www.monitor-versorgungsforschung.de www.m-vf.de 04/24 17. Jahrgang

monitor VERSORGUNGSFORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Titelinterview mit Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu, Kongresspräsidentin des 23. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung: „Eine Symbiose im Sinne der Verbesserung des Patientennutzens“

„Schutz vulnerabler Menschen“ (François-Kettner)

„Risikogruppen schützen – aber wie?“ (Pantel)

„Können oder wollen sie nicht?“ (Piwernetz/Neugebauer)

ISSN 1866-0533

monitor VERSORGUNGS FORSCHUNG

04/24 17. Jahrgang

Editorial

„Von Evaluierung zur Implementierung" 4
Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Redaktion

„Symbiose für die Verbesserung des Patientennutzens" 6
Titelinterview mit Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu, Kongresspräsidentin des 23. DKVF

Teichert: „Gesundheitsversorgung integriert denken" 12
AOK-Forum live in Potsdam: „Brandenburg hat die Wahl"

Zaske: „Mehr Vertrauen in die regionalen Prozesse" 14
Titelinterview mit Michael Zaske, Dr. Martin Albrecht und Steffen Bohm

„AMNOG 2.0 für „besondere Therapiesituationen" 24
Roche Pharma zum HSK: „Innovationen unter Druck"

Science-Fiction oder Versorgungsrealität? 25
HSK-Session von Johnson & Johnson: „Präzisionsmedizin"

„Daten für Taten" 26
Serie „VF made in ..." (Teil 41): Professur „Versorgungsforschung an der APOLLON HS Bremen

„Politikrelevante Forschung" 30
Serie „Institute der VF" (Teil 2): Zentrum für Gesundheitsökonomie

KOMMENTARE / WISSEN (Peer-Review)

Schutz vulnerabler Menschen 34
Kommentarreihe „Corona und Politik" (17): von Hedwig François-Kettner

Risikogruppen schützen – aber wie? 35
Kommentarreihe „Corona und Politik" (18): von Univ.-Prof. Dr. med. Johannes Pantel

„Können oder wollen sie nicht?" 36
von Dr. Dr. Klaus Piwernetz und Prof. Dr. Edmund Neugebauer

„Plädoyer für die Möglichkeit vertraulicher Preise" 42
von Prof. Dr. rer. pol. Wolfgang Greiner, Dr. PH Julian Witte und Dr. PH Daniel Gensorowsky

„Abstimmungsverhalten im AMNOG" 44
von Dr. PH Andrej Rasch

WISSENSCHAFT (Peer-Review)

Dr. med. Jürgen Malzahn / Prof. Dr. med. Jochen Schmitt MPH 55
Was bringt die Krankenhausreform für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Krebs?
Die Autoren untersuchten mittels einer Auswirkungsanalyse basierend auf Daten nach § 21 KHEntgG des Jahres 2022, inwieweit die vorgesehene Leistungskonzentration zur Umsetzung des Nationalen Krebsplans und der Ergebnisse der WiZen-Studie führt.

Dr. med. Sebastian D. Schäfer / Roman Spelsberg MSc / Dr. med. Nadine Rohloff / Dr. med. Charlotte Weber / Hans-Holger Bleß / Teresa Götz MSc / Hannah Ehlert BSc / Nicole R. Heinze MSc / Dr. med. Marco Zugaj MHBA / Prof. Dr. med. Daniel M. Pöpping 61
Multimodale Schmerztherapie bei Patientinnen mit Endometriose: Versorgungsstruktur in deutschen Schmerzzentren
Die Studie deckt verschiedene Herausforderungen und Versorgungslücken in der multimodalen Schmerztherapie bei Endometriose auf. Expert:innen sehen Handlungsbedarf in mehreren Bereichen.

Dipl.-Betriebsw. (FH) Oliver Steidle MA / Dr. med. Ruth Hecker 70
Patient:innen als zusätzliche Sicherheitsbarriere bei der Gabe von Chemotherapeutika
Das Projekt „Sichere Gabe von Chemotherapeutika" am Universitätsklinikum Essen zielt darauf ab, die Sicherheit der Chemotherapiebehandlung durch aktive Einbeziehung der Patient:innen zu verbessern.

Prof. Dr. rer. oec. Alexander Alscher 74
Covid-19-Impfmanagement: de-/zentralisiert und digital optimiert
Dieser Beitrag zeigt, dass international dezentralisierte und zentralisierte Systeme zunächst die gleiche Spitzenleistung erreichten, auf nationaler Ebene gemischte Ansätze einen längerfristigen Erfolg aufwiesen, und im subnationalen Bereich der Wechsel von einem System mit angebotsbasierten Terminen zu einem Registrierungssystem mit Präferenzangaben und automatischer Terminzuweisung zu einer Spitzenleistung führte.

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des DNVF auf den Seiten 51-54

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

STANDARDS

Impressum 2 News 28, 33, 41, 48, 50 Rezension 50

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

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

Monitor Versorgungsforschung
Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung
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 Gesundheitskommunikation
Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung“
ORCID
0000-0003-0506-2916

„Von Evaluierung zur Implementierung”

Titelinterview mit Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu, Kongresspräsidentin des 23. DKVF > 6 ff.

„Die Förderkultur in Deutschland befindet sich meiner Ansicht nach aktuell in einem Umbruch. Es wird auch förderseitig immer mehr erkannt, dass wir, ohne uns dem Thema Implementierung intensiv zu widmen, Forschungsressourcen verschwenden.“ So **Professorin Köberlein-Neu**, die Kongresspräsidentin des 23. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung, dessen Motto lautete „Implementierungswissen schafft innovative Versorgung“.

Interview mit Michael Zaske, MSGIV, Steffen Bohm, AGENON, und Dr. Martin Albrecht, IGES > S. 14 ff.

Das Gesundheitsministerium des Landes Brandenburg (MSGIV) hat für die Krankenhausreform Bedarfsanalysen für die Versorgungsregionen des Landes in Auftrag gegeben. Die Projektpartner stellen dazu erste Studienergebnisse vor.

MVF-Serie „Versorgungsforschung made in ...“ (Teil 41)

Wir besuchen **Prof. Dr. Claudia Kemper** und ihre Mitarbeiterin von der „Versorgungsforschung – Schwerpunkt Therapie und Pflege“ an der APOLLON Hochschule Bremen. > S. 26 ff.

MVF-Serie „Institute der Versorgungsforschung“ (Teil 2)

In unserer neuen Serie stellen wir das Zentrum für Gesundheitsökonomie/Munich Center for Health Economics and Policy (M-CHEP) mit **Prof. Dr. Leonie Sundmacher, Prof. Dr. Michael Laxy, Prof. Dr. Janina Isabel Steinert und Prof. Nikkil Sudharsanan PhD MPH** an der Technischen Universität München vor. > S. 30 ff.

MVF-Herausgeberbeirat

Am 23. März 2024 ist **Professor Dr. rer. pol. h.c. Herbert Rebscher** überraschend verstorben. Wir trauern um ihn und bedanken uns von Herzen für sein langjähriges Engagement. Für die Sepsis-Stiftung begrüßen wir den Vorsitzenden **Prof. Dr. med. Konrad Reinhart** im Herausgeberbeirat und freuen uns über seine Mitwirkung. > S. 3

Rubrik Wissen

Dr. Dr. Klaus Piwernetz und Prof. Dr. Edmund Neugebauer analysieren, warum es Deutschland nicht gelingt, trotz guter Voraussetzungen ein modernes Gesundheitssystem umzusetzen. > S. 36 ff.

Dr. PH Andrej Rasch untersucht das Abstimmungsverhalten bei AMNOG-Nutzenbewertungen und findet in Struktur und Verfahren eine hohe Anfälligkeit für Interessenkonflikte. > S. 44 ff.

Kommentare

Prof. Dr. rer. pol. Wolfgang Greiner, Dr. PH Julian Witte und **Dr. PH Daniel Gensorowsky** plädieren für vertrauliche Erstattungsbeträge. > S. 42 ff.

Zwei weitere Folgen unserer Corona-Kommentare: Hedwig Francois-Kettner („Schutz vulnerabler Menschen bei Pflegebedürftigkeit“) und **Prof. Dr. med. Johannes Pantel** („Risikogruppen schützen – aber wie?“). > S. 34 > S. 35

Wissenschaftliche Beiträge

Malzahn und **Schmitt** präsentieren die Ergebnisse der WiZen-Studie für 11 Krebsarten. Es gibt relevante Überlebensvorteile bei einer Erstbehandlung in einem durch die Deutsche Krebsgesellschaft zertifizierten Zentrum gegenüber nicht zertifizierten Krankenhäusern. > S. 55 ff.

Schäfer u. a. stellen ihre Befragungsergebnisse zu Behandlungsabläufen und Abrechnungsmodalitäten für multimodale Schmerztherapien bei Endometriose vor. > S. 61 ff.

Steidle und **Hecker** zeigen, wie die Einbeziehung der Patient:innen in die Chemotherapiebehandlung die Patientensicherheit verbessert. > S. 70 ff.

Alscher analysiert die zentralisierten und dezentralisierten Impfpolitiken während der Covid-19-Pandemie international, national und subnational. > S. 74 ff.

Ich wünsche Ihnen, wie immer, interessante Lektüre.

Ihr Professor Dr. Reinhold Roski





INSIGHT HEALTH
Our passion - your success

Daten für eine bessere Arzneimittelversorgung

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

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

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

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

www.insight-health.de



„Eine Symbiose im Sinne besserung des Patientenn

„Die Implementierungswissenschaft und die Versorgungsforschung muss an ihrer Schnittmenge noch stärker als bisher zusammenfinden und mehr als bislang zusammenarbeiten." So lautet das Plädoyer von Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu, Inhaberin des Lehrstuhls für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomische Evaluation der Bergischen Universität Wuppertal sowie Kongresspräsidentin des 23. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung. Den Kongresstitel „Implementierungswissen schaf(f)t innovative Versorgung" erläutert Professorin Köberlein-Neu im Titelinterview mit „Monitor Versorgungsforschung" und spricht davon, was sie sich in Zukunft von beiden Wissenschaftsrichtungen erhofft.

Im Titelinterview: Prof. Dr. Juliane Köberlein Neu, Kongresspräsidentin des 23. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung

>> Viele Expert:innen gehen davon aus, dass wir kein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsproblem haben. Nun ist Ihr Kongress, dem Sie als Kongresspräsidentin vorstehen, mit „Implementierungswissen schaf(f)t innovative Versorgung“ überschrieben. Wie steht es denn in Deutschland um das Implementierungswissen?

„In Deutschland befinden sich explizite implementierungswissenschaftliche Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote erst im Aufbau.“

Quantifizieren kann man das nicht. Zu beobachten ist allerdings, dass das Thema zunehmend in das politische und wissenschaftliche Bewusstsein rückt. Gerade im Bereich der Versorgungsforschung interessieren sich immer mehr Wissenschaftler:innen dafür, wie sie Implementierungsfragestellungen in ihre Projekte integrieren können, sie setzen sich verstärkt mit dem Thema auseinander und bauen implizites Wissen dazu auf. Andere Länder wie beispielsweise die USA, Großbritannien, Kanada, die Niederlande oder auch die Schweiz forschen zum Thema Implementierung mittlerweile systematischer und machen die Erkenntnisse explizit für Forschung sowie Praxis verfügbar.

Sehen Sie hierzulande einen starken Fokus auf Implementierung?

Stark würde ich ihn aktuell noch nicht bezeichnen. Dennoch ist das Bestreben sichtbar, im meist vorgegebenen Projektrahmen erste Implementierungsfragestellungen zu integrieren, wie zum Beispiel nach Barrieren und fördernden Faktoren der Implementierung oder zu Erfolgsfaktoren im Implementierungsprozess. Bisher sind für sich stehende Implementierungsstudien aber bei einem Großteil der Förderinstitutionen noch nicht vollumfänglich in den Förderprogrammen verankert, weil in der Versorgungsforschung nun einmal der Fokus zuallererst auf der Alltagswirksamkeit komplexer Intervention, wie etwa neuen Versorgungsmodellen, liegt. Damit hat das Thema Implementierung – zumindest meiner Wahrnehmung nach – hierzulande noch keinen sehr hohen Stellenwert in der praktischen Umsetzung von Forschungsprojekten, da die implementierungswissenschaftlichen Fragestellungen und die hieran geknüpften methodischen Anforderungen innerhalb der Forschungsvorhaben häufig in Konkurrenz zu den üblichen Fragestellungen der Versorgungsforschung stehen. In anderen Ländern – hier nur beispielhaft die USA, Großbritannien und die Niederlande genannt – gibt es hingegen sehr spezifische Projekte, die nur zum Thema Implementierung durchgeführt werden, wo also nicht mehr die Alltagswirksamkeit einer neuen Versorgungsform direkt im Fokus steht, sondern die Wirksamkeit von Strategien zu deren Verankerung.

der Ver-
utzens“

Ist Deutschland abgeschlagen?

Das würde ich so nicht sagen. In einigen Ländern wird Implementierungsforschung einfach viel expliziter durchgeführt als bei uns. Wenn wir aus Deutschland stammende Publikationen anschauen, sehen wir, dass die Mehrzahl der Publikationen zu geförderten Projekten zum einen die Wirksamkeit neuer Versorgungsformen unter Alltagsbedingungen adressieren, zum anderen aber auch die Ergebnisse von Prozessevaluationen beschreiben, welche Barrieren und fördernde Faktoren der Umsetzung neuer Versorgungsformen, Informationen über die erreichten Zielgruppen oder Erkenntnisse zur Umsetzungstreue, also der Fidelity, hervorgebracht haben. Nur wird dann an dieser Stelle häufig stehen geblieben.

Was ist das Ziel der Implementierungsforschung?

Implementierungswissen aufzubauen bedeutet, über die gerade geschilderten Aspekte hinausgehende Fragestellungen in den Blick zu nehmen. Dies sind unter anderem solche, die erfragen, welche Implementierungsstrategien eingesetzt wurden und wie wirksam diese in bestimmten Anwendungskontexten waren; welche Barrieren die eingesetzten Implementierungsstrategien tatsächlich adressieren oder welche fördernden Faktoren diese unterstützt haben; welche Kosten der Implementierungsprozess eines neuen Versorgungskonzeptes aus Sicht der sie Tragenden verursacht hat und so weiter. Ganz konkret an einem Beispiel: Wenn ein neues Versorgungskonzept zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit implementiert wird, ist nicht nur von Interesse, welche Barrieren bei der Implementierung aufgetreten sind und welche fördernden Faktoren begünstigt haben. Diese Information hilft sicher bei der Planung weiterer Initiativen zu dem Thema. Noch relevanter wäre jedoch die Erkenntnis, ob eine bestimmte Implementierungsstrategie, zum Beispiel „externer Support“ wirklich die Barriere(n) abbauen konnte, für die sie entwickelt wurde. Ich denke, in Deutschland ist viel implizites Wissen zu verschiedenen Aspekten der Implementierung vorhanden. Es wird häufig auf der Publikationsseite nicht genug verschriftlicht – da will ich mich persönlich gar nicht ausnehmen.

Liegt das nicht auch an der Art, wie in Deutschland gefördert wird?

Sicherlich stimmt das. Oft reichen die für ein einzelnes Projekt zur Verfügung stehenden zeitlichen und finanziellen Ressourcen nicht aus, um sowohl die klassischen Fragestellungen der Versorgungsforschung als auch spezifische implementierungswissenschaftliche Aspekte in gleicher Weise zu adressieren. Das ist unter methodischen Gesichtspunkten aber auch gar nicht möglich, da jeder Bereich eigene Anforderungen stellt. Möglicherweise fehlten bisher aber auch die personellen Möglichkeiten, insbesondere im wissenschaftlichen Nachwuchs, um den Mainstream an Fragestellungen zur Implementierung, wie zum Beispiel den Fokus auf die Wirksamkeit von Implementierungsstrategien, auf die Forschungsagenda zu rücken. Denn in Deutschland befinden sich explizite implementierungswissenschaftliche Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote erst im Aufbau. So gibt es zum aktuellen Zeitpunkt nur wenige Studien-

gänge, die Implementierungswissenschaft entweder explizit im Titel haben – wie das zum Beispiel in Heidelberg der Fall ist – oder Implementierungswissenschaft ausführlich lehren. Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote für die sogenannte Implementierungspraxis gibt es in Deutschland nahezu gar nicht.

Bräuchte man nicht eine andere Förderkultur, um zu besseren Implementierungserkenntnissen zu kommen?

Die Förderkultur in Deutschland befindet sich meiner Ansicht nach aktuell in einem Umbruch. Es wird auch förderseitig immer mehr erkannt, dass wir, ohne uns dem Thema Implementierung intensiv zu widmen, Forschungsressourcen verschwenden, da wertvolle wissenschaftliche Erkenntnisse nicht in die Praxis gelangen. Schauen wir uns beispielsweise an, wie sich der Innovationsfonds in den letzten Jahren entwickelt hat. Dann wird aus der aktuellen Gestaltung das Bemühen deutlich, einen Förderrahmen für den Brückenschlag von Innovationen mit nachgewiesener Alltagswirksamkeit in die Versorgungspraxis hinein zu bieten. Das alleine reicht aber nicht, denn alle Fördergeber sind davon abhängig, welche Anträge tatsächlich gestellt werden, welche Gutachter:innen begutachten und welches Bewusstsein diese zum Beispiel zur Notwendigkeit bestimmter implementierungswissenschaftlicher Fragestellungen mitbringen. Erschwerend kommt hinzu, dass es in der Implementierungswissenschaft viele Fragestellungen gibt, die zwar sehr anwendungsbezogen erscheinen, welche man aber aus der Perspektive der Implementierungswissenschaft als Grundlagenforschung bezeichnen würde, beispielsweise die zur Wirksamkeit von Implementierungsstrategien und ihren Wirkmechanismen.

Wo liegt das Problem? Es gibt doch Förderungen zur Grundlagenforschung.

Fördergeber wie zum Beispiel die DFG, die auf Grundlagenforschung sehr stark achtet, stufen implementierungswissenschaftliche Projekte gerne mal als anwendungsbezogene Forschung ein und eben nicht als Grundlagenforschung im eigentlichen Sinne. Was Förderinstitutionen als Grundlagenforschung bezeichnen oder als solche betrachten, kollidiert demnach mit dem, wie im Implementierungswissenschaftlichen geforscht wird und mit der methodischen Breite, welche hierbei zur Anwendung kommen kann. Aber auch das wird sich in den nächsten Jahren zunehmend verändern, denke ich.

„Einzelne Implementierungsstrategien und -maßnahmen haben nur dann einen Mehrwert, wenn sie gezielt Barrieren und fördernde Faktoren der Implementierung aufgreifen."

Wo kann Implementierungswissenschaft implizit gefördert werden? Durch das BMBF, das BMG oder den Innovationsfonds, in dessen Rahmen fast regelhaft nicht gerade wenige Fragestellungen zur Implementierung auftauchen?

Alle die genannten Förderinstitutionen sollten ein großes Interesse daran haben, auch implementierungswissenschaftliche Fragestellungen voranzubringen, und ich denke, das haben sie auch. Jedoch muss stärker ins Bewusstsein rücken, dass die Fragestellungen in den Projekten vielleicht andere sind als die bisher gewohnten – nämlich nicht nur die reine Alltagswirksamkeit einer neuen Versorgungsform und die Barrieren sowie fördernden Faktoren, welche bei ihrer Implementierung beobachtet werden. Auch ist wichtig, dass gegebenenfalls Projekte eine andere Struktur und Dynamik aufweisen könnten – beispielsweise viel iterativer angelegt sein müssen, wenn Implementierung stärker zum Forschungsgegenstand wird.

Machen wir das doch bitte an einem Beispiel fest.

Wir haben beispielsweise ein neues Versorgungskonzept, das durch eine Studie auf seine Wirksamkeit im Versorgungsalltag hin evaluiert werden soll – im besten Fall durch eine randomisiert-kontrollierte Studie. Nebenbei gesagt: Das ist in der Versorgungsforschung bei Weitem nicht immer der Fall, weil wir häufig nicht dieses Evidenzlevel realisieren können.

Wo bleibt dabei die Implementierung?

Eben. Dazu bräuchte es entweder ein separates Projekt oder zumindest einen klar definierten und auch geförderten Anteil innerhalb desselben Projekts, der sich explizit mit Fragen der Implementierung beschäftigt. Hier können dann vertiefende Fragen gestellt und erforscht werden, wie etwa, welche Implementierungsstrategien mehr oder weniger wirksam sind, um das betreffende neue Versorgungskonzept in unterschiedlichen Kontexten der Regelversorgung zu verankern. Im besten Fall werden auch die Implementierungsstrategien in einem Kontrollgruppen-Design miteinander verglichen – und dieses „Implementierungswissen" kann eben nicht allein eine Prozessevaluation leisten, die wir häufig in Projekten ergänzend zur summativen Evaluation vorfinden.

Ziel des Innovationsfonds ist es doch, gerade solche Projekte zu fördern, die in die Regelversorgung überführt werden können.

Dies bedingt wiederum das Wissen um die Wirksamkeit von Implementierungsstrategien, das nur im geringen Maße in den bisher geförderten Projekten erforscht wird. Hinzu kommt, dass viele Projekte von Beginn an mit bestimmten Vorstellungen von Implementierungsstrategien gestartet werden, die selten hinterfragt werden und wenig kontextspezifisch sind.

Welche denn?

Implementierungsstrategien gibt es viele. Damit sie wirken können, müssen diese sehr gezielt auf Barrieren und fördernde Faktoren abgestimmt werden, die bei einer Implementierungsinitiative erwartet werden oder de facto im Prozess auftreten. Nicht selten wird zu Beginn eines Projektes aber eher eine Art Gießkannenprinzip verfolgt und z. B. Schulungen für das Pflegepersonal, die Ärzteschaft oder andere Gesundheitsprofessionen, die an der Einführung eines neuen Versorgungskonzepts beteiligt sind, festgelegt – weil Schulungen immer irgendwie dazugehören. Ergänzend finden sich häufig noch Infomaterialien, Leitfäden oder Handlungsempfehlungen. Diese einzelnen Maßnahmen haben aber nur dann einen Mehrwert, wenn sie gezielt solche Barrieren und fördernden Faktoren der Implementierung aufgreifen, die tatsächlich bei einer am Projekt teil-

nehmenden Einrichtung bestehen. Natürlich kann man im Zuge der Antragsstellung zunächst literaturbasiert ein bestimmtes Spektrum an zu erwartenden Barrieren und fördernden Faktoren erarbeiten, man muss ja einen Anhaltspunkt für die Budgetkalkulationen bekommen. Aber es sollte klar sein, dass zu Projektbeginn nicht mit einem festen, ohne konkreten Kontextbezug entwickelten Maßnahmenbündel gestartet werden kann, sondern Projekte dynamischer angelegt sein müssten. Sinnvoll wäre es zum Beispiel, vor Beginn eines Projektes oder direkt zu Beginn die tatsächlichen Barrieren zu explorieren, die bei der Ein- oder Überführung in die Versorgungsrealität in einem bestimmten Kontext auftreten. Kennt man diese Barrieren – beispielsweise mangelnde Unterstützung durch Führungspersonen oder Organisationswerte, die denen der neuen Maßnahme entgegenstehen – kann man viel besser die passenden Strategien definieren. Ist das geschehen, können in einer Studie verschiedene Möglichkeiten evaluiert werden, mit denen eine Barriere beeinflusst werden kann, und diese dann gegeneinander getestet werden. Genau das ist eine Kernaufgabe der Implementierungswissenschaft, deren Untersuchungsgegenstand eben nicht das eigentliche Versorgungskonzept ist, sondern die Frage, wie ein bereits evidenzbasiertes Versorgungskonzept am besten in die Praxis überführt werden kann.

Am besten heißt?

Welche Strategien am effektivsten und effizientesten bei der Implementierung funktionieren. Die so identifizierten und evaluierten Strategien können dann übrigens nicht nur für eines, sondern für mehrere neue Versorgungsformen dienlich sein. Von daher ist es wichtig, Implementierungsstrategien so zu beforschen, dass sich aus den Ergebnissen verallgemeinerbares Wissen ableiten lässt. Bei alldem muss man sich allerdings wieder und wieder klarmachen, dass Implementierungsstrategien immer nur in einem ganz spezifischen Implementierungskontext Sinn und Nutzen schaffen, nämlich wenn die Barrieren und fördernden Faktoren, die sie adressieren, auch vorliegen.

Inzwischen sind viele Lotsenprojekte vom Innovationsfonds gefördert worden. Die meisten werden wohl auf ähnliche Implementierungsstrategien setzen, jedoch ohne vorher evaluiert zu haben, welche im jeweiligen Kontext die besten sind. Wäre es anzuraten, ex ante seitens der Versorgungsforschung oder der Implementierungswissenschaft einen Methoden- und Theoriebaukasten der optimalsten Implementierungsstrategie zum Beispiel für Lotsenprojekte zu schaffen?

Nennen wir das Ganze ein Strategiebündel, weil Implementierung immer kontextspezifisch ist und in der Regel mehrere Barrieren zu adressieren sind. Für solche müssten verstärkt Förderprojekte initiiert werden. Um beim Thema Lotsen zu bleiben, müsste nun in Folgeprojekten herausgefunden werden, welche Implementierungsstrategien unter welchen Situationen und Kontexten am besten funktionieren. Die Projekte können gegebenenfalls ja auch schon auf bereits erhobenen Daten der Vorprojekte aufbauen und diese mit einer anderen Brille analysieren oder vertiefende Untersuchungen mit neuen Daten durchführen.

Das kontextspezifische Arbeiten scheint das Besondere im Bereich der Implementierungswissenschaft zu sein.

Genau. Eine intensive Analyse des Kontextes ist oftmals ein wichtiger Ausgangspunkt in Implementierungsprojekten – sowohl aus Praxissicht als auch aus wissenschaftlicher Perspektive. Das heißt aber auch, dass das Ganze immer komplexer wird. Nehmen wir eine bestimmte Barriere, „Wissen“, die der Einführung einer neuen Versorgungsform entgegensteht. Diese kann auf einer übergeordneten Ebene für verschiedene Standorte den gleichen Namen tragen, sich aber an einem oder mehreren Standorten sehr individuell im Zusammenspiel mit dem jeweiligen Kontext gestalten. So kann es sein, dass an einem Standort die Strategie „Training“ bei dieser Barriere besser funktioniert, an einem anderen Standort beispielsweise die Strategie „Informationsmaterial“. Das liegt einfach daran, dass jede Barriere im jeweiligen Kontext anders gelagert ist und von daher spezifisch adressiert werden muss. Die Herausforderungen der Implementierungswissenschaft liegen nun darin, einerseits kontextspezifisches Wissen zu generieren und dennoch auf einer anderen Seite eine gewisse Generalisierbarkeit ihrer Erkenntnisse zu erreichen.

Kann man das überhaupt in „normalen“ Versorgungsforschungsprojekten erreichen?



Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu

ist seit Oktober 2019 Inhaberin des Lehrstuhls für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomische Evaluation der Bergischen Universität Wuppertal. Sie studierte Gesundheitsökonomie und promovierte 2008 an der Universität zu Köln. Von 2010 bis 2017 besetzte Juliane Köberlein-Neu die Juniorprofessur für Gesundheitsökonomie und -management an der BUW und übernahm 2014 den Vorstandsvorsitz des Bergischen Kompetenzzentrums für Gesundheitsökonomik und Versorgungsforschung (BKG). Bis September 2019 leitete sie am BKG die Arbeitsgruppe „Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomische Evaluation“, welche im Oktober in den Lehrstuhl überging. Ein wesentlicher Schwerpunkt ihrer derzeitigen Tätigkeit liegt in der (gesundheitsökonomischen) Evaluation von Konzepten zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen.

Nur sehr schwierig, aber das muss ja auch gar nicht. Wichtig ist vielmehr, dass wir ein Bewusstsein dafür entwickeln, dass es für die evidenzgestützte Gestaltung von Implementierungsprozessen zusätzliches Wissen braucht, welches gegebenenfalls nicht in einem großen Projekt generiert werden kann. Zum Beispiel kann ein Projekt, in dem es primär um die Alltagswirksamkeit geht, immer um ein zweites ergänzt werden, bei dem es explizit darum geht, wie hinterher die Implementierung am besten gestaltet werden kann. Nur so wird man die volle Breite der Erkenntnisse schaffen können, die man benötigt, um neue Versorgungsformen erfolgreich in die Regelversorgung überführen zu können. Dabei ist klar, dass jedes Projekt die für die grundlegenden Fragestellungen nötigen Methoden, Theorien und auch Studienansätze verwenden muss. Und da die methodischen Anforderungen je nach Fokus der Fragestellung nun mal verschieden sind, kann man nur sehr selten in ein und derselben Studie Evidenz zur Alltagswirksamkeit und zur Implementierung in gleicher Güte schaffen.

„Eine Person, die sich explizit vornimmt, implementierungswissenschaftliche Erkenntnisse generieren zu wollen, hat ein anderes Erkenntnisinteresse, als eine Person in der ‚klassischen' Versorgungsforschung."

Wird Stand heute Implementierungswissenschaft von vorneherein gleich mitgedacht?

Noch nicht überall. Ich glaube jedoch, dass ein großer Teil der Versorgungsforscher:innen schon jetzt versucht, das Bestmögliche auch für die Implementierung aus ihren Projekten herauszuholen. Dass dies noch nicht umfassend gelingt, ist schlichtweg darin begründet, dass es noch zu wenig Personen gibt, die in der Versorgungsforschung, aber auch darüber hinaus die Implementierung zu ihrem Schwerpunkt gemacht haben oder machen konnten.

Das liegt vielleicht auch daran, dass sich Versorgungsforschung in Deutschland von ihrer Geschichte her sehr stark an medizinischen Universitäten und Hochschulen herausgebildet hat, während Implementierungswissenschaft einen soziologischen Charakter hat.

Das ist sicher eine mögliche Ursache. Ich denke aber, dass es ein Stück weit auch den bisherigen Fördermöglichkeiten geschuldet ist. In jedem Wissenschaftsfeld gibt es Weiterentwicklungen, die en gros in die Richtung gehen werden, die von den existenten Fördermöglichkeiten her zu einem bestimmten Zeitpunkt möglich sind.

Insofern wird an Implementierung nur das passieren, was innerhalb der geförderten Projekte erreicht werden kann.

Das ist der große Unterschied vor allem zu den angelsächsischen, den nordischen Ländern oder aber auch unseren Nachbarn wie den Niederlanden: Dort existieren inzwischen Zentren für Implementierungswissenschaft und Dissemination. Auch in der Schweiz gibt es erste Institutionen, die sich sehr intensiv der Implementierung widmen und dazu exzessiv Forschung betreiben.

Gehen wir an der Stelle auf Implementierungswissenschaft und Versorgungsforschung ein. Sind es nicht zwei Seiten einer Medaille?

Sie haben für mich jeweils ihren eigenen Charakter, weisen jedoch durch ein übergeordnetes Ziel, was beide vereinen kann, und das gemeinsam genutzte Methodenspektrum eine große Schnittmenge auf. Die Implementierungswissenschaft ist eher als Querschnittsbereich zu verstehen, der von vielen Disziplinen gebraucht wird, wie etwa dem Bildungssektor, in dem es darum geht, wie Neuerungen beispielsweise in das Schulsystem eingeführt werden können. Gerade dazu wurde in den letzten Jahren einiges an Basiswissen durch die Implementierungswissenschaft entwickelt.

Gilt Ähnliches für den Bereich der Versorgungsforschung?

Eine Person, die sich explizit vornimmt, implementierungswissenschaftliche Erkenntnisse generieren zu wollen, hat ein anderes Erkenntnisinteresse als eine Person in der „klassischen" Versorgungsforschung. Beide arbeiten aber auf das gleiche Ziel hin, nämlich die Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Deshalb ist es auch so wichtig, die Art, was und wie in beiden Bereichen geforscht wird, zu verstehen und sich selbst in diesem Feld zu reflektieren und bewusst zu platzieren.

Machen wir das erneut am Beispiel der Lots:innen fest.

Hier würde man zum Beispiel in einem klassischen Versorgungsforschungsprojekt Fragen dazu finden, ob eine neue Versorgungsform, in der Lots:innen integriert waren, im Vergleich zur derzeitigen Regelversorgung zu einer Verbesserung mit Blick auf bestimmte patientenrelevante Endpunkte im Versorgungsalltag geführt hat. Auch würde man im Rahmen einer begleitenden Prozessevaluation fragen, in welchem Ausmaß das neue Versorgungskonzept im Versorgungsalltag eingesetzt worden ist; oder, welche Komponenten, die das neue Versorgungskonzept umfassen, in welcher Form und Qualität erbracht worden sind. Zudem würde wahrscheinlich untersucht werden, welche Patient:innen tatsächlich mit der neuen Versorgungsform erreicht worden sind.

Das sind nun klassische Fragen der Versorgungsforschung.

Exakt. Aus einer stärkeren implementierungswissenschaftlichen Perspektive würde man im selben Projekt erforschen, welche Implementierungsstrategien eingesetzt und entwickelt wurden, und vor allem, wie diese die vorhandenen Barrieren aufgegriffen und verändert haben.

Obwohl diese, wie Sie bereits ausführten, oft ex ante quasi im luftleeren Raum entstanden sind. Oder einfach nur deshalb eingesetzt wurden, weil jemand aus seiner Bauchevidenz heraus gesagt hat, dass man Schulung immer brauchen kann.

Aus der implementierungswissenschaftlichen Perspektive heraus würde man zuerst analysieren, ob eine Barriere, die man durch „Schulung" adressieren kann, überhaupt vorhanden ist. Wenn es beispielsweise kein wirkliches Wissensproblem gibt, wird auch eine hierauf ausgerichtete Implementierungsstrategie „Schulung" keinen oder nur ganz wenig Nutzen stiften. Die Implementierungswissenschaft hingegen analysiert beispielsweise auch, welche Implementierungs-

strategien so verwendet wurden, wie sie für einen bestimmten Kontext geplant waren und welche Erfolgsschritte im Implementierungsprozess es innerhalb einer Organisation gibt.

Das Augenmerk richtet sich damit auf die Implementierungsaktivitäten und überhaupt nicht mehr auf die neue Versorgungsform an sich.

Ganz richtig. Ich will damit auch deutlich machen, dass die klassische Prozessevaluation, wie wir sie in der Versorgungsforschung betreiben, nicht deckungsgleich ist mit implementierungswissenschaftlicher Forschung. Klar, es gibt eine Schnittmenge, aber eben keine Deckungsgleichheit.

Würden Sie sich persönlich als Implementierungswissenschaftlerin verstehen?

Ich weiß nicht, ob sich überhaupt jemand als reine Implementierungswissenschaftler:in bezeichnen würde. Wir alle haben doch unsere wissenschaftliche Heimat und Sozialisierung. Viele, die Implementierungswissenschaften betreiben, stammen aus der Psychologie oder Soziologie. Ich selbst würde mich nicht als Implementierungswissenschaftlerin in dem Sinne bezeichnen, sondern als jemand, der sich wirklich darum bemüht, innerhalb der Versorgungsforschung Fragestellungen aus der Implementierungswissenschaft zu stellen und zu beantworten. Dazu muss ich mich aber selbst immer wieder daran erinnern, dass aus diesem Blickwinkel heraus manche Fragestellungen anders formuliert und anders erforscht werden müssen.

Implementierungswissenschaftler:innen gibt es in Deutschland auch eher selten. Mir fällt da spontan beispielsweise Professor Wensing aus Heidelberg, Professor Vollmar aus Bochum oder Frau Professorin Roes aus Witten/Herdecke ein, die wohl den Kongress besuchen werden, den Sie Ende September dieses Jahres als Kongresspräsidentin leiten werden. Finden sich da die eben angeschnittenen und besprochenen Themen wieder? Wenn ja, in welchen der vier Stränge?

Wir haben dieses Mal versucht, die Stränge ein wenig anders zu definieren und sie aufeinander aufgebaut. Sie folgen dem Prozess, wie Wissen in die Versorgungspraxis gelangt.

Das Programmkomitee und Sie haben für den im September stattfindenden Deutschen Kongress Versorgungsforschung, kurz DKVF, vier Stränge definiert. Und zwar: Strang 1: Wissen schaffen, Strang 2: Wissen präsentieren und interpretieren, Strang 3: Wissen verbreiten und vermitteln und Strang 4: Wissen in der Praxis anwenden. Im Strang 1 soll beispielsweise die Diskussion zur (Weiter-)Entwicklung von Konzepten, Theorien und Methoden stattfinden. Was erwartet uns da?

Im ersten Strang geht es nicht so sehr um die Erkenntnisse an sich, die Studien schaffen, sondern um die Frage, welche Methoden angewendet werden können. Also zum Beispiel, welche Alternativen es zu den randomisiert kontrollierten Studien gibt, wie etwa der Bereich der Realist-Methoden und das damit verbundene Potenzial für die Evaluation komplexer Interventionen darstellt. Ebenso werden beispielsweise Methoden im Umgang mit versorgungsnahen Daten diskutiert ebenso wie Mixed-Methods-Ansätze.

Was erwartet die Kongressbesucher:innen im zweiten Strang?

Das Thema „Wissen präsentieren und interpretieren". Hier geht es darum, welche Implikationen sich aus gewonnenen Ergebnissen ableiten lassen. „Was passiert jetzt damit und warum?" – So lautet die Kernfrage der Implementierungswissenschaft. Und konsequent geht es im dritten Strang darum, wie man das gewonnene Wissen verbreiten und vermitteln kann. Dabei geht es um den Kompetenzaufbau, um Capacity Building sowohl im forschungsmethodischen als auch im implementierungspraktischen Sinn. Und natürlich auch vice versa: Was kann man von der Praxis lernen und was kann man davon in die eigene Forschung in der jeweils passenden Form aufnehmen.

Und im vierten Strang?

Im vierten und letzten Strang geht es schließlich darum, Projekterfahrungen zu reflektieren und in der Praxis anzuwenden. Hier werden aber auch Barrieren diskutiert: welche Barrieren es überhaupt gibt und auf welche Art und Weise man sie beeinflussen kann. Und wo uns vielleicht einfach Grenzen gesetzt sind. Besonders hervorheben möchte ich an dieser Stelle auch nochmals den Patiententag, welcher am Donnerstag parallel zum weiteren wissenschaftlichen Programm stattfinden wird. Gemeinsam wollen wir der Frage nachgehen, wie zukünftig partizipative Forschung noch stärker erfolgen kann.

Wenn Sie das Kongressthema „Implementierungswissen schaf(f)t innovative Versorgung" auf den Punkt bringen müssen, dann …

… muss Implementierungswissenschaft und Versorgungsforschung an ihrer Schnittmenge noch stärker als bisher zusammenfinden und mehr als bislang zusammenarbeiten. Beide Disziplinen müssen es schaffen, die Symbiose, in die sie sich gegenseitig begeben können, im Sinne der Verbesserung des Patientennutzens noch effizienter zu nutzen. Beide – die Versorgungsforschung einer- und der implementierungswissenschaftliche Bereich andererseits – können enorm voneinander profitieren. Das beginnt schon damit, dass bei jedem Projekt möglichst früh genau die Fragen gestellt und dann auch erforscht werden müssen, die man zum Schluss bei der Umsetzung in den Versorgungsalltag braucht. Dazu hat die Implementierungswissenschaft ein ganzes Spektrum von theoretischen Ansätzen. Es wäre eine große Win-win-Situation, wenn man es schafft, beide Bereiche noch näher zusammenzubringen.

Ich bin schon sehr gespannt auf diesen Kongress. Wir sehen uns und danke für das Gespräch.

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Zitationshinweis

Köberlein-Neu, J., Stegmaier, P.: „Eine Symbiose im Sinne der Verbesserung des Patientennutzens", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/24), S. 6–11. http://doi.org/10.24945/MVF.04.24.1866-0533.2628



v. li.: Ronny Kretschmer, Fraktion Die LINKE, Stellvertretender Vorsitzender Ausschuss für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz, Mitglied des Landtages Brandenburg / Carla Kniestedt, Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Mitglied Ausschuss für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz, Mitglied des Landtages Brandenburg / Daniel Keller, Vorsitzender SPD-Fraktion, Gesundheitspolitischer Sprecher, Landtag Brandenburg / Prof. Dr. Michael Schierack, CDU-Fraktion, Sprecher für Wissenschaft, Forschung und Gesundheit in der CDU-Fraktion. Rechts: Moderator Matthias Gabriel, Verantwortlicher Redakteur beim KomPart-Verlag (AOK).

AOK-Forum live in Potsdam: „Brandenburg hat die Wahl: Für eine Gesundheitsversorgung mit Zukunft!“

Teichert: „Gesundheitsversorgung integriert denken“

Mit Blick auf die bevorstehende Landtagswahl in Brandenburg am 22. September 2024 diskutierten im Alten Rathaus zu Potsdam, in Blickweite zum Brandenburger Landtag, im Rahmen des Talkformats „AOK-Forum live“ Politiker:innen über die Herausforderungen und Chancen für die Gesundheitsversorgung des Flächenlandes. Der Titel der Veranstaltung: „Brandenburg hat die Wahl: Für eine Gesundheitsversorgung mit Zukunft“.

>> „Unser Leben ist endlich, unsere Ressourcen ebenso.“ Auf diesen Punkt brachte Prof. Stefan Heinemann, Professor für Wirtschafts-ethik FOM Hochschule Essen und Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat für digitale Transformation der AOK Nordost, die Dichotomie des menschlichen Lebens. Auf der einen Seite wissen alle, dass die Mortalität bei Menschen präzise bei 100 Prozent – wir alle werden sterben und das ist auch okay – liegt, doch bis dahin gelte das Motto: „versuchen, gesund zu leben, so gut es geht“. Theologe Heinemann weiter: „Und wenn wir einmal krank werden, möchten wir natürlich die bestmögliche Versorgung. Eigentlich so weit so gut.“ Gesund zu sein und zu bleiben sowie gesund zu werden sei ein „relativ intrinsisches Bedürfnis“. Jeder möchte unabhängig von seiner individuellen Lebensphase und Ausgangssituation „irgendwie fair und gerecht“ behandelt werden; doch werde in der Realität klar, dass das, was sich immer so gut liest, nicht ganz funktioniert: Auf der einen Seite wachsen und steigen die Bedarfe, auf der anderen stehen nicht steigende Ressourcen.

Ebenso ist nach Heinemann der Kontext unterschiedlich. So sei eben Brandenburg ganz anders als Nordrhein-Westfalen, aus dem er stamme. In Brandenburg sei die Fläche ein Thema und vor allem die „Gerechtigkeit in der Fläche“. Hier stoße das solidarische Grundprinzip beim Wunsch, ganz viel und immer noch mehr zu erreichen, bei potenziell immer weniger Geld an seine Grenzen. Ein möglicher Lösungsansatz: eine komplette Umorganisation – weg von „diesen ganzen solidarischen Systemen“ –, ein zweiter und probaterer: mehr Effizienz. Heinemann: „Ein möglicher Ausweg liegt darin, dass wir Strukturen schaffen oder auch ertüchtigen, die mit der Komplexität etwas anders umgehen können.“ Hier kommt für den Experten für die Ökonomie und Ethik digitaler Technologien das „viel zitierte Phänomen Digitalisierung“ ins Spiel.

Diese und ganz speziell die künstliche Intelligenz bräuchte man auch schon deshalb, weil man aus normativen Gründen nicht auf Solidarität verzichten könne. „KI ist ein ganz scharfes Schwert“, warnt Heinemann, sieht aber auch eine große Chance: „Es ist das erste Mal in der Geschichte der Menschheit, dass wir ein Instrument wie dieses zur Verfügung haben.“

An dieser Stelle bemühte der Ökonom und Ethiker Homers Odyssee und hier dessen Fahrt zwischen den Ungeheuern Skylla auf dem größeren von zwei sich gegenüberstehenden Felsen der Meerenge und Charybdis auf der anderen: Der Grieche sei schlau gewesen und hätte den klugen Mittelweg der Vernunft gewählt, den er auch im Umgang mit KI anrät: einen klugen Weg zu wählen zwischen der Angst, durch Technologie de-humanisiert und de-professionalisiert zu werden, und dem Ansatz, KI zu domestizieren und auf ihren Platz zu verweisen. Heinemann: „Dann leisten wir in der Menschheitsgeschichte eine ganz enorme Sache, denn wir alle sind die letzte Generation, die das noch kann.“

Trotz Heinemanns eindringlicher Worte für einen positiven Umgang mit der Digitalisierung und ganz speziell der KI gerieten beide Themen ob der aktuellen Themenlage in der anschließenden Mentimeterumfrage ins Abseits. Auf die Frage an die Teilnehmenden, welche gesundheitspolitischen Themen die größte Rolle in der kommenden Legislaturperiode und in der anstehenden Landtagswahl in Brandenburg spielen würde, kamen vor allem die Stichworte „Krankenhausreform“, gefolgt von „Pflege“ und „Finanzierung“, ganz zu Schluss erst die Digitalisierung.

Auch in den anschließenden Eingangsstatements der Podiumsgäste – alles Landespolitiker:innen aus Brandenburg – kam Digitalisierung nicht vor. So betonte Daniel Keller, Vorsitzender der brandenburgischen SPD-Fraktion und gesundheitspolitischer Sprecher des Landtags Brandenburg, dass das Land zum einen die Investitionen in die Krankenhäuser erhöht habe, zum anderen in Zukunft mehr Ärzt:innen selbst ausbilden und fördern und zum Dritten den mit 18 Millionen Euro geförderten Pakt für Pflege verstetigen möchte.

Prof. Dr. Michael Schierack, Sprecher für Wissenschaft, Forschung und Gesundheit der CDU-Fraktion, sprach sich hingegen dafür aus,

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Teichert: ‚Gesundheitsversorgung integriert denken'", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/24), S. 12–13. http://doi.org/10.24945/MVF.04.24.1866-0533.2642

dass es die Aufgabe der Zukunft sein wird, wie Gesundheit in ländlichen Regionen organisiert werden könne. Hier stehe vor allem die Frage im Mittelpunkt, wie der stationäre und ambulante Sektor miteinander gestaltet und auch die Logistikstrukturen gestärkt werden können. Dazu brauche es nicht nur Geld, sondern auch Fachkräfte sowie bei allem nicht nur das Land, sondern auch den Bund.

Ronny Kretschmer, stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz und für die Fraktion Die LINKE Mitglied des Landtages Brandenburg, führte aus, dass es Patient:innen letztlich doch relativ egal sei, ob sie von einem Arzt im Krankenhaus oder von einem niedergelassenen Kollegen behandelt werden; das Wichtigste ist, dass sie überhaupt behandelt werden, wenn sie einer Behandlung bedürfen. Oder einen Platz in einer Pflegestation oder Zugang zu einer adäquaten ambulanten Pflege bekommen. Kretschmer: „Das sind die Probleme, die die Menschen im ländlichen Raum bewegen." Sein Petitum ist daher eine sektorenübergreifende regionalisierte Versorgungsplanung, diese allerdings von ärztlicher Betreuung bis hin zur Pflege.

Das funktioniere nur im Team und mit den bereits existenten Versorgungsstrukturen, setzte CDU-Mann Schierack hinzu. Hier bedürfe es eines „neuen Teamgeistes". Nur damit komme man über eine sektorale Sichtweise hinweg. Diese sei vor 10 oder auch 15 Jahren noch denkbar gewesen, doch werde man sehen, dass dieser Ansatz nicht mehr funktionieren wird und in Zukunft gerade auf dem Lande nicht. Schierack: „Wir müssen alle miteinander Verantwortung übernehmen, denn wir haben diese Verantwortung." Dazu müsse allerdings der Gesetzgeber im Bund die nötigen Voraussetzungen schaffen.

Carla Kniestedt, Mitglied des Ausschusses für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz und für die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Mitglied des Landtages Brandenburg, zeigte sich hingegen ein wenig resigniert. Sie wüsste gar nicht mehr, wie oft diese oder ähnliche Themen vor diesem oder einem anderen Publikum diskutiert worden seien, langsam könne man „mit der Nummer nicht mehr auftreten". Auch könne sie den Begriff „Modell" nicht mehr hören, jetzt sei „machen" angesagt. Das setze zum einen voraus, dass jede einzelne Berufsgruppe, die in diesem komplizierten und komplexen Gesundheitssystem eine Rolle spielt, aus ihrer persönlichen Rolle herauskommt: „Wenn sich jeder nur in seinem Bereich bewegt, kommen wir nicht weiter." Zum anderen müssten neue Regelungen geschaffen werden, damit Pflegekräfte und andere Professionen verantwortlicher arbeiten können. Auch müsse sich ihrer Meinung nach die KV bewegen und zulassen, dass das Land Zugriff auf ambulante Sitze erhält und nicht sofort auf die eigene Hoheit verweist.



v.li.: Ursula Nonnemacher, Ministerin für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, und Daniela Teichert, Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost. Fotos: AOK Nordost/Christian Marschler.

Es sei schon eine Frage, ob ich die Krankenhausreform begleite oder mit dem Finger auf den Bund zeige, gab Keller zu bedenken. Auch müsse kritisch hinterfragt werden, ob es vertretbar sei, dass ein Schlaganfall in der Uckermark eine andere Behandlung erfahre als in Potsdam. Oder ob es vertretbar sei, dass ein Herzinfarkt, statistisch belegt, in der Fläche eine andere Mortalität aufweise als in einem urbanen Gebiet. SPD-Politiker Kellers Anregung und Wunsch: „Das müssen wir mit den Brandenburger:innen diskutierten und vor allem müssen wir erklären, dass das Thema Qualität in der Krankenhausreform eine große Rolle spielt." Auch müsse man sich darin ehrlich machen, dass für viele elektive Eingriffe die Wege künftig weiter werden müssen.

Anschließend zog Gesundheitsministerin Ursula Nonnemacher eine persönliche Bilanz der vergangenen Jahre. „Die gesamte Legislaturperiode war von großen Krisen geprägt. In der Pandemie haben wir eine riesige Impfkampagne umgesetzt, die Afrikanische Schweinepest, der Krieg in der Ukraine, durch den mehr als 60.000 Geflüchtete nach Brandenburg kamen – wir haben die ganze Zeit Krisen abgefedert und Rettungspakete geschnürt", so Nonnemacher. Deswegen sei sie in gewisser Weise frustriert und verärgert, dass es eine so große Unzufriedenheit gebe, obwohl so viel geleistet worden ist. „Es ist schwer, auf reine Panikmache mit Politik zu reagieren." Bei der Krankenhausreform sehe sie es als zentral an, dass die Länder diese gut begleiten und gut umsetzen. Große Sorgen mache ihr allerdings die Rückständigkeit in der Prävention. „Das ist alles keine Raketenwissenschaft." Die fünf wichtigsten Punkte zum Schutz vor koronaren Herzerkrankungen seien sehr einfach umzusetzen, dennoch falle Deutschland bei der Lebenserwartung schon jetzt zurück. Daran muss sich ihrer Ansicht nach ganz dringend etwas ändern, sonst „können wir die Versorgung irgendwann nicht mehr bewerkstelligen", sagte die ehemalige Notfallmedizinerin Ursula Nonnemacher, die bei der kommenden Landtagswahl nicht mehr antreten wird.

Daniela Teichert, Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost, forderte in ihrem Schlusswort neue Antworten auf die Fragen, die das Gesundheitssystem beschäftigen. Jedoch ist ihrer Meinung nach nicht die Krankenhausreform die Lösung, sondern es sei notwendig, die gesamte Gesundheitsversorgung integriert zu denken. Wichtig sei es, die vorhandenen Daten zu nutzen. „Wir müssen endlich die Daten für eine Bedarfsplanung nutzen", sagte Daniela Teichert und zog damit den Bogen zur Keynote von Heinemann. Die Digitalisierung habe für sie die große Chance, die Versorgung der Zukunft mit weniger Ressourcen zu sichern. Künstliche Intelligenz spiele dabei eine Rolle. „Das kann eine echte Chance für eine individualisierte Medizin sein." <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier







Zaske: „Habt mehr Vertra in die regionalen Prozess

Im Interview: Michael Zaske, MSGIV (li.); Steffen Bohm, AGENON (re. oben) und Dr. Martin Albrecht, IGES (re. unten)

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MSGIV) hat die Wirtschaftsförderung Land Brandenburg GmbH (WFBB) beauftragt, grundsätzliche Bedarfsanalysen für die fünf Versorgungsregionen des Landes Brandenburg durchzuführen. Das IGES Institut wurde zusammen mit AGENON Ende September 2023 mit dem Projekt „Erstellung von Versorgungsbedarfsanalysen für die Gesundheitsregionen Brandenburgs sowie Initiierung, Organisation und inhaltliche Begleitung von regionalen Dialogforen und Projektgruppen an jeweils unterschiedlichen Krankenhausstandorten“ beauftragt. Nun liegen erste Studienberichte vor. Die Projektpartner stellen diese vor.

>> Sehr geehrter Herr Zaske, zäumen wir zu Beginn unseres Gesprächs das sprichwörtliche Pferd von hinten auf. Das erklärte Ziel des Projekts „Erstellung von Versorgungsbedarfsanalysen für die Gesundheitsregionen Brandenburgs sowie Initiierung, Organisation und inhaltliche Begleitung von regionalen Dialogforen und Projektgruppen“ ist die „Gegenüberstellung des aktuellen und des demografieabhängigen zukünftigen Versorgungsbedarfs in den für die Krankenhausplanung maßgeblichen fünf Versorgungsregionen des Landes Brandenburg“. Gibt es ein generelles Learning über alle fünf Versorgungsregionen hinweg?

„Die finalen Ergebnisse dieses intensiven Prozesses von Analysen und Dialogformaten werden dann 2025 in den Planungsprozess des fünften Krankenhausplans von Brandenburg eingebracht.“
Michael Zaske, MSGIV

Zaske: Die Dialogformate, die in den fünf brandenburgischen Versorgungsregionen von AGENON und IGES in unserem Auftrag durchgeführt wurden und werden, haben intensive Gespräche mit vielen lokalen Akteuren ermöglicht. Wenn man ein erstes Zwischenfazit für dieses Großprojekt ziehen möchte, ist es die Erkenntnis, dass wir mit den bereits erstellten Analysen und den eingesetzten Dialogformaten richtigliegen. Letztere haben gezeigt, dass es seitens der lokalen und regionalen Akteure einerseits einen großen Bedarf an Diskussionen gibt, andererseits wurde uns aber auch eine Verunsicherung zurückgespiegelt. Diese münden in Fragen wie etwa: „Wie können wir uns einbringen?“ Oder: „Was bedeuten die anstehenden Reformen für meine Region und ganz speziell für meine Einrichtung oder mich persönlich?“

uen
se“

Das heißt, dass insbesondere die Dialogforen …

Zaske: … uns enorm dabei helfen, auf der einen Seite Unsicherheiten abzubauen und andererseits gemeinsam Wege zu erarbeiten, wie die Gesundheitsstruktur in den jeweiligen Regionen in den zukünftigen Jahren aussehen kann. Doch können wir zum derzeitigen Projektstand noch kein endgültiges Fazit ziehen. Zwar sind die Dialogforen in den meisten Regionen bereits gestartet, doch steht die fünfte Region noch aus – sie starten aber demnächst. Die finalen Ergebnisse dieses intensiven Prozesses von Analysen und Dialogformaten werden dann 2025 in den Planungsprozess des fünften Krankenhausplans von Brandenburg eingebracht. Dies übrigens im Rahmen der dann gemeinsamen Krankenhausplanung von Berlin und Brandenburg.

