträgt. Methodisch sind deswegen auch experimentelle Studien vonnöten. Zudem muss untersucht werden, inwiefern bzw. wie Behörden wichtige Informationen über geeignete Medien verteilen und wie diese Informationen wahrgenommen und genutzt werden.

Fazit

Die Nutzung von Medien zur Informationssuche über Bedrohungen wie die Corona-Pandemie korreliert mit der Angst vor einer Ansteckung. Dabei geht eine häufigere Nutzung von Medien mit einer erhöhten Angst, sich und andere anzustecken, einher.

Zukünftige Forschung sollte klären, inwiefern objektive, sachlich präsentierte Informationen diesen Zusammenhang abschwächen können, um einem Anstieg psychischer Erkrankungen und einer Verschlimmerung bestehender psychischer Symptome bei vorbelasteten Gruppen vorbeugen zu können. Hierfür müssen frühzeitig Konzepte entwickelt werden, wie eine geeignete Kommunikation in Krisensituationen gestaltet werden kann; für zukünftige Krisen kann aus der stattgehabten Corona-Pandemie gelernt werden. <<

Literatur

1. Robert Koch-Institut (2022): Epidemiologisches Bulletin 38/2022 vom 22.09.2022. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/38/Art_01.html#:~:text=Für%20einen%20strukturierten%20Vergleich%20des,epidemiologische%20Phasen%20und%20Erkrankungswellen%20eingeteilt (zugegriffen am 02.06.2023)
2. Kaufman, K.R. et al. (2020): A global needs assessment in times of a global crisis: world psychiatry response to the COVID-19 pandemic. BJPsych Open. 2020;6(3):e48. doi:10.1192/bjo.2020.25
3. Glik, D.C. (2007): Risk communication for public health emergencies. Annu Rev Public Health. 2007;28:33-54. doi:10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144123
4. ExpertInnenrat der Bundesregierung zu COVID-19 (2022): 5. Stellungnahme des ExpertInnenrates der Bundesregierung zu COVID-19. Zur Notwendigkeit evidenzbasierter Risiko- und Gesundheitskommunikation. 30.01.2022
5. Loss, J. et al. (2021): Risikokommunikation bei der Eindämmung der COVID-19-Pandemie: Herausforderungen und Erfolg versprechende Ansätze. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2021;64(3):294-303. doi:10.1007/s00103-021-03283-3
6. Iannella, R. et al. (2007): Towards a framework for crisis information management systems (CIMS). In Proceedings of the 14th Annual TIEMS Conference.
7. Reintjes, R. et al. (2009): „Pandemic Public Health Paradox": Time Series Analysis of the 2009/10 Influenza A / H1N1 Epidemiology, Media Attention, Risk Perception and Public Reactions in 5 European Countries. PLoS One. 2016;11(3):e0151258. Published 2016 Mar 16. doi:10.1371/journal.pone.0151258
8. WHO (2018): Communicating risk in public health emergencies: a who guideline for emergency risk communication (ERC) policy and practice. https://www.who.int/publications/i/item/9789241550208 (zugegriffen am 02.06.2023)
9. Makwana, N. (2019): Disaster and its impact on mental health: A narrative review. J Family Med Prim Care. 2019;8(10):3090-3095. Published 2019 Oct 31. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_893_19
10. Uutela, A. (2010): Economic crisis and mental health. Curr Opin Psychiatry. 2010;23(2):127-130. doi:10.1097/YCO.0b013e328336657d
11. Whalley, M.G. et al. (2007): Mental health following terrorist attacks. Br J Psychiatry. 2007;190:94-96. doi:10.1192/bjp.bp.106.026427
12. Sprang, G. et al. (2013): Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. Disaster Med Public Health Prep. 2013;7(1):105-110. doi:10.1017/dmp.2013.22
13. Wang, C. et al. (2020): Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(5):1729. Published 2020 Mar 6. doi:10.3390/ijerph17051729
14. Mauz, E. et al. (2021): Psychische Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie. Ein Rapid-Review. Journal of Health Monitoring 2021, 6(S7): 2 – 65. DOI 10.25646/9178.2
15. WHO (2022): Mental health and COVID-19. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief, 2 March 2022 (who.int) (zugegriffen am 02.06.2023)
16. Gilan, D. et al. (2020): Psychomorbidity, resilience, and exacerbating and protective factors during the SARS-CoV-2 pandemic: a systematic literature review and results from the German COSMO-PANEL. Deutsches Aerzteblatt International. (2020) 117:625–630. 10.3238/arztebl.2020.0625
17. Kunzler, A.M. et al. (2021): Mental burden and its risk and protective factors during the early phase of the SARS-CoV-2 pandemic: systematic review and meta-analyses. Global Health. (2021) 17:1–29. 10.1186/s12992-021-00670-y
18. Beilstein, C.M. et al. (2021): Leadership in a time of crisis: Lessons learned from a pandemic. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2021;35(3):405-414. doi:10.1016/j.bpa.2020.11.011
19. Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaften (2020): 6. Ad-hoc-Stellungnahme: Coronavirus-Pandemie: Wirksame Regeln für Herbst und Winter aufstellen. https://www.leopoldina.org/presse-1/nachrichten/ad-hoc-stellungnahme-coronavirus-pandemie/ (zugegriffen am 02.06.2023)
20. Rees, J. et al. (2020): Erste Ergebnisse einer Online-Umfrage zur gesellschaftlichen Wahrnehmung des Umgangs mit der Corona-Pandemie in Deutschland. Bielefeld: Institut für interdisziplinäre Konflikt- und Gewaltforschung (IKG).
21. Rao, H.R. et al. (2020): Retweets of officials' alarming vs reassuring messages during the COVID-19 pandemic: Implications for crisis management. Int J Inf Manage. 2020;55:102187. doi:10.1016/j.ijinfomgt.2020.102187
22. Ng, K.H. et al. (2012): The Fukushima nuclear crisis reemphasizes the need for improved risk communication and better use of social media. Health Phys. 2012;103(3):307-310. doi:10.1097/HP.0b013e318257cfcb
23. Robert Koch-Institut (2020). Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19; Stand: 26.11.2021. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html;jsessionid=8F5748C67A7B8871B042880D8B41B14D.internet091 (zugegriffen am 02.06.2023)
24. Zarocostas, J. (2020): How to fight an infodemic. Lancet. 2020;395(10225):676. doi:10.1016/S0140-6736(20)30461-X
25. Rubin, G.J. et al. (2010): The impact of communications about swine flu (influenza A H1N1v) on public responses to the outbreak: results from 36 national telephone surveys in the UK. Health Technol Assess. 2010;14(34):183-266. doi:10.3310/hta14340-03
26. Dahmen, A. et al. (2021): Angst vor dem Coronavirus, Absicht zum Befolgen der AHA-Regeln und Risikowahrnehmung bezüglich Arztbesuchen: Querschnittsstudie mit psychisch vorerkrankten Menschen. Gesundheitswesen. 2021;83(4):274-281. doi:10.1055/a-1397-7214
27. Ratzan, S.C. (2020): Enhancing global health communication during a crisis: lessons from the COVID-19 pandemic. Public Health Res Pract. 2020;30(2):3022010. doi:10.17061/phrp3022010
28. Van der Pligt, J. (1996): Risk perception and self-protective behaviour. Euro Psychol 1996, 1: 34-43
29. Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaften (2020): Dritte Ad-hoc-Stellungnahme: Coronavirus-Pandemie – Die Krise nachhaltig überwinden (2020). https://www.leopoldina.org/presse-1/nachrichten/ad-hoc-stellungnahme-coronavirus-pandemie/ (zugegriffen am 02.06.2023)
30. Pfefferbaum, B. et al. (2020): Mental Health and the Covid-19 Pandemic. N Engl J Med. 2020;383(6):510-512. doi:10.1056/NEJMp2008017
31. Quinn, P. (2018): Crisis Communication in Public Health Emergencies: The Limits of ‚Legal Control' and the Risks for Harmful Outcomes in a Digital Age. Life Sci Soc Policy. 2018;14(1):4. Published 2018 Feb 6. doi:10.1186/s40504-018-0067-0

Risk communication with mentally ill people during Corona: information gathering and anxiety

Introduction: In order to cope with the Corona pandemic, which is considered a global crisis, numerous measures were necessary, about which the population had to be informed in an appropriate form. The present study investigates which media were used to inform people with mental health problems about the pandemic and how this was related to the occurrence of anxiety.

Methods: 2,150 mentally ill people were surveyed by means of an online questionnaire in preparation for a psychosomatic rehabilitation measure. Descriptive analyses, frequency analyses, variance analyses with post-hoc tests and correlation analyses were used for the evaluation.

Results: Mentally ill people inform themselves about the Corona pandemic mainly via television and internet, less frequently via newspapers. Fear of infection was associated with increased media use, and those who frequently perceived subjective fear in media use were more likely to fear infection.

Discussion: During crises such as the Corona pandemic, objective knowledge transfer is imperative in order to provide sufficient information via various media. In particular, information on protective measures is suitable to prevent the development of anxiety symptoms. A comprehensive strategy is needed to implement successful risk communication.

Keywords

Corona pandemic, use of media, anxiety, communication strategy, risk communication, crisis

Zusatzmaterial

Zusätzliches Material finden Sie auf dem MVF-Portal (www.m-vf.de) unter folgendem Kurzlink: https://t1p.de/m1yhl

Autorinnenerklärung

Dr. Dahmen ist Mitarbeiterin des Klinikums Wolfsburg. Dr. Keller, Dr. Derksen und Prof. Dr. Lippke haben unentgeltlich an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet. Die Analyse erfolgte ohne finanzielle Unterstützung und wurde durch die Autorinnen durchgeführt.

Zitationshinweis

Dahmen et al.: „Risikokommunikation während Corona: Informationssammlung und Angst bei psychisch vorerkrankten Menschen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (05/23), S. 50–56. http://doi.org/10.24945/MVF.05.23.1866-0533.2546

Dr. med. Alina Dahmen MSc ORCID: 0000-0001-8591874X



ist Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie und seit September 2021 Medizinische Direktorin des Klinikums Wolfsburg. Zuvor verantwortete sie als Prokuristin der Dr. Becker Klinikgruppe das Produktmanagement und leitete die Medizinische Unternehmensentwicklung des Klinikums Bielefeld gemGmbH. Sie lehrt und forscht an der Constructor University Bremen zur Einbindung digitaler Therapien in medizinische Behandlungspfade und zur Versorgung von Post-Covid-Patient:innen. Kontakt: Alina.Dahmen@klinikum.wolfsburg.de

Dr. phil. Franziska Maria Keller MSc ORCID: 0000-0002-7728-9709



studierte Psychologie in Groningen und an der Constructor University (ehemals Jacobs University) in Bremen. Im Jahr 2022 erfolgte die Promotion im Bereich der klinischen Psychologie. Seit 2019 ist Franziska Keller Psychotherapeutin in Ausbildung am Norddeutschen Institut für Verhaltenstherapie in Bremen. Zudem arbeitet sie als Psychologin im Bereich der Suchtbehandlung am Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide. Kontakt: Franziska.Maria.Keller@gmail.com

Dr. rer. medic. Christina Derksen MSc ORCID: 0000-0002-4663-1882



ist Postdoctoral Research Assistant in Health Psychology an der Queen Mary University of London und Gastwissenschaftlerin an der Constructor University Bremen. Sie hat ihren Master of Science in Psychologie an der Philipps-Universität Marburg absolviert und ist promovierte Gesundheitspsychologin mit einem Schwerpunkt im Bereich der Kommunikation und Patientensicherheit.
Kontakt: CDerksen@constructor.university

Prof. Dr. habil. Dr. phil. Sonia Lippke ORCID: 0000-0002-8272-0399



studierte Psychologie in Göttingen und an der Freien Universität Berlin. 2004 folgte die Promotion und 2010 die Habilitation. Als Post-Doc arbeitete sie an der University of Alberta, Canada. Ihren ersten Ruf auf eine Professur erhielt sie 2010 an die Universität Maastricht, Niederlande. Seit 2011 ist sie als Professorin an der Constructor University Bremen (ehem. Jacobs University) tätig, wo sie an nationalen/internationalen Forschungsprojekten zu gesundheitsrelevanten Fragestellungen forscht. Kontakt: SLippke@constructor.university

Prof. Dr. rer. pol. Silke Arnegger
Jana Hagenlocher BSc
Ariane Herberg BSc
Dr. med. Burkhard Lembeck

Die Zukunft sektorenübergreifender Versorgung: das Potenzial der Krankenhausreform für ambulante Operationen und Eingriffe

Zwei Bereichen muss in der aktuellen Diskussion um eine effiziente vernetzte Versorgung zwischen stationärem sowie ambulantem Sektor eine tragende Rolle zukommen. Betrachtet werden die aktuell niedrigste Versorgungsstufe der angestrebten Krankenhausreform – das sogenannte Level Ii der integrierten ambulant-stationären Versorgung sowie der Bereich sektorengleicher Versorgung und Vergütung entsprechend § 115 f SGB V. Beide Bereiche haben das Potenzial, eine weitreichende Stellung im Rahmen einer medizinisch qualitativ hochwertigen und effizienten Patientenversorgung einzunehmen, werden aber im gegenwärtigen Gesetzgebungsprozess wenig lohnend assoziiert. Der § 115 f SGB V hat zum Ziel, eine einheitliche sektorengleiche Vergütung für bestimmte Leistungen aus dem Bereich des ambulanten Operierens (AOP-Katalog gemäß § 115 b SGB V) zu schaffen. Es werden aber voraussichtlich im Rahmen des ersten Aufschlags einer Rechtsverordnung nur wenige Eingriffsziffern vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) aufgegriffen. Damit würde der eigene Spielraum zum Aufbau des ambulanten Operierens nur rudimentär ausgeschöpft – also mehr oder weniger ein Haken an den Koalitionsvertrag gesetzt.

>> In öffentlichen Interpretationen (Ärzteblatt 2023; BMG-Eckpunktepapier 2023) zu den diskutierten neu definierten Leveln im Rahmen der Krankenhausreform wird gleichsam das geplante niedrigste Level sektorenübergreifender Versorgung als wegweisend beurteilt, aber auf die Grundversorgung und Tagespflege reduziert und damit als vermutlich wenig profitabler Bereich deklariert.

Der gesetzgeberischen Gestaltung beider Bereiche kommt allerdings eine wichtige Stellung zu. Mit einer sinnhaften Ausrichtung des Levels sektorenübergreifender Versorgung, insbesondere auf ein substanzielles in § 115 f SGB V abgegrenztes Leistungsspektrum, könnten die Weichen gestellt werden, international vergleichbar im Themenfeld der Ambulantisierung der Versorgung voranzukommen. Besonders im Bereich des ambulanten Operierens ist Anschluss an eine qualitativ hochwertige und effiziente Versorgung möglich, wie sie international längst Standard ist (Simon et al 2023; Schreyögg 2023).

Der vorliegende Artikel widmet sich der Fragestellung, welches Potenzial in dem Level integrierter ambulant-stationärer Versorgung der angekündigten Krankenhausreform für die Weiterentwicklung des großen Bereichs ambulanter Operationen grundsätzlich verortet werden kann. Die Beantwortung der Frage resultiert aus Analysen zur Beförderung des ambulanten Operierens im Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie, die im Weiteren mit dem aktuellen Stand der Krankenhausreform abgewogen werden. Aus dem Ergebnis wird eine entsprechende Empfehlung für diesen Bereich abgeleitet.

Zusammenfassung

Dem sogenannten Level Ii – sektorenübergreifender Versorgung der geplanten Krankenhausreform und dem Bereich sektorengleicher Versorgung und Vergütung entsprechend § 115 f SGB V kommen in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion eine tragende Rolle zu. Eine konsequente Vernetzung beider Bereiche ist unerlässlich, um den Bereich der sektorengleichen Versorgung auf internationalem Niveau effizient zu gestalten. Es ist daher entscheidend, eine klare und abgegrenzte Auswahl von Leistungsbereichen für diesen Bereich zu definieren und die bereits vorhandenen Klinikstrukturen hierfür sinnvoll zu nutzen. Der vorliegende Beitrag benennt das Potenzial des Levels Ii für die Weiterentwicklung des Bereichs der ambulanten Operationen.

