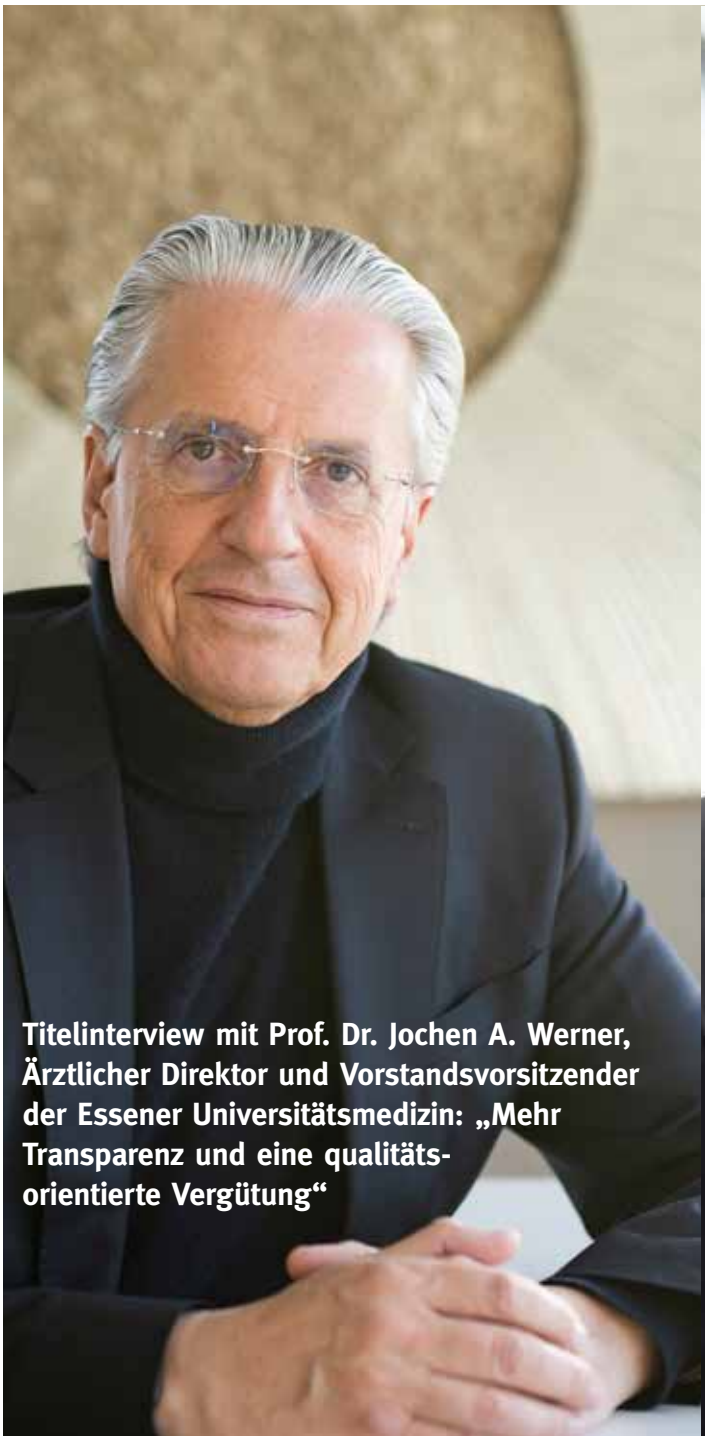
www.monitor-versorgungsforschung.de www.m-vf.de 05/24 17. Jahrgang

# monitor VERSORGUNGSFORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Titelinterview mit Prof. Dr. Jochen A. Werner, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender der Essener Universitätsmedizin: „Mehr Transparenz und eine qualitätsorientierte Vergütung“



Titelinterview mit Andrea Schmidt-Rumposch, Pflegedirektorin und Vorstand des Essener Universitätsklinikums: „Wir brauchen die Erkenntnisse der Pflege-Versorgungsforschung“

„Grundrechte und Verhältnismäßigkeit: Kritik und Desiderate“ (Lindner)

„Immun durch die Pandemie“ (Radbruch)

„Können oder wollen sie nicht? – eine Replik“ (Brinkmeier)

ISSN 1866-0533

monitor VERSORGUNGS FORSCHUNG

05/24 17. Jahrgang

## Editorial

**„Smart Hospitals und -Health System"** 4
Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

## Redaktion

**„Transparenz und qualitätsorientierte Vergütung"** 6
Titelinterview mit Prof. Dr. Jochen A. Werner, Universitätsmedizin Essen

**„Erkenntnisse der Pflege-Versorgungsforschung"** 12
Titelinterview mit Andrea Schmidt-Rumposch, Universitätsmedizin Essen

**Lösungsansätze zur Verbesserung der HPV-Impfrate** 18
ePaper des Arzneimittelreports 2024 zum Thema „HPV-Impfung"

**Inzidenz und Mortalität der Influenza in der EU** 22
Der aktuelle Grippereport 2023/24: „Projekt: Grippeschutz"

**Mit PROM und PREM zu Patient Centered Care** 24
13. MVF-Fachkongress am 9. Dezember 2024 im Raum Alliance der AOK Nordost

**Von HZV, Apotheken und Collective Responsibility** 30
7. MVF-Impfkongress „Impfstatus 2024"

**„Abbau von Überversorgung steht im Fokus"** 36
Serie (Teil 42): „Forschungsbereich Quantitative Versorgungsforschung"

**„Grundlagenarbeit für die Behandlung der Demenz"** 40
Serie (Teil 43): Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung"

**„Keine Apotheke, kein Pharma, sondern ein Enabler"** 44
Im Fokus: der Markt der Specialty-Pharma

## KOMMENTARE / WISSEN (Peer-Review)

**Grundrechte/Verhältnismäßigkeit: Kritik & Desiderate** 46
Kommentarreihe „Corona und Politik" (19): von Prof. Dr. Josef Franz Lindner

**Immun durch die Pandemie** 47
Kommentarreihe „Corona und Politik" (20): Prof. Dr. rer. nat. Andreas Radbruch

**Können oder wollen sie nicht? – eine Replik** 48
Kommentar von Dr. Michael Brinkmeier

**Zuckersteuer: Plausibilität/Wertigkeit der Studien** 52
Zur Diskussion gestellt von Prof. Dr. Dr. Peter Paul Nawroth und Varun Kumar PhD

## STANDARDS

Impressum 2 News 16, 35, 46, 50, 56, 57, 58 Rezension 57

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

## WISSENSCHAFT (Peer-Review)

**Prof. Dr. phil. Katharina Rathmann / Emese László MSc PH / Mag. Denis Spatzier** 63

### Gesundheitskompetenz von Führungskräften der Gesundheitsversorgung

Das Konzept der organisationalen Gesundheitskompetenz (OGK) wird im beruflichen Kontext mittlerweile als protektiver Faktor zur Förderung der Arbeitsfähigkeit und Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit von Gesundheitsfachpersonen diskutiert. Ziel des Beitrags ist es, die Ergebnisse einer bundesweiten Online-Befragung von Leitungspersonen im Gesundheitswesen (Krankenhaus, Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe) zum Zusammenhang zwischen der persönlichen Gesundheitskompetenz (GK) und dem Ausmaß der OGK mit jeweiligen Outcomes der Arbeitsfähigkeit und Gesundheit darzustellen.

**Monika Häring / Kate Plehhova MChem MSc / Prof. Dr. rer. med. Karel Kostevg** 71

### Protonenpumpenhemmer (PPI) in Deutschland: Status Quo eines wachsenden Marktes

Das Verschreibungsvolumen von Protonenpumpeninhibitoren (PPI) ist nach wie vor hoch, obwohl in der Literatur zunehmend darauf hingewiesen wird, dass in Relation zu den Leitlinienempfehlungen eine übermäßige Verschreibung erfolgt. Über die Situation in Deutschland liegen keine sehr aktuellen Daten vor. Ziel dieser Studie war es, die tatsächliche Menge an verschriebenen und rezeptfreien PPIs in Deutschland zu ermitteln. Basierend auf mehreren großen IQVIA-Datenbanken zeigen wir, dass zwischen November 2020 und Oktober 2021 insgesamt 2,87 Milliarden PPI-Tabletten verkauft wurden, wobei die meisten Wirkstoffe in den größten Packungen und Stärken verordnet wurden.

**Dr. phil. Daniela Rojatz / Lydia Fenz MSc / Sandra Ecker MSc** 75

### Social Prescribing in der Primärversorgung: Eckpunkte eines Idealmodells für Österreich

Der vorliegende Artikel ist eine gekürzte Fassung der Publikation „Social Prescribing Entwurf eines Idealmodells für Österreich" (Rojatz et al. 2023a) und soll Leser:innen über die wichtigsten Inhalte informieren.

**Priv.-Doz. Dr. med. Tobias Jäger / Dr. oec. publ. Matthias Arnold MBA / Prof. Dr. oec. publ. Dominik Rottenkolber** 80

### Sildenafil: Entlassung aus der Verschreibungspflicht in Deutschland und dem Vereinigten Königreich

Dieser Artikel untersucht die Entlassung von Arzneimitteln aus der Verschreibungspflicht und die Umstellung auf rezeptfreie Medikamente (OTC). In den letzten Jahren haben zahlreiche Länder wie das Vereinigte Königreich und Polen den OTC-Status für Sildenafil 50 mg zugelassen. Diese Entscheidung basiert primär auf der Analyse des Sicherheitsprofils, Missbrauchspotenzials, aber auch auf Public-Health-Überlegungen. In Deutschland hingegen ist Sildenafil aktuell verschreibungspflichtig, was auf unterschiedliche regulatorische Bewertungsmaßstäbe hinweist.

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.

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung der AG GESUNDHEIT 65 PLUS auf den Seiten 49

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des Aktionsbündnis Patientensicherheit auf den Seiten 86–87

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des DNVF auf den Seiten 59-62

## Impressum

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

**Monitor Versorgungsforschung**
Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung
17. 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 |
| 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 | Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung | Prof. Dr. Jochen Schmitt |

## Institute/Stiftungen

| | | | |
|---|---|---|---|
| Aktionsbündnis Patientensicherheit | Dr. Ruth Hecker | iGES | Prof. Dr. Bertram Häussler |
| bbw fib Forschungsinstitut | Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn | inav | Prof. Dr. Volker Amelung |
| BDI | Rabea Knorr | INSIGHT HEALTH | Christian Luley |
| BertelsmannStiftung | Uwe Schwenk | Bosch Health Campus | Dr. Ingrid Wünning Tschol |
| DBfK | Dr. Bernadette Klapper | Sepsis Stiftung | Prof. Dr. Konrad Reinhart |
| Deutsche Schlaganfall-Hilfe | Dr. Michael Brinkmeier | Zi Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland | Dr. Dominik von Stillfried |
| fbeta | Hans-Holger Bleß | | |

## Akteure

| | | | |
|---|---|---|---|
| AOK Baden-Württemberg Die Gesundheitskasse. | Johannes Bauernfeind | IGB | Lutz O. Freiberg |
| AOK Nordost Die Gesundheitskasse. | Harald Möhlmann | janssen Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson | Christian Hilmer |
| AstraZeneca | Dr. Helen Beckmann | KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayerns | 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 | Sarah Schmitter |
| Deutsche Rheuma-Liga | Dr. Rolf Ulrich Schlenker | Roche | Dr. Jan Daniels-Trautner |
| Deutscher Pflegerat e.V. | Christine Vogler | sanofi | Dr. Daniela Römer |
| DiHeSys Digital Health Systems | Prof. Dr. Christian Franken | ukb universitätsklinikum bonn | Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Wolfgang Holzgreve |
| DocMorris Apotheke | Sebastian Mindt | Vivantes | Dr. Mina Baumgarten |
| Gesundheits-Foren | Roland Nagel | | Dr. Christopher Hermann |



**Prof. Dr.**
**Reinhold Roski**
Wirtschaftskommunikation
und
Gesundheits-
kommunikation
Herausgeber von
„Monitor Versorgungs-
forschung“
**ORCID**
0000-0003-0506-2916

# Smart Hospitals und Smart Health

**Titelinterviews mit Prof. Dr. Jochen A. Werner, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender der Essener Universitätsmedizin, und Andrea Schmidt-Rumposch, Pflegedirektorin und Vorstand des Essener Universitätsklinikums.** > S. 6 ff.

„Digitalisierung ist vor allen Dingen und zuvörderst eine Frage der Kultur und des Mindsets.“ Damit werden „die berechtigten Ansprüche und Wünsche, die die Menschen im Krankenhaus haben“, „in eine digitale Struktur übertragen“ und dadurch besser erfüllt. Über sein Smart Hospital sprechen wir mit **Prof. Jochen A. Werner,** dem Ärztlichen Direktor und Vorstandsvorsitzenden der Essener Universitätsmedizin. Insgesamt geht es im deutschen Gesundheitssystem als Smart Health System „darum, flächendeckend eine hochwertige Versorgung der Menschen sicherzustellen“.

Das alles ist ohne die Pflege natürlich nicht denkbar. Darum parallel das Titelinterview mit Pflegedirektorin **Andrea Schmidt-Rumposch**, die das dazugehörige „Konzept zur Weiterentwicklung der medizinisch/pflegerischen Versorgung und zur Stärkung der Profession Pflege“ aufgestellt und umgesetzt hat, das stark auf Pflege-Versorgungsforschung setzt. > S. 12 ff

**13. MVF-Fachkongress am 9. Dezember 2024 in Berlin** > S. 26 ff.

Unser 13. MVF-Fachkongress am 9. Dezember befasst sich mit Patient-Reported Outcome Measures (PROM) und Patient-Reported Experience Measures (PREM), um damit patientenzentriert zu steuern und die Behandlungsqualität zu verbessern. So soll das Gesundheitssystem patientenzentrierter werden. Sie sind herzlich eingeladen dabei zu sein.

**MVF-Serie „Versorgungsforschung made in …“ (Teile 42 und 43)** > S. 36 ff.

Diesmal besuchen wir **Prof. Dr. PH Verena Vogt** und ihre Mitarbeiter im Forschungsbereich Quantitative Versorgungsforschung am Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Jena. Und wir sind bei **Prof. Dr. med. Elmar Gräßel,** seinen Kolleginnen **Prof. Dr. rer. biol. hum. Katharina Luttenberger** und **Prof. Dr. rer. nat. Carolin Donath** sowie ihren Mitarbeiter:innen im Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Erlangen. > S. 40 ff.

**Rubrik Wissen**

**Prof. Dr. Peter Paul Nawroth** und **Varun Kumar PhD** prüfen in der Diskussion um eine Zuckersteuer die Plausibilität und Wertigkeit der zugrundeliegenden Studien. > S. 52 ff.

**Kommentar-Reihe: „Corona und Politik: Zur Rolle der Wissenschaft“**

Zwei weitere Folgen unserer Corona-Kommentare: **Prof. Dr. Josef Franz Lindner** („Grundrechte und Verhältnismäßigkeit: Kritik und Desiderate“) **und Prof. Dr. Andreas Radbruch** („Immun durch die Pandemie“). > S. 46 > S. 47

**Wissenschaftliche Beiträge**

**Rathmann, László** und **Spatzier** präsentieren die Ergebnisse einer bundesweiten Onlinebefragung von Führungskräften in Krankenhäusern und Einrichtungen der Pflege sowie Eingliederungshilfe zu Gesundheitskompetenz, Arbeitsfähigkeit und Burnout-Risiko. > S. 63 ff. > S. 71 ff.

**Häring, Plehhova** und **Kostev** ermitteln die Menge an verschriebenen und rezeptfrei eingesetzten Protonenpumpenhemmern (PPIs) in Deutschland. > S. 75 ff.

**Rojatz, Fenz** und **Ecker** entwickeln Eckpunkte eines Idealmodells für Social Prescribing in der Primärversorgung in Österreich.

**Jäger, Arnold** und **Rottenkolber** untersuchen die unterschiedlichen Bewertungsmaßstäbe für eine verschreibungspflichtige bzw. rezeptfreie (OTC) Abgabe von Sildenafil in Großbritannien und Deutschland. > S. 80 ff.

Wie immer interessante Lektüre mit vielen Informationen, die Sie für Ihre Arbeit nutzen können, und in jedem Fall weiter einen schönen Herbst.

Reinhold Roski

Ihr Professor Dr. Reinhold Roski

**13. Fachkongress von „Monitor Versorgungsforschung“ am 9. Dezember 2024 in Berlin**

Sichern Sie sich am besten gleich einen der, durch die Saalgröße begrenzten Teilnehmerplätze

**https://t1p.de/7wla4**




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



# „Mehr Transparenz und e qualitätsorientierte Vergü

*„Wer beizeiten nicht in Entwicklung investiert, ist nachher hintendran. Es kostet einfach Geld, wenn man Prozesse bei Lehre, Forschung und Krankenversorgung voranbringen will." Im Titelinterview mit „Monitor Versorgungsforschung" spricht Prof. Dr. Jochen A. Werner, Vorstandsvorsitzender der Essener Universitätsmedizin, über den langen Transformationsweg, den er seit annähernd einem Jahrzehnt verantwortet. Der Weg, den sein Team und er mit drei lesenswerten Büchern – „Green Hospital", „Smart Hospital" und „Human Hospital" – begleitet haben, ist national wie international anerkannt. Unter anderem wird die Essener Universitätsmedizin von „News Week" innerhalb der Top 20 der weltbesten Smart Hospitals gerankt.*

Im Interview: Prof. Dr. Jochen A. Werner, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender der Essener Universitätsmedizin.

>> Herr Professor Werner, Sie haben 2015 – demnach inzwischen vor fast einer Dekade – die Transformation der Universitätsmedizin Essen zum Smart Hospital eingeleitet. Wenn Sie die vergangenen neun Jahre Revue passieren lassen, was waren die Highlights und welche Erfolge konnten Sie bereits erzielen?

Als ich 2015 von Gießen und Marburg nach Essen kam, war ein Bestandteil der Verhandlungen mit dem Aufsichtsrat, den Standort weiterzuentwickeln und dabei nicht nur, aber sehr intensiv das Thema Digitalisierung in den Fokus zu nehmen. Digitalisierung ist vor allen Dingen und zuvörderst eine Frage der Kultur und des Mindsets. Das erste Highlight war es darum, dass die mit der Digitalisierung verbundenen Chancen überhaupt wahrgenommen und diskutiert wurden. Unser Glück war es, dass es hier schon zu dieser Zeit eine Reihe von sehr engagierten Menschen gab, die diesen Weg mitgehen wollten. Als wir dann mit Dr. Anke Diehl eine Digital-Change-Managerin und Chief-Transformation-Officerin eingestellt haben, die in „Monitor Versorgungsforschung" ja auch schon interviewt (Anm. d. Red.: MVF 03/22) wurde, hat das Ganze so richtig an Fahrt aufgenommen. Wichtig ist mir jedoch die Feststellung, dass bei uns in Essen Digitalisierung nicht um der Digitalisierung willen stattfindet, sondern dass die berechtigten Ansprüche und Wünsche, die die Menschen im Krankenhaus haben – damit meine ich sowohl die bei uns betreuten Patientinnen und Patienten samt ihrer Angehörigen, als auch unsere vielen Tausenden an Mitarbeitenden –, nicht nur in eine digitale Struktur übertragen, sondern damit auch verbessert werden.

*„Wir haben zu vielen unserer wichtigsten Herausforderungen unsere Hausaufgaben gemacht, haben aber – da muss man schon ehrlich sein – noch sehr viel Luft nach oben."*

**eine**
**tung"**

Können Sie das an einem Beispiel festmachen?

Die Universitätsmedizin Essen hatte beispielsweise vor neun Jahren keine richtige zentrale Notaufnahme. Durch diesen Umstand hatten wir die große Chance, unsere Notaufnahme ganz neu zu gestalten und von vorneherein digital aufzusetzen. Parallel dazu kam die Einführung der elektronischen Patientenakte, die natürlich auch umgesetzt werden musste – von der Aufnahme über die medizinischen bis in die pflegerischen Bereiche. Hier haben wir mit Frau Schmidt-Rumposch eine Pflegedirektorin gefunden, die der digitalen Technologie sehr offen gegenübersteht. Wenn dem nicht so gewesen wäre, hätten wir verschiedene Themen gar nicht weitermachen können.

Und dann kam die Corona-Pandemie …

… und wir waren froh, dass wir schon ein ganzes Stück weit den Weg der digitalen Transformation hinter uns gebracht hatten und uns damit einige wichtige digitale Instrumente zur Verfügung standen – beginnend bei der digital aufgestellten Notaufnahme, von der vorher von manchen noch gesagt wurde, so etwas brauchen wir in Essen auf keinen Fall. Trotz der Fokussierung auf die Pandemie konnten wir auch in dieser schwierigen und herausfordernden Zeit ein weiteres und ganz wesentliches Thema nicht außer Acht lassen: die Nachhaltigkeit. Nachhaltigkeit bedeutet nicht nur, Müll zu vermeiden und die Energiekosten im Krankenhaus zu senken, sondern auch Vorsorge zu treffen für Hitzeperioden und CO2-Minimierung.

Haben Sie für all das eine formulierte Strategie?

Wir hatten natürlich einen Leitfaden und unsere Grundüberzeugung. Aber keine ausformulierte, womöglich noch in Powerpoint abgelegte Strategie. Das haben wir absichtlich nicht getan, weil wir offen und flexibel für alle Entwicklungen in einem derartigen Prozess, in einer derartigen Transformation bleiben wollten. Natürlich haben wir analysiert, wo wir stehen. Um das zu tun, benötigten wir wiederum eine entsprechend genaue Datenerfassung – auch bei der Datenverfügbarkeit sind wir darum heute schon ganz gut unterwegs. Wir haben zu vielen unserer wichtigsten Herausforderungen unsere Hausaufgaben gemacht, haben aber – da muss man schon ehrlich sein – noch sehr viel Luft nach oben. Doch hat sich – insgesamt gesehen – sowohl das Thema Smart als auch Green Hospital in Essen schon gut weiterentwickelt. Zum einen, weil wir es geschafft haben, eine dafür notwendige digitale Infrastruktur aufzubauen, zum anderen aber vor allen Dingen, weil wir unglaublich viele engagierte Menschen hatten und noch dazugewinnen konnten, die die Transformation auch in Sachen Nachhaltigkeit voranbringen möchten. Alleine für das Aufgabenfeld Smart Hospital haben wir knapp über 30 Mitarbeitende in einer Lenkungsgruppe zusammengezogen. Und als wir Klimabeauftragte suchten, haben wir in einer Woche 130 unserer Kolleginnen und Kollegen aus den verschiedenen Abteilungen identifiziert und motivieren können, mit uns das Thema voranzutreiben. Das hängt nicht einfach nur damit zusammen, dass Menschen dabei sehr gerne mitmachen wollen; das hat auch etwas mit Mitarbeiterbindung zu tun, weil vielfach unterschätzt wird, dass jenseits eines auskömmlichen Lohns auch andere Faktoren wie Teilhabe und Mitgestaltung eine Rolle spielen.

Sie haben im ersten Pandemiejahr 2020 jedoch nicht nur die Initiative „grünes Krankenhaus" gestartet, sondern auch das Institut für KI in der Medizin, kurz IKIM, gegründet, in der Fakultät und Krankenversorgung zusammenarbeiten.

Richtig. Dabei geht es nicht nur um eine effizientere Auswertung und Diagnose radiologischer Befunde, sondern um die Vorhaltung, Bündelung und Analyse aller Daten, die in einem Krankenhaus anfallen. Erklärtes Ziel des IKIM – einer Gemeinschaftsinstitution der Universität Duisburg-Essen und des Universitätsklinikums – ist es, mit KI-gestützter Datenanalyse Wissenschaft und Versorgung gleichermaßen nach vorne zu bringen und vor allem konkreten Nutzen in der Krankenversorgung sowohl für Patient:innen als auch für Be-

schäftigte zu stiften. Inzwischen arbeiten dort etwa 180 Menschen, die zwar sicher nicht alle Probleme der Welt lösen werden, aber zumindest einige, die bei uns im Krankenhaus existieren.

Damit sind wir wieder bei der Digitalisierung angekommen, dem Ausgangspunkt unseres Gesprächs. Doch Digitalisierung, selbst im Kontext eines Smart Hospitals, schafft noch kein Vertrauen.

Genau darum haben wir ein weiteres Institut gegründet: das Institut für PatientenErleben. Unter Patientenerleben verstehen wir an der Universitätsmedizin Essen alle Erfahrungen, die unsere Patientinnen und Patienten rund um den Klinikaufenthalt machen. Hierzu zählt alles, was sie sehen, hören, berühren und denken. Diese Eindrücke, die bewusst oder unbewusst sein können, bilden das individuelle Patientenerleben, das einen überaus maßgeblichen Einfluss auf das Wohlbefinden und auch auf den Krankheitsverlauf hat. Das heißt unter anderem auch, dass unsere Patientinnen und Patienten eben keine Angst haben oder auch nur befürchten müssen, dass sie von Robotern, statt von Menschen oder in einer anderen Form dehumanisiert versorgt werden.

Möchten Sie das an einem Beispiel verdeutlichen?

Vor Kurzem war Ministerin Ina Scharrenbach vom Ministerium für Heimat, Kommunales, Bau und Digitalisierung des Landes Nordrhein-Westfalen bei uns zu Besuch. Wir haben gemeinsam das Westdeutsche Protonentherapiezentrum Essen (WPE) – übrigens das größte für Kinder und Jugendliche in Europa – besichtigt. Dabei handelt es sich um eine Highend-Strahlentherapie, die gerade für Kinder und Jugendliche sehr schonend ist, weil das Gewebe um den Tumor viel weniger bestrahlt und damit weniger belastet bzw. geschädigt wird als durch andere Techniken. Kinder und Jugendliche liegen während der Behandlung auf einem Bestrahlungstisch und sind dort mit einer Maske fixiert, weil unabdingbar ist, dass sie sich während der Bestrahlung nicht bewegen können.

So weit so gut, klingt indes sehr technoid.

Es ist in der Tat Hightech. Nur wurden die Masken von den bei uns betreuten Kindern unter Anleitung von Kunsttherapeuten selbst bemalt und gestaltet. Das ist für die Kinder viel mehr als eine Beschäftigungs- oder auch Kunsttherapie, weil sie wissen, dass sie damit sich selbst, vor allem aber auch anderen Kindern helfen können, Ängste zu überwinden. Aufgrund der hier gemachten Erfahrungen haben wir dann übrigens gleich ein Zentrum für Künstlerische Therapien in der Medizin gegründet.

Damit offenbart sich eine so ganz andere Seite einer maximalversorgenden Universitätsklinik.

Stimmt. Auf der einen Seite präzisionsmolekulargetriebene und obendrein datenbasierte Strahlentherapie, auf der anderen erstaunlich viel Zuneigung, Empathie und Menschlichkeit. Humanfaktoren, die vor überbordenden DRG-Thematiken, Krankenhausreformen, Tarifkonflikten und allenthalben Diskussionen um Ärzte- und Pflegemangel viel zu oft untergehen. Und Humanfaktoren, auch dies muss an dieser Stelle gesagt werden, die unendlich wichtig für den Heilungserfolg sind, aber häufig durch die regulären Strukturen nicht bezahlt werden. Bei alldem geht es doch um viel mehr. Bei alldem, was wir tun, haben wir nicht nur das Patientenwohl im Blick, sondern auch das unserer Mitarbeitenden. Wir sind existenziell darauf angewiesen, dass sich alle – ob Ärzt:innen, Pfleger:innen oder andere Professionen – an ihrem jeweiligen Arbeitsplatz wohlfühlen. Das ist in einem so großen Unternehmen, wie wir es mit rund 11.000 Mitarbeitenden sind, nicht so ganz einfach. Dabei hilft uns jedoch, dass wir uns teilweise von den früher stark hierarchisch geprägten Strukturen, die man gerade an Universitätskliniken immer noch oft vorfindet, gelöst haben, indem wir flachere Hierarchien hergestellt haben, um ein besseres Miteinander zu fördern. Dies nicht nur innerhalb der Ärzteschaft, sondern bei allen Berufsgruppen. All das, was ich hier sage, ist kein Thema, das nur für den Standort Essen zutrifft. Es ist ein Thema an allen Universitäts- und anderen großen Kliniken. Wichtig ist mir, dass wir die damit verbundenen Detailthemen adressieren und mit Leben und positiven Erfahrungen füllen. Wir sind und wir leben Green und Smart und nun auch Human Hospital. Bei der Dichotomie von Spitzenmedizin auf der einen und Menschlichkeit auf der anderen Seite muss man sich natürlich jeden Tag rechtfertigen, wenn irgendetwas passiert, was vielleicht nicht immer ganz so menschlich ist. Damit müssen wir leben und bereit sein, immer und jederzeit aus unseren Fehlern zu lernen.

Wie finanzieren Sie diese Transformation sowie die neu aufgebauten Institute?

Wie erwähnt ist das alles nicht gegenfinanziert, so auch nicht das Institut für PatientenErleben, das von Frau Schmidt-Rumposch, Pflegedirektorin und Vorständin der Universitätsmedizin Essen, als Institutsgeschäftsführerin geleitet wird. Dort arbeitet zwar erst eine Handvoll Kräfte, aber auch das ist ein Bekenntnis, wie wichtig es uns ist, unsere Patient:innen einzubinden, damit sie, wo immer es geht, mitentscheiden können. Das beginnt übrigens schon bei der Wahl der Farbe, wenn Abteilungen neu gestrichen werden. Bei uns werden sowohl unsere Patient:innen als auch unsere Mitarbeitenden gefragt, wie und wo sie sich wohlfühlen, was wir tun und verbessern können. Um beim Beispiel Wandfarbe zu bleiben: Die Wahl fällt dann eben meist nicht auf das krankenhausübliche Weiß oder Blassgrün. All das ist nach Green und Smart der Ansatz des Human Hospitals: Wertschätzung, Menschlichkeit, Vertrauen und Respekt.

*„Bei all dem, was wir tun, haben wir nicht nur das Patientenwohl im Blick, sondern auch das unserer Mitarbeitenden. Wir sind existenziell darauf angewiesen, dass sich alle – ob Ärzt:innen, Pfleger:innen oder andere Professionen – an ihrem jeweiligen Arbeitsplatz wohlfühlen."*

„Smart, Green, Human – alles ist untrennbar miteinander verbunden". Das schreiben Sie im aktuellen Buch „Human Hospital". Diese Triade gehe ineinander über, verstärke sich, schaffe Synergien und sei „Grundlage zur Lösung unserer tiefgreifenden strukturellen Herausforderungen im Gesundheitssystem". Wie unterscheiden sich die drei Bausteine?

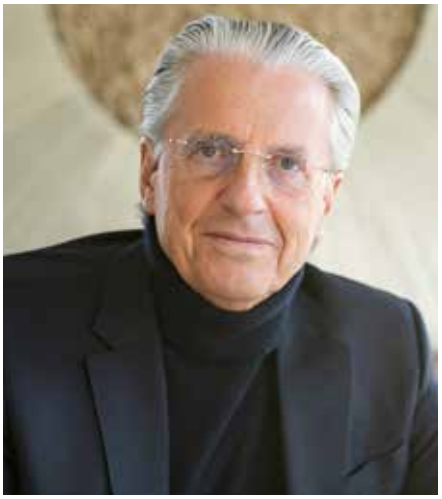
Ziel des Human Hospital ist, eine maximale Leistungsfähigkeit der Krankenversorgung sicherzustellen und Prozesse dahin gehend

zu optimieren, dass eine spürbare Entlastung der Beschäftigten erzielt wird. Zeitgleich sollen durch eine enge, digital gestützte Verknüpfung mit anderen Akteuren im Gesundheitssystem Reibungsverluste beseitigt werden, um so in Summe für eine Steigerung der Effizienz zu sorgen – immer mit Fokus auf den direkten Patientennutzen. Das Fundament für das Human Hospital sind somit das Smart Hospital mit dem Fokus auf Digitalisierung und das Green Hospital mit dem Ziel, klimaschonender zu werden. Denn nur in einer gesunden Umwelt können Menschen gesund werden und bleiben. Wer den Menschen konsequent in den Mittelpunkt seines Handelns stellt, muss folgerichtig aktiv Klima- und Ressourcenschutz betreiben. Darauf liegt der Fokus beim Green Hospital. Den Ansatz des Human Hospitals sehen wir als übergeordneten Lösungsansatz dafür, die zentralen Herausforderungen für Kliniken zu bewältigen: den demografischen Wandel, den Fachkräftemangel sowie die fehlende Finanzierung und die dringend erforderliche Effizienzsteigerung im Alltag.

Kommt hier die Brille der Ökonomie zum Tragen, die Sie als Klinikchef zwangsweise auch aufsetzen müssen?

Natürlich unterliegt der Vorstand und so auch ich dem Diktum der Ökonomie. Stets müssen wir uns fragen: Was rechnet sich, was rechnet sich nicht? Wir wissen, dass wir wirtschaftlich arbeiten müssen, wir wissen aber auch, dass wir jetzt noch die Chance haben, unser Klinikum zukunftsfest zu machen. Das heißt für meine Kolleg:innen und mich: eben nicht nur wirtschaftliche Interessen in den Mittelpunkt unseres Handelns zu stellen, sondern den Menschen. Wenn wir von einer Idee oder einem Projekt überzeugt sind, versuchen wir immer, Mittel und Wege zu finden, diese auch zu finanzieren. Dabei unterscheiden wir uns übrigens in keiner Weise von klassischen marktorientierten Unternehmen: Wer beizeiten nicht in Entwicklung investiert, ist nachher hintendran. Es kostet einfach Geld, wenn man Prozesse bei Lehre, Forschung und Krankenversorgung voranbringen will. Das sind jedoch keine Kosten, sondern wichtige Investitionen in die Zukunft der Krankenversorgung.

Sie haben über Digitalisierung, Nachhaltigkeit und Ökologie einen Changemanagementprozess angestoßen, der auch eine kulturelle Änderung in den Köpfen Ihrer Mitarbeitenden ausgelöst haben muss, weil Sie ansonsten mit Sicherheit keinen Erfolg gehabt hätten. Heißt es bei Ihnen: Wer nicht mitmachen will, wird ersetzt oder soll gehen? Wie gehen Sie hier mit Ihren Mitarbeitenden um?



## Prof. Dr. Jochen A. Werner

*ist Hals-Nasen-Ohren-Arzt. Sein wissenschaftliches Interesse liegt im Gebiet der Onkologie, speziell der lymphogenen Metastasierung. Er entwickelte innovative Operationsmethoden. Nach seinem Wechsel ins Krankenhausmanagement befasst sich Werner intensiviert mit den Herausforderungen von Digitalisierung und personalisierter Medizin. Während seiner klinisch praktischen und wissenschaftlichen Tätigkeit befasst er sich fast drei Jahrzehnte mit Fragen zur lymphogenen Metastasierung, zur Lasermedizin und zum biologischen Verlauf extrakranieller vaskulärer Malformationen. Seit 2015 ist er Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender der Essener Universitätsmedizin. Von 2011 bis 2015 war er Ärztlicher Geschäftsführer am Universitätsklinikum Gießen und Marburg (UKGM GmbH).*

Auch da muss man sich ehrlich machen: Transformation schafft man nicht von heute auf morgen. Und gerade zu Beginn ist das Ganze etwas schwerfällig und hat auch in der Anfangssituation nicht überall Begeisterungsstürme ausgelöst, weil es ja um Veränderung geht. Hier gilt: Da muss jeder für sich ganz persönlich seinen Weg finden. Dass wir heute so viele Mitarbeitende haben, die mit uns und mir den Weg gegangen sind, zeigt mir: Wir sind auf dem richtigen Weg. Dazu ein kleines Beispiel: Auf dem Dach des bereits erwähnten Protonentherapiezentrums – einer echten Hochenergieanlage – haben wir eine Photovoltaikanlage installiert, die sicher nur einen kleinen Teil dessen liefern kann, was wir hier an Energie benötigen. Aber: die Photovoltaik ist ein Zeichen, dass uns das Thema Nachhaltigkeit am Herzen liegt. Noch viel wesentlicher ist, dass wir das Dach zwischen und um die Photovoltaik herum mit einer Blumenwiese begrünt haben. Dort hat eine Mitarbeiterin aus dem Protonentherapiezentrum Kästen mit Bienenvölkern aufgestellt. Es war für mich einer der bewegendsten Momente, als ich mit ihr da oben stand und feuchte Augen bekam, weil sie voller Begeisterung und voller Herzblut über ihre Bienenvölker sprach. Und als ich das erste Glas Honig überreicht bekam, war es eben nicht nur ein simples Glas Honig, sondern ein recht schmackhaftes Zeichen eines Wechsels im Mindset und der Unternehmenskultur.

Das kann man sicher nicht hoch genug bewerten.

Und es geht noch weiter. Über das Thema Green Hospital und auch unsere Bienen konnten wir Professor Gustav Dobos für uns gewinnen, der 22 Jahre lang die Klinik für Naturheilkunde und Integrative Medizin an den Evangelischen Kliniken Essen-Mitte geleitet hat und seit 2021 Direktor des Zentrums Naturheilkunde und Planetare Gesundheit an der Universitätsklinik Essen ist. Sein Team und er haben für uns ein Green-Hospital-Food entwickelt.

Wo Sie doch am Tag immerhin 5,32 Euro für drei Mahlzeiten zur Verfügung haben.

Genau. Da kann man entweder die Hände über den Kopf zusammenschlagen oder überlegen, wie man das Geld besser investieren kann, wie etwa für eine gesündere, mediterrane und pflanzenfaserreiche Kost.

Wobei Ihnen sicher ähnlich wie Minister Habeck vorgehalten wurde, Sie wollten die Currywurst abschaffen.

Dabei haben wir die nicht einmal vom Speiseplan verbannt. Indes ergänzt um gesündere Alternativen, die eben nicht vegetarisch oder vegan betitelt werden. Damit hat jeder die Wahl zu essen, was ihm oder ihr zusagt. Zum Beispiel eine Menüabfolge, die für uns der bekannte Essener Koch Nelson Müller, ein überaus bekannter Koch und unter anderem Betreiber des Gourmetrestaurants Schote, entwickelt hat. Nelson Müller hat mit unseren eigenen Köchen das Thema Nachhaltigkeit in unserer Küche nach vorne gebracht, und ganz nebenbei sicher auch den Geschmack. Das war übrigens eine Idee aus der Mitarbeiterschaft, die hier umgesetzt wurde.

Nun gibt es 36 Universitätsklinika in Deutschland, verstehen Sie sich als Vorreiter und Entrepreneur?

Ich habe in meinem langen Berufsleben viel zu viele Sitzungen erlebt, bei denen ein einzelner Bedenkenträger ausgereicht hat, um ein wichtiges Projekt zu stoppen oder in eine Ewigkeitsschleife zu überführen, weil es immer etwas gibt, was man noch klären oder noch einmal überprüfen kann. Wichtig ist: Irgendwann muss man einfach machen, statt diskutieren. Es gibt ganz sensationelle Universitätskliniken in Deutschland, die sicher an der einen und anderen Stelle weiter sind als wir. Will heißen: Jeder muss seinen kontextspezifischen Weg gehen. Doch eben nicht nur darüber reden, sondern auch umsetzen, zum Besten der Patient:innen und der Mitarbeitenden.

Hand aufs Herz: Wollen Sie Smart oder Human Hospital Nummer 1 werden?

Auf gar keinen Fall. Wir stehen doch nicht in einem Wettrennen. Dennoch habe ich mich sehr darüber gefreut, als wir – ohne uns beworben zu haben – von News Week innerhalb der Top 20 der weltbesten Smart Hospitals gerankt wurden, europaweit auf Platz 5 und in Deutschland Platz 2 nach der Charité'. Das zeigt mir, dass unsere Bemühungen wahrgenommen werden und wir anscheinend doch einiges richtig gemacht und vorzuweisen haben.

Nun haben wir die große Bundeskrankenhausreform vor der Brust. Sehen Sie positive Impulse für das, was Sie da in den letzten neun Jahren geschaffen haben, oder wirft Sie die Reform etwas zurück?

Die Krankenhausreform ist lange überfällig. Sie wurde bekanntermaßen vom damaligen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn mit einem Gutachten der Bertelsmann-Stiftung angestoßen, aber leider durch die Corona-Pandemie ausgebremst. Professor Lauterbach hat die Idee auf Bundesebene und Minister Laumann in Nordrhein-Westfalen aufgegriffen. Letzterer hat verstanden, dass man zunächst mit den Leuten in den Einrichtungen sprechen, sie gleich mit ins Boot holen muss, wenn man etwas erreichen will. Darum sind wir in NRW schon einen großen Schritt weiter.

*„Am Ende geht es nicht um Vor- oder Nachteile für bestimmte Häuser, sondern darum, eine flächendeckend hochwertige Versorgung der Menschen sicherzustellen."*

Im aktuellen Buch „Human Hospital" schreiben Sie von einem „Impuls des Aufbruchs und des Optimismus". Wo sehen Sie diese Impulse genau?

Endlich befasst sich die Politik ganz konkret mit der Spezialisierung von Kliniken und einer Konsolidierung der Krankenhauslandschaft. Und auch wenn „gut gedacht" nicht unbedingt auch „gut gemacht" heißt und ich längst nicht mit allem einverstanden bin, was der Bundesgesundheitsminister sagt, und vor allem, wie er dabei vorgeht. Ganz im Gegenteil. Dennoch habe ich das Gefühl, dass immer mehr Entscheidungsträger erkannt haben, dass das kurzfristige und kurzsichtige Stopfen von Finanzlöchern keines unserer Probleme langfristig löst. Bei aller Kritik an der Krankenhausreform, dem Fehlstart bei vielen Projekten, wie zuletzt beim Klinik-Atlas, hat aus meiner Sicht doch endlich ein Umdenken stattgefunden. Ein „Weiter so!" kann, darf und wird es nicht mehr geben. Das ist ein ganz entscheidender Schritt. Dafür haben wir nicht zuletzt auch an der Universitätsmedizin Essen schon lange plädiert, sogar gekämpft.

Mit der Gesetzgebung soll die alleinige Finanzierung der Krankenhäuser über DRG eingeschränkt werden. Wo sehen Sie Vor- und Nachteile für ein Haus wie Ihres?

Am Ende geht es eben genau darum nicht, also um Vor- oder Nachteile für bestimmte Häuser, sondern es geht darum, flächendeckend eine hochwertige Versorgung der Menschen sicherzustellen, und darum, dass die richtige Patient:in mit ihrem Krankheitsbild im richtigen Bett landet. Von daher braucht es immer eine ganzheitliche Betrachtung, in der Universitätsklinken die eigentlichen Zentren der Spitzenversorgung sind. Wir behandeln allerdings noch viel zu oft Patient:innen, die an anderer Stelle – vielleicht sogar ambulant – genauso gut, möglicherweise sogar besser hätten behandelt werden können. Gleichzeitig gelangen Patient:innen mit komplexen Krankheiten nicht zu uns, die dringend unsere Expertise bräuchten. Um das zukünftig zu verhindern, braucht es eines ganz dringend: mehr Transparenz und eine Vergütung, die sich auch an der Qualität und dem Vorhalten bestimmter Leistungen orientiert. Da sind wir meiner Meinung nach mit den Vorhaltepauschalen und bei aller Kritik auch mit dem Klinik-Atlas auf dem richtigen Weg – mit Blick auf das Gesamtsystem.

Herr Prof. Werner, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

**Literatur/Links:**

https://www.uk-essen.de/institut/ikim/
https://www.patientenerleben.de
https://www.ume.de

## Zitationshinweis

Werner, J., Stegmaier, P.: „Mehr Transparenz und eine qualitätsorientierte Vergütung", in „Monitor Versorgungsforschung" (05/24), S. 6–10. http://doi.org/10.24945/MVF.05.24.1866-0533.2644

Anzeige




## Erfolgreiches Innovationsfondsprojekt

# Cardiolotse soll auch an andere Krankenhäuser kommen

**Der von der AOK Nordost und der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH 2017 als Innovationsfondsprojekt ins Leben gerufene „Cardiolotse“ ist bisher das einzige Lotsenmodell, das auf einer direkten Kooperation zwischen einer Krankenkasse und einem Krankenhaus basiert. Die wissenschaftliche Evaluation des Projekts durch die TU München hat ergeben, dass Patientinnen und Patienten, die von einem Cardiolotsen betreut werden, seltener wieder ins Krankenhaus kommen und kürzer dort verweilen. Die Studie zeigte auch deutliche gesundheitsökonomische Effekte. An den acht Berliner Vivantes-Standorten sind die Cardiolotsen deshalb schon fester Bestandteil der Versorgung. Jetzt sollen noch mehr AOK Nordost-Versicherte von der Eins zu Eins-Betreuung profitieren.**

Die AOK Nordost hat deshalb im Rahmen eines sogenannten Open House Verfahrens Verträge zur Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V mit Kliniken bzw. Klinikträgern ausgeschrieben. Allen interessierten Krankenhäusern in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern steht das Zulassungsverfahren zum Versorgungsprogramm zur Teilnahme offen. Bewerbungsschluss ist der 1. September 2026.

**Was macht der Cardiolotse?**
Die Cardiolotsen stehen Herzkranken sowie deren ärztlich und therapeutisch Behandelnden als zusätzliche Ansprechpartner zur Verfügung. Ihre zentrale Aufgabe ist es, die Patientinnen und Patienten persönlich und verständlich in allen Belangen und zu allen Fragen rund um ihre Erkrankung aufzuklären und zu beraten. Darüber hinaus sind die Cardiolotsen seit Jahren ein koordinierendes Bindeglied für Patientinnen und Patienten mit einer Herzerkrankung, wenn sie von der stationären in die ambulante Versorgung wechseln. Der Erstkontakt zu den Patientinnen und Patienten erfolgt bereits am Krankenhausbett.

**Wie wird man Cardiolotse?**
Gesundheitsfachkräfte aus medizinischen Assistenzberufen erwerben die Qualifikation zum Cardiolotsen durch eine zweimonatige Qualifizierung. Diese beinhaltet Lernmodule wie Kommunikationstraining, die Vermittlung von medizinischem Fachwissen mit kardiologischem Schwerpunkt, Hospitationen, Daten-Management und Coaching. Durchgeführt werden die Schulungen sowohl von Kardiologinnen und Kardiologen sowie kardiologischen Pflegefachkräften von Vivantes als auch von den Expertinnen und Experten der AOK Nordost.

**Mehr Informationen und der Link zur Ausschreibung unter: cardiolotse.de**

AOK Nordost. Die Gesundheitskasse.

AOK



# „Wir brauchen die Erken
# der Pflege-Versorgungsfor

*„Für mich ist es existenziell wichtig, dass die Pflegeprofession die wichtigsten Fragen selbst stellt und vor allen Dingen auch selbst beantwortet." Im Titelinterview mit „Monitor Versorgungsforschung" spricht Andrea Schmidt-Rumposch, Pflegedirektorin und Vorständin des Essener Universitätsklinikums, nicht nur über den langen Transformationsweg, den sie an der Seite von Prof. Dr. Jochen A. Werner, dem Ärztlichen Direktor und Vorstandsvorsitzenden, seit 2017 begleitet, sondern vor allen Dingen über ein neues Selbstverständnis und auch Rollenbild, das die Pflege-Profession einnehmen muss, wenn sie den wachsenden Aufgaben auch in Zukunft gerecht werden will.*

Im Interview: Andrea Schmidt-Rumposch, Pflegedirektorin und Vorstand des Essener Universitätsklinikums

>> Frau Schmidt-Rumposch, jammern Pflegende etwas zu viel?

Es gibt viel Verbesserungspotenzial in der Pflege. Das „Jammern" ist da wahrscheinlich berechtigt. Sinnvoller wäre es aber, darüber zu sprechen und zu diskutieren, wie die Pflegenden und die Pflegeprofession als solche in eine aktive gestaltende Rolle kommen und wie jede und jeder Einzelne selbst aktiv werden kann. Nur so können wir gemeinsam pflegerische Versorgung und die Profession Pflege mitgestalten und stärken.

Nun sind Sie selbst seit 36 Jahren im Gesundheitswesen tätig und bereits seit siebeneinhalb Jahren in Essen als Pflegedirektorin und Vorständin der Universitätsmedizin Essen verantwortlich für rund 2.500 examinierte Mitarbeiter:innen im Pflege- und Funktionsdienst, die an 365 Tagen im Jahr evidenzbasierte Patientenversorgung leisten, den Pflegeprozess steuern, Abläufe koordinieren und den Einsatz neuester medizinischer und medizintechnischer Verfahren begleiten und unterstützen.

Allein an der Anzahl der bei uns Tätigen und der Vielzahl der eben genannten Tätigkeitsfelder sieht man deutlich, dass es absolut notwendig ist, die medizinisch-pflegerische Versorgung weiterzuentwickeln und zu stärken. Das muss jeden Tag in den Köpfen der Mitarbeitenden stattfinden, aber auch in der Versorgungsforschung und natürlich auch und ganz besonders bei mir. Seit den siebeneinhalb Jahren, in denen ich jetzt in der Essener Universitätsmedizin tätig bin, habe ich von Beginn an die von Professor Werner initiierte Transformationsphase zum Smart Hospital aktiv begleitet. Beim Einstellungsgespräch mit dem Aufsichtsrat habe ich damals nicht nur mein klares Interesse bekundet, als Pflegedirektorin in die erste Reihe zu gehen, sondern auch eine Status-quo-Analyse durchzuführen, um zu sehen, wo wir an der Universitätsmedizin Essen bezüglich der medizinisch-pflegerischen Versorgung tatsächlich stehen, um dann ein adaptiertes Zukunftskonzept aufzustellen.

ntnisse
rschung“

Was kam bei dieser Analyse heraus?

Ich habe viele Vor-Ort-Besuche gemacht und Gespräche mit unterschiedlichsten Personen geführt, um mir ein umfassendes eigenes Bild machen zu können. Fragen nach unter anderem der bestehenden personellen Besetzung samt Qualifikationsmix in den einzelnen Fachbereichen, nach der Güte der Ausbildung und des Pflegeprozesses oder nach Möglichkeiten der Personalentwicklung in der pflegefachlichen Ausrichtung bedurften einer Antwort. Im Anschluss daran habe ich mit meinem engeren Leitungsteam ein Konzept zur Weiterentwicklung der medizinisch/pflegerischen Versorgung und zur Stärkung der Profession Pflege aufgestellt. Wir haben Themen priorisiert und Meilensteine festgelegt. Das Ergebnis habe ich auf allen Ebenen im Unternehmen vorgestellt und einen aktiven Austausch darüber geführt. Für mich und uns war es vorrangig wichtig, die Ausbildung weiter auszubauen, um einen Personalaufbau zu forcieren und die Auszubildenden dabei noch aktiver einzubinden. Weiterhin stand die fachliche Begleitung der Einführung unserer elektronischen Patientenakte und der digitalen Pflegedokumentation insgesamt im Fokus. Es war mir ein Anliegen, pflegefachliche Entwicklungsmöglichkeiten anzubieten, bis hin zu akademischen Abschlüssen. Mittelfristig sollte dazu ein Studiengang an der eigenen medizinischen Fakultät etabliert werden. Pflege sollte die aktive Beteiligung an Versorgungsforschung ermöglicht werden.

*„Ohne die Erkenntnisse einer aktiven Pflege-Versorgungsforschung werden wir die in Essen seit knapp einem Jahrzehnt stattfindende Translation nicht mit ausreichender Evidenz begleiten können."*

Sie sprachen eben auch die Versorgungsforschung an.

In der Medizin spielt Versorgungsforschung seit vielen Jahrzehnten eine Rolle und schafft es, diese weiterzuentwickeln. In der pflegerischen Versorgung hat Versorgungsforschung jedoch bislang kaum eine Rolle gespielt. Doch ohne die Erkenntnisse einer aktiven Pflege-Versorgungsforschung werden wir die in Essen seit knapp einem Jahrzehnt stattfindende Translation nicht mit ausreichender Evidenz begleiten können. Darum habe ich von Anfang an dafür plädiert, Pflege auf der einen und Versorgungsforschung auf der anderen Seite zu entwickeln. So bin ich dann auch angetreten.

Wenn Sie zurückdenken an die ersten Monate an der Universitätsmedizin Essen, dann …

… habe ich vor allen Dingen mit vielen Mitarbeitenden aus vielen Fachbereichen intensiv gesprochen, sehr gut zugehört und viele Fragen gestellt: Wo stehen wir? Wo wollen wir hin? Was ist wichtig? Wie viel Zeit haben wir in der direkten Patientenversorgung? Welche Probleme gibt es? Was kann man besser machen? Ist bisher evidenzbasiert versorgt worden? Welches Symptom- und Selbstmanagement brauchen unsere Patient:innen, speziell onkologische?

Das sind jede Menge wichtiger Fragen, die ebensolcher Antworten bedürfen.

Für mich ist es existenziell wichtig, dass die Pflegeprofession die wichtigsten Fragen selbst stellt und vor allen Dingen auch selbst beantwortet. Wenn die Profession Pflege das nicht schafft, besteht die Gefahr, dass sie meist insuffiziente Lösungen von außen vorgesetzt bekommt.

Wie ging es nach der „Fragerunde" weiter?

Danach wurde gemeinsam mit den Pflegeleitungen, aber auch den einzelnen Pflegeteams ein Plan erstellt, mit dessen Hilfe wir einen eigenen Pflege-Transformationsprozess gestartet haben. Begleitend

dazu haben wir von Anfang an sehr viele Workshops zu verschiedenen Themen durchgeführt, die unter anderem zu unserem Pflegeleitbild geführt haben, das unseren eigenen Anspruch formuliert, den wir an unsere pflegerische Versorgung anlegen wollen – zum Besten der von uns versorgten Patient:innen. Da steht zum Beispiel ganz am Anfang: „Unsere Patient:innen und ihr Wohlergehen stehen im Mittelpunkt unseres Handelns. Wir leiten unsere pflegerische Versorgung vom Pflegeprozess ab, damit stehen die individuellen Gesundheits- und Pflegeziele der Patient:innen im Fokus. Wir erkennen, berücksichtigen und nutzen die Bedürfnisse, Fähigkeiten und Gewohnheiten unserer Patientinnen in unserer Versorgung." (1)

**Worin sehen Sie Ihre ganz persönliche Aufgabe?**

Meine Kolleg:innen können sich darauf verlassen, dass ich eine Struktur schaffe, in der sie Pflege gestalten können. Und dass wir immer und jederzeit darüber diskutieren können, wie wir den Weg gemeinsam weitergehen können. Aber auch, dass sie Zeit dafür bekommen, in einzelnen Netzwerken über das sprechen zu können, wie sie sich selbst weiterentwickeln können. Von Anfang an sind aber auch regelmäßige Diskussionsrunden installiert worden, um über unsere medizinischen wie pflegerischen Schwerpunkte zu sprechen und entsprechende Projekte aufzusetzen und zu monitoren. Das machen wir an der Universitätsmedizin Essen sehr konsequent. Und ich selbst bin dafür verantwortlich, dass das alles mit den nicht wenigen Aufgaben, die Pflegende übernehmen, so gut es geht harmoniert. Das ist meine Philosophie, die ich sehr ernst nehme. Wir arbeiten mit und für Menschen, wobei sich letztere vertrauensvoll in unsere Obhut begeben. Letztlich bin ich für all diese Menschen verantwortlich.

*„Wir haben es tatsächlich geschafft, gleich drei durch das BMBF geförderte Versorgungsforschungsprojekte zu gewinnen, mit denen wir tatsächlich unseren Beitrag dazu leisten können, die Pflegeprofession aus der Pflegeversorgung heraus zu stärken."*

**Wo sehen Sie Ihre wichtigsten Managementaufgaben?**

Ich strukturiere verschiedenste Prozessbereiche von der innovativen Versorgung bis hin zur Digitalisierung und dem großen Themenkomplex der Personalbindung und -gewinnung sowie der Personalentwicklung. So haben wir uns beispielsweise im onkologischen Schwerpunkt ganz klar auch zum Ziel gesetzt, dass die Pflege eine pflegefachliche Entwicklungsmöglichkeit bekommt, haben darum auch Bachelor-Absolvent:innen mit erweiterter Pflegepraxis im Einsatz. Ebenso veranstalten wir mittlerweile im September dieses Jahres schon das fünfte Onkologische Pflegesymposium (2) und das zweite Pädiatrisch-Neonatologische Pflegesymposium bei uns, die sich um wichtige Themen wie die Entwicklung der pflegerischen Versorgung kümmern. (3)

**Findet Transformation nicht zuallererst im Kopf statt?**

Natürlich beginnt alles mit einem Umdenken. Doch dafür muss man nicht nur den Willen, den ich bei meinen Mitarbeitenden und mir voraussetzen kann, sondern auch die nötige Zeit haben. Dafür haben wir an der Universitätsmedizin Essen eine eigene Stabsstelle aufgebaut, die sich nicht nur mit der Personal- und Organisationsentwicklung befasst, sondern die auch die Entwicklung der Pflegeforschung vorantreiben soll. Unter anderem auch dadurch, dass aktuelle Förderprogramme in diesem Gebiet identifiziert, gesichtet und daraufhin analysiert werden, welche unserer Themen wir damit voranbringen können.

**Mit Erfolg?**

Durchaus. Zu Beginn sicher noch mit etwas Unterstützung durch meine Person, doch inzwischen muss ich mich nicht mehr groß darum kümmern. Wir haben es tatsächlich geschafft, gleich drei durch das BMBF geförderte Versorgungsforschungsprojekte zu gewinnen, mit denen wir tatsächlich unseren Beitrag dazu leisten können, die Pflegeprofession aus der Pflegeversorgung heraus zu stärken.

**Welche sind das?**

Das ist zum einen das vom BMBF geförderte Forschungsprojekt KIADEKU, ein Synonym für KI Inkontinenz-assoziierte Dermatitis Dekubitus. Dieses Projekt knüpft an bestehende, internationale Entwicklungen aus der Medizin, insbesondere den Bereich der Bilderkennung und des Wundmanagements an. Erstmalig sollen diese Potenziale für pflegerische Fragestellungen genutzt werden. Das Projekt wird in einem Verbund durch die Stabsstelle Entwicklung und Forschung Pflege der Universitätsmedizin Essen geführt. Verbundpartner sind das Institut für Künstliche Intelligenz in der Medizin der Universitätsmedizin Essen, das Klinikum der Universität München sowie die Sciendis GmbH.

Zum Zweiten handelt es sich mit DigiCare um ein Verbundprojekt des Universitätsklinikums Essen mit der Universität Duisburg-Essen, der HFH Hamburger Fern-Hochschule sowie dem Softwareanbieter m.Doc. Es hat eine appgestützte Verbesserung des Selbst- und Symptommanagements onkologischer Patient:innen zum Ziel. Diese leiden im Verlauf ihrer Erkrankung unter multiplen Symptomen. Bei einem unzureichenden Management führt dies zu einer Verminderung der Lebensqualität, zusätzlichen Kosten, ungeplanten stationären Aufenthalten und Therapieverzögerungen. Die App unterstützt innerhalb interprofessioneller, transsektoraler Versorgungsstrukturen eine aktive Rolle der onkologisch Erkrankten.

Das dritte Projekt entwickelt im Rahmen von SmartHospital.NRW ein auf KI basiertes smartes Modell zur Transformation von Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen. Dieses Verbundprojekt, an dem Universitätsmedizin Essen, RWTH Aachen, TU Dortmund, Fraunhofer MEVIS, m.Doc., Fraunhofer IAIS und Dedalus beteiligt sind, arbeitet an einer KI-gestützten Gesundheitsdatenanalyse zur Früherkennung, Risikobewertung und Diagnostikunterstützung. Ziel ist die Verbesserung der Vorhersage von pflegerelevanten Risikofaktoren wie Sturz, Dekubitus, Schmerz oder Delir durch KI, um Prophylaxen personalisiert und frühzeitig einzuleiten und Schadensereignisse zu vermeiden.