Welche Fragen sollen bis dahin geklärt sein?

Zaske: Einige der wichtigsten Fragen lauten: „Wie kann kooperiert werden?“ „Was kann jeder einzelne Leistungspartner beitragen?“ „Was trauen sich Kliniken selbst zu?“ „Welche Kooperationspotenziale sehen die Akteure für sich selbst?“ Die Antworten auf diese und noch viel mehr Fragen benötigen wir nicht nur für die Krankenhausplanung selbst, sondern auch für die Abstimmungen und Diskussionen mit dem Bundesministerium für Gesundheit im Vorfeld der Krankenhausreform des Bundes. Hier helfen uns die bereits gewonnenen Erkenntnisse aus den bereits vorliegenden Bedarfsanalysen der fünf Versorgungsregionen, aber auch die vielfältigen Stimmungsbilder und Anregungen, die wir aus den Dialogforen und Arbeitsgruppen in den einzelnen Regionen gewonnen haben. Das hilft uns, kompetent und evident zu argumentieren, wie wir uns eine von den realen Bedarfen einerseits und den lokalen Möglichkeiten und Angebotsstrukturen andererseits her gestaltete Versorgungsplanung vorstellen. Das Vorhaben ist äußerst komplex, weil wir damit gleichzeitig die Grundlage für einen zukünftig sektorenübergreifenden und regionalen Versorgungsansatz schaffen.

Herr Bohm, für die Durchführung des Projekts hat die Wirtschaftsförderung Brandenburg die beiden Berliner Beratungsunternehmen IGES und AGENON beauftragt. Wie sah und sieht die Arbeitsteilung aus? Wie wurde die parallel verlaufende Arbeit mit datengetriebenen Versorgungsanalysen und Dialogforen aufgesetzt?

Bohm: Die Außenaktivitäten im Projekt bestehen aus drei miteinander verbundenen Komponenten: In jeder der insgesamt fünf Versorgungsregionen startet der Dialog mit einem ersten Dialogforum, in dem die Akteure vor Ort über den Hintergrund, die Ziele, die Datenanalytik und den Ablauf des Projektes informiert werden. In jedem Landkreis einer Versorgungsregion schließt sich daran eine Arbeitsgruppensitzung an, in der die Ergebnisse der kreisbezogenen Datenanalysen zu Kapazitäten und Inanspruchnahme in der stationären und ambulanten Versorgung im Istzustand und in der demografischen Fortschreibung bis zum Jahr 2030 präsentiert und besprochen werden. Aus einer im Rahmen des Projektes durchgeführten Projektrecherche werden außerdem Lösungsansätze für typische Problemlagen in der Versorgung vorgestellt und im Hinblick auf ihre Eignung in der Region diskutiert. Je nach Kreiszuschnitt können die Arbeitsgruppen auch über mehrere Kreisregionen hinweg gebildet werden. Ergänzend dazu werden Einzel- und Gruppeninterviews zu Einschätzungen und Bewertungen der Versorgungssituation sowie zu den Herausforderungen mit Vertretern der verschiedenen Leistungsbereiche vor Ort geführt. Die Ergebnisse werden für einen zweiten regionsspezifischen Dialog aufbereitet. Unser abschließender Bericht dient dann dem Ministerium als eine der Grundlagen für die weiteren Schritte bei der Landeskrankenhausplanung.

Welchen Part übernimmt dabei das IGES Institut?

Albrecht: Unser gemeinsames Projekt gliedert sich in zwei Bereiche: einen analytischen und einen dialogischen. Der analytische Bereich teilt sich wiederum in Datenanalysen, die schwerpunktmäßig vom IGES Institut durchgeführt werden, und in Literatur-, Review- und Projektrecherchen, die vor allem von AGENON verantwortet werden. Wir haben jedoch keine ganz strikte Trennung der Aufgabenbereiche,

das wäre auch nicht sinnvoll. Unser wesentliches Ziel ist es, mit den bei beiden Beratungsunternehmen vorhandenen Kompetenzen aus verschiedensten Datenquellen für die oft sehr unterschiedlichen Versorgungsbereiche ein möglichst umfassendes, aber auch gleichzeitig räumlich möglichst differenziertes Bild der aktuellen Versorgungssituation zu gewinnen. Und – das ist die nächste große Aufgabe – daraus Entwicklungen abzuschätzen und fortzuschreiben, die den künftigen regionalen Versorgungsbedarf bestimmen werden. Das ist alles andere als trivial. Aufgrund der sektoralen Organisation unseres Gesundheitssystems haben wir es hier mit sehr verschiedenartigen Datenquellen zu tun. Wenn man zum Beispiel mehr über regionenübergreifende Patientenströme erfahren möchte, muss man schon ein bisschen Datenpuzzle spielen können. Glücklicherweise können wir hier in einigen Bereichen auf bereits existente Sonderauswertungen zurückgreifen, auch werden wir bei den Daten von vielen Beteiligten – vor allen vom Ministerium, aber auch von der AOK Nordost, der IKK Brandenburg und Berlin, der Knappschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg – mit Datenauswertungen unterstützt, die uns in der Gesamtschau helfen, ein sehr differenziertes Lagebild zu bekommen. Wie eben angedeutet: eben nicht nur ein Lagebild, sondern auch eine Entwicklungsanalyse des künftigen Versorgungsbedarfs.

„Eine weitere Herausforderung besteht darin, mögliche Entwicklungen der von der Bundesregierung geplanten Krankenhausreform zu antizipieren und deren mögliche Auswirkungen zu analysieren.“
Dr. Martin Albrecht, IGES

Welche Daten nutzen Sie vor allem?

Albrecht: Alle uns zur Verfügung stehenden. Wobei eine weitere Herausforderung darin besteht, mögliche Entwicklungen der von der Bundesregierung geplanten Krankenhausreform zu antizipieren und deren mögliche Auswirkungen zu analysieren. Neben der Analyse der aktuellen Versorgungssituationen und der Analyse der Entwicklung des zukünftigen Bedarfs werden in dem Projekt aber auch innovative Versorgungsansätze in den Fokus gestellt. All das dient als Diskussionsgrundlage der regionalen Projektansätze im dialogischen Teil, den wir gemeinsam durchführen und der aus einer Vielzahl von Dialogveranstaltungen, Arbeitsgruppentreffen und Experteninterviews mit Vertreterinnen und Vertretern der unterschiedlichen Versorgungsbereiche der Landkreise und Städte besteht. Diese dialogische Arbeit dient zum einen dazu, die Zahlen und Daten aus unseren empirischen Analysen gemeinsam zu interpretieren, also im Hinblick auf die künftigen Versorgungsnotwendigkeiten zu deuten und hieraus gemeinsam Schlussfolgerungen zu ziehen. Dasselbe gilt für die Bewertung von innovativen Versorgungsansätzen, die teilweise schon in anderen Regionen außerhalb Brandenburgs eingesetzt und erprobt worden sind. Wir wollen in Erfahrung bringen, welche dieser Ansätze die an der Versorgung in Brandenburg Beteiligten als tauglich und hilfreich einschätzen und welche nicht.

Damit ist der dialogische Bereich eine Art Bottom-up-Ansatz, der die Akteure vor Ort in die Planung miteinbezieht.

Zaske: Wir können nur gemeinsam neue Strukturen, Konzepte und Strategien planen. Die Hoffnung, dass eine Versorgung, die auf dem Reißbrett entstanden ist, von den Akteuren vor Ort schon irgendwie umgesetzt wird, geht doch meist nicht auf. Das gilt für uns als Land, das gilt aber auch insbesondere für den Bund, der uns zurzeit mit seinen sehr engen Vorgaben in der Krankenhausplanung die Luft zum Atmen nimmt.

Hier müssen Sie sich doch auch an die eigene Nase fassen.

Zaske: Das tun wir. Doch haben wir im Rahmen des Brandenburger Wegs seit Langem gelernt, sehr genau zuzuhören, um zu erfahren, was in den einzelnen Versorgungsregionen geschieht und vor allem, welche Lösungen regional und lokal gefunden oder präferiert werden. Selbstverständlich werden wir erfolgreiche Lösungen, die uns aus den Regionen vorgestellt werden oder die zusammen mit uns entwickelt werden, in den Planungsprozess übernehmen. Insofern kann man hier durchaus von einem Bottom-up-Ansatz sprechen, den ich jedoch lieber als „beteiligungsorientierte Planung“ bezeichnen würde. Andere nennen den Ansatz seit Langem den Brandenburger Weg, bei dem wir sehr erfahren darin geworden sind, die diversen regionalen Akteure der Selbstverwaltung mitzunehmen, damit sie sich hinterher in den Lösungen wiederfinden.

Ist Ihre „beteiligungsorientierte Planung“ auf ihr Bundesland beschränkt? Aus den bisher vorliegenden ersten Versorgungsanalysen geht beispielsweise hervor, dass im Landkreis Dahme-Spreewald 17,0 Prozent aller Krankenhausfälle der dortigen Bevölkerung auf Krankenhäuser in Berlin entfielen. Und 19,2 Prozent aller vollstationären somatischen Krankenhausfälle der Bevölkerung des Landkreises Elbe-Elster wurde durch bzw. in Krankenhäusern in Sachsen versorgt. Lautet ihr gesundheitspolitisches Fazit, dass Versorgungsbedarfsanalysen künftig landesübergreifend stattfinden müssen? Falls ja: Auf welcher gesetzlichen Basis angesichts der föderalen Struktur Deutschlands?

Zaske: Grundsätzlich arbeiten wir insbesondere mit Berlin, der großen Kommune in der Mitte unseres Bundeslands, sehr eng zusammen. Ab 2025 gehen wir einen Schritt weiter und werden wieder eine gemeinsame Krankenhausplanung durchführen. Schon jetzt sind wir dabei, die dafür nötigen Methoden, Instrumente und Zeitpläne abzustimmen. Wir sind aber auch mit den anderen, an Brandenburg angrenzenden Bundesländern wie Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und auch Niedersachsen im Austausch, um länderübergreifende Planungsentscheidungen abzustimmen.

Hier sollten wir etwas ins Detail gehen.

Zaske: Es würde keinen Sinn machen, auf der dies- oder jenseitigen Grenze eines Bundeslands Abteilungen zu schließen, wenn damit ein Versorgungsloch über Landesgrenzen hinweg entstehen würde. Derartige Absprachen sind schon jetzt regelhaft Bestandteil des Austauschs zwischen den Bundesländern. Noch schöner wäre es allerdings, wenn uns der Bund die Möglichkeit geben würde, Leistungsgruppen in Kooperation über Ländergrenzen hinweg zu planen. Dazu müssen allerdings neue Strukturkriterien und Leistungsvoraus-

setzungen definiert werden, auch für Leistungen, die telemedizinisch erbracht werden können. Das würde uns sehr viel weiterhelfen – Richtung Sachsen, Sachsen-Anhalt, aber auch insbesondere Richtung Berlin.

Birgt die Diskussion um die aktuelle Bundeskrankenhausreform Momente der Hoffnung?

Zaske: Zurzeit sind nicht einmal Kooperationen innerhalb eines Bundeslandes rechtssicher, geschweige denn über Bundesgrenzen hinweg. Da wir 2025 nicht aufhören werden mit unserer eigenen Planung, hoffe ich auf eine grundlegende Gesundheitsreform. Doch werden wir erst einmal mit dem leben müssen, was uns die anstehende Bundeskrankenhausreform bescheren wird. Ich gehe davon aus, dass deren Initiierungsphase bis mindestens 2030 laufen wird.

Zurück auf die Erkenntnisebene. Herr Albrecht, wenn Sie eine zentrale Erkenntnis der fünf Versorgungsbedarfsanalysen Brandenburgs nennen müssten, worum ich Sie hiermit bitte: Welche der detektierten Anpassungserfordernisse und Lösungsansätze sind für Sie die wichtigsten?

Albrecht: Ich kann Ihnen ebenso nur einen ersten Zwischenstand geben, da wir den ersten Analyseschritt bislang nur in einem der fünf Versorgungsgebiete beendet haben.

Für das Versorgungsgebiet Lausitz-Spreewald.

Albrecht: Genau. In den anderen vier Versorgungsgebieten haben wir teilweise gerade erst mit unserer Arbeit begonnen. Doch kann ich aus den bereits durchgeführten Gesprächen ein paar Punkte benennen, die sich in vielen Diskussionen vor Ort als Schwerpunkte herausgebildet haben.



Michael Zaske

ist seit Juli 2020 Abteilungsleiter Gesundheit im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MSGIV). Davor hatte er die kommissarische Leitung der Abteilung Gesundheit im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MASGFF) inne. Weitere Stationen in Brandenburg: 2015–2019 Leiter des Referats „Gesundheitliche Versorgung, Gesundheitswirtschaft, Krankenhäuser und Rehabilitation und Kurorte“ im MASGFF.

Welche wären das?

Albrecht: Eine zentrale Perspektive des gesamten Projekts, das als Vorstufe zur bevorstehenden Landeskrankenhausplanung und im Lichte der von der Bundesregierung geplanten großen Krankenhausreform zu verstehen ist, ist die Ambulantisierung. Alle Beteiligten müssen davon ausgehen und erwarten das auch, dass ein Teil der bisher stationär im Krankenhaus versorgten Fälle zukünftig ambulant behandelt wird. Eine häufig gestellte Frage lautet in diesem Zusammenhang, wer diese Fälle zukünftig versorgen und unter welchen Voraussetzungen dies geschehen soll. Dazu muss man wissen, dass speziell im Land Brandenburg schon jetzt eine unterdurchschnittliche Arztdichte im ambulanten Bereich zu verzeichnen ist. Dabei wird die brandenburgische Bevölkerung älter, multimorbider und zudem immobiler. Zudem sind die räumlichen Entfernungen überdurchschnittlich groß. Daher ist es notwendig, sehr genau zu analysieren, welche Krankenhausfälle künftig von der verstärkten Ambulantisierung betroffen sein werden und vor allem, wie man sie tatsächlich versorgen kann. Dabei stellt man sehr schnell fest, dass es nicht nur mangelnde Kapazitäten für häusliche Pflege und für Kurzzeitpflege nach ambulanten Eingriffen gibt, sondern schon heutzutage nicht genügende Transportkapazitäten vorhanden sind.

Dabei stellt man sehr schnell fest, dass es zum einen mangelnde Kapazitäten für häusliche und für Kurzzeitpflege nach ambulanten Eingriffen gibt, dass zum anderen aber auch nicht genügende Transportkapazitäten vorhanden sind. Das betrifft nicht nur den Zugang der Patient:innen zur behandelnden Einrichtung. Viele Krankenhäuser in den Regionen berichten schon heute, dass es große Schwierigkeiten gibt, Patient:innen nach einer Behandlung ins häusliche oder pflegerische Umfeld zurückzubringen, falls dieses überhaupt in ausreichendem Maße vorhanden ist. Das liegt daran, dass es sowohl an Patiententransportdiensten als auch an Taxen mangelt. Und die Rettungsdienste können und sollen diese Aufgabe nicht auch noch übernehmen.

Was bleibt dann?

Albrecht: Diese Patient:innen werden bislang länger als eigentlich nötig im Krankenhaus behalten, was künftig kaum noch möglich sein wird. Darum wird die Ausgabe, diese offensichtliche Transportlücke zu schließen, eine der ganz zentralen Herausforderungen für die künftige Patientenversorgung in Brandenburg sein. Das heißt, dass wir in diesem Projekt auch herausfinden müssen, welche Lösungsmöglichkeiten es hierfür gibt. Ein weiterer Punkt ist, dass die Krankenhausstandorte und deren Träger in einer Region nicht so einfach ihr Leistungsangebot aufeinander abstimmen und sich gegenseitig Fälle zuweisen können. Das funktioniert schon aus kartellrechtlichen Gründen nicht, auch wenn der gute Wille oft durchaus vorhanden ist.

Bohm: Positiv hervorzuheben ist, dass die Anzahl und auch die Vielfalt von Versorgungsprojekten in Deutschland in den vergangenen 10 bis 15 Jahren enorm zugenommen hat. Das ist nicht nur, aber doch auch in erheblichem Maße dem Innovationsfonds zu verdanken. Die Anzahl der begleitenden Ergebnis- und Evaluationsberichte, die alle öffentlich zugänglich sind, nimmt beständig zu. Übrigens auch für einen Teil der Projekte, die wir betreut haben, wie etwa das Großprojekt in Templin. Wir verfügen nun über einen größeren Wissensschatz aus Projektansätzen, die zu nachhaltigen Verbesserungen,

insbesondere in den ländlichen Regionen, beitragen können oder die Lösungsansätze für bestehende strukturelle Anpassungserfordernisse bieten, ohne dass es zu Friktionen in der Versorgung der Bevölkerung kommt. Dabei geht es stets um die Entwicklung und Etablierung einer alternativen Struktur und nicht einer Doppelstruktur.

„Generell sind solche Lösungsansätze im Fokus, die Wege aufzeigen, wie man erforderliche Anpassungen in den Versorgungsstrukturen vornehmen kann, ohne dass es zu Friktionen in der Bevölkerung kommt."
Steffen Bohm, AGENON

Das kann und sollte man sicher nicht oft genug betonen.

Bohm: Richtig. Wie so etwas funktionieren kann, hat das brandenburgische Templin-Projekt gezeigt und hat dafür ja auch eine positive Empfehlung seitens des Innovationsausschusses zur Überführung in die Regelversorgung erhalten. Ein weiteres wichtiges Feld für erforderliche Innovationen bildet der wünschenswerte flexible und sektorenunabhängige Einsatz vorhandener ärztlicher und pflegerischer Ressourcen und Expertise, beispielsweise im Zuge des Abbaus beziehungsweise der Umwandlung stationärer Kapazitäten. Hier sind unter anderem niedrigschwelligere Versorgungsansätze für Menschen mit akuten Beschwerden denkbar, die einerseits in Praxen und MVZ nicht ausreichend versorgt werden können, für die andererseits aber auch nicht die Ressourcen eines Krankenhauses erforderlich sind. Last but not least muss man sich damit befassen, wie der pflegerische und ärztliche Nachwuchs für die Versorgung in strukturell schwächeren Regionen gesichert werden kann. Hier sind beispielsweise Ansätze und Projekte immer willkommen, die zur Schaffung attraktiver Lebens- und Arbeitsbedingungen in der Medizin und der Pflege im ländlichen Raum Beiträge leisten können. Hierzu zählt insbesondere auch die Bildung von Netzwerken mit attraktiven Weiterbildungskonzepten, ein Thema, das wir vertiefend in der Lausitz bearbeiten werden.

Bei all dem bereits Gesagten muss doch Herrn Zaskes Kopf schwirren vor lauter Möglichkeiten, die man am besten alle gleichzeitig angehen sollte, das jedoch bei begrenzten Budgets und vor allen Dingen begrenztem Personal. Arbeiten Sie in Ihrem Ministerium 24 Stunden am Tag und wenn es sein muss auch noch des nächtens?

Zaske: Manche meiner Kolleginnen und Kollegen haben vielleicht manchmal den Eindruck, dass das so ist. Doch ganz so schlimm ist es nicht. Es ist aber sicherlich für alle ein spannender und herausfordernder Prozess, den man nicht so oft in seinem Arbeitsleben begleiten darf. An solch massiven Strukturveränderungen gestaltend mitarbeiten zu können, ist zwar viel Arbeit, macht aber auch Spaß und Freude, wenn man sieht, was man schaffen kann, wenn man will. Wir reden seit weit über 30 Jahren über Strukturreformen, den nötigen Blick auf die regionale Versorgung und über notwendige sektorenübergreifende Modelle. Und jetzt haben wir die Möglichkeit und die Chance, ganz praktisch in diese Richtung zu arbeiten. Auch haben wir im Ministerium in der Projektgruppe zur Umsetzung der Gesundheitsreform sehr motivierte Kolleginnen und Kollegen, die gerne an dem Thema arbeiten und mit IGES und AGENON als Partner sehr engagiert zusammenarbeiten und sie vor allen Dingen sehr kompetent unterstützen. Die innere Motivation ist mehr als vorhanden. Übrigens auch bei vielen der beteiligten Akteure: Viele brennen auf Veränderung. Die das noch nicht tun, müssen wir auf unserem gemeinsamen Weg mitnehmen und motivieren – aber immer die gesetzlichen Rahmenbedingungen beachten. Leider muss man sagen, dass die uns vom Bund gesetzten Rahmenbedingungen im Moment bei Weitem noch nicht so ausreichend sind, wie wir sie uns wünschen. Das Positivste, was man sagen kann, ist, dass der Bundesgesundheitsminister immerhin den Mut hatte, eine derartige Reform überhaupt anzugehen.

Haben Sie noch Hoffnung?

Zaske: Die anstehende Krankenhausreform ist noch deutlich verbesserungsfähig. Das haben wir sehr deutlich mündlich und schriftlich ausgedrückt. Brandenburg ist übrigens eines jener Bundesländer, die schon sehr umfangreich in Gesetzesform gegossene Verbesserungsvorschläge gemacht haben. Dazu hatten wir mehrere Kongresse und Planungsgespräche mit dem Bund. Die Länder sind sich übrigens inzwischen unisono einig, dass es Verbesserungen an dem sogenannten Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz geben muss. Einer der Punkte ist zum Beispiel jener, dass regelhaft Kooperationen in den Regionen und auch über die Regionen und Bundesländer hinaus zugelassen werden müssen. Dazu liefert uns vor allem IGES/AGENON hervorragendes Grundlagenmaterial, das uns hilft, den regionalen Blick auf die Versorgung zu schärfen. Ein weiterer Punkt ist der, dass im ambulanten und stationären Bereich immer ein Ambulantisierungskoeffizient pro Leistungsgruppe oder Leistungsbündel mitgedacht werden muss. Das ist eine der grundlegenden Voraussetzungen dafür, dass wir überhaupt sektorenübergreifend in einer Region planen können. Wenn uns der Bundesgesetzgeber dabei nicht hilft, bleibt uns nur übrig, auf den bestehenden Möglichkeiten aufbauend in den Regionen Kooperationen weiter auf- und auszubauen. Wir hoffen aber, dass uns der Bund über das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz im Zusammenspiel mit der Notfallreform die Möglichkeit eröffnet, zu echten regionalen Anpassungen und zu einer tatsächlich regelhaften kooperativen Leistungserbringung zu kommen.

Macht es Sinn, wenn zwei oder noch mehr Kliniken in nicht allzu weiter Entfernung den gleichen Versorgungsauftrag erfüllen?

Zaske: Eben. Zielführender wäre es, wenn uns der Bund erlaubt, eine komplementäre Zusammenarbeit zu unterstützen. Das können wir im Moment nur sehr begrenzt.

Was brauchen Sie noch?

Zaske: Wir benötigen echte neue Instrumente für ambulant-stationäre Leistungserbringende. Im Moment haben wir nur im begrenzten Umfang die sogenannten sektorenübergreifenden Versorger, die manche noch Level 1i-Häuser nennen. Ob es solche überhaupt geben wird, steht aber noch in den Sternen, weil die Refinanzierungsstruktur bislang nicht eindeutig geregelt ist. Der Bundesgesundheitsminister spricht zwar beispielsweise von einer Selbstkostendeckung der-

artiger Einrichtungen – es ist uns aber noch nicht ganz klar, wie das funktionieren soll. Wir brauchen dafür Instrumente, auch über sektorenübergreifende Versorger hinaus, für all jene Kliniken, die ambulante Leistungen in der Region erbringen sollen.

Nicht auch vice versa?

Zaske: Theoretisch könnten zusätzliche ambulante Leistungen auch andere ambulante Akteure erbringen, wenn es sie denn gibt. Das können Ärztenetze sein, niedergelassene Einrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, kommunale MVZ oder sogar ganz andere Leistungserbringer. Wir müssen offen sein, bei allem neue Wege zu gehen. Vor allem brauchen wir einen gangbaren Weg, dass Krankenhäuser die vorher von ihnen stationär erbrachten Leistungen in der Region ambulant erbringen können. Auch dabei hilft uns der Bund aktuell nicht sehr viel. Gott sei Dank haben wir in Brandenburg eine sehr offene Kassenärztliche Vereinigung, die bereit ist, mit uns den Weg einer regionalen Versorgungsplanung zu beschreiten. Das heißt, um das ganz deutlich zu sagen: Land und KV in Brandenburg können sich vorstellen, dass im Landesausschuss das Land für die ambulante Bedarfsplanung mit einbezogen wird. Wir können uns im Gegenzug vorstellen, die Kassenärztliche Vereinigung bei der stationären, auf eine Region bezogenen Bedarfsplanung ins Benehmen zu setzen. Damit sind wir als Akteure im Land schon deutlich weiter als die ängstlichen Partner auf der Bundesebene. Wir geben aber nicht auf und arbeiten intensiv darauf hin, dass wir zumindest einige wichtige Instrumente bekommen, wie zum Beispiel die Möglichkeit von Institutsambulanzen aus strukturellen Gründen. Ein struktureller Grund wäre zum Beispiel, dass wir, wenn Kliniken stationäre Leistungen ambulantisieren, das Instrument einer Institutsambulanz nutzen können. Ebenso müssen wir in den Regionen extrabudgetäre Sonderbedarfe bekommen, wenn das Land die Notwendigkeit dazu feststellt.



Dr. Martin Albrecht

ist am IGES Institut als Geschäftsführer und Leiter des Bereiches Gesundheitspolitik zuständig für die Bereiche Finanzierung, Wettbewerb und Effizienz im Gesundheitssystem. Voraus gingen wissenschaftliche Tätigkeiten u. a. beim Sachverständigenrat gesamtwirtschaftliche Entwicklung und der Rürup-Kommission. Er ist Volkswirt und beschäftigt sich vor allem mit Fragen der Finanzierung und Vergütung von Gesundheitsleistungen, Wettbewerb im Gesundheitswesen, Versicherungsökonomie, Finanzprognosen sowie Krankenhaus- und Bedarfsplanung.

Extrabudgetär heißt, dass nicht das KV-Budget belastet wird, sondern aus dem früheren stationären Budget die nötigen Mittel überführt werden.

Zaske: Und dies vor allem budgetbereinigt. Solche an sich einfachen und recht simplen Möglichkeiten benötigen wir dringend. Hier muss uns der Bund helfen.

Wollen Sie das ergänzen, Herr Bohm?

Bohm: Gegenwärtig besteht leider ein dichtes Geflecht unterschiedlicher gesetzlicher und untergesetzlicher Normen, das auch den Transfer bisher der stationären Versorgung vorbehaltener Mittel in die ambulante Versorgung unendlich erschwert und auch blockiert. Die Hauptfragen lauten deshalb: Wie müssen unsere bisherigen Rahmensetzungen verändert werden, damit die erforderlichen Handlungsspielräume entstehen, und wie müssen die Anreize gesetzt werden, damit sie auch genutzt werden? Die Antworten darauf müssen wir finden. Die momentan allenthalben wahrzunehmende Unsicherheit wird sich wohl noch einige Zeit hinziehen, weil veränderte bundesgesetzliche Vorgaben ja auch erst einmal auf den verschiedenen Ebenen umgesetzt werden müssen. Das Problem ist, dass wir die dafür nötigen Zeiträume aber teilweise gar nicht mehr haben. Wir müssen heute Probleme lösen oder zumindest heute schon die Voraussetzungen dafür schaffen, dass der künftige Versorgungsbedarf quantitativ und qualitativ ausreichend gedeckt werden kann. Das ist die Herausforderung.

Was sicher eine große Veränderungsbereitschaft bei allen Beteiligten vor Ort erfordert.

Bohm: Einerseits sind die Akteure gewissermaßen erschlagen von der gesundheitspolitischen Diskussion auf der Bundesebene mit ihren derzeit nicht absehbaren Auswirkungen auf der regionalen und lokalen Ebene. Die Veränderungsbereitschaft besteht, ja, aber sie trifft auf ein hohes Maß an Fragmentierung und Komplexität in all den auch noch mit- und ineinander verflochtenen Regularien. Das erschwert die Suche nach Lösungen enorm und führt zu Frustration.

Wie etwa mit der Ambulantisierung, die ein durchaus zweischneidiges Schwert sein kann.

Bohm: Vollkommen richtig. Es macht doch keinen Sinn, einerseits Krankenhäusern ambulante Tätigkeiten zu ermöglichen, dies jedoch andererseits daran zu binden, dass nach der Maßgabe der Bedarfsplanung eine Unterversorgung bestehen muss. Soll ambulantisiert werden, müssen zusätzliche ambulante Kapazitäten geschaffen werden können, ob nun eine Unterversorgungssituation besteht oder nicht. Wenn man das Pferd Ambulantisierung so aufzäumt, wird man es nie an den Start bekommen. Das derzeitige starre Regelungsgefüge benötigt auf jeden Fall mehr Flexibilität, um vor allen Dingen in den Regionen abweichende Lösungen im Einvernehmen der Beteiligten zu schaffen. Im Übrigen: Zur Ambulantisierung gehört auch, dass der Abbau stationärer Kapazitäten planerisch flankiert wird.

Die Komplexität nimmt immer weiter zu, je länger wir darüber reden. Immer wieder fällt der Begriff der Ambulantisierung, die bedingt, dass es ausreichend Fachkräfte und Institutionen gibt, die ambulantisieren können. Wäre es nicht besser, vermeidbare Krankenhausfälle zu vermeiden und mehr in Prävention zu investieren?

Zaske: Der Gedanke drängt sich natürlich auf. Wenn wir über einen Versorgungskreislauf sprechen – ob nun überregional, regional oder lokal – beginnt dieser im Präventionsbereich, für den es zuallererst die Gesundheitskompetenz zu stärken gilt. Da sind im kommunalen und regionalen Bereich der Kita- und Schulbereich sowie der öffentliche Gesundheitsdienst und das betriebliche Gesundheitsmanagement gefragt. Hier haben wir die Traktionsräume, die wir brauchen, um Gesundheitskompetenz und Prävention ganz neu und anders aufzustellen. Nebenbei gesagt: Hierzu gibt es bereits erste zarte Pflänzchen durch entsprechende Verwaltungsabkommen zwischen Kommunen und Kassen.

Es gibt aber auch die Präventionsgesetze auf Bundesebene …

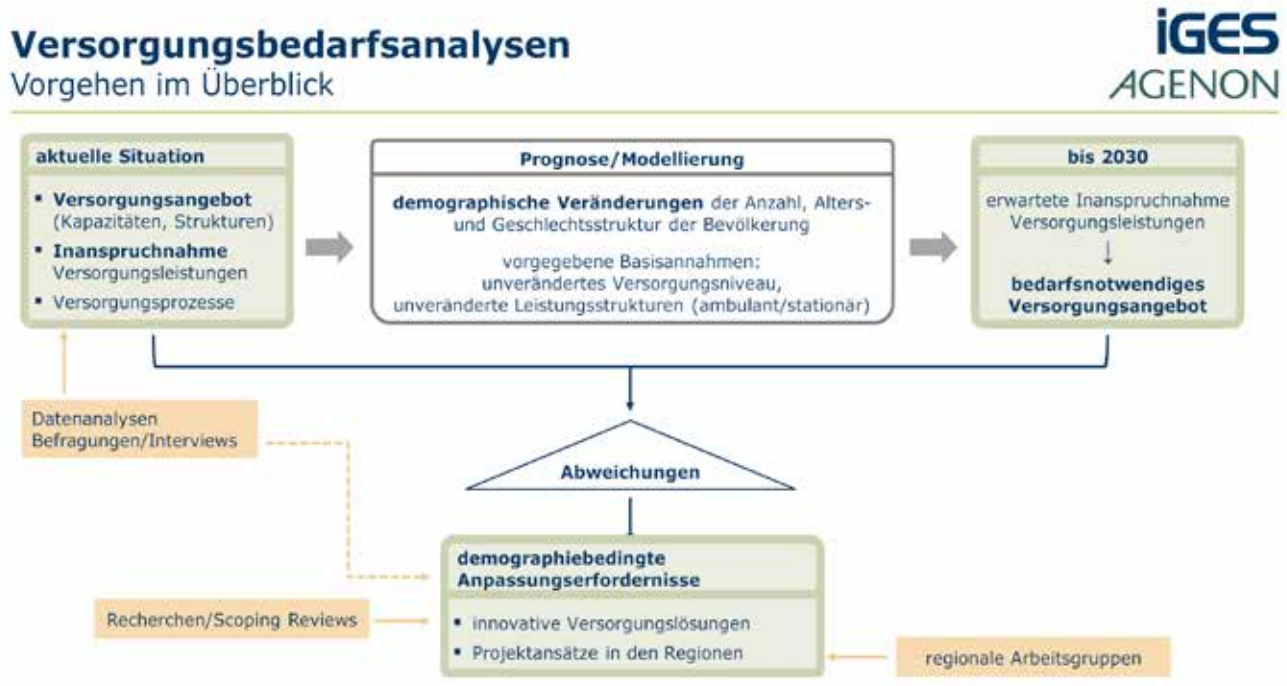
Zaske: …, die meines Erachtens zum Teil zumindest in die richtige Richtung zeigen. Einen kleinen Rückfall gibt es gerade auf der Bundesebene durch das Gesunde-Herz-Gesetz, das man mit dem Titel „Pillen statt Prävention" überschreiben könnte. Da ist jemand in die falsche Richtung galoppiert, man sollte das wieder geraderücken. Grundsätzlich ist das, was Sie sagen, richtig: Wichtig ist mehr Gesundheitskompetenz und mehr Prävention, was bedeutet, dass wir alle mehr Geld in das Gesundheitsmanagement investieren müssen. Jeder Euro, der in diesem Bereich heute eingesetzt wird, spart hinterher 10 bis 100 Euro, die eingesetzt werden müssen, um eigentlich vermeidbare Schäden zu beheben. Insofern muss Prävention und Gesundheitskompetenz gepaart mit einem Qualitätsmanagement im Gesundheitssystem am Anfang unserer Bemühungen stehen. Danach folgen, wenn wir den gesamten Kreislauf vor Augen haben, niedrigschwellige ambulante Versorgungsangebote, die in einer Region aus einem Mix aus teilstationären und stationären Angeboten bis hin zur Nachsorge und Pflege gebildet werden müssen.

Das heißt, dass Sie in den Regionen folgende Punkte ansprechen und austarieren müssen: Pflege, Reha, ambulante und stationäre Versorgung, ÖGD und Prävention, nicht zu vergessen den Transport.

Zaske: Das alles müssen wir zusammendenken. Von daher ist es besonders ärgerlich, dass vorerst der Passus zur Stärkung von Regionen aus dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz herausgefallen ist – dies nur aus Angst vor dem Finanzminister, weil dieser Ansatz zu Beginn ein bisschen Geld kostet, indes im Sinne eines besseren Qualitätsmanagements und einer konzertierten regionalen Versorgungssteuerung hinterher viel Geld sparen wird.

„Wichtig ist mehr Gesundheitskompetenz und mehr Prävention, was bedeutet, dass wir alle mehr Geld in das Gesundheitsmanagement investieren müssen."
Michael Zaske, MSGIV

Hegen Sie noch große Hoffnungen, dass der von Ihnen so dringend benötigte Regionalfaktor wieder ins Krankenhausreformgesetz aufgenommen werden könnte?





OptiMedis

ANALYSE VON ROUTINEDATEN: NUTZEN SIE UNSER DATA WAREHOUSE

Wie sind Inzidenzen oder Prävalenzen von Krankheiten? Wie sind die Ergebnisse der Gesundheitsversorgung?

Wie ist die medizinische Versorgungsqualität? Werden Leitlinien eingehalten?

Wie hoch sind Kosten, Zuweisungen und Deckungsbeiträge?

ZUGANG ZU GUT AUFBEREITETEN ROUTINEDATEN ÜBER UNSERE ANALYSE-PLATTFORM

Sie wollen für Ihre Forschungs- oder Analyseprojekte (GKV-)Routinedaten verarbeiten? Wir ermöglichen Ihnen den Zugang zu unserem innovativen Data Warehouse, in das Sie Ihre Daten integrieren, sie verarbeiten und analysieren können. Die Daten sind auf der Ebene von Versicherten-Pseudonymen verfügbar.

Ihre Vorteile:

› Besseres Verständnis von (GKV-)Routinedaten
› Optimiertes Datenmanagement für fundierte Analysen durch bestehende Prozesse
› Erfüllung der Datenschutzanforderungen und rechtlichen Bestimmungen
› Steigerung der Effizienz, Produktivität und Validität durch Unterstützung von OptiMedis

www.optimedis.de/versorgungsforschung

Zaske: Wir sind realistische Optimisten. Wir geben nicht auf. Selbstverständlich bearbeiten wir entsprechend die uns zugänglichen Bundestagsabgeordneten. Ob es uns gelingt, ist ungewiss, aber wir versuchen es zumindest. Es gibt jedoch auf alle Fälle eine der drei Koalitionsfraktionen, die sich dem auf jeden Fall widersetzt. Es würde an der Stelle sicher helfen, wenn Länderregierungschefs und der Regierungschef im Bund entsprechende Machtworte sprechen.

Herr Albrecht und Herr Bohm, welche positiven Signale haben Sie für Ihre Arbeit aus der Bundestagsanhörung zum Krankenhausreformgesetz mitgenommen?

Albrecht: Eigentlich keine. Das liegt aber jetzt nicht unbedingt an der Debatte an sich, sondern daran, dass das Gesetz schon sehr lange diskutiert wird und wir uns mit den verschiedenen Aspekten auch schon sehr lange auseinandersetzen. Man gerät schnell in die Situation, dass man so tief in den Details versinkt, dass man den Wald vor lauter Bäumen nicht sieht. Insofern muss man sich immer wieder zwingen, die Vogelperspektive einzunehmen und das große Ganze zu sehen und zu analysieren. Es ist richtig und wichtig, dass überhaupt ein Reformprozess angegangen wird. Alleine schon der Grundgedanke ist wichtig, dass wir uns über neue Arten der Arbeitsteilung, eine Konzentration von Expertisen auf Kompetenzzentren und über Leistungsgruppen unterhalten. Doch ebenso ist klar, dass Krankenhäuser in der Fläche insoweit erhalten werden müssen, dass für die akute Notfallversorgung eine hinreichende Erreichbarkeit gewährleistet ist. Nur so wird man für die anstehende Reform Akzeptanz in der Bevölkerung bekommen. Dazu muss man klar kommunizieren, dass Krankenhauskapazitäten nicht einfach ersatzlos gestrichen werden, sondern es auch künftig genügend Anlaufpunkte für zeit- und entfernungskritische Fälle gibt.

Bohm: Richtiger Ansatz der Reform ist, dass ein größerer Leistungsbezug den bisherigen Planbettenansatz ersetzt. Das ist ein Fortschritt, der grundsätzlich noch weitere Entwicklungsmöglichkeiten bietet. Ich befasse mich nun schon seit über 30 Jahren mit der sektorenübergreifenden Gestaltung von Versorgungsabläufen und -prozessen. Hierzu kann ich leider im aktuellen Gesetzgebungsverfahren nichts erkennen – da hätte ich mehr erwartet und auch erhofft. Das ist sehr bedauerlich, denn wir treffen in Brandenburg in allen Regionen, in denen wir aktiv sind, auf eine große Veränderungsbereitschaft der Akteure. Das Lagerdenken spielt bemerkenswerterweise keine so große Rolle. Alle wissen, dass etwas Grundlegendes passieren muss, und sind veränderungswillig.



Steffen Bohm

ist seit 2011 Gesellschafter und Geschäftsführer der AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH mit Sitz in Berlin. Nach seinem Studium der Volkswirtschaftslehre an der Universität zu Köln war er als Wissenschaftler und Consultant für das IGES Institut tätig, wechselte 2005 zur damaligen AOK Berlin, bei der er den Projektbereich Integrierte Versorgung und den Vertragsbereich Ärzte geleitet hat.

Herr Zaske, würden Sie kurz zusammenfassen: Welche Punkte erwarten Sie von der Bundesregierung in den nächsten drei oder vier Reformgesetzen, die hoffentlich die Regionalisierung mitdenken?

Zaske: Ich wünsche mir von allen Akteuren auf allen Ebenen mehr Entschlossenheit und mehr Mut, neue Wege zu gehen. Vor allen Dingen muss der Bund den Akteuren auf den regionalen Ebenen mehr Freiheiten in der Gestaltung lassen. Das ist dringend notwendig. Wenn ich es in wenigen Punkten zusammenfassen soll, würde ich sagen: Habt mehr Vertrauen in die regionalen Prozesse. Gebt uns Luft zum Atmen. Gebt einen Rahmen vor, wie beispielsweise den der Leistungsgruppen. Und gebt einen auskömmlichen Zeitrahmen für die Planung in den Regionen vor, in denen soundsoviel Prozent der Ambulantisierungsprozesse umgesetzt werden sollen. Und schlussendlich: Versucht die Krankenhausfinanzierung und die Finanzierung ambulanter Leistungen als regionales Budget zu denken und als solches umzusetzen. Dazu gehört auch die Frage der Budgetbereinigung. Die Analysen, die uns IGES und AGENON vorgelegt haben, zeigen deutlich, dass wir sie eins zu eins in unsere regionalen Planungsprozesse umsetzen können, wenn sie denn gegenfinanziert sind. Ich sage es ganz deutlich: Das alles kostet nicht mehr Geld als bisher. Sukzessive wird es jedoch deutliche Systemgewinne geben, wenn wir den ambulanten und stationären Bereich optimal nach den realen Bedarfen steuern können.

Die Herren, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Zitationshinweis

Albrecht, M., Bohm, S., Zaske, M., Stegmaier, P.: „Zaske: ‚Habt mehr Vertrauen in die regionalen Prozesse'", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/24), S. 14–22. http://doi.org/10.24945/MVF.02.24.1866-0533.2630

HERZENSPROJEKT

GEMEINSAM FÜR EINE GESÜNDERE ZUKUNFT: ZEIGEN SIE IHRE UNTERSTÜTZUNG FÜR INNOVATIONEN IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG!



Beim Publikumspreis können Sie aus 10 sensationellen Nominierten Ihr favorisiertes Gesundheitsprojekt unterstützen. Eine Jury aus Top-Gesundheitsexpert:innen hat diese zukunftsweisenden Projekte ausgewählt, die allesamt die Patientenversorgung maßgeblich mitgestalten. Stimmen Sie für Ihr Herzensprojekt ab und verändern Sie die Zukunft der Medizin.

Vom 15.8. bis zum 28.10. abstimmen!

Mehr Informationen unter:
www.msd.de/gesundheitspreis/voting

GESUNDHEITS**PREIS**
GESUNDHEITS**FORUM**
PUBLIKUMS**PREIS**

MSD SHARP & DOHME GMBH
Levelingstraße 4a, 81673 München
www.msd.de

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „AMNOG 2.0 für „besondere Therapiesituationen“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/24), S. 24.
http://doi.org/10.24945/MVF.04.24.1866-0533.2636

Roche Pharma zum HSK: „Innovationen unter Druck: Haben Spitzenforschung & Spitzenmedizin eine Zukunft?“

AMNOG 2.0 für „besondere Therapiesituationen“

„Innovationen unter Druck: Haben Spitzenforschung & Spitzenmedizin eine Zukunft?“ Unter diesen Titel stellte das forschende Pharmaunternehmen Roche sein diesjähriges Pressedinner anlässlich des Hauptstadtkongresses 2024 – erneut im österreichischen Restaurant Ottersbach zu Berlin mit den wohl besten Kalbsschnitzeln westlich Wiens. Diesmal referierten Prof. Wolfgang Schütte, Ärztlicher Direktor, Klinik für Innere Medizin II – Pneumologie am Krankenhaus Martha-Maria Halle-Dölau, der sich das Thema „Klinische Forschung: Verliert Deutschland den Anschluss?“ vornahm, und Friedrich Fichtner, Access Lead Strategic Pricing & Reimbursement der Roche Pharma AG, der in seinem Vortrag ausführte, warum ein AMNOG 2.0 benötigt wird. Fichtners Vortrag steht im Fokus dieser Berichterstattung.

>> „Warum brauchen wir ein AMNOG 2.0?“ Mit dieser rhetorischen Frage startete Market-Access-Spezialist Friedrich Fichtner seine Ausführungen. Es geht ihm dabei, wie er sagte, nicht darum zu beleuchten, was heute gut ist, sondern vor allem, was sich ändern muss, damit auch zukünftig Fortschritt und Innovationen im deutschen System abgebildet werden können. Wobei, so Fichtner weiter, am Ende die „angestrebte Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit im System“ stehen müsse.

Dazu muss man sich nach Fichter zuallererst die Frage stellen, was Fortschritte in der Medizin überhaupt seien. Am Beispiel der Onkologie machte er deutlich, dass man heute nicht mehr von Überlebens-, sondern teilweisde von Heilungswahrscheinlichkeiten sprechen müsse. Die habe sich seit den 1970-er-Jahren bis heute im Durchschnitt über alle Indikationen von rund 25 Prozent auf gut 60 Prozent gesteigert. Dahinter steht laut Fichtner der Übergang vom „Zeitalter der Chemotherapie“ über die Ära der „medikamentösen Therapie“ und „Krebsimmuntherapien“ mit komplett neuen Wirkmechanismen zu Beginn der 2000er hin zu zielgerichteten Therapien wie der Antikörpertherapie. Und ganz aktuell steht laut Fichtner schon die nächste Sprunginnovation vor der Tür: bei mRNA-basierten Behandlungsmöglichkeiten und Impfungen gegen Krebs.

All diese Innovationen, unterstützt durch entsprechende Schrittinnovationen, würden einen wichtigen Beitrag für Patient:innen leisten, der sich in einem längeren Leben niederschlage. Dies allerdings mit der Einschränkung, so Fichtner: „Sofern diese Innovationen die Patient:innen erreichen.“ Dies benötigt seinen Ausführungen zufolge „ein System, das Fortschritt und Innovationen anerkennt und im Idealfall auch honoriert“.

Mit diesen Worten kam der Market-Access-Spezialist von Roche beim AMNOG-Nutzenbewertungsverfahren an, das, 2011 eingeführt, ein System sei, das nicht nur „in die Jahre gekommen“, sondern auch durch Reformen verwässert oder tatsächlich beschädigt worden ist. Sein Hauptkritikpunkt ist allerdings jener, dass das AMNOG vor allen Dingen auf klassische Therapiesituationen optimiert sei und dabei darauf abziele, den Nutzen für große Populationen über relativ unproblematisch durchzuführende kontrollierte Studien (RCT) zu bewerten. Dies lasse allerdings außer Acht, dass es inzwischen „besondere Therapiesituationen“ gerade bei neuartigen Therapien gebe, für die einerseits RCT nicht ohne Weiteres möglich sind, andererseits zum Zeitpunkt der Zulassung nur eine begründbar limitierte Evidenz aufweisen können. Fichtner: „Das bringt das System aus dem Gleichgewicht.“ Auf der einen Seite würde es das bisherige AMNOG nicht mehr schaffen, Innovationen ins System aufzunehmen, geschweige denn im Sinne einer fairen Preisfindung mit einem angemessenen Preis zu versehen. Dies gelte im Prinzip für alle besonderen Therapiesituationen, die – so Fichtner – „einfach nicht mehr in dieses System passen“, wie etwa ATMPs sowie Gen- und Zelltherapien, die inzwischen teilweise sogar Heilung versprechen würden; jedoch zum Zulassungszeitpunkt noch nicht belegen könnten, ob dieses „Heilungsversprechen auf lange Sicht auch wirklich greift“.



Erschwerend komme hinzu, dass RCT bei Kleinstpopulationen – oft seien in Deutschland nur 50 Patient:innen betroffen – technisch nicht ohne Weiteres möglich sind. Und wenn, seien solche RTC statistisch nicht valide auswertbar, was alles in allem dazu führe, dass derartige Innovationen aus rein formalen Gründen keinen Zusatznutzen zuerkannt bekommen. Dies wiederum mit der Folge, dass kein Preisaufschlag gegenüber den Vergleichstherapien trotz eines patientenrelevanten Zusatznutzens verhandelt werden könne und deswegen innovative Behandungsalternativen im deutschen Markt nicht zur Verfügung stehen.

Nach Fichtner müsste man darum auf G-BA-Ebene die Rahmenvereinbarung so abändern, dass für diese Therapiesituationen die Möglichkeit geschaffen werden kann, vom Dogma des Overall-Survival zugunsten anderer Endpunkte abzuweichen. Fichtner: „Dazu muss man sich jedes einzelne Indikationsfeld genau anschauen und die passenden Endpunkte definieren.“ <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Science-Fiction oder Versorgungsrealität?“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/24), S. 25. http://doi.org/10.24945/MVF.04.24.1866-0533.2639

HSK-Session von Johnson & Johnson: „Präzisionsmedizin“

Science-Fiction oder Versorgungsrealität?

Seit seiner Premiere vor gut sechs Jahren hat sich das Janssen Open House kontinuierlich weiterentwickelt: vom ganztägigen Live-Event in Neuss (vor Corona) über einen ganztägigen Livestream auf dem Janssen (während Corona) bis hin zum aktuellen Curriculum: ein bis zwei geschlossene virtuelle Think-Tanks zu jeweils einem Thema, gefolgt von einer gemeinsamen Publikation sowie einer live gestreamten Paneldiskussion, in der die Diskussion für die interessierte Öffentlichkeit „geöffnet“ wird. In diesem Jahr fand das JOH erstmals live auf dem HSK in Berlin statt. Gastgeber der Session waren Dr. med. Holger Bartz, Medizinischer Geschäftsführer, und Dr. med. Ursula Kleine-Voßbeck, Medizinische Direktorin Infektiologie und Impfstoffe von Johnson & Johnson Deutschland.

>> Das JOH-Format war und ist, wie Moderatorin Inga Bergen gleich zu Beginn konstatierte, kein klassisches Talkformat, sondern der Versuch, gemeinsam mit Referent:innen und Teilnehmenden „Perspektiven mit einem 360-Grad-Rundumblick auf drängende Themen des Gesundheitswesens“ zu erarbeiten – diesmal zum Thema „Präzisionsmedizin: Science-Fiction oder Versorgungsrealität?“. Gleich zu Beginn der Veranstaltung konnten sich alle per Handy zur Fragestellung positionieren. Wie stark das Thema polarisierte, zeigte das gleich darauf eingeblendete Abstimmungsergebnis: exakt 50 zu 50.

„Was sind die wichtigen Themen der Zukunft?“ So lautet nach Dr. med. Holger Bartz, Medizinischer Geschäftsführer von Johnson & Johnson Deutschland, die Kernfrage, mit der sich sein Unternehmen seit vielen Jahren gemeinsam mit vielen Partnerorganisationen beschäftigt, wie eben auch jener nach dem Nutzen von Value-based Healthcare und die Frage, wie diese Innovation künftig den Weg in die Patientenversorgung finden kann. Über die Zeit seien hierzu unter dem medialen Dach des Janssen Open-House-Formats verschiedene Fragestellungen vertiefend diskutiert und entwickelt worden, wie etwa das Thema „Patientenzentrierte Versorgung“, zu dem es bereits ein mit verschiedenen Stakeholdern verfasstes Whitepaper gibt. Dieses Jahr sei sein Unternehmen einen Schritt weitergegangen, um das Thema „Präzisionsmedizin“ – eine „ganz extreme Form der patientenzentrierten Versorgung“ – in den Fokus zu nehmen.

Hier ausgewählte Zitate aus der Veranstaltung während des Hauptstadtkongresses. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

„Wir haben Verfahren und Tests. Doch trifft Präzisionsmedizin auf wenig Daten und wissensbasierte Versorgungsprozesse. Solange das der Fall ist, kommt sie nicht in die Versorgungsrealität an.“

Dr. Mridul Agrawal

„Präzisionsmedizin ist keine Science-Fiction mehr. Sie ist nur zu einem geringen Anteil in der Versorgung angekommen, zum Beispiel mit der Genersatztherapie.“

Dr. Sandra Jansen

„Wir müssen die Regulierung entlang der Patient Journey bauen. Und wir brauchen eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit.“

Dr. Gertrud Demmler

„In der Psychiatrie ist Präzisionsmedizin definitiv Science-Fiction. Wir haben zwar schon heute Werkzeuge wie Pharmakokinetik oder therapeutisches Drugmonitoring, um Präzisionsmedizin zu machen, aber selbst diese einfachen Tools, die jeder anwenden könnte, werden in der Versorgungsrealität überhaupt nicht angenommen.“

Prof. Dr. Gerhard Gründer

Die Referent:innen

Dr. Mridul Agrawal, Managing Director & Co-Founder, iuvando Health
Dr. med. Holger Bartz, Medizinischer Geschäftsführer von Johnson & Johnson Deutschland
Dr. Gertrud Demmler, Vorständin der SBK Siemens Betriebskrankenkasse
Prof. Dr. Gerhard Gründer, Leiter der Abteilung für molekulares Neuroimaging am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg
Dr. Sandra Jansen, Fachreferentin Diagnose & Forschung bei PRO RETINA Deutschland
Dr. med. Ursula Kleine-Voßbeck, Medizinische Direktorin Infektiologie und Impfstoffe von Johnson & Johnson Deutschland
Friedrich Lämmel, CEO und Co-Founder Thryve
Matthias Mieves, MdB, Mitglied im Gesundheitsausschuss und im Ausschuss für Digitales, stellvertretender Sprecher der AG Gesundheit der SPD
Denis Nößler, Chefredakteur Ärzte Zeitung



Serie (Teil 41): Professur „Versorgungsforschung – Schwerpunkt Therapie und Pflege“ an der APOLLON Hochschule Bremen

„Daten für Taten“ gegen Über-, Unter- und Fehlversorgung

Mit ihrer Professur „Versorgungsforschung – Schwerpunkt Therapie und Pflege“ bereichert Prof. Dr. Claudia Kemper die APOLLON Hochschule im Fachbereich Pflege, Soziales und Therapie. Die ausgebildete Physiotherapeutin, Religionspädagogin und Gesundheitswissenschaftlerin widmet sich mit den Schwerpunkten Therapiewissenschaften, Palliative Care, Versorgungsmanagement und wissenschaftlichem Arbeiten der Weiterqualifizierung der Gesundheitsfachberufe. Für ihren wissenschaftlichen Schwerpunkt der Versorgungsforschung bringt sie Erfahrungen aus verschiedenen Projekten mit und möchte ihren Fokus auf Impulse zur Professionalisierung der Gesundheitsfachberufe legen, um deren Einsatz mit verstärkter Verantwortlichkeit angesichts der großen Herausforderungen in der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung zu fördern.