Schlüsselwörter

Krankenhausreform, sektorenübergreifende Versorgung, § 115 SGB V, Vergütungsreform, Integrierte Versorgung, Ambulante Operationen (AOP)

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.05.23.1866-0533.2547

Die Krankenhausreform: intendierte Reformen der stationären Versorgung durch veränderte Vergütungsstrukturen

Die geplante Krankenhausreform zielt auf weitreichende Veränderungen in der deutschen Krankenhauslandschaft und der Versorgung der Patientinnen und Patienten ab. Ein verändertes Modell zur Krankenhausfinanzierung soll einhergehen mit bundeseinheitlichen Vorgaben zur Umsetzung der Krankenhausplanung auf Landesebene. Die Finanzierung der Betriebskosten soll künftig nicht mehr im Wesentlichen auf DRGs beruhen, sondern zu einer Mischvergütung, dem sogenannten 2-Säulen-Modell „Vorhaltung und DRG“, umgewandelt werden (Regierungskommission 2023).

Krankenhauslevel

Da die Planung der Krankenhausversorgung, geprägt vom föderalistischen System, in die Kompetenz der Länder fällt, existiert seither auch keine bundesweit einheitliche Definition für verschiedene Versorgungsstufen von Krankenhäusern. Der erste Vorschlag der Regierungskommission zu einer Krankenhausreform plante zwar, perspektivisch bundesweit zwischen drei Versorgungsstufen (Level) zu unterscheiden, eine entsprechende Einigung zwischen Bund und Ländern konnte aber nicht erzielt werden. Eine Kategorisierung nach Krankenhauslevel könnte zwar auf Bundesebene fiktiv erfolgen, die tatsächliche Planungshoheit allerdings weiterhin bei den Ländern verbleiben (Ärzteblatt 2023a). Lediglich für das Level Ii (nach den Vorstellungen der Länder „sektorenübergreifende Versorger“) konnten bereits konkrete Vorgaben vereinbart werden.

Krankenhäuser des Level Ii sollen künftig eine spezielle Rolle in der Weiterentwicklung einer in Deutschland lang diskutierten und dringend notwendigen sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung einnehmen. Entscheidend für die Krankenhäuser dieses Levels soll es sein, dass sie entsprechend an regionale

Gegebenheiten angepasst werden können, um eine wohnortnahe Versorgung sicherzustellen. So kann beispielsweise auch eine Ausgestaltung als regionales Gesundheitszentrum mit Akutpflegebetten denkbar sein.

Aufgrund des geplanten sektorenübergreifenden Charakters dieser Versorgungsstufe wird sich auch der zu erbringende Leistungsrahmen entsprechend von den Krankenhäusern der höheren Versorgungsstufen unterscheiden. Krankenhäuser einer sektorenübergreifenden Stufe sollen neben den genannten stationären Grundversorgungspflichten vor allem folgende Leistungen ambulant durchführen:

- ambulante Operationen nach § 115 b SGB V
- sektorengleiche Leistungserbringung nach § 115 f SGB V
- ambulante Leistungen aufgrund vertragsärztlicher Ermächtigung
- Bbelegärztliche Leistungen
- Leistungen von Institutsambulanzen
- Pflegeleistungen, sowohl nach SGB V als auch SGB XI (insbesondere Übergangspflege)

Neben der Form der Leistungserbringung sollen die Krankenhäuser des Level Ii auch anhand der Vergütungssystematik von Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen abgegrenzt werden. So wird für alle höheren Krankenhausstufen eine Mischvergütung aus Vorhaltepauschalen und DRG-Systematik vorgesehen. Für die Krankenhäuser des Level Ii soll ein Finanzierungsmix aus den jeweils gültigen Abrechnungssystematiken entstehen. Ambulante Operationen werden somit beispielsweise weiterhin über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet, Leistungen nach § 115 f SGB V über die geplanten sektorengleichen Pauschalen oder stationär erbrachte Leistungen über Tagessätze. Langfristig ist eine einheitliche, sektorengleiche Vergütung für alle Leistungsbereiche geboten.

Das Grundverständnis dieses Levels ist – fiktiv oder bindend – eine Grundlage für die folgende Analyse bezüglich der ökonomischen Tragweite eines nachhaltig implementierten Bereichs sektorenübergreifender Versorgung.

Leistungsbereiche und Leistungsgruppen

Ein weiterer zentraler Baustein der Krankenhausreform wird über die Einführung von definierten Leistungsgruppen abgebildet. An die Stelle von Fachabteilungen mit DRG-Vergütungssystematik sollen Leistungsgruppen treten. Sie gliedern die Behandlung innerhalb einer Gruppe nach entsprechenden Qualifikationen und Kompetenzen, aber auch einer gleichartigen technischen Ausstattung. Es werden spezifische Mindeststrukturvorgaben definiert: z. B. welche verwandten Fachgebiete innerhalb einer Leistungsgruppe noch vorhanden sein sollten, die Mindestbesetzung an fachärztlichem Personal, vorzuhaltende Geräte, ggf. Mindestmengenvorgaben. Die Qualitätsanforderungen sollen bundeseinheitlich definiert werden und nur Krankenhäuser, die den strukturellen und qualitativen Anforderungen entsprechen, werden zur Leistungserbringung und Abrechnung berechtigt. Nach Vorstellung des BMG war vorgesehen, auf diese Weise länderbezogen jeder einheitlichen Leistungsgruppe ein bestimmtes bundesweit geltendes Versorgungslevel (I–III) zuzuweisen. Da in den Verhandlungen im Bereich der Levelzuteilung bisher jedoch keine Einigung erzielt wurde, ist eine Verknüpfung der Level und Leistungsgruppen aktuell eher unwahrscheinlich.

Prinzipiell herrscht bei der Einführung der Leistungsgruppen Konsens zwischen BMG und Ländern. Es wird eine Orientierung am Leistungsgruppenmodell aus NRW angestrebt. Die 64 somatischen Leistungsgruppen sollen initial lediglich um fünf Leistungsgruppen erweitert werden. Die Verantwortung für die Festlegung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen soll, letzten Abstimmungen zufolge, perspektivisch einvernehmlich zwischen BMG und Ländern erfolgen.

Aktueller Stand der Rechtsverordnung nach § 115 f SGB V – sektorengleiche Versorgung und Vergütung

Mit der Verabschiedung des Krankenhauspflegeentgeltgesetzes (KHPflEG) im Dezember vergangenen Jahres wurde erstmalig eine spezielle sektorengleiche Vergütung für bestimmte Leistungen vorgesehen. Das Hauptziel der Verordnung besteht darin, eine einheitliche Vergütung für ausgewählte Leistungen aus dem Katalog für ambulante Operationen (§ 115 b SGB V) zu schaffen. Dabei sollen insbesondere Leistungen mit hoher Fallzahl, kurzer Verweildauer der Patient:innen und geringem klinischem Komplexitätsgrad berücksichtigt werden. Faktisch sollte diese Gesetzesinitiative die große Lücke zwischen dem international etablierten ambulanten Operationsspektrum und der Situation in Deutschland schrittweise schließen.

Diese recht ambitionierten Vorstellungen des Gesetzgebers werden absehbar nur in Form eines rudimentären Volumens ambulant zu erbringender Eingriffe im Rahmen der Rechtsverordnung konkretisiert. Ursprünglich war vorgesehen, dass die Vertragsparteien der Selbstverwaltung, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), bis zum 31. März 2023 eine Einigung bezüglich der speziellen sektorengleichen Vergütung zu Eingriffen und Operationen treffen sollten. Da jedoch keine Vereinbarung zwischen diesen Partnern erzielt wurde, soll nun die Verordnungsermächtigung gemäß § 115 f Abs. 4 SGB V des BMG Umfang und Kalkulation der Leistungen regeln.

Verschiedene Vorschläge sind dem BMG übermittelt worden. Neben den Entwürfen der Selbstverwaltungspartner auch eine wissenschaftliche Analyse dezidiert zur Fachgruppe Orthopädie und Unfallchirurgie (OuU) (Arnegger et al. 2022; Arnegger et al. 2023).

Sektorengleiche Versorgung und Vergütung für Orthopädie und Unfallchirurgie – § 115 f SGB V: das Wiesbadener Modell

Auf Basis der Vorgaben des § 115 f SGB V wurden Analysen durchgeführt und ein umfassendes spezielles sektorengleiches Vergütungsmodell – im Folgenden Wiesbadener Modell genannt – entwickelt (Arnegger et al. 2022)

Grundsätzlich für eine Ambulantisierung in Betracht gezogen wurden Behandlungsschwerpunkte basierend auf insgesamt acht wenig komplexen DRGs (vgl. Tab. 1). Die Vorgehensweise hat das Potenzial, die Spektren gesamter Behandlungsschwerpunkte aus der stationären Abrechenbarkeit herauszulösen.

Um einen nach § 115 f SGB V konformen Vorschlag zu unterbreiten, wurden die mit diesen Behandlungsschwerpunkten in Verbindung stehenden Operations-Prozeduren-Schlüssel (OPS) unter Verwendung des DRG-Groupers und der Handbücher des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ermittelt. Die Vergütungshöhe der DRG wurde auf Basis der durchschnittlichen Verweildauer (ØVWD) ermittelt. Zu den selektierten OPS konnten anschließend die Fallzahlen und das Abrechnungsvolumen wie folgt erfasst werden. Im ambulanten Bereich gemäß Anhang 2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) wurden die Fallzahlen und das Abrechnungsvolumen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) verwen-

DRG	BESCHREIBUNG
I16C	Andere Eingriffe an der Schulter
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre
I23B	Andere kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen mit bestimmten kleinen Eigriffen an Knochen und Weichteilen, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I23C	Andere kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen ohne bestimmte kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen, (Entfernung Osteosynthesematerial)
I24B	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder best. Osteosynthesen an der Klavikula ohne kompliz. Diagnose, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen oder sonst. Arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mit bestimmten Eingriffen an der Schulter
I29C	Sonstige arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette ohne bestimmte Eingriffe an der Schulter
I30B	Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk, Alter > 15 Jahre oder bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I30C	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk ohne bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder bestimmte arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk, Alter > 15 Jahre
G24B	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
G24C	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC

Tab.1: Behandlungsschwerpunkte.

det. Für den Bereich des ambulanten Operierens (AOP) wurden die Daten der AOK Baden-Württemberg (rd. 4,5 Mio. Versicherte) für das Jahr 2019 verwendet und auf die Gesamtbevölkerung erweitert.

So konnten die Anzahl der Gesamtfälle und die Vergütung in allen drei Bereichen – stationäre und vertragsärztliche Leistungserbringung sowie ambulantes Operieren gemäß AOP-Katalog im Krankenhaus ermittelt werden. Für die Kalkulation wurden ferner die EBM- und AOP-Fälle in Relation zu der Gesamtzahl der Abrechnungsfälle aus dem stationären Bereich (DRG-Fälle) gesetzt, um einen Ambulantisierungsgrad zu ermitteln. So konnte auf Basis der Vorgaben des § 115 f SGB V eine initiale Preisbildung zwischen dem aktuellen EBM-Erlös und der bisherigen DRG-Pauschale, gewichtet nach dem bisherigen Grad der stationären bzw. ambulanten Leistungserbringung kalkuliert werden (1).

Orthopädie und Unfallchirurgie (OuU) stellt innerhalb der sektorengleichen Versorgung und Vergütung vermutlich das potenziell umfangreichste Gebiet dar. Diese Systematik einer sektorengleichen Versorgung und Vergütung für Orthopädie und Unfallchirurgie kann auch Basis für weitere Fachgruppen darstellen. Vielmehr von Interesse für die vorliegende Ausarbeitung ist aber die Verknüpfung dieser Analyse mit der Ausgestaltung des Leistungsspektrums der sogenannten sektorenübergreifenden Versorger (Level Ii).

Eine Schnittmengenbetrachtung macht das konkrete Potenzial der sektorengleichen Versorgung und Vergütung des § 115 f SGB V und des integrierten Versorgungslevels Ii der vorgesehenen Krankenhausreform sichtbar.

Potenzial des versorgungsübergreifenden Sektors – Krankenhauslevel 1i

In der Kommunikation der Fachöffentlichkeit wird der neue Krankenhaussektor Ii als umstritten und vor allem monetär unattraktiv wahrgenommen. Flexibilität soll das Initiativrecht einer erstmaligen Definition von Leistungsgruppen sowohl durch Bund als auch Länder bringen. Ferner soll eine Negativliste derjenigen stationären Leistungen entstehen, die nicht in sogenannten Level-Ii-Krankenhäusern erbracht werden sollen. Auch dieser neuen Systematik wird die im folgenden dargestellte Analyse bereits Rechnung tragen, die aufzeigt, dass das Level Ii bedeutende Implikationen haben wird, insbesondere im Bereich der ambulanten Operationen.

Um dieses Potenzial offenzulegen, wird eine Schnittmenge gebildet sowohl aus den zum Zeitpunkt der Analyse vorhandenen Erkenntnissen zur Krankenhausreform als auch aus der Entwicklung des Wiesbadener Modells zu einer sektorengleichen Versorgung und Vergütung gemäß § 115 f SGB V.

Zum Status quo liegt keine offizielle Liste initiierter Leistungsgruppen für die Krankenhausreform seitens des BMG vor. Daher wurde, wie vom BMG vorgesehen, die Systematik des Krankenhausplans Nordrhein-Westfalens analysiert und für diese Studie verwendet. In Tabelle 2 findet zunächst beispielhaft eine Zuordnung für den Bereich OuU statt. Diese umfasst insgesamt 12 hypothetische Leistungsgruppen, die wiederum in 27 Unterkategorien unterteilt sind, darunter z. B. die primäre Endoprothetik, Revisionsendoprothetik, aber auch einfache und konservative Eingriffe an Gelenken sowie der Schulter. Für die Krankenhausreform sind derzeit wesentlich weniger Leistungsgruppen im Bereich der Knie- und Hüftendoprothetik sowie der konservativen Wirbelsäuleneingriffe vorgesehen. Gleichwohl kann die folgende Zuordnung zur Einschätzung der ökonomischen Tragweite des Levels Ii in Zusammenhang mit einer konsequenten Umsetzung ambulanten Operierens dienen (Tab 2.)

In einem ersten Schritt wurden dieser Gruppierung alle DRGs und ihre Abrechnungsvolumina aus dem Bereich Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System (MDC 08) zugeordnet. Insgesamt konnten in dieser Partition des Bereichs OuU im Jahr 2019 etwa 2,6 Millionen Fälle identifiziert werden. Das Abrechnungsvolumen für diese Fälle belief sich auf rund 13,5 Milliarden Euro.

In Tabelle 3 kann gezeigt werden, wie sich die vormals für eine Ambulantisierung entsprechend § 115 f SGB V relevanten wenig komplexen Behandlungsschwerpunkte auf diese experimentelle Zuordnung zu möglichen Leistungsgruppen anwenden lassen (Tab. 3).

Der DRG-Abrechnung wurde zusätzlich eine Auswertung des Honorarvolumens aus dem Bereich ambulanter Operationen nach § 115 b SGB V hinzugerechnet. Nicht für alle DRGs konnte diese Erhebung aus Zahlen der AOK Baden-Württemberg bereits initial geleistet werden. Die vorliegenden Zahlen für die relevanten OPS ergeben aber insge-

---

1: Eine Gesamtveröffentlichung der Daten kann auf den Seiten des Wiesbaden Institute of Healthcare Economics and Patient Safety (WiHelP), dass die Evaluation wissenschaftlich begleitet hat, angefragt werden.