**Die Transformation der Universitätsmedizin Essen ist demnach**

auch und vielleicht vor allen Dingen eine der Digitalisierung.

Exakt. Die Pflege profitiert sehr stark von der digitalen Transformation. So bildet die Basis aller digitalen Prozesse an der Universitätsmedizin Essen die elektronische Patientenakte (ePA). Entgegen nationaler Entwicklungen wurde an der Universitätsmedizin jedoch bereits 2018 eine flächendeckende Implementierung der ePA auf den Allgemeinstationen abgeschlossen. Um eine bestmögliche digitale Unterstützung durch die ePA zu erreichen, wurde zudem die bestehende papiergestützte Dokumentation nicht einfach digitalisiert, sondern alle bestehenden Prozesse interprofessionell, fachabteilungsübergreifend hinterfragt und an die neuen Potenziale der ePA angepasst. Um das volle Potenzial der ePA auszuschöpfen, wurden darüber hinaus diverse Instrumente und Tools direkt in die ePA integriert und untereinander logisch verknüpft. So wird der Pflegeprozess heute komplett digital durchgeführt, von der Aufnahme über die Anamnese und die Einleitung der einzelnen Maßnahmen und die Dokumentation der Risikofaktoren bis hin zum Entlassmanagement. Wir haben übrigens auch eine Bewegungssensorik eingesetzt, die uns relativ viele patientenindividuelle Daten liefert, mit denen wir auch Versorgungsforschung – sogar mittels KI-Unterstützung – angehen können.

Ebenso haben Sie einen Studiengang „Pflege und Digitalisierung".

Der in Kooperation von Universitätsmedizin Essen und der Fachhochschule für Ökonomie und Management (FOM) entwickelte berufs- und ausbildungsbegleitende Bachelor-Studiengang „Pflege & Digitalisierung" soll unsere Studierenden auf die Veränderungen in der Praxis vorbereiten und für die Übernahme steuernder und patientennaher Tätigkeiten im digitalen Wandel qualifizieren. Das Studium verbindet dabei Wissen zu Pflegemanagement und Pflegewissenschaft mit Inhalten zu digitalen klinischen Prozessen, Digital-Change-Management sowie digitaler Pflege und Informationstechnologie. Der Studiengang kann parallel zur Ausbildung in Form eines dualen Studiums belegt werden, sodass nach drei Jahren nicht nur eine abgeschlossene Ausbildung zur Pflegefachkraft, sondern auch ein Hochschulabschluss Bachelor of Arts im Studiengang Pflege und Digitalisierung erlangt wird.



## Andrea Schmidt-Rumposch

*absolvierte zwischen 1987 und 1990 ihr Studium der Krankenpflege an der Medizinischen Fachschule „Jenny Marx" an der Humboldt-Universität zu Berlin und begann danach ihre Tätigkeit als Krankenschwester in der Charité. 1999 hat Schmidt-Rumposch die Fachweiterbildung zum Führen von Stationen erfolgreich abgeschlossen. Von 2007 bis 2010 folgte das Studium Bachelor of Science im Gesundheits- und Pflegemanagement an der Alice-Salomon-Hochschule Berlin. In der Charité war Schmidt-Rumposch in verschiedenen Leitungsfunktionen tätig, u. a. von 2010 bis 2014 als Pflegerische Leitung im Charité-Centrum 12 für Innere Medizin und Dermatologie und ab 2014 als Stellvertretende Pflegedirektorin der Charité. 2017 wechselte Schmidt-Rumposch als Pflegedirektorin und Vorständin in die Universitätsmedizin nach Essen.*

Patientenversorgung, duales Studium und Versorgungsforschung aus der Versorgung heraus: Wie funktioniert das alles trotz voller Betten?

Wir sind eine Universitätsmedizin, die kaum gesperrte Betten hat, weil wir tatsächlich personell in der Lage sind, Patient:innen auf mehr als 60 bettenführenden Stationen und in 34 Operationssälen auf fachlich hohem Niveau zu versorgen und trotzdem noch 130 Pflegefachkräfte in Springerpools zur Verfügung haben. Will heißen: Wir haben es geschafft, zum einen im Innenverhältnis in die Mitarbeiterbindung zu investieren und zum anderen den nötigen Personalaufbau hinzubekommen, wozu uns natürlich auch der eigene Studiengang befähigt. Ebenso befragen wir in jedem Jahr unsere Auszubildenden, um die Ausbildungsqualität zu bewerten, und natürlich auch, um die Zufriedenheit zu erhöhen. All das führt dazu, dass wir immerhin eine Übernahmequote von über 90 Prozent haben. Auf der anderen Seite nehme ich mir aber auch die Zeit, die Austritte bei uns im Pflegedienst zu hinterfragen, die nicht allein rentenbedingt sind. Immer dann, wenn Menschen, die bei uns in der Pflege arbeiten, uns verlassen, will ich die Gründe kennen, um daraus lernen zu können. Das alles ist natürlich absolut anonym, kann aber auch – wenn der- oder diejenige das will – in weitere Gespräche mit der Stationsleitung vor Ort oder der Klinikpflegedienstleitung münden. Manchmal gelingt es so, zu vermitteln oder gar Kündigungen entgegenzuwirken.

Wobei es sicher auch vorkommen wird, dass Ihre Mitarbeitenden in Zeitarbeitsfirmen wechseln …

.. und die wir dann wieder zu anderen Tarifen und Konditionen einstellen. Das kommt schon vor. Ich versuche jedoch vorher immer andere Möglichkeiten auszuprobieren, sei es mit Zulagenregelungen für mehr Urlaub, sei es mit einer flexibleren Einsatzplanung oder einer Zulage durch die Tätigkeit im eigenen Personalpool.

Was tun Sie für eine bessere Patientenversorgung?

Wir versorgen unsere Patient:innen na-

Zitationshinweis

Schmidt-Rumposch, A., Stegmaier, P.: „Wir brauchen die Erkenntnisse der Pflege-Versorgungsforschung“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/24), S. 12–16. http://doi.org/10.24945/MVF.05.24.1866-0533.2645

*„Inzwischen wurden gerade mal die Vorbehaltstätigkeiten für den Pflegeprozess festgelegt. Da muss man sich doch nicht wundern, dass die Pflege da steht, wo sie steht.“*

türlich nach evidenzbasierten Standards. Wir versuchen aber auch selbst in eine eigene begleitende Versorgungsforschung zu investieren, die uns dabei helfen soll, noch besser im Symptom- und Selbstmanagement zu werden. So analysieren wir zum Beispiel, ob unsere Patient:innen zwischen den stationären Aufenthalten weniger in die Ambulanz müssen, und auch, ob weniger Rehospitalisierungen nötig sind oder – falls nötig – im höheren zeitlichen Abstand stattfinden können.

### Dürfen Pflegende all das, was sie können?

Eben nicht. Ich bin in der ehemaligen DDR aufgewachsen und habe in Berlin zwischen 1987 und 1990 mein Fachhochschulstudium der Krankenpflege an der Medizinischen Fachschule „Jenny Marx“ an der Humboldt-Universität zu Berlin beendet – übrigens fast zum Zeitpunkt der Deutschen Wiedervereinigung am 3. Oktober 1990. Von der DDR hätte Westdeutschland in Sachen Pflege einiges lernen können. Dort wurde grundständig in der Krankenpflege ausgebildet, daran anschließend gab es fachspezifische Anschlussqualifikationen. Auch waren die Tätigkeitsfelder und Verantwortungsbereiche breiter gefasst, beispielsweise waren Blutentnahmen Bestandteil der Ausbildung. Das damalige Krankenpflegegesetz war rückschrittlich, der Profession Pflege wurde lediglich ein „Mitwirken“ und die „Assistenz“ zugeschrieben. Das war nicht nachvollziehbar; wir haben die Verantwortung für unsere Tätigkeiten selbstverständlich übernommen. Inzwischen wurden gerade mal die Vorbehaltstätigkeiten für den Pflegeprozess festgelegt. Da muss man sich doch nicht wundern, dass die Pflege da steht, wo sie steht. Wenn wir einmal ganz ehrlich sind, wer die Verordnung für die Krankenpflege und speziell Hilfsmittel macht: Dann ist das die Pflegekraft und der Arzt unterschreibt lediglich das vorbereitete Rezept. Das Leistungsrecht ist immer noch rückschrittlich und minimiert unter anderem die Attraktivität das Pflegeberufs. Sinnvoller und zielführender wäre es doch, eine differenzierte Pflege mit einer interessanten pflegefachlichen Entwicklung gesetzlich zu verankern. Von daher plädiere ich dafür, dass eine Modernisierung in den Aufgaben- und Verantwortungsbereichen für die pflegerische Patientenversorgung vorgenommen wird – nicht nur, weil wir damit weltweit immer noch hinterherhinken.

### Wird die Krankenhausreform weiterhelfen?

Ich denke nicht, weil die eigentliche Grundfrage nicht gestellt wird, die da lautet: Wer soll was mit welcher Qualifikation machen? Welchen Bedarf haben wir tatsächlich, ambulant wie stationär? Welchen im ländlichen Bereich und welchen in Städten und Metropolregionen? All diese Fragen muss man möglichst evident beantworten, um Aufgaben- und Verantwortungsbereiche neu zu definieren und dies obendrein ebenso multiprofessionell wie interdisziplinär. Wenn wir das schaffen, bekommen wir nicht nur eine effektivere und effizientere Patientenversorgung, sondern verbessern auch maßgeblich die Attraktivität des Pflegeberufs.

### Wie lautet Ihre Zielvorstellung, die Sie erreichen wollen?

Meine Zielmarke ist tatsächlich die, dass wir eine innovative, hochwertige pflegerische Versorgung schaffen, indem wir die Aufgaben der Profession Pflege stärken und dafür in eine extrem gute Ausbildung investieren.

Frau Schmidt-Rumposch, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

**Literatur/Links:**

1: https://pflegedienst.uk-essen.de/pflege-am-uk-essen/
2: https://pflegedienst.uk-essen.de/essener-onkologisches-symposium/
3: https://pflegedienst.uk-essen.de/2-essener-paediatrisches-neonatologisches-pflegesymposium/

## BKK DV plädiert für APN-Gesetz

>> „Mangel an Pflegekräften – und ewig grüßt das Murmeltier“. So überschreibt der BKK Dachverband sein aktuelles Hintergrundpapier. Mit der Begründung, dass einerseits noch nie so viele Pflegefachkräfte beruflich tätig seien wie zurzeit, dennoch andererseits diese an allen Ecken und Enden fehlen würden, was immer öfter der Grund für Schließungen von ganzen Krankenhausabteilungen und Pflegeeinrichtungen sei, stellt der BKK DV folgende Überlegungen an und begründet diese (s. Link):

- mehr Personal ist die schlechteste Lösung – auf die Verteilung kommt es an!
- noch breiterer Mix aus informeller und professioneller Pflege gebraucht!
- genug geredet – endlich flächendeckend sehr gute Arbeitsbedingungen für Pflegende!
- Arbeitsmigration ist wünschenswert – aber bitte kein Fachkräftekolonialismus!
- Potenzial der Spitzenkräfte heben – die Advanced Practice Nurse (APN) schnell auf die „Straße“ bringen
- effektive und wirksame Strukturen vor Ort – die regionale pflegerische Versorgungsplanung

Zum Punkt „Potenzial der Spitzenkräfte“ argumentiert der Dachverband der BKKen, dass sich das Krankheitspanorama parallel immer weiter vom akuten in Richtung chronisches Krankheitsgeschehen verschiebe. Damit würden auch komplexe pflegefachliche Fragen in den Fokus rücken. International würden zur Bewältigung dieser komplexen Problemlage seit Jahrzenten hochspezialisierte Pflegende, Advanced Practice Nurses (APN), eingesetzt. Dies soll nach Meinung des Kassenverbands endlich auch in Deutschland mit einem „Pflegekompetenzgesetz“ beziehungsweise einem „APN-Gesetz” praktisch umgesetzt werden. Mit der Etablierung von APN würden sich auch für die „High Potentials“ in der Pflege aussichtsreiche Berufsperspektiven in der direkten Versorgung am Bett und damit berufliche Aufstiegschancen sowie neue fachliche Perspektiven ergeben. Bisher qualifizierten sich viele dieser Spitzenkräfte in Spezial- und Funktionsbereichen, wie z. B. der Intensivpflege, hätten aber damit keine Perspektive auf eine erweiterte Versorgungsverantwortung in der Praxis. <<

Link: https://t1p.de/65law


Diese Kampagne wurde in Zusammenarbeit mit der Global Patient Alliance for Kidney Health konzipiert und von AstraZeneca ins Leben gerufen und finanziert.
Veeva ID: Z4-62729
Datum der Erstellung: März 2024
Die Dialyse erfordert all unsere Zeit
und Ressourcen werden durch eine frühzeitige Diagnose gewonnen
DE-73944
Erstellt in Zusammenarbeit mit
GLOBAL PATIENT ALLIANCE for KIDNEY HEALTH
Macht den Unterschied
für mehr Nierengesundheit

Auszug aus dem ePaper des Arzneimittelreports 2024 zum Thema „HPV-Impfung"

# Lösungsansätze zur Verbesserung der HPV-Impfrate

Das erste ePaper des Arzneimittelreports 2024 befasst sich mit dem Thema „HPV-Impfung – Schutz vor HPV-bedingten Krebserkrankungen". Im Jahr 2022 sind 10,2 je 100.000 BARMER-versicherten Frauen an Gebärmutterhalskrebs erkrankt. Zwar kann eine HPV-Impfung nachgewiesen das Auftreten dieser Erkrankung verhindern, doch wie steht es um den aktuellen Impfstatus und regionale Unterschiede? Welche Lösungsansätze es zur Verbesserung der Impfrate gibt, fasste das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) in einem kürzlich erschienenen ePaper (1) zusammen.

>> Das Autorenteam, bestehend aus Daniel Grandt, Veronika Lappe und Ingrid Schubert, haben im vorliegenden, erstmals erschienenen ePaper zum BARMER Arzneimittelreport 2024 das Schwerpunktthema „HPV-Impfung – Schutz vor HPV-bedingten Krebserkrankungen" aufgearbeitet. Nach einer Einführung zum Hintergrund (siehe Kasten rechts) und der Erklärung der Bedeutung der HPV-Impfung zur Krebsprävention gehen die Autor:innen zunächst auf die WHO- und STIKO-Empfehlungen ein. Zur Eliminierung des Zervixkarzinoms im nächsten Jahrhundert strebt nach den Ausführungen der Autor:innen die WHO bis zum Jahr 2030 eine weltweite vollständige Impfquote von Mädchen von 90 Prozent an (WHO, 2020), ein Ziel, das die Europäische Union in dem ECCO & European Beating Cancer Plan so übernommen hat (Europäische Kommission, 2022). Mit dem Ziel, die Übertragung von HPV-Erregern auf Frauen zu reduzieren und die Entstehung von Krebsformen am Anus, Penis oder Mund- und Rachenbereich bei Männern zu reduzieren, empfiehlt die STIKO, so das Autorenteam weiter, in Übereinstimmung mit internationalen Empfehlungen seit August 2018 die HPV-Impfung auch für Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren (Robert Koch-Institut, 2018c). Die Autor:innen, die darauf hinweisen, dass seit 2020 die BARMER Frauen und Männern zwischen 18 und 25 Jahren zusätzlich als Satzungsleistung die HPV-Impfung anbietet: „Neben den direkten Vorteilen für die geimpften männlichen Jugendlichen kann die Impfung auch zur Herdenimmunität beitragen, was insbesondere in Anbetracht der niedrigen Impfrate bei Mädchen in Deutschland äußerst sinnvoll ist."

Um herauszufinden, welchen Impfstatus die BARMER-Versicherten haben und welche regionalen Unterschiede es gibt, untersuchten die Autor:innen die Impfrate gegen HPV bei weiblichen und männlichen jugendlichen Versicherten der BARMER vor und während der Covid-19-Pandemie. Dabei wurden Aspekte wie das Alter bei Erstimpfung, die Fachgebiete der impfenden Ärzt:innen, Impfraten nach Teilnahme am

## Hintergrund

Bösartige Tumore können durch unterschiedliche Auslöser verursacht werden. Virusinfektionen sind weltweit für 16 Prozent und in den entwickelten Ländern für sieben Prozent der bösartigen Tumore verantwortlich (de Martel et al., 2012). Das humane Papillomavirus (HPV) ist für die Hälfte aller virusbedingten bösartigen Tumore und für annähernd 100 Prozent der Karzinome der Zervix der Frau – den Gebärmutterhalskrebs – verantwortlich (McBride, 2024).
Eine Infektion mit dem humanen Papillomavirus zählt zu den häufigsten sexuell übertragbaren Krankheiten. 90 Prozent der HPV-Infektionen heilen spontan aus, aber in 10 Prozent der Fälle kommt es zu einer chronischen Infektion. Eine Infektion mit Niedrigrisiko-HPV-Typen kann zur Ausbildung von Genitalwarzen führen, die störend, aber harmlos sind. Bei persistierender Infektion mit einem der 13 onkogenen HPV-Typen besteht allerdings das Risiko der Entwicklung eines Karzinoms, das in der Anogenitalregion (Anus, Cervix, Penis, Vagina, Vulva) oder im Oropharynx (Mund-Rachen-Bereich) nach einer Latenz von bis zu mehreren Jahrzehnten auftreten kann (McBride, 2024). Die quantitative Bedeutung der HPV-Infektion für die Entstehung bösartiger Tumore ist durch Untersuchungen für Deutschland eindeutig belegt und hoch relevant. Eine 2010 publizierte Studie aus Deutschland berichtete eine Prävalenz von HPV-Infektionen bei 22,3 Prozent der Frauen zwischen 10 und 30 Jahren (Iftner et al., 2010). Das bedeutet, fast jede vierte Frau war betroffen.
Nach Angaben des Zentrums für Krebsregisterdaten erkrankten im Jahr 2020 4.640 Frauen an Gebärmutterhalskrebs, 1.546 starben daran. Neuerkrankungen von Krebs in Mundhöhle und Rachen-Infektionen mit HPV-Typ-16 sind hier ein Hauptrisikofaktor – traten 2020 bei 4.050 Frauen und 9.140 Männern auf, 1.397 Frauen und 3.955 Männer sind daran verstorben (Robert Koch-Institut & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V., 2023).
**Anm.:** Literatur im Originalpaper, siehe Link am Ende des Artikels.

## Methodik

Die Analysen beruhen auf anonymisiert verfügbaren Versichertendaten der BARMER, die bis zum Jahr 2022 zur Verfügung standen, ohne Versicherte der ehemaligen Deutschen BKK, da für sie nicht für alle Beobachtungsjahre entsprechende Daten vorlagen. Es wurden Versicherte im Alter von 9 bis 26 Jahren mit Angabe zu Geschlecht, Geburtsjahr und Bundesland des Wohnorts einbezogen. Aus dem Geburtsjahr wurde das Alter berechnet, das im jeweiligen Kalenderjahr erreicht wurde. Als durchgängig versichert wurden Personen angesehen, deren Versicherungslücken maximal 30 Tage betrugen und die im Falle ihres Versterbens im jeweiligen Jahr bis zu ihrem Tod durchgängig versichert waren.
Die HPV-Impfung wurde über die Abrechnung der Gebührenziffern für die Impfleistung identifiziert, die in der Anlage 2 der Schutzimpfungsrichtlinie des G-BA festgelegt sind: 89110A und 89110B (G-BA, 2024). Daneben wurden Sonderziffern berücksichtigt, die nur für bestimmte Kassenärztliche Vereinigungen (KV) und nur für bestimmte Zeiträume galten. Die Buchstaben am Ende der Abrechnungsziffer geben an, ob es sich um die Impfung einer begonnenen Impfserie (A) oder einer abgeschlossenen Impfserie (B) handelt. Da die Buchstabenzusätze nicht zuverlässig zutreffend genutzt werden (Rieck et al., 2014) und die Sonderziffern teilweise keine Zuordnung zu einer angefangenen Impfserie oder Letztimpfung erlauben, wurden sie für die Bestimmung vollständiger Impfzyklen nicht herangezogen. Bei der begonnenen Impfserie ist zudem nicht ablesbar, ob es sich um die erste Impfung handelt. Deswegen wurde die erste Impfung eines Kalenderjahrs als Erstimpfung definiert, wenn in den fünf vorangehenden Jahren bei dem Kind/Jugendlichen keine HPV-Impfung abgerechnet worden war.
Es wurde die Häufigkeit für inzidenten Gebärmutterhalskrebs (ICD-10-Kode C53) bestimmt. Dieser wurde als inzident im Beobachtungsjahr gewertet, wenn in den vier Kalenderjahren davor weder eine ambulante Diagnose mit dem Zusatz „gesichert" noch eine stationäre Haupt- oder Nebendiagnose dokumentiert war. Im Jahr der Inzidenz musste eine stationäre Hauptdiagnose C53 dokumentiert sein.

BARMER Kinder- und Jugendprogramm (KJP) und die Entwicklung der Anzahl verabreichter Impfungen in den Blick genommen. Ebenso wurde die Inzidenz von Gebärmutterhalskrebs bei BARMER-Versicherten erhoben und ein besonderer Fokus auf die Altersgruppe der 20- bis 29-jährigen Frauen im zeitlichen Verlauf für die Jahre 2011 bis 2022 gelegt.

Die Analysen schließen dabei an die im Rahmen des BARMER Arzneimittelreports 2019 durchgeführten Untersuchungen an, die zeigten, dass fast die Hälfte der bei der BARMER versicherten Mädchen (die im Jahr 2011 zwölf Jahre alt wurden und bis 2017 beobachtet werden konnten) keinen vollständigen Impfschutz gegen HPV-Infektionen hatte. Die geringste Rate an HPV-Impfungen fand sich damals in Bayern, wo 60 Prozent der Mädchen keinen oder keinen ausreichenden Schutz vor HPV-Infektion durch Impfung aufwiesen (Grandt et al., 2019).

## Ergebnisse

Da Zervixkarzinome praktisch immer auf eine HPV-Infektion zurückzuführen sind, gehen die Autor:innen davon aus, dass diese Karzinome ein guter Indikator für HPV-bedingte Tumorerkrankungen sind, auch wenn sie nur einen Ausschnitt der HPV-bedingten malignen Erkrankungen abbilden. In ihrer Analyse beleuchten sie die Häufigkeit inzidenter Zervixkarzinome und deren Differenzierung nach Altersgruppen (Abb. 1).

Nach Ansicht der Autor:innen verdeutlicht die Differenzierung inzidenter Zervixkarzinome nach Altersgruppen betroffener Frauen die meist jahrzehntelange und variable Latenz zwischen der häufig bei jungen Erwachsenen erfolgenden HPV-Infektion und dem Auftreten des Zervixkarzinoms. Das Autorenteam: „Das Zervixkarzinom manifestiert sich am häufigsten zwischen dem 40. und 49. Lebensjahr, kann aber in jedem Lebensalter auftreten. Daher sind Vorsorgeuntersuchungen lebenslang zu empfehlen."

Da die Impfung gegen HPV für Mädchen in Deutschland erst Ende 2007 und für Jungen Ende 2018 eingeführt worden sei, können Veränderungen der Inzidenz des Zervixkarzinoms bisher nur bei jungen Frauen erwartet werden. In Abbildung 2 wird die Entwicklung der Inzidenz des Zervixkarzinoms bei 20- bis 29-jährigen Frauen im Vergleich zu 30- bis 39-jährigen Frauen im Zeitraum von 2011 bis 2022 gezeigt. Die 30- bis 39-jährigen Frauen

**Häufigkeit inzidenter Zervixkarzinome im Jahr 2022 nach Altersgruppen**

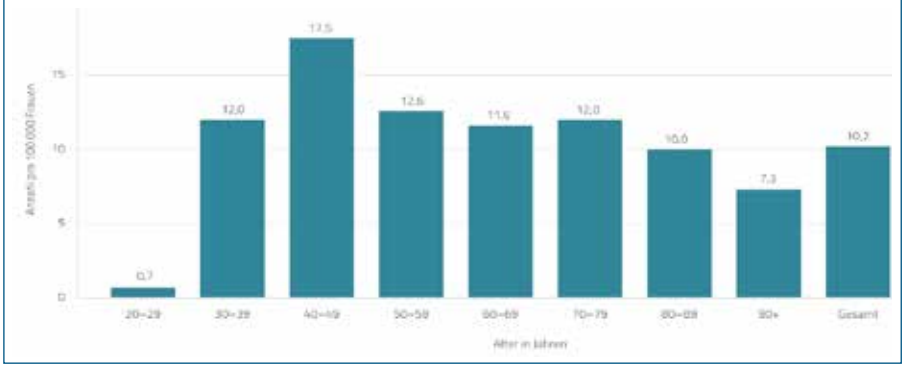



***Abb. 1:*** *Häufigkeit inzidenter Zervixkarzinome im Jahr 2022 nach Altersgruppen. Anmerkung: Die Altersgruppen 0–9 und 10–19 werden nicht gezeigt, da keine Fälle vorhanden sind. Anteil Frauen mit inzidenter Diagnose Gebärmutterhalskrebs im Jahr 2022 (Krankenhaushauptdiagnose) n = 412 an Frauen in den Jahren 2018 bis 2022 durchgängig bzw. durchgängig bis zum Tod im Jahr 2022 versichert, gesamt n = 4.023.339. Quelle: BARMER-Daten, 2018–2022 Quelle: bifg-ePaper „HPV-Impfung – Schutz vor HPV-bedingten Krebserkrankungen".*

dienen hier als Vergleichsgruppe, da sie noch nicht von einem Impfangebot profitieren konnten. Aufgrund der in der Regel langen Latenz zwischen Infektion und Tumorentstehung sei die Inzidenz des Zervixkarzinoms in der Altersgruppe der 20- bis 29-jährigen Frauen niedrig; protektive Effekte in dieser Altersgruppe seien ein Indikator für einen noch größeren Nutzen, der erst im höheren Lebensalter der Geimpften deutlich und quantifizierbar werde.

Würde man die durchschnittlichen Inzidenzen des Zervixkarzinoms für die Zeiträume 2011 bis 2017 und 2018 bis 2022 vergleichen, also Zeiträume vor und nach Einführung der Impfung, werde der Effekt der Impfung noch deutlicher. Während in der Gruppe der 30- bis 39-jährigen Frauen sogar ein geringer Anstieg der Inzidenz des Zervixkarzinoms zu beobachten sei, wäre in der Gruppe der 20- bis 29-jährigen Frauen ein Abfall von 2,51 auf 1,18 inzidente Zervixkarzinome pro 100.000 Frauen sichtbar. Dies entspreche einer Reduktion der Häufigkeit des Zervixkarzinoms in dieser Altersgruppe um 53 Prozent.

In welchem Alter werden Mädchen beziehungsweise Jungen erstmals gegen HPV geimpft und hat sich das im Laufe der Zeit

**Häufigkeit des inzidenten Zervixkarzinoms in der Altersgruppe 20–29 und 30–39 Jahre von 2011 bis 2022**

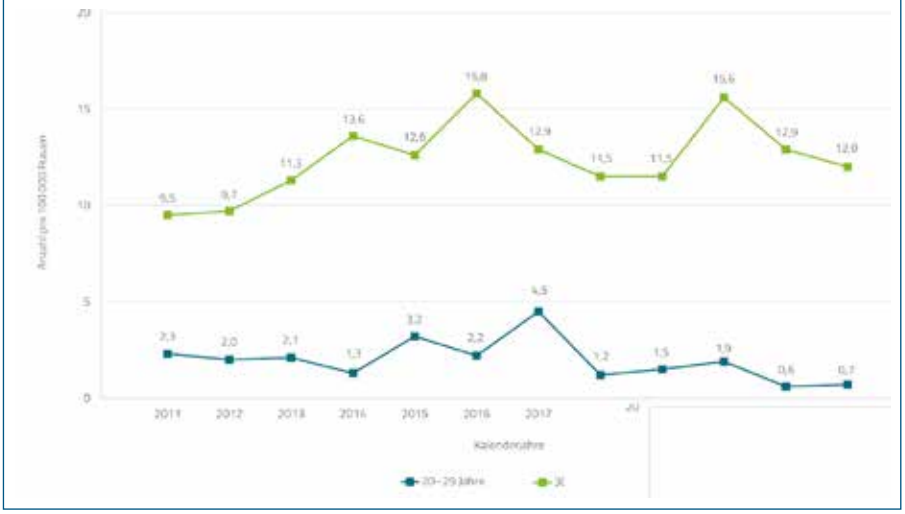



***Abb. 2:*** *Häufigkeit des inzidenten Zervixkarzinoms in der Altersgruppe 20–29 und 30–39 Jahre von 2011 bis 2022. Anmerkung: Frauen, 20–29 und 30–39 Jahre, durchgängig versichert im Kalenderjahr der Inzidenz bzw. bis zum Tod in diesem Jahr und den vier Vorjahren. Quelle: BARMER-Daten, 2007–2022. Quelle: BARMER-Daten, 2018–2022 Quelle: bifg-ePaper „HPV-Impfung – Schutz vor HPV-bedingten Krebserkrankungen".*

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Lösungsansätze zur Verbesserung der HPV-Impfrate“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/24), S. 18–20. http://doi.org/10.24945/MVF.05.24.1866-0533.2646

geändert? Die Autor:innen beantworten diese Fragen mit einer Datenanalyse. Diese zeigt, dass die Ende 2014 gegebene Impfempfehlung der STIKO, das Impfalter von 12 bis 17 Jahre auf 9 bis 14 Jahre vorzuverlegen, nur zögerlich und unzureichend umgesetzt wird. Zwar habe sich seit 2015/2016 bis 2021/2022 der Anteil der mit neun Jahren erstgeimpften Mädchen verdreifacht, doch liegt er mit 7,1 Prozent in 2022 immer noch sehr niedrig. 2015 wurden 78,8 Prozent der Mädchen, die eine HPV-Impfung erhalten haben, zwischen neun und dem Jahr, in dem sie 15 Jahre alt wurden, erstgeimpft, 2022 waren es 89,3 Prozent.

Da bei den Jungen die HPV-Impfung erst Ende 2018 begann, ist es für das Autorenteam nachvollziehbar, dass zunächst auch schon ältere Jungen nachgeimpft wurden. Doch auch hier wurden 2022 nur 6,4 Prozent mit neun Jahren geimpft. Doch habe die im Jahr 2014 ausgesprochene Empfehlung, die Impfung bereits ab einem Alter von neun Jahren vorzunehmen, die Bedeutung der Kinderärztinnen und -ärzte für die Durchführung der HPV-Impfung erhöht. Sie sind bei beiden Geschlechtern die wichtigsten gegen HPV impfenden Ärzt:innen. Dies sollte nach Ansicht der Autor:innen bei der Entwicklung von Strategien zur Verbesserung der Impfrate berücksichtigt werden.

## Schlussfolgerungen und Lösungsvorschläge

Laut Aussage des Autorenteams haben nationale und internationale Studien Faktoren identifiziert, die zu unzureichenden Impfraten gegen HPV beitragen können.

**1. Ungenügende Kenntnis von Jugendlichen zu Risiken der HPV-Infektion und zur Möglichkeit des Schutzes durch HPV-Impfung**

Eine Untersuchung zur Qualität von Artikeln zur HPV-Impfung in deutschen Medien zeigt, dass erhebliche Defizite in der Qualität, insbesondere bezüglich der Wiedergabe der Evidenzlage zur Impfung, bestehen (Niewald et al., 2019). Dass die Presse einen wesentlichen Einfluss auf die Impfbereitschaft der Mädchen und ihrer Eltern hat, belegt eine Untersuchung aus Kanada eindrücklich (Perez et al., 2016). Eine ältere Umfrage aus dem Jahr 2010 unter 19- bis 35-jährigen Studentinnen der größten deutschen Universität zeigte, dass nur 62,5 Prozent der befragten Frauen die HPV-Impfung kannten (Kuznetsov et al., 2013). Eine Umfrage unter jungen männlichen Auszubildenden 2014 mit einer Responserate von 10,8 Prozent verdeutlicht, dass rund 74 Prozent bereit gewesen wären, sich impfen zu lassen. Gut 92 Prozent gaben an, dass ihre Eltern Impfungen gegenüber positiv eingestellt seien. Allerdings gaben auch 93 Prozent der Befragten an, dass sie von ihren Ärztinnen und Ärzten nicht über HPV-assoziierte Erkrankungen informiert worden sind (Schwarz et al., 2016).

**2. Unbegründete Angst vor Nebenwirkungen**

Basierend auf der Analyse von zwei prospektiv randomisierten Studien und einem systematischen Review wird die HPV-Impfung als sicher und gut verträglich eingeschätzt (Takla et al., 2018). In der Placebogruppe traten numerisch mehr schwere Nebenwirkungen als in der geimpften Gruppe auf.

Auch wurde kein kausaler Zusammenhang zwischen den berichteten schweren Nebenwirkungen und der Impfung gesehen (Takla et al., 2018). Trotzdem ist die Angst vor Nebenwirkungen der am häufigsten von über Facebook befragten Mädchen genannte Grund für die Ablehnung der HPV-Impfung (Takla et al., 2018). Eine andere Umfrage unter Mädchen im Alter von 9 bis 17 Jahren aus 4.747 Haushalten in Deutschland 2007 zeigte, dass von den sich beteiligenden 1.906 Mädchen nach einer Information zur HPV-Impfung 4,7 Prozent die HPV-Impfung grundsätzlich ablehnen und 16,3 Prozent unsicher waren. Obwohl 61,5 Prozent der Impfung positiv gegenüberstanden, waren nur 17,4 Prozent tatsächlich geimpft (Schülein et al., 2016).

**3. Fehlen eines präzisen Impfdatums**

Manchmal werden notwendige Impfungen von den zu Impfenden oder der behandelnden Ärztin beziehungsweise dem behandelnden Arzt einfach vergessen. Das Risiko ist vermutlich dann besonders hoch, wenn es keinen eindeutig definierten Impftermin, sondern nur einen zeitlichen Korridor und auch keinen präzise definierten Impfabstand bei Notwendigkeit mehrerer Impfgaben gibt. Die HPV-Impfung ist ein Beispiel dafür, dass nicht ein genauer Impftermin, sondern ein sich über mehrere Jahre erstreckender Zeitraum für die Impfdurchführung empfohlen wird und eine Bindung an einen routinemäßig erfolgenden Arztbesuch fehlt. Das Fehlen eines festen empfohlenen Abstands für die Folgeimpfung kann bei der HPV-Impfung eine unzureichende Impfakzeptanz noch verstärken. Die vorliegenden Analysen zeigen, dass 11,9 Prozent der vollständig geimpften Mädchen einen Abstand von mehr als zwölf Monaten zwischen erster und zweiter Impfung aufweisen.

**4. Fehlen eines Erinnerungssystems für die HPV-Impfung**

Damit Impfungen von den zu Impfenden oder von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten nicht vergessen werden, kann ein automatisches Recall-System helfen, das zu Impfende, aber auch die Behandelnden an die Erst- sowie an die Folgeimpfungen erinnert. Ein derartiges System ist bisher in Deutschland nicht flächendeckend etabliert.

## Lösungsansätze zur Verbesserung der HPV-Impfrate

Zahlreiche Projekte zur Erhöhung der HPV-Impfrate sind, so ist im bifg-ePaper weiter zu lesen, in Deutschland initiiert worden, wie eine 2024 publizierte systematische Übersicht zeigt (Schott et al., 2024). Die meisten der edukativen Projekte hätten sich auf die Unterweisung zu Impfender im schulischen Kontext fokussierten, es seien aber auch auf Eltern und Heilberufler:innen ausgerichtete Projekte durchgeführt worden. Da jedoch Evaluationsberichte bei den meisten Projekten nicht vorlägen, konnte der Review die Wirksamkeit der verschiedenen Interventionen nicht vergleichend beurteilen (Schott et al., 2024). Internationale Studien weisen jedoch auf wirksame Wege zur Erhöhung der Impfraten hin:

1. Einführung einer Früherkennungsuntersuchung für Kinder im Alter von neun bis zehn Jahren (U10) nach § 26 SGB V mit HPV-Impfangebot
2. Impferinnerungssystem für noch nicht und noch nicht vollständig HPV-Geimpfte
3. Impfung als geschlechtsneutrale Impfung kommunizieren
4. Hinweis auf HPV-Impfung für Nicht-HPV-Geimpfte Zwölfjährige durch Krankenkassen. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Das vollständige bifg-ePaper finden Sie hier: https://t1p.de/jr5og



# LEBENSQUALITÄT ENTSTEHT …

**… wenn Fürsorge und Forschergeist sich verbinden.**
Seit fast 150 Jahren setzen wir alles daran, das Leben der Menschen zu verbessern. Dafür entwickeln wir wirksame Therapien und vertiefen unser Wissen über den Umgang mit Krankheiten. Damit immer mehr Patienten so normal wie möglich leben können.

**www.lilly.com/de**

Lilly

PP-MG-DE-1794 Juli 2024

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Inzidenz und Mortalität der Influenza in der EU“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/24), S. 22.
http://doi.org/10.24945/MVF.05.24.1866-0533.2647

Der aktuelle Grippereport 2023/24: „Projekt: Grippeschutz”

# Inzidenz und Mortalität der Influenza in der EU

Um ein besseres Verständnis von Grippe und Grippeschutz in Deutschland zu erhalten, veröffentlicht das „Projekt: Grippeschutz” mit aktuellen Reports (2023/24) eine jährliche Auswertung der jeweils abgeschlossenen Grippesaison. Das „Projekt: Grippeschutz” ist eine Initiative von medizinischen Fachleuten mit dem Ziel, den Grippeschutz durch Grippeimmunisierung der Menschen in Deutschland zu verbessern. Es wird von drei Expert:innen für Infektionsschutz kuratiert, von der Berliner Agentur KREAB begleitet und von CSL Seqirus finanziell unterstützt, dem nach eigenen Angaben weltweit größten Hersteller von Influenzaimpfstoffen.

>> Obwohl die Grippe – so steht es im aktuellen Grippereport (1) zu lesen – fälschlicherweise in weiten Teilen der Bevölkerung immer wieder als eher harmlos angesehen wird, führt die Kombination aus einer hohen Inzidenz mit einer relativ hohen Sterblichkeit dazu, dass das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) die Influenza für den Zeitraum von 2009 bis 2013 als die Infektionskrankheit mit der höchsten Krankheitslast in der EU eingestuft hat. In diesem Zeitraum sind allerdings Covid-19-Infektionen noch nicht berücksichtigt. Die WHO hat das Impfquotenziel von 75% für Ältere und andere vulnerable Gruppen definiert. Mit nur 43,3% bei den über 60-Jährigen in der Saison 2021/2022 verfehlt laut Angaben des Grippereports Deutschland dieses Ziel bisher deutlich und hinkt damit im europäischen und internationalen Vergleich weit hinterher. Das „Projekt: Grippeschutz” sieht in einer erfolgreichen Impfprävention einen bedeutenden Schlüssel für mehr Bevölkerungsschutz und geringeren wirtschaftlichen Schaden für die Gesellschaft.

Neben zeitnahen Analysen und Interpretationen der jeweils zurückliegenden Grippesaisons möchte das „Projekt: Grippeschutz” helfen, den Handlungsspielraum der Gesundheitspolitik zu vergrößern und eine verbesserte Vorbereitung auf die jeweils nächsten Saisons zu ermöglichen. Zudem enthält der Report auf der Grundlage der analysierten Daten konkrete Vorschläge für Politik und weitere relevante Zielgruppen bezüglich der Möglichkeiten zur Verbesserung des Grippeschutzes für folgende Saisons. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

1: Den vollständigen Report finden Sie hier: https://www.projektgrippeschutz.de

**Inzidenz und Mortalität ausgewählter Infektionskrankheiten**

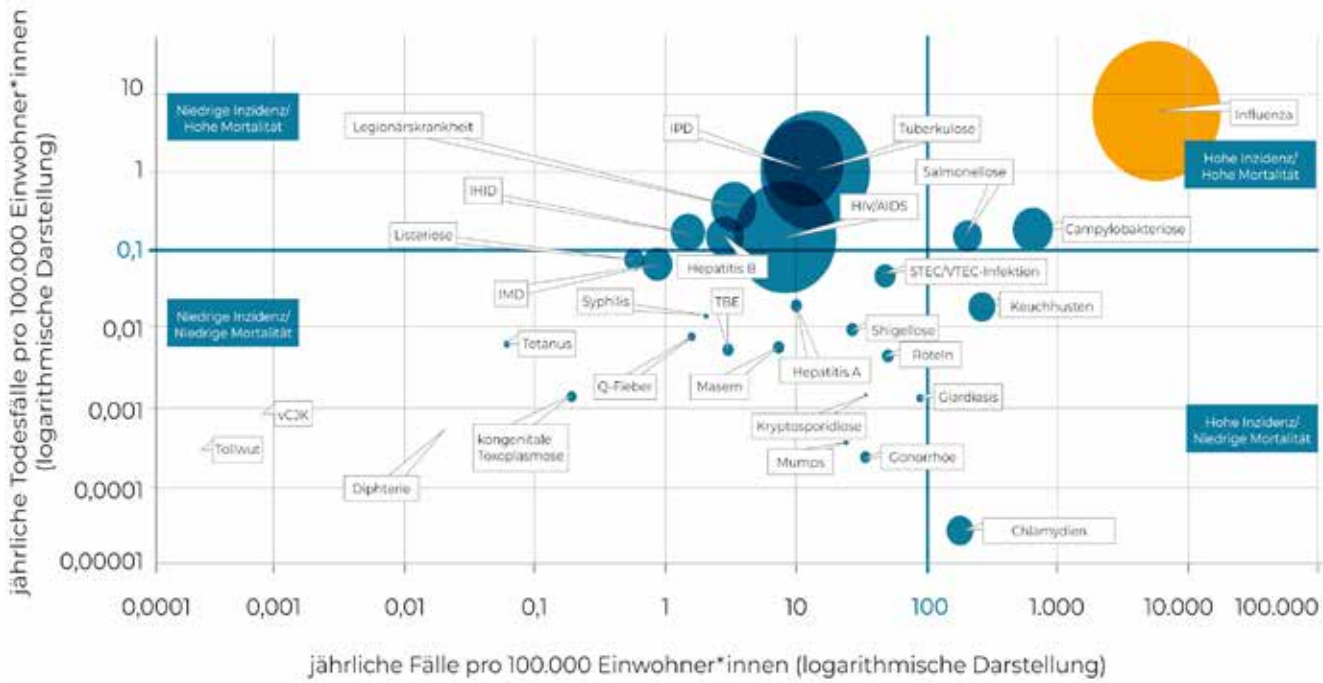



***Abb. 1:*** *Blasendiagramm der Belastung durch ausgewählte Infektionskrankheiten in Bezug auf Inzidenz und Mortalität (EU/EWR-Länder, 2009–2013). Die Größe der Kreise reflektiert die Anzahl der verlorenen gesunden Lebensjahre durch die Erkrankung pro 100.000 Personen pro Jahr (DALY) und ist damit ein Maß für die Belastung der Bevölkerung durch diese Krankheit. Legende: vCJK = Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit; DALY = disability-adjusted life years (verlorene gesunde Lebensjahre); IMD = Meningokokken; IPD = Pneumokokken; TBE = FSME; STEC/VTEC = Shiga- bzw. Verotoxin-bildende Escherichia coli; IHID = Invasive Haemophilus-influenzae Krankheit. Quelle: Grippereport zur Saison 2023/24, erstellt vom Projekt Grippeschutz, 1.7.2024.*

# Evidenz aus dem Versorgungsalltag

Klinische Forschung tritt immer mit dem Ziel an, die Versorgung von Patient:innen zu verbessern. Hier geht es sowohl um die klinische Wirksamkeit neuer Medikamente und Therapien als auch deren tatsächliche Anwendbarkeit in der alltäglichen Versorgung. **Daten, die aus dem Versorgungsalltag gewonnen werden, sind daher zwingend erforderlich, um Evidenz mit einem ganzheitlichen Blick zu generieren.** Fließt diese Evidenz wieder in die Behandlung ein, ist das ein Gewinn für die Versorgung. Hierbei gilt: Je belastbarer die Datenqualität, desto höher der Nutzen.

Genau hier setzen wir bei unserer Beratung an, um das zu erreichen.

## Unsere Dienstleistungen

Langjährige Erfahrung und Fachwissen, um Ihre Produkte zum Erfolg zu führen

Wir verstehen die Anforderungen der Pharma-Industrie und bieten maßgeschneiderte Lösungen, um Ihre Ziele zu erreichen:

- Strategische Beratung zur evidenzgenerierenden Versorgung
- Studiendesign für anwendungsbegleitende Datenerhebung
- Real-World-Data-Analysen
- Marktzugangsstrategien

**Jetzt auch:**
**Anwendungsbegleitende Erfolgsmessung bei DiGA**

## Kontaktieren Sie uns noch heute,



**um Ihre evidenzgenerierende Versorgung auf das nächste Level zu heben und den Erfolg Ihrer Produkte zu steigern!**

**Hans-Holger Bleß, Partner _fbeta**
**Geschäftsbereichsleiter Healthcare Research & Market Access | Digital Health**

E-Mail: holger.bless@fbeta.de
Website: https://fbeta.de/

_fbeta
Beratung im Gesundheitswesen

13. MVF-Fachkongress am 9. Dezember 2024 im Raum Alliance der AOK Nordost in Berlin

# Mit PROM und PREM zu Patient Centered Care

In Deutschland ist der aktuelle Stand der Nutzung von Patient-Reported Outcome Measures (PROM) und Patient-Reported Experience Measures (PREM) ausbaufähig. Derzeit erfolgt hierzulande die Anwendung dieser Instrumente eher noch in einem fragmentierten und unkoordinierten Rahmen (1). Der Grund: Es fehlt an einer flächendeckenden und systematischen Implementierung, die auf der Metaebene zu einer stärkeren Ergebnisorientierung im deutschen Gesundheitswesen (2) beitragen könnte oder auf der Systemebene in der Lage wäre, realistischere und evidenzbasierte Endpunkte zum Beispiel in „besonderen Therapiesituationen" zu generieren. Der 13. Fachkongress von „Monitor Versorgungsforschung" widmet sich diesem Themenkomplex unter dem Titel „Mit PROM und PREM zu Patient Centered Care": Startpunkt eines möglichen Umdenkens.

>> Im Gegensatz zu unseren europäischen Nachbarn ist die Situation der Nutzung von PROM und PREM in Deutschland und Österreich bislang eher zurückhaltend. In Ländern wie Dänemark, den Niederlanden und der Schweiz ist die Integration von Patient-Reported Outcomes (PRO) bereits fest in gesundheitspolitischen Strategien verankert (3). Großbritannien erhebt seit 2009 systematisch Patient-Reported Outcome Measures (PROM) als Qualitätsindikatoren (4). In Belgien werden Patient-Reported Experience Measures (PREM) in das Pay-for-Performance-Programm für Krankenhäuser integriert, während Schweden und die Niederlande nationale Standards bzw. Register für PROM etabliert haben. Und in der Schweiz – führt Carolin Kamann, Strategic Business Development Raylytic und am 9. Dezember MVF-Kongressreferentin in ihrem Vortrag aus – gibt es ein seit 2021 eigens eingerichtetes Komitee, die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK), das sich der Qualitätsentwicklung in der medizinischen Leistungserbringung widmet. So ist die EQK zwischen 2022 und 2024 damit beauftragt worden, Auswertungs- und Nutzungsmöglichkeiten von PROM und PREM in verschiedenen Settings sowie hinsichtlich datenschutzrechtlicher Fragen zu bewerten sowie den Patientennutzen und die Wirkung auf die Qualitätsentwicklung zu evaluieren. Kamann: „Seit 2023 hat sie sich zum Ziel gesetzt, einheitliche und (auch international) vergleichbare Indikatorensets zu erhalten. Dazu dienen verschiedene Pilotprojekte zur Implementierung von Patient-Reported Outcome Measures in der Schweiz." So sei beispielsweise der ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) damit beauftragt worden, Pilotprojekte wie den Nationalen Reha-Messplan oder die ANQ-Qualitätsmessungen in Akutspitälern umzusetzen.

Um die Entwicklung der Messung von Outcomequalität in der Schweiz voranzutreiben, beschloss die EQK zudem, die Umsetzbarkeit verschiedener Indikatoren zu testen und anschließend Empfehlungen an das schweizerische Bundesamt für Gesundheit (BAG) abzugeben. Sie schrieb dazu einen Auftrag für ein Pilotprojekt zu Patient-Reported Outcome Measures aus, der die Erhebung inhaltlich, organisatorisch und technisch pilotieren sollte. Nach der öffentlichen Ausschreibung hat die EQK 2023 das Pilotprojekt zur sektorübergreifenden Implementierung von PROM („Open PROMs") an ein Konsortium von Berner Fachhochschule, Brightfish B. V., MIDATA Cooperative und Insel Gruppe vergeben (5). Dauer: 01.07.2023 bis 31.07.2025. Inzwischen haben laut Kamann verschiedene Kantone eigene Vorgaben und Programme zur Erhebung von PROM und PREM implementiert, oft in Zusammenarbeit mit akademischen Ins-

**Nutzenzwecke von PROM**




***Abb. 1:*** *Nutzenzwecke von PROM. Quelle: Spotlight Gesundheit 01/2023. Patient-Reported Outcomes, Bertelsmann Stiftung.*

titutionen und Gesundheitseinrichtungen. So hätte die Gesundheitsdirektion Zürich Mitte 2019 begonnen, eine obligatorische Messung der Indikations- und Ergebnisqualität bei Patienten mit Hüft- und Knieprothesenoperationen für die 21 Listenspitäler des Kantons Zürich zu starten.

Auch in den Niederlanden wird ein verstärkter Fokus auf patientenzentrierte und qualitätsorientierte Gesundheitsversorgung gelegt. Das beschreibt Dr. Valerie Kirchberger, die die Leitung der „Machbarkeitsstudie indikationsübergreifendes Patient-Reported Outcome Measurement – Digitalisierung nutzen für eine patientenzentrierte Gesundheitsversorgung (DigiPROM)" in ihrem Abschlussbericht (7). So sei 2017 die Entwicklung von patientenzentrierten Gesundheitsindikatoren, qualitätsbasierte Vergütung und gemeinschaftliche Entscheidungsfindung (shared-decision-making) im niederländischen Koalitionsvertrag verankert worden, worauf das Ministerium für Gesundheit, Wohlbefinden und Sport (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) das Konzept „Outcome based healthcare 2018–2022" zur graduellen Implementierung von PROM vorgelegt hat. Das erklärte Ziel: bis 2022 PRO für alle Erkrankungen zu erheben, die zusammengenommen mindestens 50% der Krankheitslast in der kurativen Gesundheitsversorgung ausmachen. Gelder zur Finanzierung seien beschlossen und das Nationale Gesundheitsinstitut beauftragt worden, gemeinsam mit Patientenvertreter:innen, Leistungserbringenden, Versicherungen, sowie Vertreter:innen aus Wissenschaft und internationalen Konsortien das Konzept umzusetzen. Laut DigiPROM wurden vier Kernpunkte definiert:

1) Eine Aktualisierung bestehender und Entwicklung neuer Leitlinien und Messinstrumente, sowie Adaption internationaler Standards bei der PRO-Erhebung.
2) Die Förderung der partizipativen/gemeinschaftlichen Entscheidungsfindung zwischen Leistungserbringenden und Patient:innen.
3) Healthcare contracting sowie die Organisation sektorenübergreifender Gesundheitsversorgung soll auf PRO-Daten basieren.
4) Die versorgungsintegrierte Nutzung von PRO für Patient:innen und Leistungserbringende, sowie Bereitstellung von aggregierten Daten für Versicherungen und Wissenschaft.

**Nutzen von PROM in ausgewählten Ländern**

| | Level of implementation | Disease and treatment areas of focus | PRO-data use |
|---|---|---|---|
| Australia | » Mainly bottom up: Cross-clinical and pilot level, but also state-level initiative in NSW | » 25 diseases covered by NSW state program<br>» Focus: cancer, hip and knee replacement, rheumatology | » Research, service improvement, benchmarking, shared decision-making |
| Canada | » Mixture of top-down PROMs standards and bottom-up implementation; Province based implementation | » Focus on elective surgeries and chronic diseases<br>» National standard for hip and knee replacement | » Performance monitoring, research, shared decision-making |
| Denmark | » Top-down recommendations and infrastructure | » Chronic diseases, orthopedics, cancer, mental health, etc. | » P4P, outcome improvement, patient monitoring, reporting to registries |
| England | » Mainly top-down implementation but also bottom-up initiatives and registries | » Nationally, hip and knee replacement focus<br>» Pilot projects in additional areas, e.g. mental health | » Public reporting, research, quality improvement |
| Netherlands | » Bottom-up implementation and top-down financial support | » Speciality care - cancer, diabetes, heart diseases, hand and wrist care etc. | » Benchmarking, research, quality improvement, shared decision-making |
| Norway | » Bottom-up implementation and top-down support | » Mental health, orthopedics, NCDs (e.g. diabetes and heart diseases) | » Research, quality improvement, shared decision-making, benchmarking |
| Sweden | » National health data platform and bottom-up initiatives | » Chronic diseases, surgical/ orthopedics, cancer, mental health/neurology | » Quality improvement, research, benchmarking, public reporting, P4P |
| Switzerland | » Predominantly voluntary, bottom-up provider or regional projects<br>» First mandatory PROMs collection in the Cantons of Zurich and Basel-City | » Elective surgery (spine surgery, hip & knee replacement) and cancer care | » Patient monitoring, shared decision-making, public reporting, P4P, research |
| USA | » Voluntary, bottom-up provider / hospital networks and Medicare bundled payments | » Broad range of diseases and treatment areas: cancer care, orthopedics, primary care, variscose veins etc. | » Patient monitoring, shared decision-making, research and P4P |
| Germany | » Mainly voluntary, bottom-up provider level or cross-provider projects<br>» Planned selective introduction at national scale (DeQS-RL) in 2021 | » Elective surgery (mainly orthopedics) and cancer care, rehabilitation | » Research, patient monitoring, shared decision-making, (public reporting, P4P) |

***Abb. 2:*** *Nutzen von PROM in ausgewählten Ländern. Quelle: Patient-Reported Outcome Measures – an International Comparison, Mai 2021 Bertelsmann Stiftung.*

Die Konzeptumsetzung werde zudem von einem Evaluationsprozess begleitet, auf dessen Basis eventuelle Justierungen auf Policy-Ebene beschlossen werden können, um die Umsetzung bestmöglich zu fördern.

Am Beispiel des Landes Dänemark, das PROM und PREM zur Steuerung seines Gesundheitssystems nutzt und damit eine absolute Vorreiterrolle einnimmt, erkennt man, dass die systematische Nutzung beider Instrumente großes Potenzial hat, die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern und die Patientenperspektive deutlich stärker in den Mittelpunkt zu rücken.

Wie bei unseren Nachbarn im Norden die Versorgung zum Nutzen aller mit PROM und PREM gesteuert wird, trägt auf dem MVF-Kongress Olaf Mayer, Senior Advisor Health der Königlich Dänischen Botschaft in seiner Keynote vor. Dies setzt vor allen Dingen eine entsprechende nationale Gesetzgebung zur Förderung und Forderung von PROM/PREM voraus. Das hat beispielsweise die dänische Gesundheitspolitik bereits 2005 mit dem dänischen Gesundheitsqualitätsprogramm getan (6). Mitte der 2010er-Jahre baute dann die nationalen Gesundheitsagenda Dänemarks mit der Priorisierung von PROM darauf auf: Mehrere Qualitätsprogramme und Initiativen wurden in dieser Zeit zur Realisierung einer nutzenorientierten Gesundheitsversorgung (basierend auf Michael E. Porters „Value-based Healthcare") eingeführt, mit dem Kernziel, die Patientenzentriertheit und nachhaltige Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen klarer zu fördern.

Damit liegen diese EU-Staaten ganz auf der Linie der OECD, die bereits 2019 als Leitlinie postuliert hatte: „A people-centred health system needs to measure what matters to patients"(8). Oder auf deutsch: „Ein patientenzentriertes Gesundheitssystem muss messen, was für die Patient:innen wichtig ist."

Laut OECD bewerten jedoch nur wenige Gesundheitssysteme ihre Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden aus der Perspektive der Menschen, denen sie dienen sollten. Obwohl das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (QoL) seit fast drei Jahrzehnten existieren würde, wird es nach Ansicht der OECD nicht systematisch gemessen oder berichtet. In dem eben zitierten Report „Health at a Glance 2019" steht weiterhin, dass sich Leistungskennzahlen im Gesundheitswesen in der Regel hauptsächlich auf Inputs und Outputs konzentrieren würden. Auch seien Ergebnisse wie die Lebenserwartung wichtig, doch würden sie nichts über eine Reihe anderer Dinge aussagen, die von Patient:innen berichtet werden können: darunter Schmerzen, Funktionsfähigkeit und Lebensqualität sowie die Erfahrung der Pflege selbst. Dies bedeute, dass ein wesentlicher Teil des Bildes der Gesundheitsversorgung und der Leistung des Gesundheitssystems fehle. Das OECD-Fazit: „Auf den Menschen ausgerichtete Gesundheitssysteme bleiben ein leeres Versprechen ohne mehr Informationen darüber, wie sich die Gesundheitsversorgung und die Gesundheitspolitik tatsächlich auf das Leben einzelner Patienten auswirken." Um genau das zu fördern, hat die OECD die Initiative „Patient-Reported Indicator Surveys", kurz PaRIS, gestartet. Sie zielt darauf ab, die systematische Verwendung der wichtigen Kennzahlen in Gesundheitssystemen zu fördern (9).

## Status quo Deutschland

Die Frage, warum gerade in Deutschland bisher nur sporadische Projekte und Pilotanwendungen existieren, ist komplex und lässt sich nicht leicht beantworten. Die Gründe sind ebenso vielfältig wie zahlreich. Ohne näher auf Detailthemen einzugehen, sind sechs Hinderungskomplexe zu identifizieren:

1) fehlender politischer Wille und keine nationale Strategie zur Einführung dieser Instrumente
2) strukturelle Herausforderungen (Fragmentierung des Gesundheitssystems, Sektorengrenzen)
3) finanzielle und personelle Hürden (Kosten, Personalaufwand und -mangel, mangelnde Erstattungsfähigkeit)
4) technische und infrastrukturelle Herausforderungen (noch nicht voll funktionsfähige IT-Infrastruktur, Datenschutz)
5) Standardisierung und Koordination (interoperable technische Infrastruktur für eine nahtlose Integration)
6) kulturelle und organisatorische Faktoren (traditionelle Sichtweisen verhindern die Umstellung auf eine patientenzentrierte Perspektive und die Integration von PROM in bestehende Abläufe und Systeme)

Um eine flächendeckende Implementierung auch hierzulande zu erreichen, sind vor allen Dingen – wie in Dänemark und der Schweiz bereits geschehen – erhebliche Anstrengungen und Anpassungen auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems erforderlich. Dies erfordert zuallererst den entsprechenden politischen Willen.