>> Die Professur für Versorgungsforschung mit dem Schwerpunkt Therapie und Pflege an der APOLLON-Fernhochschule wurde im Jahr 2020 eingerichtet. Sie markiert einen wichtigen Meilenstein in der Entwicklung des Fachbereichs, da sie es ermöglicht, aufkommende Herausforderungen im Gesundheitswesen direkt zu adressieren und angehende Gesundheitsprofis auch in der Ergo- oder Physiotherapie entsprechend ausbilden zu können. Die Einrichtung dieser Professur reflektiert aber auch das stetig wachsende Bewusstsein für die Notwendigkeit einer verbesserten Forschung im Bereich der Pflege- und Therapieversorgung, insbesondere vor dem Hintergrund einer alternden Bevölkerung und der damit verbundenen gesundheitlichen Probleme. Die Erkenntnisse aus dem Versorgungsalltag machen den Handlungs- und Qualifizierungsbedarf hinsichtlich einer bedarfsgerechten und evidenzbasierten Versorgung deutlich. Mit dem Lehrstuhl und den damit verbundenen Lehr- und Forschungstätigkeiten will



Prof. Dr. Claudia Kemper
ist seit Januar 2022 Professorin für Versorgungsforschung (Therapie und Pflege) und Dekanin Fachbereich Pflege, Soziales und Therapie an der Apollon Hochschule Bremen. Seit März 2017 hat sie zudem die wissenschaftliche Leitung des Deutschen Instituts für Therapieforschung (DIT) inne.

Akademische Bildung:
2011: Universität Bremen, Promotion Public Health (Dr.)
2004 – 2007: Universität Bremen, Studium Gesundheitswissenschaften (MPH)
1996 – 1999: Ausbildung staatl. anerkannte Physiotherapeutin
1990 – 1994: Katholische Fachhochschule Paderborn, Studium Religionspädagogik (Diplom)

die Hochschule diesen Bedarfen Rechnung tragen. „Was unseren Lehrstuhl besonders macht, ist die spezifische Ausrichtung auf die Versorgungsforschung in Therapie und Pflege“, erklärt dazu Claudia Kemper gegenüber „Monitor Versorgungsforschung“. Ihr Team und sie würden sich darauf konzentrieren, „innovative Ansätze zu entwickeln, die nicht nur die Effizienz und Wirksamkeit der Heilmittel verbessern, sondern auch die Lebensqualität der Patient:innen am Lebensende erhöhen“.

Im Gegensatz zu vielen anderen Forschungsrichtungen werde dabei – getriggert durch die praxisnahe Forschungs- und Lehrausrichtung – ein holistischer Ansatz gefördert, der sowohl die praktischen Anforderungen des Gesundheitspersonals als auch die Bedürfnisse und Wünsche der Patient:innen berücksichtigt.

Nach haupt- und ehrenamtlicher Tätigkeit in der Palliativversorgung hat sich ihre Forschungstätigkeit auf diesen Bereich erweitert. „Jeder, der in diesem Bereich arbeitet, kennt die Versorgungsdefizite, beispielsweise auch bei Patient:innen mit kognitiven Einschränkungen“, sagt Claudia Kemper. Nun hofft sie nach dem Motto „Daten für Taten“, dass der wissenschaftliche Nachweis, zu dem sie beitragen möchte, von Über-, Unter- oder Fehlversorgung auch Veränderungen bewirkt.

Genau an der Stelle spürt man Claudia Kempers intrinsische Motivation. „Meine Entscheidung, mich der Versorgungsforschung zu widmen, entstand aus meiner praktischen Erfahrung als Physiotherapeutin“, gibt sie zu Protokoll. Durch ihre Arbeit mit Patient:innen, die unterschiedliche Rehabilitationswege durchliefen oder sich in der Palliativphase befanden, habe sie massive Variationen in der Qualität und Effektivität der therapeutischen Versorgung erleben müssen. Kemper: „Diese Erfahrungen und Beobachtungen motivieren mich jetzt als Gesundheitswissenschaftlerin, tiefere Einblicke in die Prozesse zu gewinnen und aktiv an deren Verbesserung mitzuarbeiten.“ Sie hat immer – und tut das auch weiterhin – aus ihrer praktischen Tätigkeit Forschungsimpulse abgeleitet. Claudia Kemper: „Daher ermutige ich unsere Studierenden, die zum überwiegenden Teil aus dem pflegerischen Bereich kommen, ihre eigenen Erfahrungen im Rahmen wissenschaftlicher Arbeiten aufzugreifen. Es fehlen uns an vielen Stellen Einblicke in den Versorgungsalltag, und diese Einblicke können uns so dringend benötigte Impulse zur effektiven Nutzung von Ressourcen in der Gesundheitsversorgung geben.“

Ihre persönlichen Ziele und Visionen sind vor allem darauf ausgerichtet, eine Brücke zwischen Forschung und praktischer Anwendung zu schlagen. Es ist ihr ein Anliegen, dass ihre Forschung tatsächliche, positive Veränderungen für Patienten und Pflegepersonal bewirkt und dass dabei die Gesellschaft lernt, den Prozess des Lebensendes mit der nötigen Sensibilität und den angemessenen Ressourcen zu begleiten. Letztendlich strebe ich danach, dass meine Arbeit dazu beiträgt, das Gesundheitssystem patientenzentrierter, gerechter und effizienter zu machen.

So hatte sie etwa im Rahmen der Erstellung des Heil- und Hilfsmittelreports die Gelegenheit, beide Versorgungsbereiche zu analysieren und Fragen der Bedarfsgerechtigkeit in der ambulanten Versorgung nachzugehen. Dabei spiele die Heil- und Hilfsmittelversorgung zwar eine wichtige Rolle, sei aber dennoch aus der Perspektive der Versorgungsforschung nach wie vor eine „Blackbox“. Doch nach und nach kämen insbesondere durch Routinedaten der Krankenkassen zumindest einige Einblicke in Umfang und Outcome hinzu.

Zu ihren bisher größten Erfolgen gehört die Entwicklung interdisziplinärer Weiterbildungsprogramme für Pflegekräfte und Therapeut:innen – so Claudia kemper – „auch an unserer Akademie, die sich auf die Integration von innovativen Technologien und Methoden in die tägliche Praxis konzentriert.“ Kemper weiter: „Als für mich persönlich bedeutsame Erfolge werte ich, wenn Publikationen, zum Beispiel zur Versorgung von Demenzpatient:innen am Lebensende, dazu beitragen, dass sich verschiedene Akteure und Organisationen melden, um dieses Thema bei Veranstaltungen für Fachkräfte aufzugreifen.“ Diese Erfahrungen würden deutlich machen, dass Forschung einen wesentlichen praktischen Beitrag leisten kann, Entscheidungsträger:innen und Gesundheitsorganisationen für die Bedeutung einer umfassenden und respektvollen Betreuung am Lebensende zu sensibilisieren. Claudia Kemper: „Wir haben auch aus diesem Grund das Symposium 2024 unter ein Thema gestellt, das die wertvollen Impulse aus der Forschung für eine wirklich gute Versorgung deutlich macht: ‚Pflege das Leben, wo du es triffst!‘“ <<



Emicke Renske
(Wiss. Mitarbeiterin)

>> Warum arbeiten Sie am Lehrstuhl „Versorgungsforschung – Schwerpunkt Therapie und Pflege?“

Die Möglichkeit, nicht nur theoretische Konzepte zu studieren, sondern auch einen klaren Praxisbezug zu haben, hat mich besonders überzeugt, in Bremen zu arbeiten. Es motiviert mich, die Versorgungsforschung im Bereich der Therapieberufe voranzutreiben. Als Ergotherapeutin habe ich festgestellt, dass es noch Bedarf an Einblicke in die Versorgungsstrukturen gibt. Ich schätze die Arbeit am Lehrstuhl sehr, da die Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Claudia Kemper äußerst inspirierend ist und ich mich ständig weiterentwickeln kann.

Was zeichnet in Ihren Augen den Lehrstuhl/die Professur „Versorgungsforschung – Schwerpunkt Therapie und Pflege“ aus?

Der Lehrstuhl zeichnet sich dadurch aus, dass wir eng mit der Praxis verbunden sind. Forschungs- und Lehrinhalte sind darauf ausgerichtet, den Studierenden in der praktischen Anwendung zu helfen, wobei die Verknüpfung von Theorie und Praxis von besonderer Bedeutung ist. Auch in der Forschung können wir praxisnah agieren und hoffentlich einen Beitrag zu einem ganzheitlichen und patientenorientierten Ansatz leisten. Die Schwerpunkte Therapie und Pflege ermöglichen es uns, in diesen Bereichen Innovationen mitzugestalten und Impulse für die Praxis zu geben.

Mit welchen Thematiken und Fragestel-

lungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Derzeit beschäftige ich mich gemeinsam mit Prof. Dr. Claudia Kemper intensiv mit der Versorgungsforschung im Bereich der Demenz. Angesichts der sich ändernden Zukunftsperspektive des Gesundheitssystems aufgrund einer alternden Gesellschaft ist die Relevanz der Therapieberufe unbestreitbar. Ein Schwerpunkt unserer Arbeit besteht darin, die Bedeutung dieser Berufe darzustellen und Strukturen zu schaffen, um eine optimale Versorgung für Menschen mit Demenz sicherzustellen. Dabei ist es unser Ziel, nicht nur auf theoretischer Ebene zu agieren, sondern auch konkrete, ganzheitliche Maßnahmen zu erarbeiten, die einen spürbaren Unterschied in der Praxis machen können.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Mein persönliches Ziel ist es, die Versorgungsforschung näher an die Kolleg:innen in der Praxis heranzuführen und die Bedeutung von evidenzbasiertem Arbeiten auf praxisnahe und nachvollziehbare Weise zu vermitteln. Es ist mir ein Anliegen, die Entwicklung multidisziplinärer Leitlinien voranzutreiben, beispielsweise zum Thema Demenz. Daher strebe ich eine Promotion an, um einen Beitrag zur Versorgungsforschung leisten zu können. Ich bin zuversichtlich, dass durch fundierte Forschung und enge Zusammenarbeit mit der Praxis die Qualität der Versorgung nachhaltig verbessert werden kann. <<

Ausgewählte Publikationen

Kemper C, Emicke R (2024). Aktiv gegen das Vergessen – Demenz – ein Zukunftsthema für die Physiotherapie. physiopraxis 22(05):34-38.

Kemper, C. (2023). Tod und Trauer – eine ganzheitliche Perspektive. Public Health Forum, 31(1), 2–4.

Kemper C (2021). Palliative Care für Personen mit Demenz. Public Health Forum 29(3): 254-256.

Kemper C (2019). Leitlinienempfehlungen zur Physiotherapie bei Arthrose. Der Schmerzpatient 2(1): 35-41.

MVF-Serie „Versorgungsforschung made in …“

Beginnend mit der ersten Folge im Jahr 2016 wurden mit dieser Ausgabe 41 höchst unterschiedliche Standorte in den Fokus gerückt. 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.

Weniger Notfallinanspruchnahme bei mehr Primär-Versorgungsangeboten

>> Der aktuelle Evidenzbericht „Notfall- oder (primär)ärztliche Versorgung“, im Auftrag des Zi erstellt von DARUM Marion Danner & Anne Rummer GbR, Köln, soll eine differenzierte Beantwortung der Forschungsfragen für die unterschiedlichen Interventionsgruppen erlauben. Erforscht werden sollte die Beziehung zwischen Notfall- und (primär)ärztlicher Versorgung anhand der Frage „In welche Richtung wirken bestimmende Faktoren“.

Insgesamt lassen – so die Autor:innen – die in den Bericht* aufgenommenden Studien zu drei Interventionsgruppen (Veränderung des Versorgungsangebots durch Primärärzte; andere (primärärztliche) Versorgungseinrichtung als Notaufnahme und Patienteninformation zu Angeboten der Notaufnahmen/anderer Versorgungseinrichtungen) vermuten, dass die Bereitstellung zusätzlicher primärärztlicher Angebote für die Versorgung von Notfällen, insbesondere außerhalb von Sprechstundenzeiten, einen Teil der Patient:innen von den Notaufnahmen abziehen kann. Bei diesen handele es sich primär um Selbsteinweiser bzw. weniger dringliche Erkrankungs- bzw. Verletzungsfälle. Laut Aussage der Autor:innen untermauern die Ergebnisse die bereits basierend auf Querschnittserhebungen aufgestellte Hypothese, dass eine bessere Erreichbarkeit von primärärztlichen Versorgungsangeboten in der Regelversorgung die Inanspruchnahme der Notaufnahmen zu verringern vermag. Unklar bleibe jedoch, in welchem Ausmaß zusätzlich geschaffene Primärarztangebote durch Notfallpatient:innen auch tatsächlich in Anspruch genommen werden, da diese Daten für Interventionsgruppe 1 und 2 nicht berichtet werden. So berichte die Studie von Whittaker 2016 in Interventionsgruppe 1, dass im Durchschnitt nur etwas mehr als 2/3 der zusätzlich an Abenden und Wochenenden bereitgestellten Primärarzttermine auch tatsächlich in Anspruch genommen wurden. Die Inanspruchnahme der Termine sei im Studienverlauf jedoch angestiegen. Die Ergebnisse zu Interventionsgruppe 3 würden zudem darauf hindeuten, dass Patient:innen ein zusätzliches Versorgungsangebot erst dann in Anspruch nehmen, wenn sie es kennen und darüber informiert wurden.

Für die Autor:innen scheint es daher folglich besonders wichtig, Patient:innen über vorhandene zusätzliche Angebote der Notfallversorgung zu informieren. <<

* https://t1p.de/0a85h

Hoher Fallanteil mit niedrigem/mittlerem Grad bei Rettungsdiensten

>> Der wissenschaftliche Artikel „Krankenhauseinweisungen nach medizinischen Notdiensten in Deutschland: Analyse von 2 Millionen Krankenhausfällen im Jahr 2022“ (1) stellt in seinem Fazit klar, dass der festgestellte hohe Anteil der Fälle mit niedrigem oder mittlerem Schweregrad, bei denen ein Rettungsdienst eingesetzt wurde, auf ein erhebliches Potenzial zur Vermeidung des Einsatzes von medizinischen Notfalldiensten (emergency medical services, EMS) im Rahmen von Krankenhauseinweisungen in Deutschland hinweisen kann. Weitere Untersuchungen seien jedoch erforderlich, um herauszufinden, ob der Anteil der Fälle, in denen medizinische Notfalldienste eingesetzt werden, durch eine Optimierung präklinischer Leistungen reduziert werden könnte.

Bei 569.000 (28%) der in die Stichprobe eingeschlossenen 2,025 Millionen Krankenhausfälle, wurde ein Rettungsdienst im Zusammenhang mit der Krankenhauseinweisung eingesetzt. Die meisten dieser Fälle wurden mit einem Krankenwagen mit Doppelbesatzung transportiert, was mehr als 15% aller Krankenhausfälle ausmachte.

Die Altersverteilungen unterschieden sich erheblich zwischen Patient:innen mit und ohne Einsatz von medizinischen Notfalldiensten. Für alle EMS außer mit Ausnahme der Hubschrauber-Notarztdienste (HEMS) gab es eine deutliche Spitze in den Verteilungen im Alter zwischen 80 und 90 Jahren.

Im Vergleich zu Krankenhausfällen ohne Inanspruchnahme von EMS waren die Krankenhausfälle mit Inanspruchnahme von EMS älter (ärztlich besetzter Rettungswagen: 75 Jahre, Interquartilsbereich [IQR] 59-84, Rettungswagen mit Doppelbesatzung: 78 Jahre, IQR 64-85) und wiesen eine höhere klinische Komplexität auf. Der Schweregrad von mehr als 30% der Fälle, in denen EMS zum Einsatz kamen (mit Ausnahme des Krankentransportwagens), wurde als „niedrig oder mittelschwer“ eingestuft. <<

1: https://t1p.de/erdu4

MEDICAL CONTACT AG

Details erfahren Sie unter
0201 4398-3355



CASA PLUS

Die Erfolgsgeschichte

... basiert auf der Ansprache der „richtigen“ Versicherten:
Multimorbide, geriatrische Versicherte über 55 Jahre mit einem hohen Hospitalisierungsrisiko.

Das eingesetzte Prädiktionsmodell:
Ein dynamisches und selbstlernendes Modell – identifiziert geeignete und teilnahmebereite Programmteilnehmer mit einem erwartbar signifikanten Programmeffekt.

Überzeugende Ergebnisse

- ✓ Senkung der Krankenhauseinweisungen um 18 % im Mittel der ersten Programmjahre
- ✓ signifikante Senkung von Krankenhauskosten
- ✓ positiver ROI von 1,7 bezogen auf Gesamtausgaben
- ✓ verbesserte gesundheitliche Betreuung multimorbider älterer Versicherter
- ✓ nachweisbar hohe Zufriedenheit der Teilnehmer
- ✓ positiver Marketingeffekt durch hohen Net Promoter Score

www.casaplus.coach/infos



Serie (Teil 2): Zentrum für Gesundheitsökonomie/Munich Center for Health Economics and Policy (M-CHEP)

Politikrelevante Forschung für ein besseres Gesundheitssystem

Die Idee zur Bildung eines Zentrums für Gesundheitsökonomie kam im Jahr 2023 auf. Zunächst haben sich Leonie Sundmacher (Gesundheitsökonomie), Michael Laxy (Public Health und Prevention), Janina Steinert (Global Health) und Nikkil Sudharsanan (Behavioural Science in Health) an der Technischen Universität München gefunden und zu methodischen und inhaltlichen Gemeinsamkeiten in ihrer gesundheitsökonomischen Forschung ausgetauscht. Alle vier waren kurz vor Ausbruch der Corona-Pandemie an die TU München gewechselt und haben schnell Gefallen an der Zusammenarbeit und engen Kooperation gefunden. In einem ersten Schritt wurde zwischen diesen Lehrstühlen/Professuren und den jeweiligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein strukturierter Austausch zu Methoden und Lehre organisiert. Ein erstes großes Treffen mit allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und ein gemeinsames Seminar Mitte 2023 haben die Motivation zur Zusammenarbeit im Rahmen eines Centers gestärkt. Schnell wurde diskutiert, dass die gesundheitsökonomische Forschung im süddeutschen Raum sehr stark und breit aufgestellt ist, aber – insbesondere im Vergleich zu Nord- und Westdeutschland – bisher nicht in Zentrumsstrukturen organisiert war. Eine Zentrumsbildung im süddeutschen Raum, die kooperative Forschung fördert, war lange fällig.

>> Für die Initiative der Zusammenarbeit in einem Center haben sich schnell auch Joachim Winter (Angewandte Ökonomie, LMU), Helmut Farbmacher (Angewandte Ökonometrie, TUM), Antonius Schneider und Alexander Hapfelmeier (Institut für Allgemeinmedizin, TUM) sowie Robert Nuscheler (Ökonomie, Universität Augsburg) und Harald Tauchmann (Gesundheitsökonomie, FAU) begeistert. Entscheidend für die Ausstattung und Weiterentwicklung des Centers war dann die Zusage des TUM-Präsidiums, diese Initiative mit Nachdruck zu unterstützen. Ab diesem Moment haben wir in verschiedenen Treffen erarbeitet, für welche Kernbereiche das Center steht, welche Ziele wir uns stecken, wie wir einen Mehrwert für die Doktoranden und Postdocs schaffen und wie wir das Center nennen: Munich Center for Health Economics and Policy (M-CHEP). Ein internes Kick-off-Treffen fand Ende März 2024 statt.

Institute der VERSORGUNGS FORSCHUNG

made by Gesundheits-ökonom:innen



Helmut Farbmacher (TUM)
„In den letzten Jahren haben wir rasante Fortschritte in der Methodik zur Analyse von Kausalzusammenhängen bzw. der Vorhersageleistung von empirischen Modellen gesehen. Die Gesundheitsökonomik bietet ein ideales Anwendungsfeld für diese Fortschritte und ich freue mich darauf, hier mitwirken zu können."



Sebastian Himmler (TUM, M-CHEP Geschäftsführer)
„Viele Beteiligte kennen aus eigenen internationalen Erfahrungen die Zusammenarbeit in größeren Forschungsgruppen bzw. in inhaltlich wie strukturell homogenen Departements. Ein Ziel des M-CHEPs ist, eine Plattform zu schaffen, die analog dazu einen intensiveren Austausch über Forschungsmethoden und Kollaborationen, insbesondere auch für Doktoranden, institutionalisiert und damit vereinfacht."



Michael Laxy (TUM)
„Mit dem M-CHEP bündeln wir gesundheitsökonomische Expertise aus den Bereichen Versorgung, Prävention und Global Health. Meine Hoffnung ist, dass sich das Zentrum zu einem Hub für policy-relevante Forschung und exzellente Nachwuchsausbildung mit Strahlkraft weit über Süddeutschland hinaus entwickelt. "

Was zeichnet das Zentrum für Gesundheitsökonomie aus?

Die Idee für das M-CHEP entstand innerhalb einer Gruppe an der TUM, die sich gegenseitig schon gut kannte und sehr schätzte. Ein wichtiges Anliegen bei der Entwicklung des Centers war es daher, exzellente Forscherinnen und Forscher zu vernetzen, die gerne und erfolgreich zusammenarbeiten und ihre gemeinsamen Forschungsbereiche und Kooperationen langfristig planen und entwickeln möchten. Das M-CHEP verbindet Forscherinnen und Forscher aus der Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. Dennoch war es uns von Beginn an wichtig, dass wir eine gemeinsame „Forschungssprache" sprechen, damit bei Bedarf ohne große Einleitung direkt über Inhalte diskutiert werden kann. Das Ziel des M-CHEP ist es, durch qualitativ hochwertige und policy-relevante Forschung zur Verbesserung von Gesundheitssystemen beizutragen. Eine besondere Stärke ist die



Robert Nuscheler (Universität Augsburg)
„Das Zentrum bietet in unmittelbarer Nachbarschaft eine einzigartige Möglichkeit, sich mit internationalen Spitzenforschern und -forscherinnen aus den Bereichen Gesundheitsökonomik und -politik zu vernetzen. Das gemeinsame Forschungsinteresse wird gepaart mit großer methodischer Vielfalt, sodass Kooperationen in Forschung, Lehre und der Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses besonders vielversprechend sind."



Antonius Schneider (TUM)
„Besonders reizvoll ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit, um Herausforderungen bei der medizinischen Versorgung der Gesellschaft gemeinsam zu meistern. Das Center ist die ideale Schnittstelle zwischen spitzentechnologischer Forschung an der TUM und Versorgungsforschung, die nahe an den unmittelbaren Bedürfnissen der Gesellschaft orientiert ist."



Janina Steinert (TUM)
„Das M-CHEP bietet meinem Team und mir eine exzellente Umgebung, um unsere Forschung im Bereich Global Health und Verhaltensökonomie in vernetzten Strukturen zu diskutieren und weiter voranzutreiben. "



Nikkil Sudharsanan (TUM)
„Einige der spannendsten Forschungsprojekte im Bereich Global Health Economics werden in Deutschland durchgeführt, aber der wissenschaftlichen Gemeinschaft fehlt die institutionelle Unterstützung. Das M-CHEP kann dieser Gemeinschaft eine formale Plattform bieten, um sich zu vernetzen, und eine „Home Base" für Forschende an der Schnittstelle von globaler Gesundheit und Entwicklungsökonomie bieten."



Leonie Sundmacher (TUM, M-CHEP Vorsitzende)
„Ein Zentrum für Gesundheitsökonomie im süddeutschen Raum war lange fällig. Ich bin froh, dass wir nun unsere Kräfte und Expertisen mit dem Ziel, eine starke und lebhafte Forschungsgemeinschaft zu schaffen, bündeln. Exzellente Forschung gelingt leichter in einem großen, kenntnisreichen Team und macht dann außerdem mehr Spaß."



Harald Tauchmann (FAU)
„Durch das Zentrum bekommen die zahlreichen Forscherinnen und Forscher in Bayern, die sich mit gesundheitsökonomischen Fragestellungen beschäftigten, eine ganz neue Möglichkeit, sich zu vernetzen, auszutauschen, gemeinsam Projekte voranzutreiben. Die methodische und inhaltliche Vielfalt des Zentrums stößt dabei Türen für die Zusammenarbeit auf. "

jahrelange Erfahrung in der Analyse von Routinedaten des Gesundheitswesens und die breite methodische Expertise im Center-Team. Ein starker Fokus auf Global Health und die Anwendungsorientierung zeichnen das Center im besonderen Maße aus.

Welche Arbeitsbereiche werden abgedeckt?

Das M-CHEP ist in vier Bereiche gegliedert: Design of Healthcare Systems, Health Services Research, Economics of Population Health und Global Health Policy. Im ersten Bereich ist es das Ziel, Evidenz zu schaffen, wie Gesundheitssysteme organisiert und ausgestaltet werden sollten, um eine qualitativ hochwertige, aber auch effiziente Versorgung zu gewährleisten. Dies beinhaltet insbesondere Fragen zu Finanzierung, Vergütung und Planung von Gesundheitsleistungen und Strukturen. Health Services Research ist kongruent mit den Zielen der Versorgungsforschung. Dies bezieht insbesondere die Identifizierung und mögliche Lösungsansätze von Über-, Unter- und Fehlversorgung mit ein sowie die Evaluation von (neuen) Versorgungsprogrammen. Im Bereich Economics of Population Health ist der Fokus auf der Prävalenz, der Prävention und den Kosten von – überwiegend – chronischen Krankheiten, insbesondere im Kontext ungesunder Lebensstile. Global Health Policy umfasst generell alle vorher genannten Bereiche, aber mit Fokus auf den Globalen Süden und Entwicklungsökonomik.

Um Fragestellungen in diesen vier Bereichen zu beantworten, wird vor allem auf die folgenden Methoden zurückgegriffen: Das Design und die Evaluation von randomisierten kontrollierten Studien, die Anwendung von quasi-experimentellen Verfahren und Machine Learning, die Durchführung von (ökonomischen) Experimenten, das Erstellen von gesundheitsökonomischen Modellierungen sowie die Arbeit mit Routinedaten des Gesundheitswesens.



Joachim Winter (LMU)
„Ich freue mich, dass Gesundheitsökonomen, die an verschiedenen Universitäten und Forschungsinstituten in München und Bayern arbeiten, nun ihre Kräfte bündeln, um die Aktivitäten auszuweiten. Zu den wichtigsten Vorteilen gehören Fortschritte beim Datenzugang und bei der Datenanalyse sowie bei der Methodenausbildung und der Betreuung der nächsten Generation von Gesundheitsökonomen."

Was waren die größten Erfolge?

Der größte Erfolg des jungen Centers ist die Zusage des TUM-Präsidiums, den Aufbau des M-CHEP zu unterstützen. Der Start eines zweiwöchentlichen PhD/Postdoc-Seminars im Sommersemester 2024 und vor allem der Anklang, den dieses Seminar unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Lehrstühle gefunden hat, ist als Erfolg zu werten. Dieses interne Seminar hatte bisher stets über 30 Teilnehmende und dazu eine konstruktive und angenehme Atmosphäre mit hilfreichem Feedback für die diskutierten Forschungsarbeiten.

Neben der Weiterentwicklung des M-CHEP und dem Ausbau der Forschungsbereiche sind für dieses Jahr erste externe Forschungsseminare mit (internationalen) Gastrednern sowie ein erstes Policy-Symposium geplant. Die offizielle Auftaktveranstaltung soll Mitte 2025 stattfinden.

Mehr Informationen zum Center finden Sie unter https://www.m-chep.de/. <<

von:
Sebastian Himmler*
*M-CHEP Geschäftsführer

Roland Berger Krankenhausstudie: Rund 28% der Krankenhäuser bis Ende 2024 insolvenzgefährdet

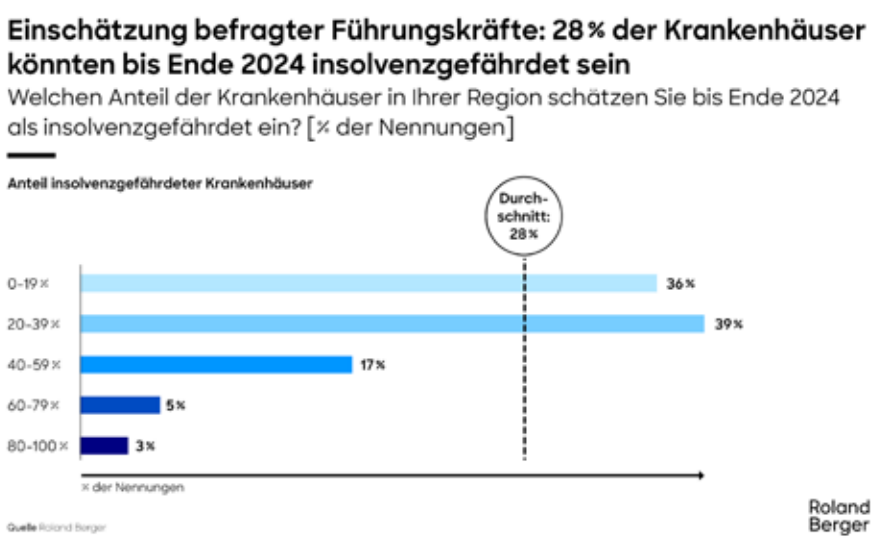
>> Für die aktuelle Ausgabe der Roland Berger Krankenhausstudie 2024 wurden im 2. Quartal 2024 über 650 Führungskräfte im deutschen Krankenhausmarkt befragt. Die Teilnehmenden repräsentieren das gesamte Spektrum der Kliniklandschaft basierend auf Umsatz, Mitarbeiterzahl, Bettenzahl, Trägerschaft und Versorgungsstufen. Wie in den Vorjahren liefert die Untersuchung neben strategischen Erkenntnissen auch aktuelle Zahlen zur wirtschaftlichen Lage der Kliniken. Dabei wird deutlich, dass die weiterhin negative wirtschaftliche Entwicklung bereits die Liquidität vieler Krankenhäuser gefährdet. Ein Großteil der Branche erwartet eine weitere Verschärfung der Lage im laufenden Jahr.

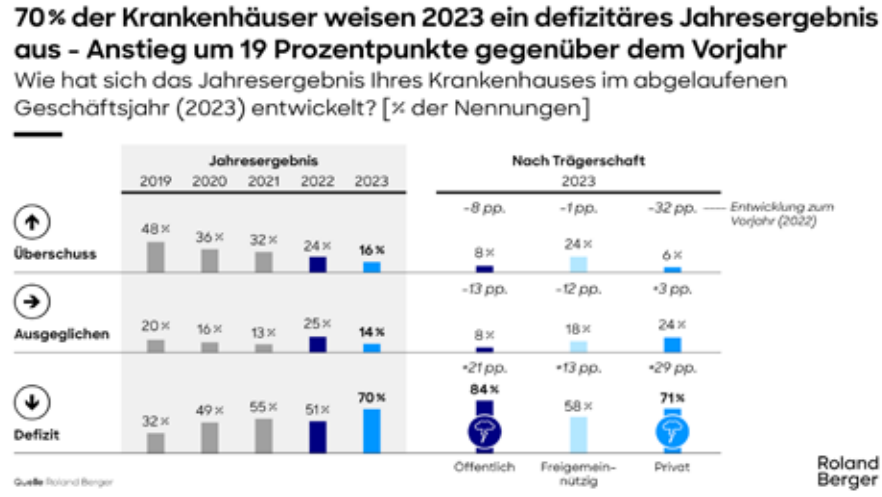
Die Ergebnisse der Befragung zur wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser in Deutschland sind eindeutig, schreiben die beiden Autoren, Dr. Peter Magunia und Janes Grotelüschen, in ihrer Studie: „Die deutsche Krankenhauslandschaft befindet sich in einer tiefen Krise. Von den befragten Führungskräften geben ca. 70% für 2023 ein defizitäres Jahresergebnis an. Unabhängig von der Trägerschaft des Krankenhauses erhöht sich dieser Wert damit um durchschnittlich 20 Prozentpunkte im Vergleich zum Vorjahr." Besonders stark sind nach Aussage der Befragung Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft betroffen. Hier verzeichnen 84% defizitäre Jahresergebnisse.

Die Zahlen verdeutlichen nach Ansicht des Autorenduos, dass die dramatische Situation der deutschen Krankenhäuser nicht nur einzelne Trägerschaften oder Versorgungsstufen betrifft, sondern ein branchenweites Phänomen ist. Die seit vielen Jahren anhaltende Ergebniskrise der Kliniken führe zunehmend auch zu einer Liquiditätskrise. So stuft die Hälfte der befragten Führungskräfte ihre Liquiditätslage aktuell als gefährdet ein. Besonders betroffen seien Krankenhäuser der Regel- und Schwerpunktversorgung. Hier geben rund 70% der Führungskräfte eine kritische Liquiditätslage an. Ursachen dieser Entwicklung sind dabei nicht nur die anhaltende Verlustsituation vieler Kliniken, sondern auch externe Faktoren wie die langwierigen Pflegebudgetverhandlungen und die Vor- und Endfinanzierung von Investitionen.

Die prekäre Ergebnis- und Liquiditätssituation schränken, so eine weitere Aussage der Studie, die Gestaltungsräume der Führungskräfte für unternehmerisches Handeln im Krankenhaus immer weiter ein. Vor diesem Hintergrund gehen die befragten Führungskräfte davon aus, dass bis Ende 2024 rund 28% der Krankenhäuser in ihrer Region insolvenzgefährdet sein könnten.

Trotz der aktuell herausfordernden wirtschaftlichen Lage der deutschen Krankenhäuser erwarten die befragten Führungskräfte jedoch mittel- bis langfristig ein Ende oder sogar eine Umkehr der negativen Ergebnis- und Liquiditätsentwicklung, wobei sich nach Aussage der Studie dieser Optimismus zwischen den Versorgungsstufen deutlich unterscheidet. Regel- und Schwerpunktversorger gehen noch bis Ende 2029 von einer eher negativen Ergebnis- und Liquiditätsentwicklung aus, Maximalversorger hingegen erwarten eine Verbesserung ihrer aktuellen Lage. So prognostizieren 53% der Maximalversorger eine positive Entwicklung ihres Jahresergebnisses bis 2029. Die Autoren: „Das ist eine deutliche Zunahme von 36 Prozentpunkten im Vergleich zu den im Vorjahr für 2024 geäußerten Erwartungen." Die leicht positive Erwartungshaltung, insbesondere bei den Maximalversorgern, sei das Resultat einer Vielzahl externer sozioökonomischer und gesundheitspolitischer Faktoren. Die zwei zentralen Einflussgrößen dürften nach Annahme des Autorenduos die geplante Krankenhausreform der Bundesregierung sowie die antizipierte Marktbereinigung durch eine steigende Anzahl von Insolvenzen sein. <<





Link zur Roland Berger Krankenhausstudie 2024: https://t1p.de/jn991



Zitationshinweis

François-Kettner, H.: „Schutz vulnerabler Menschen bei Pflegebedürftigkeit", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/24), S. 34. http://doi.org/10.24945/MVF.04.24.1866-0533.2631

Hedwig François-Kettner

Eh. Pflegemanagerin und Beraterin, Eh. Vorsitzende im Aktionsbündnis Patientensicherheit

Schutz vulnerabler Menschen bei Pflegebedürftigkeit

>> Am 06. April 2024 beschrieb Sabine Rennefanz in ihrem Artikel im Tagesspiegel: „Was ich nicht verzeihen kann – über den Tod meiner Mutter in der Pandemie" ihr Erleben und ihr nachwirkendes Unverständnis der Besuchsverbote bei schwerkranken und sterbenden Menschen (1).

Pflegebedürftige Menschen, wie auch Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen waren nicht nur in Deutschland mit am schwersten von der SARS-CoV-2-Pandemie betroffen. Zum einen hatten die ca. 800.000 Bewohnerinnen und Bewohner der ca. 14.000 deutschen Pflegeheime in Deutschland bei einer Infektion mit SARS-CoV-2 ein sehr hohes Risiko, schwer an COVID-19 zu erkranken oder daran zu versterben. Zum anderen haben in zahlreichen Einrichtungen die ergriffenen Schutzmaßnahmen und Besuchseinschränkungen bis hin zu totalen Isolierungen und Abschottungen bei Pflegebedürftigen zu extremer Vereinsamung, zum Verlust der Lebensqualität und des Lebenswillens sowie zu Verwirrtheitszuständen geführt. Es schien, dass trotz gelernten Wissens über Hygiene, über Isolierungen, Handhabungen zu Masken und persönlichem Verhalten der eigene Denkprozess bei zu vielen Menschen abgeschaltet war.

Zahlen, Daten und Fakten waren mangelhaft und wurden trotz vieler Hinweise aus Expertenkreisen bis zum Ende der Pandemie nicht entsprechend entwickelt (2). So wurden zu viele Entscheidungen auf oberflächlichen Auswertungen basierend veranlasst und umgesetzt. Die Zahl der gemeldeten Infektionen hatte bis zum Ende der Pandemie keinen populationsbezogenen Ansatz, Kohortenstudien fehlten. Spätere Testverfügbarkeiten und komplizierte Zugänge, aber auch Anwendungshäufigkeiten beeinflussten die im Robert-Koch-Institut (RKI) eingehenden gemeldeten Fälle. Die Zahlen zur Sterblichkeit konnten nicht valide dargestellt werden – wer war an oder mit Corona verstorben. Auf der sich fortsetzenden defizitären Datenlage wurden vor allem bei Kindern und Jugendlichen, aber auch bei Pflegebedürftigen und Sterbenden mit Entscheidungen wie Lockdowns, Kontaktsperren oder Besuchsverbote unsägliches Leid verursacht. Trotz zahlreicher Hinweise wurden nahezu bundesweit Kontrollen der Aufsichtsinstanzen vernachlässigt und fanden, wenn überhaupt, größtenteils nur telefonisch statt.

Während der Pandemie konnten in einzelnen Einrichtungen auch positive Verläufe berichtet werden, die vor allem auf präventiven Maßnahmen und vorbildhaft geschultem Personal fußten (3).

Die derzeitigen Aufarbeitungsversuche von Wissenschaftlern (4), Politikern, Fachexperten und Medien stimmen zuversichtlich und sind in die Zukunft gerichtet: Bei der nächsten Pandemie muss vieles anders werden, müssen wir aus den Fehlern der Corona-Maßnahmen genug gelernt haben, um menschenwürdiges Vorgehen präzise und handlungssicher zu veranlassen.

Es ist zu empfehlen, dass bundesweit ein Notfallplan – z. B. Handbuch im Krisenfall – verabschiedet wird. Dabei wäre ein gestufter Maßnahmenkatalog vorzuhalten, regelhaft zu trainieren und den jeweiligen aktuellen Erkenntnissen nach immer wieder anzupassen. Dazu gehören:

- Verbindliche Regeln und Maßnahmen im Falle von Infektions- und Ausbruchsgeschehen sind erarbeitet und jeweils Einrichtungsweit bekannt, wie
- ein Krisenstab ist vorbereitet und einsetzbar
- alle benötigten Kontaktdaten sind aktuell (intern und extern zu Ärzten, Kliniken, zum Gesundheitsamt)
- eine räumliche Trennung zwischen Infizierten und Nichtinfizierten ist herstellbar
- Pflegeabläufe bei Infizierten sind strukturiert und regelhafte Übungsintervalle sind organisiert
- ein schlüssiges Hygienekonzept liegt vor
- empfohlene Impfaktionen bei Bewohnerinnen, Bewohnern und Personal werden unternehmensseitig organisiert
- Vorhaltung von qualitativ einwandfreien Schutzmaterialien ist sichergestellt und wird kontinuierlich überprüft
- Qualifizierungs- und Trainingsmaßnahmen für Personal (auch in „infektionsfreien" Zeiten) ist regelhaft organisiert
- Patienten-/Bewohnerfreundliche Dienstpläne mit höchstmöglicher personeller Kontinuität sind obligatorisch und jederzeit nachweisbar
- Gute und offene Kommunikation mit den Betroffenen, ihren Angehörigen und Betreuern zu den jeweils zu ergreifenden Maßnahmen und deren Dauer wird zum Standard.

Gesellschaft, Organisationen der Selbstverwaltungen, Leistungserbringer und Betroffene/ihre Angehörigen sind gleichermaßen aufgefordert, in gemeinsamer Verantwortung tragfähige und für die Betroffenen akzeptable Lösungen zu finden. Bei allen präventiven Maßnahmen gilt: Ob in Krankenhäusern, in stationären Pflegeeinrichtungen oder bei der ambulanten Pflege zu Hause: Trotz höchstmöglicher Schutzmaßnahmen bei ggf. neu auftretenden hohen Infektionsraten sind totale Isolierungen bei pflegebedürftigen Menschen zu unterlassen. Dazu gehören stark beschränkte Besuchsregeln, fehlende oder zu wenige Leistungsangebote bei therapeutischen und freizeitlichen Angeboten und ebenfalls sehr wichtig: mangelhafter Dialog bei der Interaktion zwischen beteiligten Personen und Institutionen. Bis dahin sind Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aufgerufen, die Studienlage in Deutschland und Grundlagen kohortenbezogener Datenlagen zu verbessern. <<

Literatur:

1: Rennefanz, Sabine: Was ich nicht verzeihen kann, im Tagesspiegel unter Debatte: 06.04.2024, Seite 11

2: Schrappe, M. et al. in: Monitor Versorgungsforschung 03/20: Thesenpapier 1.0 zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19, 02.06.2020, Seite 53-63.

3: Schrappe, M. et al. in: Monitor Versorgungsforschung 06/20: Thesenpapier 5.0: Spezifische Prävention als Grundlage der „Stabilen Kontrolle" der SARS-CoV-2-Epidemie, 07.12.20, Seite 69-75

4: Tagesspiegel 01.06.24: unter Politik, 6: „Wissenschaftler fordern: „Wir müssen aus der Pandemie lernen"

Zitationshinweis

Pantel, J.: „Risikogruppen schützen – aber wie?“,
in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/24), S. 35.
http://doi.org/10.24945/MVF.04.24.1866-0533.2632



Univ.-Prof. Dr. med. Johannes Pantel
Altersmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main

Risikogruppen schützen – aber wie?

>> Während der Corona-Krise brannte sich die Vorstellung, alte Menschen seien pauschal als Risikogruppe oder gar „Hochrisikogruppe“ zu betrachten (und entsprechend zu behandeln), rasch in das kollektive Bewusstsein ein. Dabei blieb häufig unbeachtet, dass es „die Alten“ als homogene Gruppe gar nicht gibt, sondern dass die „Vielfalt potenziell prädisponierender Vorerkrankungen und ihrer Schweregrade, aber auch zahlreiche andere Einflussfaktoren die Risiko-Einschätzung zu einer hochkomplexen Angelegenheit machen“ (Robert Koch-Institut). Auch soziale Lagen, Wohnsituation, Pflegebedürftigkeit und der Versorgungskontext, in dem sich ein Mensch befindet, sind diesen Einflussfaktoren zuzurechnen. Die täglich über die TV-Monitore verbreitete Todesstatistik ließ eine Aussage über die Bedeutung dieser Faktoren allerdings nicht zu. Hierfür wären repräsentative und flächendeckende infektionsepidemiologische Studien erforderlich gewesen, deren Durchführung (und damit die Planung intelligenter, d. h. maßgeschneiderter Präventionsmaßnahmen) weitgehend versäumt wurde. Stattdessen wurde auf der politischen Bühne allen Ernstes über eine erzwungene Umkehrisolation für alle über 65-Jährigen (als Exitstrategie aus dem 1. Lockdown) nachgedacht und eine Impfpflicht exklusiv für Ü60er propagiert, obwohl der infektionsepidemiologische Nutzen dieser altersdiskriminierenden Maßnahmen höchst zweifelhaft war.

Derweil gerieten die wirklichen Risikogruppen aus dem Blick – allen voran die Bewohner von Pflegeeinrichtungen. Das Wohnen in einem Pflegeheim – und nicht hohes Lebensalter per se – war in Deutschland der bedeutendste Risikofaktor für den Virus-Tod: Pflegeheimbewohner stellten mit der Hälfte aller Covid-19-assoziierten Todesfälle die bei Weitem am stärksten betroffene Gruppe dar, obwohl nur knapp 1% der Gesamtbevölkerung (bzw. nur knapp 4% der über 65-Jährigen) dieser Gruppe angehört. Diese Zahlen, die in ähnlicher Größenordnung auch aus vielen anderen Ländern bekannt wurden, relativieren den individuellen (Risiko)-Faktor Lebensalter deutlich und richten die Aufmerksamkeit auf die Orte, an denen Pflege stattfindet, sowie auf die institutionellen Bedingungen, unter denen pflegebedürftige Menschen leben. Menschen, die häufig in ihrer Mobilität eingeschränkt sind und sich überwiegend nicht aus eigener Kraft vor einer Infektion schützen können, allein schon, weil sie den Strukturen und Abläufen der Institution unterworfen sind.

Aufgrund ihrer Fürsorgepflicht und der damit einhergehenden Haftungsfragen blieb den Heimleitungen und Aufsichtsbehörden in der anschwellenden Pandemie zunächst nicht viel übrig, als die Heime von der Außenwelt abzuschotten und auch das soziale Binnen-Leben (etwa durch das Aussetzen von Gemeinschaftsaktivitäten) weitgehend zum Erliegen zu bringen. Dabei fiel jedoch auf, dass es selbst nach Einleitung dieser rigorosen, die Bewohner erheblich beeinträchtigenden Maßnahmen in vielen Heimen nicht gelang, das Eindringen und die Ausbreitung des Virus angemessen zu verhindern und dass zudem die Zahl der Ausbrüche und Todesfälle in der zweiten Welle geradezu explodierten, nachdem man das Vorgehen der ersten Welle („dicht machen!“) weitgehend reproduziert hatte.

Es ist plausibel, dass die Ressourcenausstattung von Heimen einen unmittelbaren Einfluss darauf hat, ob diese ihre Bewohner adäquat vor einer Pandemie schützen können. Auch in den Krisenstabsprotokollen des RKI (8.1.2021) wird dieser Zusammenhang hergestellt, wenn etwa „schlecht ausgebildete und zu niedrig bezahlte Leute“, Kostendruck, Personalmangel und Arbeitsüberlastung in den Heimen als Ursache der Misere unterstellt wurden. Ein „schon jahrelang in Anbahnung“ befindlicher sozialpolitischer Missstand also, der aber auch dazu verleiten kann, von der eigenen Hilf- und Konzeptlosigkeit abzulenken, z. B. indem die „verantwortlichen (Träger) … ins Rampenlicht der Verantwortung“ gezogen werden (Vorschlag des RKI).

Doch tatsächlich macht man es sich hier zu leicht, denn teils verheerende Ausbrüche gab es auch in gut geführten Heimen, während manch schlechter ausgestattete Einrichtung verschont blieb. Das führt unmittelbar zu der Frage, was wir eigentlich sicher darüber wissen, welche nicht pharmakologischen Maßnahmen (einzeln oder in Kombination) Pflegeheimbewohner am besten vor viralen Atemwegspandemien schützen können. Die Beantwortung dieser Frage ist von eminenter Bedeutung, denn eine effektive und evidenzbasierte „Focused protection“-Strategie hätte vermutlich nicht nur viele Leben gerettet, sondern auch ein mutigeres und früheres Rückfahren der mit Fortschreiten der Pandemie immer wirkungs- und damit sinnloseren Maßnahmen auf Bevölkerungsebene vertretbar gemacht. Darüber hinaus hätte Wissen über die Effectiveness von Maßnahmen dazu beigetragen, Heimbewohnern jene Maßnahmen zu ersparen, die nicht oder nur wenig helfen, jedoch erheblich in ihre Persönlichkeitsrechte eingreifen bzw. ihre (psychosoziale) Gesundheit beschädigen.

Ein gerade publiziertes systematisches Review offenbart nun ein erhebliches, geradezu beschämendes „Evidence Gap“ bezüglich dieser Fragen: Lediglich 16 Studien (13 Beobachtungsstudien und 3 Cluster-RCT), davon nur 1 aus Deutschland, erfüllten die methodischen Minimalkriterien, erbrachten allerdings nur eine niedrige bis sehr niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz für die Wirksamkeit der Maßnahmen, wobei lediglich 9 der 32 potenziell einsetzbaren Einzelmaßnahmen überhaupt untersucht wurden. Vor dem Hintergrund der großen Bedeutung dieser Versorgungsfrage erscheint es im Nachhinein geradezu fahrlässig, dass bis heute nur so wenig aussagekräftige Forschung dazu existiert. Fazit: Ein hoch relevantes Thema für die Versorgungsforschung, wollen wir für zukünftige Pandemien besser gerüstet sein. <<

Literatur

Arnold, L. et al. How to protect long-term care facilities from pandemic-like events? A systematic review on the effectiveness of non-pharmacological measures to prevent viral respiratory infections. BMC Infect Dis. 2024 Jun 17;24(1):589.

Gesundheitssystem: Wege aus der Sackgasse

Können oder wollen sie nicht?

Nahezu alle Fachleute sind sich darüber einig, dass das deutsche Gesundheitssystem an seine Grenzen gestoßen ist und umfassend überarbeitet werden muss. Zwar geben Versicherte und Steuerzahler sehr viel Geld für Gesundheitsversorgung aus, erhalten dafür aber nicht immer entsprechende Spitzenleistungen. Und das, obwohl im Gesundheitssystem hochkompetente Leistungserbringer tätig sind und in weiten Bereichen leistungsfähige Einrichtungen und Strukturen bereitstehen. Dem stehen Leistungsbremsen gegenüber, die in verschiedenen Bereichen Dysfunktionalitäten mit teilweise gravierenden Folgen erzeugen: unzureichende Kompromissfähigkeit zwischen Bundes- und Landespolitik, dysfunktionale Sektorierung, Diskrepanzen zwischen Angebot und Bedarf, Wettstreit zwischen Qualität und Ökonomie und über allem steht als Gipfel die mangelhafte Beteiligung der Patienten/Versicherten – sie finanzieren schließlich das Gesundheitssystem! Dieser Artikel geht über die Beschreibungen der aktuellen Situation hinaus und versucht zu analysieren, warum es Deutschland nicht gelingt, die sehr guten inhaltlichen und strukturellen Voraussetzungen in ein modernes, leistungs- und lernfähiges Gesundheitssystem zu übersetzen.

>> Immer wieder wurde betont: **Es gibt kein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsproblem.** Von einem modernen System würde man idealerweise erwarten, dass Zielabweichungen automatisch sichtbar und erkannt werden. Danach folgt eine Analyse der Verantwortlichen, die entsprechende Korrekturen einleiten. So kennt man das aus gut geführten Unternehmen. Die Umsetzung hin zu einem solchen System kann nur von der Spitze her gelingen: **Am Beginn steht die klare politische Setzung von Zielen und Werten sowie die Schaffung förderlicher Rahmenbedingungen.**

Gesundheitspolitiker und Funktionsträger sind sich zwar grundsätzlich darin einig, dass man das Gesundheitssystem vom Patienten her denken muss, dies gelingt aber nicht, weil die verschiedenen Entscheidungsträger in der Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung bei entsprechenden Vorschlägen der jeweils anderen Seite wie ein Mantra zuerst ihre Kritik und eigenen Ansprüche herausstellen. Eindrücklich kann man das bei den aktuellen Diskussionen zur Krankenhausreform und beim Einstieg in die längst überfällige Digitalisierung im Gesundheitssystem beobachten. Viele Notwendigkeiten sind klar, offensichtlich und in weiten Bereichen akzeptiert.

Eine strukturübergreifende und umfassende Lösung wird aber nicht erreicht. Die kleinteiligen Lösungen in den jeweiligen Verantwortungsbereichen sind oft unzureichend und kaum transportierbar. Der gemeinsame Erfolg wäre bei umfassenderen Maßnahmen deutlich größer, der Aufwand reduziert und der Nutzen für alle spürbar – insbesondere für Patienten.

Eine Beobachtung am Rande: In fast allen Kommentaren, Positions- und Diskussionspapieren wird nur der eigene Standpunkt und Anspruch herausgestellt, Patienten und Bürger kommen in den Diskussionen kaum vor. Die Diskussionen gehen zudem über die Köpfe der Patienten/Versicherten hinweg und bleiben oft unverstanden, weil diese wegen der Komplexität des Gesundheitssystems die Argumentation von Funktionsträgern und Selbstverwaltungsorganen für sich nicht werten können (mangelnde Gesundheitskompetenz). Darüber hinaus sind Bürger und Patienten bisher nicht effektiv organisiert und haben keine Lobby. Auch die Deutsche Stiftung Patientenschutz kann dies nicht leisten, da sie zum Schutz der Patienten und nicht als Plattform für die Neuausrichtung des Gesundheitssystems gegründet wurde.

Verantwortung und Handeln

So geht bei zahlreichen Verhandlungen wertvolle Zeit und sehr viel Geld verloren: Es ist bedrückend, festzustellen, wie viele kompetente Politiker und Funktionsträger sich immer wieder treffen, ohne zu richtungsweisenden Entscheidungen zu kommen. Eigentlich kommt ihnen dafür eine gemeinsame Verantwortung zu:

> ***„Verantwortlich ist man nicht nur für das, was man tut, sondern auch für das, was man nicht tut." (Lao-Tse)***

Warum tun sich die Verantwortlichen so schwer?

Politiker, Mitglieder der Selbstverwaltung und Entscheidungsträger in den Versorgungseinrichtungen sind doch keine böswilligen Menschen. Dennoch finden sie selbst für offensichtliche Probleme keine klugen Lösungen. In diesem Sinne tragen sie alle Verantwortung auch dafür, was sie nicht erreichen. Wenn es um die Klärung von Ursache und Wirkung geht, zeigt jeder mit Überzeugung auf den anderen und macht ihn für die zu erwartende Katastrophe verantwortlich: anstatt einmal die Perspektive zu wechseln und sich zu fragen, wie denn der Weg zu einer Lösung aussehen könnte. Auf der Metaebene ist es relativ einfach zu erkennen, dass es nicht am grundsätzlichen Willen scheitert, sondern an der Überlagerung inhaltlicher Probleme mit Sekundärinteressen, die mit dem zu lösenden Problem wenig zu tun haben.

Jeder hat also Verantwortung im eigenen Bereich und besteht auch zu Recht darauf, dass ihm niemand hineinregiert:

> **Wer Verantwortung trägt, muss auch entscheiden können!**

So könnte der erste Grundsatz im Management lauten. Die verschiedenen Bereiche im Gesundheitssystem sind hochgradig vernetzt, mehrfach wurde die Komplexität herausgestellt. Wer sollte also den Gordischen Knoten durchschlagen, wenn zu viele gegeneinanderarbeiten, um die eigenen In-

teressen zu sichern, und nicht miteinander, um das Gemeinwohl zu stärken?
Das Denken von Strukturen und Ressourcen her führt regelhaft zu Diskussionen über Gestaltungshoheit und Mittelverteilung, letztlich also über Macht und nicht über Maßnahmen.

Das könnte man einfach überwinden, wenn man die Sichtweise ändert:

Das Gesundheitssystem muss man vom Patienten her denken!

Denn Zweck des Gesundheitssystems insgesamt ist es, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auf hohem Qualitätsniveau zu angemessenen Kosten [1] bereitzustellen. Dazu soll eine angemessene und effiziente Versorgungsqualität mit effizienter Ressourcenallokation entsprechend den Versorgungszielen erreicht werden. Der deutsche Ethikrat hat dies mehrfach gemeinplatzartig festgestellt.