LEISTUNGSGRUPPEN	SPEZIFIKATION	FÄLLE (2019)	SUMME HONORARVOLUMEN
Endoprothetik	Endoprothetik primär	361.644	2.635.667.262,56 €
	Revisionsendoprothetik	48.674	667.311.050,75 €
Extremitäten	Ex_einfach	24.882	115.051.035,90 €
	Ex_komplex	17.874	342.052.718,89 €
	Ex_Tumor	30.499	118.022.100,47 €
	Fuß	102.316	387.693.022,88 €
Gelenke	Gelenke_einfach	169.656	586.464.888,90 €
	Gelenke_konservativ	58.501	124.627.834,97 €
	Schulter	138.629	610.033.706,57 €
Hand	Hand_Gesamt	79.902	284.216.171,02 €
Kinder	Kinderorthopädie	3.900	23.353.554,38 €
	Kindertrauma	2.546	6.635.819,88 €
Ohne eind. Zuordnung	o.e.Z.	21.171	167.695.536,25 €
Reha	Reha geriatrisch	122.384	1.067.187.760,08 €
	Sonstig geriatrisch	661	168.083,95 €
Rheuma	Rheuma konservativ	67.536	171.839.338,90 €
Rückenschmerz kons.	Multimodale Schmerztherapie	41.987	196.063.204,92 €
	Schmerztherapie	82.531	89.573.103,63 €
Sonstiges	Sonstige	84.132	385.728.766,65 €
Traumatologie	Fraktur konservativ	404.537	834.042.114,84 €
	Metallentfernung	143.405	448.942.500,33 €
	Osteosynthese einfach	285.838	1.689.243.320,18 €
	Osteosynthese komplex	21.374	229.427.660,05 €
	Polytrauma	14.756	322.168.476,01 €
Wirbelsäule	WS_konservativ_einfach	20.621	98.464.453,68 €
	WS_Operation einfach	168.006	782.864.574,30 €
	WS_Operation komplex	95.226	1.203.800.401,40 €
Gesamtergebnis		2.613.188	13.588.338.462,34 €

Tab. 2: Leistungsgruppen Wiesbadener-Modell.

DRG	Leistungsgruppe	Unterkategorie	Fälle (2019)	DRG Erlöse (2019)	Honorarvolumen	AOP Fälle (2019)	Honorarsumme inkl. Sach-/ Implantat-kosten (2019)
I16C	Gelenke	Schulter	12.785	2.676,45 €	34.218.413,25 €	2.055	2.609.201,19 €
I18B	Gelenke	Gelenke_einfach	41.411	2.275,87 €	94.246.052,57 €	35.155	28.648.877,34 €
I20F	Extremitäten	Fuß	46.463	3.080,58 €	143.132.988,54 €	21.892	11.224.443,59 €
I23C	Traumatologie	Metallentfernung	13.481	2.201,43 €	29.677.477,83 €	65.285	28.379.842,64 €
I24B	Gelenke	Gelenke_einfach	27.414	2.197,88 €	60.252.682,32 €	70.538	40.654.039,65 €
I29B	Gelenke	Schulter	33.217	3.966,82 €	131.764.537,67 €	685	1.030.586,58 €
I29B	Traumatologie	Osteosynthese einfach	16.608	3.966,82 €	65.882.268,83 €		
I29C	Gelenke	Schulter	23.580	3.520,16 €	83.005.372,80 €	82	164.959,85 €
I30B	Gelenke	Gelenke_einfach	47.403	3.888,83 €	184.342.208,49 €		
I30C	Gelenke	Gelenke_einfach	2.213	3.825,02 €	8.464.769,26 €		
SUMME			264.575	31.599,86 €	834.986.771,56 €		112.711.950,84 €

Tab. 3: Experimentelle Zuordnung zu möglichen Leistungsgruppen.

samt einen Überblick, welches Honorarvolumen perspektivisch alleine über den Bereich ambulanter Operationen und Eingriffe in einem Level Ii zu verorten sein könnte.

Basierend auf den Vor-Corona-Fallzahlen sowie den Abrechnungsvolumina aus dem Jahr 2019 (Quelle InEK-Datenbrowser) ist im Bereich ambulanter Operationen allein für Orthopädie und Unfallchirurgie auf Grundlage der vorliegenden Analyse grundsätzlich ein Potenzial von 950 Millionen Euro zu verorten (2). Die damit verbundenen Leistungen sollten unter der Prämisse, im internationalen Vergleich im Rahmen ambulanter Operationsverfahren anschlussfähig zu werden, zukünftig nicht mehr in Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen erbracht werden.

Fazit

Nachhaltige Versorgungsstrukturen schaffen durch starke Verbindung des Krankenhaus-Level Ii und sektorengleiche Versorgung und Vergütung.

Auch wenn die geplanten Krankenhauslevel unter aktuellen Gesichtspunkten wahrscheinlich nicht zum Tragen kommen, kann folgende Grafik (vgl. Abb. 1) dennoch eine Gesamtschau darstellen, wie Bereiche ambulanter Leistungen konkret in den neuen Versorgungskontext eingeordnet werden können.

Der Sektor Ii ambulant-stationärer Versorgungsstrukturen (sektorenübergreifende Versorger) hat großes Potenzial, sehr effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung zu verorten. Über bereits bestehende, prozessoptimiert arbeitende ambulante Operationszentren hinaus kann die Ebene Ii in der Lage sein, das Angebot ambulanter Operationen auszuweiten und zu professionalisieren.

Um eine neue Struktur (Abb. 1) entsprechend anzureizen, sind Investitionen in den Bereich ambulanter Operationen notwendig. Zum jetzigen Zeitpunkt herrscht weitestgehend Einigung darüber, dass ein Level sektorenübergreifender Versorgung in die Krankenhausreform integriert wird und dass diesem Level ein nicht unerheblicher Teil an Krankenhäusern angehören wird. Diese Krankenhäuser werden perspektivisch einen bedeutenden, die Primärversorgung ergänzenden Beitrag zur Versorgung von Patientinnen und Patienten in der Fläche leisten können.

Aus der vorliegenden Analyse lässt sich ableiten, dass gerade die Krankenhäuser der niedrigsten Versorgungsstufe im Fachgebiet der Orthopädie und Unfallchirurgie bereits ein Umsatzvorlumen verorten, das interne Umstrukturierungsmaßhaben möglich und lohnend macht. Voraussetzung hierfür ist, dass der Verordnungsgeber sowie die Selbstverwaltungspartner eine sektorengleiche Vergütung in adäquater Höhe verorten. Ein erhebliches Versorgungs- und Umsatzpotenzial ist auch z. B. in der Kardiologie oder auf dem Feld der Gefäß- oder der plastischen Chirurgie

---

2: Bisher zusätzlich verortete Hernieneingriffe wurden zunächst nicht berücksichtigt, umfassen aber zusätzlich erhebliches Honorarvolumen im sektorenübergreifenden Bereich.

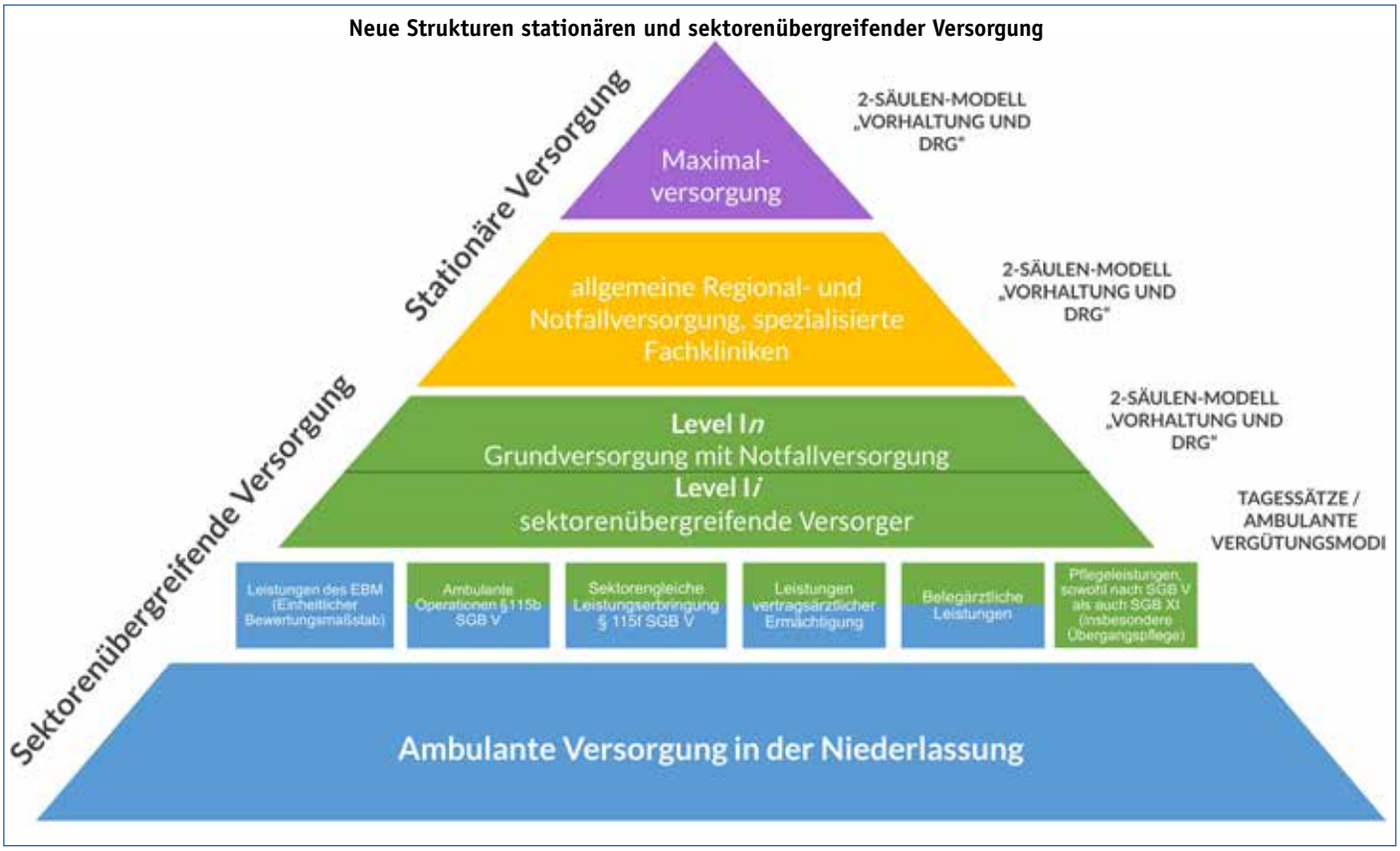


Abb.1: Neue Strukturen stationärer und sektorenübergreifender Versorgung (eigene Darstellung).

wahrscheinlich.

Für die Weiterentwicklung ambulanter Operationen können die bestehende Ausstattung und Personalressourcen der Häuser, die sektorenübergreifende Versorgung erbringen sollen, genutzt werden, um endlich Anschluss an die internationale Entwicklung in der Ambulantisierung der Versorgung zu erlangen.

Es wäre mit Blick auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten aber auch ökonomisch fatal, aufgrund vorteilhaft erscheinender Vergütungsformen oder aus anderen, z. B. kommunalpolitischen Gesichtspunkten höhere Level der geplanten Krankenhausstrukturierung für bestehende Krankenhäuser zu erzwingen. Es wird Krankenhäuser geben, die mit bestehendem Leistungsspektrum für höhere Versorgungsstufen wohlweislich nicht mehr vorgesehen sein werden.

Gerade die Häuser der integrierten ambulant-stationären Versorgung (Level Ii) haben in einer alternden Gesellschaft langfristig hohes Versorgungspotenzial verbunden mit einem erfolgversprechenden Umsatzvolumen sowie der Möglichkeit, die vorhandenen Ressourcen zielgerichteter einzusetzen. Ein essenzieller Vorteil für die Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems als Ganzes. <<

Literatur

Ärzteblatt (2023): Vorsitzender der Gesundheitsministerkonferenz Lucha gegen Klinikranking. In https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/144329/Vorsitzender-der-Gesundheitsministerkonferenz-Lucha-gegen-Klinikranking (abgerufen am 04.07.2023)

Ärzteblatt (2023a): Krankenhausreform: Einteilung in Level ohne rechtliche Verbindlichkeit. In https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/144187/Krankenhausreform-Einteilung-in-Level-ohne-rechtliche-Verbindlichkeit (abgerufen am 30.06.2023)

Arnegger, A./Hagenlocher, J./Herberg, A./Lembeck, B./ Betsch, K (2022): Analyse und Einführung einer sektorengleichen Versorgung und Vergütung in Orthopädie und Unfallchirurgie. WIFIN Working Paper 15/2022

Arnegger, A./ Lembeck, B./ Herberg, A. (2023): Ambulantisierung: SV-Pauschale folgt auf DRG. In https://www.bibliomedmanager.de/fw/artikel/ambulantisierung-aop-katalog-orthopaedie-unfallchirurgie-tagespauschale-drg (abgerufen am 29.06.2023)

Bundesministerium für Gesundheit (2019): Ratgeber Krankenhaus. In https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Ratgeber_Krankenhaus_0619.pdf (abgerufen am 29.06.2023)

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023): Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung. In https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf (abgerufen am 29.06.2023)

Simon, B./ Navarro, R./ Reddy, N. C./ et al. (2023): Patient Pathway Comparison for Total HipReplacement in the United States and Germany – Why the Payment Model Matters. NEJM CATALYST INNOVATIONS IN CARE DELIVERY, 4, 6: 1-25

Schreyögg, J./ Milstein, R. (2021): Identifizierung einer initialen Auswahl von Leistungsbereichen für eine sektorengleiche Vergütung. In https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Expertise_sektorengleiche_Verguetung.pdf (abgerufen am 15.07.2023)

The Future of Cross-Sectoral Care: The Potential of the Hospital Reform for Outpatient Surgeries and Interventions

The so-called Level "Ii" of cross-sectoral care in the planned hospital reform and the health policy process regarding sectoral care and remuneration in accordance with § 115 f SGB V should play a key role in the current health policy discussion. Consistent integration of both areas is essential in order to efficiently organize the area of sector-equivalent care at an international level. Hence, it is crucial to define a clear and delimited selection of health service areas for this sector and to use the already existing hospital structures for this purpose in a meaningful way. The present article identifies the potential of Level Ii for the further development of the area of outpatient surgery.

Keywords

Hospital Reform, Cross-Sectoral Care, § 115 f SGB V, Remuneration Reform, Integrated Care, Outpatient Surgery

Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Arnegger et al.: „Die Zukunft sektorenübergreifender Versorgung: Das Potenzial der Krankenhausreform für ambulante Operationen und Eingriffe", in: „Monitor Versorgungsforschung" (05/23), S. 57–62. http://doi.org/10.24945/MVF.05.23.1866-0533.2547

Prof. Dr. Silke Arnegger ORCID: 0009-0009-1964-6489
absolvierte in Stuttgart-Hohenheim ein Studium der Wirtschaftswissenschaften. Danach war sie für einen großen deutschen Ärzteverbund für niedergelassene Ärzt:innen tätig. Tätigkeitsschwerpunkt waren insbesondere Selektivverträge im ambulanten Versorgungsbereich. Sie ist Professorin für Gesundheitsökonomie an der Wiesbaden Business School (WBS) der Hochschule RheinMain.
Kontakt: Silke.Arnegger@hs-rm.de



Jana Hagenlocher BSc ORCID: 0009-0006-6179-7430
ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Wiesbaden Business School (WBS) und Masterstudentin im Bereich Gesundheitsmanagement an der Hochschule Aalen. Das Bachelorstudium absolvierte sie in Gesundheitsökonomie in Wiesbaden.
Kontakt: Jana.Hagenlocher@hs-rm.de



Ariane Herberg BSc ORCID: 0009-0001-4269-8916
studierte Gesundheitsökonomie an der Wiesbaden Business School und machte dort ihren Bachelorabschluss. Sie ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Wiesbaden Business School (WBS).
Kontakt: Ariane.Herberg@hs-rm.de



Dr. med. Burkhard Lembeck
studierte in Münster Medizin. Nach diversen klinischen Tätigkeiten und Auslandsaufenthalten ist er seit 2015 niedergelassener Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie in einer Gemeinschaftspraxis in Ostfildern und in der Filderklinik Ostfildern operativ tätig . Berufspolitisch engagiert er sich als Präsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), als Vertreter in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sowie als Mitglied in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW).
Kontakt: Burkhard.Lembeck@bvou.net



Dr. med. Robert Dengler
Dipl.-Phys. Sonja Froschauer
Prof. Dr. rer. medic. Florian Kron

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) im Kontext der aktuellen gesundheitspolitischen Reformen

Zusammenfassung

Hintergrund: Im deutschen Gesundheitssystem führen nicht abgestimmte, teils konkurrierende Versorgungsstrukturen zu Versorgungsbrüchen sowie Fehlanreizen und Fehlversorgung mit vermeidbar höheren Kosten. Auch der Ambulantisierungsgrad bleibt hinter vergleichbaren Ländern zurück. Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) sollte dies bei der Einführung im Jahr 2012 überwinden. Aktuell werden erneut Reformen implementiert bzw. diskutiert, die u.a. die Ambulantisierung vorantreiben sollen.