Die Siebente Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung mit dem Titel „Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, des Qualitäts und des klinischen Risikomanagements (QS, QM und kRM)" (10) spricht sich klar für das Konzept der Value Based Health Care aus. Dieses Konzept postuliert laut der 7. Stellungnahme einen Gesundheitswettbewerb, in dem sich Leistungserbringer in Netzwerken organisieren und dafür belohnt werden, dass sie für definierte Patientengruppen besonders gute Gesundheitsergebnisse zu möglichst niedrigen Kosten erzielen (Value = Gesundheitsergebnisse im Verhältnis zu den Kosten zum Erreichen dieser Ergebnisse). Der Wettbewerb um Value hat laut Regierungskommission vor allem Konsequenzen für die Versorgungsstrukturen und die Vergütung. Bestimmte Patientengruppen sollen nur in Abteilungen versorgt werden, die über die dafür notwendige Infrastruktur, das Personal und die Erfahrung verfügen; und deren Vergütung soll nicht allein mengenbezogen erfolgen, sondern sie soll basierend auf kontinuierlicher Ergebnismessung Qualitätsaspekte berücksichtigen.

In diesem Sinne sieht die Kommission das Konzept von Leistungsgruppen, deren Zuordnung zu geeigneten Krankenhausleveln sowie eine an Qualität und Vorhaltung orientierte Vergütung als wichtige Schritte in Richtung Value Based Health Care.

Die dazu nötige Patientenorientierung als eine der Dimensionen im WHO-Qualitätsmodell für die Gesundheitsversorgung (11) erfordere neben adäquaten Maßnahmen zur Sicherstellung der Angemessenheit der Gesundheitsversorgung im Sinne einer hohen Struktur- und Prozessqualität einschließlich der Indikationsqualität auch und insbesondere die Bewertung der Effekte der Gesundheitsversorgung anhand von Ergebnisindikatoren. Hier sollte – so die Regierungskommission – neben klinischen, durch versorgungsnahe Daten abbildbaren Indikatoren „sehr viel stärker als bisher die Patientenperspektive mittels Messung des von Patientinnen und Patienten berichteten Outcomes (PROM) und ihrer Erfahrungen mit Prozessen im Rahmen der Gesundheitsversorgung (PREM) abgebildet werden". Und weiter: „Diese Messungen sind eine wertvolle Quelle von Informationen zu den WHO-Qualitätsdimensionen einer wirksamen, sicheren, menschenzentrierten, rechtzeitigen, gerechten und integrierten Gesundheitsversorgung."

Nun ist es nicht so, dass in Deutschland in Sachen PROM und PREM gar nichts positives geschehen würde. So gibt es eine ganze Reihe an Innovationsfondsprojekten im Bereich der Versorgungsforschung, die sich mit der Erforschung von PROM beschäftigen, dies aber meist indikationsbezogen:

- Dent@Prevent – Implementierung von Routinedaten & PROM in die evidenz-informierte intersektorale (zahn-)medizinische Versorgung
- E=MC² – Entwicklung der intersektoralen, medizinischen Versorgung von Patienten mit „Chronic Critical illness" (mittels PROM sollten patient:innen zu ihrem aktuellen Gesundheitszustand befragt werden)
- EPOS – Ergebnisqualität durch Patient Reported Outcome Measures (PROM) bei Schlaganfallpatienten in der klinischen Routine
- PRO B – PROM bei Brusterkrankungen – neue Wege in der Versorgung bei metastasiertem Brustkrebs
- PROMchronic – Potential von PROM und PREM zur Verbesserung der Versorgung chronisch erkrankter Patienten
- PRO-P – Einfluss elektronischer Patient Reported Outcomes (ePROMs) bei operativer Therapie des Prostatakarzinoms auf den postoperativen Verlauf

Rühmliche Ausnahmen bilden zwei In-

## Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Mit PROM und PREM zu Patient Centered Care“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/24), S. 24–27. http://doi.org/10.24945/MVF.05.24.1866-0533.2656


**PRO-Datennutzung auf Systemebene**




***Abb. 3:*** *PRO-Datennutzung auf Systemebene. Quelle: siehe Abb. 3.*

novationsfondsprojekte, beide initiiert von Prof. Dr. med. Reinhard Busse von der Fakultät Wirtschaft & Management, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin:

- PROMchronic – Potential von PROM und PREM zur Verbesserung der Versorgung chronisch erkrankter Patienten (12)
- PROMoting Quality – Intersektorale Nutzung von Patient Reported Outcome Measures zur Steigerung der patientenrelevanten Ergebnisqualität (13)

Das Projekt PROMchronic zielt darauf ab, die Versorgung chronisch kranker Patient:innen mit Hilfe der regelmäßigen Erhebung digitaler Patient Reported Outcome Measures (PROM) bzw. Patient Reported Experience Measures (PREM) zu verbessern. Dies soll, so die Projektbeschreibung, dazu beitragen, Versorgungslücken zu identifizieren sowie eine Berücksichtigung nicht-medizinischer Erwartungen der Patient:innen zu ermöglichen. Auf Basis ihrer Analysen werden die Projektbeteiligten konkrete Handlungsempfehlungen zum Einsatz von PROM und PREM entwickeln. Im Erfolgsfall soll das Projekt dazu beitragen, die Qualität in der Gesundheitsversorgung auszuweiten und Versorgungsdefizite frühzeitig zu erkennen.

Das Projekt wird vom Innovationsfonds für 48 Monate mit insgesamt ca. 1,3 Millionen Euro gefördert. Konsortialpartner: aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. BARMER, ONCARE GmbH. Laufzeit: 07/2022 bis 06/2025.

Im Projekt PROMoting Quality werden PROM eingesetzt, um den Behandlungsverlauf beim Einsatz von Hüft- oder Kniegelenkprothesen auch aus der Patientenperspektive zu bewerten. Die Evaluation soll, so die Projektbeschreibung zeigen, ob die mit Hilfe von PROM nachversorgten Patienten am Ende der Studie besser versorgt und zufriedener sind als die Patienten der Kontrollgruppe. Die Analysen überprüfen aber auch, ob die Intervention wirtschaftlicher ist und schätzen die Auswirkungen einer bundesweiten Anwendung der neuen Versorgungsform ab. Das Projekt wird für vier Jahre mit insgesamt ca. 3,5 Millionen Euro gefördert. Konsortialpartner: HRTBT Medical Solutions GmbH, BARMER, BKK Dachverband e. V., aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. Laufzeit: 04/2019 bis 03/2023. Status: Der Abschlussbericht wird erstellt. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

**Literatur:**


1: https://t1p.de/1gpkp
2: https://t1p.de/m30ar
3: https://t1p.de/eja8s
4: https://t1p.de/bhyll
5: https://t1p.de/cnjxm
6: https://t1p.de/mfzx3
7: https://t1p.de/lno1a
8: https://t1p.de/mx8dz
9: https://t1p.de/w9yrr1
10: https://t1p.de/w9yrr
11: https://t1p.de/zfh8t
12: https://t1p.de/pa2wz
13: https://t1p.de/eykmb


**MVF-Kongress am 9.12.2024 bei der AOK Nordost in Berlin**

| von | bis | Thema | |
|---|---|---|---|
| | | **PROM/PREM: Chance für Versorgungssteuerung/-management** | |
| 09:00 | 09:10 | Begrüßung/Warm-Up | Prof. Dr. Reinhold Roski, Herausgeber MVF |
| 09:10 | 09:30 | Keynote 1: Mit PROM und PREM zur Patient Centered Care | Daniela Teichert, Vorstandsvorsitzende AOK Nordost |
| 09:30 | 09:50 | Keynote 2: Wie in Dänemark mit PROM/PREM die Versorgung zum Nutzen aller gesteuert wird | Olaf Mayer, Senior Advisor Health der Kgl. Dänischen Botschaft |
| 09:50 | 10:10 | Keynote: „Wie Versorgungssteuerung mit PROM und PREM aus Patientensicht Sinn stiften kann | Cordula Mühr MD MPH, ehrenamtliche Patientenvertreterin im G-BA |
| 10:10 | 10:30 | Was brauchen wir für ein lernendes Gesundheitssystem? | Prof. Dr. Bertram Häussler, Vorsitzender der Geschäftsführung IGES Institut |
| 10:30 | 10:50 | Wie aus PROM und PREM ein Patient-Centered-Care-Modell werden kann | Prof Dr. Volker Amelung, Medizinische Hochschule Hannover / Dr. Matthias Arnold, Mitglied der Geschäftsführung inav |
| 10:50 | 11:20 | Ein holistischer Bewertungsansatz zwischen Nutzen und Ökonomie | Melina Sophie Kurte, Senior Managerin VITIS Healthcare |
| 11:50 | 12:10 | Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes von PROMS/PREMS im Krankenversicherungsrecht | RA Dr. Dr. Thomas Ruppel, Kanzlei für Medizinrecht und Gesundheitsrecht |
| 12:10 | 13:00 | Podiumsdiskussion | Moderator: Prof.. Dr. Bertram Häussler, IGES |
| 13:00 | 14:00 | Mittagessen | |
| | | **PROM/PREM: Lotsen / AbD / besondere Therapiesituationen / Krankenhäuser** | |
| 14:00 | 14:30 | PROM/PREM – versorgungsnahe Daten aus Lotsenprojekten | Dr. Michael Brinkmeier, Vorstand Deutsche Schlaganfallhilfe |
| 14:30 | 15:00 | PRO Erhebungen im Rahmen von anwendungsbegleitenden Datenerhebungen (AbD) | Ulrike Seay, Ressort Arzneimittelbewertung, IQWiG |
| 15:00 | 15:30 | Kaffeepause | |
| 15:30 | 16:00 | Wie kommen wir zu einem situativ angepassten Umgang mit Endpunkten bei besonderen Therapiesituationen? | Dr. Andrej Rasch, Nutzenbewertung/ HTA-Koordination vfa |
| 16:00 | 16:30 | PROM/PREM: Erfahrungen aus der Schweiz – Praxisbeispiel aus dem Kantonsspital Winterthur | Carolin Kamann, Strategic Business Development Raylytic |
| 16:30 | 18:00 | Podiumsdiskussion: Folgen für die Politik | Moderator: Prof. Dr. Reinhold Roski, MVF |
| ab 18:00 | | Get-together | |

# Keynotes



**Daniela Teichert**
| Vorstands-vorsitzende der AOK Nordost



**Olaf Mayer**
| Senior Advisor Health der Kgl. Dänischen Botschaft

# Speaker
## (alfabetisch)



**Prof Dr. Volker Amelung**
| Medizinische Hochschule Hannover

***Wie aus PROM und PREM ein Patient Centered Care Modell werden kann***



**Dr. Matthias Arnold**
| Mitglied der Geschäftsführung – inav

***PROM und PREM - Entwicklung der letzten Dekade***



**Dr. Michael Brinkmeier**
| Vorstand Deutsche Schlaganfallhilfe

***PROM/PREM – versorgungsnahe Daten aus Lotsenprojekten***



**Prof. Dr. Bertram Häussler**
| Vorsitzender der Geschäftsführung IGES Institut

***Was brauchen wir für ein lernendes Gesundheitssystem?***



**Carolin Kamann**
| Strategic Business Development Raylytic

***PROM/PREM: Erfahrungen aus der Schweiz – Praxisbeispiel aus dem Kantonsspital Winterthur***



**Melina Sophie Kurte**
| Senior Managerin VITIS Healthcare

***Ein holistischer Bewertungsansatz zwischen Nutzen und Ökonomie***



**Cordula M MD MP**
| Ehrenamt Patientenver rin beim G

***„PROM und zur Versorg steuerung Deutschla***

monitor VERSORGUNGS FORSCHUNG

# Mit PROM und PREM zu Patient Centered Care

## Die Themen:

- Versorgungssteuerung/-management
- Endpunkte bei „besonderen Therapiesituationen“

**Informieren / anmelden**

https://t1p.de/7wla4



**Mühr**
**PH**
liche
rtrete-
G-BA

***PREM***
***ungs-***
***g in***
***nd?“***



**Dr. Andrej Rasch**
| Nutzenbewertung/HTA-Koordination vfa

***Wie kommen wir zu einem situativ angepassten Umgang mit Endpunkten bei besonderen Therapiesituationen?***



**RA Dr. Dr. Thomas Ruppel**
| Kanzlei für Medizinrecht und Gesundheitsrecht

***Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes von PROMS/PREMS im Krankenversicherungsrecht***



**Ulrike Seay**
|Ressort Arzneimittelbewertung, IQWiG

***PRO Erhebungen im Rahmen von anwendungsbegleitenden Datenerhebungen (AbD)***

## Safe the Date

**09. Dezember 2024**
**09:15 bis 18:00 Uhr**
**im Raum Alliance**
**der AOK Nordost**
**Wilhemstrasse 1**
**10963 Berlin**

7. MVF-Impfkongress „Impfstatus 2024“

# Von HZV, Apotheken und Collective Responsibility

Wo wird was und mit welchem Erfolg geimpft? Das war Thema des 7. MVF-Impfkongresses mit dem Titel „Impfstatus 2024“, bei dem es – wie auch schon in den vergangenen Onlinekongressen – darum ging, wie man tatsächlich eine Erhöhung der Impfquoten erreichen kann. Denn die sind meist schlecht, will heißen: zu niedrig und zum guten Teil viel zu niedrig. Das gilt bei vielen impfpräventablen Krankheiten, so auch bei Influenza, Masern und RSV, einer Infektion, die schwere Komplikationen wie kardiovaskuläre Ereignisse verursachen kann und bei der es ganz neue Impfmöglichkeiten gibt.

>> Das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) warnt vor steigenden Masernfällen in Europa aufgrund unzureichender Impfquoten. Das EU-Zentrum erwartet in den kommenden Monaten einen weiteren Anstieg, da die Durchimpfungsrate in vielen Ländern viel zu niedrig ist.Das ECDC fordert daher die Gesundheitsbehörden der Länder auf, Immunitätslücken zu schließen und eine Impfquote von über 95% mit der zweiten Dosis zu erreichen. „Insgesamt sind die Impfquoten bei vielen impfpräventablen Krankheiten zu niedrig, was die Frage aufwirft, wie die Impfziele der WHO tatsächlich erreicht werden können”, führte der Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung”, Prof. Dr. Reinhold Roski, in seiner Kongressbegrüßung aus.



Prof. Dr. Reinhold Roski, MVF-Herausgeber und Moderator des MVF-Fachkongresses „Impfstatus 2024" am 4.9.2024

Sogar die BILD-Zeitung warnte vor Impfmüdigkeit und schrieb: „Sind die Deutschen impfmüde?” (1) Und in einem anderen Artikel derselben Zeitung: „Seuchenschutzbehörde warnt: Masern sind zurück! Allein in Berlin acht Fälle in sechs Wochen.“ Roski: „Wie kann man die Impfziele der WHO und der STIKO, über die sich alle einig sind, tatsächlich erreichen? Auch ein Nationaler Impfplan wie bei Influenza reiche offenbar nicht. Roski weiter: „Darum beschäftigen wir uns heute erneut mit der Frage: Wie kann man die Erhöhung der Impfquoten tatsächlich erreichen?”, „Wo wird was und mit welchem Erfolg geimpft?” Und: „In einem hat die BILD wohl recht: Vielleicht muss man, um die Menschen aufzurütteln, drastischere Worte finden, anstatt wie das ECDC nur eine ‚intensivere Impfaufklärung‘ und einen möglichst ‚gleichberechtigten Zugang zu Impfstoffen‘ einzufordern.”

## Schifelbein: „Die Impfversorgung muss neu gedacht werden”

Tina Schifelbein, Referentin Infektionsschutz im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, erörterte in ihrem Vortrag ausführlich Impfstrategien in Deutschland. Sie konzentrierte sich aus der ministerialen Sicht der Fachebene insbesondere auf die nationalen und regionalen Bemühungen zur Erhöhung der Impfraten. Sie behandelte verschiedene Aspekte wie den rechtlichen Rahmen, Initiativen im Bereich der öffentlichen Gesundheit und spezifische Kampagnen, die sich an verschiedene Bevölkerungsgruppen richten. Die wichtigsten Punkte sind:

1. **Nationale Koordinierung:** Die Einrichtung der Nationalen Lenkungsgruppe für Impfungen (nali) zielt darauf ab, die Impfanstrengungen auf Bundes- und Länderebene zu koordinieren, wobei die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens ohne den Einfluss der Impfstoffhersteller im Vordergrund steht.
2. **Lokale Umsetzung in Brandenburg:** Der öffentliche Gesundheitsdienst in Brandenburg betreibt 18 Gesundheitsämter, die Impfdienste und Aufklärungsarbeit leisten. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen verpflichten diese Ämter zur Förderung einer flächendeckenden Impfung.
3. **Schulische Gesundheitsinitiativen:** Die Überprüfung des Impfstatus ist gemäß dem Infektionsschutzgesetz in die schulärztlichen Untersuchungen, insbesondere auf Masern, integriert. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die Kinder vor der Einschulung die erforderlichen Impfstandards erfüllen.
4. **Kommunale Partnerschaften:** Verschiedene Bündnisse wie „Gesundes Aufwachsen“ und „Gesundes Altern“ konzentrieren sich auf bestimmte Altersgruppen und fördern das Impfbewusstsein und den Zugang zu Impfungen, insbesondere für Kinder und ältere Menschen.
5. **Öffentliche Sensibilisierungskampagnen:** Kampagnen wie „Deutschland sucht den Impfpass“ und lokale Maßnahmen während der Covid-19-Pandemie zielen darauf ab, die Öffentlichkeit einzubeziehen und durch verständliche Botschaften zum Impfen zu ermutigen.
6. **Digitale Innovationen:** Die Diskussion deutet auf das Potenzial eines digitalen Impfpasses hin, um die Verfolgung des Impfstatus zu vereinfachen, sowie auf Erinnerungshilfen für anstehende Impfungen, um die Impftreue zu verbessern.
7. **Zugangsinitiativen:** Mobile Impfteams und Impfbusse wurden eingesetzt, um unterversorgte Bevölkerungsgruppen zu erreichen, darunter solche mit Sprachbarrieren oder niedrigem sozioökonomischem Status.
8. **To-dos in der Zukunft:** Es wird auf die Notwendigkeit fortlaufender Aufklärungs- und Sensibilisierungskampagnen hingewiesen, insbesondere in Bezug auf die HPV-Impfung, die für die Krebsprävention unerlässlich ist.

Insgesamt hob Tina Schifelbein in ihrem Vortrag einen vielschichtigen Ansatz zur Erhöhung der Impfraten hervor, der sich auf rechtliche, pädagogische und gemeindebasierte Strategien konzentriert, um eine umfassende Abdeckung der öffentlichen Gesundheit zu gewährleisten. Sie erklärte zudem, welche spezifischen Maßnahmen schon auf nationaler Ebene ergriffen wurden, um die Impfquoten zu erhöhen?, wie die nationale Lenkungsgruppe Impfen (NaLI) konkret

# IMPFSTATUS 2024

funktioniert und welche Rolle die Gesundheitsämter in Brandenburg bei der Impfstrategie spielen. Ebenso: Wie die Impfquoten bei Kindern und Jugendlichen durch gesetzlich vorgeschriebene Untersuchungen (Schuleingangs- und Schulabgangsuntersuchung) kontrolliert werden und welche Strategien bei älteren Menschen in Brandenburg zur Impfvermeidung empfohlen werden.

Bei allem müsse man, so Schifelbein, immer die regionalen Gegebenheiten vor Ort im Blick haben: Brandenburg sei das Bundesland mit der zweitniedrigsten Bevölkerungsdichte Deutschlands. Das heißt, dass in Brandenburg im Schnitt ungefähr 86 Einwohnende pro Quadratkilometer wohnen. Auch sei die Arztdichte recht unterschiedlich: Während beispielsweise in Potsdam, der kreisfreien Landeshauptstadt Brandenburgs, mit seinen knapp 180.000 Einwohner:innen laut Landesärztekammer 321 ambulant niedergelassene Ärzt:innen tätig sind, gebe es in Prignitz mit seinen rund 76.000 Einwohner:innen nur 78 ambulant niedergelassene Ärzt:innen. Dies bedeute, dass in Potsdam rein rechnerisch eine Ärzt:in 570 Patient:innen versorgt in Prignitz hingegen komme mit 972 Patient:innen auf eine Ärzt:in fast die doppelte Anzahl. Dies zeige, dass alleine schon wegen der unterschiedlichen Ärzteverteilung und infolge des zunehmenden Fachärztemangels die gesundheitliche Versorgung und so auch die mit Impfungen generell neu gedacht werden müsse.

Eine Frage ist hier laut Schifelbein vorrangig zu beantworten: Wie können niedrigschwellige Impfangebote in die Bevölkerung gebracht werden? Im Rahmen der Corona-Pandemie seien neben Impfzentren beispielsweise mobile Impfteams eingesetzt worden, um insbesondere vulnerable Personengruppen in Pflegeheimen mit Impfungen zu versorgen. Nun müsse bei allen Impfarten die gesamte Bevölkerung mitgedacht werden; so unter anderem auch Personen mit Migrationshintergrund, was manchmal mit einer sprachlichen Barriere einhergehe. Schifelbein: „Aufklärung und Impfkampagnen dürfen eben nicht nur auf deutscher Sprache stattfinden, sondern müssen mehrsprachig verfügbar sein und soziale Faktoren berücksichtigen."

Impfen findet vorrangig bei der niedergelassenen Ärzteschaft statt, jedoch sollten auch die Apotheken mitgedacht werden. Impfen, ist Schifelbeins Ausführungen zufolge eine komplementäre Aufgabe der Gesundheitsämter, die sie zusammen mit den Kassenärzten wahrnehmen.






***Abb. 1:*** Aus dem Vortrag von Tina Schifelbein, Referentin Infektionsschutz im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg: „Was man tun kann, um die Impfquote (weiter) zu erhöhen?"; MVF-Fachkongress „Impfstatus 2024" am 4. September 2024.

Doch nun gehe es darum, möglichst viele Impfungen in die Bevölkerung zu bekommen, von daher müsse man wie zu Coronazeiten auch die Apotheken ermächtigen. Ein neuer Entwurf des aktuellen Apothekenreformgesetzes besage hier, dass das Impfen in den Apotheken im Rahmen von Totimpfstoffen ausgeweitet werden soll. Dies sei gerade im Zuge des Ärztemangels eine Option, um wieder mehr Impfangebote an die Bevölkerung richten zu können. Tina Schifelbeins Aufforderung: „Um unserer Impfaufgabe nachkommen zu können, sollten wir alle Akteure an einen Tisch bringen." Die wichtige Frage sei an der Stelle, wer die Verantwortung für den ersten Schritt haben würde, einen ‚Runden Impf-Tisch' ins Leben zu rufen, fragte „Monitor Versorgungsforschung" mit dem Hinweis auf die vergangenen sechs Impfkongresse mit ähnlich vorgebrachten Forderungen. Ihre Antwort, gegeben aus der Fachebene eines Gesundheitsministeriums: „Wir würden es begrüßen, wenn ein durch das Ministerium moderierter Runder Impf-Tisch auf Landesebene etabliert würde.

## Matusiewicz: „Apotheken sind die Tankstellen der Gesundheit"

Mit der Rolle der Apotheken bei den Impfbemühungen in Deutschland beschäftigte sich denn auch Prof. Dr. David Matusiewicz von der Hochschule für Oekonomie & Management, Essen, in seinem Impulsvortrag. Der Referent, unter anderem ein anerkannter Spezialist auf dem Gebiet der digitalen Medizin, beleuchtete in seinem Vortrag mit dem Titel „Die Rolle der Apotheken beim Impfen: Heute und in Zukunft" verschiedene Aspekte der Beteiligung von Apotheken an Impfungen, einschließlich Herausforderungen und Chancen. Die wichtigsten Punkte seines Vortrags:

1. **Erweiterte Rolle der Apotheken:** Seit der Corona-Pandemie dürfen Apotheken Impfstoffe verabreichen, was sowohl von den Apothekern als auch von der Öffentlichkeit positiv aufgenommen wurde. Diese Ausweitung der Dienstleistungen wird als eine Möglichkeit gesehen, die Rolle der Apotheke im Gesundheitswesen zu stärken. Detailproblem: Mehrfachdosenbehältnis (6er-Packung) – immer sechs Personen, sonst muss der Rest weggeworfen werden (nicht nachhaltig und unwirtschaftlich); bei Grippe Einzelverpackung (wenig Verwurf).
2. **Herausforderungen bei der Umsetzung:** Trotz des positiven Feedbacks gibt es logistische Herausforderungen, wie z. B. die Notwendigkeit mehrerer Impfstoffdosen und Bedenken hinsichtlich der Rentabilität, die Apotheken hindern können, Impfdienste in vollem Umfang zu übernehmen.
3. **Öffentliche Wahrnehmung und Zugang:** Viele Patienten bevorzugen es, sich in Apotheken impfen zu lassen, weil sie dort kürzere Wartezeiten haben und es weniger überfüllt ist als in Arztpraxen. Nutzenstiftend ist, dass Apotheken als bequeme Anlaufstellen für Impfungen dienen können, insbesondere außerhalb der Stoßzeiten; inbesoidnere auch zu Randzeiten, wenn Arztpraxen zu sind (Mittwochnachmittag oder Samstag).
4. **Wirtschaftliche Erwägungen:** Die finanzielle Tragfähigkeit von Impfdiensten in Apotheken stellt ein Problem dar. Der Referent weist darauf hin, dass die Vergütung für Impfungen die Kosten möglicher-

weise nicht ausreichend deckt, was dazu führt, dass einige Apotheker zögern, diese Dienste anzubieten.

5. **Zusammenarbeit mit Gesundheitsdienstleistern:** Es besteht ein Bedarf an einer besseren Zusammenarbeit zwischen Apothekern und Ärzten, um die Impfbemühungen zu rationalisieren. Der Referent erwähnt die bestehenden Spannungen zwischen den beiden Berufsgruppen hinsichtlich der Zuständigkeiten und der Vergütung.
6. **Potenzial für Innovationen:** Der Referent plädiert für den Einsatz digitaler Hilfsmittel, z. B. einer App, mit der der Impfstatus verfolgt werden kann, um das Engagement und die Compliance der Patienten zu verbessern. Dies könnte dazu beitragen, das Problem veralteter Impfbücher zu lösen.
7. **Zukünftige Wege:** Er betont, wie wichtig es ist, die Apothekenpraxis an die sich wandelnden Bedürfnisse des Gesundheitswesens anzupassen, einschließlich der Integration von pharmazeutischen Dienstleistungen und einer verbesserten Patientenaufklärung über Impfungen.

Insgesamt unterstreicht der Impulsvortrag von Matusiewicz, der anlässlich der Vorbereitung auf sein aktuelles Buch „Apotheke der Zukunft" (2) mehrere Wochen in einer Offizin ein Praktikum absolviert hat, das große Potenzial der Apotheken, durch Impfungen einen Beitrag zur öffentlichen Gesundheit zu leisten. Er räumt jedoch ein, dass es noch verschiedene Hindernisse gibt, die beseitigt werden müssen, bis Apotheken ihre volle Wirkung entfalten können. Dies zu tun,sei indes höchst sinnvoll, da die Apotheke „einer der wenigen Orte im Gesundheitswesen ist, wo ich einen Akademiker oder Termin aufsuchen kann". Das sei, so Matusiewicz, ein wahres Pfund, ein absolut niedrigschwelliger Zugang zu welchem gesundheitlichen Problem auch immer oder zur Frage, wie man schnell und spontan an eine Impfung kommen kann, ohne schon Wochen vorher einen Termin ausmachen oder im Wartezimmer viel Zeit verbringen zu müssen.

Auch aus rein ökonomischer Sicht gehörte das Impfen in die sich ändernde Wertschöpfungskette der Apothekenschaft: Hätte es früher noch „around the pill", dann „beyond the pill" geheißen, sei nun „around the customer" angesagt. Das Impfen in der Apotheke sei jedoch mehr als nur ein niederigschwelliger Zugang oder eine zusätzliche Einnahmequelle. Aus Sicht der Apotheke bedeute diese Ermächtigung viel mehr: eine Kompetenzerweiterung für die Apothekerschaft, welche vor allem die Attraktivität für den Nachwuchs erhöhe. Matusiewicz: „Wenn in Zukunft die Apotheke noch mehr beraten, Apps erklären und auch impfen kann, bekommt das tradierte Arbeitsbild ein anderes, vor allen Dingen modernes Setting." Sein Fazit: „Apotheken können zu Entlastung von Arztpraxen und zur Erhöhung der Impfraten in der Bevölkerung beitragen. Sie stehen dem positiv gegenüber, jedoch muss die Aufgabe in das jeweilige Konzept passen und sich wirtschaftlich auszahlen, weil der Apotheker nun einmal ein Kaufmann ist."

## Göbel/Birkner: „HZV-Vertrag führt zu höheren Impfraten"

Über die „Auswirkung der Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) auf die Impfquote" berichteten Daniela Göbel, Manager HzV-Vertrag, und Dr. Benjamin Birkner, Senior Manager Data Science der GWQ ServicePlus AG, in ihrem gemeinsam gehaltenen Vortrag. Ihren Ausführungen zufolge ist der „HausarztPlus"-Vertrag ein Vollversorgungsvertrag für die hausarztzentrierte Versorgung. Damit wird, wie Daniela Göbel erklärte, „ein paralleles System zu den regulären Gesundheitsleistungen geschaffen". Die HzV konzentriert sich auf Hausärzte, um eine engmaschige Betreuung der Versicherten zu gewährleisten. Die Patient:innen suchen zunächst den von ihnen gewählte Hausärzt:in im Rahmen des Programms auf, der dann ihre weitere Betreuung koordiniert. Dies setzt die Hausärzt:in in den Fokus: Die HzV verfolgt das Ziel, Hausärzt:innen als erste Anlaufstelle und Lotse im Gesundheitswesen einzusetzen. In dieser Rolle ermöglichen Hausärzt:innen eine gezielte und individuelle Versorgung der Versicherten durch z. B. Präventionsleistungen, Impfungen, Vermeidung von Doppeluntersuchungen oder Krankenhausaufenthalten.". Ein weiterer Schwerpunkt von HausarztPlus ist die Förderung digitaler Strukturen, wobei durch Pilotprojekte Versorgungsmodule schnell umsetzbar sind, womit den Versicherten Leistungen angeboten werden können, die im regulären Gesundheitssystem noch nicht verfügbar sind.

So erhalten beispielsweise Ärzt:innen, die innovative Instrumente wie die Videosprechstunde oder die gemeinsame Entscheidungsfindung nutzen, einen Innovationszuschlag. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf Präventivleistungen: Beispielsweise kann der Check Up jährlich abgerechnet werden, statt alle drei Jahre wie es in der Regelversorgung der Fall ist. Einen zentralen Baustein der Prävention bilden Impfungen, welche die GWQ seit 2014 neben einer Vielzahl weiterer Leistungen in den HausarztPlus-Vertrag integriert hat.



Prof. Dr. David Matusiewicz, Professor für Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Gesundheitsmanagement an der Hochschule für Oekonomie & Management in Essen.

Ziel der begleitenden Analyse ist die Messung des Effekts der Einschreibung in den HausarztPlus-Vertrag auf die Impfquote innerhalb der vulnerablen Gruppe der über 60-jährigen Versicherten. Es wird ein longitudinales quasi-experimentelles Analysedesign gewählt, um den Effekt einer Einschreibung insbesondere im Zeitverauf quantifizieren zu können. Hierbei berücksichtigt die Analyse sowohl zeitliche, als auch individuelle konstante Effekte aller beobachteten Individuen. Insgesamt wurden für diese Analyse 24.459 Versicherte mit einer beobachteten Teilnahme am HausarztPlus im Zeitraum von 2015-2022 mit einer Kontrollgruppe von 232.694 ausschließlich regelversorgten Versicherten verglichen.

Die von Benjamin Birkner vorgestellte Analyse zeigt, dass die Wahrscheinlichkeit einer Impfung mit der Einschreibung in den Hausarzt+ Vertrag um durchschnittlich 1,85 Prozentpunkte steigt. Am stärksten zeigt sich der durchschnittliche Anstieg für die Grippeschutzimpfung mit +3.32 Prozentpunkten. Über die Teilnahmedauer hinweg zeichnet sich ein positiver und intensivierter Effekt der Einschreibung auf die allgemeine Impfquote. In den ersten drei Teilnahmejahren ist eine konstante Steigerung der Impfquote um durchschnittlich rund 2 Prozentpunkte ersichtlich. Mit längerer Einschreibung vergrößert sich dieser Effekt. Im fünften Teilnahmejahr zeigt sich für die Impfquote der stärkste Effekt mit einem Anstieg von mehr als 5 Prozentpunkten.

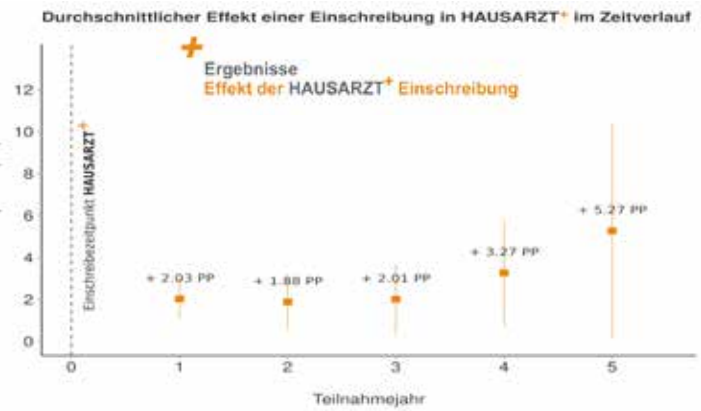
Das Besondere daran: Die Impfrate steigt auch ohne besondere finanzielle Anreize, was nach Ansicht von Birkner die Wirksamkeit des GWQ-Vertrags zur Förderung der Vorsor-

ge beweist. Birkner: „Zusammenfassend lässt sich sagen, dass wir erfolgreich nachgewiesen haben, dass die Einschreibung in den HZV-Vertrag zu höheren Impfraten führt, insbesondere über einen längeren Teilnahmezeitraum. Dies zeigt, dass der HZV-Vertrag eine positive und nachhaltige Wirkung auf die Gesundheitsvorsorge hat."





***Abb. 2:*** Aus dem Vortrag von Daniela Göbel, Manager HzV, und Dr. Benjamin Birkner, Senior Manager Data Science der GWQ ServicePlus AG: „Auswirkung der Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung auf die Impfquote"; MVF-Fachkongress „Impfstatus 2024" am 4. September 2024.




## Pletz: „Die Krankheitslast der RSV-Infektion ist massiv unterschätzt"

Auf die seiner Meinung nach oft unterschätzten respiratorischen Virusinfektionen – insbesondere das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV) – ging Univ.-Prof. Dr. med. Mathias W. Pletz, Institutsdirektor, Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie und Facharzt für Innere Medizin/Pneumologie des Instituts für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene des Universitätsklinikums Jena ein. In seinem Vortrag mit dem Titel „Bedeutung von RSV-Impfungen – Neugeborene, Kinder, Schwangere, Ältere" führte er aus, dass diese Infektionen nicht nur „leichte Erkältungen" sind, sondern neben einer Lungenentzündung auch schwere Komplikationen wie kardiovaskuläre Ereignisse (z. B. Herzinfarkt oder eine Herzschwäche) verursachen können, die jedoch oft nicht kausal mit der Infektion in Verbindung gebracht werden. Ein Beispiel, das er anführte: „Ein Patient erleidet Wochen nach einer RSV-Infektion einen Herzinfarkt, aber niemand fragt nach einem Zusammenhang mit einer früheren Erkältung." Dabei ist die RSV-Krankheitslast mit jährlich rund einer halben Million Todesfällen weltweit erheblich – besonders bei Kindern unter zwei Jahren – das war seit längerem bekannt- aber, nach neueren Daten auch bei älteren Erwachsenen und immungeschwächten Patient:innen. Pletz: „Die Krankheit kann in ihrer Schwere für den einzelnen Patienten mit der Influenza vergleichen werden, obwohl RSV-Fälle oft untererfasst werden." Doch auch die Langzeitfolgen sind nach Pletz gravierende kardiovaskuläre Ereignisse und treten bei einem Drittel der Patient:innen auf.

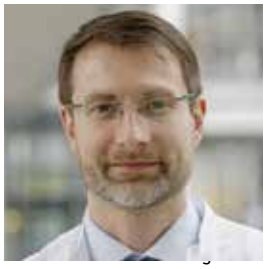
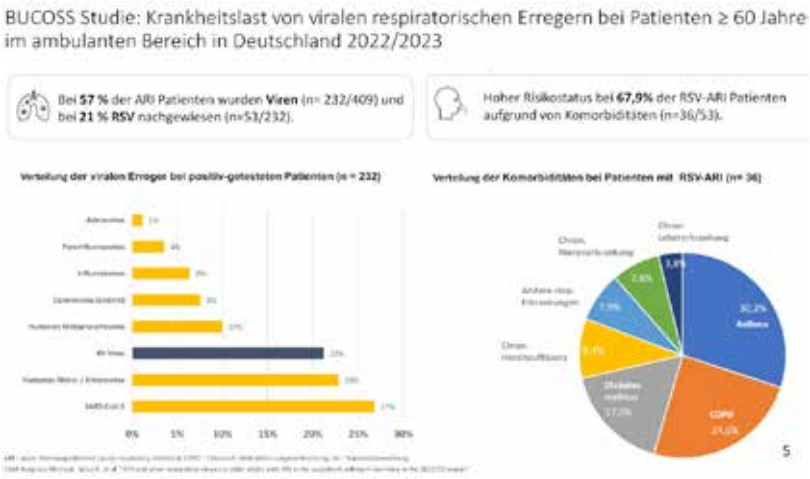


***Abb. 3:*** Univ.-Prof. Dr. med. Mathias W. Pletz, Institutsdirektor, Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie, Facharzt für Innere Medizin/Pneumologie des Instituts für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene des Universitätsklinikums Jena: „Bedeutung von RSV-Impfungen – Neugeborene, Kinder, Schwangere, Ältere"; MVF-Fachkongress „Impfstatus 2024" am 4. September 2024.

Bereits in den 1960er Jahren wurde erstmals eine RSV-Impfung an Säuglingen getestet, bei der das Virus durch Formalin inaktiviert wurde. Die laut Pletz „desaströse" Studie führte vor mehr als 50 Jahren zu schweren Komplikationen: 80% der geimpften Kinder mussten ins Krankenhaus, zwei starben. Daher gab es für Kleinkinder lange Zeit keine aktive Impfung, sondern nur einen passiven Schutz durch die Gabe monoklonaler Antikörper. Der erste monoklonale Antikörper (Palivizumab) vermitteltete einen Schutz über 4 Wochen und mussten über die erste (und für den Säugling gefährlichste) Wintersaison 5-6mal intramuskulär gespritzt werden. Daher wurde dies auch nur für Säuglinge mit schweren Begleiterkrankungen empfohlen, die ein besonders hohes individuelles Risiko für einen schweren Verlauf haben, obwohl auch viele ansonsten gesunde Säuglinge schwer an RSV erkranken können. Für diese wurde nun ein neuer Antikörper, Nirsevimab, entwickelt, dessen Schutzwirkung 6 Monate und damit über die gesamte Wintersaison nach nur 1 Injektion anhält.

Das Versagen der aktiven Impfung in den 1960igern lag – wie Pletz weiter erklärte – daran, dass durch die damals angewandte Formalinmethode, die Struktur des Impfvirus so verändert wurden, dass die entstehenden Antikörper das Virus bei einer Infektion nicht neutralisierten, sondern – in die Zellen eingeschleust – die Krankheit nur verschlimmerten. Moderne RSV-Impfstoffe hingegen würden diesen Fehler vermeiden, indem sie das Fusionsprotein des Virus in seiner natürlichen Struktur stabilisieren. Damit



Zitationshinweis

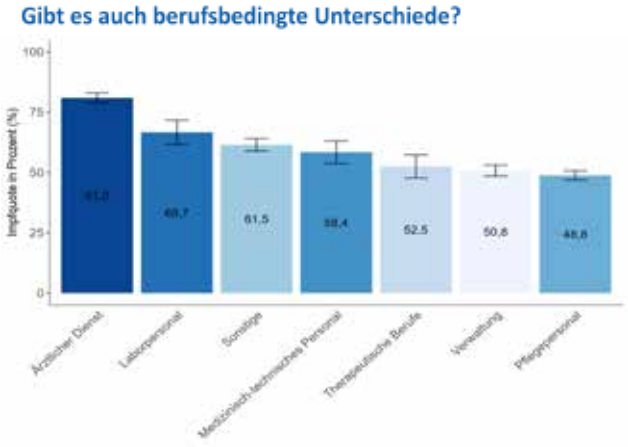
Stegmaier, P.: „Von HZV, Apotheken und Collective Responsibility“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/24), S. 30–34. http://doi.org/10.24945/MVF.05.24.1866-0533.2657

gibt es Pletz Worten zufolge heute sowohl passive Immunisierungen mit monoklonalen Antikörpern (z.B. Nirsevimab) für Säuglinge, die diese über sechs Monate schützt und RSV-Infektionen und Krankenhauseinweisungen deutlich reduziert. Es sind aber auch aktive Impfstoffe für ältere Erwachsene und Schwangere verfügbar. Die STIKO empfiehlt den Einsatz von Nirsevimab für alle Neugeborenen vor ihrer ersten RSV-Saison, um Krankenhausaufenthalte und Todesfälle zu reduzieren. Bei älteren Erwachsenen wird die Impfung vor allem für alle über 75 Jahre sowie für Personen über 60 Jahre mit Vorerkrankungen und Komorbiditäten empfohlen. Nun hat aber der G-BA zur aktuellen Empfehlung der STIKO zu einer Prophylaxe gegen das RSV bei Neugeborenen mit dem Wirkstoff „Nirsevimab” Folgendes klargestellt: „Ein Leistungsanspruch für gesetzlich Versicherte kann in diesem Fall nicht durch die Schutzimpfungs-Richtlinie geregelt werden.” Die Begründung seitens des G-BA: Hierbei gehe es nicht um eine klassische Schutzimpfung, bei Nirsevimab handele es sich nicht um einen Impfstoff gegen das RS-Virus, sondern um einen monoklonalen Antikörper, dessen Gabe eine „andere Maßnahme der spezifischen Prophylaxe“ darstellt (§2 Nr. 10 Infektionsschutzgesetz). Pletz sieht diese Begründung auf Nachfrage von MVF als nicht haltbar an. Aus immunologischer und medizinischer Sicht wird zwischen aktiver Impfung, bei der das Immunsystem die Antikörper selbst bildet und passiver Impfung, der Gabe von Antikörper, unterschieden. Somit handelt es sich bei der Gabe von Nirsevimab auch um eine Impfung. Die Bewertung einer passiven Impfung ist für den G-BA offensichtlich ein Novum, hier muss noch ein wenig dazugelernt werden”.

## Wulkotte: „Maßgeblich ist der Wille, andere durch die eigene Impfung zu schützen”

Elisa Wulkotte MSc PH, wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachgebiet Impfprävention/STIKO, Abteilung für Infektionsepidemiologie am Robert Koch-Institut, stellte schließlich das Thema „Impfverhalten von Klinikpersonal verstehen – aktuelle Studienergebnisse zur Influenza-Impfung” vor. Dabei rekurrierte sie auf die Ergebnisse einer Onlinebefragung von Klinikpersonal zur Influenza-Impfung (OKaPII-Studie), die in diesem Jahr vom 22. April bis zum 02. Juni stattfand.

***Abb. 4:*** Aus dem Vortrag von Elisa Wulkotte, wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung für Infektionsepidemiologie, Fachgebiet Impfprävention des RKI: „Impfverhalten von Klinikpersonal verstehen – aktuelle Studienergebnisse zur Influenza-Impfung”; MVF-Fachkongress „Impfstatus 2024“ am 4. September 2024.




Es handelte sich um eine Stichprobe aus 8.351 Mitarbeitenden aus 72 Kliniken, die sich nach eigenen Angaben in der Saison 2023/24 (September bis einschl. März) zu 58,0% (KI: 56,9; 59,1) gegen Influenza impfen haben lassen. Indes werden laut Elisa Wulkotte in der OKaPII-Studie nicht nur die Impfquoten untersucht, sondern ein sozial- und verhaltenswissenschaftlicher Ansatz verfolgt, um die Bedenken, Vorbehalte und Motivationen des Klinikpersonals zur Influenza-Impfung zu verstehen. Denn ohne ein tiefes Verständnis dieser Faktoren könnten keine gezielten Maßnahmen entwickelt werden. Von daher liege der Fokus auf der Frage, warum Menschen sich impfen lassen oder eben nicht, um darauf basierend maßgeschneiderte Strategien zu entwickeln.

Die Ergebnisse zeigen unter anderem, dass Männer häufiger geimpft sind als Frauen und dass die Impfquote mit zunehmendem Alter steigt. Relevante Impfquotenunterschiede sieht man jedoch v. a. zwischen den Berufen: Risikopersonal, das regelmäßig mit vulnerablen Patientengruppen wie onkologischen oder geriatrischen Patient:innen in Kontakt stehe, sei häufiger geimpft, wobei allerdings der Unterschied nicht so groß ausfalle, wie man erwarten würde. Außerdem fällt auf, dass der ärztliche Dienst mit einer Impfquote von 80% am besten vor Influenza geschützt war, während die Impfquoten bei Pflegepersonal und therapeutischen Berufen mit etwa 50% deutlich niedriger waren. Die Gründe für die Entscheidung für oder gegen eine Impfung sind vielfältig: Geimpfte gaben am häufigsten den Selbstschutz als Motiv an, gefolgt von der Empfehlung durch andere und dem Schutz des Umfelds. Bei den Ungeimpften spielten vor allem eine geringe Risikowahrnehmung und Ängste eine Rolle. Viele sehen sich zudem persönlich nicht in Gefahr oder glauben, die Impfung könne die Krankheit auslösen – laut Wulkotte „ein Mythos, der sich hartnäckig hält”. Praktische Hürden wie ungünstige Impfzeiten würden hingegen seltener genannt.



Um das Verhalten besser zu erklären, wurde das 5C-Modell angewendet, das psychologische Faktoren wie Vertrauen in die Impfung, Risikowahrnehmung und die Bereitschaft, Verantwortung für die Gemeinschaft zu übernehmen, beschreibt. Die Analyse des RKI zeigt hier, dass der wichtigste Faktor für das Impfverhalten das Verantwortungsgefühl für andere ist, gefolgt von Vertrauen in die Sicherheit der Impfung.

In ihrem Fazit führte Elisa Wulkotte aus, dass die Gründe für das Nicht-Impfen von Klinikpersonal vielfältig sind: Geimpfte nannten vor allem den Selbstschutz als Hauptmotiv, während bei den Ungeimpften eine geringe Risikowahrnehmung, Bedenken zur Sicherheit der Impfung sowie eine fehlende Priorisierung ausschlaggebend waren. Generell werde die Impfentscheidung maßgeblich vom Vertrauen in die Sicherheit der Impfung sowie vom Gefühl der Verantwortung gegenüber anderen, der „collective responsibility”, beeinflusst. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

**Literatur:**
1: https://t1p.de/jjw6p
2: https://t1p.de/nkik2

**Link zur Dokumentation:**
https://t1p.de/ota5k

oder per QR-Code:

## Ambulante Leistungsinanspruchnahme von Privatversicherten untersucht

>> Julia Schaarschmidt und Dr. Frank Wild haben in einer WIP-Kurzanalyse vom Juli 2024 die „Veränderung der ambulanten Leistungsinanspruchnahme von Privatversicherten während der Covid-19-Pandemie" untersucht. In ihre Studie fanden sie heraus, dass dass trotz erheblicher Maßnahmen zur Kontaktbeschränkung die Inanspruchnahme privatärztlicher Leistungen im Jahr 2020 nur moderat zurückging. Im Jahr 2021 sind die die Zahlen laut dieser Auswertung jedoch bereits wieder angestiegen, ab Herbst sei sogar eine Normalisierung des Verlaufs ersichtlich. Die Leistungsinanspruchnahme von Privatversicherten hätte im Jahr 2021 jedoch nicht das Niveau vor der Pandemie erreicht, was mit den vertragsärztlichen Leistungen korelieren würden, für die sich ähnliche Verläufe (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, 2022) gezeigt hätten.

Stärkere Rückgänge zeigten sich während der ersten drei Pandemiewellen sowie den damit verbundenen Lockdowns. Des Weiteren sei ein überdurchschnittlicher Rückgang der abgerechneten Leistungen bei Kindern unter 5 Jahren sichtbar. Die Gründe hierfür sind laut Aussage des Autorenduos vermutlich vielfältig und bedürften weiterführender Forschung. Die Analyse offenbare zudem Unterschiede im Leistungsgeschehen nach der Art der Leistung. So zeigten sich deutlich verringerte Leistungsinanspruchnahmen bei Früherkennungsuntersuchungen. Dazu die Autor:innen: „Dies bekräftigt die bewusste Reduzierung der Inanspruchnahme von ambulanten Gesundheitsleistungen auch bei Privatversicherten." Für ausgewählte Ziffern habe sich aber auch gezeigt, dass nur schwer verschiebbare Leistungen, welche geringere Rückgänge verzeichneten. Einen Beitrag für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung hätten neben umfassenden Hygienekonzepten und der Verfügbarkeit von Schnelltests und Impfstoffen auch digitale Angebote, wie Videosprechstunden oder die telefonisch beantragbare Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, geliefert. <<

Link: https://t1p.de/ctgen

## Pharma Daten Deutschland 2023

>> Der deutsche Arzneimittelmarkt beweist auch 2023 seine Bedeutung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und den Wirtschaftsstandort Deutschland. Das geht aus der heute von Pharma Deutschland, dem mitgliederstärksten Branchenverband der Pharmaindustrie, veröffentlichten Bericht „Der Arzneimittelmarkt – Pharma Daten Deutschland 2023" hervor. Jörg Wieczorek, Vorstandsvorsitzender von Pharma Deutschland, betont: „Die Pharmaindustrie hat 2023 erneut ihre Leistungsfähigkeit unter Beweis gestellt. Mit einem Gesamtumsatz von 73 Milliarden Euro und 1,6 Milliarden abgegebenen Packungseinheiten allein im Apothekenmarkt sichern wir nicht nur die Versorgung der Patienten, sondern leisten auch einen erheblichen Beitrag zur deutschen Wirtschaftsleistung." Der Anteil der Arzneimittel an den Gesamtausgaben in der GKV liegt seit Jahren unter 17%, der Herstelleranteil bei nur 11%. Die Zahlen spiegelten die Stärke der Gesundheitswirtschaft wider, die 11,5 Prozent zum nationalen BIP beiträgt. <<

## G-BA-Beschluss zu Orphans und Änderungen bei der zweckmäßigen Vergleichstherapie

>> Der G-BA hat in seiner Sitzung am 4. April 2024 Änderungen seiner Verfahrensordnung beschlossen. Im 5. Kapitel werden – so der G-BA „aufgrund aktualisierter gesetzlicher Vorgaben (GKV-FinStG; ALBVVG)" – dem neuen Satz 4 folgender Satz angefügt: „Als zweckmäßige Vergleichstherapie oder als Teil der zweckmäßigen Vergleichstherapie kann der Gemeinsame Bundesausschuss ausnahmsweise die zulassungsüberschreitende Anwendung von Arzneimitteln bestimmen, wenn er im Beschluss über die Nutzenbewertung nach § 35a Absatz 3 SGB V feststellt, dass diese nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse im zu bewertenden Anwendungsgebiet als Therapiestandard oder als Teil des Therapiestandards in der Versorgungssituation, auf die nach Satz 2 abzustellen ist, gilt und

1. erstmals mit dem zu bewertenden Arzneimittel ein im Anwendungsgebiet zugelassenes Arzneimittel zur Verfügung steht,
2. die zulassungsüberschreitende Anwendung nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse den im Anwendungsgebiet bislang zugelassenen Arzneimitteln regelhaft vorzuziehen ist oder
3. die zulassungsüberschreitende Anwendung nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse für relevante Patientengruppen oder Indikationsbereiche den im Anwendungsgebiet bislang zugelassenen Arzneimitteln regelhaft vorzuziehen ist."

Zudem wird für Orphans in § 12 Nummer 2 Satz 1 die Angabe „50 Millionen" durch die Angabe „30 Millionen" ersetzt.

Diese Regelungen dienen, so der G-BA, der Anpassung an die vom Gesetzgeber in § 35a Absatz 1 Satz 1 SGB V vorgenommene Änderung durch das ALBVVG, durch die klargestellt wurde, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die frühe Nutzenbewertung für jedes erstattungsfähige Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen durchzuführen hat. Dies sei durch die Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 22. Februar 2023 (B 3KR 14/21 R) in Zweifel gezogen worden. Das BSG hatte, so der G-BA in seinen „Tragenden Gründen" weiter, die Auffassung vertreten, § 35a SGB V biete dem Bundesausschuss keine Rechtsgrundlage für eine Bewertung des Zusatznutzens, wenn eine zweckmäßige Vergleichstherapie nicht bestimmt werden könne. Dies sei insbesondere der Fall, wenn es sich bei einem Arzneimittel um einen (therapeutischen) Solisten handele und als zweckmäßige Vergleichstherapie nur eine zulassungsüberschreitende Anwendung eines anderen Arzneimittels in Betracht käme.

Mit dem ALBVVG habe der Gesetzgeber durch Anpassung von § 35a Absatz 1 Satz 1 und Satz 8 Nummer 2 SGB V nun klargestellt, dass für jedes erstattungsfähiges Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen, also auch für „Solisten", eine Nutzenbewertung durchzuführen sei und dass sich dies bereits aus den Gesetzesmaterialien zum Arzneimittelmarkt-neuordnungsgesetz (AMNOG) vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I, 2010 S. 2262) ergebe. Insofern handelt es sich nach Ausführungen des G-BA auch bei der Änderung der VerfO um eine rein klarstellende Anpassung. Zur weiteren Begründung wird auf die Gesetzesbegründung zum ALBVVG verwiesen (BT-Drucksache 20/7397, Seite 57 f). <<

Link: https://t1p.de/6ruia

inside VERSORGUNGS FORSCHUNG

made in Jena



Serie (Teil 42): „Forschungsbereich Quantitative Versorgungsforschung“ im Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Jena

# „Der Abbau von Überversorgung steht im Fokus der Forschung“

Am Universitätsklinikum Jena (UKJ) hat sich ein Zentrum Versorgungsforschung (ZVF) neu etabliert, das die Kompetenzen in der Versorgungsforschung am UKJ bündelt. Eingebettet in das Zentrum ist die Professur für Quantitative Versorgungsforschung, die seit dem 1. Juni 2023 von Prof. Dr. Verena Vogt besetzt ist. Prof. Vogt leitet den Forschungsbereich Quantitative Versorgungsforschung, den MVF in dieser Folge der Serie „Versorgungsforschung made in …“ vorstellt. Der Forschungsbereich ist angesiedelt am Institut für Allgemeinmedizin des UKJ, das von Prof. Dr. med. Jutta Bleidorn geleitet wird.

>> Das ZVF unter der Leitung von Prof. Jutta Bleidorn (Sprecherin) und Prof. Verena Vogt (Co- Sprecherin) hat das Ziel, Kompetenzen zu bündeln und interdisziplinäre Kooperationen zu fördern, wissenschaftlichen Nachwuchs zu entwickeln sowie versorgungsnahe Fragestellungen zu beantworten.

Die Professur für Versorgungsforschung war erstmalig mit Prof. Christian Vollmar besetzt, der seit 2018 die Leitung der Abteilung für Allgemeinmedizin an der Ruhr-Universität Bochum innehat. Im Jahr 2021 wurde die Professur neu ausgeschrieben und wird seit dem 1. Juni 2023 von Prof. Dr. Verena Vogt geleitet. Der Forschungsbereich Quantitative Versorgungsforschung arbeitet eng zusammen mit der von PD Dr. rer. Pl./habil. med. Antje Freytag geleiteten Arbeitsgruppe für Routinedatenanalysen, die ebenfalls am Institut für Allgemeinmedizin verortet ist. Beide Gruppen kooperieren eng miteinander, um die Versorgung zu beschreiben, zu analysieren und zu verbessern.

Dabei setzt das Team folgende Forschungsschwerpunkte:

1. **Versorgung im regionalen Kontext:** Wir untersuchen, wie soziokulturelle und strukturelle Merkmale einer Region die Gesundheitsversorgung beeinflus-



**Prof. Dr. Verena Vogt**
hat seit 2023 die Professur Quantitative Versorgungsforschung inne und ist Co-Sprecherin des Zentrums Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Jena.

**Akademische Laufbahn/Stationen:**

- 2020–2023: Juniorprofessorin (W1) für Versorgungsforschung und Qualitätsmanagement im ambulanten Sektor, Technische Universität Berlin
- 2012–2019: wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin
- 2017: Visiting Scholar am Menzies Centre for Health Policy der University of Sydney
- 2012–2017: Doctor of Public Health, Technische Universität Berlin
- 2006–2011 Public-Health Studium (BSc und MSc) an der Universität Bielefeld und der University of Sheffield

sen, mit einem besonderen Fokus auf Thüringen.

2. **Überversorgung messen und vermeiden:** Wir analysieren, wie häufig Überversorgung im deutschen Gesundheitssystem vorkommt, identifizieren Handlungsbedarfe und entwickeln Strategien, um unangemessene medizinische Leistungen zu reduzieren.
3. **Versorgungspfade und -prozesse klassifizieren und visualisieren:** Wir erforschen, wer wann und wo welche medizinische Versorgung erhält, indem wir Versorgungspfade klassifizieren und analysieren, um die Versorgungssituation besser zu verstehen.
4. **Komplexe Versorgungsinterventionen evaluieren:** Wir begleiten komplexe Versorgungsinterventionen von der Bedarfsanalyse bis zur Evaluation und konzentrieren uns darauf, wie diese Projekte nachhaltig in die Praxis integriert werden können, insbesondere mit dem Ziel, Überversorgung zu reduzieren und regionale Herausforderungen zu adressieren.

Um diese Forschungsschwerpunkte bearbeiten zu können, werden datenwissenschaftliche Methoden genutzt, um große Datenmengen, insbesondere GKV-Routinedaten, auszuwerten und die Versorgung zu beschreiben. Dazu Verena Vogt: „Zum Beispiel wenden wir Techniken aus der Bioinformatik und die Genom-Sequenzanalyse an, um Versorgungspfade zu klassifizieren und abzubilden." Da die im „Forschungsbereich Quantitative Versorgungsforschung", angesiedelten Forschungsfragen in der Regel die Grenzen einzelner Fachdisziplinen überschreiten, werden – um der damit einhergehenden Komplexität der Versorgungsforschung gerecht zu werden – Expertisen aus Medizin, Soziologie, Psychologie und Wirtschaftswissenschaften mit methodischen Kenntnissen aus Epidemiologie, Mathematik, Ökonometrie und Statistik kombiniert.

Ihr wissenschaftliches Handwerkszeug hat sich Verena Vogt auf ihrem Weg in die Versorgungsforschung erarbeitet. Dieser begann mit ihrem Studium in Health Communication im Bachelor und Public Health im Master an der Universität Bielefeld und der University of Sheffield. Ihre wahre Faszination für das Gesundheitssystem und die Versorgungsforschung entdeckte sie jedoch vor allem während ihrer Zeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der TU Berlin bei Prof. Busse (s. MVF 02/2019). „Die Anwendungsnähe und praktische Relevanz der Versorgungsforschung haben mich dabei besonders angezogen. Außerdem kann ich in der Versorgungsforschung meine Leidenschaft für die statistische Analyse, insbesondere großer Datenmengen ausleben, und dabei gleichzeitig relevante Erkenntnisse über die Versorgung gewinnen", führt Verena Vogt weiter aus.