Systemimmanente Blockaden

Die eingesetzten Ressourcen in Höhe von derzeit fast 500 Mrd. Euro [2] würden ausreichen, um ein Gesundheitssystem auf höchstem Qualitätsniveau zu betreiben. Gutachten und Kommentare der letzten Jahre lassen als sehr wahrscheinlich erscheinen, dass das bisher noch nicht erreicht worden ist. Dies liegt aber nicht an fehlender Kompetenz der Entscheidungsträger in Politik und Selbstverwaltung, sondern an systemimmanenten Dysfunktionalitäten, die sich im Spiel der freien Kräfte entwickelt haben. Im Spiel der freien Kräfte deshalb, weil die Entwicklung des Gesundheitssystems nicht zielorientiert stattfand – Gesundheits- und Versorgungsziele sind bis heute nicht formuliert [3]. Im Laufe der letzten Jahrzehnte standen häufig wirtschaftliche Notwendigkeiten (z. B. steigende Kosten) neben strukturellen Problemen (z. B. Mangel an Pflegekräften) oder Angebotsausweitungen (z. B. wegen Fehlanreizen) im Vordergrund, um nur einige Treiber zu nennen.

Solche Dysfunktionalitäten münden regelmäßig in Blockaden zukunftsorientierter Entwicklungen. Zwar werden immer wieder akute Probleme zumindest für beschränkte Zeit behoben, längerfristige Korrekturen fanden trotz zahlreicher Hinweise aus anerkannten Fachkreisen nicht in ausreichendem Maße statt. Die aktuellen Entwicklungen zeigen, dass es einige Veränderungen im Gesundheitssystem gibt, um gravierende Folgen zu reduzieren. Die Beteiligten verharren also nicht in Starrheit, die ihnen auch selbst erheblich schaden würde. Dabei erzielen sie oft Kompromisse, die nur Symptome kurieren und nur temporär aus unerträglichen Situationen herausführen.

Diese Kompromisse sind nach eigener Analyse in der Regel **Formelkompromisse**, die die Interessen der Beteiligten im Sinn von Geben und Nehmen ausgleichen. Im Vordergrund steht die Frage: Was bringt mir das und was kostet es mich? Formelkompromisse reichen aber nicht aus, wenn es nicht nur um den Ausgleich zwischen den an den Blockaden Beteiligten geht, sondern um zukunftssichere Lösungen von Sachproblemen. Vielmehr wären an dieser Stelle **kooperative Kompromisse** in dem Sinn erforderlich, dass sich die Beteiligten fragen:

Was kann ich beitragen, um die Gesundheits- und Versorgungsziele zu erreichen?

Kompromissart	Zweck
Formel-kompromiss	Ausgleich zwischen Geben und Nehmen (Selbsterhaltung)
Kooperativer Kompromiss	Bedingungen schaffen, damit die Gesundheits- und Versorgungsziele erreicht werden können.

Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung orientieren sich bisher also eher an ihren eigenen Zielen. Die Bürgerforen des Projektes Neustart! [4] haben eindeutig gezeigt, dass beide Gruppen Vorstellungen und Erwartungen der Bürger mit dieser Orientierung kaum erfüllen können.

Aus der Diskrepanz zwischen Zweck des Gesundheitssystems und Partikularzielen ergeben sich signifikante systemimmanente Blockaden:

Ebene	Systemziele	Partikularziele
Gesundheits-politik	Umfassende Neuausrichtung	Wiederwahl
Selbstverwal-tung	Patienten- und bedarfsorien-tierte Gesundheitsversorgung	Partikularziele der SV-Organe
Versorgungs-einrichtungen	Versorgungsqualität und Wirt-schaftlichkeit	Ökonomie

Blockaden entstehen durch eine – zumindest auf den ersten Blick – scheinbare Unvereinbarkeit von Systemzielen und Partikularzielen.

Daraus folgende Formelkompromisse lösen Probleme aber nicht wirklich und langfristig. Patientenorientierung bleibt dabei meist auf der Strecke.

1 Gesundheitssystem

Zweck des Gesundheitssystems ist es, für Patienten eine angemessene Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Die §§ 12 und 70 SGB V beschreiben dies skizzenhaft. In der vergangenen Zeit hat sich das Gesundheitssystem im freien Spiel der verschiedenen Kräfte entwickelt. Da Gesundheits- und Versorgungsziele nie formuliert wurden, fehlt eine belastbare Grundlage für die Beurteilung, ob der Zweck im Sinne des Gesetzes erfüllt wird. Gesundheitsziele auf freiwilliger Basis entfalten nicht die erwünschte Wirkung [5]. Systematischere Ansätze sieht man seit einigen Jahren in Österreich [6].

Dass sich Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung jeweils eher an eigenen Zielen orientieren als an den Forderungen von Patienten und Leistungserbringern, ist Gegenstand zahlreicher Publikationen wie z.B. der Zusammenfassung des Projektes Neustart! der Robert-Bosch-Stiftung [7].

2 Gesundheitspolitik

Gesundheitspolitik hat die Pflicht die Gesundheitsversorgung entsprechend sich ändernder Anforderungen weiterzuentwickeln. Da das Gesundheitssystem ein komplexes System ist, sind die Wirkungen gesetzgeberischer Einflüsse nicht genau genug vorhersagbar. Zudem erfordern Formulierung und Umsetzung von Gesetzen eine Zeit, die oft über die Grenzen von Legislaturperioden hinausgeht. In der Regel muss sich zu Beginn einer Legislatur die Administration erst etablieren. Im letzten Drittel einer Legislatur reicht dann die Zeit nicht mehr aus, Gesetze durch den gesamten Prozess zu bringen, sodass sie vor dem Ende der Legislatur noch vom Gesetzgeber beraten und beschlossen werden könnten.

Deshalb gibt es für umfassendere Eingriffe eine dysfunktionale Diskrepanz zwischen dem Zeitbegriff von der Planung bis zur Verabschiedung eines Gesetzes und der Dauer von Legislaturperioden. Dies mündet in beklemmenden Zeitverzögerungen bei der Lösung drängender Probleme wie etwa der Reform

der Pflegeversicherung [8].

In der Gesundheitspolitik konkurrieren zwei große Themenbereiche: die Lösung von Sachproblemen und die Förderung der Wiederwahl in der folgenden Bundestagswahl und den zwischenzeitlichen Landtagswahlen.

3 Selbstverwaltung

Im Gemeinsamen Bundesausschuss sind die Organe der Selbstverwaltung vertreten: GKV, DKG und KBV sowie KZBV. Sie teilen sich die Stimmen mit drei unabhängigen Vertretern. Von manchen Seiten wird kritisiert, dass Vertretung und Mitwirkung von Patienten in diesem Gremium ungenügend seien. Diese Organe vertreten ihre jeweiligen Mitglieder und sind durch Satzung an die Vertretung deren Interessen gebunden [9].

Innerhalb ihres Bereiches haben sie eine hohe Kompetenz. Ohne gemeinsame Ziele konzentrieren sie sich auf ihre eigenen Ziele. Patientenorientierung und Gemeinwohl erhalten deshalb entgegen plakativer Bekundungen jeweils nachrangige Prioritäten. Dies zeigt sich schon allein daran, dass aussagekräftige Indikatoren für diese Kenngrößen fehlen.

Als logische Folge muss der Gemeinsame Bundesausschuss an der Aufgabe scheitern, eine hochqualitative, effiziente und zukunftsorientierte Gesundheitsversorgung für Bürger und Patienten zu denken und zu etablieren. Darüber entscheiden könnte sowieso nur der Gesetzgeber.

4 Versorgungseinrichtungen

Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sind professionelle Einrichtungen, die dadurch gekennzeichnet sind, dass Entscheidungen über Inhalte und Menge der Versorgung und Entscheidungen über Finanzen und Organisation in getrennten Händen liegen. Vereinfacht formuliert bestimmen Inhalte und Menge die Einnahmen, Aufbau- und Ablauforganisation vor allem die Kosten. Versorgungsqualität und Effizienz sind funktionell eng miteinander verbunden. Keine der beiden Seiten hat Anordnungskompetenz in die jeweils andere hinein.

In der Konsequenz führte dies einerseits dazu, dass die Organisationsseite materielle Anreize für Mehreinnahmen schaffen wollte. Zuletzt hat sich der 128. Deutsche Ärztetag 2024 entschieden gegen „Boni mit Zielen, die finanzielle Auswirkungen haben" ausgesprochen [10]. Andererseits senkten manche Träger Kosten insbesondere im Bereich der Pflege, was zu deutlichen Qualitätsverlusten führte. Der Gesetzgeber versuchte, entsprechend gegenzusteuern [11].

Der 126. Deutsche Ärztetag hat 2022 einen Maßnahmenkatalog gegen den Kommerzialisierungsdruck in der ambulanten und stationären Versorgung beschlossen [12]. Karl Lauterbach formulierte in einem Interview, dass Patienten bei der Aufnahme in ein Krankenhaus nach Symptomen und Befunden behandelt und nicht nach einem DRG-Katalog bewertet werden sollten [13]. Dies ist sicher einseitig und muss für Krankenhäuser unterschiedlicher Träger getrennt betrachtet werden. Die Aussage beschreibt aber mögliche Fehlanreize, wie sie bereits vom Sachverständigenrat beschrieben wurden [14].

Vom Wollen und Können

Seit Jahren formulierten einschlägige Gremien angesichts offensichtlicher und immer drängender werdender Problemen Vorschläge zur Neuausrichtung des Gesundheitswesens: Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege [15], Leopoldina [16], Deutscher Ethikrat [17], Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. [18], Netzwerk Neustart! [4], Bertelsmann-Stiftung Programm Gesundheit 2023 [19] – um nur einige zu nennen. In Gutachten, Jahresberichten, Memoranden, Stellungnahmen und Positionspapieren beschreiben sie grundsätzliche Probleme des Gesundheitswesens und machen zahlreiche praktische Vorschläge für Verbesserungen. Bisher wurden sie nur ausschnittsweise realisiert.

Wie kann es sein, dass solch offensichtliche Probleme mit teilweise teuren und gravierenden Folgen nicht angemessen bearbeitet werden? Begründungen von entscheidenden Einrichtungen aus Politik und Selbstverwaltung für diese mehr als unbefriedigende Situation fehlen weitgehend. Für Patienten und Versicherte stellt sich die Frage: Wollen es die Verantwortlichen/die Entscheidungsträger nicht oder können sie es nicht? Zum Bereich Finanzierung fasst Josef Hecken plakativ zusammen: „Planen, wie wir gemeinschaftlich Suizid begehen wollen" [20].

Angesichts der überwältigenden Faktenlage handelt es sich offensichtlich um ein Umsetzungsproblem. Auf der Ebene der verantwortlichen Entscheidungsträger kann man davon ausgehen, dass in der Regel rationale Gründe das Handeln bestimmen. Bei mangelhafter Umsetzung offensichtlicher Erfordernisse kann man auf dieser Ebene im Allgemeinen von zwei Alternativen ausgehen:

> ***Man will es nicht***
> ***oder***
> ***man kann es nicht.***

Die handelnden Entscheider wollen nicht (nachfolgend Fall A) oder sie können nicht (nachfolgend Fall B) – siehe Abbildung 1.

Fall A: Sie wollen nicht.

„Sie wollen nicht" bedeutet, dass eine Maßnahme trotz besseren Wissens bewusst unterbleibt.

Wichtig ist uns zu betonen: Keiner der beteiligten Gruppen wird die Absicht unterstellt, dem Gemeinwohl vorsätzlich schaden zu wollen. Kollateralschäden werden allerdings billigend in Kauf genommen, da Vermeidung individueller Nachteile oder Sicherstellung eigenen Nutzens vor die Optimierung des Gemeinwohls gestellt werden.

> **Das Patientenwohl ist und bleibt aber Ziel des Gesundheitssystems.**

Die Entscheider verhalten sich sachlogisch entsprechend den Settings, in denen sie ihre Aufgaben erfüllen müssen. Jeder, der entscheidend handelnden Personen vertritt dabei eigene Interessen und Interessen der vertretenen Gruppe. Dazu ist sie qua Vertrag, Satzung oder Gruppenkonsens verpflichtet.

Dies ist eine der entscheidenden **Dysfunktionalitäten im System!** Die handelnden Personen verhalten sich sachlogisch entsprechend den Bedingungen und Forderungen ihrer gesellschaftlichen oder unternehmerischen Mikroumgebung. Wollten sie unter den herrschenden Bedingungen gleichzeitig das Gemeinwohl der Makroumgebung optimieren, so führen die erforderlichen Kompromisse nahezu zwangsläufig zu Widersprüchen mit ihrem Mandat. Dies gilt für politische Parteien auf Bundes- und Landesebene genauso wie für die Organe der Selbstverwaltung im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Wird am Ende von Verhandlungen doch eine Kompromisslösung gefunden, so verbirgt sich dahinter oft ein Formelkompromiss, der Zugeständnisse in logisch unverbundenen Sachfragen gegeneinander ausgleicht. Jeder Verhandlungspartner hat dann die Interessen seiner Gruppe vertreten – der Nutzen für das Gemeinwohl bleibt aber in der Regel suboptimal.

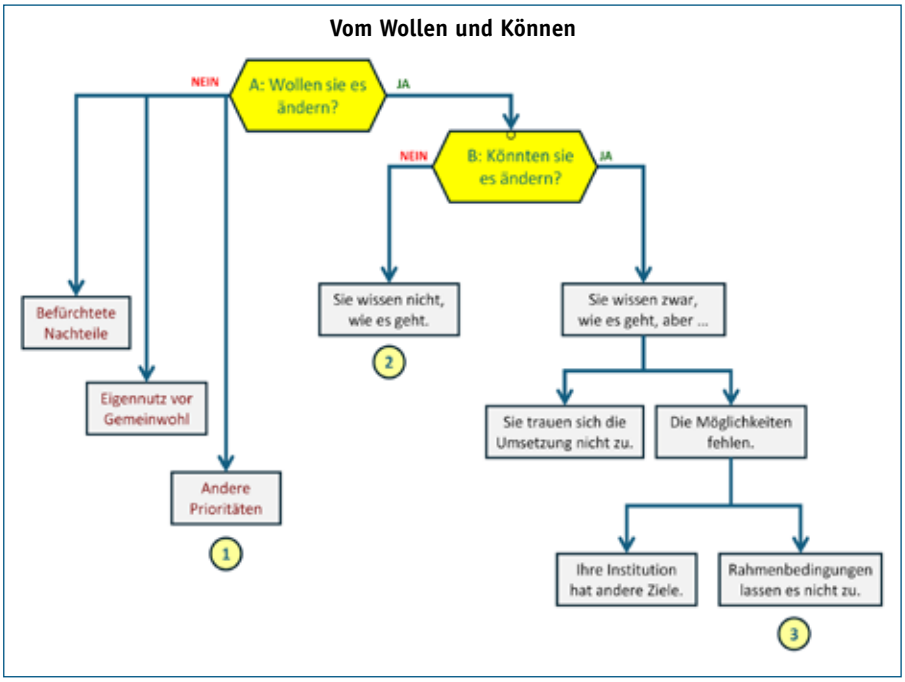


Abb. 1: *Etwas sollte geändert werden, weil es notwendig und sinnvoll ist: Bei der Lösung anstehender Probleme entscheiden die Handelnden zuerst, ob sie das Problem lösen wollen, und dann, ob sie dazu auch in der Lage sind. Dabei kann es erforderlich sein, externe Einflüsse zu klären wie etwa: 1: Priorisierung in den Satzungen, 2: Inanspruchnahme von Methodenkompetenz, 3: Änderung z. B. gesetzlicher Rahmenbedingungen.*

An das Ende dieser Überlegungen kann man diesen Satz stellen:

> ***„Wer etwas will, findet Wege. Wer etwas nicht will, findet Gründe."***
> ***(Lao-Tse)***

Fall B: Sie können nicht.

Hier gibt es zwei Möglichkeiten: Entweder es fehlt die Kompetenz oder es fehlen die Möglichkeiten (Abb. 1).

Fehlende Kompetenz:

Das Gesundheitssystem ist ein hochkomplexes System und die erforderliche Transformation ist es mindestens genauso. Niemand wird erwarten, dass solche methodischen Kompetenzen unter Politikern oder auf Funktionärsebene vorhanden sind. Das ist kein Problem, denn zentrale Aufgabe der Politik und der Selbstverwaltung ist es, *zusammen mit den Bürgern festzulegen, was das Gesundheitssystem leisten soll.*

Dies kann durch **Gesundheits- und Versorgungsziele** beschrieben werden, deren Formulierung und verbindliche Festsetzung immer wieder angemahnt wird. Solche Ziele werden durch gemeinsame Werte und konstruktive Rahmenbedingungen ergänzt. Daraus leiten sich die erforderlichen Kompetenzen für Planung, Simulation und Umsetzung ab. Fehlende Methodenkompetenz ist also auf Entscheiderebene kein Problem, sie kann einfach durch externe Ressourcen (Sach- und Fachkompetenz) kompensiert werden.

Fehlende Möglichkeiten:

Haben Politiker und Funktionsträger in der Selbstverwaltung die Möglichkeiten, das Gesundheitssystem von Grund auf zu reformieren?

Vielleicht hilft hier ein Blick hinter die Kulissen weiter: Art 21, Abs. 1 GG besagt, dass Parteien bei der politischen Willensbildung des Volkes mitwirken. Um auf der Grundlage dieser Willensbildung wirksam handeln zu können, brauchen sie gestaltende Mehrheiten. Sie müssen also Wähler davon überzeugen, dass sie jeweils deren Interessen und Überzeugungen am besten vertreten. Die jeweils für die Regierung verantwortlichen Parteien bestimmen mit ihren Mehrheiten, welche Gesetze verabschiedet und umgesetzt werden. Eine Forderung, die die gesamte Bevölkerung in gleichem Maße betrifft, wie ein funktionierendes Gesundheitssystem, sollte sich aber nicht allein auf temporäre Mehrheiten stützen, sondern auf einen parteiübergreifenden Konsens. Ist diese Vorstellung realistisch? Nein: im jetzigen Verständnis der Politiker und Funktionsträger wohl eher nicht.

Bei den **Organen der Selbstverwaltung** wirken vergleichbare Mechanismen. Alle Organe der Selbstverwaltung – GKV, DKG, KBV bzw. KZBV – haben in ihren jeweiligen Satzungen verankert, dass ihre Vertreter die Interessen ihrer Mitglieder im Gestaltungsprozess vertreten (müssen!). Da auch deren leitende Mandatsträger gewählt werden, stehen sie vor der gleichen Frage wie in der Parteienlandschaft: ***Wie können sie zeigen, dass sie die Interessen ihrer jeweiligen Mitglieder am besten vertreten haben?*** Und zwar im Ringen mit den anderen Organen und im Ringen der unterschiedlichen Interessensgruppen innerhalb ihrer Mitglieder.

Angenommen, ein gruppenübergreifender konstruktiver und kooperativer Gestaltungsprozess würde zu einem überzeugenden Ergebnis führen. Dann müssten die jeweiligen Gruppen, wie gerade beschrieben, die Wähler in ihrer öffentlichen Kommunikation davon überzeugen, dass sie jeweils für die Erfolge maßgeblich waren. Die Kommunikationskanäle der beteiligten Gruppen sind unterschiedlich leistungsfähig. Kleinere Parteien befürchten oft, dass ihr Beitrag zum Kompromiss nicht nur nicht gewürdigt wird, sondern von ihrer jeweiligen Klientel sogar als Versagen ausgelegt werden könnte. Folglich beobachtet man in erschütternder Regelmäßigkeit, dass jeder Vorschlag einer Partei von den jeweils anderen reflexartig als unzureichend, mangelhaft oder gar gefährlich abgewertet wird. Selbst wenn er Ansätze enthält, die – wie im jetzt vorliegenden Entwurf des Gesundheitsversorgungsverbesserungsgesetzes (GVVG) – in einem kooperativen Prozess weiter optimiert werden könnten.

Dies geschieht aber nicht: **Fundamentalkritik bringt deutlich mehr Aufmerksamkeit in den Medien als ein kooperativer, am Gemeinwohl ausgerichteter Kompromiss.** Immer stellt sich die Frage: **Wem wird das gute Ergebnis zugerechnet?**

Jede Gruppe wird öffentlich immer für sich reklamieren, dass sie sehr wohl das **Gemeinwohl** für die Bürger im Auge habe. Allerdings zeigen die Ergebnisse für das Gesundheitssystem insgesamt ein anderes Bild: Verschiedene Seiten befürchten sogar, dass man das Gesundheitssystem sehenden Auges an die Wand fahren lässt.

Wege aus der Sackgasse

Grundvoraussetzung für alle denkbaren Wege aus der Sackgasse ist der **politische Gestaltungswille**. Nach der politischen Entscheidung, das Gesundheitssystem fit für die Zukunft zu machen, steht die Notwendigkeit zu verstehen und zu akzeptieren, dass das Gesundheitssystem komplex ist. Nach Marco Wehr hat man dann die Chance, Komplexitätsfallen erster Ordnung (Wirkung) und zweiter Ordnung (Entscheidung) zu erkennen und ihnen zu entkommen [21]. Für die Wege aus der Sackgasse ist nach Wehr außerdem wichtig, zwischen natürlicher und gemachter Komplexität zu unterscheiden. Mit erster muss man klarkommen (z. B. inhaltliche Komplexität der Gesundheitsversorgung), die zweite kann und sollte man reduzieren (z. B. dysfunktionale Blockaden, Zersplitterung des Gesundheitssystems).

Wie dies gelingen könnte, zeigt eine Gruppe aus dem Projekt Neustart! [22] mit zukunftsweisenden Thesen für Neuformulierungen im Rahmen der Sozialgesetzgebung.

Im aktuellen Setting von Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung prüfen beteiligte Gruppen bei der Bewertung von Lösungsalternativen reflexartig, inwieweit ihr eigener Nutzen gemehrt und ihre Belastung reduziert wird. Die Lösung anstehender Probleme selbst und in besonderer Weise die Patientenzentrierung geraten dabei leicht aus dem Blickfeld.

Notwendig ist ein Paradigmenwechsel:

Entscheidungsträger sollten sich fragen, was ihre jeweilige Gruppe zur Steigerung des Gemeinwohls beitragen kann.

Eine solche Einstellung ergibt sich nicht von selbst, sondern muss gezielt und konsequent angereizt werden. Spezifische Indikatoren können dies bewerten und die Grundlage für entsprechende Anreizsysteme bilden.

Weitgehend Einigkeit herrscht darüber, dass eine wertebasierte Gesundheitsversorgung (Value based Health Care) ein geeignetes Modell für die Neuausrichtung wäre [23]. Ausgangspunkt für eine solche Entwicklung ist die Formulierung von verbindlichen Gesundheits- und Versorgungszielen. Nur mit klaren Zielen kann man die richtigen Strategien aufsetzen, Maßnahmen planen und Prozesse etablieren:

> ***„Wer vom Ziel nicht weiß, kann den Weg nicht haben."***
> ***Christian Morgenstern***

Folgendes Beispiel macht dies deutlich, denn Seefahrer wissen seit Langem: Wenn man auf hoher See ein Ziel erreichen will, muss man erst wissen, wo man sich befindet. Zusammen mit den Zielkoordinaten lässt sich dann die Richtung zum Ziel bestimmen. Mit dem Blick auf See- und Wetterkarten wird man prüfen: Gibt es günstige Winde, drohen Unwetter, können Strömungen helfen, gibt es Untiefen oder Klippen. Schließlich fragt man, was Schiff und Mannschaft leisten können. Wer kann was am besten? Welche Instrumente stehen zur Verfügung?

Fazit

Im Laufe der letzten Jahrzehnte hat sich das Gesundheitssystem mangels verbindlicher Gesundheits- und Versorgungsziele und

Literatur

1. § 12 SGB V: Wirtschaftlichkeitsgebot und § 70 SGB V: Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit
2. Statistisches Bundesamt, Destatis, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/_inhalt.html, 27.06.2024
3. Neugebauer et al.: Notwendigkeit und Wege zur Entwicklung von Versorgungszielen für das Gesundheitssystem in Deutschland – ein Positionspapier des DNVF. 2022. Gesundheitswesen. DOI 10.1055/a-1911-8605, ISSN 0941-3790
4. B. Klapper, I. Cichon (Hrsg.): Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitssystems. 2023. Med. Wiss. Verlagsgesellschaft. ISBN 978-3-95466-652-2.
5. Gesundheitsziele:https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsziele/GZ_Endbericht_Evaluation_Gesamtprozess.pdf
6. Gesundheitsziele Österreich: https://gesundheitsziele-oesterreich.at/
7. B. Klapper und I. Cichon: Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitssystems. 2021. ISBN 978 – 95466-652-2.
8. Tim Szent-Ivan. Interview zur Finanzierung der Pflege: „Es gibt ein akutes Problem in der Pflegeversicherung". 28.05.2024. https://www.rnd.de/politik/gesundheitsminister-karl-lauterbach-im-interview-ueber-finanzierung-der-pflege-und-steigende-Y4YWEVSRI5GMXDCQECWR3IFFXQ.html
9. Klaus Piwernetz und Edmund Neugebauer: Strategiewechsel jetzt! 2022. deGruyter, ISBN 978-3-11-070682-6
10. Bundesärztekammer. Beschlussprotokoll des 128. Deutschen Ärztetages. TOP Ic „Keine Boni für Ziele mit finanziellen Auswirkungen". 10.5.24
11. SGB V, § 137k: „Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus; Verordnungsermächtigung".
12. Bundesärztekammer. Beschlussprotokoll des 126. Deutschen Ärztetages. TOP Ic „Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag – Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung". 24.-27.05.2022
13. Karl Lauterbach: Im Bundestag am 27.06.2024 zur geplanten Krankenhaus-Reform
14. Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018
15. Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege: Gutachten seit 1995. https://www.svr-gesundheit.de/archiv/
16. Leopoldina: https://www.leopoldina.org/publikationen/stellungnahmen/
17. Deutscher Ethikrat: https://www.ethikrat.org/publikationen/
18. Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. https://dnvf.de/veroeffentlichungen/memoranden.html
19. Bertelsmann-Stiftung: Programm Gesundheit. 2023, https://www.programm-gesundheit.blog/
20. Michael Kuderna: Hecken zur Finanzierung des Gesundheitssystems: „Planen, wie wir gemeinschaftlich Suizid begehen wollen". Ärztezeitung. 08.09.2022.
21. Marco Wehr: Komplexe neue Welt und wie wir lernen, damit klarzukommen. 2024. Kiepenheuer und Witsch, Köln. ISBN 978-3-462-31084-9
22. Claudia Maria Hofmann, Gerhard Igl, Franz Knieps, Hartmut Reiners, Felix Welti, Ulrich Wenner, Silvia Woskowski: Neustart! Für das Gesundheitsrecht. Ein Handlungskatalog für Politik und Selbstverwaltung. 2021. ISBN 978-3-939574-65-1
23. Michael E. Porter und Clemens Guth: Redefining German Health Care: Moving to a Value-Based System. 2012. Springer Verlag Berlin Heidelberg. ISBN 978-3-642-10825-9.

begleitender Werte im freien Spiel der Kräfte entwickelt. Dabei haben sich dysfunktionale Blockaden grundsätzlicher Art und systemimmanente Blockaden in den drei Ebenen Gesundheitspolitik (Makro), Selbstverwaltung (Meso) und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (Mikro) herausgebildet.

Angesichts rasch wachsender neuer Herausforderungen münden Weiterentwicklungen oft in Formelkompromissen. Formelkompromisse dienen eher einem Nutzenausgleich zwischen den beteiligten Gruppen als der Bewältigung anstehender Probleme. Erforderlich wären aber kooperative Kompromisse für die konkrete Lösung anstehender Probleme.

Erschwerend kommt hinzu, dass es bisher keine verbindlichen Gesundheits- und Versorgungsziele gibt, an denen die Güte der Kompromisse im Hinblick auf eine Mehrung des Gemeinwohls bewertet werden könnte.

Mit dem politischen Gestaltungswillen könnten die Blockaden mit folgenden Maßnahmen überwunden werden:

- Entwicklung und Verabschiedung verbindlicher Gesundheits- und Versorgungsziele [2] unter Beteiligung von Bürgern und Patienten.
- Konzentration der politischen Gestaltung auf die Vorgabe von Zielen, Werten und Ressourcen.
- Befreiung der Organe der Selbstverwaltung aus dem Dilemma, dass sie das Gesundheitssystem mitgestalten sollen, aber gleichzeitig die Interessen ihrer Mitglieder vertreten müssen.
- Vorgabe klarer einrichtungsspezifischer Vorgaben für die Mitwirkung in regionalen Versorgungsmodellen. Dabei wird ein Ausgleich zwischen Versorgungsqualität, Patientenorientierung und wirtschaftlichem Erfolg gemäß § 70 SGB V „Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit" hergestellt.
- Zielorientierter und ressourcenschonender Einsatz zeitgemäßer Informationstechnik als Grundlage für Dokumentation und Kommunikation.

Abschließend sei noch einmal klargestellt, dass die beteiligten Personen keine persönliche Schuld trifft. Sie können sich in den dysfunktionalen Blockaden rational gar nicht anders verhalten. Aus diesem Dilemma können sie nur befreit werden, wenn Anreize für die Förderung von Patientennutzen und Gemeinwohl gesetzt werden und nicht für die Maximierung gruppenspezifischer Vorteile. <<

von: Dr. Dr. Klaus Piwernetz[1]
und
Prof. Dr. Edmund Neugebauer[2]

1: medimaxx health management GmbH, München (ORCID: 0009-0003-9448-4471)
2: Medizinische Hochschule Brandenburg, Neuruppin (ORCID: 0000-0002-6192-8692)

Zitationshinweis

Piwernetz, K., Neugebauer, E.: „Gesundheitssystem: Wege aus der Sackgasse: Können oder wollen sie nicht?", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/24), S. 36-41. http://doi.org/10.24945/MVF.04.24.1866-0533.2640

Versorgung gemeinsam und vorausschauend gestalten

>> „Das bestehende Gesundheitssystem ist überkomplex, intransparent und teuer, der Zugang für Patientinnen und Patienten ist unstrukturiert, in Fragen der Digitalisierung bleibt es weit hinter seinen Möglichkeiten zurück und politische Reformversuche führen bisher zu keiner grundlegenden Entlastung". Das schreiben der BKK Dachverband und der Hartmannbund in einem gemeinsamen Positiospapier. Statt sich in Diskussionen über Defizite zu verlieren, den ambulanten und stationären Sektor gegeneinander auszuspielen und immer mehr Geld in ein krankendes System zu stecken, sollten – so die beiden an sich sehr gegensätzlich aufgestellten Stakeholder – stattdessen die vorhandenen Strukturen sinnvoll genutzt und verbessert, Fehlanreize reduziert und Behandlungspfade definiert werden. Diese Herausforderungen bräuchten innovative Konzepte und das gemeinsame Handeln aller involvierten Akteure. Ihre gemeinschaftlich vertretene Ansicht: „Wenn wir den Zugang in das System intelligent lenken, Prävention stärken und vorhandene Ressourcen optimal nutzen, können wir die Gesundheit aller und die Systemresilienz verbessern."

Dazu schlagen BKK DV und der Hartmannbund folgende Handlungspunkte vor:

1. Gemeinsam Verantwortung übernehmen
2. Führung der Patientinnen und Patienten im System auf klar erkennbaren Behandlungspfaden
3. Versorgungsbedarfe durch rechtzeitige Prävention verringern
4: Handeln: jetzt

Unter diesem Punkt erklären der BKK Dachverband und der Hartmannbund als zwei sich eigentlich eher „gegenüberstehende" Verbände mit sehr unterschiedlichen Interessen, dass die gemeinsame Erarbeitung des Positionspapiers unterstreiche, wie relevant die Reformierung des Gesundheitswesens für alle beteiligten Akteure ist und dass sie keinen Aufschub erlaubt. Wichtig sei, dass gemeinsam die identifizierten Problembereiche angegangen und umstrukturiert werden, statt einfach immer mehr Geld in ein ineffizientes System zu stecken. Der Erhalt der Gesundheit ist eine klassische „In-all-Policies"-Aufgabe. Nur so könne man eine nachhaltige Versorgung zum Wohle aller gestalten. <<

Link: https://t1p.de/gdde7

Online-Impfkongress am 4.9.24

>> „Was die Politik tun kann, um die Impfquote (weiter) zu erhöhen". Diese spannende Frage wird Tina Schifelbein, Fachreferentin für Infektionsschutz des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MSGIV), in ihrem Eingangsreferat des MVF-Onlinekongresses „Impfstatus für Deutschland" am 4.9.2024 mit Daten und Fakten füllen. Die Frage ist eine ganz zentrale, was die Politik nicht nur tun kann, sondern auch tun muss, wenn sie ihrer Verantwortung nachkommen will, die Impfquoten auch nur annähernd an die von der WHO, STIKO und SIKO empfohlenen heranzubringen. Insbesondere beim letzten MVF-Onlinekongress „Impfpakt für Deutschland" wurde seitens der Referent:innen mehr als deutlich auf die Verantwortung der Politik hingewiesen. Ganz deutlich wurde MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski, in seinem Vortrag, der die Ergebnisse der ersten fünf MVF-Impfkongresse zusammenfasste und verdichtete. Er sagte: „Bisher hat die Sache mit der Freiwilligkeit der verschiedenen Akteure im Gesundheitssystem, z. B. der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen, nicht ganz das gebracht, was man sich gewünscht hat. <<

Link zur Anmeldung: https://t1p.de/goyoz



Prof. Dr. rer. pol. Wolfgang Greiner[1], Dr. PH Julian Witte[2], Dr. PH Daniel Gensorowsky[2]
1: Universität Bielefeld; 2: Vandage GmbH

Ein Plädoyer für die Möglichkeit vertraulicher Preise

>> Ausgehend von der im Dezember 2023 vorgelegten Pharmastrategie der Bundesregierung wird zurzeit erneut – und gefühlt leidenschaftlicher als noch im Jahr 2016 – diskutiert, den öffentlich gelisteten Erstattungsbetrag von neuen Arzneimitteln durch einen vertraulichen Erstattungsbetrag zu ersetzen. Die Option der Vertraulichkeit wurde jüngst in den Gesetzgebungsprozess zum Medizinforschungsgesetz (MFG) eingebracht. Der Lesart nach ist die Nichtlistung des Erstattungsbetrages in öffentlichen Verzeichnissen als „Kann"-Regelung zu interpretieren, was darauf hindeutet, dass insbesondere in komplizierten Verhandlungssituationen weiterer Spielraum für nun eben vertrauliche Preisnachlässe geschaffen werden soll. Vertraulichkeit selbst würde damit auch zu einem Verhandlungskriterium werden und die bislang hinzugezogenen EU-Preise, welche nach dem Wortlaut des MFGs bei einer Vertraulichkeit deutscher Preise keine sinnvolle Preisorientierung mehr böten, ersetzen. Eine Abkehr von der bisherigen Praxis ist, dass der pharmazeutische Unternehmer alleiniges Antragsrecht bekommt, die Vertraulichkeit also auch gegen den Willen der Kostenträger durchsetzen kann. Gleichzeitig hat er jedoch etwaige Überzahlungen der Gesetzlichen Krankenversicherung bei den Zuschlägen für Apotheken und den Großhandel (da diese sich nach dem öffentlichen Listenpreis und nicht dem „wahren", nun vertraulichen Erstattungsbetrag bemessen werden) auszugleichen.

Vor, während und nach Veröffentlichung des MFG-Entwurfes stieß die Idee der Vertraulichkeit bei den Kostenträgern auf großen Widerstand. Geäußert wurde die Befürchtung, dass zukünftig für den gesamten Patentmarkt vertrauliche Preise gelten und diese fehlende Transparenz mittelfristig zu jährlichen Mehrausgaben im zweistelligen Milliardenbereich führen könnte. Aber ist es überhaupt realistisch, dass die Option der Vertraulichkeit (zu den gegebenen Kosten) für alle Arzneimittel in Frage kommt? Die bislang eher gemischte Rückmeldung aus der Industrie lässt Gegenteiliges vermuten. Im Rahmen des DAK-AMNOG-Kurzreportes 2024 haben wir hierzu eine systematische Prozessbewertung vorgenommen und verschiedene Stakeholder um ein Statement gebeten.[1] Ob die vorgetragenen Argumente gegen eine Vertraulichkeit wirklich tragen, soll die im Folgenden vorgenommene Gegenüberstellung zeigen.

Vorteile der Vertraulichkeit (bzw. Nichtlistung)

Mögliche Vorteile einer Nichtlistung liegen auf der Hand: Kostenträgern können im Idealfall höhere Rabatte verhandeln. Gleichzeitig entsteht für die Industrie höhere Planbarkeit insbesondere bei der länderübergreifenden Preisdiskriminierung, indem negative Effekte aus einem quasi öffentlich einsehbaren Verhandlungsergebnis in Deutschland vermieden werden können. Oder anders ausgedrückt: Höhere Rabatte sind denkbar, wenn nicht die ganze Welt davon profitiert, sondern erstmal nur Deutschland. In einzelnen Fällen könnte auf diesem Weg zudem verhindert werden, dass ein wirksames Produkt ganz den Markt verlässt.

Argumente gegen die Vertraulichkeit und ihre Stichhaltigkeit

1. **Argument: Die Vertraulichkeit erhöht die Intransparenz bei der Preisbildung und erhöht so das Preisniveau.**
   Gegenargument: Transparenz von Preisen senkt derzeit nicht die Preise, sondern erhöht sie im Gegenteil, weil ein Rabatt in Deutschland die Preise in anderen Ländern über das System der internationalen Preisreferenzierung ebenfalls senkt. Unternehmen sind daher weniger geneigt, höhere Rabatte einzuräumen, als im Szenario vertraulicher Preise, welche keinen Einfluss auf die Preise in anderen Ländern haben. Alle vergleichbaren Industrieländer der Welt verhalten dies aus diesem Grunde ähnlich und vereinbaren vertrauliche Preise.
2. **Argument: Vertraulichkeit der Preise ist ein Geschenk der Bundesregierung an die pharmazeutische Industrie.**
   Gegenargument: Das Ziel der Vertraulichkeit ist, den möglichen Rabatt bei den (schon immer vertraulichen) Verhand-lungen zu erhöhen. Insofern sollten beide Vertragsparteien davon profitieren, insbesondere die Krankenkassen. Dieses Argument könnte dadurch gestärkt werden, ließe man die Vertraulichkeit nicht einseitig von der Industrie festlegen. Vielmehr könnte sie als Teil des Aushandlungsprozesses zwischen Anbieter und Krankenkassen „auf Augenhöhe" ausgestaltet werden.
3. **Argument: Vertrauliche Preise führen zu mehr Bürokratie.**
   Gegenargument: Die Abwicklung ist dadurch erleichtert, dass der Hersteller die Überzahlung in den Handelsstufen übernehmen müsste. Zudem ist das System durch die Rabattverträge bei Generika, durch die Rückrechnung des Rabattes bei Neueinführung (also zwischen dem 7. und 12. Monat nach Marktzugang) und durch gelegentliche vertrauliche Preisabsprachen im Rahmen des bestehenden Verhandlungssystems mit der Rückrechnung vertraut. Enormer zusätzlicher Prüfaufwand dürfte nur dann entstehen, wenn zukünftig für alle neuen Arzneimittel vertrauliche Preise vereinbart würden. Davon ist derzeit nicht auszugehen.
4. **Argument: Finanzielle Vorteile fallen bei vertraulichen Preisen vor allem bei Apotheken an, weil ihr Honorar sich an den höheren Listenpreisen bemisst.**
   Gegenargument: Die höheren Kosten für die Distribution dürften dafür sorgen, dass vertrauliche Preise nicht sehr häufig zur Anwendung kommen, sondern nur in speziellen Fällen, in denen sonst das Produkt vielleicht ganz vom Markt ginge. Insofern werden diese finanziellen Auswirkungen überschaubar sein und zu Lasten der Hersteller gehen. Ob darüber hinaus kassenspezifische Rabatte möglich sind, kann heute noch nicht abgeschätzt werden und wäre, wenn weitere Rabatte nicht mehr vereinbar wären, mit der Höhe der vertraulichen Rabatte abzugleichen.

5. **Argument: Vertrauliche Preise sind gar nicht vertraulich, weil sehr viele Personen in Deutschland sie kennen würden.**
   Gegenargument: Es macht trotzdem einen Unterschied, ob es sich um einen vertraulichen Preis oder einen offiziellen Abgabepreis handelt. Diejenigen Institutionen, die Kenntnis von den vertraulichen Preisen erhalten müssten, würden zudem zur Vertraulichkeit verpflichtet werden, es kann also kein offizielles Geschäftsmodell daraus werden, vertrauliche Preisinformationen weiterzugeben.
6. **Argument: Wenn Preise vertraulich sind, kann man sie nicht mehr als Preis der zweckmäßigen Vergleichstherapie verwenden.**
   Gegenargument: Selbstverständlich würde man den vertraulichen Preis des Wettbewerbers im Falle von Preisverhandlungen (vertraulich) offenlegen. Die Anpassun-gen des MFG im Referentenentwurf haben auch aus diesem Grund den G-BA als Informationsberichtigten mitaufgenommen.
7. **Argument: Die Rückabwicklung der Arzneimittelausgaben beeinträchtigt die Liquidität der Krankenkassen erheblich.**
   Gegenargument: Das Segment der vertraulichen Preise dürfte kein Massenphänomen werden, sondern nur in einzelnen Fällen Anwendung finden. Der Liquiditätseffekt tritt dadurch gegenüber dem Effekt niedrigerer Ausgaben (Preiseffekt) deutlich in den Hintergrund.
8. **Argument: Vertrauliche Preisrabatte setzen fal-sche Signale bei der Wirtschaftlichkeit im Verordnungsgeschehen durch ärztliche Praxen und Krankenhäuser.**
   Gegenargument: Genaue Preise sind nicht nötig, um die Wirtschaftlichkeit einer Verordnung zu beurteilen. Es reicht zu wissen, wie die Rangfolge der Preise ist. So liegt es auf der Hand, dass Generika geringere Preise aufweisen als innovative Produkte, deren Preis vertraulich ist. Entsprechende Abschichtungen (z. B. in Preisklassen) könnten weiterhin veröffentlicht werden. Zudem könnte auch der Listenpreis selbst ein entsprechendes Preissignal sein, wenn dieser zwar höher als der vertrauliche tatsächliche Preis ist, aber doch im Gefüge die preisliche Rangfolge zum Wettbewerber zutreffend anzeigt.
9. **Argument: Vertrauliche Preise behindern kartellrechtliche Kontrollmaßnahmen.**
   Gegenargument: Dem Kartellamt wären die vertraulichen Preise im Falle eines Verfahrens offenzulegen.
10. **Argument: Vertrauliche Preise im Ausland sind nur bei einer Vierten Hürde sinnvoll. Gegenargument:** Vertrauliche Preise ändern grundsätzlich nichts an dem derzeitigen System der Aushandlung von Arzneimittelpreisen. Insofern hätte eine solche Option inhaltlich nichts mit einem System zu tun, bei dem der Marktzugang erst nach Abschluss der Verhandlungen möglich ist („Vierte Hürde"). Zudem könnte die Regulierung weiterentwickelt werden, dass nicht mehr nur einseitig der Hersteller die Vertraulichkeit festlegen könnte, sondern dies Ergebnis des Aushandlungsprozesses zwischen Unternehmen und Krankenkassen wäre.
11. **Ob sich durch die Vertraulichkeit in anderen Ländern jemals niedrigere Preise ergeben haben als ohne Vertraulichkeit, ist nie wissenschaftlich nachgewiesen worden.**
    Gegenargument: Ein solcher Nachweis ist so gut wie unmöglich, da die Kontrollgruppe fehlt. Ein Hinweis auf die Nützlichkeit der Vertraulichkeit für die Kostenträger ist aber, dass fast alle anderen Länder weltweit sich dieses Instrumentes bedienen und offenbar gute Erfahrungen damit gemacht haben. Zudem ist das theoretische Anreizgefüge offenkundig.
12. **Argument: Die Versorgungsforschung im Arzneimittelbereich wird bei vertraulichen Preisen eine wichtige Information verlieren.**
    Gegenargument: Das ist richtig, dürfte aber als Argument, auf möglich Einsparungen durch die Vertraulichkeit zu verzichten, nicht entscheidend sein. Die Analyse mengenmäßiger Effekte auf die Arzneimittelversorgung sind von der Vertraulichkeit zudem weiterhin nicht tangiert.
13. **Argument: Länder, die auf Deutschland ihre Preise referenzieren, müssen bei vertraulichen Preisen in Deutschland selbst höhere Preise zahlen.**
    Gegenargument: Da Deutschland im Rufe steht, trotz der Verhandlungen immer noch international vergleichsweise hohe Preise zu vereinbaren, ist dieses Argument nicht sehr stark. Länder wie die Niederlande haben Deutschland bereits aus ihrem Referenzkorb gestrichen, weil dort ein zu stark preisstei-gernder Effekt auf die eigenen Preise befürchtet wurde. Zudem ist es kaum vermittelbar, warum nur Deutschland für entsprechende internationale Transparenz sorgen sollte, wenn sich sonst kaum kein anderes Gesundheitssystem so verhält.

Wie geht es weiter?

Drei Szenarien sind nun denkbar:

Erstens, die Nichtlistung übersteht den weiteren Gesetzgebungsprozess in seiner jetzigen Ausgestaltung (einseitiges Antragsrecht des pharmazeutischen Unternehmers).

Zweitens, die Nichtlistung wird als beidseitige Verhandlungsoption für die Industrie und den GKV-SV implementiert. Dies würde allerdings voraussetzen, dass sich auch die Krankenkassen und die weiteren Verfahrensbeteiligten diesem (für Deutschland) neuen Instrument in den Preisverhandlungen öffnen würden. So könnte der Sorge Rechnung getragen werden, dass eine Vertraulichkeit das neue Normal im AMNOG wird. Sollte es nach einer überschaubaren Periode in beidseitigem Einvernehmen keine Vereinbarungen geben, könnte der Gesetzgeber noch einmal nachjustieren.

Drittens wäre denkbar, dass die Option der Vertraulichkeit im politischen Diskurs gegen einen anderen AMNOG-Mechanismus „eingetauscht" wird. Ein gänzlicher Verzicht auf die Option der Vertraulichkeit könnte jedoch eine verpasste Chance darstellen. <<

Literatur:
1: Greiner, W., Witte, J., Gensorowsky, D. (2024): AMNOG-Kurzreport 2024. Vertrauliche Erstattungsbeträge. Fluch oder Segen? Medhochzwei Verlag, Heidelberg.

Zitationshinweis

Witte, J., Greiner, W., Gensorowsky, D.: „Ein Plädoyer für die Möglichkeit vertraulicher Preise", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/24), S. 42–43. http://doi.org/10.24945/MVF.04.24.1866-0533.2627

Gibt es Anhaltspunkte für Interessenkonflikte?

Abstimmungsverhalten bei AMNOG-Nutzenbewertungen

Die Arbeit untersucht das Abstimmungsverhalten im G-BA bei AMNOG-Nutzenbewertungen seit 2011. Es zeigt sich einerseits, dass die meisten Beschlüsse (93%) einstimmig verabschiedet werden. Andererseits ist besonders auffällig, dass der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) in 100% der dissenten Beschlüsse für eine niedrigere Einstufung des Zusatznutzens im Vergleich zu den anderen Bänken stimmte. Das Ergebnis verdeutlicht empirisch einen prozessualen Interessenkonflikt beim GKV-SV und untermauert die strukturelle Kritik hinsichtlich der Governance-Defizite des G-BA. Auch in den einstimmig gefassten Verfahren können diese Defizite zu einer systematisch negativen Verzerrung der Nutzenbewertung führen. Dies entzieht sich aufgrund fehlender Dokumentation beim G-BA einer Überprüfung. Insgesamt sollte die Einheit des GKV-SV als Regelgeber, Schiedsrichter und Spieler im AMNOG-Verfahren stärker hinterfragt werden. Dies gilt vor allem auch bei der Evaluation der aktuelleren gesetzlichen Eingriffe (Leitplanken sowie Kombinationsabschläge), die eine hohe Anfälligkeit für Interessenkonflikte aufweisen.

>> Seit 2011 unterliegen alle neuen Arzneimittel im Zuge des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) einer speziellen Arzneimittelregulierung. Im AMNOG-Verfahren nach § 35a SGB V bewertet der Gemeinsame Bundesausschusses (G-BA) zunächst den Zusatznutzen dieser Arzneimittel. Auf der Grundlage dieser Bewertung verhandeln pharmazeutische Unternehmen mit dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) anschließend Erstattungsbeträge für die neuen Arzneimittel. Der G-BA ist somit, als oberstes Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, die zentrale Institution, die über die Nutzenbewertung entscheidet. Für die AMNOG-Nutzenbewertungen besteht sein Beschlussgremium (Plenum) aus 5 Mitgliedern des GKV-SV als Kostenträgerbank; 2,5 Stimmen entfallen jeweils auf die Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) als Leistungserbringerbank; drei weitere Stimmen kommen von den beiden unparteiischen Mitgliedern und dem unparteiischen Vorsitzenden. Die Entscheidungen werden als Mehrheitsbeschluss aus insgesamt 13 Stimmen getroffen. Eine Pattsituation ist damit ausgeschlossen. Die Patientenvertretung hat im G-BA aktuell zwar ein Mitberatungs- und Antragsrecht, jedoch kein Stimmrecht.

In den letzten Jahren wurden strukturelle Bedenken hinsichtlich einer fehlenden institutionellen Gewaltenteilung im AMNOG-Verfahren vorgebracht (Vorderwülbecke 2013, Frick/Bungenstock 2016, Hüer et al. 2021, Dintsios/Chernyak 2024). Im Fokus der kritischen Betrachtung steht vor allem der GKV-SV mit seiner Mehrfachrolle im AMNOG. Er ist nicht nur maßgeblich an der Festsetzung des Bewertungsrahmens beteiligt (so z.B. an der Beratung der pharmazeutischen Unternehmen oder der Festlegung der zweckmäßigen Vergleichstherapie), sondern auch an den Nutzenbewertungsentscheidungen selbst, die gemäß § 130b SGB V wiederum eine entscheidende Grundlage für seine anschließenden Verhandlungen mit den jeweiligen pharmazeutischen Unternehmen bilden. Es wird hier eine prozessual problematische Einheit als „Regelgeber, Schiedsrichter und Spieler" oder eine „institutionelle Omnipräsenz" gesehen (Frick/Bungenstock 2016, Cassel/Ulrich 2015). Diese versetzt den GKV-SV in die Lage, sich bereits bei der Nutzenbewertung Verhandlungsvorteile zu verschaffen, so z. B. durch eine geringere Einstufung des Zusatznutzens oder die Festlegung einer bestimmten zweckmäßigen Vergleichstherapie.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird das Abstimmungsverhalten im G-BA bei AMNOG-Nutzenbewertungen analysiert. Der Fokus liegt dabei auf nicht einstimmig (dissent) gefassten Beschlüssen, die Anhaltspunkte für potenzielle Interessenkonflikte oder Verzerrungen in der Nutzenbewertung liefern können.

Ergebnisse

Insgesamt waren in der AMNOG-Verfahrensdatenbank zum Zeitpunkt der Analyse (Stand 5.6.2024) 974 abgeschlossene AMNOG-Nutzenbewertungsverfahren zu 439 Arzneimitteln enthalten. Mit 93% (N=905)

Methodik

Für die Analyse wurden alle seit dem Inkrafttreten des AMNOG im Jahr 2011 gefassten Beschlüsse des G-BA zur Nutzenbewertung neuer Arzneimittel herangezogen. Als Grundlage diente die Dokumentation in der AMNOG-Verfahrensdatenbank des vfa (Verband forschender Arzneimittelhersteller). Allgemein gilt, dass Informationen zum Abstimmungsverhalten im Plenum nicht in der Dokumentation des G-BA enthalten sind. Eine Erfassung der Abstimmungsergebnisse ist nur durch eine Nachverfolgung der öffentlichen Plenumssitzungen möglich. Bei Dissenzen, die nicht vor der Plenumssitzung beseitigt werden konnten, werden die Gründe in aller Regel vom G-BA-Vorsitzenden zusammenfasst und optional von den jeweiligen Vertreter:innen der Bänke zusätzlich vorgetragen. Für Beschlüsse in den Jahren zwischen 2011 und 2019 wurde das Abstimmungsverhalten durch eine Vor-Ort-Teilnahme einer Vertretung des vfa im öffentlichen Teil der Plenumssitzungen dokumentiert. Seit dem Jahr 2020 wurde die Dokumentation über die Livestreams der Plenumssitzungen vorgenommen. Die Aufzeichnungen dieser Sitzungen sind im Medien-Archiv des G-BA hinterlegt, so dass die Abstimmungen seit dem Jahr 2020 auch nachträglich für die Öffentlichkeit einsehbar sind.
Bei dissent gefassten Beschlüssen wurden zusätzlich die jeweiligen Voten und Ausführungen in den Plenumssitzungen analysiert. Bei abweichenden Voten zum Zusatznutzen wurde die kategorielle Einstufung miteinander vergleichen und eingeordnet. Für die Wahrscheinlichkeit des Zusatznutzens galt die zunehmende Reihenfolge: Anhaltspunkt, Hinweis, Beleg. Für das Ausmaß des Zusatznutzen wurde die folgende Reihenfolge verwendet: geringerer Nutzen, nicht belegt, gering, nicht quantifizierbar, beträchtlich, erheblich

wurden die allermeisten Beschlüsse im Plenum des G-BA einstimmig gefasst. Weitere 7% (N=69) der Beschlüsse erfolgten ohne Gesamtkonsens aus 13 verfügbaren Stimmen. Davon wurden 8 Beschlüsse formal einstimmig, jedoch mit Enthaltungen jeweils einer Bank des G-BA getroffen. In 61 Verfahren lagen somit dissente Voten der G-BA-Bänke vor. Diese nicht einstimmig gefassten Beschlüsse werden im Folgenden näher untersucht.

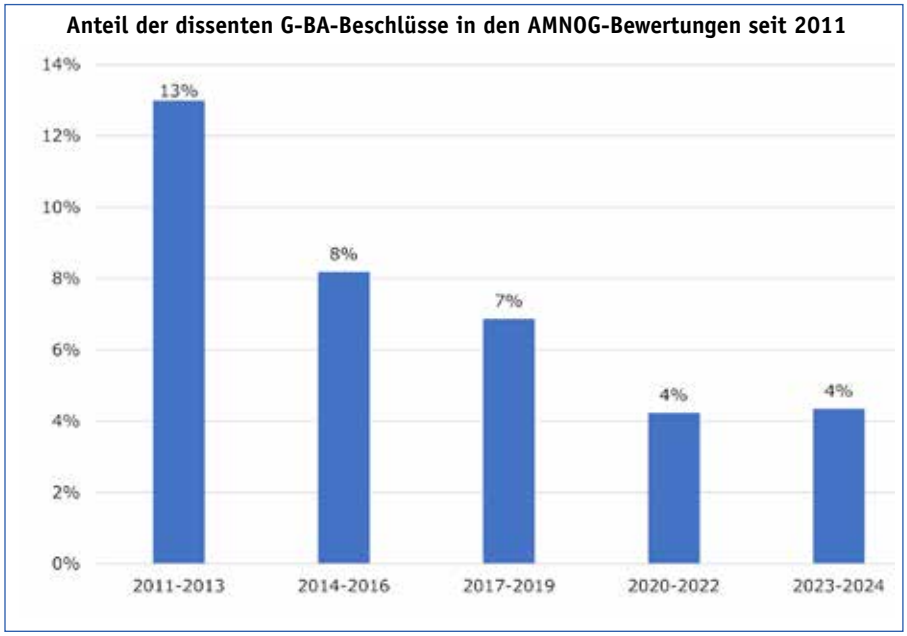


***Abb. 1:** Anteil der dissenten G-BA-Beschlüsse in den AMNOG-Bewertungen seit 2011. Eigene Darstellung.*

Zeitlicher Verlauf

Es zeigt sich, dass der Anteil dissenter Beschlüsse über die letzten Jahre kontinuierlich abgenommen hat (siehe Abbildung 1). Wurden in den ersten Jahren rund 13% der Verfahren nicht einstimmig abgeschlossen, waren dies zuletzt etwa 4%

Therapiegebiete

Die meisten dissenten Beschlüsse betrafen onkologische Erkrankungen (N = 27), Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (N = 15), Infektionskrankheiten (N = 8), gefolgt von Krankheiten des Nervensystems (N = 3), Krankheiten der Haut (N = 2), Krankheiten des Kreislaufsystems (N = 2) sowie Sonstige (N = 3). Der Anteil an Orphan Drugs lag bei 23% (N = 14).