Methodik: Im Rahmen der Versorgungsforschungsstudie GOAL-ASV mit Förderung durch den Innovationsfonds wurden der Status quo, Hürden bei der Implementierung und Vorschläge zur Weiterentwicklung mittels einer multiperspektivischen Mixed-Methods-Studie evaluiert. Außerdem wurden die aktuellen Gesetzesinitiativen anhand der publizierten Inhalte der Regierungskommission sowie der bereits ins SGB V aufgenommenen Paragrafen analysiert.

Ergebnisse: Die ASV hat sich als neue Versorgungsform inzwischen etabliert. Im aktuellsten auswertbaren Quartal 1/2023 wurden in 20 Indikationsbereichen in 800 Teams 182.918 Versicherte von 39.000 Ärzten versorgt. Die Entwicklung der ASV wird aber durch bürokratische Hürden und Überregulierung gehemmt. Die jüngsten Ambulantisierungsinitiativen erscheinen unabgestimmt und parallel zur ASV.

Konklusion: Auch aktuell ist keine Harmonisierung in der Versorgungslandschaft zu erkennen, die Modelle tragen nicht zu einen am Patienten ausgerichteten, sektorübergreifenden Versorgungspfad bei.

Schlüsselwörter

Versorgungsstrukturen, Ambulantisierung, Patientenpfad, sektorale Trennung

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.05.23.1866-0533.2548

Seit vielen Jahren mahnen Sachverständige an, die historisch entstandenen Sektorengrenzen und die damit zusammenhängenden Fehlanreize mit Versorgungsbrüchen und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen anzugehen und zu beseitigen (SVR 2012; SVR 2018; Nagel et al. 2017). Die hierzu im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) implementierten Versorgungsbereiche der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) nach § 95, die tagesklinische Behandlung nach § 115, die prä- und poststationäre Behandlung nach § 115a, das ambulante Operieren nach § 115b, die Ermächtigung nach § 116, die ambulante Behandlung am Krankenhaus (ABK) nach § 116b alter Fassung, die Hochschulambulanz nach § 117, die sozialpsychiatrischen Ambulanzen nach § 120, das Belegarztwesen nach § 121, die Disease-Management-Programme nach § 137f, die vormals integrierte und inzwischen besondere Versorgung nach § 140a SGB V, um nur einige zu nennen, haben weder die Beseitigung der parallelen Versorgungsstrukturen noch den Abbau der Sektorengrenzen oder die Angleichung der Unterschiede zwischen urbanen und ländlichen Räumen bewirkt (Dengler et al. 2018; Jacobs 2019; Wolf 2020). Da kaum eine Abstimmung oder Koordinierung zwischen diesen Systemen erfolgte, haben diese nicht synergistisch zusammenwirkenden Einzelmaßnahmen nicht zu der dringend erforderlichen Harmonisierung der Versorgungslandschaft und einem im OECD-Vergleich adäquaten Ambulantisierungsgrad (OECD 2021) beigetragen, sondern die Strukturen noch komplexer und für viele Beteiligte – Leistungserbringer und Patienten – undurchsichtiger gemacht. Mit der Novellierung des § 116b SGB V und der Implementierung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) wurde zum 1.1.2012 ein erneuter Versuch unternommen, zumindest für Patienten mit seltenen Erkrankungen und solchen mit besonderem bzw. komplexem Krankheitsverlauf eine interdisziplinäre und sektorübergreifende Behandlung zu bewirken (Deutscher Bundestag 2011).

>> Die ASV löst mit einer Übergangsfrist von drei Jahren sukzessive die ABK ab. Sie beinhaltet erstmals einen einheitlichen Ordnungsrahmen für Kliniken und Praxen in der ambulanten Versorgung bezüglich Teilnahme, Qualitätssicherung und Vergütung. In diesem Artikel soll zum einen die ASV in ihrer zeitlichen Entwicklung dargestellt werden. Hierzu werden Daten aus der Evaluationsstudie GOAL-ASV, die im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Rahmen des Innovationsfonds durchgeführt wurde (G-BA 2022a), berichtet und die seither erfolgte Weiterentwicklung dargestellt. Zum anderen werden die aktuellen gesundheitspolitischen Aktivitäten bezüglich der Ambulantisierung, i.e. der neuen tagesstationären Behandlung im Krankenhaus, der Weiterentwicklung des ambulanten Operierens und stationsersetzender Eingriffe sowie der sektorengleichen Vergütung dargestellt und diskutiert.

Die Betrachtung erfolgt insbesondere im Hinblick auf die Umsetzung, die Harmonisierung zwischen den Konstrukten und den Patientenpfad.

Die ASV als interdisziplinäres und sektorübergreifendes Versorgungsmodell

Inhalte und Struktur

Die ASV wurde zum 1.1.2012 im § 116b SGB V verankert (Deutscher Bundestag 2011). Sie kommt für Patienten mit Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf (z. B. Tumorerkrankungen, rheumatologische Erkrankungen) sowie seltenen Erkrankungen bzw. Krankheiten mit geringen Fallzahlen (z. B. Mukoviszidose, Hämophilie) in Betracht. Bisher sind Regelungen für zwanzig Indikationsbereiche in Kraft getreten (G-BA 2023), der G-BA überführt sukzessive jedes Jahr zwei weitere Indikationsbereiche aus der ABK in die ASV. Die Versorgungsstruktur besteht aus interdisziplinären Teams mit einer Teamleitung, einem Kernteam sowie hinzuzuziehenden Ärzte, die Details werden vom G-BA in einer Richtlinie (ASV-RL) definiert (G-BA 2013). Teilnehmen können Krankenhausärzte sowie Vertragsärzte. Die Teilnahme ist den regionalen Erweiterten Landesausschüssen (ELA) anzuzeigen. Dabei sind personelle (Qualifikation, Mindestmengen) und strukturelle (Kooperationen, Teamstruktur, Notfallversorgung) Voraussetzungen nachzuweisen, wovon die Teilnahmemöglichkeit abhängt. Es existiert kein Zulassungsverfahren im engeren Sinne und keine Bedarfsplanung. Die Vergütung erfolgt derzeit nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) unbudgetiert.

Evaluation von Entwicklung und Status quo der ASV

Im Rahmen der Versorgungsforschungsstudie GOAL-ASV wurde die ASV von 2019 bis 2021 von einem Forschungskonsortium, bestehend aus der FOM Hochschule für Oekonomie & Management, dem Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie, dem Wissenschaftlichen Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen sowie dem Bundesverband ASV, evaluiert. Ziel war es, den aktuellen Stand, Hürden und Hemmnisse sowie die Inanspruchnahme zu untersuchen und Empfehlungen zur Weiterentwicklung bzw. Optimierung zu erarbeiten. Der Ergebnisbericht ist inzwischen auf der Website des G-BA veröffentlicht (G-BA 2022a). Wir stellen hier Teilergebnisse der Studie vor, außerdem werden aktualisierte Daten ergänzt, die nach Abschluss der Evaluation erhoben wurden.

Grundlagen für die Studie waren die Daten der ASV-Servicestelle, die Anzeigenvordrucke aller 17 ELA, die Antworten einer strukturierten Befragung der ELA, Interviews mit ASV-Teamleitern sowie Patientenvertretungen, Befragungen von Ärzten und Klinikleitungen sowie Patienten. Des Weiteren wurden anonymisierte GKV-Routinedaten des GKV-Spitzenverbands sowie aus der German Pharmacoepidemiological Data Base (GePArD) (Pigeot und Ahrens 2008), Inzidenz- und Prävalenzzahlen des Robert Koch-Instituts (ZfKRD 2020), des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA 2021), die im Rahmen der Bereinigung nach § 87 SGB V Abs 1 ausgewertet werden, sowie im Rahmen der Bürokratiekostenabschätzung ermittelte Zahlen aus den Tragenden Gründen des G-BA (G-BA 2019) analysiert.

Ergebnisse

Status quo, Entwicklung, Zugangsverfahren

Die Zahl berechtigter ASV-Teams nimmt seit Inkrafttreten der ersten Konkretisierung im Jahr 2014 in den meisten Indikationen kontinuierlich zu und lag im Quartal 1/2023 bei 799. Häufig ist ein deutlicher Anstieg der ASV-Teams zum Zeitpunkt der Beendigung der Altgenehmigungen (ABK) zu vermerken. Abb. 1 zeigt die Gesamtentwicklung über alle Indikationen hinweg.

Zwischen Inkrafttreten einer Konkretisierung für einen Indikationsbereich und der Etablierung erster Teams vergehen zwischen vier und 36 Monate. Es fand sich eine große Varianz hinsichtlich Größe, Zusammensetzung sowie Sektor der ASV-Teams. Im Mittel sind 44 Ärzte in einem Team organisiert. 95% aller Teams sind sektorenübergreifend besetzt, der Anteil der Vertragsärzte über alle Indikationen hinweg beträgt 42%. Bei Rheuma (Erwachsene) und bei Sarkoidose stammt die Mehrheit aus dem vertragsärztlichen Sektor. Von den Teamleitungen sind 86% in einer Klinik, 9% in einer Praxis und 5% in einem MVZ tätig. Die Auswertung der im Internet verfügbaren Anzeigenvordrucke der 17 ELA ergab eine deutliche Heterogenität bezüglich der Anforderungen an die nachzuweisenden Dokumente. Dies betrifft die Benennung der hinzuzuziehenden Ärzte (namentlich oder institutionell), Art und Umfang der vorzulegenden Dokumente (Zeugnisse, organisatorische Anforderungen), der Mindestmengen (Selbsterklärung, Patientenlisten) sowie die Möglichkeit, den ELA zur Einsicht in das KV-Arztregister zu berechtigen. Auch ergaben sich deutliche Unterschiede in den Ablehnungsquoten sowie den Begründungen je ELA. Die Verfahrensdauer betrug zwischen ein und zwölf Monate.

Seit Beginn der ASV sind bis einschließlich Quartal 1/2023 insgesamt 1.871.544 Quartals-Patienten (Patienten, für die im Quartal mindestens von einem ASV-Arzt Leistungen abgerechnet wurden) von ca. 39.000 Ärzte in der ASV versorgt worden (die individuelle „Kopfzahl" von Patienten liegt niedriger, da sich die Behandlung in der Regel über mehrere Quartale erstreckt; die Zahl von individuellen Ärzten liegt ebenfalls niedriger, da dieselben Ärzte an mehr als einem ASV-Team teilnehmen können). In den letzten zur Analyse zur Verfügung stehenden vier Quartalen befanden sich 182.918 Versicherte pro Quartal in der ASV. Die Teams, Ärzte- und Patientenzahlen sind je nach Bundesland bzw. KV-Region sehr unterschiedlich verteilt (Abb. 2), mit den höchsten Zahlen pro 1 Mio. Einwohner in Schleswig-Holstein, Nordrhein, Hessen und Berlin, die geringste Durchdringung findet sich bisher in Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, in Mecklenburg-Vorpommern ist noch kein einziges Team etabliert. Die Unterschiede dürften u. a. auf die variierende Prüfpraxis der ELA, das Ausmaß der ABK-Bestimmungen sowie eine zu geringe Anzahl potenziell teilnahmefähiger Fachärzte zurückzuführen sein. Der Anteil der Patienten an der potenziellen Gesamtpopulation ist in Abb. 3 dargestellt. Die Durchdringung ist je nach Indikation ausgesprochen heterogen.

Das Ausgabenvolumen hat inzwischen (Stand 4. Quartal 2022) einen Umfang von 130.561.759 Euro für ASV-Leistungen bei teilnehmenden Vertragsärzten sowie 300.942.555 Euro für die Leistungen durch ASV-berechtigte Kliniken (inkl. der noch bestehenden Bestimmungen im Rahmen der ABK) erreicht (BMG 2022).

Motivation und Hürden

Noch nicht an der ASV Teilnehmende gaben als häufigste potenzielle Motivation eine Verbesserung in den Bereichen Überbrückung der Sektorengrenze, interdisziplinäre Versorgung, Kooperation mit anderen Fachärzte, Patientenversorgung sowie der abrechenbaren Leistungen an. Hemmnisse und Hürden betreffend führten diese (noch) nicht an der ASV Teilnehmenden und Krankenhausleitungen hauptsächlich den hohen organisatorischen Aufwand sowie fehlenden strategischen oder finanziellen Nutzen an.

Die an der ASV Teilnehmenden sahen vor allem den Patientennutzen, die Interdisziplinarität und strategische Wettbewerbsüberlegungen als Motivation. Der Wegfall der Altberechtigung (ABK) stellte bei einer Mehrheit der Befragten aus dem Kliniksektor ebenfalls eine wichtige Motivation dar. Bei den Niedergelassenen wurden monetäre Aspekte häufiger als wichtig oder sehr wichtig eingeschätzt als bei den Teilnehmenden der Kliniken. Die ASV-Teilnehmer bezeichneten als Hürden im Rahmen des Anzeigeverfahrens die vorgeschriebenen Fachrichtungen, die Vorhaltung aller erforderlichen Leistungen des Ziffernkranzes, die nötigen Qualitätsnachweise sowie die Entfernungsregelung von 30 Minuten zum Standort der Teamleitung. Insgesamt wurde das Anzeigeverfahren von der Mehrheit als unangemessen aufwändig sowie schlecht bzw. sehr schlecht bewertet. Bei knapp einem Viertel der befragten Teamleitungen dauerte es vom Bearbeitungsbeginn des Anzeigevordrucks bis zum positiven Bescheid bis zu vier Monate, bei etwas weniger als der Hälfte zwischen 5 und 12 Monate und bei 15% länger als ein Jahr. Während der ASV-Teilnahme ist der Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand nach Einschätzung der Befragten ein Haupthindernis, zusätzlich wurde u. a. auch ein unzureichendes Vergütungsspektrum – besonders bei seltenen Erkrankungen – angegeben.

Empfehlungen

Zur Weiterentwicklung und Optimierung der ASV wurden im Ergeb-



Abb. 1: Entwicklung der ASV-Teams und Patientenzahlen/Quartal (Quelle: ASV-Servicestelle, Stand Q1/2023, G-BA 2023a, Stand Q4/2022). Eigene Darstellung. Die Daten vor Q1 2017 werden nicht dargestellt, da die Zahlen bis dahin vernachlässigbar gering waren).

nisbericht der Studie eine Reihe von Empfehlungen zur Anpassung der ASV-RL ausgesprochen. So sollten Beratung und Verabschiedung der Konkretisierungen beschleunigt werden, was durch Verzicht auf die detaillierten Ziffernkränze in den Appendizes möglich wäre. Auch sollten neue EBM-Ziffern rascher in die ASV überführt werden. Das Anzeigeverfahren wäre deutlich zu vereinfachen, zu entbürokratisieren und ein bundesweites elektronisches Anzeigeformular wäre vorteilhaft. Als Qualitätssicherungsdokumente bei Klinikärzten sollten auch vorliegende Nachweise wie Urkunden, Weiterbildungsermächtigungen, und bestehende Zertifizierungen anerkannt werden. Art und Umfang der Nachweise sollten durch den G-BA bundeseinheitlich definiert werden. Die aktuelle Entfernungsregel von 30 Minuten vom Standort der Teamleitung sollte entfallen, um die Etablierung von ASV-Teams auch in ländlichen Regionen zu begünstigen.

Aktuelle Reformen zur Intensivierung der Ambulantisierung

Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe (AOP) nach § 115b SGB V

Durch eine Änderung des § 115b SGB V im Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) hatte der Gesetzgeber zum 1.1.2020 eine umfassende Überarbeitung des AOP-Katalogs angestoßen (Deutscher Bundestag 2019). Gemäß § 115 b Absatz 1 SGB V haben sich daraufhin zum 1.1.2023 der GKV-Spitzenverband (GKV-SV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf eine Neufassung der Abrechnung und einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte (AOP-Vertrag) sowie als Anlage auf eine Weiterentwicklung des Katalogs auf Grundlage eines Gutachtens des IGES-Instituts (Albrecht et al. 2022) verständigt. Die Gutachter schlugen 2.476 neue Leistungen auf der Basis von 208 OPS-Codes (Operationen- und Prozedurenschlüssel) vor, ein Plus um 86% auf insgesamt 5.355 Leistungen. Die meisten der für eine Erweiterung vorgeschlagenen Leistungen, rund 60% (1.482 Leistungen), sind Operationen. Zweithäufigste Leistungen sind mit 546 diagnostische Maßnahmen wie Endoskopien. Diese Leistungen wurden im Jahr 2019 rund 15 Millionen Mal vollstationär erbracht. Im neuen Bereich der stationsersetzenden (z. B. konservativen) Behandlungen empfehlen die Gutachter 65 DRGs (diagnosis related groups) für eine Aufnahme in den AOP-Katalog, unter anderem DRGs im Bereich der Strahlentherapie sowie konservativen Tumorbehandlungen. Auf diese Leistungen entfielen im Jahr 2019 insgesamt 632.786 jährliche stationäre Krankenhausbehandlungen. Um das Ambulantisierungspotenzial definieren zu können, wurden sog. Kontextfaktoren benannt (z. B. Allgemeinzustand, Krankheitsschwere, Beatmungstage etc.) die einer stationären Versorgung bedürfen. (Albrecht et al. 2022).