Nach Jena führte sie schließlich der Ruf auf die Professur für Quantitative Versorgungsforschung, die ihrer Ansicht nach genau zu ihrem Forschungsprofil und ihren persönlichen Interessen passt. Doch war auch die Anbindung an das Institut für Allgemeinmedizin und das Universitätsklinikum Jena (UKJ) sowie das sehr kooperative Umfeld ebenfalls ein entscheidender Faktor, da für Verena Vogt die Nähe zur Versorgung und klinischen Praxis in der Versorgungsforschung von unschätzbarem Wert ist. Aber auch die familienfreundliche Stadt Jena mit ihrer schönen Natur und den ausgezeichneten Kita- und Grundschulangeboten hat ihrer Aussage zufolge eine große Rolle bei ihrer Entscheidung gespielt.

Der „Forschungsbereich Quantitative Versorgungsforschung" ist noch sehr jung am UKJ etabliert. Dennoch konnten bereits im ersten Jahr seit der Besetzung der Professur große Erfolge erzielt werden. So wurden unter anderem mehrere Drittmittelprojekte eingeworben, Kooperationen mit universitären und außeruniversitären Partnern in Thüringen aufgebaut und erfolgreich Lehrveranstaltungen zum Thema Versorgungsforschung am UKJ eingeführt. Verena Vogt: „Ein gelungener Start war unser Symposium für Versorgungsforschung zum Thema ‚Hier zu viel und da zu wenig – Überversorgung in Zeiten struktureller Unterversorgung'. Hier konnten wir die Versorgungsforschung an unserem Standort mit einem hochrangigen Teilnehmerkreis aus Politik, Wissenschaft und klinischer Praxis sichtbar machen."

Langfristig verfolgt Prof. Dr. Verena Vogt das Ziel, mit ihrer Forschung dazu beizutragen, die Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung in Deutschland zu verbessern. Mittelbar bedeutet das für sie, die Versorgungslage zu beschreiben, mögliche Defizite und Verbesserungspotenziale aufzudecken und – sofern möglich – auch Ursachenforschung zu betreiben, um wissenschaftlich fundierte Maßnahmen zu entwickeln, die an diesen Defiziten ansetzen. „Eine besondere Vision ist es für mich, die Forschung zum Thema Überversorgung voranzutreiben. Mich beschäftigt die Frage, warum wir im internationalen Vergleich so viele finanzielle und personelle Ressourcen investieren, aber dennoch bei Indikatoren der Ergebnisqualität relativ schlecht abschneiden", verdeutlicht Verena Vogt ihre ureigene Motivation. Ihrer Meinung nach ist der Abbau von Überversorgung essenziell, um die Nachhaltigkeit unseres Gesundheitssystems zu sichern. Hierzu wolle sie mit ihrer Forschungsarbeit beitragen. <<

Link

* https://www.uniklinikum-jena.de/versorgungsforschung



Richard Schmidt, wissenschaftlicher Mitarbeiter

>> Warum arbeiten Sie im Bereich Quantitative Versorgungsforschung?

Während des Medizinstudiums und anschließender ärztlicher Tätigkeit begegnete ich regelmäßig Versorgungsmissständen. Es macht mir Freude, als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Bereich Quantitative Versorgungsforschung nun mithilfe von Ana-

lysen und deren Ergebnissen ein genaues Bild der Gesundheitsversorgung zu zeichnen und einen konkreten Beitrag zu ihrer nachhaltigen Verbesserung leisten zu können.

Was zeichnet in Ihren Augen den Forschungsbereich aus?

Die Quantitative Versorgungsforschung zeichnet sich durch ihre interdisziplinäre Natur und die Nutzung datenwissenschaftlicher Methoden unterschiedlichster Herkunft aus. Hier kommen Expertise aus Medizin, Sozialwissenschaften und Ökonomie, aber auch Statistik und Informatik zusammen, um komplexe Fragestellungen umfassend zu analysieren. Immer größere und qualitativ hochwertigere Datenbestände stellen uns vor neue Herausforderungen, bieten jedoch vor allem die Möglichkeit, fundierte Einsichten in Versorgungsprozesse zu gewinnen. Häufig haben die entwickelten Analysen und deren Ergebnisse das Potenzial, direkt in die Versorgung übersetzt zu werden.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Derzeit beschäftige ich mich mit der Analyse von versorgungsnahen Daten, insbesondere GKV-Routinedaten, um die Effektivität und Effizienz von Diagnose- und Behandlungsprozessen zu bewerten. Zu meinen Themen gehören die Untersuchung von regionalen Unterschieden in der Gesundheitsversorgung und die Evaluation von Diagnose- und Behandlungskonzepten in Thüringen. Darüber hinaus analysiere ich longitudinale Versorgungsprozesse und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen unter Nutzung von Methoden aus dem Bereich der (Bio-)Informatik.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Mit meiner Arbeit in der Versorgungsforschung möchte ich persönlich dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung nachhaltig zu verändern und am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten. Mein Ziel ist es, durch unvoreingenommene, datenfokussierte Analyse ein realistisches Bild existierender Versorgungsstrukturen zu zeichnen und die Qualität medizinischer Versorgung zu verbessern. Ich möchte Versorgungsprozesse verständlich darstellen und innovative Versorgungskonzepte entwickeln, um eine Verbesserung für alle am Versorgungsprozess Beteiligten zu ermöglichen. <<



Meik Hildebrandt MSc,
wissenschaftlicher Mitarbeiter
(mit Promotionsabsicht)

>> Warum arbeiten Sie im Bereich der Quantitativen Versorgungsforschung?

Während meines Masterstudiums der Wirtschaftsmathematik an der TU Berlin habe ich als studentische Hilfskraft am Fachgebiet Management im Gesundheitswesen gearbeitet. Im Innovationsfondsprojekt IndiQ hatte ich erstmalig Kontakt zu quantitativer Versorgungsforschung und Frau Prof. Vogt. Die Erfahrungen haben mich motiviert, weitere gesundheitsökonomische Module zu belegen und schließlich als wissenschaftlicher Mitarbeiter zunächst in Berlin und seit 2024 auch in Jena gesundheitliche Versorgung im Detail zu erforschen.

Was zeichnet in Ihren Augen den Forschungsbereich Quantitative Versorgungsforschung aus?

Quantitative Versorgungsforschung beantwortet qualitative Fragestellungen durch konkrete numerische Ergebnisse. Mithilfe von deskriptiven und statistischen Verfahren wollen wir die Versorgungsrealität fundiert messen. Der Forschungsbereich zeichnet sich durch die systematische Erfassung und Analyse von Daten aus, mit denen wir Effizienz, Qualität und Ergebnisse sichtbar machen, mit dem Ziel, gesundheitspolitische Handlungsbedarfe und entsprechende Empfehlungen ableiten zu können.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Derzeit bin ich vorwiegend damit beschäftigt, die Analysen im Innovationsfondsprojekt IndiQ abzuschließen. Dabei geht es um die Messung von Indikationsqualität in GKV-Routinedaten und die Ableitung von Erkenntnissen bezüglich der Ursachen und Verteilung von Überversorgung. Neben der laufenden Projektarbeit beschäftige ich mich mit der Planung und Umsetzung kommender Projekte und neuer Vorhaben. Dazu zählt unter anderem das Folgeprojekt DIAMANT, in dem Maßnahmen zur Reduktion unangemessener Schilddrüsendiagnostik etabliert werden sollen.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Mit der evidenzbasierten Versorgungsforschung möchte ich persönlich erreichen, dass die gesundheitliche Versorgung in Deutschland effizienter wird und nachhaltig tragbar bleibt, ohne Einschränkungen in der Bereitstellung und Versorgungsqualität in Kauf nehmen zu müssen. Durch meine Arbeit hoffe ich, einen Beitrag dazu zu leisten, dass die vorhandenen Ressourcen optimal genutzt werden und innovative Ansätze die Versorgung kontinuierlich verbessern. <<

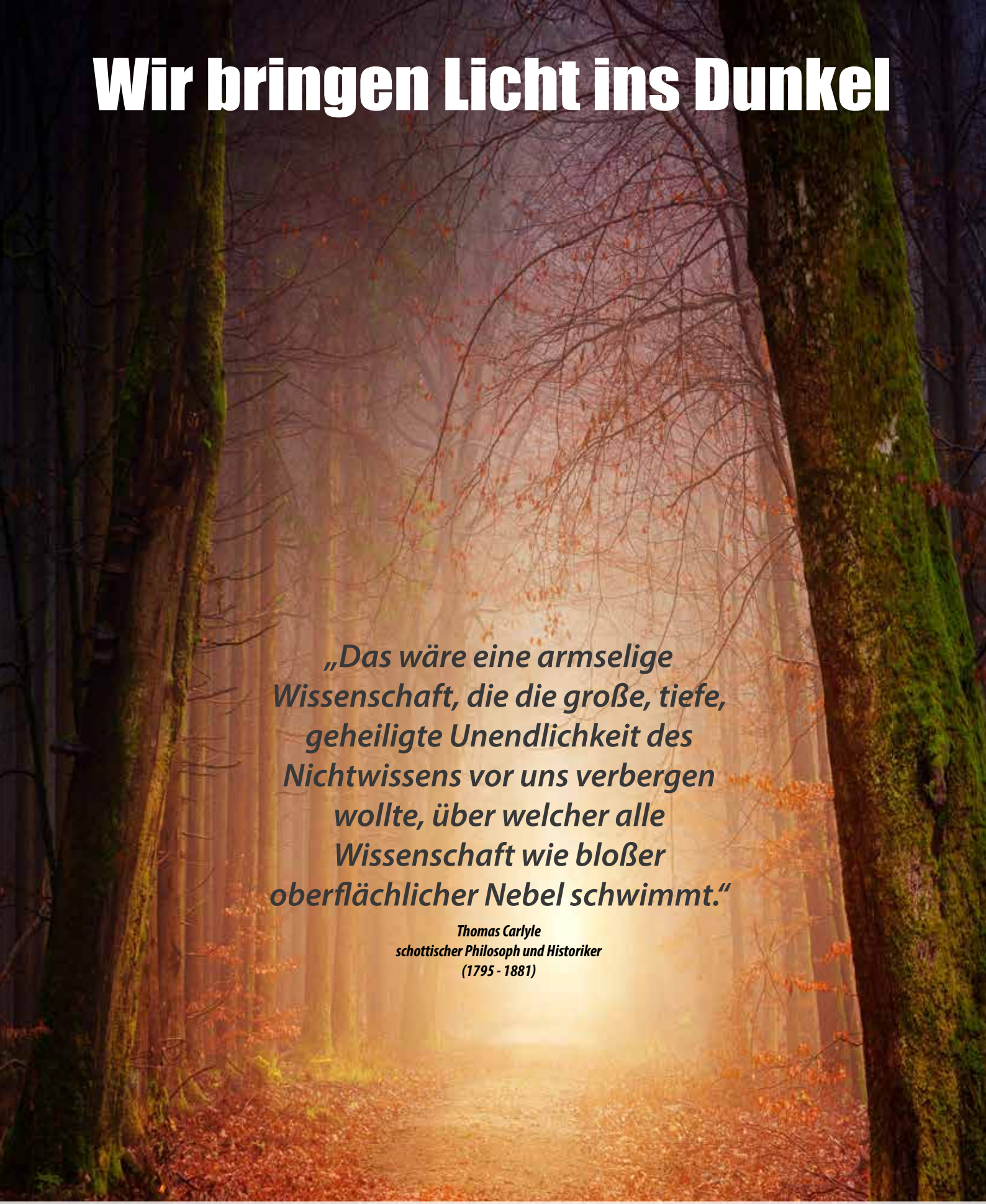
## MVF-Serie „Versorgungsforschung made in ...“

Beginnend mit der ersten Folge im Jahr 2016, bei der „Monitor Versorgungsforschung“ in Greifswald zu Besuch war, um das Institut für Community Medicine vorzustellen, wurden mit dieser Ausgabe 42 höchst unterschiedliche Standorte in den Fokus gerückt. Gemeinsam ist allen, dass sie Forschung und Lehre in Einklang bringen sowie mit viel Herzblut und Impetus das machen, was Versorgungsforschung wirklich ausmacht: das ehrliche Bemühen, das Leben und die Gesundheitsversorgung der Menschen ein Stück weit zu verbessern.

Alle bisher erschienenen Folgen der Serie finden Sie hier: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/cooperations/vf-serie/

Falls Sie der Meinung sind, dass MVF aus gebotenem Grunde auch Ihren Lehrstuhl, Ihr Institut oder Ihr Zentrum vorstellen sollte, mailen Sie bitte an stegmaier@m-vf.de.

# Wir bringen Licht ins Dunkel



*„Das wäre eine armselige Wissenschaft, die die große, tiefe, geheiligte Unendlichkeit des Nichtwissens vor uns verbergen wollte, über welcher alle Wissenschaft wie bloßer oberflächlicher Nebel schwimmt."*

***Thomas Carlyle***
***schottischer Philosoph und Historiker***
***(1795 - 1881)***

**Am besten, Sie abonnieren gleich*:**

**Kurzlink: https://t1p.de/dnovh**

**oder per Mail: abo@m-vf.de**

monitor VERSORGUNGS FORSCHUNG

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

inside VERSORGUNGS FORSCHUNG

made in Erlangen



Serie (Teil 43): Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Erlangen

# Grundlagenarbeit rund um die Behandlung der Demenz

Das bereits 2011 gegründete Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung (Center for Health Services Research in Medicine) ist angegliedert an das Universitätsklinikum Erlangen, Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik. Das Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung wird von Prof. Dr. Elmar Gräßel geleitet, der im Bereich Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie von Prof. Dr. Katharina Luttenberger und Prof. Dr. Carolin Donath unterstützt wird. Beforscht werden die Themenbereiche Demenz, Mild Cognitive Impairment, Schlaganfall, Abhängigkeitserkrankungen, geriatrische Erkrankungen, Schmerz und Depression. Dabei zählen neben den Patient:innen der untersuchten Diagnosegruppen auch gesunde Proband:innen (Adoleszente, pflegende Angehörige) zu den Forschungsteilnehmenden des ZMV. Im Zentrum der Arbeit steht die Durchführung prospektiver klinischer Studien mit hochwertigen Studiendesigns (RCT) zu nicht pharmakologischen Interventionen.

>> „Als langjähriger ehrenamtlicher Vorsitzender der Alzheimer Gesellschaft Mittelfranken e. V. ist mir deutlich geworden, wie wichtig es ist, ‚die letzte Meile zum Patienten' besonders zu beachten", gibt Prof. Dr. Elmar Gräßel gegenüber „Monitor Versorgungforschung" zu Protokoll. Weit intensiver als bislang muss seiner Meinung nach erforscht werden, welche Therapien, welche Versorgungsangebote in welcher Form und mit welchen Auswirkungen tatsächlich bei chronisch kranken Menschen ankommen. Dieser Forschungsansatz begleitet ihn seit seinem Einstieg in die Versorgungsforschung in Erlangen im Jahr 2005; und zwar mit der Studie „Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin", kurz IDA, ein Kooperationsprojekt in der Studienregion Mittelfranken mit Krankenkassen, Hausärzten und dem Helmholtz-Zentrum München mit dem Ziel, die Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren



**Prof. Dr. med. Elmar Gräßel**
leitet das Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung (ZMV) sowie zusammen mit Frau Prof. Luttenberger und Frau Prof. Donath den Bereich Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Psychiatrischen und Psychotherapeutischen Klinik am Universitätsklinikum Erlangen.

**Vita:**
Er studierte Medizin und promovierte 1990 an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Dort erhielt er 1998 die Lehrbefugnis für Medizinische Psychologie und 2003 für Medizinische Soziologie. Er leitet seit 2010 das ZMV.
Seit 2005 ist Gräßel wissenschaftlicher Studienleiter von acht prospektiven, randomisiert-kontrollierten Studien zu Versorgung von Menschen mit kognitiven Defiziten – von leichten kognitiven Beeinträchtigungen bis zu schwerer Demenz – durch nicht pharmaklogische Interventionen. Sein Schwerpunkt liegt auf der Erforschung der multimodalen MAKS-Intervention, die im Rahmen der Leuchtturm-Demenz-Initiative des BMG (2008–2010) entwickelt und untersucht wurde.



**Prof. Dr. rer. biol. hum. Katharina Luttenberger**

Sie studierte Psychologie an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg und promovierte 2010 an der FAU Erlangen-Nürnberg zur Rolle alltagspraktischer Fähigkeiten bei Demenz. 2013 erfolgte die Habilitation für das Fach Medizinische Psychologie. Frau Luttenberger ist zudem approbierte psychologische Psychotherapeutin für Verhaltenstherapie und leitet seit 2017 gemeinschaftlich mit Prof. Gräßel und Prof. Donath den Bereich MPMS. Sie leitete mehrere drittmittelfinanzierte Studien zur Entwicklung und Validierung der Boulderpsychotherapie bei Depression und unterhält enge Kooperationen mit der UNSW in Sydney (Australien), unter anderem bezüglich der Erforschung der Wirksamkeit einer psychosozialen Boulderintervention für syrische Flüchtlinge im Libanon.



**Prof. Dr. rer. nat. Carolin Donath**

Sie studierte Psychologie an der Universität Leipzig. Ihre Promotion erfolgte 2007 kooperativ zwischen dem IFT - Institut für Therapieforschung, München, und der Universität Leipzig. Dort legte sie den Grundstein für Arbeiten zum Substanzkonsum und zur Prävention von riskanten Konsummustern wie Rauschtrinken. Seit 2006 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am ZMV und im Bereich Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie in Erlangen. Im Jahr 2011 habilitierte sie sich an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg für die Fächer Medizinische Psychologie und Versorgungsforschung. Sie leitet mehrere Projekte zur Evaluation der multimodalen Schmerztherapie und wurde 2023 zur Außerplanmäßigen Professorin ernannt.

Angehörigen zu verbessern.

Bei Prof. Dr. Katharina Luttenberger war es ebenfalls eine Studie, mit der sie in die Versorgungsforschung kam: Das war die MAKS-Studie zur multimodalen Therapie für Menschen mit Demenz – übrigens für den MSD Gesundheitspreis 2024 nominiert. „Das war das erste Forschungsprojekt, an dem ich in der interventionellen Versorgungsforschung mitgearbeitet habe", erinnert sich Luttenberger. Seitdem sei es ihr immer wichtig gewesen, neue Therapieansätze wirklich im Lebensumfeld der Betroffenen durchzuführen und auch zu implementieren. Dazu Katharina Luttenberger: „Wir haben in Deutschland insgesamt eine gute gesundheitliche Versorgung. Gerade im Bereich der psychischen Erkrankungen gibt es aber noch etliche Verbesserungsmöglichkeiten. Mit meiner Forschung möchte ich das Spektrum der zur Verfügung stehenden Therapieansätze erweitern, um mehr Menschen passgenau helfen zu können. Um die MAKS-Therapie (motorisch, alltagspraktisch, kognitiv, sozial) individuell auf die Bedürfnisse von Menschen mit unterschiedlichen Demenz-Schweregraden abzustimmen, wurden verschiedene Therapieformen entwickelt: MAKS-m für leichte bis mittelschwere Demenz und MAKS-s für schwere Demenz. In weiteren zwei großen randomisiert-kontrollierten Studien in deutschen Pflegeheimen und Tagespflegeeinrichtungen habe, so Gräßel, die MAKS-Therapie ihre Wirksamkeit in Bezug auf kognitive und alltagspraktische Fähigkeiten sowie auf psychische und Verhaltenssymptome deutlich gezeigt. Eine Variante der MAKS-Therapie wurde ebenfalls für ambulant betreute Wohngemeinschaften entwickelt und erfolgreich evaluiert.

Derzeit laufen mehrere internationale Forschungskooperationen, u. a. mit Forschungsgruppen in China, Mexiko und Norwegen, um die MAKS-Therapie** auch international weiter zu verbreiten, sodass auch Betroffene in anderen Ländern von den Vorteilen dieser Therapie profitieren können.

Zudem arbeiten die ZMV-Forschenden an der Entwicklung universell einsetzbarer kombinierter Erfolgsmesskriterien in verschiedenen Kontexten der multimodalen Schmerztherapie. „Dabei versuchen wir, die patientenzentrierte Sicht auf eine erfolgreiche Behandlung, unter Einbezug sogenannter PROMS, zu berücksichtigen. Damit können wir nachweisen, dass ressourcenintensive multimodale Therapien, die unter Einbezug verschiedener Fachdisziplinen die bio-psycho-soziale Perspektive in die Versorgung integrieren, ein großer Fortschritt sind", erklärt Prof. Dr. Carolin Donath. Hierzulande würden diese Angebote bereits flächendeckend etabliert, wobei Deutschland als eine Art Vorreiter agiere. Mittels fundierter, datenbasierter Evaluation im „echten" Versorgungskontext konnte gezeigt werden, dass diese auch langfristig vorteilhaft für chronische Schmerzpatienten sind. Derzeit wird an der Spezifikation von Erfolgskriterien für multimodale Schmerztherapie bei chronischen Kopfschmerzen und für Patientinnen mit Unterbauchschmerzen (Endometriose) gearbeitet.

In der Behandlung der Depression konzentrieren wir uns auf eine aktivitätsbasierte Gruppenpsychotherapie – die Boulderpsychotherapie, so Projektleiterin Luttenberger. Dabei werden verhaltenstherapeutische Methoden direkt in der Kletterhalle mit den Patienten erarbeitet und umgesetzt – die Therapie wirkt dadurch multimodal auf Ebene der Gedanken, Gefühle, Körperaktivierung und des Verhaltens. In bereits zwei randomisiert-kontrollierten Studien zeigte sich die Boulderpsychotherapie als mindestens nicht unterlegen zur Verhaltenstherapie und signifikant besser im Vergleich zu einer aktiven Kontrollgruppe sowie als kosteneffizient. Auch eine psychosoziale Boulderintervention mit jugendlichen syrischen Geflüchteten im Libanon bewirkte eine signifikante Verbesserung der mentalen Gesundheit und des psychischen Stresses.

In der Forschungsgruppe Angehörigenforschung unter Leitung von PD Dr. Anna Pendergrass wird die Situation der pflegenden An- und Zugehörigen beleuchtet: Für die Pflegenden – in Deutschland werden aktuell immerhin über fünf Millionen Menschen im häuslichen Umfeld von ihren An- und Zugehörigen betreut, unterstützt und gepflegt – stellt die Pflege häufig eine hohe körperliche, psychische und finanzielle Belastung* dar. Der Bedarf nach Unterstützungsangeboten und Beratung sei dementsprechend hoch, dennoch würden bereits existierende professionelle Unterstützungsangebote (z. B. ambulante Pflegedienste, Tagespflege) nur selten genutzt. In der großangelegten Längsschnittstudie

* www.caregiver-burden.eu

** www.maks-therapie.de

„Bedürfnisse und Bedarfe pflegender Angehöriger“ werden die Gründe für die (Nicht-) Nutzung der zentralen Entlastungsangebote mithilfe eines Fragebogens ermittelt. Darüber hinaus wird in der Studie „Progression in home care – Fortschritt in der häuslichen Pflege“ das Fortbildungsmodul „Motivierende Gesprächsführung in der Pflegeberatung“ für Pflegeberatende entwickelt und evaluiert, da eine bedarfsgerechte und an die spezifischen Bedürfnisse pflegender Angehöriger angepasste professionelle Beratung eine Schlüsselfunktion darstellt, um die Lebenssituation von Pflegenden und Gepflegten zu verbessern. Das Ziel ist dabei die flächendeckende Etablierung der Fortbildung als Ergänzung der Ausbildung zur/zum Pflegeberaterin/Pflegeberater nach § 7a SGB XI. <<



Dr. André Kratzer, MSc Psych., wissenschaftlicher Mitarbeiter (Postdoc), derzeit in Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten

>> Warum arbeiten/studieren Sie am Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung?

Während meines Psychologiestudiums an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg bin ich bereits 2015 als studentischer Mitarbeiter des Zentrums für Medizinische Versorgungsforschung auf die spannenden Forschungsprojekte aufmerksam geworden, sodass ich dort auch meine Masterarbeit zur Erlanger Boulderpsychotherapie bei Menschen mit Depression und meine Doktorarbeit zu psychosozialen Interventionen bei Menschen mit Demenz geschrieben habe.

Was zeichnet in Ihren Augen das Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung aus?

Mich fasziniert vor allem die Vielfalt an praxisrelevanten Forschungsthemen, die von der Erforschung innovativer Therapieangebote bei Depression und Demenz über psychometrische Validierungen von versorgungsrelevanten Messinstrumenten bis hin zur Untersuchung der Versorgungssituation von Menschen mit Demenz und ihrer pflegenden Zu- und Angehörigen reichen. Die Forschung ist dabei stets sehr nah dran an der alltäglichen Versorgung, wodurch es immer spannend bleibt!

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Ich leite derzeit die Studie „SinoMAKS“, in der die MAKS-Therapie für Menschen mit Demenz umfassend kulturell an China angepasst und im Rahmen einer randomisierten-kontrollierten Studie in chinesischen Pflegeheimen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit untersucht wird. Daneben leite ich stellvertretend eine groß angelegte Befragungsstudie zu Bedürfnissen und Bedarfen pflegender Angehöriger.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Ganz persönlich wichtig ist es mir, durch Versorgungsforschung neue Impulse in die aktuelle Forschung, aber auch ganz konkret in die Versorgungspraxis zu geben, um dadurch einen Beitrag zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung leisten und etwas Sinnhaftes bewirken zu können. <<



Leona Kind MSc, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Doktorandin und psychologische Psychotherapeutin in Weiterbildung

>> Warum arbeiten/studieren Sie am Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung?

Während meines Bachelorstudiums faszinierte mich der Bereich der Sportpsychologie, weshalb ich nach einer Tätigkeit suchte, in der Psychotherapie mit Sport/Bewegung verbunden wird. So arbeitete ich bereits seit 2017, zunächst als wissenschaftliche Hilfskraft, bei dem Projekt Klettern und Stimmung mit. Hier wurde genau diese spannende Kombination aus Psychotherapie und Klettern erforscht.

Was zeichnet in Ihren Augen das Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung aus?

Die Arbeit ist eine tolle Ergänzung zur Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin, da in der Versorgungsforschung u. a. die Basis für das psychotherapeutische Arbeiten in Form von Wirksamkeitsnachweisen gelegt wird. Die Ergebnisse unserer Studien ermöglichen es, bestehende Therapieansätze weiterzuentwickeln und neue Herangehensweisen in der Patientenversorgung zu implementieren.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Ich befasse mich weiterhin mit dem Zusammenwirken von Psychotherapie und Bouldern, mittlerweile im Rahmen eines neuen Forschungsprojektes mit dem Namen „Neue Wege aus der Depression“. In der neuen Studie liegen die Schwerpunkte vor allem auf dem Nachweis von spezifischen Wirkfaktoren der Boulderpsychotherapie sowie messbaren körperlichen Veränderungen.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Neben der Promotion und meiner eigenen Weiterentwicklung ist es mir ein Anliegen, dass viele Patient:innen von unseren Therapiemöglichkeiten gesundheitlich profitieren können. <<

### MVF-Serie „VF made in ...“

Beginnend mit der ersten Folge im Jahr 2016, bei der „Monitor Versorgungsforschung“ in Greifswald zu Besuch war, um das Institut für Community Medicine vorzustellen, wurden mit dieser Ausgabe 40 höchst unterschiedliche Standorte in den Fokus gerückt. Gemeinsam ist allen, dass sie Forschung und Lehre in Einklang bringen sowie mit viel Herzblut und Impetus das machen, was Versorgungsforschung wirklich ausmacht: das ehrliche Bemühen, das Leben und die Gesundheitsversorgung der Menschen ein Stück weit zu verbessern. Alle bisher erschienenen Folgen der Serie finden Sie hier: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/cooperations/vf-serie/







# Wir konzentrieren uns auf das Leben.

**Unsere Antwort auf die Zukunft ist Forschung.**
Seit gut 140 Jahren sind wir als familiengeführtes Unternehmen sowohl in der Humanmedizin als auch in der Tiergesundheit tätig. Den Herausforderungen unserer Zeit begegnen wir mit unerschütterlichem Optimismus, Partnerschaft und Spitzenforschung. Wir finden Lösungen für eine gesündere Welt und glauben daran, dass wir das Leben von Generationen verändern.

**Mehr Antworten auf**
boehringer-ingelheim.de

Im Fokus: der Markt der Specialty-Pharma

# Keine Apotheke, kein Pharma, sondern ein Enabler

Die Namen der sieben größten deutschen Pharmaunternehmen kennt so ziemlich jeder: Bayer (47,5 Mrd. Euro Umsatz 2023), Boehringer Ingelheim (25,6), Fresenius (22,3), Merck (21), B. Braun (8,8), Biontech (3,8), Stada (3,7). Noch relativ unbekannt hingegen sind Unternehmen wie PharmaMed (0,5), Chelapharm (1,49) oder die Medios AG, Deutschlands erstes börsennotiertes Specialty-Pharma-Unternehmen mit immerhin bereits 1,8 Mrd. Euro Umsatz im Jahr 2023. Nun macht sich die Medios AG angesichts der geplanten Apothekenreform Sorgen um die „Versorgungssicherheit schwer kranker Menschen" und hat dazu auf dem Berliner Hauptstadtkongress ein eigenes Symposium veranstaltet – Anlass für „Monitor Versorgungsforschung", die Hintergründe zu beleuchten.

>> In den letzten Jahren haben Specialty-Pharma-Hersteller erheblich von der wachsenden Nachfrage nach personalisierter Medizin profitiert, die vor allem zur Bekämpfung genetisch bedingter Krankheiten eingesetzt wird. Das US-amerikanische Drug Channels Institute schätzt, dass im vergangenen Jahr in den USA Spezialpharmazeutika für 243 Milliarden US-Dollar verschrieben wurden, was fast 40 Prozent der Verschreibungseinnahmen in der Apothekenbranche und einen noch höheren Anteil an den Nettoausgaben der Kostenträger ausmachte.

Auch in Deutschland hat der Markt für Spezialpharmazeutika beachtliche Dimensionen erreicht. Im Jahr 2015 erzielten Apotheken einen Umsatz von knapp zehn Milliarden Euro, was laut der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände fast einem Viertel des Gesamtumsatzes mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln entspricht. Es überrascht daher kaum, dass Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach mit seinem „Gesetz für eine Apothekenhonorar- und Apothekenstrukturreform" (ApoRG) plant, die prozentuale Vergütung von derzeit 3 Prozent schrittweise auf 2,5 und dann auf 2 Prozent zu senken, was sich insbesondere auf hochpreisige innovative Originalmedikamente und Spezialpharmazeutika auswirken wird.

Dirk Düvel, nunmehr fast 30 Jahre selbstständiger Apotheker der Deich-Apotheke in Marschach und nebenbei Mitinhaber einer Vor-Ort-Apotheke mit eigenem Versand „Wir leben Apotheken", führte auf dem HSK-Symposium aus, dass ungefähr zehn Prozent der deutschen Apotheken bestimmte Versorgungsschwerpunkte im Bereich der Chronikerversorgung haben. Und rund 1.000 Apotheken sind laut Düvel im Bereich der Versorgung mit Sterilrezepturen tätig, also mit individuell angefertigten Rezepturen für einzelne Patient:innen. Davon wiederum würden circa 200 Apotheken mit Labor zur Sterilherstellung selbst herstellen und ungefähr 800 mit Spezial-Pharmaunternehmen kooperieren.

Eines dieser Unternehmen ist die Medios AG, die auf Bestellung individuelle Chargen in Lohnherstellung für Apotheken und Krankenhausapotheken produziert, welche diese dann an ihre Patient:innen abgeben. „Wir führen diese Aufträge in Deutschland in unseren sechs GMP-Reinraumlaboren durch, die denselben regulatorischen Anforderungen unterliegen wie die Labore von forschenden Arzneimittelherstellern wie Bayer oder Boehringer Ingelheim", erklärt Christoph Prußeit, Apotheker und Chief Innovation Officer von Medios. Damit Apotheken spezielle Präparate für Krebs- oder Hämophiliepatient:innen abgeben können, benötigen sie mitunter aber auch darauf spezialisierte Großhändler – auch diese Aufgabe hat das Unternehmen im Leistungsportfolio. Prußeit: „Medios unterstützt inzwischen rund 850 deutsche Partnerapotheken, indem wir ihnen die Notwendigkeit ersparen, eigene Herstellungsinfrastrukturen aufzubauen, die schnell in die Millionen gehen können."



Matthias Gärtner, Chief Executive Officer von Medios.

„Wir versetzen jede Apotheke und Kran-

## Spezialrezepturen für schwere Erkrankungen (3)

Bei den innovativen Fertigarzneimitteln spielen laut ABDA in jüngerer Vergangenheit vor allem Onkologika (gegen Krebserkrankungen) und Immunsuppressiva (gegen körpereigene Abstoßungsreaktionen und bei entzündlichen Erkrankungen) eine wichtige Rolle. Den Kosten steht der jeweilige therapeutische Nutzen gegenüber. Neben Fertigarzneimitteln werden in der onkologischen Therapie auch individuell hergestellte Spezialrezepturen (Zytostatika) eingesetzt. Darüber hinaus gibt es auch parenterale Lösungen zur intravenösen Verabreichung u. a. mit monoklonalen Antikörpern. Die Herstellung dieser Spezialrezepturen unterliegt besonderen technischen Anforderungen, die bundesweit von etwa 300 Apotheken mit einem speziellen Reinraumlabor gemäß § 35a Apothekenbetriebsordnung erfüllt werden.

**Zytostatika-Verordnungen und -Umsatz**

| Zytostatika | Verordnungen Mio. | | | Umsatz Mio. Euro | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2021 | 2022 | 2023 | 2021 | 2023 | 2023 |
| Zytostatika-Zubereitungen | 2,1 | 2,0 | 2,0 | 929 | 849 | 912 |
| Parenterale Lösungen | 1,7 | 1,7 | 1,7 | 4.246 | 4.497 | 4.832 |
| darunter mit monoklonalen Antikörpern | 1,3 | 1,3 | 1,3 | 4.053 | 4.295 | 4.602 |

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Keine Apotheke, kein Pharma, sondern ein Enabler“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/24), S. 44–45. http://doi.org/10.24945/MVF.05.24.1866-0533.2648

kenhausapotheke in die Lage, patientenindividuelle und komplexe Arzneimittel für ihre Patienten anbieten zu können“, führt der Chief Innovation Officer von Medios, Prußeit, weiter aus. Erst der individualmedizinische Ansatz mit individuellen Dosierungen, abgestimmt auf bestimmte Parameter der Patient:innen, mache eine effektive und effiziente Therapie möglich. Dies werde in Zukunft durch personalisierte Arzneimittel noch wichtiger. Prußeit: „Indem wir hochqualifiziertes Herstellpersonal und eine ausgefeilte Herstellinfrastruktur vorweisen, sind wir der bevorzugte Partner nicht nur für sehr viele Leistungserbringer, sondern auch für pharmazeutische Unternehmen, weil wir aus deren Produkten mit einer nicht individuellen Verkaufsmenge, die dann individualisierten Infusionen herstellen.“

Die Medios-Gruppe setzt sich aus mehreren Tochtergesellschaften zusammen. Dazu zählen im Segment „Patientenindividuelle Therapien” Herstellbetriebe an sechs Standorten in Deutschland, die auf direkte Nachfrage von Apotheken insbesondere Infusionen für den Bereich Onkologie, parenteral anwendbare Virostatika, Antibiotika und Zytostatika sowie Produkte für die parenterale Ernährung herstellen, die Medios Digital GmbH mit der Plattform „mediosconnect”, die Apotheken die direkte und einfache Bestellung und Abrechnung von patientenindividuellen Therapien ermöglicht, und im Segment Arzneimittelversorgung die Medios Pharma GmbH als Großhandelsunternehmen für pharmazeutische Produkte. Prußeit, dessen Unternehmen die Indikationsgebiete Onkologie, Neurologie, Autoimmunologie, Ophthalmologie, Hämophilie und Infektiologie abdeckt: „Wir sind damit kein Vertreter der Big Pharma, aber auch keine Apotheke. Wir sind ein Unternehmen, das sämtliche Bedarfe im Specialty-Pharma-Bereich bedient.“

Dennoch hat Medios durchaus eine Spur „Apotheken-DNA“: So hatte Manfred Schneider, bis Ende 2020 Vorstandsvorsitzender von Medios, nach seinem Studium der Pharmazie an der Freien Universität in Berlin und der Approbation zum Apotheker nicht nur die erste BerlinApotheke gegründet, die er über 20 Jahre lang leitete und auf eine Gruppe von vier spezialisierten Apotheken ausbaute, sondern auch die heutigen Tochtergesellschaften.

Inzwischen ist die Medios AG nicht mehr nur in Deutschland aktiv. Nach einer Analyse des europäischen Markts kristallisierten sich die Benelux-Länder als besonders interessant heraus. Inzwischen verfügt das Unternehmen nach der Übernahme von Ceban Pharmaceuticals B.V. über eine eigene Apothekenkette in den Niederlanden samt einer GMP-Herstellinfrastruktur, die Gentherapien applikationsfertig aufbereiten kann.

Addiert man das, was Medios in Deutschland und aus den Niederlanden heraus produziert, kommen inzwischen immerhin fast eine Million individualisierte Herstellungen – davon rund 400.000 aus Deutschland – pro Jahr zusammen. Dazu Matthias Gärtner, CEO von Medios: „Die Übernahme von Ceban ist ein wichtiger Meilenstein für unsere europäische Expansionsstrategie. Mit seiner marktführenden Position in den Niederlanden und wachsenden Marktpositionen in Belgien und Spanien ist Ceban hervorragend für weiteres Wachstum positioniert und äußerst profitabel. Durch unsere etablierte Specialty-Pharma-Plattform in Deutschland schaffen wir zudem Cross-Selling-Möglichkeiten und Synergien im Einkauf.“

Wenn CEO Gärtner über eine „Plattform“ spricht, solle man sich keine digitale Plattform à la Amazon vorstellen, sondern eine „hochspezialisierte Dienstleistungs- und Infrastrukturplattform“, die Spezialpräparate über Apotheken für Patient:innen verfügbar macht, aber es auch Unternehmen ermöglicht, ihre innovativen Produkte einzuführen.

In diesem Kontext sprach Prußeit im Rahmen des HSK-Symposiums eine seltene und schwere Erkrankung an: Am Rett-Syndrom erkranken jährlich rund 50 Mädchen im frühen Kindesalter. Bislang gibt es ein zugelassenes Arzneimittel jedoch nur in Amerika, mehrere andere Gentherapiekandidaten sind in der Pipeline. Diese Arzneimittel, darunter auch die innovative Gentherapietechnologie, für Patient:innen in Europa verfügbar zu machen, ist wegen der verschiedenen Gesundheits- und Abrechnungssysteme und lokalen Regulatoriken alles andere als trivial. An der Stelle sieht Medios Handlungspotenzial: „Wenn forschende Pharmafirmen mit innovativen Produkten ein Plattformunternehmen wie uns ansprechen könnten, das sowohl die direkte Patientenversorgung übernehmen kann, als auch hochkomplexe Gentherapien fertigen kann, sind der Markteinstieg und somit die Verfügbarkeit potenziell viel schneller zu erreichen“, gibt CEO Gärtner zu bedenken. <<

von: MVf-Chefredakteur Peter Stegmaier

## „Standardisierbare Versorgungswege mit höherer Effizienz“

Wie stellen Sie sich in zehn Jahren die Arzneimittelversorgung vor? Welchen Beitrag kann Ihr Unternehmen dazu leisten?

Wir gehen davon aus, dass aufgrund der demografischen Entwicklung noch mehr Patient:innen versorgt werden müssen. Durch verbesserte Diagnostik wird man möglicherweise auch noch mehr Krankheiten behandeln können. Das heißt: Der Bedarf an Arzneimittelversorgung steigt. Man kann davon ausgehen, dass nicht mehr jeder alles macht, sondern es zu mehr Fokussierung und Spezialisierung bei den Leistungserbringern kommt. Für die Arzneimittelversorgung kann ich mir gut vorstellen, dass es standardisierbare Versorgungswege geben wird, die dadurch eine höhere Effizienz mit sich bringen. Und gleichzeitig wird eine Individualisierung bei den Pharmazeutika zu einer präziseren Arzneimitteltherapie führen. Die Patient:innen sollten dabei nicht einem komplizierten Versorgungsprozess ausgesetzt sein, sondern einem einfacheren. Dies erfordert wiederum, dass die Akteure vernetzter miteinander arbeiten und kollaborativ die effizienteste Versorgung ermöglichen. Wir wollen dabei mithelfen, progressiv zu denken und den absehbaren Herausforderungen mit Lösungsvorschlägen zu begegnen – und und nicht im Status quo verharren.



Christoph Prußeit, Chief Innovation Officer von Medios.

**Literatur**

1: https://www.drugchannels.net/2024/04/the-top-15-specialty-pharmacies-of-2023.html
2: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/A/ApoRG-Apotheken-Reformgesetz_RefE.pdf
3: https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ZDF/Zahlen-Daten-Fakten-24/ZDF_2024_88_89_Arzneimittel_fuer_schwere_Erkrankungen.pdf



Zitationshinweis

Lindner, J. F.: „Grundrechte und Verhältnismäßigkeit: Kritik und Desiderate“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/24), S. 46. http://doi.org/10.24945/MVF.05.24.1866-0533.2650

**Prof. Dr. Josef Franz Lindner**

**Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Medizinrecht und Rechtsphilosophie, Juristische Fakultät, Universität Augsburg**

# Grundrechte und Verhältnismäßigkeit: Kritik und Desiderate

>> Die Corona-Pandemie war ein enormer Stresstest auch für das Recht, insbesondere die Grundrechte. Die zur Bekämpfung der Pandemie staatlicherseits erlassenen Maßnahmen stellten zum Teil gravierende, in der Geschichte des Grundgesetzes bisher nicht dagewesene Beschränkungen der Freiheit und des sozialen Lebens dar. Das Verbot etwa, sterbenden Angehörigen im Krankenhaus oder im Pflegeheim einen letzten Besuch abzustatten, berührte unmittelbar die Würde der beteiligten Menschen. Kontakt- und Ausgangsbeschränkungen, Schulschließungen sowie die nahezu vollständige Stilllegung des sozialen Lebens griffen massiv in die Grundrechte der Menschen ein. Die vom Bundesverfassungsgericht bestätigte Impfpflicht für Beschäftigte in Gesundheitsberufen bedeutete einen schwerwiegenden Eingriff in das Recht auf körperliche Selbstbestimmung. Ist der Staat zu weit gegangen? Eine Antwort darauf muss differenziert ausfallen.

Drei Aspekte sind dabei unbestritten:

**Erstens** ist der Staat grundsätzlich berechtigt, zur Bekämpfung einer pandemischen Infektionskrankheit mit schweren Krankheitsverläufen Freiheitsbeschränkungen zum Schutz von Leben und Gesundheit, insbesondere vulnerabler Menschen, sowie zur Verhinderung einer Überlastung des Gesundheitssystems vorzunehmen.

**Zweitens** darf die Exekutive, sprich die Gesundheitsverwaltung, nicht von sich aus Freiheitsbeschränkungen anordnen. Sie bedarf dafür vielmehr einer hinreichend bestimmten parlamentsgesetzlichen Grundlage. Diese bot das Infektionsschutzgesetz (das frühere Bundes-Seuchengesetz) mit im Verlaufe der Pandemie immer detailschärferen und grundrechtsintensiveren, für den verfassungsrechtlichen Laien indes nur schwer verständlichen Eingriffsbefugnissen (man denke an den Maßnahmenkatalog in § 28a IfSG).

**Drittens:** Auch in einer pandemischen Lage von nationaler Tragweite, in einem politisch gelegentlich so bezeichneten Gesundheitsnotstand, sind die im Grundgesetz und in den Landesverfassungen gewährleisteten Freiheitsrechte nicht suspendiert. Es gibt keinen grundrechtlichen Notstandsvorbehalt, der Grundrechtseingriffe durch Gesetzgeber und Exekutive ohne Weiteres zuließe. Auch in einer Pandemie nicht. Vielmehr ist jeder staatliche Eingriff in die Freiheit eigens zu begründen und zu rechtfertigen. Insbesondere muss die Verhältnismäßigkeit jeder einzelnen Maßnahme auch im Einzelfall gewahrt sein.

Blickt man auf die Rechtsprechung der Verfassungs- und Verwaltungsgerichte zu den Corona-Maßnahmen, fällt auf, dass der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz als Prüfungsmaßstab zwar regelmäßig herangezogen, nicht selten jedoch oberflächlich gehandhabt wurde. Mitunter konnte man sich des Eindrucks nicht erwehren, der Gesundheitsschutz setze sich immer durch. Angesichts des hohen verfassungsrechtlichen Gewichts von Leben und Gesundheit und der darauf bezogenen staatlichen Schutzpflicht schien im Grunde jede auch noch so harte Eingriffsmaßnahme rechtfertigbar, insbesondere verhältnismäßig zu sein. „Gesundheit gewinnt immer“ schien das unausgesprochene Paradigma abstrakter Abwägung zu lauten. Ein solches käme freilich einem grundrechtlichen Notstandsvorbehalt gleich, den das Grundgesetz aber gerade nicht kennt. Vor allem (1) zwei offene Flanken des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes sind sichtbar geworden:

**Erstens** ist es nicht selten versäumt worden, über die abstrakte hinaus in eine konkrete Abwägung einzusteigen und zu fragen, ob eine Maßnahme überhaupt einen nennenswerten Beitrag zur Eindämmung des Infektionsgeschehens leisten kann. Beispielsweise hätte man das Verbot des alleinigen nächtlichen Spazierengehens bei einer solchen Betrachtung als unverhältnismäßig qualifizieren müssen. Natürlich sind – abstrakt betrachtet – Leben und Gesundheit wichtiger als ein abendlicher Spaziergang. Aber eine lediglich abstrakte Sichtweise greift zu kurz. Sie muss durch eine konkrete Betrachtung ergänzt werden: Bringt eine Maßnahme konkret so viel, dass insofern ihre Eingriffstiefe verhältnismäßig ist. Das genannte nächtliche Ausgangsverbot mag durchaus geeignet sein, weil es einige Kontakte und damit auch Infektionen vermeiden konnte. Der in der Summe aber eher geringe konkrete Zweckverwirklichungsbeitrag steht jedoch in einem Missverhältnis zur erheblichen Eingriffstiefe der Ausgangsbeschränkung. Als Desiderat lässt sich daher formulieren: Die abstrakte Güterabwägung ist durch eine konkrete tatsächliche Zweckverwirklichungsbetrachtung zu ergänzen. Eine Maßnahme ist unverhältnismäßig, wenn ihr konkreter Beitrag zur Zweckverwirklichung derart marginal ist, dass im Verhältnis dazu ihre Eingriffstiefe unangemessen ist.

**Zweitens:** Die gängige Dogmatik der Verhältnismäßigkeitsprüfung ist zu wenig in der Lage, negative Folgewirkungen von Freiheitseinschränkungen zu verarbeiten. Sie hat insofern einen blinden Fleck. Soziale und gesellschaftliche Folgedimension von Grundrechtseingriffen werden nicht angemessen, jedenfalls nicht in einem eigenständigen Prüfungspunkt, abgebildet. Dies wird zu Recht als „juristisch unsichtbare soziale Dimension der Grundrechtseingriffe“, als „grundrechtliches Vakuum“ (2) bezeichnet. Soziale, psychische, gesellschaftliche oder wirtschaftliche „Kollateralschäden“ – etwa von Schul- oder Betriebsschließungen oder von Kontakt- oder Ausgangssperren – werden nicht hinreichend erfasst. Auch insoweit ist ein Desiderat zu formulieren: Die Verhältnismäßigkeitsprüfung ist über die traditionelle bipolare Zweck-Eingriffs-Relation hinaus ausdrücklich auf Folge-, Neben- und Drittnachteile zu erstrecken. Der mit einer Maßnahme verfolgte (legitime) Zweck ist in ein multipolares Verhältnis zu erwartbaren „Kollateralschäden“ zu setzen. <<

**Literatur:**

1: Zu weiteren Aspekten s. J. F. Lindner, Thesen zur Weiterentwicklung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes, NJW 2024, S. 564.

2: O. Lepsius, Ausnahme als Rechtsform der Krise, DVBl. 2023, S. 701/703.

Zitationshinweis
Radbruch, A.: „Immun durch die Pandemie?“,
in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/24), S. 47.
http://doi.org/10.24945/MVF.05.24.1866-0533.2651



**Prof. Dr. rer. nat. Andreas Radbruch**
**Deutsches Rheumaforschungszentrum Berlin, ein Leibniz-Institut**

# Immun durch die Pandemie

>> Die moderne Immunologie ist eine recht junge Wissenschaft. Erst 1890 wurden die Antikörper entdeckt. Zwischen dem wissenschaftlichen Verständnis der Spanischen Grippe und von Covid-19 klaffen Welten. Umso erstaunlicher, wie in der Covid-19-Pandemie „immunologische“ Missverständnisse in der veröffentlichten Meinung und bei politischen Entscheidern zu Fehleinschätzungen und Restriktionen wesentlich beitrugen. Ohne hier die soziologischen Hintergründe dieser Entwicklung beleuchten zu wollen, ist es vielleicht hilfreich für die Bewältigung zukünftiger pandemischer Herausforderungen, einige wesentliche Missverständnisse einmal beim Namen zu nennen:

**#1: Neutralisierende Antikörper im Blut sind kein Schutzkorrelat.**

Für Viren, die uns über die Atemwege angreifen, ist es das erste Problem, den Schleim der Atemwege zu durchdringen. Hier, im Schleim der Atemwege, können „neutralisierende“ Antikörper die Infektion verhindern, so sie denn den Rezeptor von SARS-CoV-2 so binden, dass die Bindung an unsere Zellen verhindert wird. Für manche „Experten“ und viele andere war eine „neutralisierende“, „sterile“ Immunität, also der Schutz vor Infektion als solcher, die einzig relevante Immunität. Zahllose wissenschaftliche Veröffentlichungen gibt es über „neutralisierende“ Antikörper. Es war von „Immunflucht“ die Rede, wenn eine neue Variante des Virus nicht mehr „neutralisiert“ wurde. Nur leider wurden dabei neutralisierende Antikörper aus dem Blut untersucht. Nur sehr wenige Wissenschaftler haben Antikörper auf den Atemwegen untersucht. Sie stellten fest, dass die Antikörper dort nach einer Impfung, aber auch nach überstandenen Infektionen innerhalb von Wochen und Monaten verschwinden, selbst wenn sie dann im Blut noch gut nachweisbar sind. Das Problem der „sterilen“ Immunität ist also der Transport von Antikörpern aus dem Blut auf die Oberfläche der Atemwege. Wie die Transportmechanismen aktiviert werden, ist nicht gut verstanden. Es wäre der Schlüssel für effektive Hilfsstoffe einer Impfung, die langfristig vor Infektion schützt. Vielleicht können wir hier von unseren mikrobiellen Mitbewohnern lernen, den Bakterien des Mikrobioms. So sorgt das Bakterium Streptococcus salivarius dafür, dass die neutralisierenden Antikörper auf den Schleimhäuten bleiben (1).

Ganz offenkundig ist unser Immunsystem nicht darauf angelegt, uns langfristig vor Infektion zu schützen, sondern darauf, infizierte Individuen vor schwerer Erkrankung und Tod zu schützen. Für diese „systemische“ Immunität sind die neutralisierenden Antikörper im Blut nicht so wichtig. Es reicht, wenn Antikörper die Viren verklumpen und für Immunzellen markieren. Nicht umsonst hat die Natur jeden Antikörper mit mindestens zwei gleichen Bindungsstellen für das Antigen ausgestattet: Voraussetzung für eine Verklumpung, die verhindert, dass einzelne Viren neue Zellen infizieren können. Also:

**#2: Nicht neutralisierende Antikörper gegen SARS-CoV-2 sind wichtig für die systemische Immunität, den Schutz vor schwerer Erkrankung.**

**#3: Qualität vor Quantität bei Antikörpern.**

Verlieren wir unsere Immunität, wenn die Antikörper im Blut weniger werden? Das wussten wir schon vor der Pandemie besser (2). Denn tatsächlich ist es nicht so sehr die Menge der Antikörper, die unsere Immunität bestimmt, sondern ihre Qualität. Bei einer Immunreaktion interagieren Zellen, die das virale Antigen aufbereiten, mit den T- und B-Lymphozyten des Immunsystems. B-Lymphozyten werden aktiviert, wenn ihre Antikörper an Antigen binden. Während einer (erfolgreichen) Immunreaktion wird das Antigen immer weniger, und es werden am Ende nur noch die B-Lymphozyten aktiviert, deren Antikörper geringste Mengen an Antigen erkennen. Bei dieser „Affinitätsreifung“ entstehen extrem stark bindende Antikörper. Ihre Menge nimmt ab, aber sie schützen uns wirkungsvoll, und sie binden auch Virusvarianten noch sehr gut.

Diese Immunreaktionen dauern ein halbes Jahr oder länger, übrigens nicht nur bei SARS-CoV-2-Infektionen, sondern auch bei der Impfung. Sehr viel länger als die eigentliche Krankheit. So lange nehmen auch die Antikörpermengen im Blut ab. Danach allerdings bleiben sie stabil über viele Jahre. Im Fall des ersten SARS-Virus, SARS-CoV, waren die Antikörperspiegel im Blut Genesener über bisher 17 Jahre stabil, von 2003/4 bis 2020. Diese langfristig stabile Antikörperproduktion nach Ende einer Immunreaktion beruht darauf, dass die Zellen, die diese Antikörper sezernieren, auch „Plasmazellen“ genannt, sich im Knochenmark niederlassen, wo sie in bestimmten „Nischen“ viele Jahre überleben. Nur am Rande sei erwähnt, dass die Zahl der SARS-CoV-2-spezifischen Plasmazellen im Knochenmark nach überstandener Infektion ungefähr so hoch ist wie nach dreimaliger Impfung mit Comirnaty, und in etwa der Zahl der Plasmazellen entspricht, die tetanusspezifische Antikörper machen.

**#4: Sättigung des Immunsystems.**

Oft gehört: „Wenn ‚sterile‘ Immunität so kurzfristig ist, muss man halt öfter mal nachimpfen (‚Boosten‘), um sie wieder zu stimulieren“. Ein Missverständnis mit drastischen Konsequenzen, 2G/3G-Regelungen, Verkürzung des „Genesenenstatus“ auf wenige Monate und einer Debatte um die Impfpflicht. Fakt ist, unser Immunsystem passt sich an die Krankheitserreger unserer Umgebung an. Bei häufigem Kontakt mit dem gleichen Erreger kommt es dann gar nicht mehr zu neuen Immunreaktionen, auch nicht mehr zu „steriler“ Immunität. So beträgt der Schutz vor Infektion kurz nach der dritten Impfung mit Comirnaty über 80%, nach der 4. Impfung nur noch 30%. Zumindest gilt beim Impfen nicht „viel hilft viel“, sondern „genug ist genug“. Schließlich kann eine starke Prägung des Immunsystems auf einen Erreger auch dazu führen, dass wir nicht mehr so gut auf neue, ähnliche Erreger reagieren (3). <<

**Literatur**
1. Bondareva M., et al. Cell Host Microbe. (2023) doi: 10.1016/j.chom.2023.10.007.
2.Radbruch A, Chang HD. Nature.(2021) doi: 10.1038/d41586-021-01557-z
3. Kozlov M. Nature (2024) doi: 10.1038/d41586-024-02170-6



Zitationshinweis
Brinkmeier, M.: „Können oder wollen sie nicht? – eine Replik“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/24), S. 48. http://doi.org/10.24945/MVF.05.24.1866-0533.2658

**Dr. Michael Brinkmeier**
**Vorstandsvorsitzender der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe**

# Können oder wollen sie nicht? – eine Replik

>> Zunächst sei ein Dank an Klaus Piwernetz und Edmund Neugebauer als Autoren des Beitrags „Können oder wollen sie nicht?“ in der letzten MVF-Ausgabe (1) ausgesprochen. Sie haben auf eine systematische Weise beschrieben, warum es in Deutschland nicht gelingen will, ein „modernes, leistungs- und lernfähiges Gesundheitssystem“ auf den Weg zu bringen: Partikularziele versus Systemziele, mangelnde Vorhersagbarkeit der Wirkung gesetzgeberischer Einflüsse, systemimmanente Dysfunktionalitäten, z. B. in Bezug auf die Planung und Umsetzung großer Vorhaben unter den Rahmenbedingungen einer demokratischen Taktung, aber auch mangelnde Patientenorientierung und über allem fehlende politische Gesundheits- und Versorgungsziele sind als Stichworte genannt.

Man mag das eine oder andere Argument im Beitrag vielleicht nicht teilen oder anders gewichten, aber die Analyse stimmt im Großen und Ganzen. Leider fällt dann der Lösungsteil „Wege aus der Sackgasse“ doch etwas kurz aus.

Doch genau dort spielt die Musik, sodass ich hier einige wenige Takte hinzufügen möchte, und zwar aus Sicht eines Naturwissenschaftlers und ehemaligen professionellen Politikers mit hinreichender praktischer Erfahrung mit dem Innovationsfonds. Letzterer soll hier als Beispiel für das „so what“ dienen, wenn es um Wege nach vorn gehen soll im deutschen Gesundheitssystem.

Der Innovationsfonds war eine Erfolgsgeschichte, als es darum ging, dass sich verschiedenste Akteure über ihre Partikularinteressen und Alltagssorgen hinweggesetzt haben, um neue Versorgungsformen in gemeinsamen Projekten auszuprobieren. Ein gutes Beispiel also dafür, dass Politik Rahmenbedingungen setzen kann, die positive Kräfte freisetzen. Die Aufbruchstimmung der Mutigen war mit Händen zu greifen. Und das zufriedene Händereiben der Versorgungsforschung ebenso (warum aber auch nicht?).

Der Innovationsfonds ist jedoch ein Desaster, wenn es darum geht, die mannigfaltigen Erfahrungen aus den Projekten in konkrete Versorgungsoptimierungen zu überführen, geschweige denn in Versorgungsinnovationen.

Man muss sich fremdschämen, wenn man einem Normalbürger erklären soll, dass mittlerweile zwei Milliarden Euro Versichertengelder durch den Kamin gegangen sind, ohne dass auch nur eine für die Bevölkerung spürbare Änderung des Versorgungsalltags dabei herausgekommen ist. Mittlerweile ist der Innovationsfonds zu einem Versorgungsverbesserungsfonds verkümmert, für den sich die Politik spürbar nicht mehr interessiert. Und wenn sich die Politik schon nicht mehr interessiert, warum sollen sich die Entscheider auf den G-BA-Bänken dann noch altruistisch verhalten? Hier gilt die Aussage von Piwernetz und Neugebauer: Die Entscheider verhalten sich sachlogisch entsprechend der Settings, in denen sie ihre Aufgaben erfüllen müssen. Und das Setting ist nun mal nicht gerade innovationsgeneigt.

Was also tun? Eine sehr wichtige Maßnahme ist von Professorin Köberlein-Neu benannt worden, ebenfalls in der letzten Ausgabe von „Monitor Versorgungsforschung” (2) nachzulesen: Es reicht eben nicht, eine neue Versorgungsform allein am Fall entlang zu erproben. Anschließend muss – wenn die Intervention als solche als erfolgversprechend gesehen wird – eine Implementierungserprobung erfolgen.