Anlass der Bewertung

Als Anlass der Nutzenbewertung diente zumeist das erstmalige Inverkehrbringen (N = 32) oder ein neues Anwendungsgebiet (N = 9), gefolgt von Neubewertungen nach Fristablauf oder dem Vorliegen neuer Erkenntnisse (je N = 6), die Überschreitung der Umsatzgrenze für Orphan Drugs (N = 3) sowie die Bewertung des Bestandsmarktes (N = 5).

Zusatznutzen

In 21% (N = 13) wurde ein Zusatznutzen als nicht belegt eingestuft. In 23% (N = 14) beschloss der G-BA einen nicht-quantifizierbaren, in 26% einen geringen (N = 16), in 26% einen beträchtlichen (N = 17) und in einem Fall einen erheblichen Zusatznutzen.

Dissente Abstimmungen

Inhaltlich betrafen nahezu alle Dissenzen (N = 57) den grundsätzlichen Nachweis des Zusatznutzens bzw. dessen Ausmaß oder Wahrscheinlichkeit. In vier weiteren Verfahren betrafen die Dissenzen andere Aspekte der Beschlüsse (Befristung, Darstellung der Studienergebnisse oder ergänzende Hinweise zum ausgewiesenen Zusatznutzen).

Hinsichtlich der Verteilung der Stimmen ist festzuhalten, dass bei dissent gefassten Beschlüsse zum Zusatznutzen (N = 57) der GKV-SV in 100% der Verfahren für eine niedrigere Einstufung oder für einen nicht belegten Zusatznutzen im Vergleich zu den anderen Bänken des G-BA votierte. In den meisten Verfahren (N = 40) stimmte der GKV-SV dabei für einen nicht belegten Zusatznutzen, in weiteren 17 Verfahren für eine geringere Einstufung des Ausmaßes oder der Wahrscheinlichkeit. Auch bei vier dissenten Abstimmungen zu anderen Aspekten der Beschlüsse, votierte der GKV-SV für eine einschränkende Position.

In 61% (24 von 61) der Abstimmungen wurde das Votum des GKV-SV überstimmt, da es nur die eigenen 5 Stimmen bzw. 6 Stimmen zusammen mit einem Unparteiischen bekam (siehe Abbildung 2). Für 5 ältere Beschlüsse (8,2%) war das genaue Votum der beiden Unparteiischen nicht bekannt (in diesen Fällen kam der GKV-SV auf 5 oder 6 Stimmen). Die vom GKV-SV vertretene Position setzte sich hingegen in 39% der Kampfabstimmungen mit einer Mehrheit von 7 bis 10,5 Stimmen durch.

Im zeitlichen Verlauf ist festzustellen, dass dem abweichenden Votum der Kassen im Plenum seit Juni 2022 nicht mehr gefolgt wurde (siehe Abb. 3). Die nicht stimmberechtigte Patientenvertretung votierte in 69% der Verfahren (42 von 61) gegen die Position des GKV-SV und in 31% dafür. Auch bei den Voten der institutionalisierten Patientenvertretung ist im Zeitverlauf festzustellen, dass diese in den letzten 18 dissenten Beschlüs-

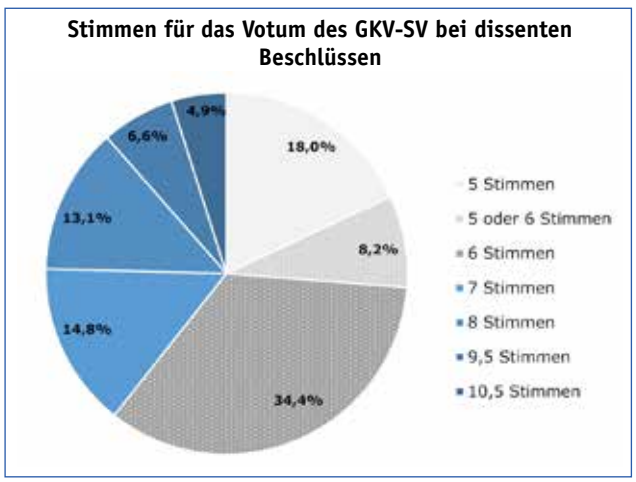


***Abb. 2:** : Stimmen für das Votum des GKV-SV bei dissenten Beschlüssen. Eigene Darstellung.*

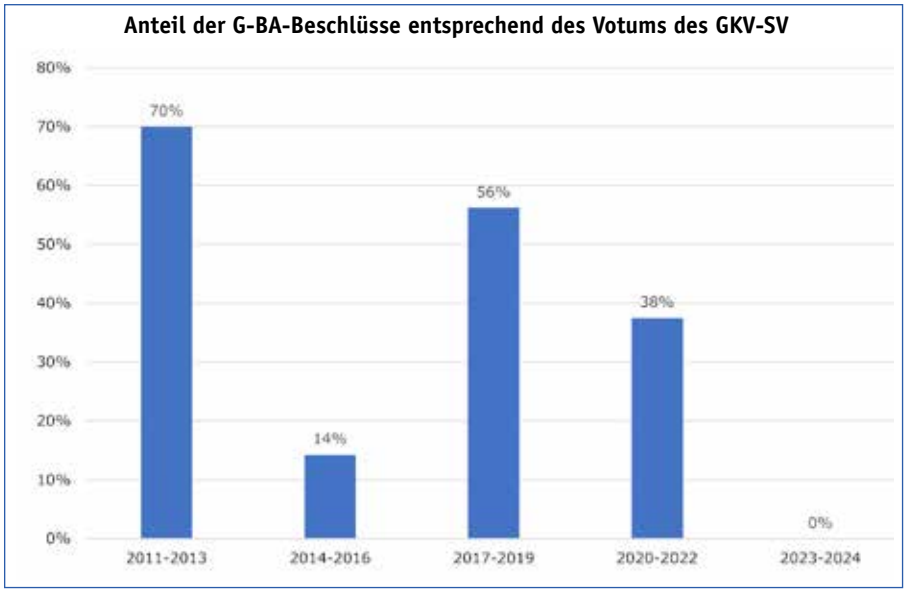


Abb. 3: *Anteil der G-BA-Beschlüsse entsprechend des Votums des GKV-SV. Eigene Darstellung.*

sen zum Zusatznutzen seit August 2020 nicht der Position des GKV-SV folgte.

Diskussion

Es ist festzuhalten, dass das Vorliegen dissenter Beschlussentwürfe, deren Begründungen sowie das Abstimmungsverhalten sich nur der Diskussion im G-BA-Plenum entnehmen lassen. Eine Ausnahme stellen die ersten zwei dissenten AMNOG-Beschlüsse dar, bei denen zumindest die abweichenden Beschlussentwürfe (als Position 1 und Position 2) zunächst in der zusammenfassenden Dokumentation aufgenommen wurden (G-BA 2013, G-BA 2013a). Bei späteren Verfahren sind Angaben zu dissenten Positionen nicht mehr in der G-BA-Dokumentation enthalten (z.B. G-BA 2013b und G-BA 2013c). Dies erschwert die Erfassung dissenter Beschlüsse sowie der Abstimmungsergebnisse (siehe oben). Zugleich ist festzustellen, dass in anderen Themenbereichen des G-BA (z. B. Qualitätssicherung oder Methodenbewertung) eine Dokumentation dissenter Positionen enthalten ist. Der Verzicht auf eine solche Darstellung für die AMNOG-Beschlüsse ist nicht nachvollziehbar.

Bei den jeweiligen Merkmalen der untersuchten dissenten Verfahren wie das Therapiegebiet oder Anlass der Bewertung lassen sich zunächst keine auffälligen Unterschiede festhalten. Hingegen ist der Anteil (79%) der Verfahren mit dem attestierten Zusatznutzen höher als für alle AMNOG-Verfahren insgesamt (54%). Dies erscheint plausibel, da bei Bewertungen mit einem beanspruchten Zusatznutzen und potenziell relevanten Studien eher eine Grundlage für verschiedene Einschätzungen besteht. Die Inhalte beziehen sich dabei zumeist auf solche Aspekte der Nutzenbewertung wie die Festlegung oder Umsetzung der zweckmäßigen Vergleichstherapie (z. B. Beschluss zu Niraparib/Abirateronacetat vom 2.5.2024, Cemiplimab vom 19.10.2023 oder Tucatinib vom 2.9.2021), Aufteilungen der Patientengruppen (Beschluss zu Empagliflozin vom 15.09.2022) oder Unsicherheiten hinsichtlich der Interpretation der Studienergebnisse (Beschluss zu Polatuzumab Vedotin vom 20.8.2020).

Es dürfte ein grundsätzlich unbestrittener Anspruch sein, dass das AMNOG-Verfahren eine möglichst objektive und neutrale Nutzenbewertung für neue Arzneimittel gewährleistet. Idealtypisch müsste dieser Anspruch für alle G-BA-Bänke gelten. Eine gelegentlich unterschiedliche Einschätzung zur Güte der vorliegenden Evidenz oder zur Einstufung des Zusatznutzens wäre dabei durchaus nachvollziehbar, da die Nutzenbewertung keine exakte Wissenschaft ist. Bei einer Bewertung ohne Interessenkonflikte wäre also für jede G-BA-Bank von einer gleichmäßigen beidseitigen Streuung um den imaginären „wahren" Wert auszugehen. Bei einem Anspruch einer objektiven und neutralen Bewertung wäre dann eine über die längere Zeit sich ausgleichende Verteilung der abweichenden Voten zwischen den G-BA-Bänken zu erwarten.

Genau das Gegenteil ist jedoch der Fall. Auffällig ist, dass der GKV-SV in 100% der dissenten Beschlüsse für eine niedrigere Einstufung des Zusatznutzens im Vergleich zu anderen Bänken stimmte. Dies zeigt sich über alle untersuchten Verfahren und alle Zusatznutzenkategorien hinweg, selbst beim erheblichen Zusatznutzen eines Orphan Drugs (so z.B. beim Beschluss zu Ripretinib vom 16.6.2022) oder der grundsätzlichen Anerkennung eines Zusatznutzens bei Therapiedurchbrüchen wie in der Behandlung der chronischen Hepatitis C (z.B. beim Beschluss zu Sofosbuvir vom 17.7.2014).

Für die dissenten Beschlüsse ergibt sich damit eine dramatische Verzerrung in negativer Richtung durch die naheliegenden Partikularinteressen des GKV-SV mit Blick auf die nachgelagerte Preisverhandlung. Die Voten der Leistungserbringer können dabei nur partiell die negative Verzerrung durch die Kostenträger ausgleichen, da für sie zumindest keine plausiblen Erklärungsansätze für eine systematisch positive Verzerrung der Voten bestehen (eine negative Verzerrung kann jedoch auch für sie nicht ausgeschlossen werden). In der Summe (negative Verzerrung bei Kostenträgern und zumindest keine positive Verzerrung Leistungserbringern) sprechen die Ergebnisse also für eine systematisch negative Verzerrung hin zu ungünstigeren Bewertungen (siehe Abb. 4).

Diese Erkenntnisse lassen sich grundsätzlich auch auf einstimmige Beschlüsse übertragen, was jedoch nicht empirisch geprüft werden konnte. Die Diskussionen und Konsensbildung in den Arbeitsgremien des G-BA sind für die Öffentlichkeit nicht dokumentiert. Bis auf absolute Ausnahmen (so wird in den tragenden Gründen der Beschlüsse hinsichtlich der Patientenrelevanz des Endpunktes Progressionsfreies Überleben (PFS) stets auf unterschiedliche Auffassungen innerhalb des G-BA verwiesen) sind vorgelagerte Dissenzen daher intransparent. Auch in solchen Fällen ist von einem Interessenkonflikt auf Seiten der Kostenträger auszugehen. Bildlich gesprochen, ist der zu Tage tretende Interessenkonflikt bei dissenten Beschlüssen also nur eine sichtbare „Spitze des Eisbergs".

Die empirischen Befunde bestätigen die theoretisch fundierten Bedenken hinsichtlich eines Governance-Defizits im AMNOG-Verfahren. Da die maßgebliche Mitwirkung

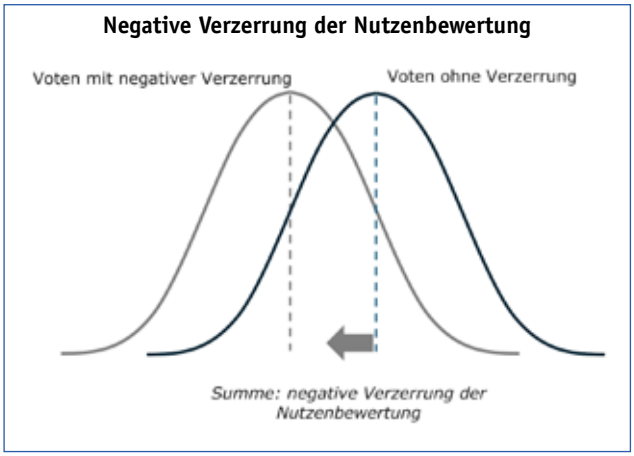


Abb. 4: *Negative Verzerrung der Nutzenbewertung. Eigene Darstellung.*

des GKV-SV an der Nutzenbewertung als Vorbereitung der Bedingungen für die eigene Preisverhandlung dient, ist ein Interessenkonflikt zu beobachten. Diese Aspekte müssen auch aus wettbewerbstheoretischer und regulierungsökonomischer Perspektive betrachtet werden (Coenen et al. 2016). So wird darauf hingewiesen, dass die Zusammensetzung des G-BA zu gesellschaftlich unerwünschten Kompromissen führen kann. So besteht etwa in Fällen einer Interessenharmonie zwischen den vertretenen Interessengruppen der Kostenträger und Leistungserbringer die Gefahr eines „Kuhhandels" zulasten Dritter. Das AMNOG-Verfahren wird als ein Regulierungsinstrument eingestuft, bei dem die Gefahr für eine Outsider-Diskriminierung (auch durch die Insider-Leistungserbringer) besteht.

Bei der Diskussion der Stimmenzusammensetzung muss zugleich die Rolle der beiden Unparteiischen und des unparteiischen Vorsitzenden näher beleuchtet werden. Es zeigt sich dabei, dass in der Hälfte aller dissenten Beschlüsse, die beiden Unparteiischen sich ausnahmslos der jeweiligen Bank anschließen, von der sie zuvor vorgeschlagen wurden (Abstimmungen mit 6 zu 7 bzw. 7 zu 6 Stimmen). Im zeitlichen Verlauf waren solche Beschlüsse vorwiegend ab Jahr 2020 zu beobachten. Vor dem Jahr 2020 stimmten die beiden Unparteiischen vorwiegend einheitlich mit den Vorsitzenden ab (Abstimmungen mit 5 zu 8 bzw. 8 zu 5 Stimmen). Dies verdeutlicht die zunehmende Relevanz der Stimme des unparteiischen Vorsitzenden im Falle einer Pattsituation. Es erscheint zugleich fraglich, inwieweit im Falle einer systematischen negativen Verzerrung durch eine Bank, diese durch einen Vorsitzenden dauerhaft ausgeglichen werden kann, ohne dass dies die Unparteilichkeit in Frage stellen würde.

Die Patientenvertretung könnte perspektivisch gemäß dem Entwurf zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) ein temporäres Vetorecht bekommen (Bundesministerium für Gesundheit 2024). Demnach soll eine Beschlussfassung im G-BA einmalig verhindert werden können, um eine erneute Auseinandersetzung mit den bestehenden Bedenken oder Einwänden der Patientenvertretung in den Gremien des G-BA zu ermöglichen. Ob ein solches temporäres Vetorecht in den AMNOG-Verfahren zur Anwendung kommen würde, bleibt abzuwarten.

Auch mit dem Inkrafttreten des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes (GKV-FinStG) im Jahr 2022 verdient die Diskussion um die praktischen Auswirkungen der Governance-Defizite einer stärkeren Bedeutung (Rasch 2023). Dies gilt sowohl für die neuen Vorgaben bei Verhandlungen des Erstattungsbetrages (sog. „Leitplanken") wie auch für die Anwendung des neuen Kombinationsabschlages. Die neuen Leitplanken hängen dabei von zwei Faktoren ab. Erstens, wenn für die festgelegte zweckmäßige Vergleichstherapie ein Patent- oder Unterlagenschutz besteht. Zweitens, wenn der Zusatznutzen als nicht belegt, gering oder nicht quantifizierbar eingestuft wurde.

Der GKV-SV ist somit maßgeblich an der Entscheidung über solche Hebel für die Geltung der Leitplanken in der anschließenden Verhandlung beteiligt, die auch als häufigste Dissenspunkte zu beobachten sind. Die Anwendung des neuen Kombinationsabschlages hängt wiederum davon ab, ob der G-BA zuvor für eine Arzneimittelkombination einen mindestens beträchtlichen Zusatznutzen festgestellt hat. Auch hier ist somit die Anwendung unmittelbar an einen Hebel geknüpft, der viel Anfälligkeit bei Interessenkonflikten aufweist.

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (2024): Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz– GVSG). URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/gvsg.html (Stand 5.6.2024)
Cassel, D./Ulrich, V. (2015): AMNOG auf dem ökonomischen Prüfstand: Funktionsweise, Ergebnisse und Reformbedarf der Preisregulierung für neue Arzneimittel in Deutschland. Gesundheitsökonomische Beiträge, Bd. 56, Baden-Baden.
Coenen, M./Haucap, J./Loebert, I. (2016): Bestandsaufnahme zum gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). In: Stiftung Münch, München.
Dintsios, C.-M./Chernyak, N. (2024): 10 Jahre AMNOG: "Value-based Pricing" mit einem Monopsonisten und seine Implikationen für die gesetzlich intendierte Zielsetzung. Sozialer Fortschritt, 73 (2024) 5: 371 – 392
Frick, M./Bungenstock, J. (2016): Problem AMNOG-Governance: Macht ohne Gewaltenteilung. In: Verbesserung der Patientenversorgung durch Innovation und Qualität: 19. Bad Orber Gespräche über kontroverse Themen im Gesundheitswesen. Allokation im marktwirtschaftlichen System, No. 71. Peter Lang International Academic Publishers, Frankfurt a. M.
G-BA (2013): Nutzenbewertungsverfahren zum Wirkstoff Linagliptin (Erneute Nutzenbewertung: Diabetes mellitus Typ 2). In: https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/37/ (Stand 5.6.2024)
G-BA (2013a): Nutzenbewertungsverfahren zum Wirkstoff Ruxolitinib. In: https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/38/ (Stand 5.6.2024)
G-BA (2013b): Nutzenbewertungsverfahren zum Wirkstoff Saxagliptin/Metformin. In: https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/43/ (Stand 5.6.2024)
G-BA (2013c): Nutzenbewertungsverfahren zum Wirkstoff Apixaban (neues Anwendungsgebiet: Prophylaxe von Schlaganfällen und systemischen Embolien). In: https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/57/ (Stand 5.6.2024)
Hüer, T./Abels, C./Wasem, J. (2021): 10 Jahre AMNOG aus Sicht der Gesundheitsökonomik, Gesundheits- und Sozialpolitik (G+S) 1/2021
Rasch, A. (2023): Die neuen „Leitplanken" im AMNOG-Prozess. Monitor Versorgungsforschung (04/23), S. 40–44
Vorderwülbecke, U. (2013): Gemeinsamer. Bundesausschuss und Arzneimittelhersteller: Ein Governance-Problem. PharmR 35: 149-152

Fazit

Es zeigt sich einerseits, dass die meisten Beschlüsse zur AMNOG-Nutzenbewertung einstimmig verabschiedet werden. Andererseits ist besonders auffällig, dass der GKV-SV in 100% der dissenten Beschlüsse für eine niedrigere Einstufung des Zusatznutzens im Vergleich zu den anderen Bänken stimmte. Da die Beschlüsse des G-BA als Grundlage für die anschließenden Preisverhandlungen mit dem GKV-SV dienen, erscheint dieses Ergebnis grundsätzlich wenig überraschend. Es verdeutlicht einen prozessualen Interessenkonflikt beim GKV-SV und untermauert die strukturelle Kritik hinsichtlich der Governancedefizite des G-BA. Auch in den einstimmig gefassten Verfahren können diese Defizite im Rahmen der vorgelagerten Konsensfindung zu einer systematisch negativen Verzerrung der Nutzenbewertung führen; dies entzieht sich aufgrund fehlender Dokumentation einer empirischen Überprüfung. Vor allem die prozessuale Einheit des GKV-SV im AMNOG-Verfahren als Regelgeber, Schiedsrichter und Spieler sollte daher kritisch hinterfragt werden. Es zeigt sich schließlich, dass vor allem die neueren gesetzlichen Eingriffe (Einführung der Leitplanken sowie des Kombinationsabschlags) eine hohe Strategieanfälligkeit bei Interessenkonflikten aufweisen. Bei der Evaluation dieser gesetzlichen Instrumente ist auch dies kritisch zu überprüfen. <<

von: Dr. PH Andrej Rasch*

*Verband forschender Arzneimittelhersteller e.V. (vfa) /
ORCID: 0000-0003-4098-4502

Zitationshinweis

Rasch, A.: „Gibt es Anhaltspunkte für Interessenkonflikte? – Abstimmungsverhalten im G-BA bei AMNOG-Nutzenbewertungen“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/24), S. 44–48. http://doi.org/10.24945/MVF.04.24.1866-0533.2641

Die RSA-Regionalkomponente funktioniert

>> „Der Regionalausgleich ist aus Sicht des Beirats prinzipiell geeignet die regionalen Wettbewerbsbedingungen für die Krankenkassen anzugleichen.“ Alleine schon mit diesem Satz bestätigt der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesamt für Soziale Sicherung, dass die erstmals im Ausgleichsjahr 2021 des RSA eingeführte Regionalkomponente sinnvoll war. Im aktuellen Gutachten* zu den Wirkungen der regionalen Merkmale im Risikostrukturausgleich wird beschrieben, dass die Regionalkomponente hinsichtlich der Reduktion regionaler Über- und Unterdeckungen deutliche Auswirkungen zeigt. Zwar weise der RSA auch schon ohne Regionalkomponente eine große Erklärungskraft hinsichtlich der regionalen Ausgabenvariation (zwischen 55% und 60% auf, doch steige mit Hinzunahme der Regionalen Risikogruppen (RGG) der Anteil der durch das Ausgleichsverfahren erklärten regionalen Unterschiede um weitere 10 bis 15 Prozentpunkte an. Sofern vor Einführung der Regionalkomponente für Krankenkassen entsprechende Fehldeckungen einen Anreiz zur regionalen Risikoselektion dargestellt habe, kommt der Beirat im vorliegenden Gutachten zu dem Ergebnis, dass dieser Anreiz durch die Einführung des Regionalausgleichs weiter deutlich verringert wurde. So bewirke die Einführung der Regionalkomponente auf Ebene der Krankenkassen eine merkliche Annäherung der mittleren Fehldeckungen (Krankenkassen-MAPE). Das ungewichtete absolute Kassen-MAPE (Mean Absolute Prediction Error) sinkt laut Gutachten um 19%, das gewichtete um 27%. Vorhandene Über- und Unterdeckungen der Krankenkassen würden durch die Regionalkomponente deutlich reduziert.

Allerdings merkt der Beirat in seinem Gutachten an, dass es nicht ausgeschlossen werden könne, dass die Regionalkomponente insgesamt einen Abbau regionaler bzw. krankenkassenbezogener Über- und Unterdeckungen bewirkt, die z. B. aufgrund von (in)effizientem Handeln der Krankenkassen entstehe und deren Ausgleich durch den RSA nicht geboten sei.

Dem Beirat gehören an: Prof. Dr. Saskia Drösler (Hochschule Niederrhein, Krefeld), Prof. Dr. Wolfgang Greiner (Universität Bielefeld), Prof. Dr. Stephanie Läer (Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf), Prof. Dr. Robert Nuscheler (Universität Augsburg), Prof. Dr. Julia Stingl (Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen), Prof. Dr. Leonie Sundmacher (Technische Universität München), Prof. Dr. Volker Ulrich (Universität Bayreuth) und Prof. Dr. Amelie Wuppermann (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg). <<

* https://t1p.de/metdw

BMBF-Förderschwerpunkt „Zukunft eHealth“

>> Das BMBF hat im Bundesanzeiger (1) eine „Richtlinie zur Förderung von interdisziplinären Veranstaltungsreihen für Studierende und Promovierende im Förderschwerpunkt Zukunft eHealth“ veröffentlicht. Mit dieser Richtlinie will das Ministerium im Bereich eHealth einen wichigten Beitrag leisten, um die Chancen der Digitalisierung für die Medizin und Gesundheitsforschung zu nutzen und die Qualität in der Diagnose, Therapie und Prävention von Erkrankungen zu verbessern. Mit dem modular aufgebauten Förderschwerpunkt „Zukunft eHealth“ will das BMBF durch die gezielte Förderung von Wissenschaftler:innen in frühen Karriere-stadien dazu beitragen, die besten Köpfe für eine wissenschaHliche Karriere in den interdisziplinären eHealth-Bereichen Medizininformatik, computergestützte biomedizinische Forschung und epidemiologische Modellierung zu gewinnen.

Ziel dieser Fördermaßnahme (spätester Abgabetermin: 16.09.2024) ist es, Studierende und Promovierende insbesondere aus den nicht-medizinischen MINT-Fächern für datengetriebene Gesundheitsforschung und computergestützte biomedizinische Forschung (eHealth) zu begeistern, ihnen eine zusätzliche Qualifizierung für das wissenschaHliche Arbeiten in diesem Bereich zu ermöglichen und sie untereinander und mit einschlägigen Arbeitsgruppen zu vernetzen. Diese Förderrichtlinie gilt in Verbindung mit dem Rahmenprogramm Gesundheitsforschung (2). <<

Links:
1: https://t1p.de/txgnd
2: https://t1p.de/i6z69

Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

23. Kongress

25. – 27.09.2024 | Potsdam

Implementierungswissen schafft innovative Versorgung

Plenarsitzungen

- INNOVATIVE VERSORGUNG – KOMPETENZEN VON VERSORGUNGSFORSCHUNG UND IMPLEMENTIERUNGSWISSENSCHAFT BÜNDELN

  Prof. Dr. Lauren Clark (Universität Zürich)
  Ass- Prof. Dr. Thekla Brunkert (Universität Luzern)

- AKZEPTANZ FÜR VERÄNDERUNG SCHAFFEN – METHODISCHE IMPULSE

  Diana Cürlis (Münster School of Design)
  Prof. Dr. Silke Kuske (Fliedener Fachhochschule Düsseldorf)

- FOKUS PATIENTENNUTZEN: NACHHALTIGE IMPLEMENTIERUNG UND SYSTEMATISCHE DE-IMPLEMENTIERUNG

  Prof. Dr. Thomas Kühlein (Universität Erlangen)
  Dr. Simone van Dulmen (Radboud University Nijmegen)

Weitere Kongressthemen, die Sie erwarten:

- Debate: KI in der Versorgungsforschung, Evidenz aus der Versorgungsforschung
- State of the Art: EBMplus Theorie, Auf den Kontext kommt es an!
- Die Zukunft der Versorgungsforschung - interaktive Workshops, Symposien uvm.

Die Anmeldung ist geöffnet!
Jetzt Frühbucher-Tarif bis 22.08.2024 sichern.
Alle wichtigen Informationen finden Sie auf der Kongresswebseite unter www.dkvf.de.

VERSORGUNGSPRAXIS

VERSORGUNGS- UND IMPLEMENTIERUNGSWISSENSCHAFT

GESUNDHEITSPOLITIK

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.
In Zusammenarbeit mit: European Implementation Collaborative (EIC) und Implementierungs-Netzwerk für Forschung und Praxis

DKVF.DE

Human Hospital: „wertschätzend. sinnstiftend. menschlich“



Hrsg.: Jochen A. Werner / Andrea Schmidt-Rumposch
Human Hospital
Verlag: MWV 2024
ca. 270 Seiten
ISBN-Print: 978-3-95466-855-7
Preis Buch: 69,95 Euro
Preis PDF: 69,99 Euro

>> „Wertschätzend. Sinnstiftend. Menschlich“. So lautet der Untertitel des nach „Smart Hospital“ (2020) und „Green Hospital“ (2022) nun schon dritten Buchs „Human Hospital“ der Herausgebergruppe aus der Universitätsmedizin Essen. Allen voran sind das Prof. Dr. med. Jochen A. Werner, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender, und Andrea Schmidt-Rumposch, Pflegedirektorin und Vorständin der Essener Universitätsmedizin. Nun könnte man annehmen, dass entweder die damit entstandene Triologie vollständig ist oder es womöglich demnächst ein viertes oder gar fünftes Buch, wie etwa „Future Hospital“ geben könnte. Dem widerspricht Werner im Gespräch mit „Monitor Versorgungsforschung“ zwar nicht vehement, aber dennoch. Das aktuell vorgelegte Buch sei nicht der Abschluss einer Triologie, sondern eine Weiterentwicklung und sogar ein „übergeordneter Begriff“. Auch habe das Herausgeberteam keinen Masterplan verfolgt und würden einen solchen auch weiterhin nicht verfolgen. Vielmehr sei es allen ein großes Anliegen gewesen, die Erkenntnisse und Erfahrungen, die im Transformationsprozess der Universitätsmedizin Essen seit knapp zehn Jahren gemacht worden sind, auch anderen zugänglich zu machen, weil „wir uns als Universitätsmedizin eben auch in der Verpflichtung sehen, mit gutem Beispiel voranzugehen“. Einen vorgefertigten Masterplan gab es übrigens auch nicht im Transformationsprozess der Universitätsmedizin Essen. Dadurch wollte man sich frei machen, um möglichst flexibel auf neue Erkenntnisse, Rahmenbedingungen und Technologien sowie die Anforderungen der agierenden Personen und Mitarbeitenden reagieren zu können, die diese Entwicklung maßgeblich tragen und vorantreiben sollen. Werner: „Aus unserer Sicht sollte das Krankenhaus der Zukunft, also das Future Hospital, ein Human Hospital sein. Insofern: Wenn es noch ein weiteres Buch geben sollte, was ich weder ankündigen noch ausschließen kann, dürfte es wohl einen anderen Titel haben.“

„Smart, Green, Human – alles ist untrennbar miteinander verbunden“. Das steht im aktuellen Buch geschrieben. Weiter heißt es da: „Diese Triade geht ineinander über, verstärkt sich, schafft Synergien und ist Grundlage zur Lösung unserer tiefgreifenden strukturellen Herausforderungen im Gesundheitssystem“. Werner erklärt das so: „Fundament für das Human Hospital sind das Smart Hospital mit dem Fokus auf Digitalisierung und das Green Hospital mit dem Ziel, klimaschonender zu werden.“ Beim Smart Hospital gehe es darum, mithilfe digitaler Lösungen und durch den Einsatz künstlicher Intelligenz für eine spürbare Entlastung der Beschäftigten zu sorgen und Prozesse derart zu optimieren, dass dies direkt auf den Patientennutzen einzahlt. Doch könnten Menschen nur in einer gesunden Umwelt gesund werden und bleiben. Wer den Menschen konsequent in den Mittelpunkt seines Handelns stelle, müsse folgerichtig aktiv Klima- und Ressourcenschutz betreiben. Darauf liege der Fokus beim Green Hospital. Werner: „Wir verstehen das Human Hospital als 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.“ Ziel des Human Hospital sei es, 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.

Geschrieben haben im Buch „Human Hospital“ folgende Autor:innen: Dr. med. Oliver Basu | Univ.-Prof. Dr. med. Jan Buer | Dr. Daniel Dettling | Dr. med Anke Diehl | Prof. Dr. med. Gustav Dobos | Prof. Dr. Dr. Jan Egger | Tobias Emler | Univ.-Prof. Dr. med. Tobias Esch | Carla Eysel | Michael Gastaldo | Tim Geldmacher | Dr. rer. medic. Heidemarie Haller | Dr. Ruth Hecker | Felix Herter | Jens Hildebrand | Prof. Dr. Felix Hoffmann | Dr. med. Kristin Hünninghaus | Univ.-Prof. Dr. Dr. med. Rainer Kimmig | Prof. Dr. Dr. Jens Kleesiek | Prof. Dr. Christoph Kleinschnitz | Dr. Susann Kobus | Andrea Köhn | Eileen Krauße | Silke Langer | Sonja Lehringer | Thomas Linkenheil | Dr. rer. nat. Stefan Liszio | Univ.-Prof. Dr. med. Amir A. Mahabadi | Univ.-Prof. Dr. med. Georg Marckmann | Dipl.-Ing. Stefanie Matthys | Prof. Dr. David Matusiewicz | Patrick Merke | Dr. rer. oec. Dr. rer. medic. Maren M. Michaelsen | Prof. Dr. rer. nat. Susanne Moebus | Carolin van Nahl | Nadja Nardini | Dr. med. Ehsan Natour | Univ.-Prof. Dr. med. Felix Nensa | Hajo Arne Neu | Prof. Dipl.-Ing Hans Nickl | Prof. Dipl.-Ing. Christine Nickl-Weller | Eva-Maria Nilkens | Susanne Oeder | Prof. Dr. med. Sabine Oertelt-Prigione | Tatjana Ossiek | Univ.-Prof. Dr. med. Tienush Rassaf | Anja Roggel | Dipl.-Medienwirt Martin Rolshoven | Angela Rüland | Pastorin Karin Scheer | Detlef Schliffke | Andrea Schmidt-Rumposch | Prof. Dr. Friedrich Hubertus Schmitz-Winnenthal | Univ.-Prof. Dr. med. Christoph Schöbel | Insa Schrader | Christian Schuldt | Prof. Dr. med. Christian Schulz | Vera Starker | Achim Struchholz | Univ.-Prof. Dr. Martin Teufel | PD Dr. med. Mitra Tewes | Dr. med. Katharina Thiede | Prof. Dr. Jochen A. Werner | Laura Wortmann. <<

Deutsche Krebshilfe fördert CCCs

>> Die Deutsche Krebshilfe fördert auch weiterhin die Onkologischen Spitzenzentren (Comprehensive Cancer Center, CCCs) an den universitären Standorten Berlin, Essen/Münster, Freiburg, Frankfurt/Marburg, Göttingen/Hannover, Hamburg und Mainz. Zudem bilden die CCCs Tübingen-Stuttgart und Ulm nun das gemeinsame Konsortium „CCC SüdWest“ und stärken damit die Versorgung von Krebspatient:innen in Baden-Württemberg. In CCCs werden Patient:innen umfassend auf höchstem medizinischen Niveau behandelt. Daneben sind die Zentren auf hohem Niveau in der Krebsforschung aktiv.

Für die Weiterförderung der CCCs hat die Deutsche Krebshilfe insgesamt 33,9 Millionen Euro für die nächsten vier Jahre bereitgestellt. <<

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V.

11. DNVF-Forum Versorgungsforschung

Partizipation und Zusammenarbeit aller Beteiligten ist der Schlüssel für eine wirksame organisationale Gesundheitskompetenz!

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Universitätsmedizin Greifswald), Vorsitzender des DNVF, begrüßte die knapp 100 Teilnehmenden des 11. DNVF-Forums Versorgungsforschung. Konzepte organisationaler Gesundheitskompetenz für Gesundheit und Krankheit zusammen mit Versorger:innen und Patient:innen zu entwickeln, sei ein wichtiger Baustein für die Resilienz unseres Gesundheitssystems, so Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann. Er bedankte sich bei den AGs Gesundheitskompetenz und Organisationsbezogene Versorgungsforschung des DNVF sowie dem Deutschen Netzwerk Gesundheitskompetenz (DNGK) und dem Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz (NAP) und insbesondere Prof.in Dr. Nicole Ernstmann (Universität zu Köln), Prof.in Stephanie Stock (Universität zu Köln), Prof.in Dr. Lena Ansmann (Universität zu Köln) und Prof.in Dr. Eva Bitzer (Pädagogische Hochschule Freiburg) für die hervorragende Organisation.

>> Prof.in Dr. Stephanie Stock betonte in ihrer Einführung, dass das Forum dazu beitragen solle, die Kluft zwischen versorgungswissenschaftlicher Erwartung auf der einen Seite und den Umsetzungsmöglichkeiten aus der Sicht von Praxis, Betroffenen und Gesundheitspolitik auf der anderen Seite zu schließen. Es gehe darum, Komplexität zu reduzieren und gleichzeitig Kompetenz so zu vermitteln, dass Menschen in die Lage versetzt werden, ihre Bedürfnisse im Rahmen des Gesundheitssystems zu adressieren. Im Forum wurden hierzu in drei Blöcken die Perspektiven der Wissenschaft, der Betroffenen und der Versorgungspraxis diskutiert.

Obwohl es international keinen Konsens für eine einheitliche Definition von Gesundheitskompetenz gibt, bezogen sich die Vorträge des Forums überwiegend auf die Definition der Gesundheitskompetenz (GK) nach Sørensen. Verkürzt ausgedrückt ist GK demnach das Wissen, die Motivation und die Fähigkeit von Menschen, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung Entscheidungen treffen zu können. Somit wird GK einerseits durch persönliche Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie auf der anderen Seite durch Anforderungen und Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems determiniert. In ihrem Eröffnungsvortrag berichtet Prof.in Dr. Doris Schaeffer (Universität Bielefeld) die Entwicklung und aktuelle Datenlage zum Thema „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland" als Grundlage für die weiteren Vorträge und Diskussionen.

Prof.in Dr. Doris Schaeffer zeigt eindrücklich, dass sich GK in den letzten Jahren in Deutschland verschlechtert hat und es hier deutliche Unterschiede gibt. Eine unzureichende GK findet sich häufig bei Menschen mit niedriger Bildung, niedrigem Sozialstatus, eigener Migrationserfahrung, Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen und ab 65 Jahren. Eine leichte Verbesserung gab es während der Corona-Pandemie. Prof.in Schaeffer interpretiert diese Veränderung als Hinweis darauf, dass

Kommentar



Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann
Vorsitzender DNVF

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

in diesem Heft finden Sie spannende Berichte zum 11. DNVF-Forum Versorgungsforschung „Organisationale Gesundheitskompetenz in Einrichtungen des Gesundheitswesens – wo stehen wir und was brauchen wir?" (15.05.2024) und zur 2. Konferenz für registerbasierte Forschung (19.06.2024). Beide Konferenzen haben gezeigt, wie wichtig es ist, neue methodische Ansätze in der Versorgungsforschung zu diskutieren und sich dabei mit allen Beteiligten auszutauschen. Organisationale Gesundheitskompetenz und die Nutzung versorgungsnaher Daten sind auch bei der Implementierung neuer Versorgungsformen von großer Bedeutung.

Das Programm für den 23. DKVF mit dem Motto „Implementierungswissen schafft innovative Versorgung" ist auf der Kongresswebsite (dkvf.de) online. Aus den 498 eingereichten Abstracts wurden 56 Vortragssitzungen und 25 Postersessions gestaltet. Daneben wird es viele besondere Veranstaltungen geben. Neben den Keynotes und internationalen Sitzungen werden unter anderem zwei Debatten zu den Themen „Evidenz aus der Versorgungsforschung – methodische Anforderungen, Limitationen und Potentiale" sowie „KI in der Versorgungsforschung" stattfinden. State-of-the-Art-Vorträge zur EBMplus-Theorie und zu kontextuellen Aspekten in der Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft erwarten uns, daneben Symposien, interaktive Workshops und viele Möglichkeiten, sich zu vernetzen und die neuesten Entwicklungen in der Versorgungsforschung mit zu diskutieren. Der Kongresspräsidentin Prof. Dr. J. Köberlein-Neu, ihrem Organisationsteam und unserem Geschäftsführer Dr. T. Bierbaum danke ich ganz herzlich für die hervorragende Vorbereitung!

Ich würde mich freuen, Sie beim 23. DKVF in Potsdam begrüßen zu dürfen und mit Ihnen spannende Beiträge zu erleben und eine lebhafte methodische, inhaltliche, transferorientierte Diskussion zu führen – denn schließlich wollen wir gemeinsam die Zukunft unseres Gesundheitssystems mitgestalten.

Herzliche Grüße und Ihnen und Euch allen eine gute Zeit

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

eine intensive öffentliche Kommunikation über ein Gesundheitsthema die GK insgesamt fördern kann. Ein weiterer Problembereich, bei dem sich in den Erhebungen ein großes Verbesserungspotenzial zeigt, ist die navigationale GK. Darunter wird die Fähigkeit subsumiert, sich im komplexen Gesundheitssystem zu orientieren. Auch hier gibt es große Unterschiede hinsichtlich des sozialen Status. Deswegen sei es eine dringliche gesellschaftliche Aufgabe, so Prof.in Dr. Schaeffer in ihrem Fazit, die navigationale GK zu fördern und dabei „die subjektiven Fähigkeiten der Bevölkerung (insbes. vulnerable Gruppen) zu stärken und zugleich ein gesundheitskompetentes Gesundheitssystem mit gesundheitskompetenten Organisationen und Professionen zu ermöglichen".

Anschließend stellte Prof.in Dr. Eva Bitzer in ihrem Vortrag „Organisationale Gesundheitskompetenz – Konzept und Messung" ein konzeptionelles Model der GK nach Sørensen vor, welches „individuelle und bevölkerungsbezogene Gesundheitskompetenz sowie Ansätze systemischer, organisationaler und professioneller Gesundheitskompetenz sichtbar integriert". Organisationale GK umfasst dabei laut Prof.in Bitzer Informationen, Leitlinien sowie die „Kompetenz von Gesundheitsfachkräften, sich im beruflichen Kontext gesundheitsbezogene Informationen zu erschließen und diese bedarfsgerecht und verständlich an Patientinnen und Patienten zu vermitteln" (professionelle GK). Dabei sollte die Stärkung der GK so im organisationalen Handeln verankert sein, dass Patient:innen informierte Entscheidungen treffen können.

Im zweiten Teil ihres Vortrags stellte Prof.in Dr. Eva Bitzer Instrumente zur Messung Organisationaler GK vor. Die vorgestellten Instrumente seien dabei primär für die Selbstbewertung von Organisationen gedacht (ähnlich wie z. B. im Qualitäts- oder betrieblichen Gesundheitsmanagement) und in Bezug auf die erhobenen Indikatoren von sehr unterschiedlichem Umfang. Kurze, gut handhabbare Instrumente, die sich auf wenige, übergeordnete Indikatoren konzentrieren, könnten einzelnen Organisationen der gesundheitlichen Versorgung zum Einstieg in das Thema dienen, böten aber auch die Möglichkeit einrichtungsübergreifender Analysen. Als Beispiel nannte sie den HLHO-10 - Fragebogen, der 10 Attribute gesundheitskompetenzfördernder Krankenhäuser misst. Ansatzpunkte zur Förderung organisationaler und professioneller GK sieht sie durch Organisationsentwicklung, Qualitätsmanagement, Kommunikationstraining, partizipative Entscheidungsfindung und Umgang mit Gesundheits(des)informationen.

„Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in der Region Hamburg (OHL-HAM)" lautete das Thema von Dr. Daniel Lüdecke (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf). Er berichtete über ein Projekt mit dem Ziel, einen Kriterienkatalog zur Bestimmung der GK von Organisationen zu entwickeln. Darüber hinaus sollte der Stand der organisationsbezogenen GK im Raum Hamburg gemessen, Maßnahmen zur Förderung der organisationalen GK entwickelt und implementiert sowie die entwickelten Kriterien durch Nutzer:innen bewertet werden. Im Projekt wurde ein Scoping-Review durchgeführt, die gefundenen 490 Kriterien in einem Workshop zusammengefasst und anschließend in einer Delphi-Befragung eingeschätzt. Der so erarbeitete Fragebogen wurde in einer Onlinebefragung mit letztlich 77 einzigartigen Kriterien mit 5 Haupt- und 17 Subkategorien angewendet. Dabei zeigen sich gute Ergebnisse beim barrierefreien Zugang und der Navigation (innerhalb der Organisationen), während Handlungsbedarf vor allem bei Qualifizierung, Qualitätsmanagement, Evaluation und Bedarfserhebung sowie bei der Einbeziehung und Unterstützung von Zielgruppen besteht. Dr. Lüdecke riet Organisationen, die sich auf den Weg machen wollen, die organisationale GK zu verbessern, sich auf wenige, konkrete Kriterien zu fokussieren, die in der jeweiligen Organisation verbessert werden sollen.



Prof:in Dr. Doris Schaeffer spricht über Gesundheitskompetenz in der BevölkerungProf:in Dr. Doris Schaeffer spricht über Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung.

Der zweite Block „Perspektive der Betroffenen" wurde ebenfalls von Prof.in Dr. Stephanie Stock moderiert. Er wurde von Dr. Stefanie Houwaart (BRCA-Netzwerk e. V.) mit ihrem Vortrag „Diagnose Krebs – Erfahrungen mit Informationen und Entscheidungssituationen" eröffnet. Vereinszweck des BRCA-Netzwerks-Vereins ist die Bereitstellung von Hilfe und Unterstützung für sowohl an erblichem Krebs erkrankte als auch für bisher gesunde Frauen und Männer, bei denen eine genetische Disposition nachgewiesen oder wahrscheinlich ist. Die Aktivitäten konzentrieren sich auf die Tätigkeitsfelder (TF) „Austausch, Information, Entscheidungsfindung" (TF 1 z. B. Flyer in einfacher Sprache, Podcast „Familiensache Krebs") sowie „Interessenvertretung, Patientenbeteiligung" (TF 2) und „Kooperationen" (TF3). Das BRCA-Netzwerk versteht sich als gesundheitskompetente Organisation und möchte durch Aktivitäten im TF 1 Kompetenzen der Beteiligten stärken und im TF 2 durch Interventionen Anforderungen im Gesundheitssystem reduzieren. Dr. Stefanie Houwaart zeigte eindrücklich, dass bei genetisch bedingter Veranlagung zu Krebserkrankungen weitreichende Entscheidungen anfallen, die die Lebenswelt der Betroffenen nachhaltig tangieren, z. B. Durchführung einer risikoreduzierenden, prophylaktischen Operation vs. engmaschiger Früherkennung oder das Thema „Kinderwunsch". Dabei geht es bei den Entscheidungen oft um die Wahl des geringeren Übels. Die Bereitstellung evidenzbasierter Informationsmaterialien ist hier zusammen mit der Klärung der individuellen Werte und Präferenzen, neben persönlichen Erfahrungen im Gesundheitssystem, eine wichtige Entscheidungsgrundlage.

Sie plädierte dafür, hier GK als Teil der Lebenskompetenz zu verstehen, nämlich der Auseinandersetzung mit den eigenen Lebensplänen und -entwürfen, weit über den gesundheitlichen Sachverhalt hinaus. Ein Best-Practice-Beispiel stellt nach ihrer Einschätzung das Projekt „EDPC-BRCA Decision-Coaching-Programm zur Entsc-



Podiumsdiskussion auf dem 11. Forum Versorgungsforschung.

heidungs-unterstützung im Rahmen der Prävention bei BRCA1/2-Mutationsträgerinnen" dar, das vom Innovationsausschuss für die Implementierung in die Regelversorgung empfohlen wurde. Als Fazit hielt Dr. Stefanie Houwaart fest, dass organisationale GK dann gelingt, wenn sie ein steter gemeinsamer interdisziplinärer, integrierter und integrierender Prozess über alle Berufsgruppen, Mutationsträger:innen und Patient:innen hinweg ist.

Prof.in Dr. Dorothee Lebeda (katholische Hochschule NRW) stellte in ihrem Vortrag „Pflegende Angehörige im Entlassungsmanagement – Informationen finden und Versorgung organisieren" ein Programm „Pflegetrainer:in für pflegende Angehörige – eine neue pflegefachliche Funktion im Krankenhaus" vor. Das Projekt ist 2006 mit 25 beteiligten Krankenhäusern gestartet. Mittlerweile sind es über 400 teilnehmende Krankenhäuser. Ziel ist die Gestaltung eines stabilen, sicheren Versorgungssettings zu Hause. Dabei sollen der Übergang vom Krankenhaus in die eigene Lebenswelt begleitet und durch die Vermittlung von Fähigkeiten und Reflexion die Familien darin unterstützt werden, die neue Lebenssituation anzuerkennen und bewältigen zu können. Als ein Beispiel für ein häufig auftretendes Problem, das durch organisationale und individuelle GK verbessert werden kann, wurde die Beantragung, Lieferung und Nutzung von Hilfsmitteln beschrieben. Eine weitere Aufgabe sieht das Projekt darin, pflegende Angehörige sowie ihre Bedürfnisse im System so sichtbar zu machen, dass die Entwicklung der organisationalen GK darauf reagieren kann.

Die Moderation des dritten Blocks „Die Perspektive der Versorgungspraxis" übernahm Prof.in Dr. Lena Ansmann. Katja Rosenthal-Schleicher (Evangelisches Krankenhaus Mara Bielefeld) und Melanie Kanzler (Verbandsdirektorin Deutscher Evangelischer Krankenhausverband – DEKV) sprachen in ihrem Vortrag über die „Umsetzung von gesundheitskompetenzförderlichen Maßnahmen im Krankenhaus – Barrieren und Chancen". Das Mara Krankenhaus ist eine besondere Einrichtung mit den Schwerpunkten als Universitätsklinik für Epileptologie und Inklusive Medizin. Im Rahmen dieser Schwerpunkte sind das Mara Krankenhaus, der DEKV und das IQWiG eine Themenpartnerschaft Gesundheitsinformationen in leichter Sprache eingegangen. Dabei sollen die Informationen die spezifischen Fähigkeiten von Menschen mit Behinderung berücksichtigen und durch geschultes Personal begleitet werden. Das gezeigte Beispiel Darmspiegelung wurde partizipativ entwickelt und ist barrierefrei zugänglich. Ebenso wurden die nahestehenden Vertretungs- und Bezugspersonen einbezogen. Essenziell war dabei, sich in die Lebenswelt der Patient:innen einzudenken. Das gehe nur, wenn dabei die Lebenswelt der Betroffenen besucht wird. Ebenfalls gehört der sektorenübergreifende Austausch zum Konzept. Um die organisationale GK zu stärken, braucht es nach Ansicht der Referierenden ein Anreizsystem für Krankenhäuser aus einem Mix aus budgetrelevanten und qualitätsbezogenen Instrumenten (z. B. Zusatzentgelte für GK). Ebenfalls bedarf es innovativer Partnerschaften z. B. mit Patient:innenorganisationen oder Institutionen des Gesundheitssystems. Gesundheitsinformationen in leichter Sprache sollten ebenso gefördert werden wie Studien zur gesundheitsökonomischen Wirkung von hoher Gesundheitskompetenz.

Dr. Isabel Waltering (Universität Münster) definierte in ihrem Vortrag „Gesundheitskompetenz in der Apotheke fördern – Möglichkeiten und Grenzen" GK in Apotheken als „das Ausmaß, in dem Einzelpersonen grundlegende Gesundheits- und Arzneimittelinformationen und Apothekendienste erhalten, verarbeiten und verstehen können, um die richtigen Gesundheitsentscheidungen zu treffen". Sie legte dar, dass Medikamentenpläne sehr oft nicht richtig umgesetzt werden, z. B. weil Informationen vergessen werden, Zweifel am Nutzen besteht oder die Einnahme eine Einengung des persönlichen Zeitplans bedeutet. Dr. Isabel Waltering präsentierte eine Umfrage zur Einstellung zur Medikation. Als Konsequenz aus den Ergebnissen der Studie für die Praxis in der Apotheke forderte Dr. Isabel Waltering, dass fundierte Gesundheitsinformationen den Patient:innen im Rahmen einer Medikationsanalyse zur Verfügung gestellt werden müssen. Dazu sei jedoch auch eine Schulung des Apothekenpersonals erforderlich und die Übernahme einer Koordinierungsfunktion im Sinne professioneller GK. Durch eine erweiterte Medikationsberatung Polymedikation und verständlich vermittelte Informationen zur Anwendung sieht Dr. Isabel Waltering ein Einsparungspotenzial von 17 Milliarden Euro und die Chance, die Mortalität um 16% zu senken.

Podiumsdiskussion

Die Podiumsdiskussion wurde von Prof.in Dr. Eva Bitzer moderiert. Sie stieg mit der Frage ein, welche Anreize Apotheken brauchen, um die Medikationsanalyse umzusetzen. Das Fazit der Teilnehmenden war: Dazu braucht es mehr Geld, jedoch auch Kollaboration und interdisziplinären Austausch. Insgesamt wurde festgestellt, dass organisationale GK einen Austausch über Professionsgrenzen hinaus erfordert. Ein solcher sollte auch auf Verbandsebene stattfinden. Dadurch würde es für alle Beteiligten einfacher und es seien z. B. bei der Erstellung von Informationsmaterialien bessere Ergebnisse zu erwarten. Mit der Kollaboration verschiedener Berufsgruppen mit

Betroffenen und Angehörigen werden nicht nur mehr essenzielle Perspektiven eingebunden, sondern es wird auch der Auftritt nach außen hin gestärkt. Es sollten Plattformen entwickelt werden, auf denen alle Berufsgruppen kommunizieren und auf denen die jeweiligen Aufgabengebiete klar definiert sind. Zudem sollte es nicht nur um die Implementation neuer Interventionen gehen, sondern der Fokus auch darauf gelegt werden, „was wir lassen können" (De-Implementation). Dies könnte auch dazu beitragen, die Anforderungen des Gesundheitssystems zu reduzieren.

Zum Thema „Gesundheitsinformationen" betonten die Diskutant:innen, dass qualitativ hochwertige Gesundheitsinformationen nicht nur wissenschaftlich und klinisch relevante Aspekte angemessen darstellen sollten, sondern auch Ängste und andere Emotionen so adressieren, dass Rezipient:innen leichter gesundheitskompetente Entscheidungen treffen können.

Um diese Anforderung zu erfüllen, ist zur Entwicklung von Gesundheitsinformationen in der Regel ein partizipativer Ansatz am besten geeignet und die vorgestellten Best-Practice-Beispiele haben hier positive Effekte gezeigt. Einigkeit bestand darüber, dass es angesichts des Aufwandes, der mit der Erstellung qualitativ hochwertiger Gesundheitsinformationen verbunden ist, von hoher Priorität ist, für ihre möglichst weite Verbreitung und Anwendung (Implementation) zu sorgen und dazu auf allen Ebenen eines Feldes aktiv zu werden und Verbündete zu suchen. Ebenfalls nicht zu vergessen sind darüber hinaus die Überlegungen, wer solche Materialien mit welchen Ressourcen pflegt, d. h. aktualisiert und ggf. weiterentwickelt.