Tagesbehandlung im Krankenhaus nach § 115e SGB V

Mit dem am 2.12.2022 beschlossenen Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPflEG) trat zum 1.1.2023 die sog. tagesstationäre Behandlung mit der Änderung des § 39 SGB V und der Einführung des § 115e SGB V zum 1.1.2023 in Kraft. Seither können zugelassene Krankenhäuser in medizinisch geeigneten Fällen mit Einwilligung der Patienten anstelle einer vollstationären eine tagesstationäre Behandlung mit mindestens sechsstündiger Behandlung ohne Übernachtung erbringen. Die Abrechnung erfolgt nach DRG-Kodierung auf Basis des geltenden Fallpauschalenkatalogs durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Für die nicht anfallenden Übernachtungskosten ist pauschal ein Abzug von den für den vollstationären Aufenthalt insgesamt berechneten Entgelten vorzunehmen, der 0,04 Bewertungsrelationen (ca. 150) je Nacht entspricht, wobei der Abzug einen Anteil von 30 % der Entgelte für den Aufenthalt insgesamt nicht überschreiten darf. Behandlungen unter sechs Stunden werden nicht als tagesstationäre Behandlung vergütet, sondern sind entsprechend der Systematik des § 39 SGB V als ambulante Behandlung abzurechnen. Gemäß dem Leitgedanken „ambulant vor stationär" dürfen Leistungen, die bisher ambulant im Krankenhaus erbracht und nach dem EBM vergütet werden können bzw. durch auf regionaler oder lokaler Ebene vereinbarte Pauschalen, nicht als tagesstationäre Leistung abgerechnet werden. Die Grenzverweildauern finden gleiche Anwendung wie bei Behandlung mit Übernachtung. Tage, an denen die Patienten nicht im Krankenhaus waren, werden bei der Ermittlung der Verweildauer und der Vergütung nicht berücksichtigt.

Sektorengleiche Vergütung nach § 115f SGB V

Durch die im Rahmen des am KHPflEG geplante Einführung einer speziellen sektorengleichen Vergütung nach §115f SGB V (sog. Hybrid-DRG) für Leistungskomplexe, die im Rahmen des IGES-Gutachtens identifiziert wurden und nach § 115b SGB V grundsätzlich ambulant erbracht werden können, sollen die getrennten ambulanten und stationären Vergütungssysteme harmonisiert werden (Deutscher Bundestag 2022). Bisher ist die Bepreisung zwischen EBM und DRG – wie bereits erwähnt – sehr unterschiedlich. So werden z. B. am-

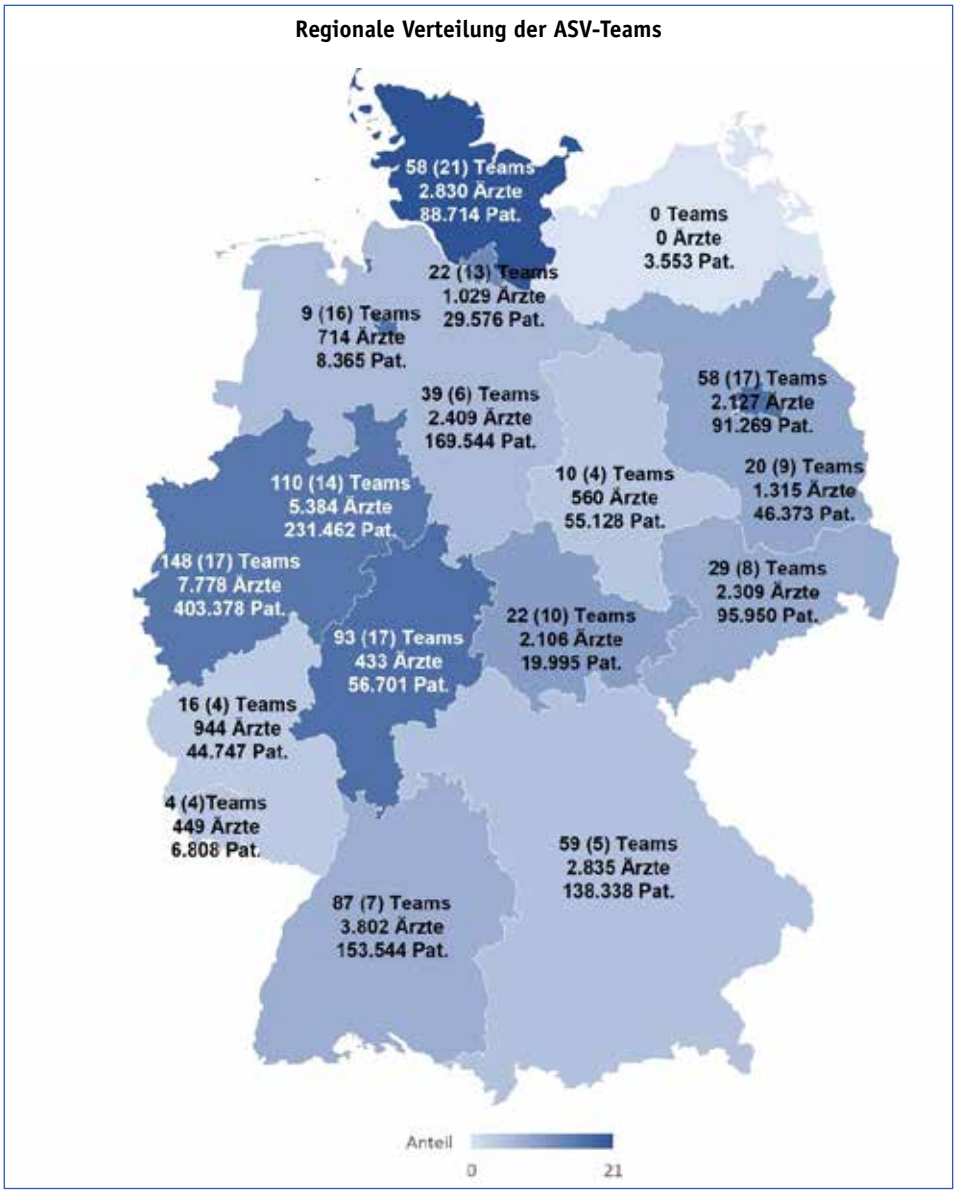


Abb. 2: Regionale Verteilung der ASV-Teams absolut, pro 1 Mio. Einwohner (in Klammer), sowie teilnehmender Ärzte und behandelter Quartalspatienten (jeweils absolute Zahlen) in den einzelnen Bundesländern bzw. KV-Bezirken. Die Intensität der Blaufärbung entspricht der Anzahl Teams pro 1 Mio. Einwohner. Datenquelle: G-BA 2023a; Statistisches Bundesamt 2022. Eigene Darstellung. Stand Q 1/2023.

bulante Leistungen der DRG-Gruppe R mit Major Diagnostic Category – MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen, derzeit im Mittel nach EBM (Kapitel 31) mit Euro 267, im DRG-System aber mit Euro 1.897 pro Patient und Quartal vergütet, entsprechend einem Unterschied um den Faktor 7,12 (Albrecht et al. 2022). Das neue System soll die Vergütung sektorengleich regeln, also unabhängig davon, ob die Leistung stationär oder ambulant oder im Krankenhaus oder der Vertragsarztpraxis erbracht wird. Hierzu ist parallel zu der Erweiterung des AOP-Katalogs im Rahmen eines vom Innovationsfonds geförderten Projektes „Einheitliche, Sektorenübergreifende Vergütung (ESV)" unter Konsortialführung des Hamburg Center for Health Economics der Universität Hamburg ein konkreter Vorschlag vorgelegt worden (Schreyögg et al. 2022). Hier wurde eine Kalkulation aus Leistungskomplexen, z. B. Radiologie, Chirurgie, Anästhesie etc., vorgeschlagen. Die Abbildung des Schweregrads soll lt. ESV-Gutachten die im stationären DRG-System etablierten PCCL (patient clinical complexity level) berücksichtigen. Patientenschweregrade bzw. PCCL Werte von 0 – 1 (nichtkomplexe Situationen mit keinem oder geringem Schweregrad) sprächen für ambulante, PCCL ab 2 oder 3 für eine stationäre Versorgung. Die Höhe der Vergütung soll u. a. den aktuellen Ambulantisierungsgrad berücksichtigen. Folglich soll sich diese bei bislang überwiegend stationär durchgeführten Leistungen näher an DRG-Fallpauschalen und bei bislang überwiegend ambulant durchgeführten Prozeduren näher am EBM orientieren. In einer ersten Stufe soll die Vergütung in Form einer Pauschale erfolgen. In einem zweiten Schritt soll eine differenzierte Kalkulation nach dem Baukastenprinzip mit Konvergenz zum AOP-Katalog erfolgen. Die identifizierten DRGs werden aus der stationären Versorgung herausgelöst, können sodann nicht mehr im DRG-System abgerechnet werden. Die Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ist für das Folgejahr vorgesehen.

Der Gesetzgeber hatte die KBV, den GKV-SV und die DKG beauftragt, bis Ende März 2023 Leistungen aus dem AOP-Katalog auszuwählen, die mit sektorengleichen Pauschalen vergütet werden können, und die Höhe sowie den Inhalt der Leistungspauschalen zu vereinbaren. Die Verhandlungen hierzu waren dann gescheitert. Aktuell (Stand 1.8.2023) definiert daher das BMG im Rahmen der Ersatzvornahme einen Korridor für die Leistungen und die Vergütung.

Diskussion

Aus Versorgungssicht sind die Teilnahme von Leistungserbringern aus Klinik und Praxis, die Interdisziplinarität und die Teamstruktur der ASV einzigartig im Gesundheitswesen. Viele Aspekte der ASV (sektorengleiche Zugangsvoraussetzungen, Qualitätsanforderungen und Vergütung) beinhalten zudem bereits die Voraussetzungen für eine Zunahme der Ambulantisierung, (Dengler et al. 2022, Froschauer und Straub 2023). Die ASV hat sich inzwischen im Versorgungsalltag etabliert und wird durch die Erweiterung um jeweils zwei Indikationsbereiche pro Jahr weiter an Bedeutung gewinnen.

GOAL-ASV hat jedoch gezeigt, dass die vom Gesetzgeber intendierten Absichten wie Abbau der Zugangshürden, der regionalen Unterschiede, Wahrung der Behandlungskontinuität etc. (Deutscher Bundestag 2011) von bürokratischen Formalia überlagert werden. Der relativ hohe Aufwand bei der Anzeige hemmt die Teilhabe der niedergelassenen Ärzte, wie u. a. der inzwischen geringe Anteil von Niedergelassenen geleiteter ASV-Teams zeigt. Für einen Teil der Leistungserbringer, vor allem bei den hinzuzuziehenden Fachärzten sowie im Segment der seltenen Erkrankungen, führt der abrechenbare Ziffernkranz durch die geringen Patientenzahlen und fehlenden Ska-

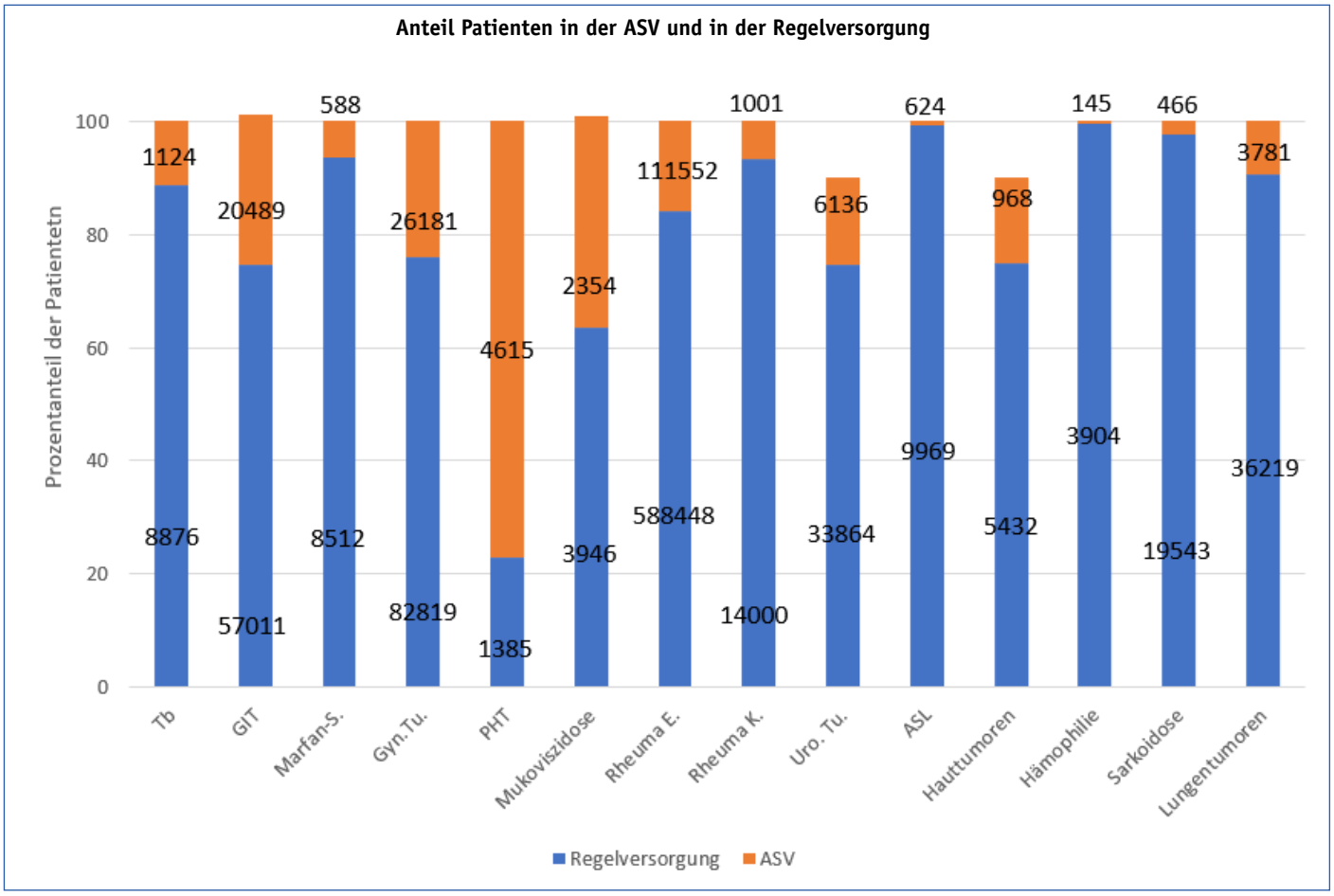


***Abb. 3: A**nteil Patienten in der ASV und in der Regelversorgung in Prozent sowie abgeschätzte absolute Patientenzahlen. Die Indikationsbereiche sind von der ersten 2014 (Tb) bis zur letzten 2019 (Lungentumoren) in Kraft getretenen Konkretisierung von links nach rechts gelistet. Legende: GIT = gastrointestinale Tumoren. PHT = pulmonale Hypertonie. ASL = ausgewählte seltene Lebererkrankungen. Datenquelle: G-BA 2023a; Dengler et al. 2022). Stand Q 1/2023.*

leneffekte zu einem ungünstigen Aufwand-/Ertragsverhältnis (Diel und Mertsch 2019, Dengler et al. 2022).

Die geringe Anzahl an ASV-Teams bei den seltenen Erkrankungen, die teilweise hinter den Bestimmungen im Rahmen der ABK zurückbleiben (Marfan-Syndrom, Mukoviszidose, Morbus Wilson), könnte darauf hinweisen, dass das Zugangsverfahren im Rahmen der ABK weniger aufwendig war und Behandlungsspektrum sowie Vergütung möglicherweise auskömmlicher. Da die ASV keinen Sicherstellungsaspekt beinhaltet, besteht die Gefahr einer Unterversorgung bei einem Teil der Patienten mit seltenen Erkrankungen.