Indes: Implementierungen von Innovationen sind in einem Gesundheitssystem meistens eine viel schwierigere Aufgabe als die Fallintervention selbst. Denn erst bei der Umsetzung kommt es zum Schwur: Wer ist verantwortlich für die Intervention? Wer bezahlt? Wer steuert wie? Wer sichert die Qualität? Und wie wird die Patientenzentrierung sichergestellt?

Wie es scheint, gibt es unter den Hunderten Innovationsfondsprojekten gerade mal ein einziges (in eigener Sache: LEX LOTSEN OWL), das sich explizit mit diesen Fragen beschäftigt – hier in Bezug auf die Implementierung von Lotsen. Es müssten aber Dutzende sein, für jede erfolgreich erprobte neue Versorgungsform eines.

Folgerung: Hier müssen die Stellschrauben des Innovationsfonds gedreht werden, weg von immer mehr kleinteiligen Projekten, hin zu Umsetzungsprojekten mit zwingend regionaler Komponente, um das Miteinander aller Beteiligten sicherzustellen.

Und dann kann – nein, muss – sich die Politik wieder ans Portepee fassen lassen. Das Desinteresse des Ministers an den Innovationsfondsprojekten verwundert bestenfalls, war er es doch, der seinerzeit zusammen mit seinem Unionskollegen den Fonds überhaupt ins Leben gerufen hat. „Fire and forget”: eine klassische Unart der Politik, wo doch „Dicke-Bretter-Bohren” angesagt ist. Positiv sei anzumerken, dass es im BMG und in anderen Ministerien nicht wenige gibt, die immer noch an den Innovationsfonds glauben sowie mutig und kundig für einige Vorhaben die Lanze brechen. Möge die Kraft mit ihnen sein.

Wichtig ist am Ende die Legislative im Bund und in den Ländern. Mit Abgeordneten kann man viel erreichen, wenn man sie erreicht. Dazu ist es ratsam, durchaus auch die Nichtfachpolitiker bei Versorgungsinnovationen einzubinden, denn sie sehen noch den Wald und nicht nur die (Lieblings-)Bäume des Versorgungsdschungels. Da jede/r Abgeordnete die Versorgungsnöte des eigenen Wahlkreises kennt, lohnt sich Überzeugungsarbeit an dieser Stelle auf jeden Fall. Parteipolitik spielt übrigens dabei kaum eine Rolle, eher die Unterschiede zwischen Kommunal-, Landes- und Bundespolitik.

Zum Schluss möge die Versorgungsforschung ihre Chance erkennen: nicht wegen der Honigtöpfe zusätzlicher Projekte nach üblichem Schema für die eigene Forschungsgruppe, sondern wegen der weißen Flecken der Implementierungsforschung in Deutschland, siehe dazu Köberlein-Neu.

Doch auch hier gilt: Die Forschung ist kein Selbstzweck und erst recht kein Feigenblatt für unentschlossene Politiker und Selbstverwalter. Darum: Seid innovativ! Messt das Richtige! Der ultimative Datenpunkt kommt immer von den Menschen selbst, wenn sie sagen: Jetzt läuft es endlich besser! <<

**Literatur:**
1: https://t1p.de/q6ejx
2: https://t1p.de/6qanl

Arbeitsgemeinschaft
GESUNDHEIT 65 PLUS

**Arbeitsgruppe Pflege in der AG GESUNDHEIT 65 PLUS:**
Leitung: Thomas Brauner (Berlin)
www.gesundheit-65plus.de

**Kooperation der AG GESUNDHEIT 65 PLUS und des „Zentrums für Alternsforschung" der MHB**

# „Autonomie, Lebensqualität, Selbstorganisation"

Die AG GESUNDHEIT 65 PLUS widmet sich seit ihrer Gründung 2013 dem Thema des gesunden Alterns. Wobei die 65 sowohl für die Teilnehmer:innen der AG als auch für die diskutierten Themen eher als Metapher steht: Alter ist eben keine durchgängig objektive Kategorie.

Mit der Tagung „Autonomie, Lebensqualität und Selbstorganisation im Alter" hat die AG einen Themenzyklus nach ca. zweieinhalbjähriger Diskussion abgeschlossen. Die Diskussion und die daraus entwickelten Positionen stellte Thomas Brauner (Mitglied des AG-Leitungsteams) im Einführungsbeitrag vor. Im Fokus dieser Diskussionen standen Antworten auf die Frage, wie der Verlust von Autonomie – etwa durch Einschränkungen der Mobilität, der körperlichen Gewandtheit, der geistigen Kraft – vermeidbar, verzögerbar, begrenzbar, mindestens ertragbar gestaltet werden könnte. Maßnahmen zur Unterstützung von Autonomie und Lebensqualität und der Ermöglichung von Selbstorganisation sollten idealerweise im Quartiersbezug entwickelt und umgesetzt werden. Was macht man aber, wenn – in Städten oder Agglomerationen fast die Regel – ein Quartiersbezug nicht herstellbar ist?

Die sächsische Krebsgesellschaft hat mit ihrem Projekt „TelMaCare" eine virtuelle (Wohn-/Quartiers-)Gemeinschaft für Menschen mit Krebserkrankungen geschaffen. Sie ermöglicht den Projektteilnehmer:innen, sich zu vernetzen, sich zu ihren immer wieder neu entstehenden Fragen zu informieren und so Verunsicherungen zu vermeiden, mit ihren Sorgen, Einschränkungen, Unterstützungsbedarfen professionelle Unterstützungsangebote abzurufen, sich also in wesentlichen Lebensbereichen selbst zu organisieren. Dr. Ralf Porzig ( Geschäftsführer der sächsischen Krebsgesellschaft) stellte das Projekt vor.

Zur Frage: „Was kann ich selbst tun, um Autonomie, Lebensqualität und die Kompetenz zur Selbstorganisation zu erhalten?" präsentierte Professor Dr. Dr. Martin Busse (Institut für Sportmedizin und Prävention, sportwissenschaftliche Fakultät der Universität Leipzig) ein verhaltensmedizinisch-motivatorisch hinterlegtes Programm, das individuell zugeschnitten und fachlich begleitet wird. Die Maßnahmen zielen darauf, dass der ältere Mensch Selbstwirksamkeit, Selbstwertgefühl und Lebensqualität erleben kann.

Zentrale Aussage: Altern ist geprägt von sozialen, subjektiven und biologisch objektiven Determinanten. Ein großer Teil dieser Determinanten ist beeinflussbar durch Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.

Wie plant man die Strukturen von Unterstützungsmaßnahmen und Pflege? Dieser Frage ging Sylvia Euler (Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Medizinische Hochschule Brandenburg) nach und stellte die Pflegestrukturplanung der kreisfreien Stadt Frankfurt (Oder) vor. Sie definierte die Parameter, die nötig sind, um Aussagen zum Status quo und zum zukünftigen Pflegebedarf machen zu können. Zudem beschrieb sie die Einflussfaktoren auf die Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen und die Gestaltungsmöglichkeiten durch die Kommune.

Eine Wohnung, die „auf mich aufpasst" und ermöglicht, in der gewohnten Umgebung älter zu werden? Professor Birgit Wilkes (Leiterin des Instituts für Gebäudetelematik an der TH Wildau) erklärte, wie es gehen kann.

„Smartes Wohnen" erfordert die Integration moderner Technik in einen kaum veränderbaren „Mantel", denn Häusern wird eine „Lebensdauer" von 60 bis 85 Jahren zugeschrieben. Die Unterstützungstechnik muss also „implantierbar" und auch so kostengünstig sein, dass sie für den Nutzer/die Nutzerin auch bezahlbar ist, denn eine Förderung als „Wohnumfeld verbessernde Maßnahme" durch die GKV ist i. d. R. nicht gegeben.

Gleichzeitig gibt es für das erforderliche Sicherheitsequipment keine europäischen Standards, die bei der Herstellung solch einer Sicherheitsarchitektur Vorgaben für das Handwerk machen und „Skalierungen" mit Folgen für den Preis zuließen. Die Anpassungen sind individuell.

Ziel des Ganzen: Hilfe bei der Kompensation von Einschränkungen der Sinneswahrnehmung, der Mobilität/Bewegungsfähigkeit, altersassoziierter Gedächtnisstörungen.

Dass eine Wohnungsbaugesellschaft mit einem Bestand von rund 17 000 Wohnungen und zahlreichen Gewerbeeinheiten zum Thema Autonomie und Lebensqualität im Alter eine strategische Position hat, ist eher selten. Vielleicht ist es der Situation in Cottbus geschuldet, dem Zentrum der Lausitz, einer Region, in der Alterung und absehbar zunehmende Altersarmut nicht verdrängt werden können, dass die „Gebäudewirtschaft Cottbus GmbH" seit Langem an der Entwicklung einer solchen Strategie arbeitet: Dr. Sebastian Herke (Geschäftsführer der GWC GmbH) hat Antworten auf die Frage, wie ältere Menschen mit sukzessiv zunehmenden Beeinträchtigungen mit preiswertem und angemessenem Wohnraum versorgt werden und diesen möglichst lange selbstbestimmt nutzen können.

Die Veranstaltung wurde kompetent moderiert von Dr. Claudia Diederichs (Zentrum für Alternsforschung/MHB) und Dr. Robert Paquet (AG GESUNDHEIT 65 PLUS/ observer).

## Kommentar



Thomas Brauner
65 PLUS

Liebe Leserin, lieber Leser,

die „Headline" dieses Tagungsberichts ist geradezu das „Mantra", mit dem sich die Ergebnisse jahrelanger Arbeit der AG GESUNDHEIT 65 PLUS zusammenfassen lassen. Eine Botschaft insbesondere an die Akteure im sozial- und gesundheitspolitischen Raum, sich engagierter dem Thema des gesunden Alterns zu widmen. Inzwischen kooperieren die AG und das „Zentrum für Alternsforschung" der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB). Forschung und Praxis unterstützen so einander.

**Ihr Thomas Brauner**
**für die AG GESUNDHEIT 65 PLUS**

## Hinweis

Die ARBEITSGEMEINSCHAFT GESUNDHEIT 65 PLUS widmet sich seit ihrer Gründung 2013 dem Thema des gesunden Alterns. Wobei die 65 sowohl für die Teilnehmer:innen der AG als auch für die diskutierten Fragen eher eine Metapher ist: Alter ist eben keine durchgängig objektive Kategorie. Seit 2023 kooperiert die AG GESUNDHEIT 65 PLUS mit dem „Zentrum für Alternsforschung" an der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB). Sämtliche Materialien sind auf der Website der AG GESUNDHEIT 65 PLUS abrufbar.

## Prognos/AOK: Sechs Reformbausteine für die Soziale Pflegeversicherung

>> Das aktuell vorliegende Gutachten „Reform der Pflegefinanzierung", erstellt von Prognos im Auftrag des AOK-Bundesverbands, setzt sich intensiv mit dem zukünftigen Finanzierungsbedarf der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) auseinander. Im Mittelpunkt stehen dabei die Ergebnisdimensionen Einnahmen und Ausgaben sowie der kostendeckende Beitragssatz bis 2060. Da laut Prognos der Finanzierungsbedarf der SPV zum einen aus demografischen Gründen, zum anderen aufgrund einer mittelfristig steigenden Inanspruchnahme von Pflegeleistungen und Leistungsverbesserungen absehbar steigen wird, die sich in steigenden Pro-Kopf-Ausgaben niederschlagen, nimmt das Gutachten diverse Reformoptionen in den Blick.

Insgesamt wurden in Abstimmung mit dem AOK-Bundesverband sechs Reformbausteine definiert. Einerseits soll die Steuerfinanzierung ausgeweitet werden, um die wachsenden Ausgaben zu decken und die Beitragszahlenden zu entlasten. Andererseits setzen Reformen an der Beitragsbemessung selbst an.

Die zukünftige Finanzierungssituation der SPV hängt in hohem Maße von den getroffenen Annahmen ab. Im Gutachten werden daher zunächst zwei entscheidende Faktoren variiert, nämlich die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen im SGB XI und die Entwicklung der Grundlohnsumme. In einem Exkurs zeigen die Ergebnisse auch die Auswirkungen einer erhöhten Dynamisierung der Leistungsbeträge der SPV. Dabei wird ein Korridor von optimistischen bis zu pessimistischen Entwicklungen aufgezeigt. Insgesamt werden in dem Gutachten 27 verschiedene Beitragssatzentwicklungen (und weitere Ergebnisdimensionen) in unterschiedlichen Kombinationen von Annahmen und Reformen dargestellt. Im Kern steht jeweils die Referenzentwicklung als „mittlere Variante".

Als zentrales Ergebnis lässt sich festhalten, dass der Finanzierungsbedarf in der Pflege mit hoher Wahrscheinlichkeit deutlich zunehmen wird. Nur in sehr optimistischen Varianten ergeben sich Situationen mit Beitragssatzstabilität oder sogar einem leichten Senkungspotenzial. Dies setzt allerdings eine moderate Zunahme der Pflegebedürftigkeit (Status-quo-Hypothese) bei gleichzeitig günstiger Lohnentwicklung voraus. In allen anderen Szenarien nimmt der Finanzierungsbedarf der SPV (teils massiv) zu. Laut Aussage der Gutachtenden dürfte dies in einer alternden Gesellschaft niemanden überraschen.

Um die damit absehbar steigenden Ausgaben zu decken, werden in diesem Gutachten die Reformoptionen wie die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze der SPV auf das Niveau der GRV oder die stärkere Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen modelliert. Die Reformbausteine schaffen in der Einzelbetrachtung und im „mittleren" Referenzszenario Beitragssatzentlastungen um bis zu -0,40 Prozentpunkte. Im Zusammenspiel aller Reformen sind rund -1,10 Prozentpunkte bis 2060 möglich. In diesem Fall würde der Beitragssatz langfristig bei 3,25% liegen und über den Gesamtzeitraum unterhalb des aktuellen Wertes stabilisiert werden. <<

Link: https://t1p.de/1fwl2

Abbildung 6: Reformbausteine bzw. Finanzierungsvarianten im Überblick




Quelle: Eigene Darstellung

© Prognos 2024

## Covid-19-Impfung rettete 1,6 Mio.

>> In der Septemberausgabe des Journals „The Lancet Respiratory Medicine" (Elsevier) hat eine Autorengruppe um Dr. Margaux Mesle von der World Health Organization (Regional Office for Europe, Kopenhagen/Dänemark) in einer Studie mit dem Titel „Geschätzte Zahl der direkt durch Covid-19 geretteten Leben – Impfprogramme in der Europäischen Region der WHO von Dezember 2020 bis März 2023" (1) den lebenserhaltenden Effekt von Covid-19-Impfungen untersucht. Laut dieser retrospektiven Überwachungsstudie haben Covid-19-Impfstoffe in den in die Analyse einbezogenen Länder, Gebiete und Territorien (countries, areas, and territories, kurz CAT) zwischen Dezember 2020 und März 2023 in 34 von 54 CATs die Zahl der Todesfälle um insgesamt 59 % (CAT-Spanne 17-82%) gesenkt, was etwa 1,6 Millionen geretteten Leben (Spanne 1,5 bis 1,7 Millionen) bei Menschen im Alter von 25 Jahren oder älter entspricht. Dabei waren 96% der geretteten Leben im Alter von 60 Jahren oder älter und 52% im Alter von 80 Jahren oder älter. Herausgefunden wurde auch, dass bereits die erste Auffrischungsimpfung 51% der Leben rettete, während es im Omicron-Zeitraums 60% waren. Die Studie wurden finanziert vom US Center for Disease Control and Prevention. <<

Link: https://t1p.de/l1hnx

## 7.030.488 prävalente Typ-2-Fälle

>> „Die Prävalenz von Typ-2-Diabetes stieg von 9,12% im Jahr 2011 auf 9,56% im Jahr 2016, schwankte leicht und ging dann bis 2022 generell zurück. Im Jahr 2023 lag die bundesweite Prävalenz bei 9,48%, leicht höher als 2022 und fast auf dem Höhepunkt von 2016. Der relative Anstieg von 2011 bis 2023 betrug 4%, mit 7.030.488 prävalenten Fällen im Jahr 2023." So lauten Ergebnisse des Zi-Kurzberichts „Administrative Prävalenz und Inzidenz des diagnostizierten Diabetes mellitus Typ 2 – Daten von 2011 bis 2023" (1).

Dabei gab es, so der Kurzbericht auf Basis der genutzten KV-Abrechnungsdaten weiter, regionale Unterschiede in den Prävalenzzahlen, mit den höchsten in den östlichen KV-Regionen und den niedrigsten in Schleswig-Holstein und Hamburg. Die Trends variierten, wobei in den östlichen Regionen ein leichter Rückgang und in den westlichen Regionen ein Anstieg zu verzeichnen war. <<

Link: https://doi.org/10.20364/VA-24.02

GESUNDHEITS·
FOREN

Fokustag | 21. November 2024

# SELTENE ERKRANKUNGEN – MIT KI ZU BESSERER DIAGNOSTIK

Salles de Pologne Events & Konferenzen |
Konferenzetage – Hainstraße 16 | Leipzig



Markus Hettwer
+49 341 98988 323
hettwer@gesundheitsforen.net

Mit freundlicher Unterstützung von:

ALEXION AstraZeneca Rare Disease · astellas · BAYER · Biogen · Bristol Myers Squibb · novo nordisk · Pfizer · Takeda · Roche · ucb · sanofi

www.gesundheitsforen.net/seltene-erkrankungen

Zur Diskussion

# Zuckersteuer: Plausibilität und Wertigkeit der Studien

Die Autoren einer Arbeit [1], die den möglichen Effekt verschiedener Steuermodelle bzw. eine gestaffelte Herstellerabgabe auf gezuckerte Getränke hochrechnete, kamen zu dem Schluss, dass solch eine Steuer in den Jahren 2023 bis 2043 einige Effekte (siehe Kasten: „Zu erwartende Effekte") in Deutschland hätte. Fachgesellschaften wie die Deutsche Diabetes Gesellschaft fordern die Einführung einer solchen Steuer und behaupten, der Nutzen sei bewiesen. Diese Arbeit evaluiert die Plausibilität und die Wertigkeit der für die optimistischen Berechnungen in [1] hinzugezogenen Beobachtungsstudien.

## Nicht strittige Themen

>> Es gibt keinen Zweifel:

- Die Verfügbarkeit energiedichter Nahrungsmittel ist für die Steigerung des Körpergewichtes einer Wohlstandsgesellschaft wesentlich.
- Die Ernährungsgewohnheiten und das Erkrankungsrisiko unterliegen dem Einfluss vieler Faktoren, wie Depression, Medikamente, psychischer Stress, Schichtarbeit, Armut, Bildung und weiteren Faktoren.
- Epidemiologische Studien können bei der Berechnung des Zusammenhangs zwischen Zuckerkonsum Gewicht, Diabetes Typ 2 und damit assoziierten Erkrankungen nicht zwischen „mit" oder „wegen" erkrankt unterscheiden.
- Unbestritten ist, dass bei Erkrankungen viele messbare Parameter (zum Beispiel LDL-Cholesterin, Blutzucker, Gewicht) verändert sind und durch Ernährung und Sport beeinflusst werden können.

## Strittige Themen

Strittig ist, ob

- die durch Simulation, wie in Studie [1], hochgerechneten Effekte tatsächlich eintreten und klinisch relevant sind;
- der von den Autoren angenommene „kardiometabolische Effekt" überhaupt existiert, oder nur ein mit Erkrankungen korrelierender Laborbefund ist;
- es eine pathophysiologische Basis gibt, aufgrund derer eine Veränderung der Zuckerzufuhr Effekte auf Zellen und Gefäße haben kann;
- staatliche Maßnahmen berechtigt sind, wenn Studien zur Begründung der Zuckersteuer selektiv ausgewählt, höherwertige Studien, ein Cochrane-Review und Erfahrungen anderer nicht berücksichtigt werden.

## Warum man zu den Aussagen Stellung nehmen muss

Stimmten die Aussagen der Autoren [1], ergäben sich folgende Konsequenzen:

1. Die Erkennung von Krankheitsrisiken und Frühstadien von Erkrankungen würde in den Verantwortungsbereich der beobachtenden Epidemiologie und der auf Bevölkerungsebene lenkenden Politik fallen. Das wäre nur dann begründbar, wenn die Studienlage einen gesundheitlich und ökonomisch relevanten Effekt (abgesehen von der staatlichen Steuereinnahme) erwarten lässt.
2. Es geht um eine Abwägung der Rechte des Individuums gegenüber den Eingriffsrechten des Staates.

## Allgemeiner Hintergrund

**Wie wird Diabetes mellitus Typ 2 definiert?**

Für die Definition wird ein im Labor messbarer Schwellenwert für Glukose, der Glukoseanstieg im Belastungstest und der HbA1c-Wert, verwendet. Diese wurden so niedrig festgelegt, dass bei Erreichen des Schwellenwertes nur äußerst selten ein diabetischer Folgeschaden auftritt [2–7]. Diese Parameter wurden unter der Vorstellung gewählt, dass deren Normalisierung mit Diabetes assoziierte Erkrankungen verhindert. Wäre diese Annahme korrekt, müssten sich mit Diabetes assoziierte Erkrankungen durch Normalisierung des Blutzuckerspiegels verhindern lassen. Das trifft jedoch nur für das diabetische Koma zu, aber nicht für alle anderen diabetischen Folgeschäden. Gründe sind die vielen verschiedenen Untergruppen, die anhand klassischer Marker [7, 8] und pathophysiologischer Kriterien, z. B. DNA-Schädigung [9, Diabetologie und Stoffwechsel 2022; 17(05): 349–352], unterschieden werden können und das Wissen um die Notwendigkeit einer multifaktoriellen Therapie bei Typ 2 Diabetes [11-14].

### Errechnete Effekte (1)

- Verhinderung oder Verzögerung von 132.100 bis 244.100 Fällen von Typ 2-Diabetes.
- Gewinn von 106.000 bis 192.300 qualitätskorrigierten Lebensjahren.
- Verhinderung oder Verzögerung von 17.000 bis zu 29.300 Todesfällen.
- Einsparung von 10,8 bis zu 16 Milliarden Euro, davon 2,2 bis 3,85 Milliarden Euro an Gesundheitskosten, der Rest setzt sich aus eingesparten Krankheitstagen, Arbeitsunfähigkeit etc. zusammen.
- Der Langzeiteffekt der Zuckerreduktion auf die Gesundheit sei abhängig von den kardiometabolischen, Body-Mass-Index (BMI) unabhängigen Effekten der gesüßten Getränke.

## Diabetes Typ 2-Prävention und -Früherkennung – Stand der Interventionsstudien

**1. Kann Diabetesprävention Folgeschäden verhindern?**

Viele Studien haben gezeigt, dass bei Risikopersonen durch eine umfassende Lebensstilintervention eine Reduktion des Auftretens von Diabetes um circa 50% möglich ist [15-39].

**1.a) Diabetes Prevention Program and its Outcome Study (DPPOS) [16, 28, 29]:**

3.234 Probanden mit gestörter Glukosetoleranz erhielten entweder zweimal täglich 850 mg Metformin, eine intensive Lebensstilintervention oder Placebo über 3 Jahre, gefolgt von einer 18-monatigen, etwas weniger intensiven Lebensstilintervention. Untersucht wurde der Effekt auf kardiovaskuläre Erkrankungen. Das Ergebnis nach 21 Jahren:

Weder Metformin noch die Lebensstilintervention verringerten in der Nachbeobachtung

(bis 21 Jahre) das Auftreten kardiovaskulärer Ereignisse (nicht tödlicher Herzinfarkt, Schlaganfall und Tod) trotz nachweisbarer Effekte auf das Auftreten des Diabetes, die Höhe des Blutzuckers, Beendigung des Rauchens und die Gewichtsabnahme.

**1. b) Finish National Diabetes Prevention Program (FIN-D2D) [30-37]:**

Diese Studie an 10.149 Probanden mit einem hohen Risiko für Typ 2-Diabetes, bewirkte nach einem medianen Follow-up von 7,4 Jahren eine Risikoreduktion des Diabetes. Trotz der Diabetesprävention, die auch nach 13 Jahren noch nachweisbar war [33], einer Gewichtsabnahme und Verbesserung kardiometabolischer Parameter, zeigte sich in dieser Interventionsstudie keine Verringerung des Auftretens von kardiovaskulären Ereignissen oder Tod jedweder Ursache (36–37).

**1. c) Da-Quing-Studie [35, 36, 40, 41]:**

In diese Studie wurden nur 438 Erwachsene mit gestörter Glukosetoleranz in die Interventionsgruppe und 138 in die Kontrollgruppe (n = 138) eingeschlossen [35]. Die Intervention führte zu einer Senkung des Auftretens von Diabetes Typ 2 von 51%, in der Nachbeobachtungsphase (20 Jahre) von 43% [35]. Dennoch war nach 20 Jahren [35] kein signifikanter Effekt der Intervention auf das Auftreten eines kardiovaskulären Ereignisses oder Tod nachweisbar. Nach 23 Jahren war nur für Frauen das Ergebnis signifikant. Nach 30 Jahren wird berichtet [36, 40], dass die Intervention zu weniger kardiovaskulären Ereignissen (HR 0,74, 95%-CI 0,59-0,92), weniger mikrovaskulären Komplikationen (HR 0,65, 95%-CI 0,45-0,95), weniger Todesfällen (HR 0,74, 95%-CI 0,61-0,89) und einer mittleren Lebensverlängerung von 1,44 Jahren (95%-CI 0,2–2,68) führte [36].

Es gibt mehrere Gründe an der Belastbarkeit der Daten der Da-Quing-Studie zu zweifeln:

- Die kleine Fallzahl: Bei der 30-Jahres-Auswertung [36] lebten nur noch 59 von 138 Probanden in der Kontrollgruppe und 220 von 438 Probanden in der Interventionsgruppe.
- Das 95%-Konfidenzintervall reicht von keiner bis zu einer guten Wirkung der Prävention.
- Die untersuchten Gruppen waren nicht vergleichbar. Schon ab dem zweiten Jahr (Abbildung 3 C in 40) gehen die Kurven für kardiovaskulären Tod auseinander.
- Die Erkrankungsrate der Da-Quing-Studie ist nicht mit den beiden anderen Studien und europäischen Erfahrungen vergleichbar.

**2. Kann eine frühere Diagnose und Therapie des Diabetes Typ 2 mit Diabetes assoziierte Erkrankungen verhindern?**

In einer Endpunktstudie über 10 Jahre an 16.047 Patienten konnte nach Ablauf der 10 Jahre kein Effekt einer frühen Diagnose und Therapie des Diabetes mellitus festgestellt werden [42].

## Die fehlende klinische Bedeutung kardiometabolischer Marker am Beispiel des Blutzuckerlangzeitwertes HbA1c

**1. Kann man aus einer Senkung des Blutzuckerlangzeitwertes HbA1c auf klinische Wirksamkeit schließen?**

Es wurde behauptet, die UKPDS-Studie würde zeigen, dass jede weitere Senkung des HbA1c-Wertes um 1% das Risiko einer diabetesassoziierten Erkrankung um 21% senkt [43]. Da die UKPDS-Studie nie dafür geplant war, wurden Berechnungen nötig, um zu dieser Aussage zu kommen. Beim genauen Hinsehen zeigt Abbildung 2 dieser Arbeit [43] eine Auffälligkeit: Die Differenz in der Inzidenz Herzinfarkt oder mikrovaskuläre Komplikationen beträgt zwischen einem HbA1c von 7% bis 8,5%, also dem klinisch relevanten Bereich, jeweils weniger als 10% und nicht – wie behauptet – 21%.

Für die Zuckersteuer-These ist der Unterschied in der Erkrankungsinzidenz pro 1.000 Patientenjahre, also zwischen einem HbA1c von 5,5 % (normal) und 6,5% (leicht erhöht) relevant. Er beträgt weniger als 5%. Damit ist der in (1) angenommene Effekt nicht zu erwarten. Dieses Beispiel und andere Beispiele [44-47] zeigen, dass die Übertragung von Beobachtungsdaten in angeblich Kausalität beweisende Aussagen wie „dies führt zu …“ zu falschen Schlüssen führt.

**2. Verhindert eine HbA1c-Senkung bei nicht diabetischen Patienten Erkrankungen?**

Gute Interventionsstudien liegen für diese Annahme nicht vor. Aus der Women Health Study, einer 10-jährigen prospektiven Kohortenstudie, wurde untersucht, ob ein leicht höherer HbA1c-Wert bei nicht diabetischen Frauen kardiovaskuläre Erkrankungen und das Auftreten des Diabetes vorhersagt [48]. Nach multivariater Analyse (Rauchen, Herkunft, Hochdruck, BMI etc.) blieb der Risikoanstieg für künftigen Diabetes bestehen, doch es war kein Hinweis auf eine Vorhersage kardiovaskulärer Ereignisse nachweisbar. Ein Grund sind die erheblichen Unterschiede zwischen Menschen: Bei einem bestimmten Glukosewert bilden manche deutlich mehr HbA1c, als andere [49]. Damit sind 21% der Unterschiede im HbA1c-Wert nicht durch Glukosespiegel erklärt („Glucose-Gap“).

**3. Kann ein intensiviertes Lebensstilprogramm bei Typ 2-Diabetikern die Häufigkeit kardiovaskulärer Erkrankungen vermindern?**

Die Look-AHEAD-Studie untersuchte, ob eine viel tiefgreifendere Lebensstilintervention als eine nur gering den Zuckerkonsum reduzierende Steuer Effekte auf Erkrankungen (und nicht nur Laborwerte) hat [50-54]. Trotz erzielter Effekte auf Parameter, die das kardiometabolische Risiko vorhersagen, gab es keine Effekte auf kardiovaskuläre Endpunkte.

## Effekte einer Verringerung des Zuckerkonsums in Interventionsstudien

**1. Interventionsstudien mit einer Verringerung des Zuckerkonsums**

In der Studie von C. B. Ebbeling [55, 56] erhielten 224 übergewichtige bis adipöse Jugendliche eine einjährige Intervention zur Reduktion der Zufuhr gezuckerter Getränke. Es kam zu einer Verringerung der Zufuhr zuckergesüßter Getränke in der Interventionsgruppe, die selbst im zweiten Jahr noch circa 50% betrug.

Im ersten Jahr der Intervention nahm die Interventionsgruppe um 1,6 kg, die Kontrollgruppe um 3,5 kg zu. Der Unterschied betrug 1,9 kg und reduzierte sich nach dem zweiten Jahr (obwohl die Interventionsgruppe weiterhin deutlich weniger gesüßte Getränke zu sich nahm) auf 0,8 kg. Da die Jugendlichen noch wuchsen, ist der BMI-Unterschied wichtig: Nach einem Jahr betrug er 0,57, nach 2 Jahren nur noch 0,3 zugunsten der Interventionsgruppe und war statistisch nicht signifikant. Die Subgruppenauswertung ergab: Nur bei denen mit hispanischem Hintergrund war ein signifikanter Effekt von -8,8 kg nach

2 Jahren und einem BMI-Abfall von -2,35 nachweisbar. Da der Effekt der Zuckerreduktion mit der Zeit nachlässt, muss man von einem Scheitern einer Zuckersteuer ausgehen.

Zudem scheinen die Studienteilnehmer sich nach einiger Zeit alternative Kalorienquellen zu suchen: Wenn über 18 Monate normalgewichtige Kinder untersucht werden [57], nehmen die Kinder in der zuckerfreien Gruppe in den ersten 6 Monaten leicht ab. Aber nach 6 Monaten setzte wieder ein Gewichtsanstieg ein, der fast parallel zur Kontrollgruppe verlief. Am Ende unterschieden sich die Gruppen nur um etwas mehr als 1 kg.

**Effekt der Zuckerreduktion**

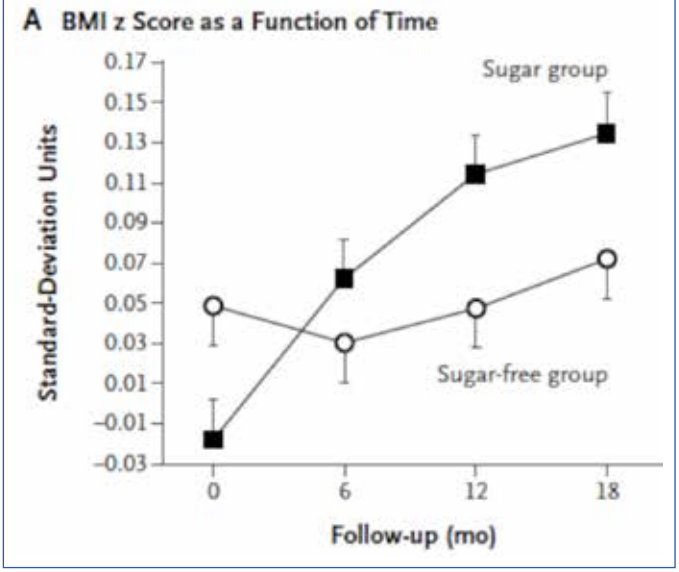



***Abb. 1:*** *Entnommen aus: N Engl J Med 2012;367:1397-406. DOI: 10.1056/NEJMoa1203034.*

Eine Erklärung gibt der genetisch determinierte Bezug der Übergewichtigkeit zur Zufuhr gesüßter Getränke [58]. Fallen gesüßte Getränke weg, wird das Kalorienbedürfnis auf andere Weise ausgeglichen. Insgesamt ist die Studienlage nicht eindeutig [57-68], mit entweder nicht nachweisbaren oder so geringen Effekten, dass sie klinisch nicht relevant sein können. Daran ändert sich auch nichts, wenn in Metaanalysen wie der von Malik in Am J Clin Nutr 2013, 98:1084-1102 errechnet wird, dass ein Entzug gesüßter Getränke einen stärkeren Effekt hat als eine schulische Gesundheitserziehung. Der geringe Effekt und eine 25%-Abbruchrate [69] in Studien macht einen Erfolg einer Besteuerung zuckerhaltiger Getränke unwahrscheinlich. Dennoch stimmt in manchen Übersichtsarbeiten die Schlussfolgerung („Reduktion der Zuckerzufuhr in gesüßten Getränken ist wirksam") nicht mit den vorher vorgestellten Ergebnissen („We found low-certainty evidence") überein [69].

Ähnlich wird in einem Experten-Statement (doi: 10.2903/j.efsa.2022.7074) verfahren. Nach Literaturübersicht kommt die Arbeitsgruppe zu dem Ergebnis: „Based on a systematic review of the literature, prospective cohort studies do not support a positive relationship between the intake of dietary sugars, in isocaloric exchange with other macronutrients, and any of the chronic metabolic diseases or pregnancy-related endpoints assessed. … The level of certainty is moderate for obesity and dyslipidaemia (> 50–75% probability), low for non-alcoholic fatty liver disease and type 2 diabetes (> 15–50% probability) and very low for hypertension (0–15% probability). … A level of sugar intake at which the risk of dental caries/chronic metabolic diseases is not increased could not be identified …."

Korrekt wäre die Schlussfolgerung: Es ist angesichts der niedrigen Evidenz weder etwas bewiesen noch widerlegt.

**2. Der Erfolg einer Ernährungsumstellung auf mediterrane Kost**

Auch bei mediterraner Kost wird der Zuckerkonsum reduziert. Die bekannteste Interventionsstudie, die dies untersuchte, ist die Predimed-Studie [70, 71] mit 7.447 Teilnehmern. Kardiovaskuläre Ereignisse traten in der Kontrollgruppe in 4,4%, in der mit Olivenöl in 3,8% und der mit Nüssen in 3,4% auf. Vergleicht man die beste mit der schlechtesten Gruppe, beträgt der Unterschied 1% bei einem 95%-Konfidenzintervall von 0,54–0,95 in der Gruppe mit Nüssen und 0,53–0,91 in der Gruppe mit Olivenöl. Die absoluten Zahlen von 109 Ereignissen in der Kontrollgruppe, 96 in der mit Olivenöl und 83 in der Gruppe mit Nüssen lassen Zweifel aufkommen, dass die Gruppenunterschiede (siehe auch Größe des Konfidenzintervalls) nach Diät ohne Hochrechnung auf viele Patientenjahre signifikant oder gar klinisch relevant sein könnten.

## Pathophysiologische Betrachtungen

**1. Der Glukoseanstieg und die Bedeutung der Nahrungszusammensetzung**

- Die interindividuellen Unterschiede im Anstieg von Blutwerten nach dem Essen sind bei gesunden Menschen sehr ausgeprägt [72]: Der Unterschied beträgt bei den Triglyzeriden 103%, Glukose 68% und Insulin 59%. Die Zusammensetzung der Essensbestandteile erklärt zum Beispiel nur 3,6% des Fettanstieges nach dem Essen. Angesichts der großen intraindividuellen Unterschiede im Zuckeranstieg nach einer Mahlzeit und der geringen Bedeutung der Nahrungszusammensetzung für die Spiegelschwankungen [72] wird eine Zuckersteuer mit nur geringer Reduktion des täglichen Zuckerkonsums (in England nur 15 Gramm pro Haushalt pro Woche) keine klinisch relevanten Effekte haben.
- Die erhöhte Glukose-Verstoffwechslung (Glukose-Flux) . Ein nur kurzzeitiger und geringer Glukoseanstieg nach dem Essen ist keine Erklärung für eine Zellschädigung. Der Blick in biochemische Studien zeigt, auch wenn sie nicht zwischen den Isoformen der Hexokinase unterscheiden [73, 74], dass der Glukose-Flux bereits bei physiologischen Glukosekonzentrationen gesättigt ist. Folgerichtig kann ein kurzzeitiger und geringer Glukoseanstieg durch Aufnahme zuckerhaltiger Getränke weder bei einem Gesunden, noch bei einem Diabetiker zu einem erhöhten Glukose-Flux und zellulärer Aktivierung führen. Dies erklärt auch, warum in Zellversuchen die Glukoseeffekte erst bei Glukosekonzentrationen auftreten, die weit über dem „normalen" Glukoseanstieg nach dem Essen liegen. Damit fehlt der These von positiven „kardiometabolischen" Effekten einer Steuer die biochemische Basis.
- Wie erklären sich die unterschiedlichen Ergebnisse der Modellierungen und der Interventionsstudien? Der entscheidende Unterschied ist die Studienmethodik. Die Studien, die einen gesundheitlich relevanten Erfolg der Verringerung des Zuckerkonsums

errechnen [1, 75–80], sind Beobachtungsstudien und Registerstudien. Die Studien, die gegen den gesundheitlichen Erfolg einer Zuckersteuer sprechen, sind Interventionsstudien (zum Verständnis der Vor- und Nachteile der Beobachtungs- im Vergleich zu randomisierten Interventionsstudien siehe auch https://ww.sokrates-rationalisten-forum.de/erkenntnistheoretische-grundlagen-und-ihre-beachtung-in-der-heutigen-wissenschaft). Bei gleicher Qualität der Durchführung sind Interventionsstudien die höherwertigen Studien, da sie die untersuchten Gruppen durch Zufall bilden. Gerade bei Erkrankungen mit vielen verschiedenen Ursachen werden so die untersuchten Gruppen besser vergleichbar. Störgrößen können ausgeschaltet werden. Keine Studie kann die Vielfalt der Einflussgrößen kontrollieren, die sich aus verschiedenen medizinischen, psychosozialen und ökonomischen Faktoren zusammensetzen. Kein Studienteam besitzt die Expertise und Ausstattung, gleichzeitig alle Risikofaktoren aus den Bereichen Medizin, Soziologie, Psychologie, Ökonomie abzufragen. Selbst wenn man diese vielen Faktoren erfassen könnte, würde durch die Berücksichtigung dieser vielen Faktoren die Gruppengröße zu klein, um eine statistisch belastbare Aussage zu machen. Daher ist die eingesetzte Methodik (Beobachtungsstudien bei Studie 1 versus Interventionsstudien in dieser Übersichtsarbeit) entscheidend für die unterschiedlichen Aussagen.

Hätten die Autoren von [1] statt der „Erfolgsmeldungen" aus Beobachtungsstudien die Ergebnisse der höherwertigen Interventionsstudien in die Modellierung eingepflegt, wäre das Ergebnis ein komplett anderes. Wenn randomisierte Interventionsstudien [81] keinen Effekt nachweisen können, spricht vieles dafür, dass er tatsächlich nicht existiert, denn Interventionsstudien überschätzen eher einen Effekt, als dass sie ihn unterschätzen.

Im Folgenden einige Beispiele für Ergebnisse von Interventionsstudien, die den Beobachtungsstudien widersprechen:

- Bei Männern mit erniedrigtem Testosteron konnten in der TRAVERSE-Studie [82, 83] weder Diabetes noch Knochenbrüche verhindert werden. Obwohl Beobachtungsstudien zu dem Ergebnis kamen, dass niedrige Vitamin-D3-Spiegel mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs korrelieren, fand sich in Interventionsstudien an Kindern und Heranwachsenden kein Effekt einer Vitamin-D3-Substitution auf das Risiko eines Knochenbruchs [84] oder Schutz vor Krebs und kardiovaskulären Erkrankungen. Aufschlussreich für die Bedeutung der Wertigkeit des Studiendesigns ist eine Studie, die den Unterschied zwischen niedermolekularem und unfraktioniertem Heparin untersuchte. Je rigoroser die Studienkriterien und Studienqualität, desto geringer bis fehlend der Vorteil des niedermolekularen Heparins [85].
- Hat man eine Störgröße nicht berücksichtigt, entsteht durch die Anwendung ausgefeilter mathematischer Modelle, wie der Mikrosimulation [1], die Gefahr der Fehleinschätzung eines Effektes. Je mehr Basisdaten verarbeitet werden, desto mehr machen sich Input-Fehler, zum Beispiel durch mangelnde Vergleichbarkeit der Gruppen, durch die Multiplikation im Rechenprozess in der Qualität des Outputs bemerkbar [81, 86, 87]. Bei multifaktoriell, also nicht nur durch medizinisch zugängliche Faktoren verursachten Erkrankungen (wie kardiovaskulären Erkrankungen) ist die Gefahr der Verzerrung der Ergebnisse durch Gruppenunterschiede in den Beobachtungsstudien nicht zu leugnen und führt zu falschen Schlussfolgerungen. Das für Deutschland in (1) angewandte Mikrosimulationsmodell basiert auf dem Ergebnis englischer Daten (UK IMPACT NCD), die ebenso wenig auf Interventionsstudien beruhen wie die Annahmen zu BMI-unabhängigen Effekten des Zuckerkonsums auf Diabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen [67, 75-78, 80, 88-98].

## Wenn die Wertigkeit der Studiendesigns unberücksichtigt bleibt

Der Leser der Studie [1] und ähnlicher Studien [75–80, 88–99] wird im Glauben gelassen, dass die wesentlichen Gesundheitsdaten und Risikofaktoren in die Berechnung eingeflossen wären. Das stimmt nicht, denn andere, sogar wahrscheinlich wichtigere Faktoren, die zudem das Ernährungsverhalten beeinflussen, wurden nicht berücksichtigt. Dazu zählen viele psychosoziale Faktoren, wie Bildung, Optimismus, Einsamkeit, einen Sinn im eigenen Leben finden und vieles mehr [100-110]. Daher ist es denkbar, dass die von den Autoren [1] in die Berechnung einbezogenen „kardiometabolischen" Daten keinen Krankheitswert haben, sondern nur Epiphänomene sind.

Dies beweist eine randomisierte Interventionsstudie zur psychosozialen Intervention mit den Endpunkten Gewicht und HbA1c [109]. Anders als die oben zitierten Studien zur Reduktion der Zuckerzufuhr, Diabetesprävention und mediterranen Kost ergab die soziale Intervention relevante Effekte auf Gewicht und HbA1c.

## Erfahrungen mit der Einführung einer Zuckersteuer

Das Ziel einer Besteuerung von Zucker oder gesüßten Getränken ist die Vermeidung von klinisch relevanten Erkrankungen. Also muss man den Effekt dieser Steuer an folgenden Ergebnissen messen: Verringerung der Anzahl von Menschen mit einem BMI über 25 und über 30, Verringerung der Menschen mit Hochdruck, Diabetes, Herzinfarkt und Schlaganfall.

Aber in England [110] war der Effekt einer Steuer für Hersteller von Softdrinks auf den Gewichtsverlust von Kindern enttäuschend. Bei Mädchen betrug die Abnahme der Adipositasprävalenz nur 1,6% mit einem Konfidenzintervall von 1,1 bis 2,1 (!) und bei Knaben war er nicht nachweisbar. Wichtig bei der Studie ist die Kontrollgruppe: Da es sie nach Einführung der Steuer nicht gibt, wurde die Zunahme der Adipositas vor Einführung der Steuer hochgerechnet auf die Zeit danach.

Daraus ergibt sich:

1. Es hat niemand abgenommen, sondern der Gewichtsanstieg war nur geringer als erwartet.
2. Die errechnete Erwartung ist falsch hoch, denn in Deutschland lag der Adipositasanstieg in diesem Zeitraum ohne Steuer viel niedriger.

Vielfach falsch interpretiert wurde eine Studie, die davon ausgeht, dass eine Reduktion der Zuckeraufnahme um 15 Gramm pro Woche pro Haushalt relevante Effekte hätte. In dieser Studie gibt es keine Messwerte für irgendwelche Erkrankungen, sondern nur Hochrechnungen, die von 15 Gramm pro Woche pro Haushalt (also nicht pro Person) ausgehen und daraus eine erwartete Gewichtsabnahme herbeirechnen.

Andreyeva und Kollegen kamen in einem

systematischen Review und Metaanalyse, publiziert 2022 in JAMA, nur zu folgendem Ergebnis: „In this systematic review and meta-analysis of implemented SSB taxes worldwide, SSB taxes were associated with higher prices and lower sales of taxed beverages." Teng und Kollegen berichteten in Obesity Reviews 2019: „Based on real-world evaluations, SSB taxes introduced in jurisdictions around the world appear to have been effective in reducing SSB purchases and dietary intake." Es geht also nur um Kauf und Zufuhr von Zucker, ohne Beleg für klinisch relevante (!) Effekte! Das entspricht auch den Erfahrungen aus Mexiko, Südafrika und anderen Ländern.

Daher kommen Thow und Kollegen in ihrer Übersichtsarbeit in Nutrition Reviews 2014 zu der richtigen Schlussfolgerung: „Future research should use prospective study methods to determine the effect of taxes on diets and focus on the effect of taxation in conjunction with other interventions as part of a multisectoral strategy to improve diets and health."

Wie unklar und offen die Thematik hinsichtlich eines gesundheitsfördernden Effektes einer Zuckersteuer jedweder Art noch ist, erkennt man an einem Cochrane-Review aus dem Jahr 2020 (doi.org/10-1002/14651858.CD012333.pub2). Dort wurde folgendes Ergebnis nach Analyse aller damals vorliegenden Studien erzielt: „Die zur Fragestellung des Reviews vorhandene Evidenz kann als sehr begrenzt angesehen werden und die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz ist sehr gering."

## Die Verantwortung der Autoren

Die Autoren [1] wurden ihrer Verantwortung auf mehreren Ebenen nicht gerecht:

**Ebene 1:** Die einseitige Auswahl der „passenden" Beobachtungsstudien und fehlende Plausibilitätsüberprüfung anhand der höherwertigen Interventionsstudien.

**Ebene 2:** Es wird den Lesern verschwiegen, dass kardiometabolische Marker nur Marker sind und dass deren Therapie durch Lebensstilinterventionen bisher nicht mit klinischen Endpunkten belegbar ist.

**Ebene 3:** Es gibt keine Langzeitstudie, die einen langfristigen Effekt einer Zuckerreduktion auf das Körpergewicht und andere Erkrankungen nachweist.

**Ebene 4:** Angesichts der Schwäche der Beobachtungsstudien und fehlender beweisender Studien schrieben Emmert-Fees und Co-Autoren im Abstrakt ihrer Publikation [1] unter „Conclusions" völlig korrekt: „In this study we found, that SSB taxation in Germany could help to reduce the national burden of noncommunicable diseases …" Der Konjunktiv „könnte" macht den Unterschied zwischen offensichtlicher Überinterpretation und ehrlicher, wenn auch überoptimistischer Interpretation.

**Ebene 5:** Die Autoren der Studie [1] erklären in PLoS: „No tax on SSBs is currently enacted in Germany and the national government is preparing a new national strategy on food seeking evidence-based recommendations to establish policy priorities until 2050." Es bleibt unklar, ob es sich um ein bezahltes Gutachten (zur Gewinnung neuer Forschungsmittel) oder eine wirklich „freie" Forschungsleistung handelt.

**Ebene 6:** Verlängert eine Maßnahme das Leben, dann müssen gestiegene Pflegekosten, Krankheitskosten und Rentenzahlungen ebenso eingepflegt werden wie mögliche Nebenwirkungen (Zunahme der Anorexie und der Orthorexie unter jungen Menschen, die besonders gesundheitsbewusst leben wollen). <<

von:
Prof. Dr. med. Dr. h.c. Peter Paul Nawroth
(ORCID 0000-0002-6134-7804)
Varun Kumar PhD
(ORCID 0000-0003-2827-1024)

**Literatur** online verfügbar auf www.m-vf.de: https://t1p.de/n543u

## Zitationshinweis

Nawroth, P.-P., Kumar, V.: „Zuckersteuer: Was spricht dagegen?", in „Monitor Versorgungsforschung" (05/24), S. 52–56. http://doi.org/10.24945/MVF.05.24.1866-0533.2652

## Gutachten zur Notfallrettung

>> Der Bonner Rechtswissenschaftler Univ.-Prof. Dr. iur. Dr. sc. pol. Udo Di Fabio von der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn, kommt in seinem Gutachten zu dem Schluss, dass der Bund über die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz, für die Notfallrettung Qualitätsmaßstäbe vorzugeben, verfügt. Die Kompetenz folgt, so di Fabio in seinem Gutachten „Verfassungsrechtliche Vorgaben für die Neuordnung der deutschen Notfallrettung", das er im Auftrag der Björn Steiger-Stiftung erstellt hat, im Wesentlichen aus dem Titel über die Sozialversicherung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG), ergänzt durch die entsprechenden Kompetenztitel für die private Krankenversicherung und die Beihilfe. Di Fabios Fazit: „Die bisherige Ausgestaltung der Notfallrettung durch die Länder mit der indirekten Finanzierung durch die Gesetzlichen Krankenkassen erreicht allerorts und flächendeckend nicht das pflichtgebotene Ziel eines effektiven und gleichheitsgerechten Schutzes von Leben und Gesundheit der Bürger (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG)." Die erheblichen Kosten der Infrastruktur würden einzelne Länder dazu verleiten, die Parameter des Rettungsdienstes so zu verändern, dass die von Länderseite haushaltspolitisch zugeordneten Budgets eingehalten werden können. Die Parameterveränderung gehe zulasten der Qualität. Der Rechtswissenschaftler weiter: „Diese Qualitätsunterschiede verletzten den Anspruch insbesondere der GKV-Versicherten auf gleiche Leistung, wofür der Bund über seine Sozialversicherung eine Garantenstellung übernommen hat." <<

Link: https://t1p.de/mez9g

## Neue Professorin an der HSG Bochum

>> Prof. Dr. Michaela Ludewig (35) ist seit dem 1. Juli 2024 neue Professorin für Public Health mit dem Schwerpunkt „Umwelt und Gesundheit" an der Hochschule für Gesundheit (HS Gesundheit) in Bochum. Als Gesundheitspädagogin war sie vorher einige Jahre im Bereich der Patientenschulung und -beratung mit dem Schwerpunkt berufsbedingte Hauterkrankungen tätig. In diesem Rahmen hat sie sowohl gesundheitspädagogische Interventionen umgesetzt als auch gesundheitspädagogische Angebote entwickelt und konzipiert. <<

Link: https://t1p.de/putd2

## Mehr Zweitmeinungen gefordert

>> Auf den Fakt, dass in Deutschland im internationalen Vergleich zu viel operiert wird, macht die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH) anlässlich des Welttags der Patientensicherheit aufmerksam. „Für die Chirurgie bedeutet das Indikationssicherheit, also die Frage, ob eine Operation tatsächlich angezeigt ist“, sagt DGCH-Generalsekretär Professor Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen. Um die Indikationssicherheit zu erhöhen, raten DGCH-Experten zur Ausdehnung des Zweitmeinungsverfahrens, zu höherwertigen Studien und mehr Empowerment auf Seite der Patient:innen. In Deutschland werde in vielen Bereichen nach wie vor oft unnötig operiert: „Die Gründe dafür liegen häufig im ökonomischen Druck, der mit dem Erreichen bestimmter Mindestmengenvorgaben oder Fallzahlen verbunden ist“, so Schmitz-Rixen. Zwar haben gesetzlich Versicherte im Rahmen der freien Arztwahl immer die Möglichkeit, mit einer hausärztlichen Überweisung eine weitere Fachärzt:in zu konsultieren, um eine zweite Meinung zu einer vorgeschlagenen Behandlung, Untersuchung oder Operation einzuholen. Dennoch empfehlen die DGCH-Experten, die strukturierten gesetzlichen Zweitmeinungsverfahren zu erweitern. <<

## Wissensexplosion

Hrsg.: Baas, J.
**Wissensexplosion – KI & Co. für mehr Gesundheit**
Verlag: MWV 2024
288 Seiten
ISBN-Print: 978-3-95466-899-1
Preis: 69,95 Euro




>> „Wie sie es in anderen Bereichen getan hat, wird KI auch die Medizin revolutionieren”. Diesen Fakt konstatieren Dr. Jens Baas, seit 2012 Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse (TK), und Dennis Chytrek, seit 2019 dessen persönlicher Referent, in ihrem neuen Autorenbuch „Wissensexplosion”. Anhand einiger Beispiele wie etwa Prävention, Diagnostik und Therapiestellung beschreiben sie in ihrem Buchbeitrag, den Status Quo und die Zukunft: „Am Horizont zeichnet sich nun jedoch eine Veränderung ab, die alles bisher Dagewesene in den Schatten stellen könnte: die Nutzung und Auswertung großer Mengen von Daten mittels Künstlicher Intelligenz.” Wenn da nicht die Realität wäre, die den Einsatz der heilsbringenden KI erschwert. Zwar ließen sich zum einen durch Genomanalysen Wahrscheinlichkeiten für das Auftreten bestimmter Erkrankungen bis zu 100% errechnen, und zum anderen durch Abgleiche von großen Datenmengen wertvolle Erkenntnisse über seltene Erkrankungen oder zukünftige Therapien erlangen. Doch stünden einer solchen Nutzung derzeit noch Probleme entgegen, obwohl heute nahezu jeder Arztbesuch digital erfasst und dokumentiert und die Diagnosedaten zur Abrechnung an die Kassenärztlichen Vereinigungen weitergeleitet werden. Baas/Chytrek: „Den Krankenkassen liegen diese Daten dann jedoch erst mit einer Verzögerung von mehreren Wochen oder gar Monaten vor. Eine quartalsweise Abrechnung hatte im Zeitalter der Bundespost seine Berechtigung, im Informationszeitalter der Gegenwart kann das nur als Anachronismus angesehen werden und ist längst nicht mehr zu rechtfertigen. Richtige Prävention muss schon früher ansetzen.” So lautet ihre Forderung: „Wenn Daten vorliegen, die zum Beispiel auf ein Rückenleiden hindeuten, kann mit Präventionsmaßnahmen eventuell eine Operation vermieden werden. Liegen die Daten jedoch erst ein halbes Jahr später vor, ist es gegebenenfalls zu spät.” <<

Deutscher Kongress
für Versorgungsforschung

24. Kongress | 24.–26.09.2025 | Potsdam

SAVE
THE DATE

24. Deutscher
Kongress für
Versorgungsforschung

Kongressmotto 2025:
Zukunftskompetenz für ein resilientes Gesundheitswesen

Kongresspräsident:
Prof. Dr. Horst Christian Vollmar, MPH
Ruhr-Universität Bochum
Abteilung für Allgemeinmedizin (AM RUB)

www.dkvf.de

## Voreingenommenheit bei der Behandlung von Schmerzen bei Frauen

>> Sowohl männliche als auch weibliche Gesundheitsdienstleister weisen laut einer aktuellen Studie der Hebräischen Universität eine Voreingenommenheit bei der Schmerzbehandlung von weiblichen Patienten auf. Dies zeigt eine Analyse elektronischer Krankenakten in den USA und Israel, die eine medizinische Voreingenommenheit gegenüber weiblichen Patientinnen sowohl durch männliche Ärzte als auch durch Ärztinnen bei Entscheidungen zur Schmerzbehandlung herausgefunden hat.

Die in der Zeitschrift „The Proceedings of the National Academy of Sciences" (PNAS), einem peer reviewtem Journal der National Academy of Sciences, veröffentlichte Studie analysierte über 21.000 Patientenakten. Dabei wurde festgestellt, dass weibliche Patienten aller Altersgruppen im Vergleich zu männlichen Patienten mit ähnlichen Beschwerden durchweg weniger wahrscheinlich Schmerzmittel verschrieben bekamen. Diese Voreingenommenheit, so die Autor:innen, besteht über verschiedene Altersgruppen, Schmerzniveaus und das Geschlecht des Arztes hinweg. Die Studie zeigte weiter, dass Krankenschwestern die Schmerzen von Patientinnen seltener bewerten und dass Frauen zudem mehr Zeit in der Notaufnahme verbringen als männliche Patienten.

„Unsere Forschung zeigt eine beunruhigende Voreingenommenheit in der Wahrnehmung und Behandlung von Schmerzen bei Frauen in der Notfallversorgung", erklärte dazu Prof. Choshen-Hillel, die das MBA-Programm an der School of Business Administration leitet und Mitglied des Federmann Center for the Study of Rationality an der Hebräischen Universität Jerusalem ist. „Diese Unterbehandlung der Schmerzen weiblicher Patienten könnte schwerwiegende Folgen für die Gesundheit der Frauen haben und möglicherweise zu längeren Genesungszeiten, Komplikationen oder chronischen Schmerzzuständen führen."

Die Analyse zeigte weiterhin auf, dass Krankenschwestern die Schmerzwerte weiblicher Patientinnen 10% seltener aufzeichnen als die männlichen Patienten. Dieser Mangel an Dokumentation könne, so die Autorengruppe, dazu beitragen, die Schwere der Schmerzen von Frauen zu unterschätzen und zu einer unzureichenden Behandlung zu führen. Darüber hinaus ergab die Studie, dass Patientinnen durchschnittlich 30 Minuten länger in der Notaufnahme verbringen als männliche Patienten. Diese Verzögerung könnte auf verschiedene Faktoren zurückzuführen sein, darunter möglicherweise, dass sie weniger ernst genommen werden, wenn sie Schmerzen oder Symptome melden.