In ihrem Fazit dankte Prof.in Dr. Stephanie Stock allen Referierenden für die hervorragenden und inspirierenden Vorträge und der Geschäftsstelle des DNVF für die sehr gute Organisation. Als inhaltliches Fazit unterstrich sie die Bedeutung der Partizipation aller Beteiligten für die Entwicklung der organisationalen GK: Partizipation und Kollaboration, also die Einbindung aller Beteiligten in einen partizipativen Prozess. wurden neben der Verknüpfung der Ansätze mit den jeweiligen Lebenswelten sowie dem Setzen von monetären und nicht monetären Anreizen als wichtige Bausteine für die Umsetzung organisationaler Gesundheitskompetenz in Einrichtungen des Gesundheitssystems von den Referent:innen des 11. Forums Versorgungsforschung genannt. <<

von:
Thomas Bierbaum, Nicole Ernstmann,
Eva Maria Bitzer, Stephanie Stock

News

>> Neues Format im Innovationsfonds

Themenoffene Förderung von neuen Versorgungsformen im einstufigen Verfahren mit zweijähriger Laufzeit – mit den „Kurzläufern" Implementation voranbringen

Mit der Verstetigung des Innovationsfonds im Digitalgesetz (DigiG) gibt es auch ein neues Förderformat im Innovationsfonds. Im Leitfaden heißt es: „Gefördert werden insbesondere Projekte, welche in der Lage sind, innerhalb einer kurzen Laufzeit von maximal 24 Monaten einen Nachweis einer gesundheitsbezogenen Verbesserung oder einer patientenrelevanten Struktur- oder Verfahrensverbesserung zu liefern, aber auch solche, die darauf ausgerichtet sind, die Machbarkeit und Umsetzung einer komplexen neuen Versorgungsform zum Beispiel im Hinblick auf organisatorische, technische, finanzielle, rechtliche oder zeitliche Aspekte zu untersuchen. Dazu zählen auch solche Vorhaben, die in Deutschland erfolgreich erprobte Versorgungsansätze unter Alltagsbedingungen pilotieren oder jenseits des ursprünglichen Settings umsetzen wollen. [1]"

Diese neue Förderform des Innovationsfonds wurde auch entwickelt, um die Umsetzung von empfohlenen Projekten in die (Regel-) Versorgung besser zu ermöglichen. Das bedeutet, dass z. B. empfohlene Projekte oder Projekte mit sichtbarem Potenzial schon während der Projektdurchführung für eine folgende Implementierungsphase gefördert werden können. Grundlage hierfür ist auch das Umsetzungspotenzial einer neuen Versorgungsform. Dazu wäre es wichtig, dass mit Ende des Projekts der Abschlussbericht vorliegt und sehr zeitnah mit der Anschlussförderung begonnen werden kann. Dabei sollten im nachfolgenden Projekt Expert:innen eingebunden werden, die Erfahrung und Fachwissen bezüglich der Implementierung neuer Versorgungsformen sowohl im Allgemeinen als auch im jeweils spezifischen Anwendungskontext mit einbringen. International sich derzeit etablierende Konzepte wie das des „Implementation Support Practitioners" könnten diesbezüglich auch für Deutschland eine mögliche Blaupause darstellen [2]. Ein kontinuierlicher Ausbau entsprechender Qualifikationsmöglichkeiten wäre hierfür jedoch dringend notwendig.

Darüber hinaus sollen Projekte gefördert werden, deren neue Versorgungsform bereits in einer Region erfolgreich implementiert und verstetigt wurde und nun in einer anderen Region und somit mit anderen Kontextbedingungen implementiert werden soll. Wichtig bei einer Entscheidung für eine solche Form der Folgeförderung wäre jedoch, dass sich aus dem initial geförderten Projekt erste Erkenntnisse dazu ableiten lassen, wie Implementierung unter verschiedenen Bedingungen gestaltet werden kann. Methodische Ansätze, welche ein solches Wissen hervorbringen, werden bereits intensiv in anderen Ländern Europas und darüber hinaus genutzt [3], bedürfen in Deutschland jedoch noch einer stärkeren Legitimation. Ergänzend hierzu ist in diesem Zusammenhang zudem vorstellbar, dass konkret bezogen auf einen Implementierungsgegenstand (z. B. ein Spektrum an neuen Versorgungsformen) Projekte gefördert werden, welche Ansätze mit dem Ziel eines Capacity Buildings bezogen auf implementierungspraktische Kompetenzen untersuchen und verfügbar machen.

Ebenfalls ein Schwerpunkt des neuen Formates der „Kurzläufer" (interne Bezeichnung im BMG) ist die strukturelle und prozessuale Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung einschließlich der dauerhaften Weiterentwicklung selektivvertraglicher Versorgung. Leider ist noch nicht vorgesehen, sog. regionale Kollektivverträge zu fördern. Dies könnte dadurch geschehen, dass immer dann, wenn einem Selektivvertrag ausreichend viele Krankenkassen beitreten, sodass der Anteil aller gesetzlich Versicherten in einer Region einen bestimmten Anteil erreicht (z. B. 40%), alle übrigen Kassen verpflichtet werden, die Leistung ebenfalls anzubieten („Kontrahierungszwang").

Bei allen Anträgen im Innovationsfonds nimmt die Einbindung der Perspektive der Patient:innen einen wichtigen Stellenwert ein. Sozialleistungsträgerübergreifende Projekte können ebenfalls gefördert werden – Voraussetzung ist, dass sich die jeweiligen Sozialleistungsträger außerhalb der GKV entsprechend ihrer Zuständigkeiten an der Finanzierung der Projekte beteiligen. Nicht förderfähig sind Studien zum Nachweis positiver Versorgungseffekte bei digitalen Gesundheitsanwendungen.

Literatur

[1] https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/386/2024-03-22_Leitfaden_NVF_1-stufig-kurz_2024.pdf

[2] Kuske, S., & Köberlein-Neu, J. (2024). Systematisch implementieren. Inwiefern kann die Implementierungswissenschaft einen Bildungsbeitrag für die Akteure im Gesundheitswesen leisten? Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 184, 34–39. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.11.007

[3] Duddy, C., & Wong, G. (2023). Grand rounds in methodology: when are realist reviews useful, and what does a 'good' realist review look like?. BMJ quality & safety, 32(3), 173–180. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2022-015236

DNVF

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

E-Mail: info@dnvf.de

Dr. med. Jürgen Malzahn
Prof. Dr. med. Jochen Schmitt MPH

Was bringt die Krankenhausreform für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Krebs?

Eine Auswirkungsanalyse zur Umsetzung der WiZen-Studie mittels des im Kabinettsentwurf zum KHVVG vorgesehenen § 40 KHG (neu)

Zusammenfassung

Gemäß Nationalem Krebsplan sollen alle an Krebs erkranken Personen eine qualitativ hochwertige Versorgung entsprechend evidenzbasierten Behandlungsleitlinien in einheitlich qualifizierten Zentren erhalten. Die WiZen-Studie konnte für alle 11 untersuchten Krebsarten relevante Überlebensvorteile bei Erstbehandlung in einem durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) zertifizierten Zentrum gegenüber nicht zertifizierten Krankenhäusern zeigen. Dennoch wird ein hoher Anteil an Krebserkrankten in nicht-zertifizierten Krankenhäusern behandelt. Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) sieht für den Bereich der onkologischen Chirurgie eine Konzentration vor; dabei sollen die die Krankenhausstandorte, die bei einer Krebsentität zusammen die wenigsten und zusammen 15% der Fälle mit entsprechenden onkochirugischen Leistungen erbringen, von der Vergütung ausgenommen werden.

Wir untersuchten mittels einer Auswirkungsanalyse basierend auf Daten nach § 21 KHEntgG des Jahres 2022, inwieweit die vorgesehene Leistungskonzentration zur Umsetzung des Nationalen Krebsplans und der Ergebnisse der WiZen-Studie führt. Betrachtet wurden die Entitäten Mammakarzinom, Pankreaskarzinom, Bronchialkarzinom, Kolonkarzinom, Rektumkarzinom, Magenkarzinom und Ösophaguskarzinom.

Von den Standorten, die die Kriterien des KHVVG erfüllen würden, sind zwischen 17,9% (Mammakarzinom) und 85,5% (Magenkarzinom) nicht gemäß den Kriterien der DKG zertifiziert. Somit würde bei Umsetzung des § 40 KHG (neu) ein beträchtlicher Anteil an Patientinnen und Patienten weiterhin außerhalb zertifizierter Zentren behandelt werden und entsprechende Qualitätspotenziale ungehoben bleiben. Dazu kommt, dass durch die vorgesehene Neuregelung nur die operativen Eingriffe pro (Karzinom)Entität adressiert wird – und damit alle nicht onkochirurgischen Krebsbehandlungen von der qualitätsbasierten Leistungskonzentration ausnehmen.

Insgesamt erscheint es zur Erreichung des Ziels der Krankenhausreform, nämlich Morbidität und Mortalität von Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung zu verbessern, wesentlich zielführender, die onkologische Versorgung wie im Nationalen Krebsplan vorgesehen exklusiv auf diejenigen Einrichtungen zu begrenzen, die den Zertifizierungsbedingungen der Deutschen Krebsgesellschaft entsprechen und damit nachweislich eine leitlinienkonforme, evidenzbasierte Versorgung von Krebserkrankten sicherstellen. Entsprechend einer Analyse der Regierungskommission würde dadurch die Erreichbarkeit für die Bevölkerung nicht in relevantem Maße eingeschränkt werden.

Schlüsselwörter

Onkologie, Krebs, Krankenhausreform, evidenzbasierte Gesundheitspolitik, Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), WiZen, Auswirkungsanalyse, Zertifizierung

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.04.24.1866-0533.2633

Ein wesentliches Ziel der aktuellen Krankenhausreform ist die Steigerung der Versorgungsqualität durch die Konzentration komplexer Behandlungen auf entsprechend qualifizierte Leistungserbringer. In diesem Kontext ist auch eine Konzentration der onkologischen Behandlung geplant. Der im Jahr 2008 verabschiedete Nationale Krebsplan fordert, dass alle Menschen, die an Krebs erkranken, eine qualitativ hochwertige Versorgung entsprechend evidenzbasierten Behandlungsleitlinien in einheitlich qualifizierten Zentren erhalten. Zur Umsetzung des Nationalen Krebsplans wurde durch die Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG) in Zusammenarbeit mit allen onkologisch tätigen Fachgesellschaften ein Zertifizierungssystem eingerichtet, das diese Vorgaben sicherstellt. Die durch den Innovationsfonds geförderte WiZen-Studie konnte anhand kontrollierter Kohortenstudien für 11 Krebsentitäten auf Basis von bundesweiten GKV-Routinedaten und regionalen Daten klinischer Krebsregister zeigen, dass die Erstbehandlung von Menschen mit Krebs in Krankenhäusern mit DKG-Zertifikat mit einem verlängerten Gesamtüberleben und rezidivfreien Überleben einhergeht (Abb. 1) [1]. Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wertete die WiZen-Studie als einen Beleg, dass eine Behandlung in zertifizierten onkologischen Zentren die Überlebenschancen für Patientinnen und Patienten deutlich erhöhen kann, und bat den G-BA zu prüfen, ob die Erkenntnisse aus der WiZen-Studie zeitnah z. B. bei der Festlegung von Mindestanforderungen für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigt werden können [2]. Die empfohlene Implementierung der Ergebnisse der WiZen-Studie in die Regelversorgung blieb bisher aus. Weiterhin werden in zahlreichen Entitäten hohe Anteile von Patientinnen und Patienten außerhalb zertifizierter Zentren behandelt.

>> Im Rahmen ihrer 5. Stellungnahme berechnete die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausreform (Regierungskommission) ein Potenzial der Konzentration der onkologischen Erstbehandlung in zertifizierten Zentren auf jährlich über 20.000 Lebensjahre und zeigte, dass die Leistungskonzentration der Erstbehandlung von Krebs in zertifizierten Zentren keine relevanten Einschränkungen der Erreichbarkeit für die Bevölkerung hätte. [3]

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) soll nun entsprechend dem Kabinettsentwurf für den Bereich der onkologischen Chirurgie eine Konzentration um 15% vorgenommen werden. Konkret soll entsprechend dem Kabinettsentwurf zu § 40 KHG (neu) den Krankenhausstandorten, die im Bezugsjahr 2023 die wenigsten und zusammen 15 Prozent der Fälle mit onkochirurgischen Leistungen in einem onkochirurgischen Indikationsbereich aufweisen, die Abrechnung bestimmter Entgelte bei diesen Fällen untersagt werden. Für die Umsetzung dieses Vorhabens arbeiten das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM),

das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und die Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG) eng zusammen. Zunächst erstellt das BfArM unter Einbezug der Deutschen Krebsgesellschaft eine Liste der ICD-/OPS-Codes, die für die einzelnen Krebsentitäten (z. B. Mammakarzinome) benötigt werden. Das BfArM passt diese Liste jährlich bzgl. eventueller Änderungen der ICD-/OPS-Codes an. Basierend auf der ICD-/OPS-Liste des BfArM erstellt das InEK bis zum 31.05.2025 eine Liste der Krankenhausstandorte, die von 2027 bis 2032 die onkochirurgischen Leistungen erbringen dürfen, weil sie im Jahr 2023 ausreichend hohe Fallzahlen behandelt hatten.
Aus Sicht der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung sind mehrere wichtige Fragen offen:

1. Inwieweit führt die Leistungskonzentration nach § 40 KHG (neu) zur Umsetzung des Nationalen Krebsplans und der Ergebnisse der WiZen-Studie?
2. Welche Effekte können durch die vorgesehene Leistungskonzentration in der Onkochirurgie erwartet werden?
3. In welchem Verhältnis stehen die für einige Indikationen geltenden Mindestmengen des G-BA und die sich aus der Umsetzung des § 40 KHG (neu) ergebenden neuen rechnerischen Mindestfallzahlen?

In diesem Beitrag wird auf Basis von Krankenhausdaten des Jahres 2022 untersucht, wie sich die entsprechend den Vorgaben des Kabinettsentwurfs zum KHVVG identifizierten Krankenhausstandorte von den DKG-zertifizierte Zentren unterscheiden. Ziel dieses Vergleichs ist es darzustellen, wie die beiden unterschiedlichen Qualitätskriterien auf die Krankenhauslandschaft wirken. Auch die Interaktion mit bestehenden Mindestmengen nach § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V werden dargestellt.

Methodik

Grundlage der Auswirkungsanalyse waren alle deutschen Krankenhausfälle in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern mit Entlassung im Jahr 2022 mit Ausnahme von BG-Fällen in BG-Kliniken und Bundeswehrangehörigen in Bundeswehrkrankenhäusern (Daten nach § 21 KHEntgG). Die Indikationen wurden mit entsprechenden ICD-/OPS-Codes als Kombinationen von Hauptdiagnose und Prozedur festgelegt. Bei den Operationen an Ösophagus und Magen wurden die operativen Eingriffe (gemäß den Zertifizierungsvorschriften der Deutschen Krebsgesellschaft) in offen chirurgische und endoskopische Behandlungen unterteilt.

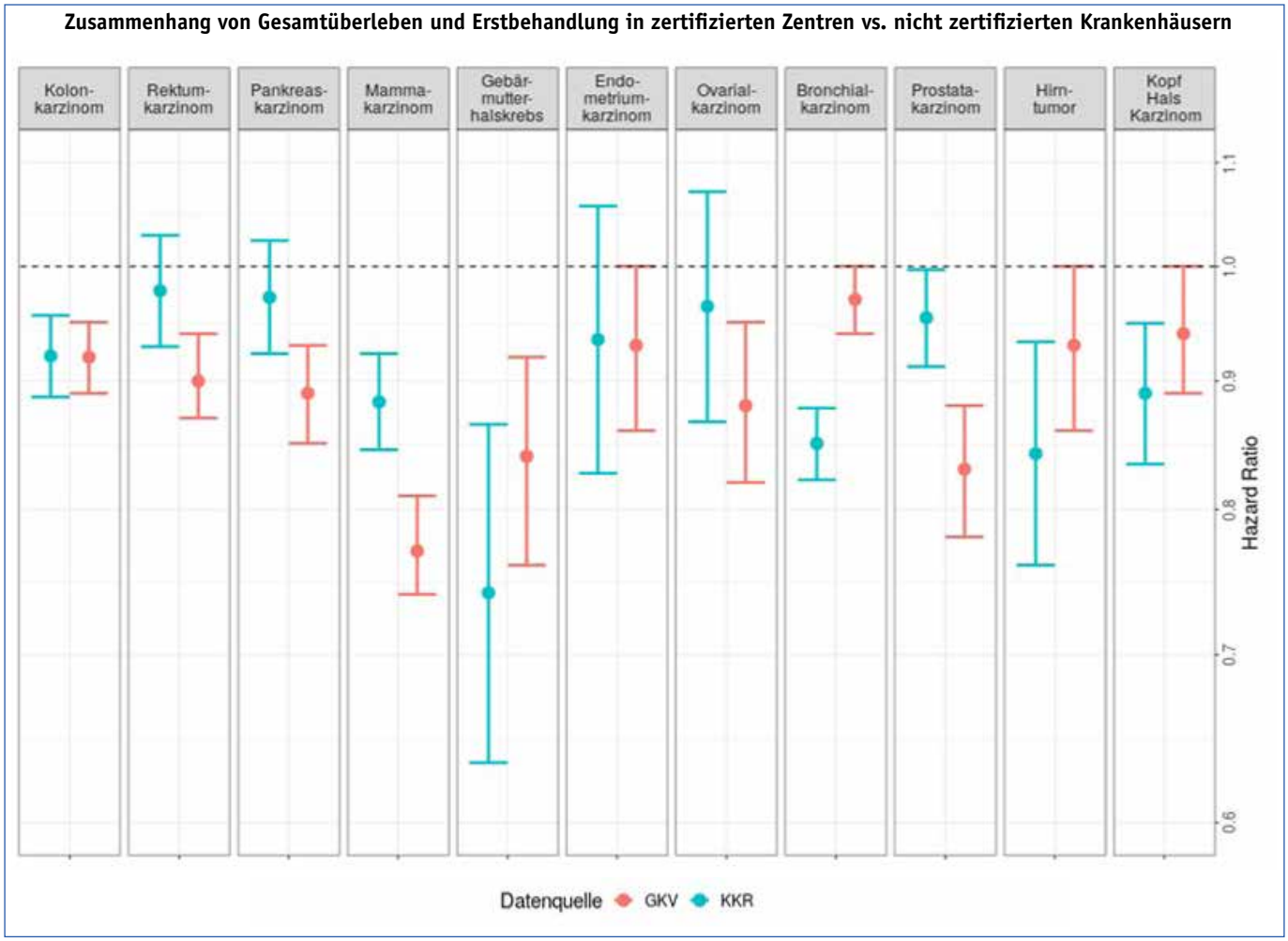


Abb. 1: *Zusammenhang von Gesamtüberleben und Erstbehandlung in zertifizierten Zentren vs. nicht zertifizierten Krankenhäusern für die 11 in der WiZen-Studie untersuchten Krebsentitäten (Zeitraum 2009 – 2017). Legende: GKV-Daten: Daten der gesetzlichen Krankenversicherung; KKR-Daten: Daten Klinischer Krebsregister.*

Die Standortzuordnung der Fälle erfolgte auf Grundlage des zum Zeitpunkt der Operation behandelnden Standorts. Die 15%-Perzentilsgrenze wurde anhand der Vorgaben im Kabinettsentwurf des KHVVG Artikel 3 Nr. 12 (§ 40 Abs. 2 KHG) ermittelt. Dort heißt es: *„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus identifiziert auf Grundlage der Leistungsdaten nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2023 alle Krankenhausstandorte, die Leistungen der Liste nach Absatz 1 Satz 4 erbracht haben, und sortiert diese Krankenhausstandorte aufsteigend entsprechend der Anzahl ihrer Fälle, bei denen Leistungen der Liste nach Absatz 1 Satz 4 erbracht worden sind, je Indikationsbereich nach Absatz 1 Satz 3. Bis zum 31. Mai 2025 veröffentlicht das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus barrierefrei auf seiner Internetseite eine nach Leistungsgruppen und Indikationsbereichen nach Absatz 1 Satz 3 differenzierte Liste mit den Krankenhausstandorten, die nach der Sortierung nach Satz 1 die wenigsten Fälle und zusammen 15 Prozent der Fälle aller Krankenhausstandorte in dem jeweiligen Indikationsbereich aufweisen, bis einschließlich aller Krankenhausstandorte, deren Fallzahl zur Erreichung der 15% führt.“*

Erfüllungsstatus der Qualitätskriterien und Mindestfallzahlen nach § 40 KHG (neu)

				DKG-zertif. Zentren		Mindestfallzahl n. § 40 (neu) erfüllt	
Entität	**Gesamtzahl Standorte 2022**	**Mindestfallzahl nach § 40**	**Mindestmenge nach G-BA (gültig 2022 / gültig 2025)**	**Anzahl Standorte**	**Anzahl (Anteil) unterhalb Mindestfallzahl nach § 40**	**Anzahl Standorte (Anteil aller Standorte)**	**Anzahl (Anteil) ohne DKG-Zertifizierung**
Mammakarzinom	640	123	0 / 100	283	49 (17,3%)	285 (44,5%)	51 (17,9%)
Pankreaskarzinom**	429	9	10 / 20	139	9 (6,5%)	221 (51,5%)	91 (41,2%)
Lungenkarzinom	303	34	0 / 75	74	3 (4,1%)	131 (43,2%)	60 (45,8%)
Ösophaguskarzinom *;**	237	11	10 / 26	37	0	105 (44,3%)	68 (64,8%)
Magenkarzinom*	739	6	0 / 0	44	1 (2,3%)	293 (39,6%)	250 (85,3%)
Kolonkarzinom*	1005	20	0 / 0	291	2 (0,7%)	613 (60,9%)	324 (52,9%)
Rektumkarzinom*	886	9	0 / 0	291	5 (1,7%)	453 (51,1%)	167 (36,9%)

Tab. 1: Erfüllungsstatus der Qualitätskriterien und Mindestfallzahlen nach § 40 KHG (neu), gemäß G-BA und gemäß Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft für 7 Krebsarten. Legende: * offen; ** der G-BA hat bei den Mindestmengenregelungen für Ösophagus- und Pankreaseingriffe keinen Diagnosebezug beschlossen.

Für die Analyse wurden alle im Jahr 2023 zertifizierten Zentren einbezogen. Zur Bearbeitung der oben genannten Fragestellungen wurden für die Entitäten Mammakarzinom, Pankreaskarzinom, Bronchialkarzinom, Kolonkarzinom, Rektumkarzinom, Magenkarzinom und Ösophaguskarzinom die rechnerischen Mindestfallzahlen gemäß § 40 KHB (neu) ermittelt und diese den jeweiligen Mindestmengen des G-BA gegenübergestellt. Alle Krankenhausstandorte, die im Untersuchungsjahr 2022 Leistungen in den jeweiligen Indikationen erbracht haben, wurden nach Zertifizierungsstatus gemäß DKG (vorliegend/nicht vorliegend) und gemäß Fallzahl oberhalb/unterhalb der rechnerischen Mindestfallzahlen gemäß § 40 KHG (neu) stratifiziert. Anschließend wurden die Anteile zertifizierter und nicht zertifizierter Kliniken berechnet, die nach Umsetzung von § 40 KHG (neu) weiterhin an der Versorgung teilnehmen würden.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen für die untersuchten sieben onkochirurgischen Indikationen zwischen 237 (Ösophaguskarzinom) und 1.005 (Kolonkarzinom) Standorte an der Versorgung im Untersuchungsjahr 2022 teil. Für diese Indikationen ergab sich eine rechnerische Mindestfallzahl nach § 40 KHG (neu) zwischen sechs (Magenkarzinom) und 123 (Mammakarzinom). Die vollständigen Informationen finden sich in Tabelle 1.

Durch die mit § 40 KHG (neu) vorgesehene Umverteilung der 15% der Patientinnen und Patienten, die in den fallzahlschwächs-

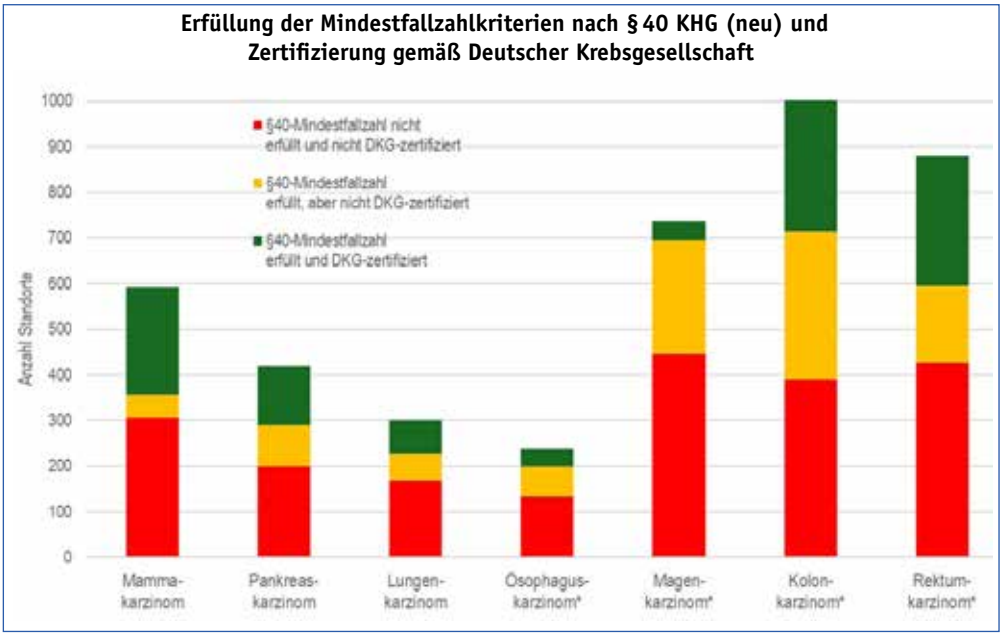


Abb. 2: *Erfüllung der Mindestfallzahlkriterien nach § 40 KHG (neu) und Zertifizierung gemäß Deutscher Krebsgesellschaft. Legende: * offene Operationen; ** Standorte, die die rechnerische Mindestfallzahl nach § 40 KHG (neu) nicht erreichen, jedoch zertifiziert sind, sind in dieser Grafik nicht aufgeführt, finden sich in Tabelle 1.*

ten Häusern behandelt wurden, würden für die untersuchten Indikationen zwischen 39,6% (Magenkarzinom) und 60,9% (Kolonkarzinom) der Krankenhäuser oberhalb der rechnerischen Mindestfallzahl nach § 40 KHG (neu) liegen. Dies unterstreicht das Ausmaß der momentanen Gelegenheitschirurgie im Bereich der Krebsmedizin entgegen der vorliegenden, klaren Studienevidenz.

Von den Standorten, die die Mindestanzahl nach § 40 KHG (neu) erfüllen würden, sind zwischen 17,9% (Mammakarzinom) und 85,5% (Magenkarzinom) nicht gemäß den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert (siehe Tab. 1 und Abb. 2).

Von den DKG-zertifizierten Krankenhausstandorten wären wiederum zwischen 0%, (Ösophaguskarzinom) und 17,3% (Mammakarzinom) unterhalb der Mindestfallzahl nach § 40 KHG (neu) und könnten somit keine Vergütung für ihre Versorgungsleistungen gegenüber der GKV abrechnen.

Für die vier Entitäten mit Mindestmengenvorgabe des GBA nach § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V im Jahr 2025 bestanden deutliche Abweichungen zur rechnerischen Mindestfallzahl nach § 40 KHG (neu). Beim Mammakarzinom ist die rechnerische Mindestfallzahl nach § 40 KHG (neu) mit 123 höher als die Mindestmengenvorgabe nach § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V mit 100 Eingriffen pro Jahr. Die Vorgabe nach § 40 KHG (neu) wäre also beim Mammakarzinom strenger als die Mindestmengenvorgabe des G-BA. Umgekehrt verhält es sich beim Pankreaskarzinom, Lungenkarzinom und Ösophaguskarzinom. Hier ist die rechnerische Mindestfallzahl nach § 40 KHG (neu) jeweils deutlich kleiner als die Mindestmengenanforderung des G-BA nach § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V. Bei diesen 3 Entitäten erfüllt jeweils mehr als die Hälfte der Kliniken, die die Mindestfallzahl nach § 40 KHG (neu) erfüllen, die Mindestmengenvorgabe nach § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V nicht (siehe Abb. 3).

Diskussion

Das Ziel der Krankenhausreform ist eine Verbesserung der Versorgungsqualität durch Konzentration auf entsprechend qualifizierte Leistungserbringer. Für die Zertifizierung nach Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft und für die Mindestmengen nach § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V gibt es wissenschaftliche Evidenz, die eine Verbesserung der Versorgungsqualität zeigt. Für die Regelung nach § 40 KHG (neu) gibt es diese nicht.

Die Auswertungen zeigen, dass aufgrund der Regelung nach § 40 KHG (neu) in allen Indikationen mit Ausnahme des Mammakarzinoms wesentlich mehr Krankenhausstandorte in der onkologischen Versorgung verbleiben, als Krankenhausstandorte nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert sind (Abb. 2). Die positiven Aspekte bzgl. der Morbidität und Mortalität sind in der WiZen-Studie für die Zertifizierungsbedingungen der Deutschen Krebsgesellschaft belegt. [1, 2] Es liegen also Zusammenhänge zwischen diesen umfassenden Kriterien und einer besseren Ergebnisqualität vor. Das Argument, eine Mengenvorgabe allein, die zudem nicht evidenzbasiert ist, sei aus Gründen des geringen Bürokratieaufwands eine angemessene Umsetzung der Ergebnisse der WiZen-Studie, kann aufgrund der erheblichen Unterschiede zwischen der Anzahl der Krankenhausstandorte nicht überzeugen. Vielmehr kann vermutet werden, dass die Effekte auf Morbidität und Mortalität ausbleiben, weil nach den Regelungen nach § 40 KHG (neu) eben auch weiterhin viele Patientinnen und Patienten außerhalb zertifizierter Zentren behandelt werden.

Die Regelung nach § 40 KHG (neu) beinhalten wie die Mindestmengen nach § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V nur die operativen Eingriffe pro (Karzinom)-Entität – und lassen damit relevante andere Strukturen, Prozesse und Therapieschritte wie „Entscheidungen im Tumorboard“ oder Vorhandensein psychoonkologischer Ressourcen oder adjuvante Chemotherapien unberücksichtigt. Folgerichtig werden mit der vorgesehenen Regelung nach § 40 KHG (neu) und den Mindestmengen nach § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V nur die operativen Eingriffe konzentriert, während die gesamte sonstige Krebsbehandlung weiterhin überall stattfinden kann. Ein wesentlicher Erfolgsfaktor der Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft ist jedoch die komplette Behandlung in den zertifizierten Netzwerkstrukturen, bestehend aus Krankenhausstandorten und ambulant tätigen Behandlungspartnern [4,5]. Dies ist besonders bedeutsam, weil wesentliche Fortschritte in der Krebsbehandlung im medikamentösen Bereich stattfinden und die operativen Verfahren tendenziell abnehmen. Gleichwohl ist aber gerade für die Anwendung neuer medikamentöser Therapien eine umfangreiche Expertise und Interdisziplinarität erforderlich, wie sie die von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Krebszentren vorhalten müssen.

Das bedeutet nicht, dass jeder einzelne Behandlungsschritt nur

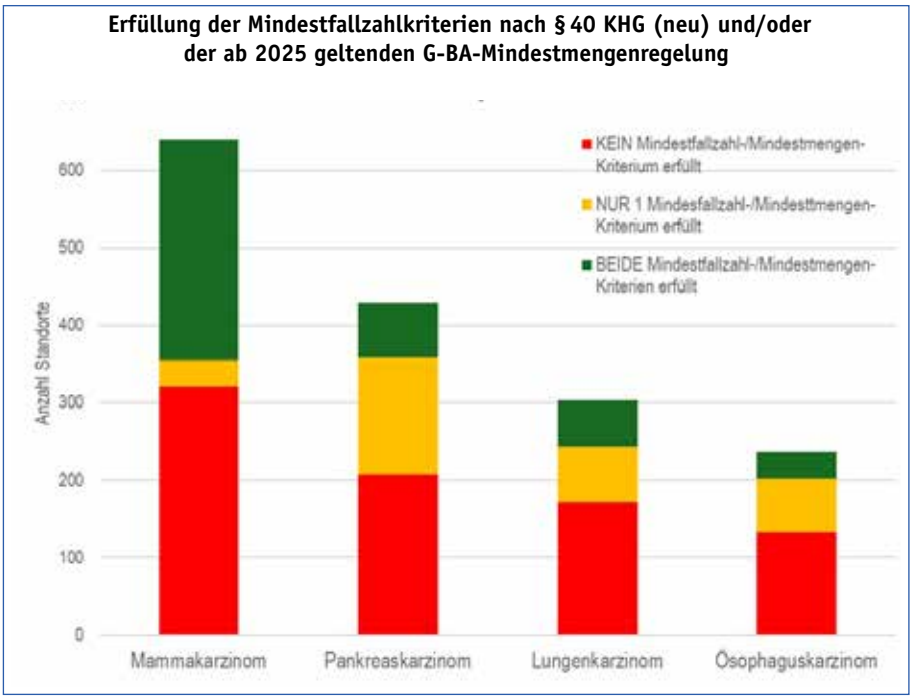


Abb. 3: *Erfüllung der Mindestfallzahlkriterien nach § 40 KHG (neu) und/oder der ab 2025 geltenden G-BA-Mindestmengenregelung nach § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V.*

am Krankenhausstandort eines zertifizierten Zentrums vorgenommen werden darf, dies kann vielmehr auch dezentral durch Partner des Netzwerkes erfolgen. Jedoch verbleibt die therapeutische Koordination in den Krankenhausstandorten der zertifizierten Zentren, indem etwa bei relevanten Therapieentscheidungen die Tumorboards eingebunden werden.

Die Mindestmengen des G-BA 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V liegen außer beim Mammakarzinom deutlich oberhalb der Mindestfallzahlen nach § 40 KHG (neu). Für diese Mindestmengen hat der G-BA eine qualitativ hochwertige Begründung anhand der wissenschaftlichen Literatur vorgenommen. Es erscheint nicht nachvollziehbar, diese gut begründeten Mindestvorgaben ohne ausreichende wissenschaftliche Begründungen außer Kraft zu setzen, indem mittels Festlegung eines Prozentsatzes für eine Krankheitsgruppe ein zufälliger Wert generiert wird. Wenn für Krankheitsgruppen Evidenz aus Studien wie WiZen bzw. der G-BA-Richtlinie vorliegen, sollte dieses Vorgehen unterlassen werden. Für Krankheitsgruppen, für die es keine vergleichbaren, auf Qualität basierenden Vorgaben wie die G-BA-Mindestmengen bzw. die DKG-Zertifizierung gibt, kann zur Beendigung von Gelegenheitschirurgie die Festlegung eines prozentualen Wertes besser als „Nichthandeln" sein. Dafür spricht die sehr homogene Evidenz zu Mengen-Outcome-Beziehungen in weiten Teilen der Medizin. [6] Für die Auswirkungen der Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft hat die Regierungskommission eine Auswirkungsanalyse mit Bezug auf die Fahrzeiten vorgelegt. Eine entsprechende Leistungskonzentration wäre ganz überwiegend nur mit geringfügigen Fahrzeitverlängerungen verbunden [3].

Bei einer Umsetzung des § 40 KHG (neu) in der Fassung des Kabinettsentwurfs kommen noch weitere Aspekte hinzu, die rechtliche Angriffsflächen bieten. Da nur die Fallzahl im Jahr 2023 für die Fortführung der Abrechnung der Krebsfälle im Jahr 2027 entscheidend ist, ist es möglich, dass ein KH-Standort im Jahr 2023 besonders geringe Fallzahlen hatte, die sich aber 2024 oder 2025 deutlich erhöhen. Ggf. liegen die Fallzahlen in diesen Jahren erheblich über den Mindestmengen des G-BA nach § 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB V. In diesen Fällen wird der Entzug einer Abrechnungserlaubnis schwer zu begründen sein. Änderungen der Leistungsstruktur von Kliniken in eine positive, aber auch eine negative Richtung sind in einem Vierjahreszeitraum durchaus zu erwarten.

Limitationen

Die finale Liste der ICD-/OPS-Codes zur Identifikation der für § 40 KHG (neu) relevanten onkochirurgischen Eingriffe liegt noch nicht vor, sodass wir hier eine aus Sicht der Autoren und deren Institutionen plausible Einteilung vorgenommen haben. Für die Mindestmengen des G-BA nach § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V gehen auch teilweise nicht onkologische Indikationen ein, die wir im Rahmen dieser Analyse nicht berücksichtigen konnten. Die überwiegende Mehrzahl der Eingriffe an Pankreas und Ösophagus resultiert jedoch aus onkologischer Indikation. Dennoch wird es aufgrund dieser Limitation zu einer geringfügigen Unterschätzung des Anteils an Kliniken gekommen sein, die die jeweilige Mindestmenge des G-BA erfüllt haben. Insoweit ist die Betrachtung möglicherweise für einzelne Standorte quantitativ nicht korrekt, es werden aber insgesamt wichtige Muster und qualitative Auswirkungen dargestellt.

Da in der Regelung nach § 40 KHG (neu) Abrechnungsdaten genutzt werden, ist die Nutzung von Abrechnungsdaten keine Limitation. Die Abrechnungsdaten werden jährlich aktualisiert und lagen uns für das Jahr 2023 noch nicht vor, sodass mit den Daten aus 2022 gearbeitet werden musste. Auch wenn sich die Fallzahlen und damit die Anteile an Klinikstandorten, die bestimmte Mindestfallzahlen erfüllen, über die Jahre leicht verändern, sind die beschriebenen Muster und die damit verbundenen Schlussfolgerungen dennoch valide.

Take Home Messages – Fazit

Für die qualitätsfördernde Anwendung relevanter Zertifizierungsbedingungen der Deutschen Krebsgesellschaft als Grundlage zur Leistungskonzentration bei der Behandlung onkologischer Krankheiten gibt es hochwertige wissenschaftliche Evidenz [1, 2]. Dies gilt hinsichtlich der operativen Ergebnisse auch für die Mindestmengen nach § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V.

Im Gegensatz dazu ist für die rechnerischen Mindestfallzahlen nach § 40 KHG (neu) ein Zusammenhang mit der Ergebnisqualität nicht beschrieben. Die von den unterschiedlichen Regelungen betroffenen Krankenhausstandorte und die betroffenen Krankenhausleistungen unterscheiden sich erheblich voneinander. Eine mit der Zertifizierung bzw. G-BA-Mindestmengenregelung vergleichbare wissenschaftliche Fundierung fehlt für die geplante Regelung nach § 40 KHG (neu). Die Erfahrungen mit rechtlichen Schritten von Krankenhausträgern zu Mindestmengen nach § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V sind zu beachten. Danach bedürfen Eingriffe in die Berufsfreiheit einer ausreichenden Legitimation und wurden ansonsten in

Literatur

1. Schmitt J, Klinkhammer-Schalke M, Bierbaum V, Gerken M, Bobeth C, Rößler M, Dröge P, Ruhnke T, Günster C, Kleihues-van Tol K, Schoffer O; WiZen Study Group. (2023) Initial Cancer Treatment in Certified Versus Non-Certified Hospitals. Dtsch Arztebl Int. 120(39):647-654. doi: 10.3238/arztebl.m2023.0169
2. https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1076/; letzter Zugriff 24.5.2024
3. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023): Fünfte Stellungnahme der Regierungskommission – Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung Potenzialanalyse anhand exemplarischer Erkrankungen. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/regierungskommission-krankenhausversorgung, letzter Zugriff 24.5.2024
4. Utzig M, Rückher J, Wesselmann S. (2023). Die zertifizierten Krebszentren der DKG. In: Deerberg-Wittram J, Kirchberger V, Rüter F (Hrsg.). Das Value-Based Health Care Buch. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin: 75-83. ISBN: 978-3-95466-794-9.
5. Rückher J, Follmann M, Utzig M, Wesselmann S. (2023). Zertifizierung mit Leitlinienkomponente: das Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG). In: Günster C, Klauber J, Klemperer D, Nothacker M, Robra BP, Schmuker C (Hrsg.). Versorgungs-Report. Leitlinien – Evidenz für die Praxis. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin: 198-206. DOI: 10.32745/9783954668007.
6. Nimptsch U, Mansky T. (2017) Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: observational study using complete national data from 2009 to 2014. BMJ Open;7:e016184. doi:10.1136/bmjopen-2017-016184

der Vergangenheit von den Sozialgerichten abgelehnt. Eine analoge Bewertung von Klagen gegen auf § 40 KHG (neu) fußende Entscheidungen sind daher keineswegs auszuschließen.

Insgesamt erscheint es zur Erreichung des Ziels der Krankenhausreform, nämlich Morbidität und Mortalität von Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung zu verbessern, wesentlich zielführender, die onkologische Versorgung wie im Nationalen Krebsplan vorgesehen exklusiv auf diejenigen Einrichtungen zu begrenzen, die den Zertifizierungsbedingungen der Deutschen Krebsgesellschaft entsprechen und damit nachweislich eine leitlinienkonforme, evidenzbasierte Versorgung von Krebserkrankten sicherstellen. Dabei wären aus rechtlichen Gründen die wesentlichen Qualitätskriterien aus den Zertifizierungsverfahren heranzuziehen – und damit eine entsprechende Ausdehnung von der operativen auf die konservative und damit die gesamte onkologische Versorgung zu realisieren. Eine Berücksichtigung der Netzwerkstrukturen für einzelne Behandlungsschritte ist bei der Leistungskonzentration auf die zertifizierten Zentren sicherzustellen, sodass wohnortnahe Therapien trotzdem möglich bleiben. <<

Autorenerklärung

Jürgen Malzahn ist Abteilungsleiter im AOK-Bundesverband. Jochen Schmitt ist Universitätsprofessor der TU Dresden und Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Die Aufbereitung der Daten, Analyse und Interpretation der Daten und die Manuskripterstellung erfolgte einzig durch die Autoren ohne die Beteiligung oder finanzielle Unterstützung Dritter.

Danksagung

Wir danken dem GKV-SV für die Unterstützung bei der Datenaufbereitung und Frau PD Dr. Wesselmann für zahlreiche Anregungen und Hinweise.

Zitationshinweis

Malzahn, J., Schmitt, J.: „Was bringt die Krankenhausreform für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Krebs? Eine Auswirkungsanalyse zur Umsetzung der WiZen-Studie mittels des im Kabinettsentwurf zum KHVVG vorgesehenen § 40 KHG (neu)“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF 04/24), S. 55–60. http://doi.org/10.24945/MVF.04.24.1866-0533.2633

What does the hospital reform mean for the care of patients with cancer? – An impact analysis of the implementation of the WiZen study by means of § 40 KHG (new) provided for in the cabinet draft of the KHVVG

According to the National Cancer Plan, all people suffering from cancer should receive high-quality care in accordance with evidence-based treatment guidelines in uniformly qualified centres. The WiZen study was able to show relevant survival benefits for all 11 types of cancer examined for initial treatment in a centre certified by the German Cancer Society (DKG) compared to non-certified hospitals. Nevertheless, a high proportion of cancer patients are treated in non-certified hospitals. The Hospital Care Improvement Act (KHVVG) provides for a concentration in the area of oncological surgery; the hospital sites that together provide the fewest and 15% of cases with corresponding oncosurgical services for a cancer entity are to be exempted from remuneration.

Using an impact analysis based on data in accordance with Section 21 KHEntgG for 2022, we investigated the extent to which the planned concentration of services will lead to the implementation of the National Cancer Plan and the results of the WiZen study. The entities considered were breast carcinoma, pancreatic carcinoma, bronchial carcinoma, colon carcinoma, rectal carcinoma, gastric carcinoma and oesophageal carcinoma.

Of the locations that would fulfil the criteria of the KHVVG, between 17.9% (breast cancer) and 85.5% (stomach cancer) are not certified according to the DKG criteria. This means that if Section 40 KHG (new) is implemented, a considerable proportion of patients would continue to be treated outside of certified centres and the corresponding quality potential would remain untapped. In addition, the proposed new regulation only addresses surgical procedures per (carcinoma) entity – and thus excludes all non-onsurgical cancer treatments from the quality-based concentration of services.

Overall, in order to achieve the objective of the hospital reform, namely to improve the morbidity and mortality of patients with cancer, it would appear much more expedient to limit oncological care exclusively to those facilities that meet the certification requirements of the German Cancer Society, as provided for in the National Cancer Plan, and thus demonstrably ensure guideline-compliant, evidence-based care for cancer patients. According to an analysis by the Government Commission, this would not restrict accessibility for the population to any relevant extent.

Keywords

Oncology, cancer, hospital reform, evidence-based health policy, WiZen, impact analysis, certification

Dr. med. Jürgen Malzahn ORCID: 0009-0006-2165-6684

studierte in Berlin und Frankfurt am Main Humanmedizin. Seit 1997 ist er im AOK-Bundesverband tätig, bis zum Jahr 2000 im Referat Krankenhaus-Fallmanagement. Danach wechselte er ins Referat Krankenhäuser. Seit 2007 leitet er die Abteilung Stationäre Versorgung/Rehabilitation.
Kontakt: Juergen.Malzahn@bv.aok.de



Prof. Dr. med. Jochen Schmitt MPH ORCID: 0000-0003-0264-0960

war nach dem Medizin- und Public-Health-Studium zunächst rund zehn Jahre (ober)ärztlich an der Klinik und Poliklinik für Dermatologie am Universitätsklinikum Dresden tätig. 2011 erhielt er den Ruf auf die Professur für Sozialmedizin und Versorgungsforschung an der TU Dresden und ist seit 2012 Gründungsdirektor des Zentrums für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) der Dresdner Hochschulmedizin. Er ist Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Mitglied im Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege und Stellvertretender Vorsitzender des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e. V. (DNVF). Kontakt: Jochen.Schmitt@ukdd.de



Dr. med. Sebastian D. Schäfer / Roman Spelsberg MSc / Dr. med. Nadine Rohloff / Dr. med. Charlotte Weber / Hans-Holger Bleß / Teresa Götz MSc / Hannah Ehlert MSc / Nicole R. Heinze MSc / Dr. med. Marco Zugaj MHBA / Prof. Dr. med. Daniel M. Pöpping

Multimodale Schmerztherapie bei Patientinnen mit Endometriose: Versorgungsstruktur in deutschen Schmerzzentren

Zusammenfassung

Einleitung: Bei Endometriose wird eine interdisziplinäre (Schmerz-) Therapie als Behandlungsstandard empfohlen. Die vorliegende Studie untersucht aktuelle Versorgungsstrukturen und Herausforderungen.

Methodik: Es wurden eine Onlinebefragung und Experteninterviews durchgeführt.

Ergebnisse: An der Onlinebefragung nahmen 19 Expert:innen teil, 9 wurden zusätzlich in Interviews befragt. Daraus wurden die typischen Behandlungen und Abrechnungsmodalitäten für stationäre, teilstationäre und ambulante multimodale Schmerztherapie schematisch herausgearbeitet. Des Weiteren wurden signifikante Diskrepanzen zwischen den von den Expert:innen geforderten Therapiestandards und der Versorgungsrealität deutlich. Als mögliche Ursachen wurden insbesondere ein Mangel an multimodalen Therapien außerhalb der stationären Behandlung, ein Fachkräftemangel bei verschiedenen beteiligten Professionen, die verspätete Initiierung der multimodalen Schmerztherapie erst bei fortgeschrittener Schmerzchronifizierung und die Versorgungslücken durch nicht erstattungsfähige Behandlungen thematisiert.

Schlussfolgerung: Die Studie deckt verschiedene Herausforderungen und Versorgungslücken in der multimodalen Schmerztherapie bei Endometriose auf. Expert:innen sehen Handlungsbedarf in mehreren Bereichen. Die genaue Ausgestaltung der multimodalen Therapie sollte individuell bleiben, gemeinsame Mindestanforderungen wurden aber deutlich.

Schlüsselwörter

Endometriose, multimodale Schmerzbehandlung, Versorgungsstruktur, Schmerzzentren, Versorgungslücke

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.04.24.1866-0533.2635

Schätzungsweise jede zehnte Frau im gebärfähigen Alter hat Endometriose. Das sind in Deutschland rund 1,7 Millionen Betroffene. Jedes Jahr gibt es ca. 40.000 Neudiagnosen (Diedrich et al. 2006). Das wichtigste Leitsymptom sind starke Schmerzen während der Menstruation, aber auch periodenunabhängige Unterleibsschmerzen. Je stärker die Schmerzen, desto größer ist die Einschränkung der Lebensqualität (Facchin et al. 2015). Je nach Lokalisation von Endometrioseherden kommen weitere Symptome, funktionelle Beschwerden und Begleiterscheinungen hinzu. Endometriose ist eine chronische Schmerzerkrankung, bei der oft mehrere Jahre vergehen, bis die Diagnosestellung erfolgt. Zudem kommt es bei den aktuellen Therapien zu hohen Rezidivraten und die Ursache der Erkrankung ist weiterhin unklar (Diedrich et al. 2006; AWMF 2020). Die langanhaltenden Schmerzen führen zu komplexen neurologischen Veränderungen, die häufig eine Chronifizierung der Schmerzen hervorrufen (Ball und Khan 2020; Brawn et al. 2014). Schmerzen werden als chronisch definiert, wenn sie mehr als drei Monaten andauern oder rezidivierend sind (Treede et al. 2019).

>> Die Verbesserung der Lebensqualität im Alltag durch Informationen und Hilfe zur Selbsthilfe, multimodale Schmerztherapie sowie niederschwelligen Zugang aller Betroffenen zu spezialisierter und interdisziplinärer Unterstützung sollte eines der obersten Ziele der Endometriose-Therapie sein. Darin stimmen Expertenempfehlungen, Leitlinien und Übersichtsarbeiten überein (Arnold et al. 2014; As-Sanie et al. 2019; Greco 2003; Glier 2019; Becker et al.). Zugleich prangern Forscher:innen (As-Sanie et al. 2019), behandelnde Ärzt:innen und Patient:innen (Weber et al. 2023) die aktuell unzureichende Versorgung der Endometriose-Patient:innen an und fordern sowohl in Deutschland als auch international einen ganzheitlichen Behandlungsansatz für Endometriose. Der Zugang zu multimodaler Therapie ist in Deutschland begrenzt. Der Versorgungsreport des RKI zeigt als Versorgungslücke eine geringe Zahl von stationären Rehabilitationen bei Endometriose auf und ambulante interdisziplinäre Disease-Management-Programme für Endometriose sind nicht verfügbar (Robert Koch Institut (RKI) 2020).

Meinungen verschiedener Expert:innen bezüglich des Inhalts und der Koordination behandlungssektoren-, interventions- und fachgruppenübergreifender Therapieansätze für die Schmerztherapie von Patientinnen mit Endometriose weichen voneinander ab. Für diese Studie wird die Definition von Arnold et al. 2009 und der Deutschen Schmerzgesellschaft von 2014 verwendet (Arnold et al. 2014; Arnold et al. 2009): „Als Multimodale Schmerztherapie wird die zeitlich und inhaltlich eng in der Vorgehensweise aufeinander abgestimmte umfassende Behandlung von Patienten mit chronifizierten Schmerzsyndromen bezeichnet, in die verschiedene somatische, körperlich übende, psychologisch übende und psychotherapeutische Verfahren nach vorgegebenem Behandlungsplan mit identischem, unter den Therapeuten abgesprochenem Therapieziel eingebunden sind."

Obwohl die multimodale Schmerztherapie als Behandlungsstandard für Patientinnen mit chronifizierten Schmerzen aufgrund von Endometriose gilt, gibt es wenig Literatur zur Versorgungsstruktur in Deutschland (Willimann 2012; Mechsner 2021a, 2021b; Maass und Janni 2015; Kayser et al. 2022; Carl 2021).

In der vorliegenden Studie werden die aktuellen Versorgungsstrukturen für Endometriose-Patientinnen in deutschen Schmerzzentren untersucht. Ziel ist es, die spezifischen Herausforderungen in der Versorgung von Patientinnen mit Endometriose aus der Perspektive von Schmerzzentren zu analysieren. Ferner wird der therapeutische Bedarf hinsichtlich der schmerztherapeutischen Versorgung von Endometriose-Patientinnen aufgedeckt. Darüber

hinaus wird eine Übersicht über die Behandlungen erstellt, welche in Schmerzzentren für die multimodale Schmerztherapie von Patientinnen mit Endometriose angewendet werden, sowie deren Vergütungsstrukturen.

Methodik

Studiendesign

Bei der vorliegenden Studie wurden eine Onlinebefragung und Experteninterviews durchgeführt. Für die Onlinebefragung wurde die Webanwendung SoSci Survey verwendet. Die Experteninterviews wurden durch die Autor:innen (Charlotte Weber, Teresa Götz, Roman Spelsberg) telefonisch oder online durchgeführt und erfolgten getrennt von der Onlinebefragung. Der halbstrukturierte Interviewleitfaden basierte auf ersten Ergebnissen der Onlinebefragung und wurde den Expert:innen vor den Interviews zur Verfügung gestellt.

Rekrutierung

Die Rekrutierung für die Studie fand online im Zeitraum vom 01.08.2023 bis zum 30.09.2023 statt. Die Ansprache der Schmerzzentren erfolgte über beteiligte Expert:innen und Institutionen sowie über Fachgesellschaften und über öffentlich zugängliche Kontaktdaten. Die Einladung zur Studienteilnahme, einschließlich des Links zur Onlinebefragung, wurde per E-Mail an die Schmerzzentren geschickt. Alle Teilnehmenden wurden in diesem Rahmen über die Studienziele und die Anonymität ihrer Daten informiert und erhielten die Kontaktdaten der Studienleitung.

Studienpopulation

In die Studie eingeschlossen wurden Schmerzzentren, die multimodale Schmerztherapie (ambulant, teilstationär oder stationär) anbieten, ihren Standort in Deutschland haben sowie Internetzugang und Motivation, die Onlinebefragung auszufüllen. Ausschlusskriterium war das fehlende Einverständnis zur Studienteilnahme.

Die Studienpopulation der Experteninterviews bestand aus einem Teil der Expert:innen, welche eine Einladung für die Onlinebefragung per Mail erhalten hatten bzw. daran teilgenommen hatten. Die Expert:innen konnten im Anschluss an die Onlinebefragung angeben, dass sie bereit sind, freiwillig an den Experteninterviews teilzunehmen.

Auswertung

Für die Auswertung der quantitativen Fragen der Onlinebefragung wurden deskriptive Analysen mittels SPSS durchgeführt. Diese umfassten die Angabe der Anzahl der Antworten sowie die Maximal-, Minimal-, Median- und Mittelwerte der Angaben auf den Ratingskalen.