Es ist ersichtlich, dass bezüglich des Anteils von ASV-Patienten an der potenziellen Gesamtpopulation kein klarer zeitlicher Zusammenhang zum Inkrafttreten der Konkretisierung zu erkennen ist (siehe Abb. 3). Über die Ursachen hierfür kann aktuell nur spekuliert werden; diese könnten in Verzögerungen bei der Bildung von ASV-Teams begründet sein, weil z. B. die benötigten Fachgruppen nicht zu finden sind (Dengler et al. 2022). Ferner könnten bei bereits gebildeten ASV-Teams Fehlanreize gegeben sein, die vorzugsweise eine stationäre Versorgung der Patienten begünstigen, wie z. B. beim Indikationsbereich Tuberkulose (Diel und Mertsch 2019). Hier könnten Versorgungsforschungsstudien mehr Klarheit schaffen.

Auch das gesetzlich vorgesehene Vergütungssystem für die ASV-Leistungen (§ 116b Absatz 6 Satz 3 SGB V) wurde bislang nicht entwickelt. Dies beeinträchtigt die Etablierung der ASV als echte flächendeckende Versorgungslösung.

Die ASV wird zudem durch die vielen angrenzenden, teilweise konkurrierenden, ambulanten und akutstationären Versorgungsbereiche in ihrer Entfaltung begrenzt, infrage kommende Patienten finden dadurch nicht immer in die für sie richtige Versorgungsform (Froschauer und Straub 2023). Dies liegt vor allem daran, dass die ASV in ein bestehendes System integriert wurde, ohne dabei die angrenzenden Versorgungsstrukturen und Sektoren zu berücksichtigen, „mitzudenken" und weiterzuentwickeln. So besteht u. a. keine Harmonisierung mit dem Belegarztwesen nach § 121 SGB V und bei der vor Kurzem in Kraft getretenen Novellierung des § 117 SGB V (Hochschulambulanzen) wurde festgelegt, dass der Leistungsbereich gemäß Abs. 1 S. 1 Nr. 2 in einem gleichen Rang zu anderen Formen der Leistungserbringung (insbesondere zu § 116b SGB V) steht.

Einige Empfehlungen aus GOAL-ASV wurden inzwischen berücksichtigt, u. a. wurde die multimodale Therapie als Voraussetzung zum Patienteneinschluss bei den onkologischen Indikationen gestrichen. Auch wurde die geforderte Anpassung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen vorgenommen, um Klinikärzten den Nachweis der erforderlichen Dokumente zu erleichtern (G-BA 2023a).

In der Aktualisierung der Appendizes vom März 2023 wurden darüber hinaus neue Abrechnungsziffern, z. B. für Gesprächsleistungen bei Mukoviszidosepatienten, berücksichtigt. Um eine möglichst zeitnahe Anpassung der Abrechnung nach gültigem EBM auch in der ASV sicherzustellen, berät der G-BA derzeit über eine Umstrukturierung des Verfahrens der jährlichen Appendixaktualisierung (G-BA 2023b).

Bezüglich der aktuellen Reformen zur Intensivierung der Ambulantisierung wird die Frage, ob die Ausweitung des AOP-Katalogs im

Rahmen des § 115b SGB V tatsächlich zu einer relevanten zusätzlichen Ambulantisierung führt, vor allem davon abhängen, welche Leistungen im zum 1.1.2024 vorgesehenen zweiten Schritt der Erweiterung des AOP-Katalogs definiert werden und wie die Vergütung im Rahmen des § 115f SGB V (Hybrid-DRG) aussehen wird. Die Ausweitung des AOP-Katalogs alleine wird „.... keine relevante Auswirkung auf die grundsätzlichen Umsetzungsschwierigkeiten haben" (BMG 2022b). Eine vermehrte Ambulantisierung dieser Leistungen ist erst zu erwarten, wenn die entsprechenden DRG-Leistungen aus der stationären Versorgung herausgelöst bzw. bereinigt und in den

Literatur

Albrecht, M./ Mansky, T./ Sandhorst M./ Schiffhorst, G. (2012): IGES-Gutachten nach §115b Abs. 1 SGB V (2022) https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2022/erweiterter-aop-katalog/index_ger.html. (abgerufen am 28. 7. 2023)

ASV-Servicestelle: ASV-Verzeichnis. https://www.asv-servicestelle.de. (zugegriffen am 1.7.2023)

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2022a): KV45 Statistik. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KV45_1_4_Quartal_2022_o_F.pdf. (zugegriffen am 28.7.2023)

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2022b): Zweite Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2022). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_REGKOM_Bericht_II_2022.pdf. (zugegriffen am 28.7.2023)

Dengler, R./Cassens, M. (2018): Neustrukturierung der fachärztlichen Behandlung am Beispiel der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV): ein kritischer Blick auf Inhalte, Ziele und Umsetzung. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ) 2018; 133 (4): 51-55

Dengler, R./ Straub, N./ Bredow, L./ Becker, J./ Hornschuch, M./ Riedel, O./ Haug, U./ Waldeyer, K./ Hermes-Moll, K./ Osburg, S./ Martin, J./ Walawgo, T./ Heidt, V./ Froschauer, S. (2022): Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV): Status quo, Herausforderungen, Perspektiven. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ). 147: 70-81

Deutscher Bundestag. Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) vom 20.12.2019, Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 51, S. 2789 - 2816

Deutscher Bundestag. Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (VStG) vom 22.12.2011, Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 70, S. 2983-3022

Diel, R./ Mertsch, P. (2019): Intersectoral Cost of Treating Pulmonary Non-Tuberculosis Mycobacterial Disease (NTM-PD) in Germany—A Change of Perspective in Disease Management. International Journal of Environmental Research and Public Health 2019; 16, 3795

Froschauer, S./ Straub, C. (2023): Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung. In: Hartweg H.R. et al. (Hrsg.) (2023) Krankenkassen- und Pflegekassenmanagement, Springer Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-31244-2_55-1 / (abgerufen am 30.7.2023)

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). 2013: Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Richtlinie des G-BA über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach §116b SGB V). In: Bundesanzeiger (BAnz) AT vom 19.07.2013 B1.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). 2019. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Jährliche Anpassung der Appendizes an den aktuellen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und weitere Änderungen. Berlin 22. März 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). 2022a. GOAL-ASV – Evaluation der ASV-Richtlinie. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/305/2022-12-16_GOAL-ASV_Ergebnisbericht.pdf. (abgerufen am 19.7.2023)

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA). 2022b: Stellungnahme vom 08.11.2022 zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages zum Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPflEG). BT-Drs. 20/3876

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). 2023a: Zahlenbericht des G-BA zum Prüfauftrag gemäß §116b Absatz 4 Satz 12 SGB V. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5963/2023-04-12_ASV-RL_Bericht_Kopf-oder_Halstumoren.pdf. (abgerufen am 30.7.2023)

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). 2023 b: Jährliche Anpassung der Appendices an den EBM und weiterer Änderungen (https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5948/2023-03-16_ASV-RL_Anpassung-Appendizes-an-EBM.pdf). (abgerufen am 30.7.2023)

Fürstenberg, T./ Gierling, P./ Laschat, M. (IGES-Institut): Überprüfung der Auswirkungen der Regelungen über Mindestmengen gemäß § 6 Abs. 5 Satz 2 der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (ABK-RL). Abschlussbericht. Berlin. Juli 2012. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1586/2012-10-18_ABK-RL_Abschlussbericht-IGES.pdf. (abgerufen am 30.7.2023)

Institut des Bewertungsausschusses (InBA): Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 420. Sitzung, zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 560. Sitzung zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß §116 b Abs, 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit §87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamtvertragspartner mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 2/2021. Berlin. https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2021-05-03_ba560.pdf (abgerufen am 30.7.2023)

Jacobs, K. (2019): Aus Erfahrung lernen: Versorgungsgestaltung braucht ein stimmiges Konzept. G+G Wissenschaft; 19 (1): 23-26

Nagel, E./Neukirch, B./ Schmid A./ Schulte, G. (2017): Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Gutachten für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung. Berlin, 31. Mai 2017

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Germany: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. https://www.oecd.org/health/country-health-profiles-eu.htm (abgerufen am 30.7.2023)

Pigeot, I./ Ahrens, W. (2008): Establishment of a pharmacoepidemiological database in Germany: Methodological potential, scientific value and practical limitations. Pharmacoepidemiology and Drug Safety. 17: 215-223.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. https://dserver.bundestag.de/btd/17/103/1710323.pdf. (abgerufen am 15.7.2023)

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 2018/2019. Achtes Kapitel: Über Wettbewerb mehr Effizienz im Gesundheitswesen. Wiesbaden: Sachverständigenrat, 385-438. https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/gutachten/jg201819/JG2018-19_gesamt.pdf (abgerufen am 27.7.2023)

Schreyögg J. für Hamburg Center for Health Economics, BKK Dachverband e.V., Deutsches Krankenhausinstitut, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der TU Berlin, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2022): ESV – einheitliche sektorengleiche Vergütung. https://www.hche.uni-hamburg.de/dokumente/20220920-esv-finale-fassung-v1-1.pdf. 20.9.2022. (abgerufen am 1. 8.2023)

Sehy, H./ Riese, C. (2023): Die „Tagesbehandlung im Krankenhaus". An der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Behandlung. Das Krankenhaus 1-23, 34 – 37

Statistisches Bundesamt. Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag. https://www-genesis.destatis.de/genesis//online?operation=table&code=12411-0010&bypass=true&levelindex=1&levelid=1626423075504#abreadcrumb (abgerufen am 26. 7.2023)

Stock, S. (2015): Integrated ambulatory specialist care – Germany's new health care sector. New England Journal of Medicine 2015; 372 (19): 1781-1785

Wolf, S. (2020): Vom Nutzen sektorübergreifender Versorgung. In: Intersektorale Versorgung (Hahn, U./ Kurscheid, C. (Hrsg.) (2020) Springer Gabler Wiesbaden, 3-10. https://doi.org/10.1007/978-3-658-29015-3

Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut: Datenbankabfrage mit Schätzung der Inzidenz, Prävalenz und des Überlebens von Krebs in Deutschland auf Basis der epidemiologischen Landeskrebsregisterdaten. https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Datenbankabfrage/datenbankabfrage_stufe1_node.html. (abgerufen am 15.11.2021)

§ 115 f SGB V überführt werden. Entscheidend ist auch, welche Krankenhäuser die verbleibenden stationären Behandlungen auf welchem Qualitätsniveau durchführen. Es ist zu hoffen, dass die in Vorbereitung befindlichen Qualitätsanforderungen hier zu einer Bereinigung führen.

Bei der tagesstationären Behandlung in Krankenhäusern gemäß dem neuen § 115e SGB V bleibt abzuwarten, inwiefern die Kliniken diese freiwillige Option nutzen. Die Voraussetzungen für eine Tagesbehandlung sind so unbestimmt, dass mit einer Vielzahl von Rechtsstreitigkeiten über deren Vorliegen im Einzelfall zu rechnen ist (G-BA 2022). Das maßgebliche Kriterium „mindestens sechsstündige ärztliche oder pflegerische Behandlung" dürfte in Praxis und Rechtsprechung zu Unsicherheiten und Verwerfungen führen, nicht nur, was die Abgrenzung zur vollstationären Versorgung angeht, sondern auch zu anderen Behandlungsformen wie der teilstationären Versorgung, der stationsersetzenden Eingriffe gemäß § 115b SGB V und allen ambulanten Formen, für die der EBM Abrechnungsmöglichkeiten von mehr als sechs Stunden vorsieht. Außerdem bestehen haftungsrechtliche Risiken (G-BA 2022b, Sehy & Riese 2023). Zu Recht weist die Begründung im § 115e darauf hin, dass bei Patienten, bei denen die erforderliche häusliche Versorgung über Nacht nicht sichergestellt ist, keine tagesstationäre Behandlung erfolgen kann. Daraus folgt auch die Notwendigkeit, dass das Krankenhaus sich ein Bild über die häusliche Versorgungslage verschaffen muss, was in der Praxis nur durch die Angaben der Patienten erfolgen kann. Dies macht ein umfassendes Aufklärungsgespräch erforderlich (Sehy & Riese 2023).

Darüber hinaus dürfte die Entscheidung des Krankenhauses, die Patienten nicht über Nacht zu versorgen, regelmäßig mit hohem logistischen Aufwand verbunden sein, der das potenziell aufgrund der fehlenden Übernachtung freisetzbare Personal wieder binden würde. Die Patienten müssen täglich entlassen und am Folgetag wieder aufgenommen werden. Zusätzlich muss Personal vorgehalten werden, um Patienten mit Problemen nach der Entlassung nachts wieder aufnehmen zu können.

Fazit

Zusammenfassend zeigt sich insgesamt leider einmal mehr, dass der eigentlich erforderliche und von den meisten Experten bzw. Sachverständigen seit Jahren geforderte klare Schnitt mit einer fundamentalen Umorientierung und Harmonisierung der bestehenden Strukturen auch aktuell aussteht. Jedenfalls sind die jetzt eingeführten Konstrukte nicht mit den vielen bereits bisher bestehenden ambulanten Modellen, darunter auch der ASV, abgestimmt. Dies führt zu noch heterogeneren und unübersichtlicheren Versorgungsstrukturen, die sogar untereinander konkurrieren. Damit steigt auch die Gefahr, dass der Wettbewerb um Patienten monetär und nicht nach der Behandlungsqualität ausgerichtet wird. Der „Dschungel" von ambulanten Behandlungsoptionen wird um weitere kleinteilige Angebote noch komplexer und undurchsichtiger, vor allem aus Sicht der Patienten.

Die Möglichkeiten der Erweiterung für Krankenhäuser, Patienten ambulant zu versorgen, wie sie die §§ 115b, e und f SGB V beinhalten, treffen außerdem häufig auf bestehende Krankenhausprozesse, die nicht auf eine ambulante und in dieser Hinsicht ressourcensparende Leistungserbringung in großem Stil ausgelegt sind. Daher braucht es in vielen Fällen eine Anpassung der Prozesse und der Infrastruktur im Krankenhaus, was Zeit in Anspruch nimmt.

In einer konsequenten Entwicklung hin zu einer sektorenübergreifenden und interdisziplinären Versorgung im Sinne eines Patientenpfads ohne Brüche sollten also Leistungsbereiche wie die ASV nicht isoliert betrachtet, sondern in ein übergeordnetes Gesamtkonzept eingebettet werden. Im Zuge der aktuell angestoßenen Reformen an der Schnittstelle des ambulanten und akutstationären Versorgungsbereiches könnte der ASV-Ansatz sinnvoll als sektorenübergreifendes Modell gestärkt und weiterentwickelt werden.

Limitationen

In der GOAL ASV-Studie war die Abschätzung der potenziell für die ASV qualifizierenden Versicherten aufgrund eingeschränkt verfügbarer Daten zur Versorgungsrealität, insbesondere aus Versorgungsbereichen außerhalb der Regelversorgung wie z. B. vor- und nachstationäre Versorgung (§ 115a SGB V), Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V), besondere Versorgung (§ 140a SGB V) etc., mit Unwägbarkeiten behaftet. Bei den beantworteten Umfragen unter den Leistungserbringer fand sich ein Ungleichgewicht zwischen den an der ASV teilnehmenden und den nichtteilnehmenden Ärzten, welches durch die unterschiedlichen Rücklaufquoten bedingt ist. <<

The outpatient specialist medical care in the context of current health policy reforms

Background: In the German health care system, uncoordinated, sometimes competing care structures lead to breaks in care, false incentives and wrong supply with avoidably higher costs. The degree of outpatient treatment also lags behind comparable countries. Outpatient specialist medical care (ASV) should overcome these drawbacks. Reforms are currently being implemented again, which, among other things, are intended to promote outpatient treatment.

Methodology: Within the framework of the research study GOAL-ASV with funding by the innovation fund the status quo and obstacles to implementation in ASV were analyzed and suggestions for further development provided by a multi-perspective mixed- methods study. The current legislative initiatives were analyzed based on the published content of the government commission and the paragraphs already included in SGB V.