Die Forscher fordern angesichts dieser Ergebnisse dringende politische Maßnahmen, um diese Voreingenommenheit anzugehen und eine gleichberechtigte Schmerzbehandlung unabhängig vom Geschlecht sicherzustellen. Sie empfehlen Schulungsprogramme für medizinisches Fachpersonal, um geschlechtsspezifische Voreingenommenheit zu erkennen und entgegenzuwirken, und schlagen vor, die Protokolle zur Schmerzbehandlung zu überprüfen und zu standardisieren, um eine faire und angemessene Behandlung aller Patienten sicherzustellen. <<

Link: https://t1p.de/m9rf4

## Roadmap für OVF-Forschungszweig

>> Mit Fördergeldern der Volkswagenstiftung hat eine interdisziplinäre internationale Arbeitsgruppe ein Positionspapier vorgelegt, das den komplexen Anforderungen im Bereich der organisationsbezogenen Versorgungsforschung Rechnung trägt. Jüngste Analysen zeigen, dass Versorgungsorganisationen wie beispielsweise Krankenhäuser in der Versorgungsforschung in Deutschland häufig in erster Linie als Studiensetting betrachtet werden, ohne deren komplexen organisationalen Charakter weder theoretisch noch methodisch in vollem Umfang zu berücksichtigen. Auf Initiative von Univ.-Prof. Dr. Lena Ansmann, Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Medizinischen Fakultät, wurde eine interdisziplinäre Zusammenarbeit gestartet, um den Stand der organisationsbezogenen Versorgungsforschung (OVF) in Deutschland zu analysieren und einen strategischen Rahmen sowie eine Roadmap zu entwickeln, die zukünftige Bemühungen in diesem Bereich leiten können. Prof. Ansmann erklärt dazu: „Da ein Großteil der alltäglichen Gesundheitsversorgung in komplexen Organisationen wie Krankenhäusern und Arztpraxen stattfindet, müssen wir die Gestaltung und Bedeutung von Organisationen für eine gute Versorgung in unserer Forschung stärker in den Blick nehmen." Dazu gehöre beispielsweise die Erforschung oftmals scheiternder Veränderungsprozesse in Organisationen oder die Untersuchung von Zusammenhängen zwischen Arbeitsbedingungen. <<

Link: https://t1p.de/mnk4s

## Digital-analoges Versorgungsangebot der AOK Bayern in der Region Neustadt an der Waldnaab

>> Die AOK Bayern erprobt zusammen mit dem Landkreis Neustadt an der Waldnaab (NEW) neue Wege der Versorgung, um die ambulanten medizinischen Versorgungsangebote für Menschen in ländlichen Regionen nachhaltig zu sichern. Deshalb haben Landkreis und AOK gemeinsam ein innovatives Konzept auf die Beine gestellt: Das Projekt „NEW SmartMed" bietet Versicherten der AOK Bayern ein digital-analoges Versorgungsangebot in der Region Neustadt an der Waldnaab. Grundlage ist ein integrierter Versorgungsvertrag, der eine ärztliche Delegation von Tätigkeiten an medizinische Fachangestellte (MFA) ermöglicht. MFA führen die entsprechende Untersuchung oder Behandlung schwerpunktmäßig in einer Gemeinderäumlichkeit und bei Bedarf auch bei den Patient:innen zu Hause durch.

Durch die telemedizinische Ausstattung können auch Untersuchungen wie EKG oder Lungenfunktionsprüfungen erfolgen und die Ergebnisse direkt an die betreuende Haus- oder Facharztpraxis übertragen werden. Ärzt:innen können dann bei Fragen per Videosprechstunde direkt zu den Terminen hinzugezogen werden.

„Demografischer Wandel mit einer zunehmend alternden Bevölkerung sowie Ärztinnen und Ärzte, die in absehbarer Zeit in den Ruhestand gehen, stellen die Gesundheitsversorgung gerade im ländlichen Raum vor große Herausforderungen. Wir fördern das innovative Projekt NEW SmartMed, um mit den Akteuren vor Ort Praxiserfahrungen zur Versorgungssicherung im Sinne unserer Versicherten zu sammeln", so Margit Hermann, Bereichsleiterin Versorgungsmanagement bei der AOK Bayern. „Unser Vorteil ist, dass wir als AOK breit vor Ort aufgestellt sind und die regionalen Gegebenheiten kennen". <<

Link: https://t1p.de/2hl6c

# Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

**Umsetzung der Ergebnisse versorgungsnaher Datenanalysen – Evidenzgenerierung und Implementierung am 19.06.2024**

## 2. Konferenz für registerbasierte Forschung des DNVF

Die Nutzung Versorgungsnaher Daten (VeDa) hängt von der jeweiligen Fragestellung ab. Dabei können beim Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Versorgungspraxis VeDa von großem Nutzen sein.

>> Die zweite Konferenz für registerbasierte Forschung fand am 19. Juni 2024 in Berlin statt und stand unter dem Motto „Umsetzung der Ergebnisse versorgungsnaher Datenanalysen, Evidenzgenerierung und Implementierung. Auch in diesem Jahr wurde die Konferenz im Hybrid-Modell aus Berlin gesendet. Die Konferenz mit ca. 90 Teilnehmenden wurde von Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (Universität Regensburg) und Dr. Thomas Bierbaum (DNVF) moderiert.

Den Einstieg gestaltete Laura Keßler, M.Sc., Koordinatorin des REGIBA-Forschungsprojektes. Sie zog eine positive Bilanz des ersten Jahrgangs der Pilot-Fortbildung Registerbasierte Forschung mit dem Abschluss „Health Scientists for Registry Research". Die Absolvent:innen der Fortbildung haben die Kompetenz erlangt, registerbasierte Studien durchzuführen und versorgungsnahe Daten in Registern zu nutzen. Langfristiges Ziel der Fortbildung ist der Aufbau einer multidisziplinären, (inter-)nationalen Community „Registerbasierte Forschung".

Im Anschluss sprach Dr. Thomas Kaiser vom IQWiG über registerbasierte Studien als Evidenzgrundlage für Arzneimittelbewertung. Dabei ging es um die Frage, wie versorgungsnahe Daten genutzt werden können, um in RCTs die Wirksamkeit von Medikamenten unter Alltagsbedingungen besser beurteilen zu können. Wichtig ist hierbei, dass die Eignung von Registern für Registerstudien immer fragestellungsbezogen bewertet werden muss. Dabei besteht ein erhöhter Aufwand durch die Adjustierung relevanter Confounder bei nicht randomisierten Registerstudien. Vergleichende, randomisierte Registerstudien können gerade, was die Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen betrifft, RCTs hinsichtlich externer Validität ergänzen.

Es schloss sich ein Vortrag von Prof. Dr. Holger Pfaff von der Universität Köln über Chancen und Herausforderungen der Evidenzgenerierung auf Basis von versorgungsnahen Daten (VeDa) an. Er zeigte, dass die Nutzung versorgungsnaher Daten große Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen und –prozesse eröffnet. Das setzt jedoch voraus, dass mit den Daten das praktisch beste Evidenzniveau durch entsprechende Studiendesigns angestrebt wird. Die Nutzung versorgungsnaher Daten eröffnet große Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen und -prozesse. Die praktisch beste Evidenz wird dabei durch den Kontext definiert und sollte in einem strukturierten Konsensfindungsprozess festgelegt werden – und zwar a priori (bevor Studien durchgeführt werden).

Prof. Dr. Stefan Benz zeigte in seinem Vortrag Beispiele zur Evidenzgenerierung aus registerbasierten Daten. Der Chefarzt des Klinikums Sindelfingen-Böblingen machte deutlich, dass die Nutzung versorgungsnaher Daten ein verpflichtender Bestandteil des Evidenzgenerierungsprozesses werden muss. Denn mit den heute verfügbaren Daten der klinischen Krebsregister lässt sich die Evidenz aus randomisierten Studien präzise nachvollziehen und ausdifferenzieren. So wird eine Überprüfung von Therapieeffekten bei der Implementierung in der Fläche möglich.

Den Aufschlag zur zweiten Hälfte der Konferenz machte Dr. Matthias Kaltheuner vom

**Kommentar**



Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann
Vorsitzender DNVF

Liebe Kolleginnen,
liebe Kollegen,

ich heiße Sie herzlich vom 25. bis zum 27. September auf dem Campus Griebnitzsee in Potsdam willkommen! Der 23. DKVF steht unter dem Motto „Implementationswissen schafft innovative Versorgung". Die Implementierungswissenschaft bietet gut fundierte und erprobte Methoden und Konzepte, die wir mit dem Wissen der Versorgungsforschung bündeln wollen. Wir sind sehr dankbar für die Zusammenarbeit mit der European Implementation Collaborative (EIC) und dem Implementierungsnetzwerk für Forschung und Praxis bei der Gestaltung des wissenschaftlichen Programms. Wir werden Implementierungswissen explizit machen für eine innovative Gesundheitsversorgung.

In über 500 wissenschaftlichen Beiträgen werden wir alles Wichtige und Aktuelle zum Stand der Gesundheitsversorgung erfahren. Die Kongresspräsidentin Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu und ihr Team, das Programmkomitee und eine interdisziplinäre Gutachterkommission haben für den 23. DKVF ein ebenso spannendes wie wissenschaftlich hochkarätiges Programm für Sie zusammengestellt. Mein ganz herzlicher Dank gilt Prof. Köberlein-Neu und ihrem Team, der Geschäftsstelle und unserem Geschäftsführer Dr. Thomas Bierbaum sowie der Kongressagentur KUKM für die intensive und professionelle Organisation des Kongresses

Aufmerksam machen möchte ich Sie auf das Interview, das wir mit Prof. Dr. Martin Dietrich, zuständiger Referatsleiter beim BMG zum Innovationsfonds, führen konnten und das in diesem Heft abgedruckt ist. Implementierung neuer Versorgungsformen ist auch für ihn ein zentrales Anliegen.

Ich wünsche Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, inspirierende Vorträge und Poster, aufschlussreiche Erkenntnisse, einen spannenden fachlichen und persönlichen Austausch und eine gute Zeit auf dem 23. DKVF.

Herzliche Grüße
Ihr
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann

Wissenschaftlichen Institut der niedergelassenen Diabetologen (winDiab). Er stellte das Register zu Diabetes in der Schwangerschaft (GestDiab) vor, auf dessen Grundlage in den 16 Jahren seines Bestehens zahlreiche Publikationen entstanden sind. So wurde in einer Publikation zur Indikationsstellung für postpartalen oralen Glukosetoleranztest (oGTT) festgestellt, dass bei Berücksichtigung von Präindikato-ren und weiteren Parametern drei Viertel der Frauen dieser Test erspart werden kann. Das wiederum ermöglicht mehr Kapazitäten für die Nachsorge. Die dahinterliegende, weiter zunehmende Forschungstätigkeit zeigt laut Kaltheuner, dass es durchaus möglich ist, aus der ambulanten Medizin heraus Forschung zu betreiben.

Dass auch in der Demenzforschung VeDa zum Einsatz kommen, verdeutlichte der Vortrag von PD Dr. Bernhard Michalowsky, dem Leiter der Arbeitsgruppe „Patientenberichtete Outcomes & Gesundheitsökonomie" am DZNE. Diese ermöglichen einen umfassenden Überblick über das aktuelle reale Diagnose-, Verordnungs- und Versorgungsgeschehen der Praxis. Die vorgestellte hausarztbasierte randomisierte Studie mit 634 Menschen mit Demenz zeigte signifikant positive Effekte der Intervention auf neuropsychiatrische Auffälligkeiten, Angehörigenbelastung, Lebensqualität, Antidementiva, Hospitalisierung und Institutionalisierung. Überdies sind VeDa förderlich, so Michalowsky, für die Translation innovativer Interventionen im Gesundheitswesen.

Den Abschluss der Vortragsreihe bildete Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalkes Präsentation zum Verbundprojekt „Anforderungen, Möglichkeiten, Limitationen und Perspektiven registerbasierter Interventionsstudien in Deutschland" (REGINT). In diesem vom BMG geförderten Projekt wird der aktuelle Stand registerbasierter Interventionsstudien in Deutschland analysiert und anhand von Fallbeispielen die Möglichkeiten und Limitationen von registerbasierten Interventionsstudien demonstriert. So sollen letztendlich konsentierte Empfehlungen für Forschende und Registerbetreibende erarbeitet werden.

In der anschließenden Podiumsdiskussion ging es u. a. um die Frage, wie Evidenzen so geschaffen werden können, dass diese auch Eingang in Leitlinien finden. Dr. Thomas Kaiser stellte hier den Begriff der optimalen Evidenz in den Mittelpunkt, welcher sich stark auf die Durchführbarkeit von Studien auswirkt. Optimale Evidenz heißt in diesem Zusammenhang, Rahmenbedingungen zu schaffen, damit die oben genannte bestmögliche Evidenz letztlich auch die optimale Evidenz darstellt. Der Bezug zu aktuellen Rahmenbedingungen sei essenziell. Dem stimmte Prof. Stefan Benz zu und fügte an, dass die Höhe der Schwelle der Übernahme von Ergebnissen in die Praxis von der besten verfügbaren Evidenz abhängig sei.

Auf die Frage, welche Erkenntnisse man aus der diesjährigen Sitzung für die dritte Konferenz im Folgejahr mitnehmen könne, antwortete Dr. Bernhard Michalowsky mit einem Plädoyer für verstärkten Zugang zu vorhandenen Verbünden und Datensätzen. Laura Keßler betonte die Notwendigkeit eines positiven Blicks auf die Forschung. Sehr viele Daten seien vorhanden. Diese müssten jedoch viel stärker und häufiger genutzt werden. Gerade der wissenschaftliche Nachwuchs müsse dahin gehend gefördert werden. Dr. Thomas Bierbaum knüpfte wiederum an den Vortrag von Dr. Thomas Kaiser an und regte an, Forschende sollten einen größeren Fokus auf die Sinnhaftigkeit von Fragestellungen legen. Auch müsse man ein besseres Verständnis für die Kopplung von Forschung und Praxis entwickeln.

Medizinische Forschung sollte versorgungsnah angelegt sein. Insbesondere beim Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die medizinische Praxis besteht noch Optimierungsbedarf. Dabei sollte der Fokus auf jenen Projekten liegen, die einen großen Einfluss auf die Verbesserung der Versorgung zeigen. Ein Hemmnis ist dabei die zeitliche Verzögerung der Datenerfassung sowie die damit verbundene Verfügbarkeit für Forschende. Bei der Implementierung erfolgreicher Projekte sind regionale Unterschiede zu berücksichtigen. Damit für Fragestellungen die bestmögliche auch die optimale Evidenz darstellt, sollten wir uns aktiv für die Optimierung der Rahmenbedingungen der Forschung einsetzen. Denn eine hochwertige Forschung ist von großem Nutzen. <<

## News

### >> Memorandum Ziele und Methoden bewegungsbezogener Versorgungsforschung veröffentlicht

Die Relevanz von körperlicher Aktivität und körperlichem Training in Gesundheitsförderung, Prävention, Therapie und Rehabilitation gilt aufgrund der vielfach belegten positiven Gesundheitsauswirkungen als unbestritten. Aus diesem Grund ist die Beschreibung adäquater Methoden sowie begrifflicher und konzeptioneller Grundlagen der bewegungsbezogenen Versorgungsforschung ein wichtiges übergeordnetes Thema. Das DNVF-Memorandum – Ziele und Methoden bewegungsbezogener Versorgungsforschung – fasst das erste Mal das stark interdisziplinäre und interprofessionelle Feld der Bewegungsversorgung im deutschen Gesundheitssystem zusammen. Neben einer begrifflichen Einordnung und Definition zentraler Maßnahmen und Konzepte der Bewegungsversorgungsforschung werden bestehende Forschungslücken und Forschungsbedarfe herausgearbeitet und Methoden zur Weiterentwicklung des noch recht jungen Forschungsgebiets beschrieben. Ein besonderer Fokus liegt hierbei auf der Darstellung relevanter Zielparameter und deren standardisierter Erfassung mittels etablierter und valider Messinstrumente. Ziel des Memorandums ist es, ein einheitliches Verständnis für den komplexen Gegenstand der Bewegungsförderung und Bewegungstherapie im Kontext der Gesundheitsversorgung zu schaffen, neue Forschungsinitiativen anzustoßen und die bestehende gute Evidenz zur Wirksamkeit von körperlicher Aktivität und körperlichem Training stärker in die Gesundheitsversorgung zu integrieren.

Das Memorandum ist Open Access (OA) im Gesundheitswesen publiziert: https://t1p.de/7etgp

### >> Positionspapier zur Zukunft der organisationalen Versorgungsforschung

Die DNVF-AG Organisationsbezogene Versorgungsforschung (Prof. Lena Ansmann, Prof. Stefan Nöst) hat gemeinsam mit der DGMS-AG Versorgungsforschung (Prof. Katja Götz, Prof. Mirjam Körner) im Sommer 2023 einen von der VW-Stiftung geförderten Scoping-Workshop durchgeführt. Die Ergebnisse wurden unter Mitarbeit von 32 Workshop-Teilnehmenden verschiedener Disziplinen und Länder in einem Positionspapier veröffentlicht. Die 7 Positionen enthalten zentrale Hinweise zur Weiterentwicklung des Forschungsfeldes in Deutschland sowie in anderen Ländern.

Das Positionspapier ist OA im Gesundheitswesen publiziert: https://t1p.de/7aqnx

Interview mit Prof. M. Dietrich (BMG)

# Die Regelversorgungsreife ist das oberste Ziel

Prof. Dr. Martin Dietrich wechselte 2016 von der Universität des Saarlands zur Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Dort war er stellvertretender Leiter und von 2021 bis 2023 kommissarischer Direktor, von 2022 bis 2023 zudem Präsident von EuroHealthNet in Brüssel. Seit 2023 arbeitet Martin Dietrich im Bundesministerium für Gesundheit und leitet dort das Referat 531, Innovationsfonds und Zukunftsregion digitale Gesundheit.

**>> Herr Prof. Dietrich, Sie sind seit 2023 als Leiter des Referats 531 im BMG für den Innovationsfonds zuständig. Wo sehen Sie die Schwerpunkte Ihrer Arbeit und welche Impulse möchten Sie setzen?**

Meine Schwerpunkte liegen auf Innovation und der Entwicklung, Erprobung und Umsetzung von innovativen Versorgungsansätzen. Der Innovationsfonds, aber auch die Förderung von experimentellen Piloten, sind zentrale Elemente der Versorgungsinnovation in Deutschland. Hier entstehen Impulse für die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und -prozessen, die es ohne sie nicht geben würde. Sie unterstützen die Transformation der Versorgung zu mehr Qualität, Effizienz und Nutzerorientierung. Ziel ist, dass die Verbesserung der Versorgung bei allen Betroffenen ankommt. Das sind die Versicherten und Patienten, aber auch Fachkräfte, für die Verbesserungen ebenso relevant sind. Denn der Erfolg von neuen Versorgungskonzepten hängt davon ab, dass sie von Fachkräften umgesetzt werden. Ein wichtiger Beitrag ist das Denken in Innovationssystemen und Innovationsprozessen und die Rollen der verschiedenen Akteure hervorzuheben. Damit können geeignete Antworten auf Fragen z. B. nach der Stärkung der Umsetzung neuer Versorgungsansätze gefunden werden.

Wenn man in vollständigen Innovationsprozessen denkt, wird deutlich, dass der Nachweis der Wirksamkeit von Interventionskonzepten – die Evidenz – nicht ausreicht, neue Lösungen in die Gesundheitsversorgung zu bringen. Versorgungskonzepte müssen auch zur (Regel-)Versorgungsreife gebracht werden. Dafür ist Evidenz notwendig, aber nicht hinreichend, da in Projekten Bedingungen vorliegen, die in der Versorgungsrealität nicht gegeben sind. Der strukturelle und organisatorische Rahmen, die neue Konzepte im Echtbetrieb brauchen, müssen erst geschaffen werden. Dazu sind im Innovationssystem Versorgungsentwicklung weitere Kompetenzen erforderlich.

**Die Verstetigung des Innovationsfonds ist aus Sicht der Versorgungsforschung sehr zu begrüßen. Der Erfolg des Fonds wird letztlich daran gemessen, ob neue Versorgungsformen in der Versorgung ankommen. Was hat sich aus Ihrer Sicht schon konkret durch Innovationsfondsprojekte in der Versorgung verbessert?**

Die Versorgungsstrukturen von Krebspatienten konnten deutlich verbessert werden. Es konnte gezeigt werden, dass die Überlebenschancen von Krebspatientinnen und -patienten in Behandlungszentren größer sind. Das hebt die Bedeutung der Zertifizierung von onkologischen Behandlungszentren hervor. Ebenso konnten die notfallmedizinische Versorgung im Rettungsdienst von ländlich strukturierten Regionen durch Telemedizin verbessert werden, was bereits Eingang in die Notfallversorgung einiger Länder gefunden hat.

Die Patientenorientierung konnte durch Ergebnisse aus Innovationsfondsprojekten gestärkt werden. Es können z. B. aus digitalen Krankenhausinformationssystemen automatisiert laienverständliche Patientenbriefe erzeugt werden. Diese Lösung steht inzwischen für viele Krankenhäuser zur Verfügung und wird bereits genutzt.

In der psychotherapeutischen Versorgung sind Ansätze zur Verbesserung der Versorgung durch Innovationsfondsprojekte vorangetrieben worden, die in die KSV-Psych-Richtlinie des G-BA Eingang gefunden haben. Das ist übrigens ein Beispiel dafür, dass Ergebnisse von Innovationsfondsprojekten auf sehr vielfältige Weise den Weg in die Versorgung finden, die nicht immer prominent in den Vordergrundgestellt werden – an dieser Stelle sogar ohne Transferempfehlung des Innovationsausschusses.

Ein Ergebnis des Innovationsfonds ist auch die Vernetzung von Akteuren. Zur Weiterentwicklung der Versorgung sind neue Formen der Kollaboration nötig. Es ist immer weniger leistbar, Versorgungsverbesserungen auf Versorgungsinseln in der fragmentierten Versorgung zu realisieren. Die Weiterentwicklung in wichtigen Gesellschaftsbereichen durch Innovationen hängt von der Fähigkeit zur Kollaboration ab. Dieser Effekt ist wichtig für Innovationen und die Transformationsprozesse im Gesundheitswesen. Auch die Notwendigkeit, den Nutzen von neuen Versorgungsformen belastbar nachzuweisen, findet mehr Akzeptanz. Zudem werden laufend weitere wichtige Erfahrungen in der Versorgungsforschung gesammelt, um die Wirksamkeit komplexer Interventionen mit geeigneten Methoden beurteilen zu können.

**Wie kann man die Implementierung erfolgreicher, positiv evaluierter und vom Innovationsausschuss empfohlener Projekte verbessern?**

Innovationen werden erst dann zu solchen, wenn sie sich durchgesetzt haben. Aktuell ist es die Aufgabe des Innovationsausschusses, Versorgungskonzepte zu prüfen und Empfehlungen auszusprechen, nicht ihre Durchsetzung. Das ist bis jetzt die Aufgabe der Leistungserbringer sowie anderer Akteure der Gesundheitsversorgung. Das Engagement dafür hängt von der Umsetzungsreife der Konzepte und den Rahmenbedingungen ab, die mitentwickelt werden müssen sowie von der Notwendigkeit, Strukturbedingungen anpassen zu müssen, um die Qualität der Versorgung zu verbessern. Dabei spielt die Akzeptanz und Attraktivität neuer Versorgungsformen außerhalb der Projektkonsortien die entscheidende Rolle. Deshalb müssen diese Aspekte der Umsetzung ein höheres Gewicht bekommen.

**Bisher gibt es keinen gesetzlich geregelten Weg (wie z. B. bei Arzneimitteln und Medizinprodukten) für die Implementierung neuer Versorgungsformen in die Regelversorgung. In der Praxis hat sich gezeigt, dass oft zwischen Projektende und Empfehlung fast ein Jahr vergeht, bis diese an die Adressaten weitergeleitet wird. Wie kann man unter den bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen hier den Prozess beschleunigen und verbindlicher machen?**

Die unterschiedlichen Versorgungskonzepte, die in Innovationsfondsprojekten erprobt werden, sind so verschieden, dass es nicht nur einen Weg für ihre Überführung in die Regelversorgung geben kann. Und ein Zulassungsmechanismus an sich bedeutet nicht, dass Prozesse schnell sind. Das Beispiel Arzneimittel zeigt, dass die Wege von potenziellen Wirkstoffen bis zu Medikamenten der Regelversorgung langwierige, kostenintensive und risikoreiche Prozesse sind. Die Dauer vom Abschluss eines Innovationsfonds-Projekts bis zur Transferempfehlung hängt von verschiedenen Faktoren ab. Ein Faktor ist die Abnahmereife der Abschlussberichte. Die Abschlussberichte weisen in ihren ersten Versionen oft Nachbesserungsbedarfe auf, die mehrere Überarbeitungsrunden erfordern. Erst wenn sie abnahmereif sein, läuft die Dreimonats-Frist für den Innovationsausschuss. Es ist klar, dass die Abschluss- und Evaluationsberichte unter teilweise herausfordernden Bedingungen erstellt werden müssen. Wenn es aber gelingt, die Abschlussbe-richte früher abnahmereif zu erhalten, kommen auch Transferempfehlungen früher.

**Und wie können wir mit Hilfe des Innovationsfonds dieses „Valley of Death" überbrücken, in dem die Projekte nicht mehr finanziert sind, die Umsetzungspartner aber noch nicht so weit sind, die Implementierung ohne Unterstützung umzusetzen?**

Selektivverträge sind eine solche Möglichkeit, die zwar keine Regelversorgung ist, aber von der bereits einige Projekte Gebrauch machen. Eine solche vertragliche Lösung ist auch ein Signal für die Versorgungsreife. Wenn Akteure freiwillig einen Vertrag zu einem Versorgungskonzept schließen, ist das ein starkes Indiz für die Versorgungsreife eines neuen Konzepts in der regulären Versorgungsumgebung.

**Es gibt ein neues Förderformat (Neue Versorgungsform einstufig, Laufzeit 2 Jahre). Für welche Art von Projekten ist das Format gedacht?**

Dieses Format ist dafür gedacht, weit entwickelte Projektideen zu fördern, die keine langen Vorlaufphasen benötigen. Zudem sollen Projekte gefördert werden, die wirksame Konzepte von einem Setting in ein anderes übertragen, zum Beispiel von einem Ballungsgebiet in eine ländliche Region, um die Wirksamkeit einer Intervention auch in anderen Settings nachzuweisen. Diese Robustheit der Ergebnisse und ihre Unempfindlichkeit gegenüber projektspezifischen Bedingungen ist für die (Regel-) Versorgungsreife relevant. Damit liegt der Fokus mehr auf der Umsetzung als in den anderen Formaten.

**Um neue Versorgungsformen – z. B. in Regionen – erfolgreich implementieren zu können, braucht es Implementierungswissen. Wie kann eine solche Expertise für die Translation in Innovationsfondsprojekte integriert werden?**

Projekte zu neuen Versorgungsformen beruhen auf zwei Säulen. Eine Säule ist der Zugang zur Versorgung. Eine Versorgungsidee z. B. zur Zusammenarbeit von Pflege und ambulanter medizinische Versorgung, kann nur erprobt werden, wenn die Pflege, Niedergelassene und in der Regel Krankenkassen eingebunden sind. Eine zweite Säule ist die Forschungsprojekt-Kompetenz für die Evaluation, die meist universitäts- bzw. hochschulnahe Forschungseinrichtungen haben. Wenn es aber um die Umsetzung von Projektergebnissen in die komplexen Systeme der GKV-Versorgung geht, muss eine dritte Säule aufgebaut werden, die als Versorgungsmanagement bezeichnen werden kann. Diese Kompetenz muss zusätzlich in die Projekte eingebunden werden um Umsetzungswege und Rahmenbedingungen zu konzipieren und die Übernahme der Intervention außerhalb des Projektkonsortiums attraktiv zu machen. Diese Innovationsmanagement-Kompetenz sollte in den Projekten eingebunden werden und ist im Innovationsfonds förderfähig. Das führt dazu, dass Projekte schon bei der Ideenentwicklung vom Verwertungspotenzial her gedacht werden. Das unterscheidet die Förderung durch den Innovationsfonds deutlich von der klassischen Forschungsförderung. Eine solche Umsetzungskompetenz aus dem Innovationsfonds herauszulösen und an das Ende von Innovationsprojekten anzuschließen, passt nicht in die Förderlogik des Innovationsfonds. Der Umsetzungsaspekt muss in die Projekte selbst eingebunden sein, damit er gefördert werden kann.

**Wie kann das DNVF die Arbeit des Innovationsfonds und -ausschusses ganz konkret unterstützen?**

Das DNVF kann dazu beitragen, dass sich die die Projekte den Umsetzungsaspekten mehr öffnen und die Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern gesucht wird, die eine praktische Transferkompetenz mitbringen und Umsetzungskonzepte entwickeln können. Damit können erfolgreich erprobte Versorgungskonzepte mit positiver Transferempfehlung schon während der Projektphase nahe an die (Regel-)Versorgungsreife gebracht werden. Dies ist keine originäre Aufgabe der Versorgungsforschung. Deshalb müssen in der Versorgungsforschung Anschlüsse zum Innovationswissen und zum Innovationsmanagement z. B. durch externe Kooperationen geschaffen werden und in die Projekte eingebracht werden.

Eine Hilfe wäre auch, wenn die Erwartungstreue hinsichtlich der avisierten Rekrutierung von Studienteilnehmenden steigt. Oftmals beantragen Projekte Anpassungen in der Projektdurchführung, weil Fallzahlen nicht erreicht werden. Inzwischen sollten genügend Erfahrungen vorhanden sein, mit denen von Anfang an realistische Fallzahlenschätzungen gemacht werden können und Erfahrungen vorhanden sein, mit denen auch auf Seiten der beteiligten Leistungserbringer die Fallzahlenprognosen realisiert werden können. Die Stärkung der Erwartungstreue würde die Durchführung der Projekte sowohl auf Seiten der Projektnehmer als auch auf Seiten des Innovationsausschusses erleichtern.

Der Innovationsausschuss kann erst mit der Bewertung von Abschlussberichten beginnen, wenn sie in einer bewertbaren Form vorliegen. Oft müssen Nachforderungen verlangt werden, weil die Berichte nicht abnahmereif sind. Das verzögert die Bewertung und die Entwicklung von Transferempfehlungen. Die Anforderungen an die Qualität der Abschlussberichte könnte transparenter werden. Das Netzwerk sollte darauf hinwirken, dass die Abschlussberichte so vorgelegt werden, dass keine bis wenige Nachbesserungen eingefordert werden müssen, das würde die Prozesse vereinfachen. <<

Das Interview wurde von Wolfgang Hoffmann (DNVF-Vorsitzender) und Thomas Bierbaum (DNVF-Geschäftsführer) geführt.

DNVF

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

**E-Mail: info@dnvf.de**

**Prof. Dr. phil. Katharina Rathmann**
**Emese László MSc PH**
**Mag. Denis Spatzier**

# Gesundheitskompetenz von Führungskräften der Gesundheitsversorgung

## Unterschiede nach Einrichtungsart und Zusammenhang mit Arbeitsfähigkeit und Burnout-Risiko

### Zusammenfassung

Das Konzept der organisationalen Gesundheitskompetenz (OGK) wird im beruflichen Kontext mittlerweile als protektiver Faktor zur Förderung der Arbeitsfähigkeit und Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit von Gesundheitsfachpersonen diskutiert. Ziel des Beitrags ist es, die Ergebnisse einer bundesweiten Onlinebefragung von Leitungspersonen im Gesundheitswesen (Krankenhaus, Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe) zum Zusammenhang zwischen der persönlichen Gesundheitskompetenz (GK) und dem Ausmaß der OGK mit jeweiligen Outcomes der Arbeitsfähigkeit und Gesundheit darzustellen. 22,9% der befragten Leitungspersonen weisen eine geringe persönliche GK auf, während über die Hälfte (50,3%) ein unterdurchschnittliches Ausmaß der OGK in ihrer Einrichtung angibt. Leitungspersonen mit geringer persönlicher GK in ihrer Einrichtung weisen ein erhöhtes Risiko für eine schlechte physische (OR: 2,16, 95% KI:1,33-3,51) und psychische Arbeitsfähigkeit (OR: 1,89, 95% KI: 1,25-2,86) sowie ein erhöhtes Burnout-Risiko (OR: 1,57, 95% KI: 1,05-2,35) auf. Das Ausmaß der OGK ist signifikant mit der physischen (OR: 1,65, 95% KI: 1,05-2,60) und psychischen Arbeitsfähigkeit (OR: 1,82, 95% KI: 1,25-2,67) sowie mit dem Burnout-Risiko (OR: 1,46, 95% KI: 1,05-2,03) assoziiert. Die Ergebnisse verdeutlichen den Mehrwert, nicht nur in die persönliche, sondern auch in die organisationale GK von Leitungspersonen zu investieren, um sowohl die GK als auch (gesundheitsbezogene) Outcomes auf Mitarbeitenden-Ebene zu stärken.

### Schlüsselwörter

Organisationale Gesundheitskompetenz, Leitungspersonen, psychische Gesundheit, physische Gesundheit, Eingliederungshilfe, Pflege, Krankenhaus, Behinderung

### Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.05.24.1866-0533.2653

Die persönliche Gesundheitskompetenz (GK) bezieht sich auf die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden (Rathmann/László 2024a). Die organisationale Gesundheitskompetenz (OGK) beschreibt, inwieweit Gesundheitseinrichtungen durch Maßnahmen die GK ihrer Patient:innen und Mitarbeitenden stärken, um sie bei Gesundheitsentscheidungen zu unterstützen (Dietscher/Pelikan 2023; Rathmann/László 2024a). Studienergebnisse zeigen, dass Leitungs- und Fachpersonen in der Gesundheitsversorgung hinsichtlich psychischer und physischer Gesundheitsprobleme als vulnerable Gruppe zu betrachten sind (Raspe et al. 2020; Zeike et al. 2023). Körperliche und psychische Belastungen in den Gesundheits- und Pflegefachberufen, hohe Anforderungen im Alltags- und Berufsleben sollen durch die Stärkung der OGK bewältigt werden (Rathmann/László 2024a). Aufgrund des demografischen Wandels sowie der Zunahme an chronisch kranken, multimorbiden Patient:innen stehen das deutsche Gesundheitssystem sowie die pflegerische Versorgung vor großen Herausforderungen. Durch die hohe Arbeitsbelastung und den Personalmangel der Leitungs- und Fachpersonen wird langfristig auch die Patient:innenversorgung betroffen sein. Um Fachkräfte gewinnen und langfristig binden zu können und dadurch auch die Versorgungsqualität zu erhöhen, können Gesundheitseinrichtungen neben der Verbesserung der Arbeitsbedingungen u. a. in Fortbildungen (im Sinne der OGK) investieren, die Eigenverantwortung von Patient:innen unterstützen und deren Selbstmanagementfähigkeit stärken.

>> Hier setzt das Konzept der OGK zur Entwicklung gesundheitskompetenter Einrichtungen an, das darauf abzielt, die Strukturen und Prozesse auf die persönliche GK auszurichten und die GK von Leitungs- und Gesundheitsfachpersonen als auch der Patient:innen sowie deren Angehörigen in den Blick zu nehmen (Pelikan et al. 2023; Rathmann/László 2024a). Die internationale Arbeitsgemeinschaft Working Group HPH & HLO (2019) hat den SAT-OHL (Self-Assessment Tool for Organizational Health Literacy), ein Selbstbewertungsinstrument für gesundheitskompetente Krankenhäuser, ausgearbeitet. In Anlehnung an dieses Instrument erfolgt die Stärkung der OGK entlang von acht Standards (Abb. 1).

Gesundheitskompetente Einrichtungen setzen Maßnahmen zur Stärkung der GK über alle Strukturen der Einrichtung hinweg um, beziehen möglichst alle Akteure in die Entwicklung von gesundheitsbezogenen Materialien und Dienstleistungen ein, schulen ihre Mitarbeitenden im Bereich der GK, ermöglichen eine einfache Orientierung und leichten Zugang zu Angeboten und Materialien, stärken die gesundheitskompetente Kommunikation innerhalb der Einrichtung und fördern die GK der Patient:innen, Mitarbeitenden und der lokalen Bevölkerung (Rathmann/László 2024e).

Während sich viele Studien auf die persönliche GK bei Patient:innen oder der Allgemeinbevölkerung beziehen, wächst der Forschungsstand für Gesundheitsfachberufe (Janson/Rathmann 2021; Schaeffer et al. 2023; Simon et al. 2022) und die OGK im Gesundheitswesen erst in den letzten Jahren an. Studien zeigen, dass die persönliche Gesundheitskompetenz von Fachpersonen eng mit einer höheren Bereitschaft für die eigene Krankheitsprävention, mit der Leistungsfähigkeit, Motivation sowie mit weniger Fehlzeiten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit zusammenhängt (Gernert et al. 2022; Larsen et al. 2019). Außerdem konnte in einer Onlinebefragung von Pflegekräften der ambulanten Pflege in Deutschland aufgezeigt werden, dass Pflegekräfte mit einer geringen persönlichen GK häufiger hohe physische Anforderungen bei der Arbeit und ein erhöhtes Risiko für häufige Gedanken an einen Berufswechsel aufweisen im Vergleich zu Pflegekräften mit einer ausreichenden persönlichen GK (Janson/Rathmann 2021, 2023; Rathmann/László 2024a).

Die ersten Ergebnisse aus Deutschland, Österreich und der Schweiz verdeutlichen, dass befragte Gesundheitsfachpersonen ihre

Fähigkeiten bei der Förderung der GK ihrer Patient:innen bzw. Klient:innen hoch einschätzen (Schaeffer et al. 2023). Verbesserungsbedarf zeigt sich im Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen und bei der Informations- und Wissensvermittlung an Patient:innen (Schaeffer et al. 2023).

Im Bereich der OGK liegen mittlerweile zahlreiche internationale und nationale Studienergebnisse vor, die das Ausmaß der OGK (bspw. gemessen mit dem Instrument HLHO-10) für Einrichtungen des Gesundheitswesens berichten (Bonaccorsi et al. 2020; Rathmann et al. 2020). Die Anzahl an Konzepten, Definitionen sowie Instrumenten zur Messung der OGK in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung ist in den letzten Jahren – insbesondere für den deutschsprachigen Raum – stetig angewachsen (Rathmann/László 2024b, 2024c, 2024d, 2024e). Auch liegen zahlreiche Toolboxen zur Stärkung der (organisationalen) GK im deutschsprachigen Raum vor (u. a. für das Gesundheitswesen: Rathmann et al. 2021a; 2021b). Eine Befragung für die Eingliederungshilfe in Deutschland verweist darauf, dass Gesundheitseinrichtungen ein unterdurchschnittliches Niveau an OGK angaben, wobei die niedrigsten Werte der HLHO-10-Skala im Bereich der partizipativen Entwicklung von Gesundheitsinformationen gemessen wurden (Rathmann et al. 2020). Eine andere Studie aus Italien mit Leitungspersonen in Krankenhäusern stellt große Bedarfe in den OGK-Bereichen „Integration der GK in Maßnahmen des Qualitätsmanagements", „Schulung der Mitarbeiten-




***Abb. 1:*** *Acht Standards bzw. Handlungsfelder* einer gesundheitskompetenten Organisation. Quelle: Eigene Darstellung nach Working Group HPH & HLO (2019), Rathmann et al. (2021a; 2021b), Rathmann/László (2024a). *Aufgrund der Erfahrungen mit Praxiseinrichtungen, insbesondere im Pflegebereich, kann die Bezeichnung „Standards" durch „Handlungsfelder" ersetzt werden, um Verwechslungen mit den „Pflegestandards" zu vermeiden.*




***Abb. 2:*** *(Gesundheits-)Outcomes bei (Gesundheits-)Fachpersonen im Zusammenhang mit der persönlichen Gesundheitskompetenz. Quelle: eigene Darstellung. Die Quellenverweise sind Onlineanhang 2 zu entnehmen.*

den zum Thema GK" und „Kommunikation" fest (Bonaccorsi et al. 2020). Durch die Umsetzung von Maßnahmen tragen Gesundheitseinrichtungen zur Entwicklung der GK bei und stärken die Selbstbestimmung der Patient:innen, was zu einer geringeren Inanspruchnahme von Notfallambulanzen, Pflegeepisoden und einem selteneren Drehtür-Effekt bei den Patient:innen in der Versorgung führt (Bonaccorsi et al. 2020).

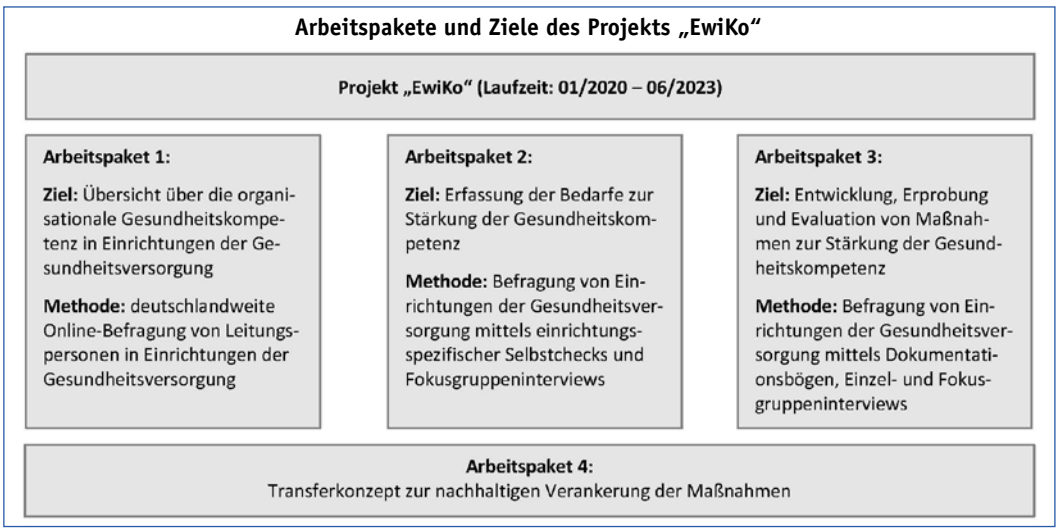



***Abb. 3:*** *Arbeitspakete und Ziele des Projekts „EwiKo". Quelle: eigene Darstellung nach László/Spatzier/Rathmann (2024).*

## Ziele des Beitrags

Über das Ausmaß der persönlichen und organisationalen GK in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (akut-stationäre Versorgung) liegen für Deutschland bislang wenige Studien vor.

Der Beitrag verfolgt folgende Ziele:

1) Ergebnisse zur persönlichen und organisationalen GK von Leitungspersonen in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu berichten,
2) Unterschiede in der OGK zwischen den Einrichtungsarten (Krankenhaus, Pflege, Eingliederungshilfe) auszuwerten,
3) Zusammenhang zwischen der persönlichen und organisationalen GK sowie der Arbeitsfähigkeit und psychischen Gesundheit von Leitungspersonen in Gesundheitseinrichtungen darzustellen.

## Das Projekt „EwiKo"

Im Kooperationsprojekt der AOK PLUS und der Hochschule Fulda „Entwicklung der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (EwiKo)" (Leitung: Prof. Dr. Katharina Rathmann) wurde ein Maßnahmenkonzept entwickelt, um Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (d. h. Krankenhaus, Pflege und Eingliederungshilfe) auf dem Weg zur gesundheitskompetenten Einrichtung zu begleiten (Laufzeit: 01.01.2020 bis 30.06.2023). Den Hintergrund für das Projekt bildete der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz, der fordert, das Gesundheitswesen auf allen Ebenen nutzerfreundlich und gesundheitskompetent zu gestalten. Das Projekt „EwiKo" umfasste vier Arbeitspakete (AP) (Abb. 3), bewegte sich an der Schnittstelle zwischen betrieblicher Gesundheitsförderung und betrieblichem Gesundheitsmanagement und zielte ganzheitlich auf alle Standards der OGK sowie die persönliche GK der Nutzenden (d. h. Patient:innen, Bewohner:innen, Fach- und Leitungspersonal) in den Einrichtungen ab. Ziel des Projekts „EwiKo" war es, den Einrichtungen eine nutzerfreundliche und praktische Unterstützung zur Stärkung der GK an die Hand zu geben. Einen Überblick über die nutzerfreundlichen, einrichtungsspezifischen Produkte, die im Rahmen des Projekts „EwiKo" entwickelt wurden, sind der Onlineanlage 1 zu entnehmen. Das Projekt „EwiKo" orientierte sich an dem Konzept des SAT-OHL-HOS und berücksichtigte acht „Standards" bzw. „Handlungsfelder" der OGK.

**Datenbasis und Methodik (AP1: Onlinebefragung)**

Im Rahmen des Projekts „EwiKo" wurde eine bundesweite Onlinebefragung (AP1, Abb. 3) durchgeführt, um den Ist-Stand zur OGK, des Präventionswillens der Einrichtungen und der Strukturen der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung innerhalb Deutschlands zu erfassen. An der Befragung haben Leitungs- und Fachpersonen mit Leitungsfunktion aus Krankenhäusern, Einrichtungen der Pflege und der Eingliederungshilfe im Bereich Wohnen und Arbeiten teilgenommen.

Die Befragung fand mithilfe eines quantitativen Onlinefragebogens zwischen März und Juli 2021 statt. Insgesamt wurden N = 13.160 Gesundheitseinrichtungen zur Befragung eingeladen. N = 621 Personen nahmen an der Befragung teil und füllten den Fragebogen vollständig aus (Response Rate: 4,72%). Eine Übersicht über die verwendeten Befragungsinstrumente und die Verteilung der Skalen ist Onlineanhang 3 zu entnehmen.

Von den N = 621 Einrichtungen der Gesundheitsversorgung waren 10,0% Krankenhäuser (N = 62), 31,4% Einrichtungen der Pflege (N = 195), 49,4% Einrichtungen der Eingliederungshilfe (N = 307) und 9,2% sonstige Einrichtungen (N = 57).

**Datenanalyse**

Es wurden deskriptive Analysen mittels Häufigkeitsauswertungen und bivariate Auswertungen mittels Kreuztabellen ($Chi^2$-Test nach Pearson) mit einem 5%-Signifikanzniveau ($\alpha = 0{,}050$) durchgeführt. Mittels binär-logistischer Regressionsmodelle wurden die Assoziationen zwischen der persönlichen bzw. organisationalen GK im Zusammenhang mit der Arbeitsfähigkeit sowie der psychischen und physischen Gesundheit der Befragten analysiert. Die Regressionsparameter wurden anhand der Chancenverhältnisse Odds Ratios (OR) mit 95%-Konfidenzintervallen (KI) interpretiert. Alle statistischen Analysen wurden mit der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics Version 28 berechnet.

## Ergebnisse

Im Bereich der persönlichen GK gaben 22,9% (n = 140) der insgesamt 621 befragten Leitungs- und Fachpersonen Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen an (Abb. 4). Die häufigsten Schwierigkeiten wurden bei der Beurteilung von Informationen über Gesundheitsrisiken aus den Medien (32,2%; n = 198), bei der Entscheidung zur Krankheitsprävention auf Basis von Informationen aus den Medien (29,1%; n = 179) und bei der Recherche nach Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Belastungen (26,8%, n = 163) deutlich. Außerdem fiel es 23,0% der Befragten (n = 141) schwer, zu beurteilen, wann sie eine zweite Meinung von ärztlichem Fachpersonal einholen sollen. Informationen zur Gesundheitsförderung aus den Medien zu verstehen, schätzten 16,4% (n = 100) der Befragten als schwierig ein.

50,3% (n = 276) der Befragten berichteten ein unterdurchschnittliches OGK-Ausmaß in ihrer Einrichtung. Der häufigste Bedarf (59,3%; n = 331) zeigte sich im „Vorhandensein von Kommunikationsstandards", bei der Bereitstellung von „Informationen für Patient:innen/Klient:innen über verschiedene Medien" (58,0%; n = 321), beim „Einsatz individualisierter Gesundheitsinformationen" (53,7%; n = 296) und bei der „Berücksichtigung von Gesundheitskompetenz in Maßnahmen des Qualitätsmanagements" (51,8%; n = 301) (Abb. 5). Knapp die Hälfte (48,9%; n = 276) gab ein unterdurchschnittliches OGK-Ausmaß bei der „Entwicklung von Gesundheitsinformationen unter Einbezug von Patient:innen/Klient:innen", 42,5% (n = 233) beim Bereiten von „Mühen, damit sich Klient:innen problemlos zurechtfinden" und 39,7% (n = 225) bei der „Schulung der Mitarbeitenden zum Thema Gesundheitskompetenz" an.

Die Betrachtung des OGK-Ausmaßes (Summen-Index) differenziert nach der Einrichtungsart verdeutlichte, dass 50,8% (n = 30) der Befragten aus Krankenhäusern, 46,3% (n = 88) aus der stationären (Alten-)Pflege und 52,2% (n = 154) aus Einrichtungen der Eingliederungshilfe ein unterdurchschnittliches OGK-Ausmaß angaben (Abb. 6). Auch wenn die Einrichtungsunterschiede im OGK-Ausmaß nicht statistisch signifikant waren, gaben sie dennoch einen ersten Hinweis auf die Bedarfe zur Stärkung der OGK.

Für Leitungspersonen mit einer geringen persönlichen GK (Tab. 1) verwiesen die Ergebnisse auf eine 2,16-fach erhöhte Chance für eine niedrige physische Arbeitsfähigkeit (95%-KI: 1,33-3,51; p = 0,002), eine 1,89-fach erhöhte Chance eine niedrige psychische Arbeitsfähigkeit (95%-KI: 1,25-2,86; p = 0,002) und eine 1,57-fach erhöhte Chance für ein überdurchschnittliches Burnout-Risiko (95 %-KI: 1,05-2,35;

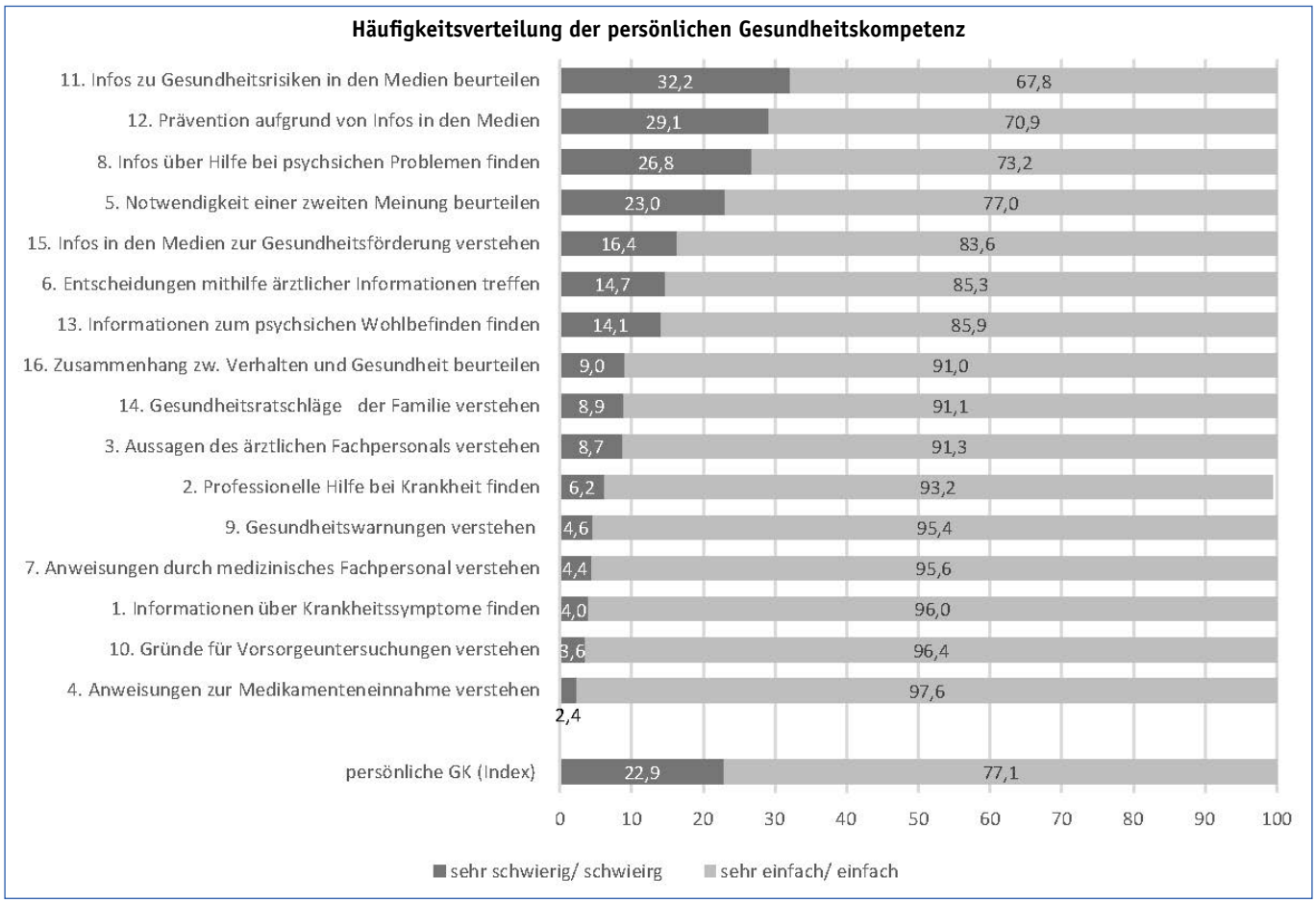



***Abb. 4:*** *Häufigkeitsverteilung der persönlichen Gesundheitskompetenz (in %, n = 609–620). Quelle: eigene Darstellung. Anmerkung: GK = Gesundheitskompetenz; Md = Median; SD = Standardabweichung; Min.=Minimum; Max.=Maximum. Cut-off nach Mediansplit pro Einzelitem und Index: Md (SD), alle Einzelitems Min.-Max.=1-4; Item 1=2 (0,577), Item 2=2 (0,622), Item 3=2 (0,622), Item 4=2 (0,553), Item 5=2 (0,739), Item 6=2 (0,647), Item 7=2 (0,589), Item 8=2 (0,838), Item 9=1 (0,582), Item 10=1 (0,571), Item 11=2 (0,841), Item 12=2 (0,810), Item 13=2 (0,683), Item 14=2 (0,667), Item 15=2 (0,750), Item 16=2 (0,650); persönliche GK Index=3 (0,592); Min.-Max.=1-3.*

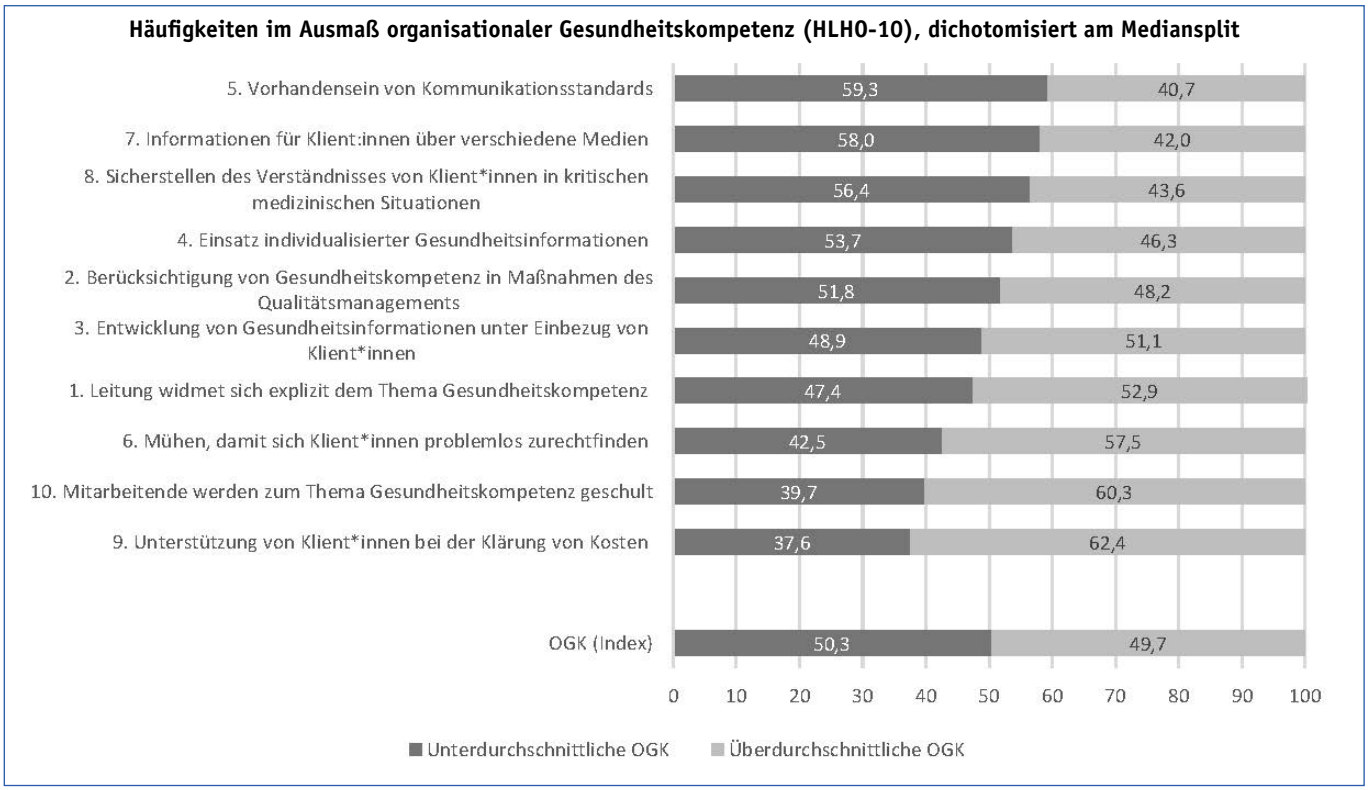



***Abb. 5:*** *Häufigkeiten im Ausmaß organisationaler Gesundheitskompetenz (HLHO-10), dichotomisiert am Mediansplit (in %, n = 613-620). Quelle: eigene Darstellung. Anmerkung: OGK=organisationale Gesundheitskompetenz; Md=Median; SD=Standardabweichung; Min.=Minimum; Max.=Maximum; Cut-off nach Mediansplit pro Einzelitem und Index: Md (SD), alle Einzelitems Min.-Max.=1-7; Item 1=6 (1,288), Item 2=5 (1,466), Item 3=5 (1,668), Item 4=4 (1,824), Item 5=5 (1,633), Item 6=6 (1,341), Item 7=4 (1,735), Item 8=5 (1,433), Item 9=6 (1,480), Item 10=5 (1,615); OGK-Index= 49 (10,72); Min.-Max. 14-70.*

p = 0,028) im Vergleich zu Leitungspersonen mit einer ausreichenden persönlichen GK.

Befragte aus Einrichtungen mit unterdurchschnittlichem OGK-Ausmaß (Tab. 1) wiesen eine 1,65-fach erhöhte Chance für eine niedrige physische Arbeitsfähigkeit (95%-KI: 1,05-2,60; p = 0,030), eine 1,82-fach erhöhte Chance für eine niedrige psychische Arbeitsfähigkeit (95%-KI: 1,25-2,67; p = 0,002) und eine 1,46-fach erhöhte Chance für ein überdurchschnittliches Burnout-Risiko (95%-KI: 1,05-2,03; p = 0,027) auf, im Vergleich zu Befragten aus Einrichtungen mit einem überdurchschnittlichen OGK-Ausmaß (Tab. 1).

In der Gesamtschau verwiesen die Ergebnisse der Onlinebefragung in den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung eindrucksvoll darauf hin, dass die OGK in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in den Handlungsfeldern „Kommunikationsstandards“, „multimediale Informationen“ und „Sicherstellen des Verständnisses von Gesundheitsinformationen in kritischen Situationen“ gestärkt werden sollte. Die Ergebnisse aus dem Projekt „EwiKo“ zeigten außerdem, wie eng die OGK mit den Aspekten der Arbeitsfähigkeit und des Burnout-Risikos der befragten Leitungspersonen assoziiert ist.