Für die Auswertung der Experteninterviews wurde die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring genutzt (Mayring 1994). Diese wurde durch Autor:innen vorgenommen, die nicht an den Interviews beteiligt waren.

Ergebnisse

Zwischen dem 04. August und dem 13. September 2023 wurden 294 deutsche Schmerzzentren kontaktiert. 19 Expert:innen aus Schmerzzentren nahmen an der Onlinebefragung teil, wovon 10 den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben. Außerdem nahmen 9 Expert:innen an Interviews teil.

Ein Teil der Interviewpartner:innen hatte zuvor an der Onlinebefragung teilgenommen. Alle neun Interviewpartner:innen hatten eine Facharztausbildung in einem relevanten Bereich absolviert. 8 der 9 Interviewpartner:innen hatten eine Facharztausbildung für Anästhesiologie mit der Zusatzbezeichnung spezielle Schmerztherapie absolviert. 7 der 9 Expert:innen waren in oberärztlicher oder anderer leitender Position tätig. 4 der Teilnehmenden arbeiteten in universitären Einrichtungen, 3 in nicht universitären Kliniken und 2 in ambulanten Schmerzzentren.

Die Expert:innen der Schmerzzentren (N = 10) gaben in der Onlinebefragung an, im Durchschnitt 206 Schmerzpatient:innen pro Jahresquartal zu betreuen (SD = 144,9), davon im Durchschnitt 5,9 Endometriosepatient:innen (SD = 2,6). 83,1% der Schmerzpatient:innen in den befragten Zentren sind gesetzlich versichert (SD = 28,2).

Ablauf der multimodalen Schmerztherapie bei Endometriose-Patientinnen

In Abbildung 1 wird basierend auf den Studienergebnissen und einer systematischen Literaturrecherche schematisch der Behandlungsablauf von Endometriose-Patient:innen dargestellt, die in Schmerzzentren behandelt werden.

Bei der Diagnosestellung kommen verschiedene Verfahren zum Einsatz. Zunächst werden unimodale Maßnahmen zur Schmerzbehandlung angewendet. In Bezug auf die Diagnosestellung wird sowohl in der Onlinebefragung als auch in den Experteninterviews die zu lange Diagnosedauer bei Endometriose aufgrund von Versorgungslücken thematisiert. Die Expert:innen sind sich zudem einig, dass bei Endometriose der Behandlungsweg bis zur multimodalen Schmerztherapie stark verkürzt werden muss. Im Rahmen eines der Experteninterviews merkte eine Expertin hierzu Folgendes an: *„Ich glaube, die Frauen kommen viel zu spät, und die meisten kommen alle schon, wenn sie nicht mehr arbeitsfähig sind. Das ist schade, denn ein regelmäßiger Tagesablauf, eine gewisse Anerkennung, Wertschätzung und Sinnhaftigkeit ist Teil einer Krankheitsverarbeitung, -bearbeitung und Selbstwirksamkeit."*

Ein Problem stellt dabei die Sichtbarkeit von Endometriose-Patient:innen in Schmerzzentren dar. Die Expert:innen geben in beiden Befragungsmodalitäten an, dass etwa die Hälfte der Patient:innen, die auch aufgrund von Symptomen einer Endometriose behandelt werden, eine abweichende Hauptdiagnose erhalten. Haupt- und Einweisungsdiagnose ist dabei meist die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41). Dies kann die Dauer bis zur Einleitung der notwendigen spezifischen Therapie verlängern.

Sowohl in der Onlinebefragung als auch in den Experteninterviews zeigt sich, dass die Behandlungsabläufe der Schmerztherapie je nach Zentrum, Klinik oder Praxis variieren. Zunächst erfolgt i. d. R. ein Assessment inklusive der Evaluation des Schmerzfragebogens der Deutschen Schmerzgesellschaft. Medikamentöse und nicht medikamentöse Maßnahmen werden mit ganzheitlichem Blick patientenspezifisch eingesetzt, um individuelle Ressourcen zu stär-

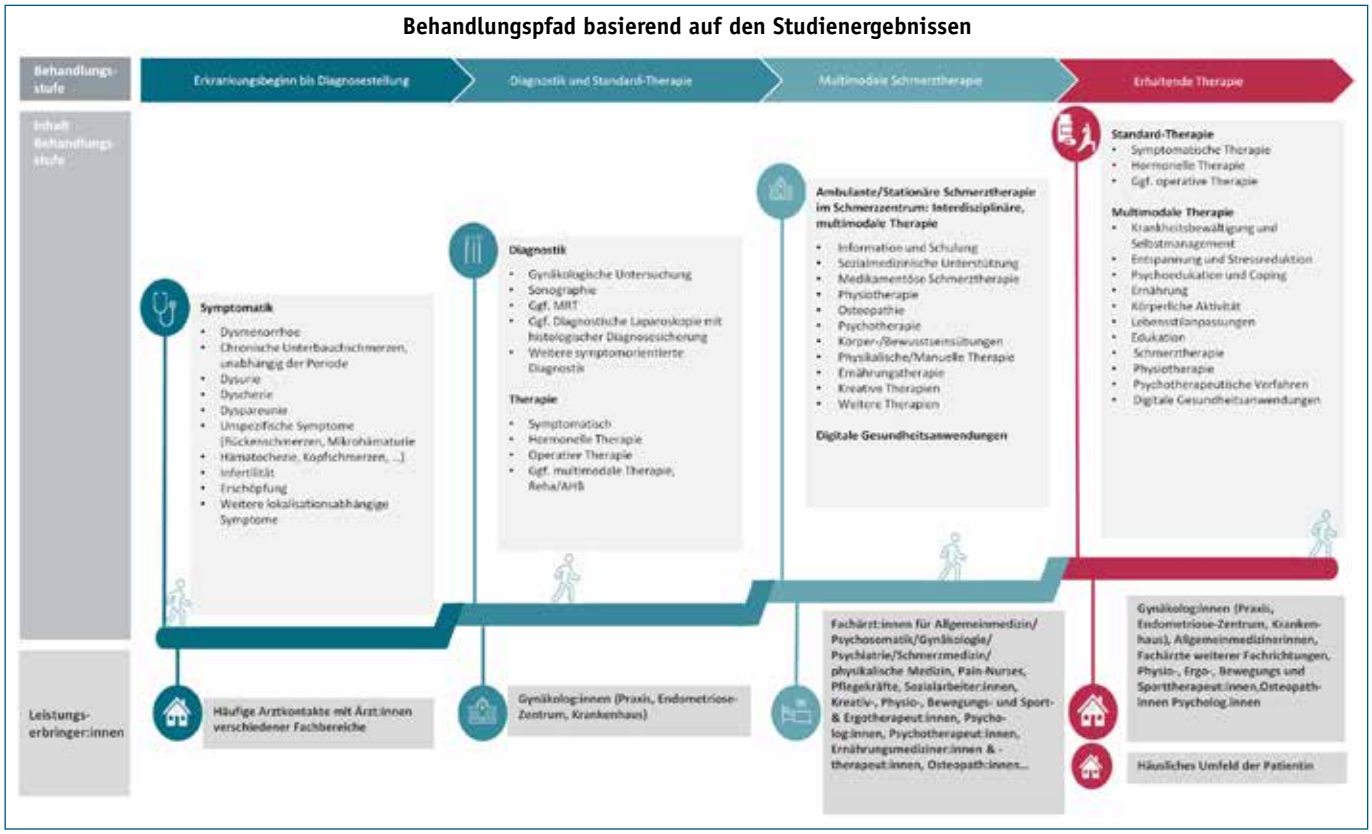


Abb. 1: *Behandlungspfad, eigene Darstellung basierend auf den Studienergebnissen.*

ken und salutogenetisch ein Gegengewicht zur Krankheitsbelastung sowie eine Schmerzentlastung zu schaffen.

Bei der multimodalen Schmerztherapie im engeren Sinne wird laut der befragten Expert:innen ein Team aus den Vertreter:innen der beteiligten Fachdisziplinen gebildet. Die Koordination erfolgt durch ärztliches Personal. Ein Team betreut meist eine Gruppe von ungefähr 8 Patient:innen. Die Therapiedauer ist individuell und beträgt in diesem teil-/stationären Setting etwa ein bis fünf Wochen, wobei stationäre Aufenthalte kürzer dauern als teilstationäre. Eine Mindestdauer von drei Wochen wird für eine nachhaltige Effektivität der Therapie angestrebt. Während dieser Zeit werden die Therapiebestandteile ständig auf die Bedürfnisse der Patienten angepasst.

Etwa sechs Monate nach Ablauf des Aufenthalts erfolgt laut den meisten befragten Expert:innen ein Follow-up-Termin, in dem der individuelle Erfolg im Alltag besprochen und ggf. Anpassungen der Maßnahmen vorgenommen werden.

Am Ende einer multimodalen Behandlung steht ein individuelles Therapiekonzept, das weiterverfolgt werden sollte. Wie gut die Anbindung im Anschluss funktioniert, hängt von vielfältigen Umständen ab, z. B. Wohnort, Alter oder psychiatrischen Begleiterkrankungen. Die Schmerzzentren bemühen sich, bei der Vermittlung an geeignete Spezialist:innen zu unterstützen, trotzdem kommt es häufig zu langen Wartezeiten.

Das Kernziel der multimodalen Schmerztherapie ist die Verbesserung der Lebensqualität durch die Befähigung der Patientinnen zur individuell gestalteten Selbsthilfe, die sie in ihrem Alltag eigenständig weiterführen (z. B. Schlafhygiene, regelmäßige Bewegung).

Diese Zielvorstellung der Expert:innen entspricht jedoch meist nicht der Versorgungsrealität. Statt eine individuell angepasste multimodale Schmerzbehandlung zu erhalten, werden viele Endometriose-Betroffene mit ihren Schmerzen allein gelassen oder werden z. B. nach einer bereits erfolglosen Operation erneut operiert, mit gleichem Ergebnis.

Inhalt der multimodalen Schmerztherapie bei Endometriose-Patientinnen

Die Kernbestandteile der multimodalen Schmerztherapie sind die Schmerzmedizin, die Psychosomatik/-edukation/-therapie sowie die Physiotherapie. Laut der Expert:innen sollten die Kernbestandteile durch vielfältige weitere Therapieoptionen, wie z. B. der Ernährungstherapie oder der Musiktherapie, patientenindividuell ergänzt werden.

Sowohl in der Onlinebefragung als auch in den Experteninterviews zeigt sich eine große Spannweite in der Häufigkeit der einzelnen Therapieangebote, da jedes Angebot in Gestaltung und Häufigkeit auf die individuelle Patientin ausgerichtet werden soll. Eine Mischung aus Gruppen- und Einzelbehandlungen wird genannt.

Richtlinien für die Behandlung von endometriosebedingtem chronischem Schmerz sind nicht vorhanden, jedoch wird im Rahmen der individuellen Therapiegestaltung für Endometriose-Patientinnen ein besonderer Therapiefokus auf den Becken- und Unterbauchbereich sowie die endometriosespezifischen Symptome gelegt.

Wichtig für multimodale Schmerztherapie ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit. 11 Zentren beantworten die Frage nach Leistungserbringenden, die an interdisziplinären Behandlungs-

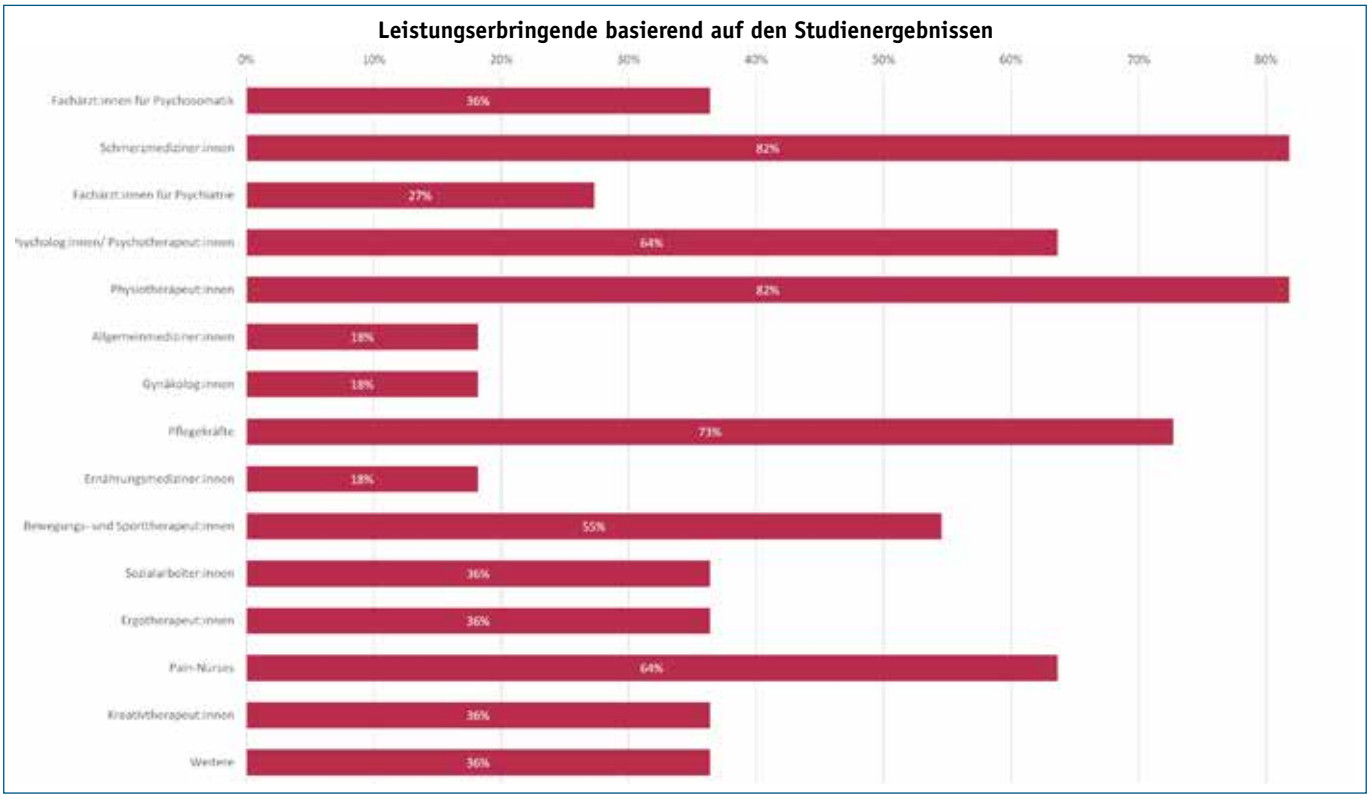


Abb. 2: *Leistungserbringende, eigene Darstellung basierend auf den Studienergebnissen.*

sitzungen zur interdisziplinären, multimodalen Schmerztherapie von Endometriose-Patientinnen beteiligt sind (siehe Abb. 2). Als weitere Leistungserbringende werden im Freitext genannt: „Osteopath", „Facharzt für Innere Medizin", „Arzt für physikalische Medizin" und „Ernährungsassist:innen".

Auch in den Experteninterviews wird die multimodale Schmerztherapie durch die intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit von anderen Therapieformen abgegrenzt. Die Mischung der vielfältigen Angebote und die individuelle Anpassung in diesem ganzheitlichen Ansatz werden als Therapievorteile gesehen. Weiterhin wird die vergleichsweise längere Dauer der individuellen Termine als Vorteil genannt, die in anderen Settings oft fehlt, um der Komplexität der Erkrankung gerecht zu werden.

Ein wichtiges Thema der Experteninterviews ist der Bedarf von multimodalen Therapiemöglichkeiten auch außerhalb der stationären Behandlung. Der Großteil der multimodalen Schmerztherapie findet momentan im stationären Bereich statt. Eine ambulante Versorgung liegt momentan wenig bis gar nicht vor, auch da sie aktuell nicht kostendeckend darzustellen ist. Die Vergütung der multimodalen Schmerztherapie im engen Sinne deckt nur bei teil-/stationärer Aufnahme und Vergütung durch Tages-/Fallpauschalen die entstehenden Kosten.

Stationäre Abrechnung		
OPS-Code	**Beschreibung / Behandlungsdauer**	**Durchschnittliche Entgelte (DRG + Pflege) modelliert mit DRG-Grouper (durchschnittliche Verweildauer) in Euro**
8-91b	Kurzzeitbehandlung ≥ 6 Behandlungstage	2.180,07 (3 Tage)
8-918.0	≥ 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	4.853,30 (10 Tage)
8-918.1	≥ 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	8.421,13 (17 Tage)
8-918.2	≥ 21 Behandlungstage	12.498,65 (25 Tage)
Modellannahmen basierend auf Durchschnitten für die beschriebene Patientenpopulation: Geschlecht: weiblich; Diagnosen: N80.0 (Endometriose des Uterus) und F45.41 (Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren); Alter: 27 Jahre; Basisfallwert 4.200 Euro; Pflegeentgeltwert: 230 Euro; DRG N62A		

Tab. 1: Stationäre Abrechnung. Quelle: eigene Darstellung.

Teilstationäre Abrechnung		
OPS-Code	**Beschreibung / Behandlungsdauer**	**Durchschnittliche Entgelte (DRG + Pflege) modelliert mit DRG-Grouper (durchschnittliche Verweildauer) in Euro**
8-91c.0	≥ 2 Verfahren*; ≥ 120 Min. Therapiezeit pro Tag	2.180,07
8-91c.1	≥ 3 Verfahren*; ≥ 180 Min. Therapiezeit pro Tag	DRG: N62A
8-91c.2	≥ 4 Verfahren*; ≥ 240 Min. Therapiezeit pro Tag	

Tab. 2: Teilstationäre Abrechnung. Legende: *Als teamintegriert angewandte Verfahrensarten gelten: 1) körperlich übende Verfahren wie z. B. aktivierende Physiotherapie, Trainingstherapie, Ausdauertraining, Dehnungsübungen, sensomotorisches Training, Ergotherapie, Arbeitsplatztraining; 2) psychotherapeutisch übende, auch durch Kotherapeuten erbrachte Verfahren wie z. B. Muskelrelaxation, autogenes Training; 3) ärztlich oder psychologisch psychotherapeutische Verfahren wie z.B. psychologische Schmerztherapie, Gruppenpsychotherapie, Edukation, Alltagsplanung, störungsorientierte Einzeltherapie; 4) sonstige Verfahren wie z. B. soziale Interventionen, Kreativtherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und/oder Musiktherapie). Modellannahmen basierend auf Durchschnitten für die beschriebene Patientenpopulation: Geschlecht: weiblich; Diagnosen: N80.0 (Endometriose des Uterus) und F45.41 (Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren); Alter: 27 Jahre; Basisfallwert 4.200 Euro; Pflegeentgeltwert: 230 Euro. Quelle: eigene Darstellung.

Multimodale Therapiemöglichkeiten auch außerhalb der stationären Behandlung sind für viele Patient:innen aufgrund von örtlich gebundenen Verpflichtungen sehr attraktiv und könnten von einer größeren Personenzahl genutzt werden. Sie könnten eine größere Palette von Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stellen und früher sowie präventiv vor einer manifesten Schmerzchronifizierung angewendet werden. Im Gegensatz zu stationären Behandlungen, die häufig erst bei fortgeschrittener Schmerzchronifizierung und ausgeprägter Krankheitssymptomatik in die Wege geleitet werden, wenn die Aussicht auf einen Behandlungserfolg bereits deutlich verschlechtert ist. Daher sind multimodale Therapiemöglichkeiten auch außerhalb der stationären Behandlung aus Expertensicht erstrebenswert, scheitern aber neben der Vergütung auch an funktionalen Konzepten, den notwendigen Fachkräften und der engen interdisziplinären Abstimmung.

Abrechnung der multimodalen Schmerztherapie bei Endometriose-Patient:innen

Obwohl die multimodale Schmerztherapie von Expert:innen als Therapiestandard für die Versorgung von Endometriose-Patientinnen mit chronischen Schmerzen angesehen wird, besteht eine Versorgungslücke. Diese ist nicht zuletzt auf die Abrechnungssituation zurückzuführen. Wie auch in anderen Krankheitsgebieten folgt die Versorgung der Vergütung. Während es im stationären und teilstationären Setting etablierte Abrechnungsmodalitäten für die multimodale Schmerztherapie gibt (siehe Tab. 1 und Tab. 2), sind die Abrechnungsmöglichkeiten im ambulanten Setting nicht ausreichend. Die Expert:innen weisen auf das Potenzial der Ambulantisierung der multimodalen Schmerztherapie bei Endometriose-Patientinnen hin. Wo Abrechnungsmöglichkeiten im ambulanten Setting gesehen wurden, wurde versucht, diese zu charakterisieren, wobei immer auch die Individualität der Therapie hervorgehoben wurde, die das oberste Gebot der multimodalen Therapie zu sein hat (siehe Tab. 3).

Im Rahmen der Versorgung in Hochschulambulanzen oder Schmerzambulanzen werden ein Teil der Leistungen einer multimodalen Schmerztherapie über Fallpauschalen abgerechnet. In einem exemplarischen Fall beläuft sich diese Pauschale auf 150 Euro pro Patientin pro Quartal. Hiermit wird die grundlegende schmerzmedizinische Versorgung bestehend aus dem Assessment, der Therapieplanung und der Edukation zur Therapie abgedeckt. Nicht in dieser Pauschale inbegriffen und zusätzlich abgerechnet werden Leistungen für Physiotherapie und Psychotherapie. Diese Leistungen werden nach Ziffern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) abgerechnet. Darüber hinaus wurden Versorgungskontexte beschrieben, bei welchen die Kernleistungen der multimodalen Schmerztherapie in einem medizinischen Versorgungszentrum

Etablierte Abrechnungsmodalitäten

	EBM-Bezeichnung	EBM-Ziffer	Vergütung in Euro	Anmerkung / Erklärung der Berechnung	Summe in Euro
Assessment	Grundpauschale	30700	47,02	1 x je Behandlungsfall	716,63
	Zusatzpauschale	30702	59,43	1 x je Behandlungsfall	
	Zuschlag	30704	35,68	1 x je Behandlungsfall	
	Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz	30706	10,26	berechnet für 1 Sitzung	
	Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie	30708	141,19	min. 70 Minuten (berechnet für 70 Minuten)	
	Probatorische Sitzung	30931	423,05	berechnet für 5 Sitzungen mit min. 50 Minuten	
Psychotherapie	Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz	30706	41,04	berechnet für 4 Sitzungen (2 pro Monat)	961,99
	Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie	30708	242,04	berechnet für 4 Sitzungen mit 30 Minuten	
	Verhaltenstherapie – Gruppentherapie mit 3 Teilnehmer:innen	35543	669,48	berechnet für 6 Sitzungen mit min. 100 Minuten	
	Psychotherapeutische Grundpauschale	23211	9,43	1 x je Behandlungsfall (für Patient:innen im Alter von 6-59 Jahren)	
	Leistung	**HM-PosNr**	**Vergütung**	**Anmerkung / Erklärung der Berechnung**	**Summe in Euro**
Physiotherapie	Krankengymnastik – Einzelbehandlung	X0501, X0521	333,60	Höchstmenge je Verordnung von 6 Einheiten (berechnet für 2 Verordnungen von je 6 Einheiten)	961,99
	Leistung	**Abrechnung**	**Vergütung**	**Anmerkung / Erklärung der Berechnung**	**Summe in Euro**
Sonstige Therapien	z. B. Ernährungstherapie, Kreativtherapie, künstlerische Therapie	Pauschalen	ca. 150,00	Pauschale pro Patientin pro Quartal, (berechnet für 1 Quartal z.B. für Hochschulambulanzen oder psychiatrische Institutsambulanzen (§ 120 Abs. 3 SGB V)	333,60
Therapiekosten für ein dreiwöchiges Programm					2.162,22

Tab. 3: Ambulante Abrechnung, eigene Darstellung basierend auf den Studienergebnissen. Legende: EBM: Einheitlicher Bewertungsmaßstab, HMPosNr: Heilmittelpositionsnummer, OPS: Operationen- und Prozedurenschlüssel.

(MVZ) koordiniert werden und nach EBM abgerechnet werden. Anschließend an ein initiales Assessment mit bis zu 5 probatorischen Sitzungen, werden bei dieser ambulanten Versorgung in einem dreiwöchigen Therapieprogramm mindestens 12 Einheiten Physiotherapie, 6 Sitzungen Verhaltenstherapie, 4 Beratungstermine sowie patientenindividuell weitere Behandlungsoptionen angeboten. Darüber hinaus werden 4 schmerztherapeutische Fallkonferenzen zur Koordination der Behandlung abgehalten.

Herausforderungen

Im Onlinefragebogen wurden 15 Hypothesen zur Behandlung von Patientinnen mit Endometriose in Deutschland dargelegt, die auf einer Skala von 1 („stimme zu“) bis 5 („stimme nicht zu“) bewertet werden konnten. Die Ergebnisse sind in Tabelle 4 dargestellt.

Insgesamt sehen die befragten Expert:innen große Versorgungslücken bei der Behandlung von Endometriose-Patientinnen in Deutschland.

In beiden Befragungsmodalitäten wird als Herausforderung die oft sehr weit fortgeschrittene Chronifizierung der Patientinnen angesprochen. Häufig wird die multimodale Schmerztherapie als letzte Option herangezogen, nachdem diverse andere Therapien erfolglos waren. Eine präventiv eingesetzte Therapie zur Verhinderung einer Schmerzchronifizierung wird als ideale Behandlung angegeben. Da

Literatur

Arnold, B.; Brinkschmidt, T.; Casser, H-R; Diezemann, A.; Gralow, I.; Irnich, D. et al. (2014): Multimodale Schmerztherapie für die Behandlung chronischer Schmerzsyndrome. Ein Konsensuspapier der Ad-hoc-Kommission Multimodale interdisziplinäre Schmerztherapie der Deutschen Schmerzgesellschaft zu den Behandlungsinhalten. In: Schmerz (Berlin, Germany) 28 (5), S. 459–472. DOI: 10.1007/s00482-014-1471-x.

Arnold, B.; Brinkschmidt, T.; Casser, H-R; Gralow, I.; Irnich, D.; Klimczyk, K. et al. (2009): Multimodale Schmerztherapie: Konzepte und Indikation. In: Schmerz (Berlin, Germany) 23 (2), S. 112–120. DOI: 10.1007/s00482-008-0741-x.

As-Sanie, Sawsan; Black, Rebecca; Giudice, Linda C.; Gray Valbrun, Tanika; Gupta, Jhumka; Jones, Brittany et al. (2019): Assessing research gaps and unmet needs in endometriosis. In: American journal of obstetrics and gynecology 221 (2), S. 86–94. DOI: 10.1016/j.ajog.2019.02.033.

AWMF (Hg.) (2020): S2k Leitlinie der DGGG, OEGGG und SGGG zur Diagnose und Therapie der Endometriose. Online verfügbar unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-045l_S2k_Diagnostik_Therapie_Endometriose_2020-09.pdf.

Ball, Elizabeth; Khan, Khalid S. (2020): Recent advances in understanding and managing chronic pelvic pain in women with special consideration to endometriosis. In: F1000Research 9. DOI: 10.12688/f1000research.20750.1.

Becker, Annette; Becker, Michal; Engeser, Peter (2023): Leitlinie Chronischer Schmerz. Hg. v. AWMF. Online verfügbar unter https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/053-036.html.

Brawn, Jennifer; Morotti, Matteo; Zondervan, Krina T.; Becker, Christian M.; Vincent, Katy (2014): Central changes associated with chronic pelvic pain and endometriosis. In: Human reproduction update 20 (5), S. 737–747. DOI: 10.1093/humupd/dmu025.

Carl, Annette (2021): Basis und immer begleitend: multimodale und interdisziplinäre Diagnostik und Therapie. In: Schmerz (Berlin, Germany) 35 (5), S. 360. DOI: 10.1007/s00482-021-00578-x.

Diedrich, Klaus; Schultze-Mosgau, Askan; Holzgreve, Wolfgang; Jonat, Walter; Schneider, Klaus-Theo M.; Weiss, Jürgen M. (2006): Gynäkologie und Geburtshilfe. 2. Aufl. Berlin: Springer (Springer-Lehrbuch).

Facchin, Federica; Barbara, Giussy; Saita, Emanuela; Mosconi, Paola; Roberto, Anna; Fedele, Luigi; Vercellini, Paolo (2015): Impact of endometriosis on quality of life and mental health: pelvic pain makes the difference. In: Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology 36 (4), S. 135–141. DOI: 10.3109/0167482X.2015.1074173.

Glier, Barbara (2019): Chronischen Schmerz bewältigen. Verhaltenstherapeutische Schmerzbehandlung. Fünfte Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta (Reihe Leben lernen, 153).

Greco, Christine D. (2003): Management of adolescent chronic pelvic pain from endometriosis: a pain center perspective. In: Journal of pediatric and adolescent gynecology 16 (3 Suppl), S17-9. DOI: 10.1016/s1083-3188(03)00064-0.

Kayser, Hubertus; Schneider, Nadine; Schmiemann, Guido (2022): Vorstellung eines innovativen interdisziplinären, sektoren-übergreifenden und gestuften Behandlungskonzepts für Schmerzpatient*innen im Rahmen eines regionalen Selektivvertrages nach §140a SGB V. In: Schmerz (Berlin, Germany) 36 (5), S. 363–370. DOI: 10.1007/s00482-021-00612-y.

Kieselbach, Kristin; Wirz, Stefan; Schenk, Michael (Hg.) (2022): Multimodale Schmerztherapie. Ein Praxislehrbuch. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer (Medizin).

Maass, N.; Janni, W. (2015): Multimodale Behandlungskonzepte der Endometriose. In: Gynäkologe 48 (3), S. 198–199. DOI: 10.1007/s00129-014-3394-0.

Mayring, P. (1994): Qualitative Inhaltsanalyse. In: A. Boehm, A. Mengel, & T. Muhr (Hg.): Texte verstehen. Konzepte, Methoden, Werkzeuge. Konstanz: Univ.-Verl. Konstanz (Schriften zur Informationswissenschaft, 14), S. 159–175.

Mechsner, Sylvia (2021a): Management of endometriosis pain: Stage-based treatment strategies and clinical experience: Springer Medizin (Schmerz, 35) (3).

Mechsner, Sylvia (2021b): Multimodale Therapie so früh wie möglich, aber spätestens, wenn die chronischen Schmerzen da sind. In: Schmerz (Berlin, Germany) 35 (5), S. 361–362. DOI: 10.1007/s00482-021-00579-w.

Pickett, Charlotte; Foster, Warren G.; Agarwal, Sanjay (2023): Current endometriosis care and opportunities for improvement. In: Reproduction & fertility 4 (3). DOI: 10.1530/RAF-22-0091.

Robert Koch-Institut (RKI) (2020): Gesundheitsbezogene Lebensqualität. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Gesundheitliche_Lage_der_Frauen_2020.html, zuletzt geprüft am 18.07.2023.

Treede, Rolf-Detlef; Rief, Winfried; Barke, Antonia; Aziz, Qasim; Bennett, Michael I.; Benoliel, Rafael et al. (2019): Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). In: Pain 160 (1), S. 19–27. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001384.

Weber, Charlotte; Rohloff, Nadine; Götz, Teresa; Rothenhöfer, Markus & Schäfer, Sebastian D. (2023): Konzeptbeurteilung und Interesse von Fachärzt:innen für Frauenheilkunde und Betroffenen an der Smartphone-Applikation Endo-App. [Poster presentation]. 15. Deutschsprachiger Endometriosekongress. Saarbrücken, Saarland, Germany, 2023. Online verfügbar unter https://www.mes-berlin.com/veranstaltungen/15-endometriosekongress-deutschsprachiger-laender/.

Willimann, Patrick (2012): Multimodale Schmerztherapie bei Endometriose: Pathomechanismen, Charakteristika und Behandlungsgrundsätze.

es für eine solche Prävention aber bisher keine Ressourcen gibt, wird sie als eine der größten Herausforderungen und Versorgungslücke angesehen.

In den Experteninterviews wird zudem die notwendige Sensibilisierung von Gynäkolog:innen und Hausärzt:innen für das Thema Schmerz bei Frauen, für interdisziplinäre Zusammenarbeit und für die multimodale Schmerztherapie thematisiert, um die Versorgung zu verbessern.

Die Versorgungslage ist regional verschieden und besonders in ländlichen Regionen kritisch. Eine Expertin merkt Folgendes an: *„Ich glaube nicht, dass die Schmerzzentren den Bedarf generell decken können."* Eine andere Expert:in erklärt: *„Es gibt sicherlich Bereiche, wo ausreichende Kapazitäten bestehen. Und dann gibt es wieder absolute Diaspora, wo überhaupt kein schmerztherapeutisches Zentrum auf weiter Flur ist."*

Dies betrifft den Zugang zur multimodalen Schmerztherapie sowie die Anschlussbehandlung. Ermittelte Therapiekonzepte können so häufig nicht umgesetzt werden. Wartezeiten sind oft länger als ein halbes Jahr. Der Fachkräftemangel, besonders bei Psychotherapeut:innen und Psychosomatiker:innen, stellt die Versorgung in und außerhalb der multimodalen Schmerztherapie vor eine Herausforderung. Darüber hinaus ist die aktuelle Versorgung nicht auf endometriosebedingten chronischen Schmerz ausgerichtet und konzentriert sich auf die häufigsten chronischen Schmerzerkrankungen, z. B. chronische Rückenschmerzen.

Zuletzt wird die mediale Aufmerksamkeit für das Thema Endometriose thematisiert. Einerseits erhöht sie die Informiertheit der Patient:innen. Andererseits fehlt für das Thema „Schmerz" und die damit verbundenen Belastungen in der Gesellschaft immer noch das richtige Verständnis. Trotzdem sollte eine dramatisierende Darstellung der Erkrankung vermieden werden. Eine transparente, kompetente und ermutigende Aufklärung wird von den Expert:innen empfohlen.

Diskussion

Die vorliegende Studie zeigt die Bedeutung der interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie für Endometriose-Patientinnen auf, sowohl kurativ als auch präventiv (Mechsner 2021a; Pickett et al. 2023). Zentral für den Therapieerfolg ist es, die individuell passenden Strategien für die jeweilige Patientin zu finden, die diese im Alltag anwenden kann (Kieselbach et al. 2022). Die multimodale Schmerztherapie gilt als Behandlungsstandard. Dies entspricht jedoch nicht der Versorgungsrealität, stattdessen liegen Versorgungslücken vor. Verschiedene Faktoren spielen dabei eine Rolle.

Die Verfügbarkeit stellt in vielen Regionen Deutschlands eine große Herausforderung dar. Der Fachkräftemangel ist häufig ein Problem (Mechsner 2021a). Teilweise erschweren oder verhindern die aktuellen Vergütungsstrukturen eine bedarfsgerechte Versorgung von Endometriose-Patientinnen in der Schmerztherapie (Mechsner 2021b). Hausärzt:innen und Gynäkolog:innen sind oft zu wenig informiert und verweisen Patientinnen erst nach einer erheblichen Chronifizierung zur multimodalen Schmerztherapie. Genauso wie die lange Diagnosedauer führt dies zu einer mangelnden Versorgung, insbesondere auch von Patientinnen mit subchronifizierten Schmerzen (Kieselbach et al. 2022; Mechsner 2021b). Zusätzlich können Fehldiagnosen eine geeignete Behandlung verzögern (Mechsner 2021a).

Einen wichtigen Lösungsansatz zum Schließen der Versorgungslücken sehen Expert:innen im Ausbau präventiver Maßnahmen zur Verhinderung der Schmerzchronifizierung. Langfristig kann dies Kosten im Gesundheitssystem reduzieren, die momentan z. B. durch viele Operationen und lange Arbeitsunfähigkeitszeiten bei Endometriose-Betroffenen entstehen. Dies wäre beispielsweise in einem Stufenschema möglich, bei dem die Behandlung auf die Stärke und Art der Schmerzen sowie die Krankheitssituation insgesamt abgestimmt wird (Mechsner 2021b, 2021a). Teil dieses Stufenschemas können digitale Konzepte darstellen, die eine größere Anzahl Betroffener auch in frühen Schmerzstadien nutzen können. Dies steht im Einklang mit Empfehlungen der Expert:innen für den Ausbau der multimodalen Schmerztherapie außerhalb der stationären Behandlung, da im ambulanten Bereich für chronische Schmerzpatientinnen momentan aufgrund von mangelnder Vergütung, funktionalen Konzepten und notwendigen Fachkräften oft eine Unter- und Fehlversorgung besteht (Mechsner 2021a; Kieselbach et al. 2022).

Limitationen

Im Rahmen der Studie werden verschiedene Operationen, Onlinebefragung und Experteninterviews, zur wechselseitigen Validierung der subjektiven Daten mithilfe eines Triangulationskonvergenzmodells verwendet.

Als Limitation der Studie ist die geringe Rückmeldungsrate der angefragten Schmerzzentren zu nennen und damit einhergehend die kleine Studienstichprobe. Die Teilnehmenden wurden zudem nicht per Zufall ausgewählt, sondern eine Selbstselektion im Sinne von am Thema Endometriose interessierten Expert:innen kann nicht ausgeschlossen werden. Darüber hinaus unterliegen qualitative Experteninterviews immer den selektiven und subjektiven Meinungen der Befragten. Zuletzt wurde die Perspektive der Betroffenen auf ihre Versorgungssituation nicht erfasst und sollte in weiteren Untersuchungen analysiert werden. <<

Multimodal pain therapy for patients with endometriosis: care structure in German pain centres

Introduction: Interdisciplinary (pain) therapy is recommended for endometriosis. The present study examines current care structures, gaps in care, and challenges in Germany.

Methods: An online survey and expert interviews were conducted.

Results: Nineteen experts participated in the online survey, with nine of them also being interviewed. Based on their responses, the typical processes and billing modalities for inpatient, day patient, and outpatient multimodal pain therapies were systematically characterized. Furthermore, significant discrepancies between the therapeutic standards recommended by the experts and the actual care provided were identified. Key challenges highlighted during this study include a lack of multimodal therapy options outside of hospitals, a shortage of professionals in various involved disciplines, the delayed initiation of multimodal pain therapy often only at an advanced stage of pain chronification, and care gaps due to treatments that are not eligible for reimbursement.

Conclusion: The study sheds light on various challenges and care gaps in multimodal pain therapy for endometriosis. The experts emphasize the urgent need for action in several areas. The exact implementation of multimodal therapy should remain individual, but common minimum standards were identified.

Keywords

Endometriosis, multimodal pain management, care structure, pain centers, care gap

Autorenerklärung

Sebastian D. Schäfer ist an der Frauenklinik des Clemenshospitals Münster tätig, Marco R. Zugaj an der Klinik für Anästhesiologie des Universitätsklinikums Heidelberg und Daniel M. Pöpping ist am Universitätsklinikum Münster tätig. Hans-Holger Bleß und Roman Spelsberg sind Mitarbeiter der _fbeta GmbH. Nadine Rohloff ist Geschäftsführerin der Endo Health GmbH. Charlotte Weber, Teresa Götz, Hannah Ehlert und Nicole R. Heinze sind Mitarbeiterinnen der Endo Health GmbH. Sebastian D. Schäfer, Marco R. Zugaj und Daniel M. Pöpping haben unentgeltlich an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet. Die Analyse erfolgte mit finanzieller Unterstützung der Endo Health GmbH und wurde von der _fbeta GmbH in Berlin durchgeführt.

Zitationshinweis

Schäfer et al.: „Multimodale Schmerztherapie bei Patientinnen mit Endometriose: Versorgungsstruktur in deutschen Schmerzzentren“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF 04/24), S. 61–69. http://doi.org/10.24945/MVF.04.24.1866-0533.2635

Dr. med. Sebastian D. Schäfer ORCID: 0000-0002-8010-1463



ist Chefarzt der Frauenklinik des Clemenshospitals Münster. Zuvor leitete er über 10 Jahre das zertifizierte Endometriosezentrum am Universitätsklinikum Münster in Personalunion. Er engagiert sich als 2. Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Endometriose, Mitglied des Beirats der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Endoskopie, der Stiftung Endometrioseforschung und als Ambassador der World Endometriosis Society insbesondere für die Erforschung und Verbesserung der Versorgung von Betroffenen mit Endometriose. Kontakt: Seb.Schaefer@alexianer.de

Roman Spelsberg MSc ORCID: 0000-0003-2935-9642



ist Berater bei _fbeta in Healthcare Research & Market Access sowie Digital Health. Seit 2015 unterstützt er Unternehmen bei Preisstrategien und Nutzenbewertungsverfahren. Er absolvierte einen Master of Science in Healthcare Policy, Innovation and Management der Universität Maastricht. In Kooperation mit dieser Universität arbeitet er momentan an seiner Promotion. Zuvor war er im Market Access von Arzneimitteln bei Roche Pharma und ALK Abello beschäftigt. Kontakt: Roman.Spelsberg@fbeta.de

Dr. med. Nadine Rohloff ORCID: 0009-0005-5799-8849



ist Ärztin, Gründerin und Geschäftsführerin der Endo Health GmbH und hat die ärztliche Leitung der Endo-App inne. Sie studierte Humanmedizin an der Universität Münster und arbeitete vor ihrer Zeit im Digital-Health-Bereich im Endometriosezentrum der Frauenklinik der Universitätsklinik Münster.
Kontakt: Nadine@endometriose.app

Dr. med. Charlotte Weber ORCID: 0000-0003-1451-7206
ist als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Ärztin bei der Endo Health GmbH angestellt gewesen. Zuvor arbeitete sie mehrere Jahre als Assistenzärztin in den Kliniken der Stadt Köln. Aktuell ist sie in ärztlicher Tätigkeit in einer Praxisklinik in Minden tätig. Ihr Studium der Humanmedizin und ihre Promotion absolvierte sie an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel sowie der Medizinischen Universität Innsbruck. Kontakt: Charlotte-Weber@outlook.de



Hans-Holger Bleß ORCID: 0000-0001-7643-9966
ist Partner bei _fbeta und leitet den Geschäftsbereich Healthcare Research & Market Access sowie den Geschäftsbereich Digital Health. Nach Tätigkeiten in öffentlichen Apotheken arbeitete er für die AOK Brandenburg und leitete dort zuletzt den Fachbereich „Grundlagen und Verträge Arzneimittel". Er war am IGES Institut tätig und leitete dort den Bereich Versorgungsforschung und den Bereich HTA & Value Strategy. Danach war er Geschäftsführer des Instituts für angewandte Versorgungsforschung (inav). Er studierte Pharmazie an der Freien Universität Berlin. Kontakt: Holger.Bless@fbeta.de



Teresa Götz MSc ORCID: 0000-0002-3854-7795
ist wissenschaftliche Projektleiterin bei der Endo Health GmbH. Zuvor arbeitete sie fünf Jahre als Reha-Psychologin in den Städtischen Rehakliniken Bad Waldsee, eine für die Behandlung von Endometriose zertifizierte Reha-Einrichtung. Sie hat einen Bachelorabschluss in Psychologie und einen Masterabschluss in klinischer Psychologie der Universität Heidelberg. Während ihres Studiums arbeitete sie in der Tagesklinik für Orthopädische Schmerztherapie der Universitätsklinik Heidelberg. Kontakt: Teresa@endometriose.app



Hannah Ehlert MSc
ist Oecotrophologin (BSc) mit einem Masterstudium in Gesundheitspsychologie der Universität Umeå. Sie unterstützt die Endo Health GmbH in wissenschaftlichen und technischen Aufgaben. Darüber hinaus ist sie Lehrbeauftragte für Statistik an der Fachhochschule Münster. Zuvor arbeitete sie als Projektleitung im Gesundheitsmanagement und als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fachhochschule Münster. Kontakt: Ehlert@endometriose.app



Nicole R. Heinze MSc ORCID: 0000-0002-0146-3467
ist wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der Endo Health GmbH und freiberuf. Ernährungsberaterin. Davor arbeitete sie als wiss. Mitarbeiterin der Medizinischen Hochschule Hannover sowie als Freelancerin für die Endo Health GmbH und freiberuf. Ernährungsberaterin. Sie hält einen Master in Public Health der Medizinischen Hochschule Hannover sowie einen Bachelor in Ernährungsberatung der Deutschen Hochschule für Prävention und Gesundheitsmanagement Köln. Kontakt: Nicole@endometriose.app



Dr. med. Marco Zugaj MHBA ORCID: 0009-0007-3173-3214
ist Facharzt für Anästhesiologie, Notfallmedizin, Spezielle Intensivmedizin und Spezielle Schmerztherapie. Er ist als Funktionsoberarzt in der Klinik für Anästhesiologie des Universitätsklinikums Heidelberg tätig. Sein Schwerpunkt liegt in Klinik, Forschung und Lehre im Bereich Schmerztherapie. Als Mitglied des interdisziplinären Endometrioseboards des Universitätsklinikums ist er an der Therapiefindung bei komplexen Endometriosefällen beteiligt. Kontakt: Marco.Zugaj@med.uni-heidelberg.de



Prof. Dr. med. Daniel M. Pöpping ORCID: 0000-0002-5070-751X
ist Facharzt für Anästhesiologie mit den Zusatzbezeichnungen Operative Intensivmedizin, Notfallmedizin und Spezielle Schmerztherapie. Er ist am Universitätsklinikum Münster tätig und leitet dort die Schmerzambulanz und -tagesklinik. Im Jahr 2019 wurde ihm der Titel Außerplanmäßiger Professor verliehen. Auf wissenschaftlicher Ebene beschäftigt er sich unter anderem mit dem Thema Regionalanästhesie und deren Auswirkungen auf Patient:innen in der perioperativen Phase. Kontakt: Daniel.Poepping@ukmuenster.de



Dipl.-Betriebsw. (FH) Oliver Steidle MA
Dr. med. Ruth Hecker

Patient:innen als zusätzliche Sicherheitsbarriere bei der Gabe von Chemotherapeutika

Zusammenfassung

Das Projekt „Sichere Gabe von Chemotherapeutika" am Universitätsklinikum Essen zielt darauf ab, die Sicherheit der Chemotherapiebehandlung durch aktive Einbeziehung der Patient:innen zu verbessern. Hierzu wurden Patient:innen zu ihren Erfahrungen und Wünschen im Hinblick auf die Einbeziehung in die Chemotherapiebehandlung befragt. Dabei wurden die häufigsten Fehler bei der Gabe von Chemotherapeutika identifiziert. Es wurde ein patientenadaptierter Therapieplan mit den wichtigsten Informationen zur Chemotherapie entwickelt. Aus dem Projekt konnte gelernt werden, dass die Einbeziehung der Patient:innen in die Chemotherapiebehandlung ein wichtiger Ansatz zur Verbesserung der Patientensicherheit ist, weiter zeigt sich, wie dies erfolgreich umgesetzt werden kann. Weitere Forschung ist notwendig, um die besten Methoden zur Einbeziehung von Patient:innen in die Behandlung zu identifizieren.

Schlüsselwörter

Chemotherapie, Medikationsfehler, Patientensicherheit, Einbezug der Patient:innen, Kommunikation, Fehlervermeidung, Unerwünschte Ereignisse, Kritische Hinterfragung, Therapieplan, Patienteninformation, Aufklärung, Vertrauen, Sicherheitsbarriere, Zytostatika, Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.04.24.1866-0533.2637

Chemotherapeutika sind Hochrisikoarzneimittel, die ein hohes Fehlerpotenzial sowie ein schweres Schädigungspotenzial bieten. Internationale Studien zeigen, dass 5–15% aller Chemotherapie-Patient:innen von Medikationsfehlern betroffen sind. 60% dieser Fehler hatten für die Patient:innen ein Schädigungspotenzial, 13% führten zu einer Schädigung und 1% der Patient:innen wurde ernsthaft geschädigt[1]. Die häufigsten Medikationsfehler in der Gabe von Chemotherapeutika sind Verabreichungsfehler und deswegen von den Patient:innen selbst beobachtbar. Insbesondere Chemotherapiepatient:innen, die aufgrund ihrer längeren Behandlungsdauer häufig die gleichen Behandlungsschritte erleben, erkennen oft Abweichungen von der gewohnten Routine und bemerken, wenn etwas anders läuft als gewohnt. Sie haben Zeit, auf die Identifikationsmerkmale der Chemotherapie zu schauen und Fehler zu erkennen. Im besten Fall kommunizieren sie diese Beobachtungen, Änderungen oder Unsicherheiten gegenüber der betreuenden medizinischen Fachperson. So bietet das aktive Einbinden der Patient:innen eine zusätzliche Sicherheitsbarriere, die als Unterstützung des medizinischen Personals genutzt werden kann. Vor diesem Hintergrund hat die Stabsstelle Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement gemeinsam mit der Inneren Klinik (Tumorforschung), den onkologischen Pflegeexpert:innen des Universitätsklinikums Essen, der Referentin für Patientenvernetzung und Selbsthilfe und weiteren wichtigen Schnittstellen wie dem LVR-Klinikum ein Projekt initiiert, um die Gabe von Chemotherapeutika noch sicherer zu gestalten und hierbei die Patient:innen aktiv in ihre Behandlung mit einzubeziehen.

>> Das Westdeutsche Tumorzentrum Essen (WTZ Essen) am Universitätsklinikum Essen ist eines von mittlerweile fünfzehn onkologischen Spitzenzentren in Deutschland. Jährlich werden rund 36.800 onkologische Patient:innen behandelt. In der Inneren Klinik (Tumorforschung) sind 2022 rund 20.263 ambulante Therapieapplikationen an den 73 Behandlungsplätzen erfolgt.

Projekt: sichere Gabe von Chemotherapeutika

Das Projekt befasst sich zunächst mit der Fragestellung, inwieweit Patient:innen am WTZ Essen aktiv in ihre Chemotherapie-Behandlung einbezogen werden wollen und welche Informationen benötigt werden. Des Weiteren thematisiert das Projekt, ob am UK Essen unerwünschte Ereignisse bei der Gabe von Chemotherapeutika durch die gezielte Einbindung von Patient:innen und durch die Sensibilisierung des medizinischen Personals reduziert werden können. Hierzu wurden zunächst die häufigsten Fehler im Kontext der Gabe von Chemotherapeutika mithilfe des hausinternen Critical-Incident-ReportingSystems und aus den Schaden- und Zwischenfallmeldungen identifiziert.

Die häufigsten Fehler im Kontext der Gabe von Chemotherapeutika:

Fehler im Kontext der Gabe von Chemotherapeutika	
Falsche Patient:in	• Patientenverwechslung aufgrund fehlender Identifikation • Patientenverwechslung bei gleicher Chemotherapie und gleicher Dosis
Falsche Gewichtsangabe	• Eingabefehler im elektronischen System, z. B. 170 kg statt 70 kg • Fehlende Warnung bei Gewichtsabweichungen im elektronischen System • Fehlende Abfrage des Gewichts bei laufender Zyklus-Therapie
Falsche Laufzeit	• Änderung der Laufzeit wird an falscher Stelle dokumentiert und wird daher nicht erkannt
Fehlende Begleitmedikation	• Beispiel: Die Antimese wurde erst am 3. Tag angeordnet, als die Patientin bereits über Übelkeit geklagt hat.
Ungeeignete Reihenfolge der Antiemese und der Chemotherapie im Protokoll	• Beispiel: Die Abfolge der zu verabreichenden Präparate war im Protokoll nicht korrekt hintereinander aufgeführt, der Vorlauf kam erst an 5. Stelle statt an 1. Stelle.
Falscher Wirkstoff	• Falsche Bestellung der Chemotherapie in der Apotheke und anschließende Gabe

Tab. 1: *Fehler im Kontext der Gabe von Chemotherapeutika.*

1: Wernli, M., Schwappach, D., 2009.

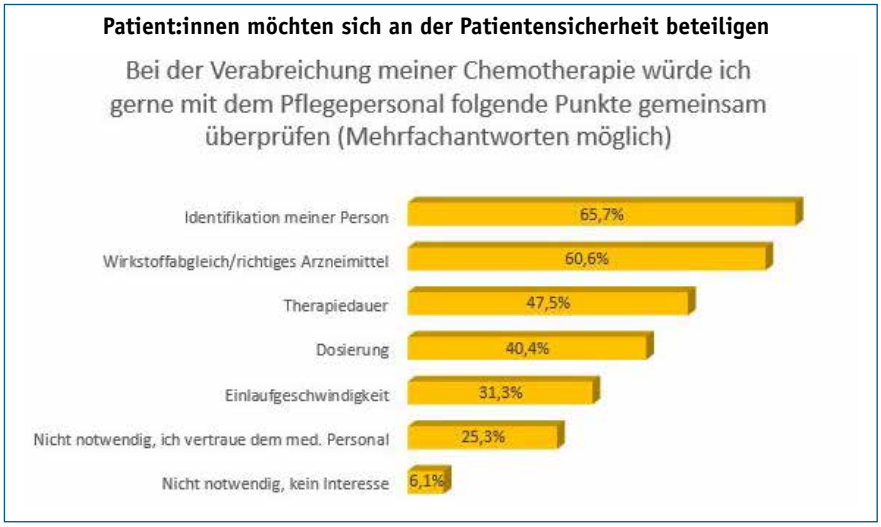


Abb. 1: *Wunsch der Patient:innen nach Beteiligung an der Patientensicherheit.*

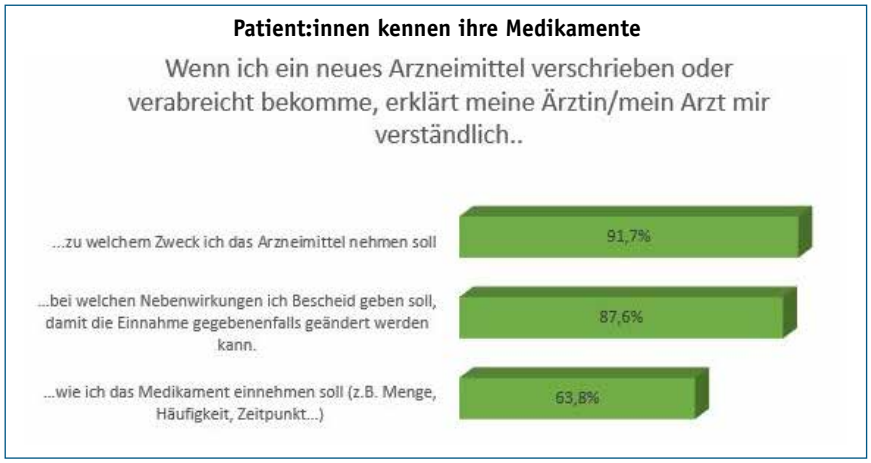


Abb. 2: *Medikamentenkenntnisse der Patient:innen.*

Wollen Patient:innen am Westdeutschen Tumorzentrum Essen aktiv in ihre Behandlung einbezogen werden? (Abb. 1) Diese und weitere Fragen zu Patient:innen und zur Patientensicherheit in der Onkologie wurden durch eine gezielte Patientenbefragung beantwortet. Im Juli 2022 wurde über einen Zeitraum von sieben Tagen 105 Patient:innen mithilfe eines Fragebogens befragt. Der Fragebogen umfasst 23 Fragen aus den drei Kategorien: Einbezug der Patient:innen, Therapieplan und Erfahrung mit unerwünschten Ergebnissen. Insgesamt wurde eine Rücklaufquote von 94,29% (n = 99) erzielt.