Results: The ASV has now established itself as a new outpatient, cross-sectoral form of care. In the last analyzable period, the first quarter of 2023, 182.918 patients were quarterly treated by 39,000 doctors in 20 indications in over 800 teams. However, the development is hampered by bureaucratic hurdles and over-regulation. The current health policy legislative initiatives to improve outpatient care appear to be uncoordinated with the ASV.

Conclusion: The data suggest that there is currently no harmonization in the care landscape either, the models do not contribute to a continuous cross-sectoral patient path.

Keywords

Health care structures, outpatient care, patient journey

Zitationshinweis

Dengler, R., Froschauer, S., Kron, F.: „Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) im Kontext der aktuellen gesundheitspolitischen Reformen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (05/23), S. 63–70. http://doi.org/10.24945/MVF.05.23.1866-0533.2548

Förderung

Das Versorgungsforschungsprojekt GOAL-ASV wurde durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (Förderkennzeichen: 01VSF19002) gefördert. Der Förderer nahm keinerlei Einfluss auf die Datenerfassung, -auswertung, -analyse oder das Verfassen von Manuskripten.

Autorenerklärung

Robert Dengler und Sonja Froschauer sind Vorstände des Bundesverbands ambulante spezialfachärztliche Versorgung in Grünwald bei München. Florian Kron ist Managing Director und CEO der Vitis Healthcare Group Köln. Der Artikel entstand ohne finanzielle Förderung.



Dr. med. Robert Dengler ORCID: 0000-0002-8801-9499
ist Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie. Er war Professor für Gesundheitsmanagement an der FOM Hochschule für Oekonomie & Management am Institut für Gesundheit & Soziales (ifgs). Bis 2022 leitete er das Versorgungsforschungsprojekt GOAL-ASV im Rahmen des Innovationsfonds. Er ist Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes ambulante spezialfachärztliche Versorgung (BV-ASV). Kontakt: Robert.Dengler@bv.asv.de



Dipl.-Phys. Sonja Froschauer ORCID: 0000-0003-3534-4850
studierte Physik mit dem Nebenfach vorklinische Medizin. Sie war lange in der KV Bayerns tätig, zuletzt als Leiterin der Stabsstelle fachärztliche Strategie und Versorgung sowie Bereichsleiterin Versorgung. Sie ist Partnerin der Libertamed GmbH sowie geschäftsführender Vorstand des BV-ASV. Sie ist zudem Geschäftsführerin der BDRh Service GmbH und des Bundesverbands Deutscher Rheumatologen (BDRh) e.V. sowie geschäftsführender Vorstand der Deutschen Cysinose Stiftung. Kontakt: Sonja.Froschauer@bv-asv.de



Prof. Dr. rer. medic. Florian Kron ORCID: 0000-0003-4907-7490
ist Gründer und CEO der Vitis Healthcare Group und Mitarbeiter im Bereich Innovative Versorgung am Centrum für integrierte Onkologie, Strategisches Controlling der Klinik I für Innere Medizin, Universitätsklinikum Köln. Zudem ist er Professoxr für Gesundheitsmanagement an der FOM Hochschule für Oekonomie & Management, Köln. Aktuell ist er Konsortialpartner des Versorgungsforschungsprojekts DigiNet im Rahmen des Innovationsfonds. Kontakt: F.Kron@vitis-healthcare.com

Lukas Maag MSc
Dr. med. Ariane Höer
Stefan Hargesheimer MBA&E
Kathrin Pieloth

Einsparungen durch AMNOG-Rabatte

Zusammenfassung

Der deutsche Gesetzgeber hat mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) im Jahr 2011 das Prinzip der nutzenbasierten Preisbildung gesetzlich verankert. Ziel des Gesetzes war es, den Preis für neue Arzneimittel mit Patentschutz bzw. neuem Unterlagenschutz im Anschluss an eine Zusatznutzenbewertung zu verhandeln. Der hieraus resultierende Preisabschlag auf den Einführungspreis ist die Grundlage für die Berechnung der AMNOG-Einsparungen nach § 130b SGB V.

Ziel der Studie war es, die Einsparungen durch die AMNOG-Rabatte für die Jahre 2018 bis 2022 zu berechnen und somit der Frage nachzugehen, welches Volumen durch die Preisverhandlung im Rahmen des AMNOG bislang generiert wurde.

Das im Gesetzesentwurf genannte Einsparziel von jährlich 2.000 Millionen Euro wurde demnach bereits im Jahr 2018 erreicht. Seither sind die Rabattvolumina nochmals deutlich angestiegen und lagen im Jahr 2022 bei etwa 6.570 Millionen Euro.

Die Analyse zeigt somit deutlich, dass das AMNOG als Preisregulierungsinstrument seine vom Gesetzgeber gewünschte Funktion erfüllt und einen erheblichen Beitrag zur Finanzierbarkeit der Arzneimittelversorgung leistet.

Schlüsselwörter

AMNOG, Rabatte, Einsparungen, Arzneimittel, Gesundheitsökonomie

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.05.23.1866-0533.2549

Der deutsche Gesetzgeber hat mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) im Jahr 2011 das Prinzip der nutzenbasierten Preisbildung gesetzlich verankert. So orientiert sich die Preisverhandlung seitdem neben den Jahrestherapiekosten vergleichbarer Arzneimittel und Abgabepreisen in anderen EU-Ländern maßgeblich am Zusatznutzen eines Arzneimittels. Ziel des Gesetzes war es, den Preis für neue Arzneimittel mit Patentschutz bzw. neuem Unterlagenschutz im Anschluss an eine Zusatznutzenbewertung zu verhandeln. Die Nutzenbewertung erfolgt gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie (zVT). Dieser ermittelte Zusatznutzen bildet mit den zuvor benannten Kriterien die Grundlage für die Erstattungspreisverhandlung, welche auf Basis des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zwischen dem pharmazeutischen Unternehmer und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) geführt wird. Der hieraus resultierende Preisabschlag auf den Einführungspreis ist die Grundlage für die Berechnung der AMNOG-Einsparungen nach § 130b SGB V. Diese berechnen sich durch die Umsatzdifferenz des betrachteten realen Umsatzes (Preis entspr. Erstattungsbetragsverhandlung x Menge) und eines „fiktiven" Umsatzes (Preis ohne Erstattungsbetragsverhandlung x Menge), welcher ohne die AMNOG-Preisverhandlungen erstattet worden wäre. Die amtliche Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) weist keine Rabattwerte aus, die sich aus den Preisverhandlungen ergeben. Es kursieren daher aktuell unterschiedliche Zahlen zu den bisher erzielten Einsparungen. So gibt es Berechnungen, die von einem Volumen von 3.900 Millionen Euro im Jahr 2020 (Maag 2020) ausgehen. Andere Quellen sprechen von 3.700 Millionen Euro an Einsparungen im Jahr 2020 bzw. 4.900 Millionen Euro an Einsparungen im Jahr 2021 (Ludwig et al. 2022). In einem jüngst veröffentlichten Report wird eine Summe von ca. 14.000 Millionen Euro an Einsparungen genannt, die in mehr als zehn Jahren gewährt wurden (Techniker Krankenkasse 2023). Mit Sicherheit kann jedoch festgestellt werden, dass das im Gesetzesentwurf zum AMNOG genannte Einsparziel von jährlich 2.000 Millionen Euro (Bundestag 2010) bereits übertroffen wurde.

Ziel der im Folgenden dargestellten Studie war es, die Einsparungen durch die AMNOG-Rabatte für die Jahre 2018 bis 2022 zu berechnen und somit der Frage nachzugehen, welches Volumen durch die Preisverhandlung im Rahmen des AMNOG bislang generiert wurde. Bezogen auf die Rabatthöhen werden diese Wirtschaftlichkeitsziele bereits erreicht (Hammerschmidt 2017).

>> Der Prozess der frühen Nutzenbewertung war auch in der jüngsten Vergangenheit wieder gesetzlichen Anpassungen unterlegen, welche insbesondere durch das Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinStG) (Bundestag 2022) in Kraft traten. Im GKV-FinStG wurden eine Reihe von Maßnahmen beschlossen, welche einen direkten Einfluss auf die Höhe der AMNOG-Einsparungen haben, wie beispielsweise die Gültigkeit des Erstattungsbetrags ab dem 7. Monat nach Markteinführung oder der um 5 Prozentpunkte erhöhte Herstellerabschlag im Jahr 2023. Des Weiteren kam es zu strukturellen Änderungen der Preisbildung von neuen Arzneimitteln, die keinen oder nur einen geringen Zusatznutzen haben, und zur Absenkung der Orphan-Umsatzschwelle auf nunmehr 30 Millionen Euro.

Methodik

Datengrundlage für die Berechnung der Einsparungen aus der frühen Nutzenbewertung bilden die GKV-Abrechnungsdaten der Nationalen Verordnungsinformation (NVI) von INSIGHT Health sowie Informationen aus dem IGES ARA® (IGES ARA 2023), der AMNOG-Datenbank des IGES Institutes, welche mit der ABDATA (ABDATA Pharmadatenservice 2023) auf Ebene der Pharmazentralnummer (PZN) verknüpft wurden.

Die Berechnung der erzielten AMNOG-Einsparungen erfolgte dabei auf Wirkstoffebene. Somit wurde sichergestellt, dass alle Folgeverfahren eines Wirkstoffes in der Analyse berücksichtigt werden konnten. Da die in den Preisverhandlungen erzielten Abschläge unterjährig greifen, war eine monatsgenaue Betrachtung der Umsätze erforderlich. Der betrachtete Umsatz bezog sich dabei auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers (ApU) und wurde über eine Verknüpfung der PZNs mit dem jeweiligen ATC-Kode, entsprechend des ATC-Index des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (Fricke et al. 2023), für jeden Wirkstoff individuell ermittelt.

Seit dem 1. April 2014 werden die verhandelten Rabatte (§ 130b SGB V) im Anschluss an die frühe Nutzenbewertung (§ 35a SGB V) auf den ApU angewendet und sind damit in den Umsätzen nach Apothekenverkaufspreis (AVP) enthalten.

Der Gesamteffekt der AMNOG-Einsparungen wurde durch drei Komponenten berechnet, welche in der Folge genauer beschrieben werden:

1. Abschlag auf den Einführungspreis (Hersteller)

In einem ersten Schritt wurden die erzielten Einsparungen durch die Erstattungsbetragsverhandlung im Rahmen der Nutzenbewertung für alle AMNOG-Wirkstoffe bestimmt. Der berechnete Rabattfaktor ergibt sich durch die Preisveränderung zwischen dem Zeitpunkt des Inverkehrbringens des Wirkstoffes und dem Preis, der nach erfolgter Erstattungsbetragsverhandlung beobachtet werden konnte. Um die Abschläge auf den Einführungspreis monatsgenau zu identifizieren, wurde die gemäß IGES ARA® (IGES ARA 2023) erfasste Preisänderung nach Abschluss der Preisverhandlung herangezogen. Für Folgeverfahren wurde die identische Methodik angewendet. Somit konnte für jeden Wirkstoff eine Zeitreihe der Rabattfaktoren gebildet werden.

Der verhandelte Erstattungsbetrag gilt seit 15. November 2022 rückwirkend ab dem siebten Kalendermonat nach Markteintritt und nicht mehr nach 12 Monaten (Bundestag 2022). Als Referenzdatum für die Preisberechnung der Wirkstoffe wurde der Beginn des AMNOG-Verfahrens gemäß Information beim Gemeinsamen Bundesausschuss berücksichtigt.

In der vorliegenden Studie (Beobachtungszeitraum 2011 bis 2022) wurde ein durchschnittlicher Preisabschlag nach Erstbewertung für den Gesamtmarkt von 21,6% berechnet. Hierzu wurde der reale Umsatz mit dem fiktiven Umsatz verglichen, welcher ohne die Abschläge aus der Erstattungsbetragsverhandlungen zustande gekommen wäre. Die hieraus resultierende Differenz spiegelt die Einsparungen aufgrund der AMNOG-Preisverhandlungen bezogen auf den ApU wider. Dieses Einsparvolumen bildet die Kalkulationsbasis für die Handelsstufen und die gesetzlichen Rabatte.

Für den Zeitraum von 2011 bis 2015 wurde ein Wert von 26,2% berechnet (Hammerschmidt 2017). Für die Jahre 2011 bis 2020 wurde ein Wert von 22,1% ermittelt (Greiner et al. 2022). Die Ergebnisse können demnach als robust bezeichnet werden und liegen über der Einsparquote von 16,0%, die in der Begründung zum Gesetzentwurf des AMNOG angeführt wurden (Bundestag 2010).

2. Handelsstufen (Großhandel, Apotheker und MwSt.)

Mit der Reduktion des ApU aufgrund der Preisverhandlung verringert sich automatisch auch die Vergütung für Großhandel und Apotheken sowie die zu leistende Mehrwertsteuer auf den Apothekenverkaufspreis, was wiederum Auswirkungen auf den Gesamteffekt der AMNOG-Einsparungen hat.

Die herangezogenen Beträge beziehen sich dabei nur auf die Umsatzdifferenz, welche durch die berechneten Rabatte „entgangen" ist. Diese können nur näherungsweise bestimmt werden, da lediglich die prozentualen Zuschläge berücksichtigt werden konnten. Somit wurden der Notdienstzuschlag und der Förderzuschlag für pharmazeutische Dienstleistungen nicht berücksichtigt. Gleiches gilt für die Fixwerte des Großhandels- sowie des Apothekenzuschlags. Die ermittelten Werte für die Handelsstufen sind somit leicht unterschätzt.
Für den Großhandelszuschlag beträgt der prozentuale Anteil 3,15%, gemessen am ApU. Werden der ApU und der Großhandelszuschlag verrechnet, ergibt sich der Apothekeneinkaufspreis, der die Basis für den Apothekenzuschlag von 3,0% ist. Im nächsten Schritt ergibt sich der Netto-Apothekenverkaufspreis (Netto-AVP), welcher die Grundlage für die Bestimmung der Mehrwertsteuer von 19% ist, wobei im zweiten Halbjahr 2020 aufgrund der Corona-Pandemie ein reduzierter Mehrwertsteuersatz von 16% galt (BMF 2020).

3. Ersetzen gesetzliche Rabatte (davon ehemaliger Herstellerrabatt)

Des Weiteren verringert sich der zu leistende Herstellerrabatt nach § 130a Abs. 1a, da es sich hier ebenfalls um einen prozentualen Anteil des ApUs handelt. Für die in der Studie dargestellten Herstellerabschläge galt noch der seit 2014 gültige Herstellerabschlag von 7%, welcher sich im Jahr 2023 auf 12% erhöht hat (Bundestag 2022). Somit ist ein erheblicher Anstieg dieses Postens für das Jahr 2023 absehbar.

Der Gesamteffekt der AMNOG-Einsparungen ergibt sich aus dem Zusammenspiel der beschriebenen Posten, wobei die ersetzten gesetzlichen Herstellerrabatte von den Handelsstufen und dem Abschlag auf den Einführungspreis subtrahiert wurden.

Grundgesamtheit

In der Studie wurden nur Wirkstoffe berücksichtigt, deren Beschlussdatum vor dem 01.01.2023 lag. Es gab zudem mehrere Kriterien, die zu einem Ausschluss aus der Grundgesamtheit geführt haben. Diese waren: Marktrücknahme oder Opt-out, Freistellung des Wirkstoffs von der Nutzenbewertung bzw. Einstellung des Verfahrens, Wirkstoffe ohne PZN, keine bzw. abgebrochene Preisverhandlung oder Preisverhandlung war zum 31.12.2022 noch nicht abgeschlossen. Im Rahmen der Auswertung wurde zudem berücksichtigt, dass es mehrere Produkte mit dem gleichen Wirkstoff geben kann.

Durch die genannten Kriterien verringerte sich die Grundgesamtheit von 403 Wirkstoffen (IGES ARA 2023) im Zeitraum von 2011 bis 2022 auf 365 Wirkstoffe, welche in die Analyse eingeschlossen wurden. Abbildung 1 zeigt die Anzahl der Wirkstoffe mit erstmalig abgeschlossener Preisverhandlung und die Generikaeinführungen für die Jahre 2018 bis 2022.