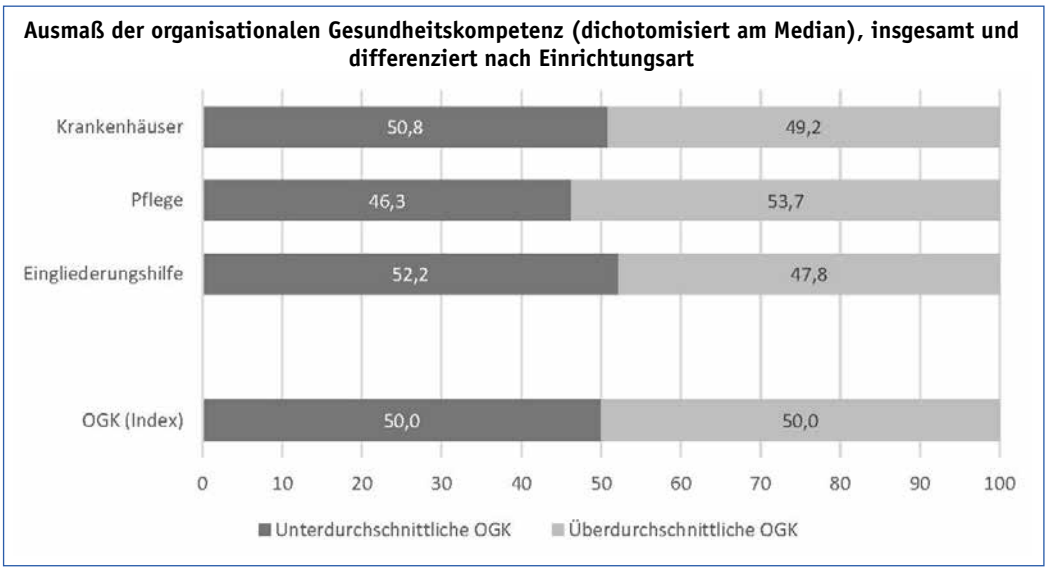



***Abb. 6:*** *Ausmaß der organisationalen Gesundheitskompetenz (dichotomisiert am Median) insgesamt und differenziert nach Einrichtungsart (in %, n = 597-620). Quelle: eigene Darstellung. Anmerkung: OGK=organisationale Gesundheitskompetenz. Cut-Off des Summenindex aller OGK-Items (Cut-Off am Median): Md=49,50; SD=10,66; OGK Index: Min.-Max.=14-70.*

| Persönliche und organisationale Gesundheitskompetenz im Zusammenhang mit niedriger physischer Arbeitsfähigkeit, niedriger psychischer Arbeitsfähigkeit und überdurchschnittlichem Burnout-Risiko | | |
|---|---|---|
| | **Persönliche GK** | **Organisationale GK** |
| Niedrige physische Arbeitsfähigkeit (RK: hohe psychische Arbeitsfähigkeit) | 2,16 (1,33-3,51)** | 1,65 (1,05-2,60)* |
| | p = 0,002 | p = 0,030 |
| Niedrige psychische Arbeitsfähigkeit (RK: hohe psychische Arbeitsfähigkeit) | 1,89 (1,25-2,86)** | 1,82 (1,25-2,67)** |
| | p = 0,002 | p = 0,002 |
| Überdurchschnittliches Burnout-Risiko (RK: Unterdurchschnittliches Burnout-Risiko) | 1,57 (1,05-2,35)* | 1,46 (1,05-2,03)* |
| | p = 0,028 | p = 0,027 |

***Tab. 1:*** Persönliche und organisationale Gesundheitskompetenz im Zusammenhang mit niedriger physischer Arbeitsfähigkeit, niedriger psychischer Arbeitsfähigkeit und überdurchschnittlichem Burnout-Risiko (Odds Ratio, 95%-KI). Quelle: Eigene Darstellung. Anmerkung: GK=Gesundheitskompetenz; KI=Konfidenzintervall; OR=Odds Ratio; RK=Referenzkategorie; Signifikanz: * p< 0,05; ** p< 0,01; *** p< 0,001. Die binär-logistischen Regressionsmodelle für die persönliche GK und die organisationale GK wurden jeweils unter der Kontrolle von Alter, Geschlecht, Bildungshintergrund und Einrichtungsart berechnet.

## Diskussion

Ziel des Beitrags war es, die persönliche und organisationale GK aus Sicht von Leitungspersonen in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (Krankenhaus, Pflege und Eingliederungshilfe) zu erheben und im Zusammenhang mit Indikatoren der Gesundheit zu analysieren. Die Ergebnisse verdeutlichten 1), dass jede fünfte befragte Leitungsperson eine niedrige persönliche GK angab. Hinsichtlich des OGK-Ausmaßes zeigte sich 2), dass Leitungspersonen aus der Eingliederungshilfe am häufigsten ein unterdurchschnittliches Ausmaß, gefolgt von Befragten in Krankenhäusern, berichteten. Itembasiert verwiesen die Befragungsergebnisse darauf, dass der größte Bedarf zur Stärkung der OGK in den Bereichen der Kommunikation und der Bereitstellung von Informationen für Patient:innen/Klient:innen über verschiedene Medien liegt. Die Ergebnisse zeigten schließlich 3) eine signifikante Assoziation zwischen der persönlichen und organisationalen GK mit einer niedrigen Arbeitsfähigkeit und dem erhöhten Burnout-Risiko der befragten Leitungspersonen.

Anknüpfend an die bisherige Studienlage verwiesen die vorliegenden Ergebnisse darauf, dass die Häufigkeit der ausreichenden persönlichen GK bei den Leitungspersonen mit 77,1% deutlich höher ausfiel als in der Allgemeinbevölkerung, was aufgrund des beruflichen Hintergrunds der Befragten und der Corona-Pandemie auch zu erwarten war. In vergleichbaren Studien wiesen 69,9% junger Berufsanwärter:innen im Gesundheitssektor eine geringere persönlichen GK auf (Simon et al. 2022). Befragungsergebnisse von Fachkräften in der (ambulanten) Altenpflege verdeutlichten, dass fast 40,0% der befragten Pflegefachkräfte eine geringe persönliche GK angaben (Janson/Rathmann 2021).

Die im Rahmen des Projekts „EwiKo“ befragten Leitungspersonen schätzten das Ausmaß der OGK in ihrer Einrichtung mit 50,3% als unterdurchschnittlich ein. In einer vergleichbaren Untersuchung in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung wurde das Ausmaß der OGK ebenfalls von über der Hälfte der Leitungs- und Fachpersonen unterdurchschnittlich ausgeprägt eingeschätzt, mit den geringsten Werten des HLHO-10 im Bereich „Partizipative Entwicklung von Gesundheitsinformationen“ (Item 3) und „Einsatz individualisierter Gesundheitsinformationen“ (Item 4) (Rathmann et al. 2020). In einer Studie in Krankenhäusern in Italien gab die Mehrheit (65,0%) der befragten Leitungspersonen ein unterdurchschnittliches Ausmaß der OGK an (Bonaccorsi et al. 2020). Am häufigsten zeigte sich ein unterdurchschnittliches Ausmaß für den Bereich „Berücksichtigung von Gesundheitskompetenz in Maßnahmen des Qualitätsmanagements“ (Item 2 des HLHO-10) (Bonaccorsi et al. 2020).

In Hinblick auf die Zusammenhänge zwischen der persönlichen GK und gesundheitsbezogenen Indikatoren der befragten Leitungspersonen ließ sich festhalten, dass Befragte mit einer geringen persönlichen GK ein erhöhtes Risiko besitzen, eine schlechte physische und psychische Arbeitsfähigkeit sowie ein überdurchschnittliches Burnout-Risiko aufzuweisen im Vergleich zu Befragten mit einer ausreichenden persönlichen GK. Bisherige Studien haben gezeigt, dass das Gesundheitsfachpersonal hinsichtlich psychischer und physischer Gesundheitsprobleme als vulnerable Gruppe zu betrachten ist (Raspe et al. 2020; Zeike et al. 2023). Zudem wiesen Pflegekräfte in der ambulanten Pflege mit einer geringen persönlichen GK ein erhöhtes Risiko für häufigere Gedanken an einen Berufswechsel auf (Janson/Rathmann 2021; Raspe et al. 2020). Daher betrachten die Autor:innen die persönliche GK als persönliche Ressource, um arbeitsbedingte Belastungen zu bewältigen (Janson/Rathmann 2023).

Die Erkenntnisse aus dem Projekt „EwiKo“ liefern für Deutschland erste Aussagen dazu, dass sich die OGK durch den Aufbau eines gesundheitskompetenten Umfeldes positiv auf das Befinden der Gesundheitsfachpersonen auswirken kann. Bisherige Studien wiesen darauf hin, dass das OGK-Ausmaß nicht nur positiv mit Outcomes bei Patient:innen, sondern auch von Mitarbeitenden assoziiert ist (Gernert et al. 2022; Lindert et al. 2023). In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass eine gezielte Förderung der OGK im Gesamtkonzept der Einrichtung positive Assoziationen mit der Arbeitsfähigkeit und Gesundheit von Fachpersonen aufweist (Farmanova et al. 2018; Lindert et al. 2023; Rathmann et al. 2022).

## Fazit

Die Stärkung der OGK in Gesundheitseinrichtungen bringt Vorteile für die Einrichtungen, Mitarbeitenden und Patient:innen. Eine Hilfestellung für die Umsetzung von Maßnahmen zur Stärkung der OGK in Gesundheitseinrichtungen bieten u. a. Manuale und Methodensammlungen (Rathmann/László 2024a), wie sie auch im Projekt „EwiKo“ zur Anwendung kamen. Diese sog. Toolboxen zur Stärkung der OGK (für Gesundheitseinrichtungen: Rathmann et al. 2021a, für die Eingliederungshilfe: Rathmann et al. 2021b) stellen hand-

lungsfeldspezifische Praxis-Anleitungen, Handreichungen, Informationsmaterialien und Checklisten zur Stärkung der Gesundheitskompetenz bereit (siehe https://ewiko-gesundheitskompetenz.de/toolbox/). Die Toolboxen sowie weitere Materialien (u. a. Tool-Datenbank, Selbstchecks, Praxisleitfäden, Schritt-für-Schritt-Anleitung für die Praxis) aus dem Projekt „EwiKo" sind Onlineanlage 1 (https://t1p.de/mhx98) zu entnehmen.

Außerdem kann die Stärkung der OGK an bestehende Methoden der Organisationsentwicklung anknüpfen (Rathmann/László 2024a). Strukturen und Prozesse des Qualitätsmanagements oder des betrieblichen Gesundheitsmanagements sind nach Möglichkeit so zu gestalten, dass sie zur Entwicklung und Stärkung der persönlichen, professionellen und organisationalen GK beitragen (Rathmann/Münch 2023). Das Konzept der persönlichen und organisationalen GK sollte zudem Eingang in Schulungen und Weiterbildungen von Mitarbeitenden aus Erziehungs- und Bildungseinrichtungen finden, um a) deren eigene GK zu stärken und sie b) zur Vermittlung von Kompetenzen im Bereich Gesundheit und Gesundheitsinformationen – im Sinne eines Multiplikatoransatzes – bei weiteren Zielgruppen (z. B. in Aus-, Fort- und Weiterbildung) zu befähigen (Rathmann/László 2024a). <<

**Literatur**


Bonaccorsi, G./Romiti, A./Ierardi, F./Innocenti, M./Del Riccio, M./Frandi, S./Bachini, L./Zanobini, P./Gemmi, F./Lorini, C. (2020): Health-Literate Healthcare Organizations and Quality of Care in Hospitals: A Cross-Sectional Study Conducted in Tuscany. In: International Journal of Environmental Research and Public Health 17 (7). doi: 10.3390/ijerph17072508

Dietscher, C./Pelikan, J. M. (2023): Organisationale Gesundheitskompetenz messen. In: Rathmann, K./Dadaczynski, K./Okan, O./Messer, M. (Hrsg.): Gesundheitskompetenz. Berlin/Heidelberg, Springer: 1–12. doi: 10.1007/978-3-662-62800-3_20-1

Farmanova, E./Bonneville, L./Bouchard, L. (2018): Organizational Health Literacy: Review of Theories, Frameworks, Guides and Implementation Issues. In: Inquiry A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing 55: 1-17

Gernert, M./Stassen, G./Schaller, A. (2022): Association Between Health Literacy and Work Ability in Employees with Health-Related Risk Factors: A Structural Model. In: Frontiers in Public Health, 10. doi: 10.3389/fpubh.2022.804390

Janson, P./Rathmann, K. (2021): Berufliche Belastungen, psychische Beanspruchung und Gesundheitskompetenz bei Pflegekräften in der ambulanten Altenpflege: Eine quantitative Online-Befragung in ausgewählten bayerischen Großstädten. In: Prävention und Gesundheitsförderung, 16: 344–353

Janson, P./Rathmann, K. (2023): Gesundheitskompetenz bei Pflegekräften in der ambulanten Altenpflege. In: Rathmann, K./Dadaczynski, K./Okan, O./Messer, M. (Hrsg.): Gesundheitskompetenz. Berlin/Heidelberg, Springer: 1–10. doi: 10.1007/978-3-662-62800-3_129-1

Kaper, M. S./Sixsmith, J./Reijneveld, S. A./Winter, A. F. de (2021): Outcomes and Critical Factors for Successful Implementation of Organizational Health Literacy Interventions: A Scoping Review. In: International Journal of Environmental Research and Public Health, 18: 314-322

Larsen, A. K./Thygesen, L. C./Mortensen, O. S./Punnett, L./Jørgensen, M. B. (2019): The Effect of Strengthening Health Literacy in Nursing Homes on Employee Pain and Consequences of Pain - A Stepped-Wedge Intervention Trial. In: Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 45: 386–395

László, E./Spatzier, D./Rathmann, K. (2024): Entwicklung, Pretestung und Erprobung von Selbstbewertungsinstrumenten zur Erhebung der organisationalen Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung: Erfahrungen aus dem Krankenhaus, Einrichtungen der (Alten-)Pflege und Eingliederungshilfe im Projekt „EwiKo" in Deutschland. In: Prävention und Gesundheitsförderung. doi:10.1007/s11553-024-01136-w

Lindert, L./Choi, K. E. A./Pfaff, H./Zeike, S. (2023): Health Literacy at Work – Individual and Organizational Health Literacy, Health Supporting Leadership and Employee Wellbeing. In: BMC Health Services Research, 23: 736

Pelikan, J. M./Dietscher, C./Straßmayr, C. (2023): Organisationale Gesundheitskompetenz: Überblick. In: Rathmann, K./Dadaczynski, K./Okan, O./Messer, M. (Hrsg.): Gesundheitskompetenz. Berlin/Heidelberg, Springer: 1–17. doi:10.1007/978-3-662-62800-3_4-1

Raspe, M./Koch, P./Zilezinski, M./Schulte, K./Bitzinger, D./Gaiser, U./Hammerschmidt, A./Köhnlein, R./Puppe, J./Tress, F./Uden, T./Nienhaus, A. (2020): Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand junger Ärzte und professionell Pflegender in deutschen Krankenhäusern. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 63 (1): 113–121

Rathmann, K./Dadaczynski, K./Lutz, J./Richardt, A./Salewski, L./Vockert, T. (2021a): Toolbox zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (Version 1). Online verfügbar unter: https://ewiko-gesundheitskompetenz.de/medien/toolbox-gesundheitsversorgung.pdf (Letzter Zugriff: 26. April 2024)

Rathmann, K./Lutz, J./Richardt, A./Salewski, L./Vockert, T./Zelfl, L./Spatzier, D. (2021b): Toolbox zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Eingliederungshilfe in den Bereichen Wohnen und Arbeiten (Version 1). Online verfügbar unter: https://ewiko-gesundheitskompetenz.de/medien/toolbox-eingliederungshilfe.pdf (Letzter Zugriff: 26. April 2024)

Rathmann, K./László, E. (2024a): Gesundheitskompetenz. In: Hartung, S./Wihofszky, P. (Hrsg.): Gesundheit und Nachhaltigkeit. Berlin, Springer: doi:10.1007/978-3-662-64954-1_12-1

Rathmann, K./László, E. (2024b): Gesundheitskompetenz in und mit der Praxis entwickeln: Überblick über Tools zur Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz. Online verfügbar unter: https://fuldok.hs-fulda.de/opus4/frontdoor/index/index/docId/1032 (Letzter Zugriff: 26. April 2024)

Rathmann, K./László, E. (2024c): Übersicht über Definitionen der organisationalen Gesundheitskompetenz. Online verfügbar unter: https://fuldok.hs-fulda.de/opus4/frontdoor/index/index/docId/1033 (Letzter Zugriff: 26. April 2024)

Rathmann, K./László, E. (2024d): Übersicht über Instrumente zur Erfassung der organisationalen Gesundheitskompetenz. Online verfügbar unter: https://fuldok.hs-fulda.de/opus4/frontdoor/index/index/docId/1031 (Letzter Zugriff: 26. April 2024)

Rathmann, K./László, E. (2024e): Übersicht über Konzepte und Merkmale der organisationalen Gesundheitskompetenz. Online verfügbar unter: https://fuldok.hs-fulda.de/opus4/frontdoor/index/index/docId/1034 (Letzter Zugriff: 26. April 2024)

Rathmann, K./Lutz, J./Salewski, L./Dadaczynski, K./Spatzier, D. (2022): Tools zur Förderung der organisationalen Gesundheitskompetenz in Krankenhaus, Pflege und Eingliederungshilfe: Eine systematische Übersicht. In: Monitor Versorgungsforschung 01/22: 67–71.

Rathmann, K./Münch, I. (2023): Organisationale Gesundheitskompetenz und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen: Freund, Feind oder friedvolle Ko-Existenz? In: QUALITAS, 22: 30–31. https://doi.org/10.1007/s43831-023-0159-2

Rathmann, K./Vockert, T./Wetzel, L. D./Lutz, J./Dadaczynski, K. (2020): Organizational Health Literacy in Facilities for People with Disabilities: First Results of an Explorative Qualitative and Quantitative Study. In: International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(8): 2886

Schaeffer, D./Haarmann, A./Griese, L. (2023): Professionelle Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsprofessionen in Deutschland. Ergebnisse des HLS-PROF-GER (Juni 2023). Online verfügbar unter: https://t1p.de/jrvnp (Letzter Zugriff: 26. April 2024)

Simon, A./Ebinger, M./Holoch, E. (2022): Die Gesundheitskompetenz von angehenden Ärzt:innen, Pflegenden, Hebammen, Therapeut:innen und Gesundheitsmanager:innen in Deutschland – Explorative Pilotstudie. In: Gesundheitswesen 84 (11): 1039–1049

Working Group HPH & HLO (2019): International Self-Assessment Tool Organizational Health Literacy (Responsiveness) for Hospitals – SAT-OHL-Hos-v1.0-EN-international. Online verfügbar unter: https://t1p.de/6mpyf (Letzter Zugriff: 26. April 2024)

## Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

## Ethikvotum/Ethische Gesichtspunkte

Die Studie wurde in Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki durchgeführt. Die ethische Prüfung bzw. die Genehmigung der Studie erfolgte durch die Ethikkommission an der Hochschule Fulda (Genehmigungsnummern: Az.: 3.1.9.2 – kkm-; Genehmigungsdatum: 13.05.2020). Von allen an der Studie beteiligten Personen wurde eine Einverständniserklärung eingeholt.

## Danksagung

Dieser Beitrag ist im Rahmen des Projekts „Entwicklung der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (EwiKo)“ – ein Kooperationsprojekt der AOK PLUS und der Hochschule Fulda (Laufzeit: 01.01.2020–30.06.2023) – entstanden. Ein großer Dank geht an alle Mitarbeitenden des Projekts „EwiKo“, namentlich Judith Lutz, Lena Salewski, Theres Vockert, Lorena Denise Wetzel, Loriane Zelfl, die mit großem Engagement die Realisierung des Projekts ermöglicht haben.

## Addendum

Die Autor:innen stellen folgende Anhänge online zur Verfügung:
Anlage 1: https://t1p.de/mhx98
Anlage 2: https://t1p.de/12oek
Anlage 3: https://t1p.de/gzbby

## Zitationshinweis

Rathmann, K., László, E., Spatzier, D.: „Gesundheitskompetenz von Führungskräften der Gesundheitsversorgung. Unterschiede nach Einrichtungsart und Zusammenhang mit Arbeitsfähigkeit und Burnout-Risiko“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF 05/24), S. 63–70. http://doi.org/10.24945/MVF.05.24.1866-0533.2653

## Health literacy in health care: Differences by institution and correlation with work ability and burnout risk of healthcare leaders

The concept of organizational health literacy (OHL) is increasingly discussed in the professional context as a protective factor to promote work ability and improve the physical and mental health of healthcare professionals. The aim of this article is to present the results of a nationwide online survey of managers in the healthcare sector (hospitals, nursing facilities, and disability support services) on the relationship between personal health literacy (HL) and the extent of OHL, with outcomes related to work ability and health. 22.9% of the surveyed managers have low personal HL, while over half (50.3%) report below-average levels of OHL in their organization. Managers with low personal HL in their organization are at increased risk for poor physical (OR: 2.16, 95% CI: 1.33-3.51) and mental work ability (OR: 1.89, 95% CI: 1.25-2.86), as well as an increased risk of burnout (OR: 1.57, 95% CI: 1.05-2.35). The extent of OHL is significantly associated with physical (OR: 1.65, 95% CI: 1.05-2.60) and mental work ability (OR: 1.82, 95% CI: 1.25-2.67), as well as burnout risk (OR: 1.46, 95% CI: 1.05-2.03). The results highlight the added value of investing not only in personal but also organizational HL of managers to strengthen HL and (health-related) outcomes at the employee level.

## Keywords

Organizational health care, managers, mental health, physical health, inclusion support, care, hospital, disabilities

**Prof. Dr. phil. Katharina Rathmann** ORCID: 0000-0002-2892-1624



studierte Health Communication und Soziologie an der Universität Tübingen, der Universität Bielefeld und an der Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), Spanien und promovierte an der Berlin Graduate School of Social Sciences (BGSS) an der Humboldt-Universität zu Berlin. Sie ist Professorin für Sozialepidemiologie und Gesundheitsberichterstattung am Fachbereich Gesundheitswissenschaften an der Hochschule Fulda. Forschungsschwerpunkte sind: Versorgungs-, Gesundheitskompetenz- und Schulgesundheitsforschung. Kontakt: Katharina.Rathmann@gw.hs-fulda.de

**Emese László MSc PH** ORCID: 0009-0007-0226-3938



studierte Public Health im Fachbereich Gesundheitswissenschaften Hochschule Fulda und promoviert am Public Health Promotionszentrum an der Hochschule Fulda. Sie ist wissenschaftliche Mitarbeiterin. Sie ist wissenschaftlich Mitarbeiterin im Fachbereich Gesundheitswissenschaften an der Hochschulde Fulda, Forschungsschwerpunkt: Organisationale Gesundheitskompetenz in der Gesundheitsversorgung.
Kontakt: Emese.Laszlo@gw.hs-fulda.de

**Mag. Denis Spatzier** ORCID: 0009-0003-7509-9316



studierte Politik-, Kommunikations- und Medienwissenschaften sowie Geschichte an der Universität Leipzig. Nach dem Studium arbeitete er als Referent an der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. und als Koordinator der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. Er ist Fachberater für Gesundheitsförderung in Lebenswelten bei der AOK PLUS mit dem Schwerpunkt auf Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege.
Kontakt: Denis.Spatzier@plus.aok.de

**Monika Häring**
**Kate Plehhova MChem MSc**
**Prof. Dr. rer. med. Karel Kostev**

# Protonenpumpenhemmer (PPI) in Deutschland: Status Quo eines wachsenden Marktes

## Zusammenfassung

Das Verschreibungsvolumen von Protonenpumpeninhibitoren (PPI) ist nach wie vor hoch, obwohl in der Literatur zunehmend darauf hingewiesen wird, dass in Relation zu den Leitlinienempfehlungen eine übermäßige Verschreibung erfolgt. Über die Situation in Deutschland liegen keine sehr aktuellen Daten vor. Ziel dieser Studie war es, die tatsächliche Menge an verschriebenen und rezeptfreien PPIs in Deutschland zu ermitteln.

Basierend auf mehreren großen IQVIA-Datenbanken zeigen wir, dass zwischen November 2020 und Oktober 2021 insgesamt 2,87 Milliarden PPI-Tabletten verkauft wurden, wobei die meisten Wirkstoffe in den größten Packungen und Stärken verordnet wurden. Darüber hinaus nahm der rezeptfreie PPI-Markt in einem Zeitraum von drei Jahren durchschnittlich um 14% pro Jahr zu.

Die Ergebnisse dieser Studie lassen auf die beträchtliche Größe des PPI-Marktes in Deutschland aufgrund von Verschreibungen schließen sowie auf eine konsistente Zunahme der rezeptfreien PPI-Käufe und einen Anstieg der Verschreibungen in der jüngsten Zeit.

## Schlüsselwörter

Protonenpumpenhemmer, PPI, rezeptfrei, Verordnung

## Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.05.24.1866-0533.2654

Protonenpumpeninhibitoren/hemmer (PPIs) sind seit mehreren Jahrzehnten die führende Therapie für Erkrankungen des oberen Magen-Darm-Trakts, einschließlich gastroösophagealer Refluxkrankheit und Gastritis. Frühere Studien haben jedoch gezeigt, dass PPIs im ambulanten Bereich häufig ohne dafür vorgesehene Indikationen oder nicht leitliniengerecht über eine zu lange Zeit verordnet werden (1). In den letzten Jahren wurden Studien veröffentlicht, die auf positive Assoziationen zwischen langzeitiger Nutzung von PPI und Risiken für chronische Erkrankungen hingewiesen haben. In einer in China durchgeführten prospektiven Analyse mit 204.689 Teilnehmern wurde die regelmäßige Einnahme von PPIs mit einem höheren Risiko für Typ-2-Diabetes in Verbindung gebracht, und das Risiko stieg mit zunehmender Dauer der Einnahme (2). Die Ergebnisse einer anderen retrospektiven, bevölkerungsbasierten Kohortenstudie in Taiwan, an der 56.785 PPI-Nutzer und 56.785 Kontrollpersonen teilnahmen, deuteten darauf hin, dass die Einnahme von PPI mit dem Risiko der Entwicklung von Morbus Parkinson in Verbindung steht (3). Zhang et al. führten eine umfassende Literaturrecherche durch, in die sie sechs Studien mit insgesamt 166.146 Teilnehmern einschlossen. Die Autoren fanden einen signifikanten Zusammenhang zwischen der langzeitigen Einnahme von PPIs und dem Demenzrisiko in Europa bei Teilnehmern im Alter von ≥ 65 Jahren (4). Vor Kurzem haben Ahn et al. eine Real-World-Studie mit Leistungsdaten von 7.696.127 Personen im Alter von 40 Jahren oder älter in Deutschland konzipiert, die die Annahme stützt, dass die Einnahme von PPI mit einem erhöhten Demenzrisiko assoziiert ist (5).

>> In der Tat ist keine Rede von gefährlichen Nebenwirkungen oder beunruhigenden Assoziationen mit schweren Erkrankungen, wenn PPI leitliniengerecht und für eine definierte Zeit verordnet werden. Jede Studie kam zu dem Schluss, dass Ärzte bei der langfristigen Verschreibung von PPIs Vorsicht walten lassen (2-5). Der Schlüssel zur Abschwächung unerwünschter Wirkungen ist der rationale Einsatz von PPIs in der niedrigsten wirksamen Dosis und während einer möglichst kurzen Dauer.

Nun zeigt eine aktuelle Studie aus UK, dass das Verschreibungsvolumen von PPI nach wie vor hoch ist, obwohl in der Literatur zunehmend darauf hingewiesen wird, dass in Relation zu den Leitlinienempfehlungen (6) eine übermäßige Verschreibung erfolgt (7). Über die Situation in Deutschland liegen keine sehr aktuellen Daten vor. Ziel dieser Studie nun war es daher, die tatsächliche Menge an verschriebenen und rezeptfreien PPIs in Deutschland zu ermitteln.

## Methoden

Für diese retrospektive Studie wurden mehrere IQVIA-Datenbanken verwendet, die alle mit den gesetzlichen und privaten Krankenkassen in Deutschland abgerechneten Verordnungen sowie den rezeptfreien Verkauf (OTC) abbilden. Die Analysen wurden für den Zeitraum November 2020 bis Oktober 2021 bzw. teilweise November 2018 bis Oktober 2021 durchgeführt und waren deskriptiver Natur. Hauptsächlich wurden Daten aus IQVIA™ „PharmaScope National“ (PSN) sowie IQVIA „TM DPM“-Datenbanken („Der pharmazeutische Markt Deutschland“) erfasst.

IQVIA™ „PSN“-Daten umfassen die Arzneimittelabgaben der Apotheken für den GKV-Markt, Privatrezepte und Barverkäufe auf Basis der Abgaben der öffentlichen Apotheken. Datenbasis für den GKV-Markt sind von den Apothekenrechenzentren getätigte GKV-Abrechnungen. Der Anteil der Privatrezepte und Abgaben ohne Rezept werden auf Basis einer Stichprobe von rund 6.500 Apotheken erhoben. Marktinformationen zum Versandhandel umfassten die Einkäufe der deutschen Verbraucher bei Onlineapotheken. Dazu bildet ein Versandhandelspanel die Grundlage, die um eine Projektion ergänzt wird.

IMS™ „DPM“ liefert Informationen über das Einkaufsverhalten öffentlicher Apotheken in Deutschland. Grundlage der Erhebung ist eine Vollerhebung beim Großhandel, ergänzt um eine Projektion der Direktverkäufe der pharmazeutischen Hersteller an die Apotheken. Es handelt sich um eine Großhandelsvollerhebung und repräsentative Apothekenstichprobe.

## Ergebnisse

Im einjährigen Untersuchungszeitraum wurden 2,87 Milliarden PPI-Tabletten verkauft, davon 97% im Rahmen von Verschrei-

bungen. Auf Pantoprazol und Omeprazol zusammen entfielen 92% der verschreibungspflichtigen PPIs und 98% der rezeptfreien Abgaben (Abb. 1).

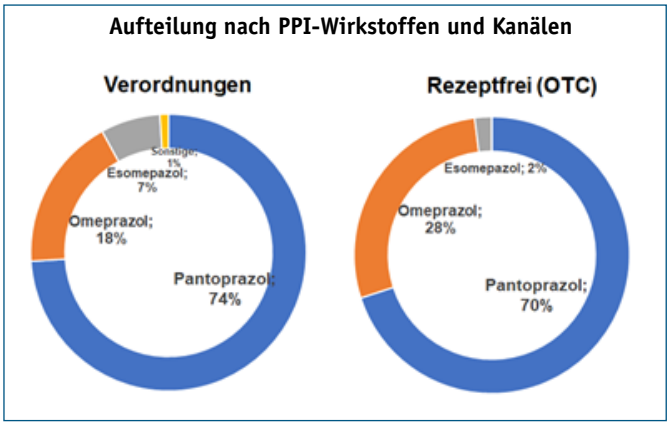



***Abb. 1:*** *Aufteilung nach PPI-Wirkstoffen und Kanälen: Verordnungen gegenüber rezeptfreien Abgaben (OTC). Quelle: eigene Darstellung.*

Die meisten Wirkstoffe wurden in den größten Packungsgrößen von mehr als 90 Tabletten (z. B. 83% der Pantoprazol-Tabletten) verkauft (Abbildung 2). Darüber hinaus wurden 57% der Pantoprazol-Packungen und 31% der Omeprazol-Packungen in der höchsten Stärke von 40 mg verkauft, die einer doppelten DDD (definierter Tagesdosis) entspricht.

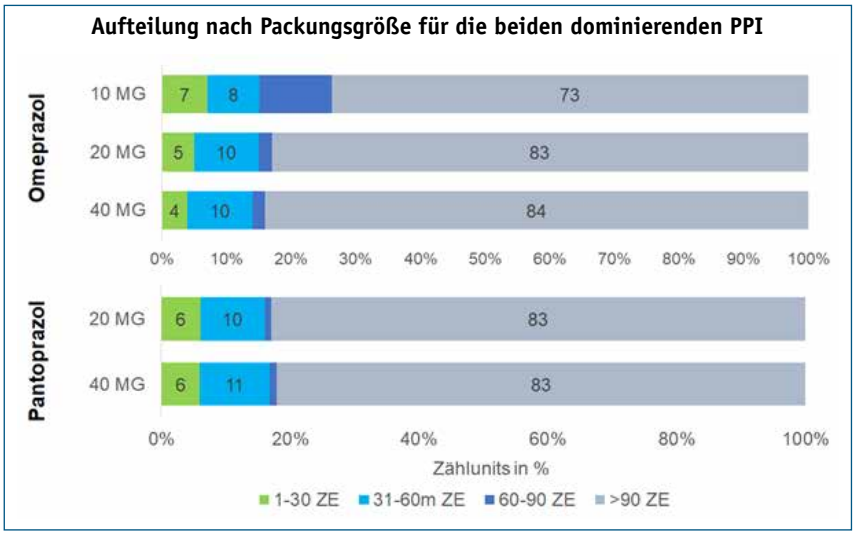



***Abb. 2:*** *Aufteilung nach Packungsgröße für die beiden dominierenden PPI: Pantoprazol und Omeprazol. Quelle: eigene Darstellung.*

Mehr als 93% der PPI-Verschreibungen erfolgen von niedergelassenen Ärzten, vor allem von Allgemeinmedizinern. Der Verschreibungsmarkt ist sehr breit gefächert – 94% der Allgemeinmediziner verschreiben PPI mit einem geringen Konzentrationsniveau; 48% der Allgemeinmediziner stellen 80% der Verschreibungen aus. Dennoch gibt es auch Vielverordner, da ca. 20% der Ärzte ca. 45% der Gesamtverordnungen ausstellen (Abb. 3).

95 Millionen PPI-Tabletten wurden rezeptfrei verkauft; 96% des rezeptfreien PPI-Marktes entfielen auf Selbstmedikation.

Der deutsche rezeptfreie Markt (OTC) für PPI nahm in einem Zeitraum von drei Jahren durchschnittlich um 14% pro Jahr zu (+11% von 2019 auf 2020 und +16% von 2020 auf 2021, Abbildung 4). Obwohl der Verschreibungsmarkt auf hohem Niveau stagnierte (+0,3% pro Jahr über vier Jahre bis 2018), war im Jahr 2019 ein Rückgang zu verzeichnen (-1,6%), der sich schließlich zu einem Wachstum von 2,0% im Jahr 2020 umkehrte. Größere Packungen erwiesen sich im Laufe der Zeit als stabiler und sind der jüngste Wachstumstreiber bei der Erstattung im Verschreibungsmarkt von PPI.

## Diskussion

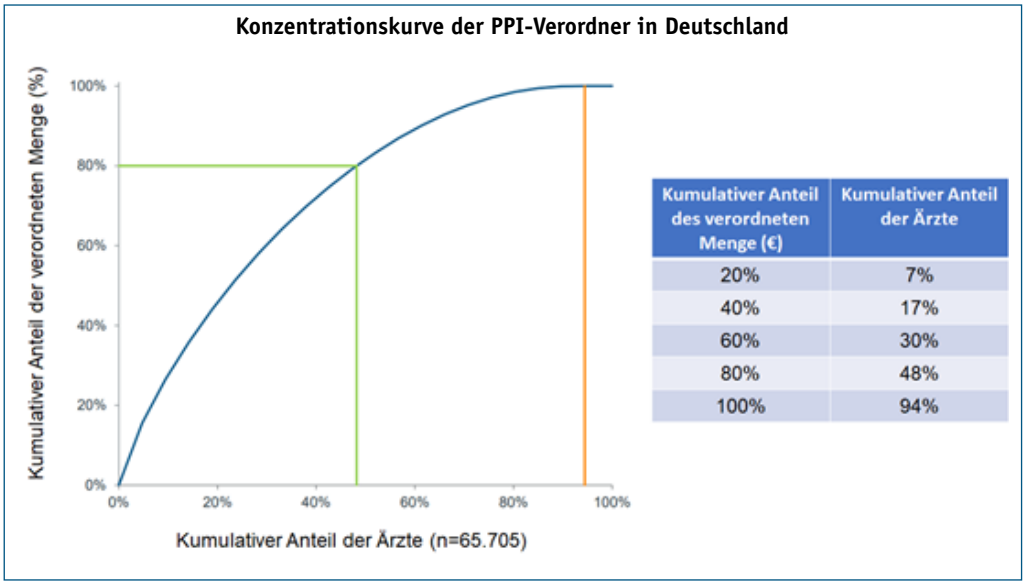
Diese Studie zeigt die Größe und das zuletzt starke Wachstum des PPI-Marktes in Deutschland. Darüber hinaus ist es seit einigen Jahren möglich, PPI-Präparate ohne Rezept in der Apotheke zu erwerben, sodass deren Verbrauch nicht durch Ärzte kontrolliert werden kann. Auf der einen Seite stellen PPIs eine wichtige Therapie bei zahlreichen gastrointestinalen Erkrankungen dar, andererseits wurde gezeigt, dass eine unnötig lange PPI-Therapie mit schweren chronischen Erkrankungen assoziiert sein kann, auch wenn kein kausaler Zusammenhang belegt wurde. Unsere Ergebnisse deuten auf eine massive Überversorgung der Patienten mit PPIs in Deutschland hin.

Jedoch handelt es sich nicht um ein rein deutsches Phänomen. Neben der Studie aus UK (7) soll auf eine Übersichtsarbeit über übermäßigen Medikamentenverbrauch in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen hingewiesen werden. Deren Autoren schlossen 367 Studien ein, die über 5,1 Millionen Verschreibungen in 80 Ländern berichteten. Zu den am häufigsten überbeanspruchten Medikamentenklassen gehörten Antibiotika, Psychopharmaka, PPIs und Antihypertensiva. Die wichtigsten Gründe dafür waren ein begrenztes Wissen über die Nebenwirkungen, Polypharmazie, schlechte Regulierung und finanzielle Einflüsse. Über Überversorgung mit PPIs wurde in 53 Studien berichtet (10).

Die häufigsten Erkrankungen, bei denen PPIs verordnet werden, sind gastroösophageale Refluxkrankheit, Dyspepsie und Eradikation von Helicobacter pylori. Im Falle der Eradikation von Helicobacter pylori erfolgt in der Regel eine Kombinationstherapie mit Antibiotika, die Helicobacter pylori abtöten soll (8).

Jedoch ist das sofortige Absetzen der PPIs nicht immer sinnvoll. Es wird empfohlen, vor dem Absetzen der PPIs mit einer schrittweisen Dosisreduzierung zu beginnen und zu erwartende Durchbruchsymptome bei einer nach Absetzen assoziierten Säurehypersekretion mithilfe eines Alginatpräparates zu behandeln (11). Dieses schrittweise Vorgehen kann die Angst der Patienten vor einer Rückkehr der Symptome zerstreuen und das Vertrauen der Patienten in den Absetzprozess gewinnen (6).

Del-Pino & Sanz führten eine narrative Übersichtsarbeit durch, um Strategien zur Absetzung von PPI zu bewerten, die ausschließlich oder in Zusammenarbeit mit der Primärversorgung durchge-




| Kumulativer Anteil des verordneten Menge (€) | Kumulativer Anteil der Ärzte |
|---|---|
| 20% | 7% |
| 40% | 17% |
| 60% | 30% |
| 80% | 48% |
| 100% | 94% |

***Abb. 3:*** *Konzentrationskurve der PPI-Verordner in Deutschland. Quelle: eigene Darstellung.*

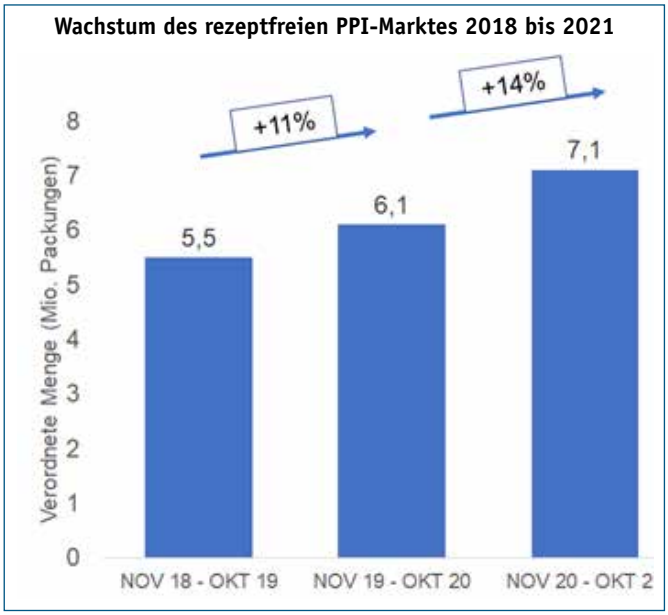



***Abb. 4:*** *Wachstum des rezeptfreien PPI-Marktes in Deutschland im Zeitraum November 2018-Oktober 2021. Quelle: Eigene Darstellung.*

führt wurden, und um Faktoren zu ermitteln, die den Erfolg dieser Strategien beeinflussen könnten. Sie schlussfolgern, dass die Klarheit und Einfachheit der Deeskalationsprotokolle, in denen die Patienten, über die im Falle des Wiederauftretens von Symptomen zu ergreifenden Maßnahmen unterrichtet wurden, sowie die Schulung der für die Deeskalation zuständigen Ärzte die zwei wichtigsten Faktoren waren (9).

Unsere Studie ist eine der ersten in Deutschland, die wichtige Marktforschungsanalysen über den PPI-Verbrauch in ihrem klinischen Kontext betrachtet.

Die Nutzung der Datenbanken mit teilweiser Vollabdeckung der Apothekenrechenzentren bzw. des Großhandels mit der gleichzeitigen Analyse der Verordnungen und OTC-Abgaben sowie der Ärzte stellen die wichtigsten Stärken dieser Studien dar.

Gleichzeitig besitzt die Studie auch einige Limitationen, wie z. B. das Fehlen von hypothesentestenden statistischen Verfahren und die fehlende Information über Diagnosen und damit die Möglichkeit, zwischen notwendiger und nicht notwendiger PPI-Therapie zu unterschieden.

Zusammenfassend lassen die Ergebnisse dieser Studie auf die beträchtliche Größe des PPI-Marktes in Deutschland (aufgrund von Verschreibungen) sowie auf eine gleichzeitige Zunahme der rezeptfreien PPI-Käufe und einen Anstieg der Verschreibungen in der jüngsten Zeit schließen. Weitere Studien sind notwendig, jedoch ist es noch wichtiger, Maßnahmen zur Regulierung der Überversorgung der Patienten mit PPIs heranzuziehen. <<

## Literatur


1. Heidelbaugh JJ, Kim AH, Chang R, Walker PC. Overutilization of proton-pump inhibitors: what the clinician needs to know. Therap Adv Gastroenterol. 2012 Jul;5(4):219-32
2. Yuan J, He Q, Nguyen LH, Wong MCS, Huang J, Yu Y, Xia B, Tang Y, He Y, Zhang C. Regular use of proton pump inhibitors and risk of type 2 diabetes: results from three prospective cohort studies. Gut. 2021 Jun;70(6):1070-1077
3. Chen HL, Lei WY, Wang JH, Bair MJ, Chen CL. Proton pump inhibitor use and the risk for Parkinson's disease: A nationwide population-based study in Taiwan. Medicine (Baltimore). 2023 May 12;102(19):e33711
4. Zhang Y, Liang M, Sun C, Song EJ, Cheng C, Shi T, Min M, Sun Y. Proton pump inhibitors use and dementia risk: a meta-analysis of cohort studies. Eur J Clin Pharmacol. 2020 Feb;76(2):139-147
5. Ahn N, Wawro N, Baumeister SE, Nolde M, Gerlach R, Tauscher M, Günter A, Güntner F, Rückert-Eheberg IM, Meisinger C, Linseisen J. Time-Varying Use of Proton Pump Inhibitors and Cognitive Impairment and Dementia: A Real-World Analysis from Germany. Drugs Aging. 2023 May 13. doi: 10.1007/s40266-023-01031-7
6. Targownik LE, Fisher DA, Saini SD. AGA Clinical Practice Update on De-Prescribing of Proton Pump Inhibitors: Expert Review. Gastroenterology. 2022 Apr;162(4):1334-1342
7. Abrahami D, McDonald EG, Schnitzer M, Azoulay L. Trends in acid suppressant drug prescriptions in primary care in the UK: a population-based cross-sectional study. BMJ Open. 2020 Dec 7;10(12):e041529
8. Suzuki H, Nishizawa T, Hibi T. Helicobacter pylori eradication therapy. Future Microbiol. 2010 Apr;5(4):639-48
9. Del-Pino M, Sanz EJ. Analysis of deprescription strategies of proton pump inhibitors in primary care: a narrative review. Prim Health Care Res Dev. 2023 Feb 15;24:e14
10. Albarqouni L, Palagama S, Chai J, Sivananthajothy P, Pathirana T, Bakhit M, Arab-Zozani M, Ranakusuma R, Cardona M, Scott A, Clark J, Smith CF, Effa E, Ochodo E, Moynihan R; & the Overdiagnosis and Overuse of Healthcare Services in LMICs Network. Overuse of medications in low- and middle-income countries: a scoping review. Bull World Health Organ. 2023 Jan 1;101(1):36-61D
11. S2k-Leitlinie Gastroösophageale Refluxkrankheit und eosinophile Ösophagitis der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) März 2023 – AWMF-Registernummer: 021 – 013; www.dgvs.de/wp-content/uploads/2023/03/LL-Reflux_Leitlinie_final_13.03.23.pdf


## Proton pump inhibitors (PPI) in Germany: status quo of a growing market


The volume of prescriptions for proton pump inhibitors (PPIs) remains high, although the literature increasingly points to excessive prescribing in relation to guideline recommendations. No very recent data are available on the situation in Germany. The aim of this study was to determine the actual amount of prescribed and over-the-counter PPIs in Germany. Based on several large IQVIA databases, we show that a total of 2.87 billion PPI tablets were sold between November 2020 and October 2021, with most drugs prescribed in the largest packages and strengths. In addition, the over-the-counter PPI market increased by an average of 14% per year over a three-year period. The results of this study suggest the substantial size of the PPI market in Germany based on prescriptions, as well as a consistent increase in over-the-counter PPI purchases and a recent increase in prescriptions.



### Keywords

proton pump inhibitors, PPI, over the counter, prescription


## Autorenerklärung

Kate Plehhova und Monika Häring sind Mitarbeiterinnen der Firma Reckitt Benckiser. Die Aufbereitung der Daten und die Analyse erfolgte durch die Firma IQVIA im Auftrag von Reckitt Benckiser. Karel Kostev war für die Interpretation der Daten und die Manuskripterstellung zuständig.

## Zitationshinweis


Häring, M., Plehhova, K., Kostev, K.: „Protonenpumpenhemmer (PPI) in Deutschland: Status quo eines wachsenden Marktes“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF 05/24), S. 71–74. http://doi.org/10.24945/MVF.05.24.1866-0533.2654



**Monika Häring** ORCID: 0009-0007-9114-3363



ist Medical Affairs Lead bei Reckitt Benckiser in Heidelberg. Sie hat einen Abschluss der Rheinischen Akademie in Köln und einen Forschungshintergrund mit Schwerpunkt neuronale Embryonalforschung aus USA. Sie hat Erfahrung aus über 20 Jahren Pharmaindustrie mit Stationen der klinischen Forschung und HTA im Bereich der AMNOG-Einführung in Deutschland. Ihr Schwerpunkt heute liegt auf den Indikationen Schmerz, oberer Atemwegsinfekte sowie gastroenterologische Erkrankungen des oberen und unteren GI-Traktes in der DACH-Region. Kontakt: Monika.Haering@reckitt.com

**Kate Plehhova MChem MSc** ORCID: 0000-0001-6384-8605



ist Global Medical Affairs Lead für Gastroenterologie bei Reckitt und verfügt über langjährige Erfahrung in der pharmazeutischen Industrie in den Bereichen Forschung & Entwicklung, Regulatory Affairs und Medical Affairs. Sie hat einen Masterabschluss in pharmazeutischer Chemie von der University of Leicester und einen MSc in klinischer Forschung von der Cardiff University. Ihr Arbeitsschwerpunkt ist die Erforschung und Entwicklung von Ansätzen für ein angemessenes Refluxmanagement, insbesondere in der Primär- und Sekundärversorgung. Kontakt: Kate.Plehhova@reckitt.com

**Prof. Dr. rer. med. Karel Kostev** ORCID: 0000-0002-2124-7227



ist Senior Scientific Principal bei IQVIA in Frankfurt. Er hat Soziologie und Statistik studiert, in Medizin promoviert und habilitiert. Er lehrt epidemiologische und medizinische Fächer an der Universität Marburg. Sein Arbeitsschwerpunkt ist die Versorgungsforschung im Bereich der chronischen Erkrankungen.
Kontakt: Karel.Kostev@iqvia.com

Dr. phil. Daniela Rojatz
Lydia Fenz MSc
Sandra Ecker MSc

# Social Prescribing in der Primärversorgung: Eckpunkte eines Idealmodells für Österreich

Social Prescribing beschreibt einen innovativen Ansatz, der darauf ausgerichtet ist, Gesundheit und Wohlbefinden von Patient:innen zu verbessern, indem nach einer Beratung durch eine Fachkraft mit Link-Working-Funktion Patient:innen an Angebote außerhalb des medizinisch-therapeutisch-pflegerischen Angebotsspektrums weitervermittelt werden. Schätzungen aus England zufolge erfolgen 20 Prozent der Konsultationen in der Primärversorgung aufgrund gesundheitsrelevanter, psychosozialer und emotionaler, aber nicht medizinischer Anliegen (Polley et al. 2017). Das österreichische Modell von Social Prescribing setzt daher auch in der Primärversorgung als erste Anlaufstelle für gesundheitliche Probleme an. Mit der zunehmenden Bekanntheit des Ansatzes in Österreich steigt der Bedarf an einem gemeinsamen Verständnis über Ziele, Zielgruppen und zentrale Elemente von Social Prescribing. Entsprechend wurde in den Jahren 2022 und 2023 an Eckpunkten für ein Idealmodell für Österreich gearbeitet. Der vorliegende Artikel ist eine gekürzte Fassung der Publikation „Social Prescribing Entwurf eines Idealmodells für Österreich“ (Rojatz et al. 2023a) und soll Leser:innen über die wichtigsten Inhalte informieren.

>> Die Entwicklung des Idealmodels basiert auf:

- einer Literaturrecherche zu Social Prescribing (Umsetzungserfahrung, Modelle, Evidenz),
- Eindrücken aus internationalen Vernetzungstreffen im Rahmen von EuroHealthNet und der International Social Prescribing Collaborative,
- Umsetzungserfahrungen von Social Prescribing in 24 Einrichtungen der Primärversorgung (Primärversorgungseinheiten, Einzel- und Gruppenpraxen, pädiatrische Einrichtungen, Einrichtungen für nicht versicherte Personen), der externen Evaluation des Fördercalls Social Prescribing in der Primärversorgung (Schachner et al. 2021) und der Auswertung der Dokumentation der Link-Working-Beratungen (Antosik et al. 2021).

Darüber hinaus wurden Entwürfe des Idealmodells mit der projektbezogenen Steuerungsgruppe (besetzt mit Vertretungen des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, der Sozialversicherungsträger, der Länder-Vertreter und der Armutskonferenz) und dem Soundingboard (besetzt mit Fachgesellschaften der Gesundheitsberufe, Dachorganisationen der Anbieter und (potenziellen) Nutzer:innen von Social Prescribing wie Selbsthilfeorganisationen oder Armutskonferenz) im Rahmen von quartalsweise stattfindenden Sitzungen besprochen und weiter verfeinert.

Das Idealmodell versteht sich als erste abgestimmte Grundlage auf dem Weg zu einem gemeinsamen Verständnis der zentralen Funktionen und Eckpunkte von Social Prescribing. Regionale Anpassungen an die jeweiligen Gegebenheiten sind möglich.

## Zusammenfassung

Social Prescribing gilt als innovativer Ansatz, um gesundheitsrelevante psychosoziale und emotionale Anliegen systematisch zu adressieren. Um ein gemeinsames Verständnis von Social Prescribing in der österreichischen Primärversorgung zu unterstützen, wurden Eckpunkte eines Idealmodells Social Prescribing entwickelt.

Social Prescribing steht grundsätzlich allen Personen offen und adressiert insbesondere Menschen in belastenden Lebenssituationen. Kernelemente sind Sensibilisierung der Mitarbeiter:innen der Gesundheitseinrichtungen sowie der Patientinnen und Patienten für gesundheitsrelevante psychosoziale und emotionale Bedarfe, Link-Working-Beratungen, Netzwerkmanagement und einrichtungsbezogene und überregionale Qualitätssicherung.

Social Prescribing verkörpert alle Elemente eines umfassenden Primary-Health-Care-Ansatzes. Zur Realisierung des gesamten Potentials von Social Prescribing bedarf es einer guten Abstimmung mit verwandten bevölkerungsorientierten Programmen, wie Frühe Hilfen und Community Nursing.

## Schlüsselwörter

Primärversorgung, Gesundheitsdeterminanten, Social Prescribing, Chancengerechtigkeit

## Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.05.24.1866-0533.2643

## Inhalte des Idealmodells

Das Idealmodell adressiert Definition, Ziele, Zielgruppen, handlungsleitende Grundsätze und Kernelemente von Social Prescribing sowie den Bedarf an nationaler Koordination.

**Definition**

Abgeleitet aus der international akkordierten Definition (Muhl et al. 2022) wird Social Prescribing wie folgt definiert:

*„Social Prescribing ist ein Interventionsansatz, bei dem die in der Primärversorgung tätigen Berufsgruppen darauf sensibilisiert sind, gesundheitsrelevante psychosoziale und emotionale Bedürfnisse (z. B. Probleme in Bezug auf Wohnung, Beschäftigung, Einkommen, soziale und emotionale Unterstützung, Einsamkeit) bei Menschen zu erkennen. Menschen, bei denen entsprechende Bedarfe erkannt werden, die über medizinisch-therapeutisch-pflegerische Leistungen hinausgehen, werden an eine sogenannte Fachkraft mit Link-Working-Funktion „vermittelt“. Diese spezialisierte Fachkraft hat eine Vermittlungsfunktion und identifiziert in der Folge in Abstimmung mit der jeweiligen Person gesundheitsrelevante psychosoziale und emotionale Bedürfnisse und daraus folgend Maßnahmen und Aktivitäten zur Verbesserung ihres Wohlbefindens und vermittelt diese dorthin. […]“*

(Rojatz et al. 2023a; angelehnt an Haas et al. 2019; Muhl et al. 2022; Polley et al. 2017).

**Ziele von Social Prescribing**

Die Ziele von Social Prescribing adressieren die Mikro-, Meso- und Makroebene:

Gesellschaftlich soll durch die Implementierung von Social Prescribing ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis und eine Orientierung an bestehenden Ressourcen (soziale Netzwerke, Hobbys, …) von Menschen und das Zusammenwirken von Gesundheits-, Sozialbereich und Zivilgesellschaft gestärkt, die Navigation der Bevölkerung im Gesundheits-, Sozialsystem und im kommunalen Bereich unterstützt und ein Beitrag zur Stärkung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit und Förderung sozialer Teilhabe von Patient:innen geleistet werden. Mittelfristig soll Social Prescribing zu einer Entlastung der Versorgungsstrukturen und der Gesundheitsberufe in der Primärversorgung beitragen.

Social Prescribing zielt weiter darauf ab, das subjektive Wohlbefinden und die Gesundheitskompetenz von Menschen zu stärken sowie die Fähigkeit von Patient:innen, für ihre Gesundheit einzustehen und sich aktiv an ihrer Gesundheitsversorgung zu beteiligen.

**Zielgruppen**

Alle Menschen können im Lebensverlauf in belastende Lebenslagen kommen, entsprechend wird ein holistischer Ansatz verfolgt: Social Prescribing ist offen für alle Personen/Zielgruppen. Es gibt aber Personengruppen mit priorisiertem Bedarf. Dies sind insbesondere Menschen mit Unterstützungsbedarf hinsichtlich

- unspezifischer Bedürfnisse außerhalb des medizinisch-therapeutisch-pflegerischen Leistungsspektrums, wie gesundheitsbezogene psychosoziale und emotionale Bedürfnisse,
- sozialer Kontakte, wie z. B. soziale Isolation, Einsamkeit, und
- belastender Lebenssituationen, wie z. B. multiple Erkrankungen, pflegende Angehörige.

Häufig haben die Menschen mit Bedarf an Social Prescribing multiple Problemlagen mit mehreren unterschiedlichen, nicht adressierten Bedürfnissen.

**Kernelemente**

Vier Kernelemente von Social Prescribing wurden herausgearbeitet:

**1** **Sensibilisierung:** insbesondere der Mitarbeiter:innen der Gesundheitseinrichtung in der Primärversorgung für gesundheitsrelevante psychosoziale und emotionale Anliegen, aber auch von Patient:innen und Kooperationspartner:innen in der Region über das Angebot Social Prescribing.

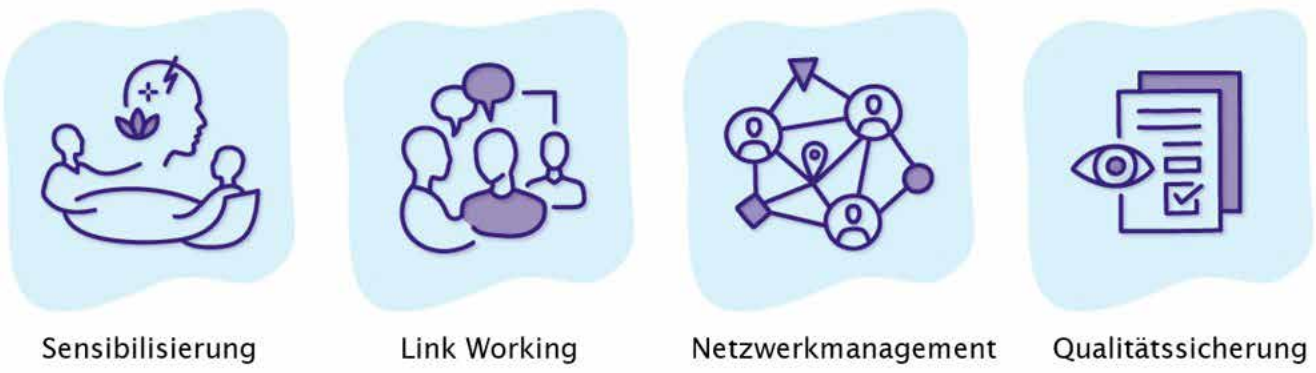
**2** **Link-Working-Beratungen:** dienen dazu, gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten Bedarfe und Ressourcen herauszuarbeiten und – wo passend – an adäquate Angebote außerhalb des medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Angebotsspektrums zur Stärkung der Ressourcen der Patientin/des Patienten weiterzuvermitteln. Die Umsetzung kann unterschiedliche Formen annehmen:

1) die Link-Working-Beratung findet innerhalb der Gesundheitseinrichtung statt
2) die Link-Working-Beratung findet innerhalb der Gesundheitseinrichtung statt, ergänzend gibt es eine dislozierte Struktur (z. B. Gesundheitsbüro), wo ebenfalls Link-Working-Beratungen stattfinden
3) Bedarf an der Link-Working-Beratung wird in der Gesundheitseinrichtung erkannt und die Person wird an eine externe Einrichtung für die Link-Working-Beratung vermittelt. Dies bietet sich insbesondere bei Einzelordinationen an, wo keine Fachkraft mit Link-Working-Funktion in der Einrichtung verfügbar ist

Die Link-Working-Beratung mit einem Verständnis von Link Working als Methode, derer sich verschiedene Berufsgruppen bedienen können, kann entsprechend von Angehörigen der unterschiedlichen Gesundheits-/Sozialberufe wahrgenommen werden, wie z. B. Sozialarbeiter:in, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson, Diätolog:in, Ergo-/Physiotherapeut:in). Link-Working-Beratungen gehen über die Weitergabe von „Visitenkarten" bzw. Information zu den identifizierten Angeboten hinaus.