Wirkstoffe mit erstmalig abgeschlossener Preisverhandlung und Generikaeinführungen im AMNOG

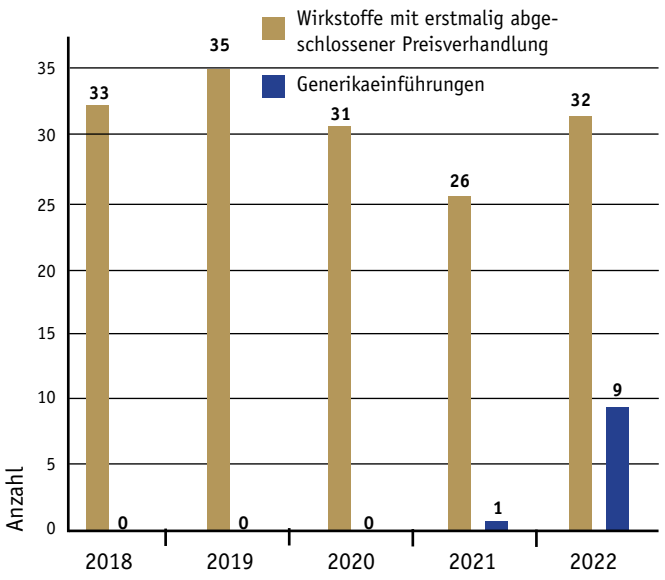


Abb. 1: Wirkstoffe mit erstmalig abgeschlossener Preisverhandlung und Generikaeinführungen im AMNOG (2018–2022). Quelle: IGES nach eigenen Berechnungen.

Wirkstoffe mit abgelaufenem Patentschutz wurden ab dem Monat der Einführung des ersten Generikums aus der Grundgesamtheit entfernt. Im April 2021 wurde erstmals ein Generikum für einen entsprechend AMNOG bewerteten Wirkstoff, nämlich Cabazitaxel („Jevtana"), auf den Markt gebracht. Im Jahr 2022 waren sieben weitere Wirkstoffe sowie zwei Wirkstoffkombinationen mit Metformin, in der Summe also neun weitere Wirkstoffe bzw. Kombinationen von Generikaeinführungen betroffen (Fingolimod, Fampridin, Pirfenidon, Abirateronacetat, Sitagliptin, Sitagliptin/Metformin, Vildagliptin, Vildagliptin/Metformin und Dimethylfumarat).

AMNOG-Einsparungen (§ 130b SGB V) zwischen 2018 und 2022					
Abschläge aus früher Nutzenbewertung (Mio. Euro)	2018	2019	2020	2021	2022
Abschlag auf Einführungspreis	1.919	2.800	3.582	4.627	5.501
Handelsstufen (Großhandel, Apotheker, MwSt.)	507	740	947	1.223	1.454
Ersetzte gesetzliche Herstellerrabatte	- 134	- 196	- 251	- 324	- 385
Gesamteffekt	**2.292**	**3.344**	**4.278**	**5.526**	**6.570**
Veränderung zum Vorjahr (Mio. Euro)	+ 750	+ 1.051	+ 934	+ 1.247	+ 1.044

Tab. 1: AMNOG-Einsparungen (§ 130b SGB V) zwischen 2018 und 2022. Quelle: IGES nach eigenen Berechnungen.

Ergebnisse

Nachfolgend werden die Einsparungen für die Jahre 2018 bis 2022 im Detail erläutert. Die Abschläge auf den Einführungspreis bilden den größten Posten der berechneten Einsparungen (s. Tabelle 1) und lagen im Jahr 2022 bei 5.501 Millionen Euro, was einem Zuwachs von 18,9% zum Vorjahr entspricht. Somit war die Wachstumsdynamik rückläufig, nachdem im Jahr 2021 das Einsparvolumen noch um 29,2% und im Jahr 2020 um 27,9% angestiegen war.

Der Rückgang der Dynamik ist dabei insbesondere durch die Einführung von Generika für ehemalige AMNOG-Wirkstoffe zu erklären. So wurden im Jahr 2022 insgesamt 190 Mio. Euro an berechneten Einsparungen nicht mehr berücksichtigt, da Wirkstoffe ihren Patentschutz verloren haben und Generika auf den Markt gekommen sind. Der Rabattzuwachs wurde hierdurch um ca. vier Prozentpunkte verlangsamt, wobei die Wirkstoffkombination Vildagliptin/Metformin den größten Anteil daran hatte.

Da sich die Handelsstufen und die Herstellerrabatte auf die Abschläge des Einführungspreises beziehen, sind die Steigerungsraten identisch. Im Jahr 2022 lag das berechnete Volumen der Handelsstufen bei 1.454 Millionen Euro. Die ersetzten gesetzlichen Herstellerrabatte gingen mit 385 Millionen Euro in die Berechnung ein. Mit Blick auf das Jahr 2023 ist hier mit einem erheblich höheren Wert zu rechnen, welcher durch den um fünf Prozentpunkte erhöhten Hersteller-abschlag beeinflusst sein wird.

In der Summe ergibt sich für das Jahr 2022 ein Gesamteffekt von 6.570 Millionen Euro, was einem absoluten Zuwachs von 1.044 Millionen Euro gegenüber dem Vorjahr entspricht. Im Jahr 2021 erreichten die AMNOG-Einsparungen ein Volumen von 5.526 Millionen Euro.

Die zunehmende Anzahl von Wirkstoffen mit Einsparungen entspr. § 130 b SGB V führt in Zusammenhang mit dem Preisabschlag und der Verordnungsmenge zu einem steigenden Einsparvolumen, da der Zufluss (Zulassung innovativer Wirkstoff pro Jahr) den Abfluss (Verlust der Schutzrechte von Wirkstoffen) der AMNOG-Wirkstoffe übersteigt.

Literatur

ABDATA Pharmadatenservice (2023): ABDA-Artikelstamm.

Berkemeier, Fabian / Whaley, Christopher / Robinson, C. James. "Increasing Divergence in Drug Prices Between the United States and Germany After Implementation of Comparative Effectiveness Analysis and Collective Price Negotiations" Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy. Vol. 25, No. 12, 1310-1317 (2019).

Bundesministerium der Finanzen (BMF) (2020): Befristete Absenkung des allgemeinen und ermäßigten Umsatzsteuersatzes zum 1. Juli 2020. https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Downloads/BMF_Schreiben/Steuerarten/Umsatzsteuer/2020-06-30-befristete-Senkung-umsatzsteuer-juli-2020-final.pdf?__blob=publicationFile&v=7 (zugegriffen am: 29.06.2023).

Bundestag (2010): Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG). Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP https://dserver.bundestag.de/btd/17/024/1702413.pdf (zugegriffen am: 13.06.2023).

Bundestag (2022): Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz).

Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V. (BAH) (2023): Der Arzneimittelmarkt in Deutschland – Zahlen und Fakten aus 2022. https://www.bah-bonn.de/redakteur_filesystem/public/Weitere_oeffentliche_Dateien/20230522_BAH_Zahlenbroschuere_2022_WEB.pdf (zugegriffen am: 28.06.2023).

Fricke, Uwe / Günther, Judith / Niepraschk-von Dollen Katja / Zawinell, Anette. „Methodik der ATC-Klassifikation und DD-Festlegung für den deutschen Arzneimittelmarkt" Wissenschaftliches Institut der AOK (2023).

Greiner, Wolfgang / Gensorowsky, Daniel / Witte, Julian / Batram, Manuel. „AMNOG-Report 2022" https://www.dak.de/dak/download/report-2524570.pdf (zugegriffen am: 13.06.2023).

Hammerschmidt, Thomas. „Analyse der AMNOG-Erstattungsbeträge im europäischen Preisumfeld" Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 22.01 (2017): 43-53.

IGES ARA (2023): IGES AMNOG Resolution Analyzer: https://iges-ara.com (zugegriffen am: 13.06.2023).

Ludwig, Wolf-Dieter / Mühlbauer Bernd / Seifert Roland. „Arzneiverordnungs-Report 2022" Springer (2022).

Maag, Gisela. „Arzneimittelmarkt 2020 in Deutschland: Innovationen und Auswirkungen der Pandemie im Fokus." IQVIA (2021) https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/germany/news/iqvia-arzneimittelmarkt-deutschland-2020-pm-2021-02.pdf?la=de-de&hash=C04933F63B24EAD63FB9067AF424DA0C (zugegriffen am: 13.06.2023).

Maag, Lukas / Höer, Ariane / Berkemeier, Fabian / Müller, Gerrit „Therapiekosten von Orphan Drugs vor und nach Einführung des AMNOG" Monitor Versorgungsforschung. 61-66, 05/2022.

Techniker Krankenkasse. „Arzneimittel-Fokus: Pillen, Preise und Patente" (2023) https://www.tk.de/resource/blob/2149674/efc48cfe2278d949d7943865e0782bed/tk-report-2023-arzneimittel-fokus-pillen--preise-und-patente-data.pdf (zugegriffen am: 15.06.2023).

Fazit

Das AMNOG, welches vor nunmehr über 12 Jahren in Kraft getreten ist, hat sein im Gesetzesentwurf genanntes Einsparziel von jährlich 2.000 Millionen Euro (Bundestag 2010) im Jahr 2018 erreicht. Seither sind die Rabattvolumina nochmals deutlich angestiegen und lagen im Jahr 2022 bei etwa 6.570 Millionen Euro. In der Literatur wurde das Rabattvolumen somit bisher deutlich unterschätzt (Maag 2020 und Ludwig et al. 2022). Zum Vergleich sei hier erwähnt, dass die Entlastung der GKV durch die Herstellerabschläge, Rabattverträge, Apothekenzuschläge und gesetzlichen Zuzahlungen im Jahr 2022 bei schätzungsweise 10.865 Millionen Euro (BAH 2023) lag, was einem Anteil von 19,6% an den Bruttoausgaben für Arzneimittel von 55.417 Millionen Euro entspricht.

Für das Jahr 2023 wird der Gesamteffekt der AMNOG-Einsparungen bei schätzungsweise 8.300 Millionen Euro liegen, wobei der Posten der ersetzten gesetzlichen Herstellerrabatte merklich ansteigen wird. Die Berechnung erfolgt im Rahmen einer Hochrechnung und ist somit mit Unsicherheiten behaftet.

Trotz ihres Volumens werden die AMNOG-Einsparungen in der Diskussion um die Entlastungen der GKV häufig nicht ausreichend betrachtet. Da sich diese aus der Differenz zwischen dem Einführungspreis und dem Erstattungsbetrag berechnen, ist die Höhe des Preises zum Launch, die Höhe des Rabatts und die Verordnungsmenge entscheidend für das Volumen der AMNOG-Einsparungen.

Unterschiedliche Studien belegen, dass es seit der Einführung des AMNOG nicht zu einer systematischen Erhöhung der Einführungspreise gekommen ist. Dies zeigt sich sowohl beim Vergleich gegen die durchschnittlichen rabattierten Preise in den USA (Berkemeier et al. 2019) als auch bei der Betrachtung der rechnerischen Populationsausgaben in Deutschland für Orphan Drugs (Maag et al. 2022). Es handelt sich bei den AMNOG-Einsparungen demnach um reale Einsparungen, welche einen erheblichen Beitrag zur Finanzierbarkeit der Arzneimittel in Deutschland leisten und in den nächsten Jahren noch weiter ansteigen werden.

Der Anstieg ist dabei durch den positiven Nettozuwachs der AMNOG-Wirkstoffe bedingt, was sich auch im Jahr 2022 zeigt, welches im Vergleich zu den Vorjahren eine leicht abgeschwächte Wachstumsdynamik bei den AMNOG-Einsparungen aufweist. Ursächlich hierfür sind neun Generikaeinführungen, welche den Rabattzuwachs um vier Prozentpunkte verlangsamt haben.

Die Analyse zeigt somit deutlich, dass das AMNOG als Preisregulierungsinstrument seine vom Gesetzgeber gewünschte Funktion erfüllt und einen erheblichen Beitrag zur Finanzierbarkeit der Arzneimittelversorgung leistet. <<

Savings through AMNOG rebates

With the Act on the Reform of the Market for Medicinal Products (AMNOG) in 2011, the German legislator enshrined the principle of benefit-based pricing in law. The aim of the law was to negotiate the price for new medicinal products with patent protection or new document protection following an additional benefit assessment. The resulting price discount on the introductory price is the basis for calculating the AMNOG savings according to § 130b SGB V.

The aim of the study was to calculate the savings from the AMNOG discounts for the years 2018 to 2022 and thus to pursue the question of what volume has been generated so far by the price negotiation within the framework of the AMNOG.

Accordingly, the savings target of 2,000 million euros annually mentioned in the draft law was already achieved in 2018. Since then, the rebate volumes have again increased significantly and amounted to about 6,570 million euros in 2022.

The analysis thus clearly shows that the AMNOG as a price regulation instrument fulfils its function desired by the legislator and makes a considerable contribution to the financial viability of pharmaceutical care.

Keywords

AMNOG, Rebates, Savings, medicinal products, health economics

Autorenerklärung

Die Studie wurde durch den Verband Forschender Arzneimittelunternehmen e.V. (vfa) finanziert. Interessenkonflikt: Kathrin Pieloth ist angestellt bei INSIGHT Health. Lukas Maag, Dr. Ariane Höer und Stefan Hargesheimer sind bei der IGES Institut GmbH beschäftigt, die für dieses Forschungsprojekt finanzielle Unterstützung vom Verband Forschender Arzneimittelunternehmen e.V. erhalten hat.

Zitationshinweis

Maag et al.: „Einsparungen durch AMNOG-Rabatte“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (05/23), S. 71–75. http://doi.org/10.24945/MVF.05.23.1866-0533.2549

Lukas Maag MSc ORCID: 0000-0002-6758-9679



studierte Public Economics (MSc) an der FU Berlin sowie Staatswissenschaften (BA) mit Schwerpunkt Volkswirtschaftslehre und Politikwissenschaften an der Universität Erfurt. Er ist am IGES Institut tätig und arbeitet als Projektleiter im Bereich Arzneimittelmarkt. Seine Arbeitsschwerpunkte sind theoretische und empirische Analyse gesundheitspolitischer Fragestellungen sowie die wissenschaftliche Auswertung und Bewertung von Marktdaten. Kontakt: Lukas.Maag@iges.de

Dr. med. Ariane Höer ORCID: 0000-0003-3426-2984



ist Ärztin für Pharmakologie und Toxikologie und leitet seit 2011 den Bereich Arzneimittelmarkt am IGES Institut, wo sie seit 2001 tätig ist. Schwerpunkte ihrer wissenschaftlichen Arbeit sind Analysen zur Entwicklung des Arzneimittelmarktes inklusive Prognosen, pharmakoepidemiologische Studien, Studien zur Versorgungsforschung sowie Themen rund um die Nutzenbewertung neuer Arzneimittel, wozu auch die Erstellung von Nutzendossiers gehört. Kontakt: Ariane.Hoer@iges.de

Stefan Hargesheimer MBA&E ORCID: 0000-0002-4044-4066



studierte Life Science Management in Berlin und ist als Teamleiter im Bereich Value & Access Strategy des IGES Institutes tätig. Sein Schwerpunkt liegt auf Fragen zu Erstattungspreisinstrumenten der verschiedenen Sektoren des deutschen Gesundheitssystems bezüglich innovativer Arzneimittel. Des Weiteren verantwortet er Datenanalysen und Modellierungen zur Abbildung von Versorgungsstrukturen von Patienten in der GKV. Kontakt: Stefan.Hargesheimer@iges.de

Kathrin Pieloth ORCID: 0009-0002-5665-2852



studierte Ernährungswissenschaften mit Schwerpunkt Biochemie an der Universität Hohenheim. Sie ist für die INSIGHT Health tätig und verantwortet als Team Lead im Bereich Market Access die Entwicklung datenbasierte Lösungen sowie die Analyse von Arzneimittelmarktdaten mit dem Fokus auf Pricing und Reimbursement.
Kontakt: KPieloth@insight-health.de



Werte schaffen
durch Innovation

Transforming lives for generations

Als führendes forschungsorientiertes biopharmazeutisches Unternehmen, arbeitet Boehringer Ingelheim an bahnbrechenden Therapien in Bereichen mit hohem, ungedecktem medizinischem Bedarf. Seit seiner Gründung im Jahr 1885 ist Boehringer Ingelheim in Familienbesitz und verfolgt eine langfristige Perspektive. Mehr als 53.000 Mitarbeitende bedienen über 130 Märkte in zwei Geschäftsbereichen: Humanpharma und Tiergesundheit.

Foto: © 2021, Peter Ginter

Erfahren Sie mehr unter www.boehringer-ingelheim.com

Boehringer
Ingelheim