**3** **Netzwerkmanagement:** beinhaltet die Recherche bzw. Kenntnis der verfügbaren regionalen Angebote außerhalb des medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Angebotsspektrums, an welche Patientinnen und Patienten bei Bedarf weitervermittelt werden können, sowie die notwendige Pflege des sich daraus erge-

**Überblick über Kernelemente von Social Prescribing**




Grafiken von Mariella Drechsler

***Abb. 1:*** *Überblick über Kernelemente von Social Prescribing. Quelle: Rojatz et al. (2023a).*

benden Netzwerks durch regelmäßigen Kontakt mit den jeweiligen Kooperationspartner:innen der Angebote und Vernetzung untereinander.

**4** **Qualitätssicherung:** mit Fokus auf Organisations-/Personalentwicklung auf Ebene der Gesundheitseinrichtung sowie überregionale Begleitung. In der Gesundheitseinrichtung gilt es, einen für die Organisation passenden Social-Prescribing-Prozess inklusive Anforderungen an die Dokumentation zu etablieren und ein klares Anforderungsprofil für die Fachkraft mit Link-Working-Funktion zu definieren. Für die Fachkraft mit Link-Working-Funktion ist ein Angebot für Supervision vorzusehen. Darüber hinaus gilt es, die Qualität der Kooperationsangebote (sofern es sich nicht schon um geprüfte bzw. öffentlich finanzierte Angebote handelt) einzuschätzen. Auf überregionaler Ebene sind Vernetzungsmöglichkeiten der umsetzenden Einrichtungen und der Fachkräfte mit Link-Working-Funktion sowie Schulungsangebote und Öffentlichkeitsarbeit vorzusehen.

**Prozessablauf Social Prescribing in einer Gesundheitseinrichtung**

Zur Veranschaulichung der Umsetzung wird der Social-Prescribing-Prozess innerhalb einer Gesundheitseinrichtung skizziert (vgl. Abb. 1).

Ein:e Patient:in kommt in die Gesundheitseinrichtung (unter Umständen kann der Bedarf auch im Rahmen von Hausbesuchen erkannt werden) und ein:e Mitarbeiter:in der Gesundheitseinrichtung erkennt den potenziellen Bedarf an Social Prescribing. Je nach Vertrauensverhältnis zur Person und Möglichkeit spricht der/die Mitarbeiter:in auf das Angebot an oder informiert die Ärztin/den Arzt bzw. einen anderen Gesundheitsberuf, damit diese:r die Person auf das Angebot anspricht. Die Terminvereinbarung mit der Fachkraft mit Link-Working-Funktion kann erfolgen, indem

- direkt zur Fachkraft mit Link-Working-Funktion vermittelt wird bzw. diese einem Folgetermin beiwohnt,
- ein Termin vereinbart wird oder
- die Fachkraft mit Link-Working-Funktion Kontakt für die Terminvereinbarung mit der Person aufnimmt.

Im Anschluss an die Terminvereinbarung/die Kontaktaufnahme mit der/durch die Fachkraft mit Link-Working-Funktion erfolgen bis zu sechs Beratungstermine (in Ausnahmefällen auch mehr). In diesen wird gegenseitiges Vertrauen aufgebaut, Bedarfe und Ressourcen der Person herausgearbeitet und anschließend, wo passend, an regionale Angebote weitervermittelt. Erfahrungen aus bisheriger Umsetzung zeigen, dass das Entlastungsgespräch und die Beratung ausreichen können, um Ressourcen einer Person zu aktivieren, sodass keine Weitervermittlung an regionale Angebote erforderlich ist.

Nach der Weitervermittlung an ein Angebot außerhalb des medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Spektrums erfolgt (idealtypisch) ein kurzes Gespräch, inwieweit das Angebot angenommen wurde und um ggf. weitere Unterstützung (Auswahl eines neuen Angebots, Überwindung von Zugangshürden zu Angeboten) anzu-

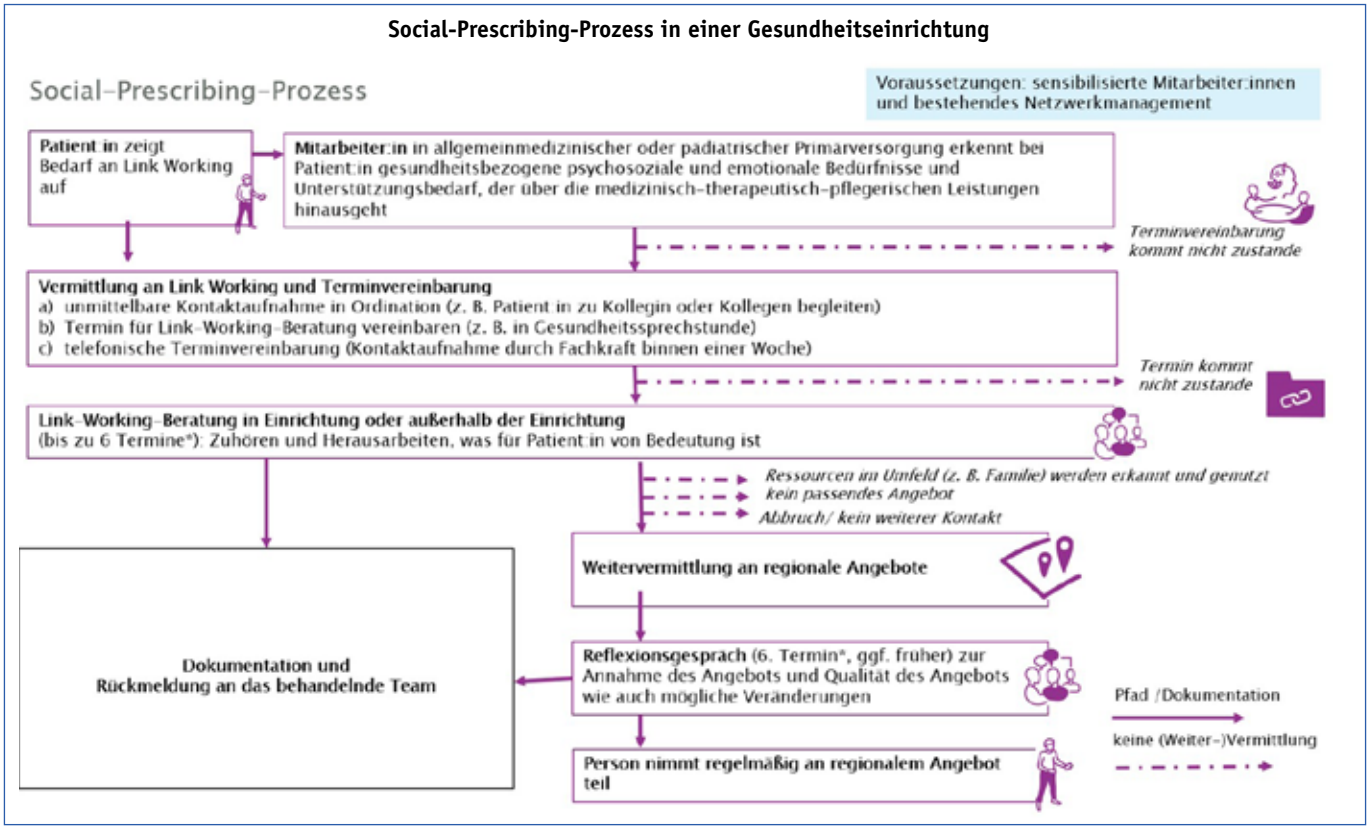



***Abb. 1:*** *Social-Prescribing-Prozess in einer Gesundheitseinrichtung. Quelle: Rojatz et al. (2023a).*

bieten. Die Information über die Annahme des regionalen Angebots wird auch an das betreuende Team weitergeleitet, um es im weiteren Behandlungs-/Betreuungsprozess mitberücksichtigen zu können und um den Mehrwert der Vermittlung an die Fachkraft mit Link-Working-Funktion aufzuzeigen.

## Ausblick

Social Prescribing agiert an der Nahtstelle von Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung/Prävention. Es verkörpert alle Aspekte von Primary-Health-Care und wurde auch als zentraler Eckpunkt einer an Gesundheit orientierten Primärversorgung definiert (Rojatz et al. 2021b).

Social Prescribing steht nicht für sich allein, sondern ist Teil vielfältiger Ansätze und Programme zur Verbesserung von Navigation, Gesundheitskompetenz, gesundheitlicher Chancengerechtigkeit und sozialer Teilhabe. Ergänzend zum Idealmodell Social Prescribing (Rojatz et al. 2023a) wurde ein Factsheet herausgegeben, welches den Synergiepotenzialen von Frühen Hilfen, Community Nursing und Social Prescribing nachgeht (Rojatz et al. 2023b). <<

## Literatur

Antosik, Jennifer; Rojatz, Daniela; Ecker, Sandra; Weitzer, Jakob (2021): Social Prescribing. Auswertung Bedarfs- und Vermittlungsdoku. Gesundheit Österreich, Wien

Haas, Sabine; Bobek, Julia; Braunegger-Kallinger, Gudrun; Ladurner, Joy; Winkler, Petra; Antosik, Jennifer; Bengough, Theresa (2019): Factsheet Social Prescribing. Gesundheit Österreich, Wien

Muhl, Caitlin; Mulligan, Kate; Bayoumi, Imaan; Ashcroft, Rachelle; Godfrey, Christina (2022): Establishing Internationally Accepted Conceptual and Operational Definitions of Social Prescribing Through Expert Consensus: A Delphi Study. https://doi.org/10.1101/2022.11.14.22282098 Toronto, Ontario, Canada

Polley, Marie; Fleming, James; Anfilogoff, Tim; Carpenter, Andrew (2017): Making sense of Social Prescribing. University of Westminster, London

Rojatz, Daniela; Antosik, Jennifer; Ecker, Sandra; Fenz, Lydia; Haas, Sabine (2023a): Social Prescribing Entwurf eines Idealmodells für Österreich. Gesundheit Österreich, Wien

Rojatz, Daniela; Antosik, Jennifer; Weitzer, Jakob; Ecker, Sandra; Haas, Sabine (2021a): Handbuch Social Prescribing in der Primärversorgung. Schritt für Schritt zur Umsetzung. Gesundheit Österreich, Wien

Rojatz, Daniela; Haas, Sabine; Sackl, Anita (2023b): Bevölkerungsorientierte Programme im Kontext von Public Health: Frühe Hilfen, Social Prescribing, Community Nursing. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien

Rojatz, Daniela; Holzweber, Leonie; Nowak, Peter (2021b): Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in der Primärversorgungseinheit. Info-Mappe. Version 2.0. Dachverband der Österreichischen Sozialversicherungen und Fonds Gesundes Österreich, Wien

Schachner, Anna; Weber, Roman; Fleischhanderl, Ulrike; Rappauer, Anita (2021): Evaluationsbericht zur Vorbereitung und Durchführung von Social Prescribing in Österreich. queraum. kultur- und sozialforschung, Wien

## Social prescribing in primary care: Key points of an ideal model for Austria

Social prescribing is considered an innovative approach to systematically address health-related, psychosocial, and emotional concerns. To support a common understanding of social prescribing in Austrian primary care, key points of an ideal model of social prescribing were developed.

In principle, social prescribing is open to all people and particularly addresses people in burdening and stressful life situations. Core elements include raising awareness among primary care staff and patients of health-related, psychosocial, and emotional needs, link working consultations, network management and facility-based and supra-regional quality assurance.

Social prescribing embodies all elements of a comprehensive primary health care approach. Social prescribing needs to be well coordinated with related population-oriented programmes such as Early Childhood Intervention and community nursing to realise its full potential.



## Keywords

primary health care, health determinants, social prescribing, health equity


## Anmerkung

Konkrete Unterstützung zum Implementierungsprozess findet sich im Handbuch Social Prescribing (Rojatz et al. 2021a).


## Zitationshinweis

Rojatz, D., Fenz, L., Ecker, S.: „Social Prescribing in der Primärversorgung: Eckpunkte eines Idealmodells für Österreich", in: „Monitor Versorgungsforschung" (05/24), S. 75–79. http://doi.org/10.24945/MVF.05.24.1866-0533.2643


## Autorenerklärung

Daniela Rojatz, Lydia Fenz und Sandra Ecker sind Mitarbeiterinnen der Gesundheit Österreich GmbH in Wien. Sie erarbeiteten im Rahmen eines Projektes im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz Eckpunkte zur Entwicklung eines Idealmodells Social Prescribing für Österreich.


**Dr. phil. Daniela Rojatz** ORCID: 0000-0002-8782-8913

ist promovierte Soziologin und Trainerin der Erwachsenenbildung.
Seit 2016 ist sie an der GÖG, seit 2022 als Senior Health Expert im neu gegründeten Kompetenzzentrum Gesundheitsförderung + Gesundheitssystem.

Kontakt: Daniela.Rojatz@goeg.at






**Lydia Fenz MSc** ORCID: 0000-0001-7861-8722

ist Orthoptistin und hat einen Masterabschluss in Gesundheitsförderung und Gesundheitsforschung. Sie arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der GÖG und ist als Junior Health Expert und Projektleiterin an der Abteilung Gesundheit, Gesellschaft und Chancengerechtigkeit tätig.

Kontakt: Lydia.Fenz@goeg.at






**Sandra Ecker MSc** ORCID: 0009-0008-2661-2052

ist diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin und seit 2021, nach dem Masterabschluss in Gesundheitsförderung und -forschung an der GÖG als Junior Health Expert und Projektleiterin in der Abteilung Gesundheit, Gesellschaft und Chancengerechtigkeit tätig.

Kontakt: Sandra.Ecker@goeg.at




Priv.-Doz. Dr. med. Tobias Jäger
Dr. oec. publ. Matthias Arnold MBA
Prof. Dr. oec. publ. Dominik Rottenkolber

# Entlassung aus der Verschreibungspflicht in Deutschland und dem Vereinigten Königreich

## Ein Vergleich am Beispiel des Wirkstoffs Sildenafil 50 mg


### Zusammenfassung

Dieser Artikel untersucht die Entlassung von Arzneimitteln aus der Verschreibungspflicht und die Umstellung auf rezeptfreie Medikamente (OTC). In den letzten Jahren haben zahlreiche Länder wie das Vereinigte Königreich und Polen den OTC-Status für Sildenafil 50 mg zugelassen. Diese Entscheidung basiert primär auf der Analyse des Sicherheitsprofils, Missbrauchspotenzials, aber auch auf Public-Health-Überlegungen. In Deutschland hingegen ist Sildenafil aktuell verschreibungspflichtig, was auf unterschiedliche regulatorische Bewertungsmaßstäbe hinweist.

Der Vergleich der Bewertungen im Vereinigten Königreich und Deutschland zeigt, dass in Deutschland hierbei die Nebenwirkungen des Wirkstoffs als wesentliche Einschränkungen der Patientensicherheit hervorgehoben wurden, während im Vereinigten Königreich die Patientensicherheit in der OTC-Abgabe durch die Apotheke als ausreichend gewährleistet beurteilt wurde. Die potenzielle OTC-Freigabe von Sildenafil kann zahlreiche Vorteile bieten, darunter eine verbesserte Patientenautonomie und eine Entlastung der ärztlichen Leistungserbringer. Dies kann zu einem sichereren Zugang zu qualitativ hochwertigen Medikamenten und einer besseren Erkennung und Behandlung von Grunderkrankungen durch Ärzte und Apotheken führen. Der Beitrag hebt die Bedeutung harmonisierter Bewertungsmaßstäbe zur Aufhebung der Verschreibungspflicht und die Berücksichtigung von Public-Health-Aspekten hervor.



### Schlüsselwörter

Verschreibungspflicht, Apothekenfreigabe, Public Health

### Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.05.24.1866-0533.2655


In den vergangenen Jahren wurde die Verschreibungspflicht für zahlreiche Wirkstoffe auf nationaler und internationaler Ebene aufgehoben (z. B. Triptane, Antihistaminika oder H2-Rezeptor-Antagonisten). Als „Triagekriterien" stehen dabei ein „[...] sicherer und einfacher Gebrauch, [die] Stärkung der Patientenverantwortung und [eine] verbesserte Lebensqualität" im Fokus der Überlegungen (1). Eine Selbstmedikation mit Bezug des Arzneimittels über die Apotheke kann außerdem zu positiven Effekten für das Gesundheitssystem führen (2).

### Kriterien zur Entlassung aus der Verschreibungspflicht

>> Die regulatorische Entscheidung über eine Aufhebung der Verschreibungspflicht für Arzneimittel und Überführung in den Status eines rezeptfreien Medikaments (over-the-counter; OTC) basiert auf unterschiedlichen Kriterien in Abhängigkeit von den zulassenden Behörden. Verfügt der Zulassungsinhaber über eine zentrale Zulassung nach EG-Verordnung Nr. 726/2004, so fällt die Zuständigkeit für die Entlassung aus der Verschreibungspflicht in die europäische Ebene und erfolgt analog der „Guideline on Changing the Classification for the Supply of a Medicinal Product for Human Use" (3).

Wurde ein Wirkstoff in Deutschland national zugelassen, so finden sich die relevanten Regelungen in § 48 Arzneimittelgesetz (4). In Deutschland wird durch eine Rechtsverordnung (Erlass und Änderung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie und abschließender Zustimmung des Bundesrats sowie Verkündung der geänderten Verordnung im Bundesgesetzblatt) die Anlage 1 der Verordnung über die Verschreibungspflicht von Arzneimitteln (AMVV) entsprechend angepasst und Wirkstoffe somit aus der Verschreibungspflicht entlassen (5). Auf Antrag wird eine Entscheidung durch das Bundesministerium für Gesundheit initiiert, die sich auf eine Empfehlung des Sachverständigen-Ausschusses für Verschreibungspflicht des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) stützt.

Im Vereinigten Königreich entscheidet die Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) über den Wechsel eines Arzneimittels aus der Verschreibungspflicht (prescription-only medicine) in den OTC-Status (pharmacy medicine). Die dafür relevanten Kriterien sind in der Vorschrift 62(3) der Human Medicines Regulations 2012 festgelegt (6), die sich erkennbar an der entsprechenden europäischen Guideline orientieren (3).

Die Entscheidungskriterien der EU-Guideline definieren Situationen, in denen eine Verschreibungspflicht erforderlich ist. Dieser Vorgabe folgend müssen Wirkstoffe, bei denen die Verschreibungspflicht aufgehoben werden soll, ihre Unbedenklichkeit in allen Kriterien nachweisen (vgl. Tab.1).

Zunächst wird bewertet, ob das Arzneimittel ohne ärztliche Aufsicht sicher angewendet werden kann und ob die auf der Verpackung angegebenen Dosierungs- und Verabreichungsempfehlungen befolgt werden können. Die Verbraucher müssen das Anwendungsgebiet in Eigenregie korrekt diagnostizieren und feststellen können, wann ggf. eine ärztliche Intervention erforderlich ist. Das Risiko von Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten oder Substanzen sowie angemessene Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen zur Risikominimierung sollen ebenfalls in die Bewertung einfließen. Darüber hinaus werden auch Daten zu bekannten Nebenwirkungen des Arzneimittels geprüft, die während der klinischen Studien und der Post-Marketing-Surveillance gemeldet wurden. Abschließend wird eine Abwägung des potenziellen Nutzen-Risiko-Verhältnisses im Hinblick auf eine OTC-Verwendung vorgenommen (Kriterium 1).

Es folgt eine Beurteilung, ob das Medikament ein Missbrauchs- oder Suchtpotenzial besitzt, insbesondere im Hinblick auf eine längerfristige Einnahme. Dabei werden die pharmakologischen Eigenschaften des Wirkstoffs, seine Ähnlichkeit mit anderen Arzneimitteln mit Missbrauchspotenzial sowie etwaige Anhaltspunkte für missbräuchliche Verwendung untersucht. In die Bewertung fließen auch Einschätzungen zum Risiko einer versehentlichen oder absichtlichen Überdosierung mit ein (Kriterium 2).

Sofern neue Wirkstoffe erst kürzlich eine Zulassung erlangt haben und die Evidenzlage somit noch nicht ausreichend ist, da die Wir-

| Kriterien der EU-Guideline zur Änderung der Einstufung für die Abgabe eines Humanarzneimittels (3) | |
|---|---|
| **Kriterium** | Beschreibung |
| **Kriterium 1** | Arzneimittel unterliegen der ärztlichen Verschreibungspflicht, wenn sie auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch eine unmittelbare oder mittelbare Gefahr darstellen können, sofern sie ohne ärztliche Aufsicht verwendet werden. |
| Kriterium 1.1 | Unmittelbare Gefahr/Sicherheitsprofil |
| Kriterium 1.2 | Mittelbare Gefahr/Sicherheitsprofil |
| Kriterium 1.3 | Selbstbeurteilung |
| Kriterium 1.4 | Risiken und Folgen einer falschen Anwendung |
| Kriterium 1.5 | Patienteninformation |
| **Kriterium 2** | Arzneimittel unterliegen der ärztlichen Verschreibungspflicht, wenn sie häufig und in großem Umfang unsachgemäß verwendet werden und dadurch eine unmittelbare oder mittelbare Gefahr für die menschliche Gesundheit darstellen können. |
| Kriterium 2.1 | Bekannte unsachgemäße Verwendung |
| **Kriterium 3** | Arzneimittel unterliegen der ärztlichen Verschreibungspflicht, wenn sie Stoffe oder Zubereitungen enthalten, deren Wirkung und/oder Nebenwirkungen weitere Untersuchungen erfordern. |
| Kriterium 3.1 | Kurze Zulassungsdauer/begrenzte Erfahrung |
| Kriterium 3.2 | Neue Stärke, Dosis, Art der Verabreichung, Indikation, neue Altersgruppe oder Kombination von Stoffen |
| **Kriterium 4** | Arzneimittel unterliegen der ärztlichen Verschreibungspflicht, wenn sie normalerweise von einem Arzt/einer Ärztin zur parenteralen Verabreichung (zur Injektion) verschrieben werden. |

***Tab. 1:*** *Kriterien der EU-Guideline zur Änderung der Einstufung für die Abgabe eines Humanarzneimittels (3).*

kung und/oder Nebenwirkungen weitere Untersuchungen erfordern, ist von einer OTC-Freigabe abzusehen (Kriterium 3).

Eine OTC-Freigabe ist ebenfalls zu versagen, wenn Medikamente normalerweise zur parenteralen Verabreichung (d. h. Injektion) ärztlich verschrieben werden (Kriterium 4).

## Erektile Dysfunktion als relevante Public-Health-Problematik

Durch eine zunehmende Prävalenz entwickelte sich die erektile Dysfunktion in den letzten Jahren zu einer nennenswerten Public-Health-Problematik (7). In Deutschland ist nach aktuellen Schätzungen von knapp fünf Millionen Männern mit moderater oder vollständiger erektiler Dysfunktion auszugehen (8), wobei etwa 6,9 % davon einen Behandlungsbedarf aufweisen (9).

Bei der erektilen Dysfunktion handelt es sich um ein ernstzunehmendes Symptom, das sowohl auf psychische als auch organische Ursachen zurückzuführen sein kann und zu großem Leidensdruck bei den Betroffenen führt. Dieser spiegelt sich beispielsweise in einer signifikant niedrigeren gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei erwachsenen Männern mit selbstberichteter erektiler Dysfunktion wider (10, 11). In der Folge können sich Depressionen, selbstverletzendes Verhalten und sogar suizidale Tendenzen entwickeln (12). Ein Wechsel in den OTC-Status und den damit verbundenen niedrigschwelligen Zugang könnte somit eine proaktive Strategie darstellen, um das Selbstwertgefühl betroffener Männer zu verbessern und weitere Folgeschäden zu vermeiden.

Mit Sildenafil ist seit über 25 Jahren eine effektive Behandlungsoption für die Patienten verfügbar, die sowohl in klinischen Studien wie auch im klinischen Alltag erfolgreich getestet wurde. Obgleich als Lifestyle-Präparat klassifiziert, ist die Abgabe durch Apotheken in Deutschland an eine ärztliche Verschreibung gebunden (13).

## OTC-Verfahren zu Sildenafil 50 mg in Deutschland und dem Vereinigten Königreich

International hingegen wurden OTC-Switch-Verfahren in Großbritannien, Norwegen und Irland (je 50 mg) sowie Polen (25 mg/50 mg), der Schweiz (25 mg) und Neuseeland (25 mg/50 mg/100 mg) erfolgreich durchgeführt. Am Beispiel der regulatorischen Entscheidung zur Regeldosis 50 mg (14) sollen die Beurteilungen der beiden Zulassungsbehörden in Deutschland und dem Vereinigten Königreich miteinander verglichen werden (vgl. Tab. 2).

Mit der gegenüberstellenden Darstellung wird die unterschiedliche Einschätzung des Sachverhalts (insbesondere im Hinblick auf das Sicherheitsprofil von Sildenafil 50 mg) aus der jeweiligen nationalen Perspektive erkennbar. Entscheidend bleibt dabei festzuhalten, dass für die MHRA unter Berücksichtigung der Kontraindikationen die Vorteile des Medikaments die Risiken überwiegen.

## Public-Health-Impact einer möglichen OTC-Freigabe von Sildenafil 50 mg

Die Aufhebung einer Verschreibungspflicht kann jedoch nicht ausschließlich aus regulatorischer Sicht betrachtet werden. Vielmehr muss auch die Public-Health-Perspektive berücksichtigt werden. Hierbei liegt der Fokus auf der Gesunderhaltung „[…] einzelner Bevölkerungsgruppen durch organisiertes gesellschaftliches Handeln" (17), d. h. auf den gesundheitlichen Auswirkungen auf patientenrelevanter Ebene (Morbidität, gesundheitsbezogene Lebensqualität oder Nebenwirkungen) und deren weiterreichenden Auswirkungen auf der Ebene des Gesundheitssystems (18).

Diese Betrachtung beschränkt sich nicht nur auf Sicherheitsaspekte der freizugebenden Wirkstoffe, sondern berücksichtigt die Auswirkungen des möglichen Zugangs zu diesen Medikamenten und die Kontrolle möglicher Schwarzmarktaktivitäten. Hinzu kommt die Beurteilung der Relevanz indirekter Auswirkungen auf das Versorgungssystem, z. B. durch eine Entlastung der Ärzteschaft.

Die Sicherheit und Wirksamkeit von Sildenafil sind in zahlreichen Studien gut belegt (19, 20). Bereits mit der Markteinführung waren zahlreiche positive Auswirkungen und Public-Health-Effekte (z. B. Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins von Männern oder Screening und Identifizierung von zuvor unbehandelten Krankheiten) verbunden (21).

Ein kontrollierter Zugang zu Medikamenten außerhalb der ärztlichen Verschreibungspflicht über die Apotheke vor Ort kann ein Ansatzpunkt sein, um einen Arzneimittelmissbrauch einzudämmen (22, 23). So beziehen insbesondere jüngere und behandlungsunerfahrene

| Vergleich der Bewertungsverfahren zu Sildenafil 50 mg in Deutschland und dem Vereinigten Königreich | | |
|---|---|---|
| **Kriterium** | **Deutschland (15)** | **Vereinigtes Königreich (16)** |
| **1: Direkte oder indirekte Gefahr für die menschliche Gesundheit (auch bei sachgemäßer Anwendung)** | „Die Daten zeigten eine erhebliche Anzahl von schwerwiegenden Nebenwirkungen in klinischen Studien bei der 50-mg-Dosisstärke, aus denen sich erhebliche Nebenwirkungszahlen nach Marktzulassung ableiten ließen, ohne dass diese entsprechend gemeldet und erfasst werden würden. Zudem erforderten die Kontraindikationen eine ärztliche Abklärung, die durch Apotheker nicht vorgenommen werden kann."<br>„Die kardialen Risiken seien unzureichend berücksichtigt. Die möglichen Blutdrucksenkungen könnten bei entsprechend vorbelasteten Patienten zu schwerwiegenden Problemen führen."<br>„(Schulungs-)Materialien für Patienten und Apotheker – keine Selbstmedikation durch zusätzliche risikominimierende Maßnahmen – Schulungsmaterial könnte nicht über AMVV geregelt werden." | Direkte Risiken können bei der Apothekenabgabe auf ein akzeptables Maß reduziert werden. Es besteht ein geringes Risiko der Verschleierung von Grunderkrankungen („indirekte Gefahr"). Dieses Risiko wird jedoch durch das angebotene Versorgungsmodell minimiert und durch die Vorteile aufgewogen, die sich daraus ergeben, dass die Patienten Zugang zu einer legalen Versorgung durch Apothekerinnen und Apotheker haben, die sie in Gesundheitsfragen beraten und gegebenenfalls an die Hausärztin oder den Hausarzt verweisen können.<br><br>Die gleichzeitige Einnahme von Sildenafil mit Amylnitrit oder jeglichen Nitraten wird in der Fachinformation unter Kontraindikationen gelistet, was nach Ansicht der MHRA eine akzeptable Risikominimierungsmaßnahme darstellt. |
| **2: Häufige und in sehr großem Umfang unsachgemäße Verwendung (d. h. Sucht, Abhängigkeit, Freizeitkonsum und Missbrauch) resultiert in einer direkten oder indirekten Gefahr für die menschliche Gesundheit.** | „Missbrauchsrisiko vorhanden – Schwelle für Anwendung von Sildenafil bei (jungen) Männern ohne ED [erektile Dysfunktion] würde bei einem OTC-Status sinken".<br>„- Psychische Abhängigkeit – Anwendung durch Männer ohne ED ‚zur Sicherheit'/ trauen sich sexuelle Aktivitäten ohne Einnahme nicht mehr zu<br>- Bedeutung beim ‚Chemsex' (freiwillige Einnahme psychoaktiver und nicht psychoaktiver Substanzen im Rahmen von z. B. Sexpartys), um<br>- lang andauernde sexuelle ‚Einsatzfähigkeit' zu ermöglichen<br>- Impotenz verursachende Wirkung anderer Substanzen wie Kokain, Antidepressiva zu ‚neutralisieren'". | Klinische Daten lassen nicht erkennen, dass Patienten eine Abhängigkeit oder Sucht entwickeln. Die Einnahme von illegal erworbenem Sildenafil (oder unter diesem Label verkauften Wirkstoffen) durch Personen ohne erektile Dysfunktion ist hinlänglich beschrieben. Die MHRA hält es zumindest für diskutabel, ob diese Anwendergruppe nach einem OTC-Switch eher zu einem Bezug über die Apotheke tendiert. Es scheint jedoch kaum Anhaltspunkte dafür zu geben, dass dieser absichtlich unsachgemäße Gebrauch zu einer direkten oder indirekten Gefährdung der Gesundheit führt. |
| **3: Medikament enthält Stoffe oder Zubereitungen von Stoffen, deren Wirkung oder Nebenwirkungen weitere Untersuchungen erfordern.** | Keine Aussage. | Das Sicherheitsprofil von Sildenafil ist aufgrund der langen Zulassungsdauer und Verschreibungspflicht sehr gut erforscht. Weitere Untersuchungen werden seitens der MHRA für nicht erforderlich gehalten. Sildenafil erfüllt in Bezug auf Kriterium 3 nicht die Anforderungen an eine ärztliche Verschreibung. |
| **4: Ärztliche Verschreibung zur parenteralen Verabreichung (d. h. Injektion).** | Sildenafil wird als Tablette verabreicht, sodass Kriterium 4 nicht zutrifft. | Sildenafil wird als Tablette verabreicht, sodass Kriterium 4 nicht zutrifft. |

***Tab. 2:*** *Vergleich der Bewertungsverfahren zu Sildenafil 50 mg in Deutschland und dem Vereinigten Königreich.*

Männer Sildenafil (oder Präparate, die den Wirkstoff enthalten sollen) regelmäßig über das Internet (24, 25), häufig ohne die Möglichkeit für einen direkten ärztlichen Kontakt (26). Problematisch erscheint dabei insbesondere der Aspekt, dass die erektile Dysfunktion als Prädiktor für Grunderkrankungen eindeutig identifiziert ist. Gerade hier bietet sich aber ein erhebliches Potenzial zur Verbesserung der Versorgung durch einen OTC-Switch, da diese Bevölkerungsgruppe sonst außerhalb der Kontaktmöglichkeiten mit dem Gesundheitssystem agiert und nur selten eine – über standardisierte Internetformulare hinausgehende – professionelle Beratung erhält. Eine primäre Risikoeinschätzung hinsichtlich einer unsachgemäßen Anwendung bei Patienten, die für die Sildenafil-Behandlung nicht geeignet sind, bzw. die Anwendung in Kombination mit kontraindizierten Arzneimitteln (z. B. Nitrate (27)) kann – das zeigen Erfahrungen aus anderen EU-Ländern – erfolgreich in Apotheken durchgeführt werden.

Illegale Bezugsquellen führen dazu, dass die Betroffenen ihre Erektionsprobleme ohne vorherigen Kontakt mit Health Professionals selbst behandeln, was mit erheblichen direkten (durch gefälschte

oder verunreinigte Wirkstoffe) und indirekten (durch fehlende Interaktion mit Health Professionals) Risiken verbunden ist (28). Sildenafil und andere PDE5-Inhibitoren zählen mit einem Anteil von bis zu 80% aller beschlagnahmten illegalen Arzneimittel sowohl europa- als auch weltweit zu den am häufigsten gefälschten Medikamenten (29–31), deren Einnahme mit einem erhöhten Risiko für Nebenwirkungen verbunden ist (32, 33). Diese Zahlen unterstreichen die Bedeutung zuverlässiger Lieferketten, die nur über Apotheken zu garantieren sind.

Ein klar benannter Vorteil der OTC-Freigabe ist die Stärkung der heilberuflichen Kompetenz des pharmazeutischen Personals durch fundierte und fachkundige Beratungsleistungen. Die Apotheken leisten somit „[…] auch einen [Public-Health-relevanten] sozialen Beitrag als Vermittler und Vernetzer" (34). Die erforderliche Fachkompetenz innerhalb der Apotheken ist dabei gewährleistet. Die Ergebnisse einer europäischen Beobachtungsstudie zeigten einen hohen Übereinstimmungsgrad hinsichtlich einer angemessenen Empfehlung für Sildenafil 50 mg zwischen Apothekern und Hausärzten (73%) sowie Spezialisten für Sexualmedizin (91%). Eine Beratung von Patienten mit erektiler Dysfunktion in Apotheken resultierte in der Gesamtbetrachtung somit in genauen Behandlungsempfehlungen, keiner Abgabe von Sildenafil an Männer, die nicht an erektiler Dysfunktion leiden, sowie einer Weiterempfehlung in die ärztliche Behandlung bei Fragen zur kardiovaskulären Gesundheit, zu anderen Komorbiditäten oder zur Begleitmedikation (35). Da nur schätzungsweise 10–20% der betroffenen Männer über 50 Jahre eine ärztliche Praxis konsultieren (36), bieten sich hier Ansatzpunkte für den Zugang zum Gesundheitssystem über die Apotheken im Rahmen der OTC-Verfügbarkeit von Sildenafil.

Die fachärztliche Beratung unterliegt einem enormen ökonomischen Druck, wobei die Vergütungsstrukturen den hohen Zeitaufwand der Diagnostik und Therapie einer erektilen Dysfunktion nicht adäquat reflektieren (37). Zugleich dürfte der urologische Versorgungsbedarf aufgrund demografischer Veränderungen in den kommenden zwei Dekaden um 20% zunehmen. In den nächsten 15 Jahren werden zwei Drittel der niedergelassenen Urologinnen und Urologen aus dem aktiven Berufsleben ausscheiden, was die Gefahr einer Unterversorgung erhöht (38). Somit könnte die aus einer OTC-Freigabe von Sildenafil resultierende Entlastung der urologischen Praxen einen weiteren Vorteil darstellen, da der zunehmende fachärztliche Mangel sowie die sinkende Niederlassungsbereitschaft auf absehbare Zeit voraussichtlich nicht zu beheben sein werden (39, 40). Die Nutzung der vorhandenen ärztlichen Ressourcen sollte somit möglichst effizient im Sinne einer Maximierung der Gesundheit der Gesamtbevölkerung erfolgen: „Sollten zukünftig mehr Patienten bei leichteren Erkrankungen […] statt einer Arztpraxis eine Apotheke aufsuchen, wird das dem Arzt Zeit und Mittel sparen und im Gesundheitssystem eine Ressourcenoptimierung generieren, […] [die] gesundheitsökomisch und gesellschaftlich nicht nur sinnvoll, sondern auch geboten [ist], um für Menschen mit Erkrankungen, die der ärztlichen Therapie […] bedürfen, diese Behandlungen auch weiterhin zu gewährleisten." (34) Empirische Untersuchungen haben gezeigt, dass durch eine Intensivierung der Selbstbehandlung durchschnittlich eine Stunde Arbeitszeit täglich pro Hausärztin bzw. -arzt gewonnen werden könnte, was auf patientenindividueller Ebene zu einer Steigerung der Sprechzeit von bis zu 25% führen würde und sowohl zu verbesserter Diagnostik als auch Therapie führen könnte (2). In eine ähnliche Richtung gehen die aktuellen Bestrebungen von gesundheitspolitischer Seite, die mehr Eigenverantwortung der Patienten fordern.

## Fazit

Zusammenfassend wird deutlich, dass die Kriterien zur Aufhebung der Verschreibungspflicht in den nationalen Entscheidungsgremien unterschiedlich interpretiert werden. Die Beispiele der konträren OTC-Entscheidungen zu Sildenafil 50 mg und auch 25 mg zeigen, dass die Abwägung zwischen Therapiesicherheit und Public-Health-Impact in Deutschland offenbar anders beurteilt wird als in einigen europäischen Nachbarländern, insbesondere dem Vereinigten Königreich. Wie aus den verfügbaren öffentlichen Dokumenten hervorgeht, wird die Public-Health-Perspektive dabei in Deutschland nicht ausreichend gewürdigt.

Eine OTC-Freigabe kann den Zugang zu Sildenafil erleichtern und gleichzeitig sicherstellen, dass Nutzer Zugriff auf qualitativ einwandfreie Arzneimittel haben und sich nicht aus intransparenten Quellen bedienen müssen. Durch die Beratungsleistungen in der Apotheke wäre ein niedrigschwelliger Zugang zum Gesundheitssystem gewährleistet, insbesondere in ländlichen Gebieten, in denen der Zugang zu ärztlicher Versorgung eingeschränkt sein kann. Darüber hinaus kann die Aufhebung der Verschreibungspflicht dazu beitragen, betroffene Personen früher in eine fachärztliche Versorgung überzuleiten, indem die Apotheke eine zentrale Rolle zur Erkennung von Risiken und Grunderkrankungen einnimmt und einen präventiven Beitrag zur Gesundheitsversorgung von Männern leistet. <<

## Literatur


1. Rychlik R: Selbstmedikation – Quo vadis? Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2017; 22: S1-S2.
2. May U, Bauer C: Apothekengestützte Selbstbehandlung bei leichteren Gesundheitsstörungen – Nutzen und Potenziale aus gesundheitsökonomischer Sicht. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2017; 22: S12-S22.
3. Europäische Kommission: A GUIDELINE ON CHANGING THE CLASSIFICATION FOR THE SUPPLY OF A MEDICINAL PRODUCT FOR HUMAN USE. Revision January 2006. https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/switchguide_160106_en_0.pdf (last accessed on 05.05.2024).
4. Bundesministerium der Justiz: Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 27. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 109) geändert worden ist. https://www.gesetze-im-internet.de/amg_1976/AMG.pdf (last accessed on 26.05.2024).
5. Bundesministerium der Justiz: Arzneimittelverschreibungsverordnung vom 21. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3632), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 3. Mai 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 146) geändert worden ist. https://www.gesetze-im-internet.de/amvv/AMVV.pdf (last accessed on 26.05.2024).
6. The Human Medicines Regulations: STATUTORY INSTRUMENTS 2012 No. 1916. https://www.legislation.gov.uk/uksi/2012/1916/pdfs/uksi_20121916_en.pdf (last accessed on 23.05.2024).
7. Deger MD, Madendere S: Erectile dysfunction treatment with Phosphodiesterase-5 Inhibitors: Google trends analysis of last 10 years and COVID-19 pandemic. Arch Ital Urol Androl 2021; 93: 361-5.
8. Marhenke T: Sexuelle Störungen. Eine Einführung. Wiesbaden: Springer 2020.
9. Braun M, Wassmer G, Klotz T, Reifenrath B, Mathers M, Engelmann U: Epidemiology of erectile dysfunction: results of the 'Cologne Male Survey'. Int J Impot Res 2000; 12: 305-11.
10. Jannini EA, Sternbach N, Limoncin E, et al.: Health-related characteristics and unmet needs of men with erectile dysfunction: a survey in five European countries. J Sex Med 2014; 11: 40-50.
11. Lee LJ, Maguire TA, Maculaitis MC, et al.: Increasing access to erectile dysfunction treatment via pharmacies to improve healthcare provider visits and quality of life: Results from a prospective real-world observational study in the United Kingdom. Int J Clin Pract 2021; 75: e13849.
12. Jiang T, Osadchiy V, Mills JN, Eleswarapu SV: Is It All in My Head? Self-reported Psychogenic Erectile Dysfunction and Depression Are Common Among Young Men Seeking Advice on Social Media. Urology 2020; 142: 133-40.
13. Gemeinsamer Bundesausschuss: Anlage II zum Abschnitt F der Arzneimittel-Richtlinie. Gesetzliche Verordnungsausschlüsse in der Arzneimittelversorgung und zugelassene Ausnahmen. Verordnungsausschluss von Arzneimitteln zur Erhöhung der Lebensqualität gemäß § 34 Abs. 1 Satz 7 SGB V (Lifestyle Arzneimittel). https://www.g-ba.de/downloads/83-691-898/AM-RL-II-Lifestyle-2024-06-15.pdf (last accessed on 13.08.2024).
14. Viatris Pharma GmbH: Fachinformation [online]. Sildenafil Viatris. Stand: 10.2022. http://www.fachinfo.de/ (last accessed on 03.06.2024).
15. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): Sachverständigen-Ausschuss für Verschreibungspflicht nach § 53 Absatz 2 AMG. 85. Sitzung (25. Januar 2022 per Videokonferenz) – Ergebnisprotokoll. https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Ausschuesse-und-Gremien/Verschreibungspflicht/Protokolle/85Sitzung/protokoll_85.html?nn=594592 (last accessed on 03.06.2024).
16. Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA): Public Assessment Report. Prescription only medicine to Pharmacy medicine Reclassification. Viagra Connect 50mg film-coated tablets. Sildenafil citrate. PL 00165/0392 – 0001. Pfizer Consumer Healthcare Limited. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/662968/Viagra_Connect_POM_to_P_PAR_FINAL.pdf (last accessed on 25.03.2023).
17. Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V.: Situation und Perspektiven von Public Health in Deutschland. https://www.dgms.de/assets/pdf/DGPH-Public-Health-in-Deutschland.pdf (last accessed on 03.06.2024).
18. World Health Organization: A study on the public health and socioeconomic impact of substandard and falsified medical products. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331690/9789241513432-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (last accessed on 03.06.2024).
19. Leoni LA, Leite GS, Wichi RB, Rodrigues B: Sildenafil: two decades of benefits or risks? Aging Male 2013; 16: 85-91.
20. Nunzio CDE, Nacchia A, Grimaldi MC, et al.: Major adverse cardiovascular events related to phosphodiesterase 5 inhibitors: analysis of real-life data from Eudra-Vigilance database. Minerva Urol Nephrol 2024; 76: 203-9.
21. Rezaee ME, Ward CE, Brandes ER, Munarriz RM, Gross MS: A Review of Economic Evaluations of Erectile Dysfunction Therapies. Sex Med Rev 2020; 8: 497-503.
22. Mostafa T, Alghobary MF: Recreational Use of Oral PDE5 Inhibitors: The Other Side of Midnight. Sex Med Rev 2022; 10: 392-402.
23. Bechara A, Casabe A, De Bonis W, Helien A, Bertolino MV: Recreational use of phosphodiesterase type 5 inhibitors by healthy young men. J Sex Med 2010; 7: 3736-42.
24. Rodler S, von Buren J, Buchner A, et al.: Epidemiology and Treatment Barriers of Patients With Erectile Dysfunction Using an Online Prescription Platform: A Cross-Sectional Study. Sex Med 2020; 8: 370-7.
25. von Buren M, Rodler S, Wiesenhutter I, et al.: Digital Real-world Data Suggest Patient Preference for Tadalafil over Sildenafil in Patients with Erectile Dysfunction. Eur Urol Focus 2022; 8: 794-802.
26. Brink SM, Iarajuli T, Shin D: Characteristics of direct-to-consumer platforms offering erectile dysfunction treatment. Sex Med 2023; 11: qfad038.
27. Trolle Lagerros Y, Grotta A, Freyland S, Grannas D, Andersson DP: Risk of Death in Patients With Coronary Artery Disease Taking Nitrates and Phosphodiesterase-5 Inhibitors. J Am Coll Cardiol 2024; 83: 417-26.
28. Schnetzler G, Banks I, Kirby M, Zou KH, Symonds T: Characteristics, behaviors, and attitudes of men bypassing the healthcare system when obtaining phosphodiesterase type 5 inhibitors. J Sex Med 2010; 7: 1237-46.
29. Krogull N, Eckstein N, Kroth E: OTC-Switch von PDE-5-Inhibitoren als Maßnahme gegen den illegalen Handel? https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2022/06/22/otc-switch-von-pde-5-inhibitoren-als-massnahme-gegen-den-illegalen-handel (last accessed on 03.06.2024).
30. Venhuis BJ, de Voogt P, Emke E, Causanilles A, Keizers PH: Success of rogue online pharmacies: sewage study of sildenafil in the Netherlands. BMJ 2014; 349: g4317.
31. Watzek G: Globale Pharmaindustrie – quo vadis? Daten, Hintergründe und Analysen – eine Branchenbewertung. 2., aktualisierte und ergänzte ed. Wiesbaden: Springer Gabler 2022.
32. Keizers PHJ, Wiegard A, Venhuis BJ: The quality of sildenafil active substance of illegal source. J Pharm Biomed Anal 2016; 131: 133-9.
33. Pozsgai K, Szucs G, Konig-Peter A, et al.: Analysis of pharmacovigilance databases for spontaneous reports of adverse drug reactions related to substandard and falsified medical products: A descriptive study. Front Pharmacol 2022; 13: 964399.
34. Becker F, Nölte N: Selbstmedikation und Apotheke – für eine wirksame, effiziente und wohnortnahe Patientenversorgung. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2017; 22: S30-S3.
35. Symonds T, Dean JD, Carr A, Carlsson M, Marfatia A, Schnetzler G: A feasibility study comparing pharmacist and physician recommendations for sildenafil treatment. J Sex Med 2011; 8: 1463-71.
36. Trottmann M: Erektile Dysfunktion — Update 2018. Uro-News 2018; 22: 48-57.
37. Beecken W-D, Kersting M: Erektile Dysfunktion und das „Stanley-Beamish-Problem". Uro-News 2021; 25: 14-7.
38. esanum GmbH: Urologen fordern mehr Unterstützung. https://www.esanum.de/fachbereichsseite-immunologie/feeds/immunologie/conferences/69-kongress-der-deutschen-gesellschaft-fur-urologie/feeds/today/posts/urologen-fordern-mehr-unterstutzung (last accessed on 03.06.2024).
39. Fornara P: Urologie – Quo vadis? Der Urologe 2018; 57: 893-7.
40. Schneider AW, Fichtner J: [The demographic development in Germany: challenge and chances for urology]. Urologe A 2014; 53: 1136-45.

## Switch from prescription-only to over-the-counter medicine in Germany and the United Kingdom – a comparison using the example of sildenafil 50 mg

This article examines the switch from prescription-only to over-the-counter (OTC) medicines. In recent years, numerous countries such as the United Kingdom and Poland have authorised OTC status for sildenafil 50 mg. This decision is primarily based on drug safety and abuse potential, but also public health considerations. In Germany, sildenafil remains prescription-only, which indicates different regulatory assessment standards.

The comparison of the assessments in the United Kingdom and Germany shows that in Germany sildenafil's side effects are deemed to be significant limitations to patient safety. In contrast, the assessment in the United Kingdom concludes that patient safety can be sufficiently guaranteed. The potential OTC switch of sildenafil can improve patient autonomy and may reduce the burden on healthcare providers. This may improve access to high quality medicines and strengthen detection and treatment of underlying conditions by pharmacies. The article highlights the importance of harmonised assessment standards of OTC switches and the consideration of public health aspects.



### Keywords

prescription requirement, over-to-counter medicine, public health


### Autorenerklärung

Der Beitrag wurde von der Mylan Germany GmbH (A Viatris Company) finanziert und in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse und Bewertungen sind diejenigen der Autoren. Es wurde keine Einflussnahme durch die Viatris Unternehmensgruppe ausgeübt.

### Zitationshinweis

Jäger, T., Arnold, M., Rottenkolber, D.: „Entlassung aus der Verschreibungspflicht in Deutschland und dem Vereinigten Königreich – Ein Vergleich am Beispiel des Wirkstoffs Sildenafil 50 mg"; in: „Monitor Versorgungsforschung" (05/24), S. 80–85. http://doi.org/10.24945/MVF.05.24.1866-0533.2655


**Priv.-Doz. Dr. med. Tobias Jäger** ORCID:0009-0000-7100-9342



studierte Humanmedizin an der Ruhr-Universität Bochum und der Universität Duisburg-Essen sowie Betriebswirtschaftslehre für Mediziner in Köln. Er ist Facharzt für Urologie und habilitierte sich an der Universität Duisburg-Essen für das Fach Urologie. Dr. Jäger ist als Seniorpartner in der Urologischen Praxisklinik Essen tätig.
Kontakt: Jaeger@upk-essen.de

**Dr. oec. publ. Matthias Arnold MBA** ORCID: 0000-0002-9736-7233



ist Mitglied der Geschäftsführung der inav GmbH. Er promovierte im Bereich Gesundheitsökonomie an der LMU München. Zudem hält er Abschlüsse als Master of Business Research (LMU München), MSc. Global Health and Development (UCL) und als Diplom-Volkswirt (Uni Heidelberg). Dr. Arnold ist Experte für Evaluation, Forschungsdesign und quantitative Methoden. Er beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit gesundheitsökonomischen Evaluationen, Datenanalysen und Studien für Versorgungskonzepte in komplexen Settings.
Kontakt: Arnold@inav-berlin.de

**Prof. Dr. oec. publ. Dominik Rottenkolber** ORCID: 0009-0000-4028-5774



ist Professor für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik an der Alice-Salomon-Hochschule Berlin. Zuvor war er in verschiedenen Positionen in öffentlichen und privaten Einrichtungen des Gesundheitswesens tätig. Seine Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte liegen in den Bereichen Gesundheits- und Pflegeökonomie sowie Pharmaökonomie und Pharmabetriebslehre.
Kontakt: Rottenkolber@ash-berlin.eu

AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

## Gefahren der Polypharmazie digital verringern

Mit „Digital unterstütztes hausärztliches Medikationsmanagement für ambulante Patienten mit Polypharmazie“ war der 1. Platz des Deutschen Preises für Patientensicherheit 2023 an das Team aus BARMER, AOK-Nordost, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin und RpDoc® Solutions GmbH gegangen. Es geht darum, Gefahren der Polypharmazie digital zu verringern. Die Nutzung von Routinedaten der Krankenkassen zur Behandlungsunterstützung und die elektronisch unterstützte Prüfung auf vermeidbare Risiken sollen Ärzt:innen eine bessere Behandlung ihrer Patient:innen ermöglichen. Bei einer flächendeckenden Anwendung von niedergelassenen Ärzt:innen könnten laut der BARMER so jährlich bundesweit 65.000 bis 70.000 Todesfälle vermieden werden. Marcel Böttcher von der BARMER (ganz links im Foto) hatte den 1. Preis stellvertretend für das Team aus BARMER, AOK-Nordost, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin und RpDoc® Solutions GmbH entgegen genommen.



Die BARMER erprobte die neue Versorgungsform zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe von Juli 2017 bis Juni 2021. Rund 940 Hausärzte betreuten dabei mehr als 11.000 Patienten mit Polypharmazie. Beim Projekt haben mit Einverständnis der Patientinnen und Patienten erstmals Hausarztpraxen digital mit vollständigen Informationen zur Vorgeschichte versorgt, welche aus Routinedaten der Krankenkasse stammen. So sind der Arzt oder die Ärztin vollständig über Vorerkrankungen und Arzneimittel informiert worden. Zusätzlich habe er oder sie Hinweise auf vermeidbare Risiken der Therapie erhalten, wie zum Beispiel gefährliche Wechselwirkungen.

**Die nächste Preisverleihung des Deutschen Preises für Patientensicherheit findet im Rahmen der APS-Jahrestagung vom 29. und 30. August in Essen statt.**

## Kommentar der Vorsitzenden

Liebe Kolleg:innen, liebe Leser:innen,

als Vorsitzende des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. freue ich mich sehr, Ihnen in dieser Ausgabe zwei beeindruckende Projekte, "Patients for Patient Safety" und „Digital unterstütztes hausärztliches Medikationsmanagement für ambulante Patienten mit Polypharmazie“, vorstellen zu dürfen, die unser gemeinsames Ziel der Verbesserung der Patientensicherheit in Deutschland weiter voranbringen. Beide Projekte verdeutlichen, dass Patientensicherheit nur durch das Zusammenwirken aller Beteiligten – von den Gesundheitsfachkräften bis hin zu den Patient:innen selbst – erreicht werden kann. Wir sind stolz darauf, Teil einer Bewegung zu sein, die Patientensicherheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe begreift und aktiv daran arbeitet, ein lernendes Gesundheitssystem zu etablieren.

Ich möchte Sie auch herzlich zur 17. APS-Jahrestagung am 29. und 30. August 2024 in Essen einladen. Die diesjährige Tagung steht unter dem Motto „Mach mit! Für Patientensicherheit“ und bietet eine einzigartige Plattform, um sich über aktuelle Entwicklungen im Bereich der Patientensicherheit auszutauschen. Besonders hervorzuheben ist der Parallelstrang, der sich ausschließlich den Inhalten aus Lehre, Aus-, Fort- und Weiterbildung widmet und eine Möglichkeit bietet, die vielfältigen Ansätze und Best Practices zur Patientensicherheit in den unterschiedlichsten Gesundheitsberufen kennenzulernen. Dieser Strang, bestehend aus Workshops und Seminaren, ist einzigartig in Deutschland und bietet eine hervorragende Gelegenheit für alle, die sich weiterbilden und aktiv an der Verbesserung der Patientensicherheit mitwirken möchten oder bereits selbst in der Lehre tätig sind.

Wir freuen uns auf Ihre Kommentare und Rückmeldungen und hoffen, dass wir mit einigen von Ihnen auf der APS-Jahrestagung ins Gespräch kommen werden!

Ihre

Dr. med. Ruth Hecker,
Vorsitzende des Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS

17. APS-JAHRESTAGUNG
29./30.08.2024 | ESSEN
Das zielgruppenübergreifende Event zum Thema Patientensicherheit
Mach mit!
Für Patientensicherheit
www.aps-jahrestagung.de
AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT

## „Patients for Patient Safety – Stimmen für Patientensicherheit“: Ein Projekt des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) hat sich zum Ziel gesetzt, die Patientensicherheit in Deutschland kontinuierlich, nachhaltig und nachweisbar zu fördern. Dazu braucht es unter anderem eine konsequente Beteiligung der Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitssystems.

Um den Aspekt zu unterstützen, kommen in dem Projekt „Patients for Patient Safety – Stimmen für Patientensicherheit“ Patientinnen, Patienten und Angehörige selbst zu Wort. Betroffene berichten in aktuell 13 Videobotschaften über Missstände während der Gesundheitsversorgung und geben Forderungen, Wünsche und Tipps an alle Beteiligten ab.
Dabei geht es nicht um Schuldzuweisungen, sondern gemeinsam das Ziel einer sicheren Gesundheitsversorgung zu erreichen.

Durch die Videobeiträge sind mögliche Vorkommnisse nicht abstrakt, sondern nachvollziehbar – haben einen Namen und ein Gesicht. Sie prägen sich bei den Zuschauenden ein. Daher sind sie eine ideale Ergänzung zu wissenschaftlichen Beiträgen im Kontext der Patientensicherheit.

Die Hauptforderungen der Teilnehmenden sind:

- Eine wertschätzende Kommunikation auf Augenhöhe
- Eine angemessene, verständliche und empathische Aufklärung
- Die Einbeziehung in den Behandlungsprozess
- Dass Symptome/Empfindungen ernst genommen werden
- Einen offenen Umgang mit Fehlern
- Flachere Hierarchien um die Kommunikation sowie die Fehlerkultur zu verbessern

Die Erfahrungsberichte verdeutlichen, dass nicht nur jede Ebene des Gesundheitswesens – vom lokalen Team bis zum Ministerium – dazu beitragen kann, eine aufrichtige Sicherheitskultur zu gestalten. Die Patientinnen, Patienten und ihre Angehörige können und sollen selbst eine wichtige Rolle dabei einnehmen. Daher sollen sich Patientinnen, Patienten und Angehörige ermutigt fühlen, sich aktiv an ihrer Behandlung zu beteiligen und jederzeit Fragen zu stellen.

Das Projekt richtet sich zum einem an die breite Bevölkerung, um generell zu dem Thema Patientensicherheit und Patienten-Empowerment zu sensibilisieren, sowie an Gesundheitspersonal und politische Entscheidungsträger:innen, um für eine offene Sicherheitskultur zu werben oder auf strukturelle Defizite aufmerksam zu machen und präventiv zu handeln.

Mit der Umsetzung des Projekts nimmt das APS Bezug auf das nationale Gesundheitsziel Patientensicherheit (GVG), sowie die Forderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Rahmen des Globalen Aktionsplans für Patientensicherheit 2021-2030 indem es heißt: „Die Einbeziehung und Befähigung der Patientinnen und Patienten ist vielleicht das wirksamste Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit.“

Die Videobotschaften wurden medienwirksam veröffentlicht und finden in der Arbeit des APS langfristig Anwendung. Zudem ist ein Netzwerk aus Patientinnen, Patienten, Angehörigen und Fürsprecher:innen entstanden, die sich unter anderem auf öffentlichen Veranstaltungen für die Thematik einsetzen.

Gefördert wurde das Projekt mit einer Laufzeit von 12 Monaten durch das Bundesgesundheitsministerium. Aktuell findet es jedoch weiter Zulauf, der durch Spendenbeiträge finanziert wird. Das APS trägt mit dem Projekt „Patients for Patient Safety – Stimmen für Patientensicherheit“ dazu bei, ein lernendes Gesundheitssystem zu schaffen, in dem Patientinnen und Patienten sicher versorgt werden können.
Patientensicherheit muss als gesamtgesellschaftliche Aufgabe wahrgenommen werden.

**Ansprechparterin:**
Ann-Christin Reckordt, MPH
Projektkoordination
reckordt@aps-ev.de
www.stimmen-fuer-patientensicherheit.de




V.i.S.d.P.: Dr. Ruth Hecker

iGES | CSG

Ihr Partner für

# Anwendungsbegleitende Datenerhebungen

VERFAHRENSBEGLEITUNG | KONZEPTION DER STUDIENDOKUMENTE | DURCHFÜHRUNG & MONITORING




- Q1
- Q2
- Q3
- Q4



**Von der Verfahrenseinleitung bis zur erneuten Nutzenbewertung**

csg-germany.com | pharma.iges.com