Einbezug der Patient:innen

In der Kategorie Einbezug der Patient:innen wurden insgesamt sechs Fragen gestellt. Patient:innen wurden befragt, ob sie über ihre Erkrankung informiert sind und diese jemand erklären können. Des Weiteren sollten Patient:innen einschätzen, ob sie zur sicheren Versorgung im Krankenhaus beitragen können. Inwieweit Patient:innen bei der Verabreichung von Medikamenten und von Chemotherapeutika eingebunden werden möchten, wurde ebenfalls in dieser Kategorie abgefragt.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass ein hoher Anteil der Patient:innen über ihre Erkrankung informiert sind und sich in der Lage fühlen, ihre Erkrankung jemand anders zu erklären (79%). 81% der befragten Patient:innen schätzen, dass sie einen Beitrag zur Sicherheit im Krankenhaus leisten können. Bei der Gabe von Medikamenten möchten 69% der befragten Patient:innen einbezogen werden. Speziell bei der Verabreichung von Chemotherapeutika können sich Patient:innen vorstellen, sicherheitsrelevanten Punkte gemeinsam mit dem Pflegepersonal zu überprüfen. Hier konnte bei der Auswertung festgestellt werden, dass die Punkte Identifikation meiner Person (66%), Wirkstoffabgleich/richtiges Arzneimittel (61%) und die Therapiedauer (47%) für die Patient:innen relevant sind. Gleichzeitig geben 25% an, dass eine Überprüfung bestimmter Punkte für sie nicht notwendig ist, da sie dem medizinischen Personal vertrauen.

Therapieplan

In der Kategorie Therapieplan wurden insgesamt acht Fragen gestellt. Hier wird erfragt, ob die Patient:innen über ihre Therapie informiert sind, ihnen der Therapieplan erklärt wurde und beispielsweise entsprechende Medikamente (Name) und Dosierung bekannt sind. Inwieweit eine verständliche Erklärung zu neuen Arzneimitteln durch das ärztliche Personal erfolgt ist, wurde ebenfalls ermittelt.

93% der befragten Patient:innen geben an, über ihre Therapie informiert zu sein, und 90% geben an, dass ihnen der Therapieplan mit Art des Medikaments (etc.) erklärt wurde. Ihre Medikamente mit Namen und Dosierung kennen 57% der befragten Patient:innen. Es wird deutlich, dass trotz der bereits stattgefundenen Aufklärung ein Informationsverlust vorhanden ist.

Wenn Patient:innen neue Arzneimittel erhalten haben, wurden verschiedene Themen zur Erklärung durch den ärztlichen Dienst

Literatur

Scheibler, F., Freise, D. und Pfaff, H. (2004) Die Einbeziehung von Patienten in die Behandlung, Journal of Public Health, Volume 12, pages 199–209, https://doi.org/10.1007/s10389-004-0034-5
Wernli, M., Schwappach, D. (2009) Medication errors in chemotherapy: incidence, types and involvement of patients in prevention. A review of the literature, European Journal of Cancer Care, https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01127.x

erfragt (s. Abb. 2). Hier zeigt sich, dass Patient:innen zu 92% wissen, zu welchem Zweck sie das Arzneimittel nehmen sollen, und zu 88% wissen, bei welchen Nebenwirkungen sie das medizinische Personal ansprechen sollen (Speak Up). Die Art und Weise wie ein Medikament eingenommen werden soll, wurde hingegen nur zu 64% verständlich erklärt.

Unerwünschte Ereignisse/Fehler

Im letzten Block werden die Patient:innen zu ihren Erfahrungen mit unerwünschten Ereignissen und Fehlern befragt. Insgesamt werden neun Fragen gestellt, die sich damit befassen, ob eine offene Kommunikation über Fehler möglich ist. Ist das Ansprechen des Personals bei Abweichungen von der gewohnten Routine möglich und wenn dem so ist, würden die Patient:innen dies auch tun?

83,3% der befragten Patient:innen geben an, dass sie dem medizinischen Personal Fragen stellen, Bedenken äußern, Unsicherheiten ansprechen und kritisch hinterfragen dürfen. Befragt nach einer konkreten Situation, in der die Patient:innen das Gefühl haben, heute weicht etwas von der normalen Routine ab, würden 62% ihre Bedenken offen beim medizinischen Personal ansprechen. 22% vertrauen weiterhin dem medizinischen Personal und 11% haben das Gefühl, dass es keinen Unterschied macht, ob sie ihre Bedenken vorbringen oder nicht. 5% würden ihre Bedenken nicht äußern, da sie Angst vor der Reaktion des medizinischen Personals haben.

Ergebnisse und Maßnahmen

Die Befragung zeigt, dass ein hoher Anteil der Patient:innen bei der Gabe von Medikamenten und der Verabreichung ihrer Chemotherapie einbezogen werden möchte. Studien zeigen, dass Patient:innen, die aktiv in ihre Behandlung einbezogen werden wollen, sich dann sicherer fühlen und hieraus bessere Therapieergebnisse erzielt werden und weniger unerwünschte Ereignisse auftreten[2]. Das zentrale Element für die Beteiligung von Patient:innen an der Reduzierung von Fehlern ist, dass sie die notwendigen Informationen über den Medikationsprozess erhalten und ermutigt werden, im Falle von Auffälligkeiten die Mitarbeitenden darauf hinzuweisen[3]. Welche wichtige Rolle die Patient:innen im Medikationsprozess einnehmen können und wie sie ihren Beitrag zur Prävention von unerwünschten Ereignissen leisten können, muss vermittelt werden. Die Informationsbereitstellung für die aktive Beteiligung der Patient:innen ist notwendig, um Auffälligkeiten wahrnehmen zu können und die Patient:innen im Sinne einer Sicherheitsbarriere zu nutzen. Trotz einer Erläuterung zu den einzunehmenden Medikamenten geben nur 63% an, dass sie über die Art und Weise der Einnahme des Medikaments informiert wurden.

Auf Basis dieser Befragung wurde daher in Zusammenarbeit mit der Apotheke des UK Essen ein patientenadaptierter Therapieplan entwickelt. Der patientenadaptierte Therapieplan soll die für die Patient:innen wichtigen Informationen über die Gabe ihrer Chemotherapie mit der Begleitmedikation und der Erläuterung der Nebenwirkungen enthalten. Entscheidend hierbei ist, dass dieser Plan in einer vereinfachten und für die Patient:innen verständlicheren Sprache zur Verfügung gestellt wird. Dieser soll für den gemeinsamen Abgleich mit dem medizinischen Personal genutzt werden. <<

2: Scheibler et al., 2004, S. 199.
3: Wernli, M., Schwappach, D., 2009.

Patient involvement as an additional safety barrier in chemotherapy administration

The „Safe Administration of Chemotherapy“ project at the University Hospital Essen aims to enhance chemotherapy treatment safety through active patient involvement. This involved surveying patients about their experiences and preferences regarding their inclusion in chemotherapy care. The project identified the most common errors in chemotherapy administration and developed a patient-adapted treatment plan summarizing key chemotherapy information. The project demonstrated that patient engagement in chemotherapy care is a crucial approach to improving patient safety and provided a model for successful implementation. Further research is warranted to identify the best practices for patient involvement in treatment.s.

Keywords

Chemotherapy, Medication error, Patient safety, Patient involvement, Communication, Error prevention, Adverse events, Critical questioning, Treatment plan, Patient education, Information and education, Trust, Safety barrier, Cytotoxic drugs, Interdisciplinary collaboration

Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Steidle, O., Hecker, R.: „Patient:innen als zusätzliche Sicherheitsbarriere bei der Gabe von Chemotherapeutika“; in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/24), S. 70–73. http://doi.org/10.24945/MVF.04.24.1866-0533.2637

Dipl.-Betriebswirt (FH) Oliver Steidle MA ORCID: 0009-0003-9180-8741



absolvierte eine Berufsausbildung zum Groß- und Außenhandelskaufmann beim deutschen Marktführer für Krankenhaustextilien. Daran schloss er ein Studium der Wirtschaftswissenschaften mit Schwerpunkt Management im Gesundheitswesen und der Vertiefung Personalwirtschaft an der Westfälischen Hochschule an. Er ist an der Universitätsklinik Essen beschäftigt und leitet die Stabsstelle Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement. Kontakt: Oliver.Steidle@uk-essen.de

Dr. med. Ruth Hecker ORCID: 0009-0008-4893-9849



machte eine Ausbildung zur Krankenschwester und studierte Medizin an der Ruhr-Universität Bochum. Frau Dr. Hecker ist Fachärztin für Anästhesiologie mit der Zusatzbezeichnung Ärztliches Qualitätsmanagement. Zudem studierte sie Gesundheitswissenschaften in Bielefeld. Sie ist Chief Patient Safety Officer der Universitätsmedizin Essen und verantwortlich für das Qualitätsmanagement und klinische Risikomanagement. Ehrenamtlich ist sie im Vorstand des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) engagiert und seit 2019 Vorsitzende des APS. Kontakt: Ruth.Hecker@uk-essen.de

Prof. Dr. rer. oec. Alexander Alscher

Covid-19-Impfmanagement: de-/zentralisiert und digital optimiert

Zusammenfassung

In der Covid-19-Pandemie verfolgten die westlichen Industrienationen ähnliche Impfpolitiken, aber unterschieden sich in den Organisationsstrukturen der Impfprogramme erheblich zwischen zentralisierten und dezentralisierten Systemen. Dieser Beitrag zeigt, dass international dezentralisierte und zentralisierte Systeme zunächst die gleiche Spitzenleistung erreichten, auf nationaler Ebene gemischte Ansätze einen längerfristigen Erfolg aufwiesen und im subnationalen Bereich der Wechsel von einem System mit angebotsbasierten Terminen zu einem Registrierungssystem mit Präferenzangaben und automatischer Terminzuweisung zu einer Spitzenleistung führte. Über das System konnte eine faire und gerechte Verteilung der Impfdosen erreicht sowie eine Überperformance von 14% nachgewiesen werden. Die Implementierung dieses Systems für ganz Deutschland hätte einen um 4% höheren Schutz, geringere wirtschaftliche Kosten und eine frühere Lockerung des Lockdowns ermöglicht. In demokratischen, freiheitsorientierten Ländern mit freiwilliger Impfung wird eine zentrale Organisation mit Registrierung und automatischer Terminzuweisung als Best Practice für das Impfmanagement empfohlen.

Schlüsselwörter

Covid-19, Impfmanagement, Gesundheitspolitik, Gesundheitsplattform, E-Health

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.04.24.1866-0533.2638

„Das Ende der Pandemie sind nicht die Impfstoffe, sondern die Impfung“ (Dai & Song, 2021, S. 455). Die organisatorische Durchführung der Impfung ist dabei im Wesentlichen ein allgemeines wirtschaftliches (Management-)Problem, da die Ressourcen für eine Massenimpfung begrenzt sind, d. h. nicht nur das Angebot an Impfstoffen, sondern auch die Kapazitäten der medizinischen Einrichtungen und des Gesundheitspersonals. Politische Entscheidungsträger müssen unter diesen Einschränkungen eine optimale Organisationsstrategie auswählen und entscheiden, um die Gesamtwirkung der Massenimpfung zu maximieren (Kitagawa und Wang, 2021). Diese Studie konzentriert sich auf die erste Phase der Impfimplementierung, die sich auf die „Impfwilligen“ bezieht, die in den meisten industrialisierten Ländern 50–70% der Bevölkerung für Covid-19-Impfstoffe ausmachten (Mahase, 2021). Die meisten Länder erreichten 50% der vollständigen Impfung im Juli 2021, d. h. etwa ein halbes Jahr nach Beginn der Impfung: Spanien 58%, Vereinigtes Königreich [UK] 57%, Niederl. 54%, Italien 52%, Deutschland 52%, USA 52%, Schweiz 51% und Frankreich 50%, mit Ausnahme von Polen 46% und Schweden 40%. Daher definieren wir die erste Phase als das erste Halbjahr 2021.

Bedeutung des Impfmanagements

>> Mit dem Start der ersten Corona-Impfkampagnen im Dezember 2020 konnten einige Länder bis April 2022 nahezu vollständige Impfquoten von über 90% erreichen, wie die Vereinigten Arabischen Emirate (99%), Brunei (94%), Malta (93%) sowie Chile, Katar und Portugal (je 92%), jedoch sind diese kleineren Länder nicht mit den größeren industrialisierten Ländern und ihren Bemühungen zur Bewältigung der Pandemiekrise vergleichbar, wie die Vereinigten Staaten [USA] und die neun größten europäischen Länder nach BIP (IWF, 2022, siehe Anhang 1): Deutschland, Vereinigtes Königreich [UK], Frankreich, Italien, Spanien, Niederlande, Schweiz, Polen, Schweden (siehe Anhang 1). Alle 10 Länder nutzten mindestens drei der vier westlichen Impfstoffhersteller: Johnson&Johnson [J], Moderna [M], Oxford/AstraZeneca [O], Pfizer/BioNTech [P] (siehe Anhang 2). Die meisten der Länder (Deutschland, Frankreich, Italien, Spanien, Niederl., Polen) verwendeten Impfdosen aller vier Hersteller, während die Vereinigten Staaten und die Schweiz auf den britischen Oxford/AstraZeneca und das Vereinigte Königreich sowie Schweden auf den US-amerikanischen Johnson&Johnson-Impfstoff verzichteten. Folglich wurden Moderna [M] und Pfizer/BioNTech [P] in allen zehn Ländern eingesetzt. Die Anzahl der Gesamtimpfungen zeigt in der ersten Impfphase des ersten Halbjahres 2021 in den zehn Ländern zwei Muster (siehe Tab. 1).

Generell hatten UK und die USA einen Startvorteil von etwa zwei Wochen durch eine schnellere Impfstoffzulassung, da die erste Person in UK (Margaret Keenan) am 8. Dezember 2020 und in den USA (Sandra Lindsay) am 14. Dezember 2020 geimpft wurde. In der Europäischen Union [EU] genehmigte die Europäische Arzneimittel-Agentur die erste Covid-19-Impfung am 21. Dezember 2020, und der Impfstart in allen EU-Ländern begann am 26. Dezember 2020. Der Startvorteil ist jedoch nicht der alleinige erklärende Faktor für die Impfgeschwindigkeit in UK und den USA, da beide Länder weiterhin mit einem größeren Unterschied von 20–40 Dosen mehr pro 100 Einwohner bis April in Führung blieben. Anschließend folgte die Aufholjagd der Länder der Europäischen Union von April bis Juli. Vor allem Deutschland, das schwach startete und in den ersten drei Monaten auf Platz #7 und #8 rangierte, holte den verpassten Unterschied auf, übertraf die anderen Länder und schloss zu UK und den USA auf.

Organisationsformen im Impfmanagement

Globales Impfmanagement

Obwohl die westlichen Industrieländer ähnliche Impfpolitiken während der Covid-19-Pandemie hatten (s. Auswahl Impfstoffe und Einrichtung nationaler Impfstrategien), gab es dennoch einen auffälligen Unterschied in den Organisationsstrukturen der Impfungen zwischen zentralisierten und dezentralisierten Impfsystemen. Auf der einen Seite verwaltete UK einen zentralisierten Impfprozess, der durch den National Health Service [NHS] gesteuert wurde, während die USA in ihrem dezentralisierten Gesundheitssystem durch Tausende unabhängiger Impfanbieter operierten (Dai & Song, 2021). Dies bedeutet, dass auch die Infrastruktur zur Anwendung, Buchung oder Registrierung für einen Impfstoff von einer einzelnen Quelle in zentralisierten Systemen zu zahlreichen Online-Portalen verschiedener Anbieter im dezentralisierten System unterschiedlich war. Deutschland hingegen betrieb eine Mischform aus dezentraler und zentralisierter Impforganisationsstruktur. Während das allge-

–

Kumulierte Impfquote in den 10 größten westlichen Industrieländern												
	Januar 21		Februar 21		März 21		April 21		Mai 21		Juni 21	
Rang	Land	VaccR	Land	VaccR	Land	VaccR	Land	VaccR	Land	VaccR	Land	VaccR
1	GBR	15	GBR	31	GBR	53	USA	80	GBR	97	GBR	116
2	USA	11	USA	27	USA	52	GBR	73	USA	95	USA	103
3	CHE	4	CHE	9	CHE	18	DEU	36	DEU	61	DEU	90
4	ESP	3	POL	9	FRA	18	ESP	35	ITA	59	ESP	90
5	ITA	3	SWE	9	ITA	17	FRA	35	ESP	58	NLD	89
6	SWE	3	ESP	8	ESP	17	ITA	34	CHE	58	CHE	87
7	POL	POL	NLD	8	DEU	17	CH	33	FRA	57	ITA	86
8	DEU	3	DEU	8	POL	17	SWE	32	NLD	56	FRA	85
9	FRA	3	ITA	7	SWE	16	POL	30	SWE	54	SWE	80
10	NLD	2	FRA	7	NLD	14	NLD	29	POL	53	POL	77

Tab. 1: *Kumulierte Impfquote in den 10 größten westlichen Industrieländern. Quelle: Alscher, 2023a. Legende: Länderabkürzungen nach ISO-Code.*

meinen Pandemiemanagement in Deutschland Anfang 2020 dezentral auf lokaler Ebene im Krisenmanagement begann und anschließend zentral über die Bundesregierung reguliert wurde (Kuhlmann & Franzke, 2021), verlief das Impfmanagement umgekehrt. Die deutsche Bundesregierung und das Gesundheitsministerium verabschiedeten zentral im Oktober 2020 die Nationale Impfstrategie bezüglich Risikogruppen und Impfreihenfolge (BMG, 2020), und danach erfolgte die Ausführung und Implementierung von Impfzentren dezentral über die 16 Bundesländer und bzw. von dort teilweise an die lokalen Behörden (siehe Abb. 1).

Drei organisatorische Ansätze im Impfmanagement

Impfmanagement	US	Deutschland	UK
Organisation	**Dezentralisiert**	**gemischt** (De-/Zentralisiert)	**Zentralisiert**
Anbieter	US-Regierung mit Krankenhäusern, Ärzten, Pharmakonzernen, Supermärkten, kommunalen Impfstellen	Bundesregierung und Länderregierungen (seit April 2021 auch Ärzte)	N*HS (National Health Service)*
Impfstandorte	> 70'000	474 (+ 65'000 Ärzte seit 04/2021)	2'057
Distribution	 (UPMC, 2020)	 (Neumeier, Stefan, 2022, p. 44)	 (NHS, 2020)
Priorisierung	Zuerst Medizinpersonal, dann Alter	Alter, Pflegebedürftige, Medizinpersonal, dann spezielle Gruppen	Erst Pflegebedürftige, dann Alter und Medizinpersonal
Impfbereitschaft	67% (Malik et al., 2020)	*75% (BMG 2021)*	74% (Sherman et al., 2022)

Abb. 1: *Drei organisatorische Ansätze im Impfmanagement. Quelle: Alscher, 2023a.*

Deutsches Impfmanagement

Deutschland verfolgte 16 unterschiedliche Ansätze in der Organisation der Impfungen mit 16 verschiedenen Plattformbetreibern für insgesamt 474 Impfzentren (siehe Tab. 2 und Anhang 3 (nur online verfügbar) für die Darstellung der einzelnen Impfportale).

Bei der Analyse der Verteilung der Impfstellen hat Neumeier (2022) das Einzugsgebiet für die einzelnen Impfstellen klassifiziert. Dies passt jedoch nicht in allen Fällen zu der zentralen und dezentralen Organisation, wie das Bundesland die Impftermine steuert. In den meisten Bundesländern, in denen ein Bundeseinzugsgebiet gefunden wurde, wurde ein zentrales System mit einer zentralen Impfplattform verwendet, wie in den sieben Bundesländern Schleswig-Holstein (CTS Eventim), Hamburg (Behörde), Bremen (Digital Guest Solution GmbH), Saarland (samedi GmbH), Berlin (Doctolib GmbH), Sachsen (T-Systems) und Thüringen (KVT Notdienst gGmbH). Und in den meisten Bundesländern, in denen die Einzugsgebiete der Landkreise gegeben waren, wurde ein dezentrales System eingeführt, wie in den fünf Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Hessen, Rheinland-Pfalz, Bayern und Mecklenburg-Vorpommern. Allerdings gab es Abweichungen. In Niedersachsen gab es zwar Landkreiseinzugsgebiete, aber eine zentrale Buchungsplattform, die von Majorel (Arvato Systems, einer Bertelsmann-Tochter) bereitgestellt wurde. Umgekehrt gab es auch Bundesländer mit dezentralen Mehrfachimpfangeboten wie in Baden-Württemberg, Sachsen-Anhalt und Brandenburg. Im Folgenden wird die Impfquote pro Bundesland dargestellt (siehe Tab. 3).

Rheinland-Pfalz und Thüringen zeigten den besten Impfstart, wobei die Impfzahlen noch recht niedrig waren. Bremen als kleinstes Bundesland lag während des gesamten Zeitraums auf den ersten drei Plätzen. In den letzten 4 Monaten stach das Saarland hervor (siehe auch Anhang 4), das zu Beginn keinen guten Start hatte, diesen Rückstand aber aufholte und im weiteren Verlauf des Zeitraums alle anderen Bundesländer überholte. Über den Zeitraum von 181 Tagen vom 1. Januar 2021 bis zum 30. Juni 2021 erreichte das Saarland an 71 Tagen die höchste tägliche Impfquote gefolgt von Rheinland-Pfalz mit 39 Tagen, Bremen mit 29 Tagen, Thüringen mit 21 Tagen, Mecklenburg-Vorpommern mit 18 Tagen und Schleswig-Holstein mit 3 Tagen. Aus diesem Grund konzentriert sich diese Studie auf das Bundesland Saarland, um zu verstehen, wie die Spitzenleistung erreicht wurde.

Impforganisation im Saarland

Das Bundesland Saarland richtete für die etwa eine Million Einwohner vier Impfzentren (plus mobile Impfteams) ein und ent-

RKI-ID	Bundesland	Pop. (Mio.)	Größe	Impforganisation	Portalanbieter	Impfportal
1	Schleswig-Holstein	2,9	klein	**zentralisiert**	CTS Eventim	https://ticket.impfen-sh.de/sh/start/termine
2	Hamburg	1,9	klein	**zentralisiert**	Authority/ KBV	https://www.hamburg.de/corona-impfstationen/
3	Niedersachsen	8,0	groß	**zentralisiert**	Majorel (Arvato)	https://www.impfportal-niedersachsen.de/portal/#/appointment/public
4	Bremen	0,7	klein	**zentralisiert**	Digital Guest Sol. GmbH	https://impfzentrum.bremen.de/
5	Nordrhein-Westfalen	17,9	groß	dezentralisiert	*mehrere*	https://termin.corona-impfung.nrw
6	Hessen	6,3	groß	dezentralisiert	*mehrere*	https://impfterminservice.hessen.de
7	Rheinland-Pfalz	4,1	groß	dezentralisiert	Land	https://impftermin.rlp.de/de/
8	Baden-Württemberg	11,1	groß	dezentralisiert	*mehrere*	https://www.dranbleiben-bw.de/#impfangebote
9	Bayern	13,1	groß	dezentralisiert	Accenture/BayIMCO	https://impfzentren.bayern/
10	**Saarland**	1,0	klein	**zentralisiert**	**samedi GmbH**	https://www.impfen-saarland.de/
11	Berlin	3,7	klein	**zentralisiert**	Doctolib	https://www.doctolib.de/institut/berlin/ciz-berlin-berlin
12	Brandenburg	2,5	klein	dezentralisiert	Land	https://brandenburg-impft.de/corona/de/corona-schutzimpfung/#
13	Mecklenburg-Vorpomme	1,6	klein	dezentralisiert	Land	https://www.corona-impftermin-mv.de/
14	Sachsen	4,1	groß	**zentralisiert**	T-Systems	https://sachsen.impfterminvergabe.de/
15	Sachsen-Anhalt	2,2	klein	dezentralisiert	*mehrere*	https://coronavirus.sachsen-anhalt.de/hotlines/
16	Thüringen	2,1	klein	**zentralisiert**	KVT Notdienst gGmbH	https://www.impfen-thueringen.de/terminvergabe/index.php
	TOTAL	83,2		gemischt		

Tab. 2: *Übersicht der 16 verschiedenen Impforganisationen in Deutschland.*

Januar 21			Februar 21			März 21			April 2021			Mai 21			Juni 21		
Rang	Land	Vacc.R.	Rang	Land	Vacc.R.	Rang	Land	Vacc.R.	Rang	Land	Vacc.R.	Rang	Land	Vacc.R.	Rang	Land	Vacc.R.
1	Rheinland-Pf.	3,96	1	Thüringen	8,55	1	Thüringen	19,04	**1**	**Saarland**	**39,68**	**1**	**Saarland**	**67,58**	**1**	**Saarland**	**100,06**
2	Mecklenburg-VP	3,94	2	Rheinland-Pf.	8,51	2	Bremen	18,79	2	Bremen	38,28	2	Bremen	66,89	2	Bremen	98,40
3	Bremen	3,62	3	Bremen	8,40	**3**	**Saarland**	**18,22**	3	Thüringen	37,36	3	Nordrhein-W	64,29	3	Nordrhein-W	95,61
4	Schleswig-Holste	3,54	4	Hamburg	8,34	4	Berlin	17,75	4	Nordrhein-West	37,18	4	Schleswig-Hc	62,76	4	Schleswig-Hc	94,49
5	Berlin	3,43	5	Berlin	8,08	5	Rheinland-Pf.	17,54	5	Mecklenburg-VP	36,98	5	Rheinland-Pf	61,93	5	Mecklenburg	91,87
6	Brandenburg	3,29	6	Schleswig-Holstei	7,98	6	Schleswig-Holste	17,33	6	Rheinland-Pf.	36,87	6	Mecklenburg	61,75	6	Rheinland-Pf	90,63
7	Bayern	3,25	7	Bayern	7,96	7	Bayern	17,05	7	Bayern	35,47	7	Thüringen	60,88	7	Niedersachse	89,52
8	Hamburg	3,23	8	Sachsen	7,78	8	Brandenburg	17,04	8	Niedersachsen	35,46	8	Baden-Württ	60,05	8	Baden-Württ	89,30
9	**Saarland**	**3,08**	9	Nordrhein-Westp	7,68	9	Nordrhein-West	17,02	9	Schleswig-Holste	34,99	9	Niedersachse	59,58	9	Berlin	89,00
10	Thüringen	3,07	10	Mecklenburg-VP	7,68	10	Niedersachsen	16,99	10	Hamburg	34,72	10	Bayern	59,40	10	Bayern	87,99
11	Nordrhein-West	3,00	**11**	**Saarland**	**7,44**	11	Hessen	16,82	11	Baden-Württeml	34,62	11	Berlin	59,17	11	Hessen	87,91
12	Hessen	2,93	12	Baden-Württemb	7,23	12	Hamburg	16,82	12	Sachsen-Anhalt	34,60	12	Hessen	59,10	12	Hamburg	87,14
13	Baden-Württeml	2,66	13	Hessen	6,90	13	Baden-Württem	16,52	13	Berlin	34,50	13	Hamburg	58,27	13	Sachsen-Anh	86,13
14	Sachsen-Anhalt	2,60	14	Brandenburg	6,87	14	Sachsen	16,24	14	Hessen	34,29	14	Sachsen	57,68	14	Thüringen	85,96
15	Sachsen	2,58	15	Niedersachsen	6,80	15	Sachsen-Anhalt	15,62	15	Sachsen	33,82	15	Sachsen-Anh	57,42	15	Brandenburg	83,46
16	Niedersachsen	2,50	16	Sachsen-Anhalt	6,09	16	Mecklenburg-VP	15,59	16	Brandenburg	33,22	16	Brandenburg	56,62	16	Sachsen	82,56

Tab. 3: *Ranking auf Basis der kumulierten Impfquote (VaccR) (RKI, 2022)*

schied sich für die digitale Impfplattform der samedi GmbH am 27. November 2020 (samedi, 2021a). Das spezialisierte Unternehmen samedi, gegründet 2008 in Deutschland, ist ein führender Anbieter von E-Health-Software für Patientenportale (inkl. Terminbuchung, Check-in, Benachrichtigungen für Patienten, Terminplanung & Ressourcenplanung, Videosprechstunden, Onlineformulare), das von mehr als 40.000 einzelnen Gesundheitsdienstleistern für die Koordination von über 30 Millionen Patienten in Deutschland, Österreich und der Schweiz verwendet wird (samedi, 2021b). Die digitale Gesundheitsplattform samedi wurde für den Impfprozess mit der Top-Level-Domain „www.impfen-saarland.de" angepasst (siehe Anhang 5) weitere Load-Balancer zur Verwaltung des Traffics hinzugefügt und konfiguriert, um die folgenden Impfschritte zu organisieren (M&K, 2021):

(1) Buchung des Impftermins (Registrierung),
(2) Einladungs-E-Mail (mit QR-Code) und Kurznachrichtenerinnerung,
(3) Sicherheitsüberprüfung per QR-Code beim Check-in,
(4) Zulassungsmanagement (Check-in-Formulare),
(5) Warteliste mit datenschutzkonformer Patientenanrufung,
(6) Zuweisung der Impfkabine,
(7) Überwachungsliste,
(8) Impfdokumentation mit Scan der Impfstoff-Chargen und Mitarbeiter-Codes und
(9) Meldung der Daten an die Regierung (siehe auch Anhang 6 bzw. Alscher et al. (2022)).

Der Ministerpräsident des Saarlandes, Tobias Hans, sagte bei der Regierungserklärung am 8. Januar 2021: „Wir gehörten zu den ersten, die überhaupt eine Onlineregistrierung ermöglicht haben. Wir waren auch unter den ersten, die in Impfzentren zu impfen begonnen haben" (Hans, 2021a). Die Gesundheitsministerin des Saarlandes, Monika Bachmann, fügte hinzu: „Wir sind sehr erfreut, dass die ganze Arbeit bei der Erfassung von Impfdaten mittels QR-Codes und deren Einbindung in die Impfdokumentation so reibungslos verläuft ... sowohl die Terminbuchung als auch ein weitgehend digitaler Workflow wurden in Zusammenarbeit mit der workflowbasierten Lösung von samedi etabliert" (samedi, 2021a).

Dennoch waren die verfügbaren Impfplätze sofort ausgebucht, was zu Stress, Frustration und Ärger führte – ein Phänomen, das weltweit zu beobachten war (Dai, 2021b). Aus diesem Grund wurde der neue Ansatz einer „Impfregistrierungsliste" entwickelt und im Januar 2021 umgesetzt. Der saarländische Ministerpräsident Hans erklärte: „Die Impfliste, die wir seit dem 11. Januar haben, wird auch gut angenommen. Derzeit sind dort 42.000 Menschen eingetragen. Sobald wieder ausreichend Impfstoffe zur Verfügung stehen, werden die Impftermine nach dem Zufallsprinzip aus der Liste vergeben" (Hans, 2021b). Die Bürger:innen meldeten sich mit ihren Präferenzen an (d. h. Impfkategorie, Ort, Tageszeit, Wochentag, Partnercode), und nachdem die Anmeldungen zwei Wochen lang gesammelt worden waren, wurden alle Anmeldungen randomisiert und nach einem intelligenten Algorithmus entsprechend den angegebenen Präferenzen zugewiesen.

Die erste Zuteilung von Anmeldungen zu Terminen fand am 27. Januar 2021 statt, mit amtlicher Beglaubigung, sodass ein fairer und gerechter Zuteilungsprozess gewährleistet war.

Der Impfprozess im Saarland wurde dann wie folgt gesteuert:
Registrierung [Booking]
-> Termin-Allokation [Appointment]
-> Impfdatum [Vaccination]

Die Registrierungen (Input) schwankten willkürlich abhängig von der aktuellen Stimmungslage und medialen Berichterstattungen. Die Impftermine konnten dank des großen Rückstaus an gesammelten Anmeldungen entsprechend gleichmäßig alloziert werden, sodass letztlich die Impfdaten (Output) recht gleichmäßig verteilt wurden. Im April 2021 änderte und ergänzte die Bundesregierung die Impfstrategie und bezog 65.000 Ärztinnen und Ärzte ein, die selbstständig Termine erhielten und Impfungen in ihrer Praxis durchführten. Damit wurde das Ende des komplett zentralisierten Impfansatzes in den Impfstellen eingeläutet. Damit zeigten sich 3 Phasen im Impfprozess im Saarland im ersten Halbjahr (s. Abb. 2).

- Sprint 1) Onlineimpfterminauswahl: 1.1.–26.1.2021
- Sprint 2) Start Onlineregistrierung und Termin-Allokation: 27.1.–4.4.2021
- Sprint 3) Einbezug der dezentralen Impfungen in Arztpraxen: 5.4.–30.6.2021

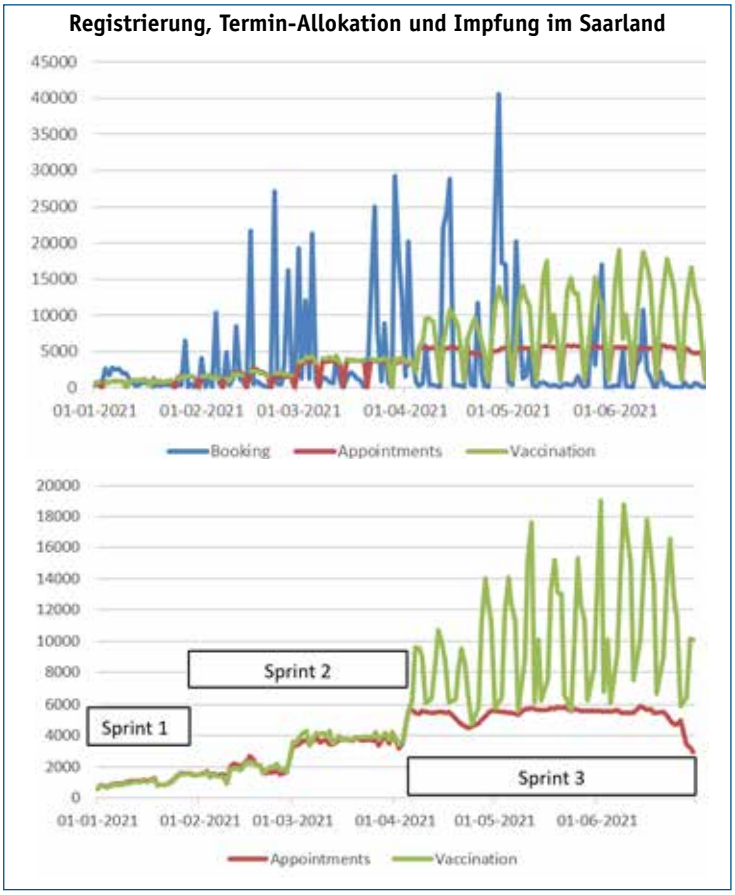


Abb. 2: *Registrierung, Termin-Allokation und Impfung im Saarland. Die erste Buchung erfolgte am 24. Dezember 2020, und die erste Impfung fand am 27. Dezember 2020 statt, aber aus Gründen der Vergleichbarkeit wurde die erste Impfphase vom 1. Januar bis zum 30. Juni 2021 definiert. Quelle: Alscher, 2023b.*

Ergebnisse

Die Leistung des Impfmanagements wird als relative Zahl der Gesamtimpfungen pro Gebiet (Land oder Staat) pro Zeiteinheit (Monat oder Tag) geteilt durch die Gesamtbevölkerung mal 100 gemessen:

Impfquote (VaccR) = Gesamtanzahl Impfungen pro Zeiteinheit / Bevölkerung * 100

Forschungsergebnisse zeigen, dass die Gesamtzahl der Erstimpfungen in den USA und Europa wichtiger als die Gesamtzahl der vollständigen Impfungen (D. Kim & Lee, 2022) ist, sodass die Gesamtanzahl der Impfungen als entscheidende Messgröße herangezogen wird.

Auswertung im globalen Impfmanagement

In Bezug auf die Impfleistung zeigte sich die schnelle Startgeschwindigkeit von UK, gefolgt von der Aufholjagd der USA und der Endrallye Deutschlands im ersten Halbjahr des Impfprozesses (siehe Tab. 4)

Impfquote pro 100 Einwohner pro Monat in USA, Deutschland, Großbritannien								
Land/Mon.	**Jan**	**Feb**	**Mrz**	**Apr**	**Mai**	**Jun**	**Max**	**Min**
USA	9.7	15.2	25.5	27.5	15.3	7.7	27.5	7.7
DEU	2.8	4.5	9.4	18.6	25.2	29.6	29.6	2.8
GBR	14.6	16.8	21.7	20.3	23.6	18.9	23.6	14.6

Tab. 4: *Impfquote pro 100 Einwohner pro Monat in USA, Deutschland, Großbritannien. Quelle: Ourworldindata, 2022. Legende: Länderabkürzungen nach ISO-Code.*

Deutschland erreichte im Juni 2021 mit einer Impfquote von fast 30% der Bevölkerung, die innerhalb eines Monats eine Dosis erhalten haben, eine „Spitzenleistung" im Impfmanagement. Aus diesem Grund werden die Impfprozesse der Bundesländer in Deutschland analysiert, um zu verstehen, wie Deutschland diese Leistung erreicht hat.

Ergebnisse im deutschen Impfmanagement

Aufgrund der dargestellten Struktur von Deutschland mit 8 dezentralisierten und 8 zentralisierten Impforganisationen (s. Tab. 3) bei relativ gleicher Ausstattung an Impfstoffen konnte untersucht werden, ob die Organisationsform oder die Größe des Bundeslandes einen Effekt auf die Impfquote hat (siehe Tab. 5).

Hierbei wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen zentralisierten und dezentralisierten Organisationen festgestellt. Beide Organisationsformen hatten einen Mittelwert von 0,5 täglichen Impfungen pro 100, d. h. 15 Impfungen pro Monat (30 Tage), mit einem nicht signifikanten Unterschied der Mittelwerte. Auch der „size effect" war nicht signifikant, da sowohl die kleinen als auch die großen Bundesländer einen Mittelwert von ca. 0,5 täglichen Impfungen pro 100 aufwiesen. Auf Basis des Impferfolgs des Bundeslands Saarland (s. Tab. 3) wurde deren Entwicklung analysiert.

Analyse des Impfmanagements im Saarland

Auf Basis der drei Sprints im Bundesland Saarland:

- Sprint 1 „Terminbuchung" (vom 01.01.2021-01.26.2021),
- Sprint 2 „Zuweisung der Registrierung" (27.01.2021-04.04.2021)
- Sprint 3 „Einschließlich Hausarzt/Arztimpfung" (05.04.2021-06.30.2021) zeigte samedi in Sprint 2 und Sprint 3 eine deutliche Mehrleistung in der Impfquote im Vergleich zum Rest von Deutschland (vgl. Abb. 3).

Zeitreihe der täglichen Impfquote (VaccR) des Saarlands im Vergleich zu Deutschland

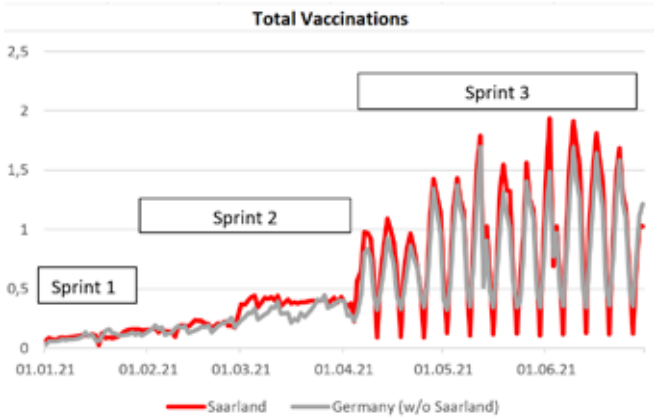


Abb. 3: *Zeitreihe der täglichen Impfquote (VaccR) des Saarlands im Vergleich zu Deutschland (RKI, 2022)*

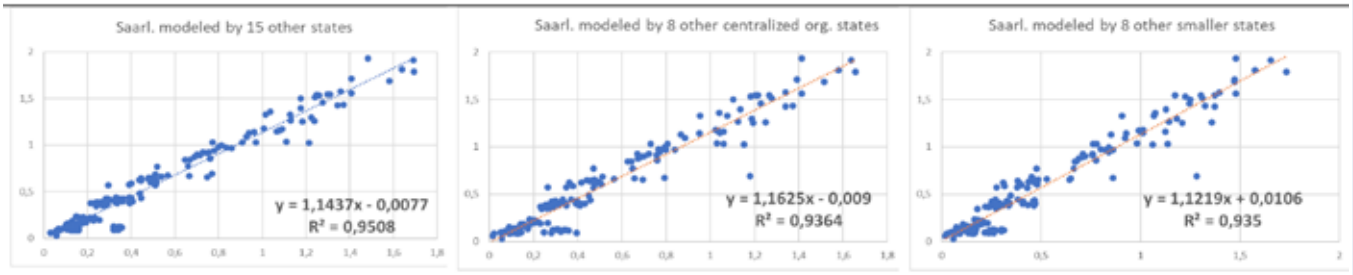
In Sprint 1 gab es keinen signifikanten Unterschied in der täglichen Impfquote (VaccR) des Saarlands von 0.092 im Vergleich zu Deutschland mit 0.095, während in Sprint 2 das Saarland eine Impfquote von 0.289 vs. 0.243 (p-Wert 0.009) und in Sprint 3 Saarland mit 0.925 vs. 0.826 (p-Wert 0.07) einen signifikanten Unterschied zu den anderen 15 Bundesländern in Deutschland aufwies (Alscher, 2023b). Um den Effekt der Einführung der Registrierungsliste als entscheidendes Ereignis in Sprint 2 zu untersuchen, wurde die Impfquote mit dem „allgemeinen Markt" der Impfung in Deutschland verglichen. Auf Basis der Event Study Methodology (ESM) konnte eine kumulative zusätzliche Impfquote von 8.39 in Sprint 2 (über 59 Tage) gezeigt werden (Alscher, 2023b). Diese allgemein höhere Impfquote konnte auch im Vergleich zu den acht zentral organisierten Staaten als auch zu den anderen acht kleineren Staaten bestätigt werden. Angesichts dieser signifikanten Mehrleistung in der Impfquote im Bundesland Saarland im Sprint 2 kann der durchschlagende Erfolg des Saarlands durch die Einführung der Registri-

Tägliche Impfquote pro 100 Einwohnern in Deutschland von 1.1. bis 30.6.2021						
Länder	**Mittelwert (μ)**	**Stand. Abw.**		**Länder**	**Mittelwert (μ)**	**Stand. Abw.**
Zentralisiert	0.4912	0.4168		**Groß**	0.4978	0.4237
Dezentralisiert	0.4988	0.4283		**Klein**	0.5394	0.4723
t-Stat. $H_0(\mu_Z=\mu_D)$	0.02			t-Stat. $H_0(\mu_Z=\mu_D)$	0.10	18.9

Tab. 5: *Tägliche Impfquote pro 100 Einwohnern in Deutschland von 1.1.-30.6.2021. Quelle: Alscher, 2023b.*

Modellierung der Impfquote des Saarlands durch die anderen deutschen Bundesländer

Marktmodell mit 15 Bundesländern	Marktmodell mit 8 zentralisierten Ländern	Marktmodell mit 8 kleineren Ländern



Regression (linear)			*Regression (linear)*			*Regression (linear)*		
R^2	0,951		R^2	0,936		R^2	0,935	
adj, R^2	0,950		adj, R^2	0,936		adj, R^2	0,935	
std. error	0,111		std. error	0,126		std. error	0,127	
	Konstante	*Koeffizient*		*Konstante*	*Koeffizient*		*Konstante*	*Koeffizient*
Wert	-0,008	1,144	*Wert*	-0,009	1,163	*Wert*	0,011	1,122
std. error	0,014	0,020	std. error	0,015	0,023	std. error	0,015	0,023
t-statistic	-0,569	56,780	*t-statistic*	-0,583	49,593	*t-statistic*	0,687	48,993
p-value	0,570	0,000	*p-value*	0,561	0,000	*p-value*	0,493	0,000

Abb. 4: *Modellierung der Impfquote des Saarlands durch die anderen deutschen Bundesländer. Quelle: Alscher, 2023b.*

er- und Terminallokationslösung erklärt werden. Über den ganzen Zeitraum (1. Januar bis 30. Juni 2021) konnten die Zeitreihen der täglichen Impfquote (VaccR) des Saarlands im Vergleich zu den anderen 15 Staaten als auch zu den 8 zentralisierten und den 8 kleineren Bundesländern verglichen werden (siehe Abb. 3).

Auf Basis einer überzeugenden Modellgüte (R^2 von 95 %) konnte gezeigt werden, dass das Saarland 14% besser war als im Durchschnitt der anderen 15 Bundesländer in Deutschlands. Das heißt. wenn in Deutschland 100 Einwohner geimpft wurden, waren es im Saarland 114 Impfungen.

Forschungsdiskussion

Die komplette Impforganisation bestand aus vielen Bestandteilen wie bspw. Aufbau, Betrieb und Verwaltung der Impfeinrichtungen mit der Beschaffung der Impfdosen und wurde von vielen äußeren politischen und sozioökonomischen Faktoren beeinflusst. Die Einrichtung eines Impfportals scheint dabei ein kleiner Schritt zu sein, wenn man den Gesamtaufwand und die Kosten für die gesamte Impfung bedenkt, wie z. B. den Kauf von Impfstoffdosen, die Einrichtung von Massenimpfstellen, die Einstellung und Schulung von Personal und die Verwaltung der Maßnahmen. Die Auswirkungen sind jedoch recht beeindruckend, da die Impfquote deutlich höher und schneller ist und somit ein höherer Schutz, weniger Neuinfektionen, weniger Todesfälle und eine schnellere Lockerung der Sperrmaßnahmen zu verzeichnen sind und die Wirtschaft schneller wieder in Schwung kommt. Während die meisten Systeme zur Vereinbarung von Impfterminen, sei es auf staatlicher oder lokaler Ebene, "nur so gut wie die Akzeptanz" waren und nicht in der Lage, die Menschen zu den verfügbaren Orten zu leiten, und die Impf-Hotlines nicht mehr funktionierten (Dai & Song, 2021), verweist Dai (2021b) auf die Überlegenheit des "Impf-Push"-Modells mit Vorregistrierung, Warteliste und Benachrichtigung im Vergleich zum traditionellen "Pull"-Modell der Buchung von Impfterminen. Abgesehen von Israel, das dieses System eingeführt hat (Sato, 2021), gibt es auch Belege aus den USA, wo der Bundesstaat West Virginia ein landesweites Vorregistrierungssystem verwendet (West Virginia Department of Health, 2021). West Virginia war bei der Impfung seiner Bevölkerung anfangs erfolgreicher als fast alle anderen Bundesstaaten (Dai, 2021a). Ähnlich wie im Saarland steuert das System in West Virginia den Prozess von der Vorregistrierung bis zum Termin, bei dem fast alle Einwohner verpflichtet sind, das staatliche System zu nutzen und ihre Präferenzen für die Kommunikation über SMS, E-Mail oder Sprachnachrichten über normale Telefonleitungen auszuwählen (Dai, 2021b).

Die Spitzenleistung im Saarland führte nicht nur zu einer schnelleren medizinischen Versorgung, sondern auch zur ersten Aufhebung der Sperrmaßnahmen in Deutschland und zur Rückkehr zu normalen sozioökonomischen Aktivitäten. Reuters berichtete am 25. März 2021, dass „das Saarland das erste Bundesland [in Deutschland] ist, das eine landesweite Lockerung der Corona-Beschränkungen plant ... [da es] bundesweit Spitze bei den Erstimpfungen ist“ (Reuters, 2021). In Anbetracht der Tatsache, dass die gesamtdeutschen Regelungen der bundesweiten Notfallsperre am 30. Juni 2021 ausliefen, hat das Saarland im Vergleich zu den anderen Bundesländern mehr als zwei Monate früher Freiheit und Lockerung gewonnen. Zusätzlich verursachen geimpfte Menschen weniger Infektionen und dementsprechend weniger Covid-19-be-

dingte Todesfälle, sodass eine höhere Impfquote enorme Auswirkungen auf den Gesundheitsschutz und die Gesundheitskosten hat. Allein die Zahl von 8,84 kumulativen zusätzlichen Impfquoten (über 59 Arbeitstage bezogen auf 100 Einwohner) scheint im Vergleich zu anderen Ergebnissen wie der um 1,5% höheren Impfquote durch bedingte Geldlotterien in Ohio, USA, recht hoch zu sein (Barber & West, 2022). Bei einer durchschnittlichen 7-Tage-Inzidenz (zwischen 27. Januar und 4. April) von 84 Neuinfektionen auf 100.000 Einwohner in Deutschland (RKI, 2022) gab es in diesem Zeitraum demnach 668.576 neue Covid-19-Infektionen in Deutschland. Die errechnete kumulative Zusatzimpfquote von 8,84 impliziert eine durchschnittliche Schutzrate von 3,98% über den

Literatur

Alscher, A. (2023a). Performance in Covid-19 Vaccination in The First Half Year: A Review and Analysis of Decentralized and Centralized Vaccination Organizations. Journal of Nursing & Healthcare, 8(2), 145–157.

Alscher, A. (2023b). Pre-Registration in COVID-19 Vaccination: The Case of Saarland. Quality in Primary Care, 31(3), 127–135. https://doi.org/10.36648/1479-1064.31.3.24

Alscher, A., Schnellbächer, B., & Wissing, C. (2023). Adoption of Digital Vaccination Services: It Is the Click Flow, Not the Value—An Empirical Analysis of the Vaccination Management of the COVID-19 Pandemic in Germany. Vaccines, 11(4), Article 4. https://doi.org/10.3390/vaccines11040750

Alscher, A., Trenkmann, J., & Wissing, C. (2022). Digital Vaccination Journey and Experience in the Vaccination Campaign of Saarland (COVID-19)—Potential of Hybrid Value Creation / Digital Vaccination Journey und Experience bei der Impfkampagne des Saarlandes (Covid 19)—Potenziale für die hybride Wertschöpfung. In Digitalisierung von industriellen Dienstleistungen – Wie Servitization das Service-Business voranbringt (Bollhöfer, E., & Weimann, S.). Springer Gabler Verlag.

Alscher, A., & Wissing, C. (2023). Adoption of digital Vaccination Services from a literally professional view: A commentary.. EPH-International Journal of Business & Management Science, 9(3), Article 3. https://doi.org/10.53555/eijbms.v9i3.142

Alscher, A., & Wissing, C. (2024). Individualization Trumps Standardization in Health Platforms: Optimizing Digital Vaccination Services based on Enforcing Self-Efficacy and User Experience. Journal of Infectious Diseases & Therapy, 12(1).

Barber, A., & West, J. (2022). Conditional cash lotteries increase COVID-19 vaccination rates. Journal of Health Economics, 81, 102578–102578.

BMG. (2020). Nationale Impfstrategie COVID-19: Strategie zur Einführung und Evaluierung einer Impfung gegen Sars-CoV-2 in Deutschland / National vaccination strategy COVID-19: Strategy for the introduction and evaluation of a vaccination against Sars-CoV-2 in Deutschland. http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Impfstoff/Nationale_Impfstrategie.pdf

BMG. (2021). Bericht zum Stand der COVID-19-Impfkampagne 26.5.21 / Report on the status of the COVID-19 vaccination campaign—26.05.2021 (p. 4). Bundesministerium für Gesundheit / Ministry of Health. https://ulf-thiele.de/wp-content/uploads/2021/06/Bericht-zum-Stand-der-COVID-19-Impfkampagne-Stand-26.-Mai-2021.pdf

Chhatwal, J., Dalgic, O. O., Mesa-Frias, M., Buyukkaramikli, N., Cox, A., Van Effleterre, T., Griffin, A., Ayer, T., Yildirim, I. F., Patterson, B. J., & El Khoury, A. (2021). When Can We Lift Non-Pharmaceutical Interventions with the Availability of COVID-19 Vaccine in the United States? Health Services Research, 56(S2), 78–79.

Cole, M. (2021). Federally Qualified Health Centers Play a Critical Role in Ensuring EquiTabelle COVID-19 Vaccine Access. Health Services Research, 56(S2), 9–10.

Dai, T. (2021a, January 14). The simple reason West Virginia leads the nation in vaccinating nursing home residents. AP NEWS. https://apnews.com/article/business-public-health-coronavirus-pandemic-consumer-products-and-services-aging-and-disability-services-0b40c760a9b91102ae7eeab8e1a820ae

Dai, T. (2021b, February 23). How to fix the mess of COVID-19 vaccine appointment scheduling [Fast Company]. https://www.fastcompany.com/90607146/how-to-fix-the-mess-of-covid-19-vaccine-appointment-scheduling

Dai, T., & Song, J.-S. (2021). Transforming COVID-19 vaccines into vaccination: Challenges and opportunities for management scientists. Health Care Management Science, 24(3), 455–459.

Dantas, L. F., Fleck, J. L., Cyrino Oliveira, F. L., & Hamacher, S. (2018). No-shows in appointment scheduling – a systematic literature review. Health Policy, 122(4), 412–421. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.02.002

Garattini, L., Badinella Martini, M., & Zanetti, M. (2020). More room for telemedicine after COVID-19: Lessons for primary care? The European Journal of Health Economics, 22(2), 183–186.

Garattini, L., Padula, A., & Freemantle, N. (2020). Pricing vaccines and drugs in Europe: Worth differentiating? The European Journal of Health Economics, 22(9), 1345–1348.

Hanly, P., Ahern, M., Sharp, L., Ursul, D., & Loughnane, G. (2021). The cost of lost productivity due to premature mortality associated with COVID-19: A Pan-European study. The European Journal of Health Economics, 23(2), 249–259.

Hans, T. (2021a, January 8). Regierungserklärung von Ministerpräsident Tobias Hans (08.01.21) / Government statement by Prime Minister Tobias Hans (08.01.21). Https://Www.Saarland.De/. https://www.saarland.de/DE/medien-informationen/informationen/regierungserklaerungen/_documents/2021-01-08-regierungserklaerung-corona.html

Hans, T. (2021b, January 22). Regierungserklärung von Ministerpräsident Tobias Hans (22.01.21) / Government statement by Prime Minister Tobias Hans (22.01.21). Https://Www.Saarland.De/. https://www.saarland.de/DE/medien-informationen/informationen/regierungserklaerungen/_documents/2021-01-22-regierungserklaerung-corona.pdf

IMF. (2022). International Monetary Fund Data—Database. https://data.imf.org/

Kim, D., & Lee, Y. J. (2022). Vaccination strategies and transmission of COVID-19: Evidence across advanced countries. Journal of Health Economics, 82, 102589–102589.

Kim, S., Ali, S. H., Jones, A., Capasso, A., Foreman, J., DiClemente, R. J., & Tozan, Y. (2021). COVID-19-Related Knowledge, Protective Behaviors and the Moderating Role of Primary Sources of Information: Findings from a Cross-Sectional Online Survey in the United States. Health Services Research, 56(S2), 32–33.

Kitagawa, T., & Wang, G. (2021). Who should get vaccinated? Individualized allocation of vaccines over SIR network. Journal of Econometrics.

Kuhlmann, S., & Franzke, J. (2021). Multi-level responses to COVID-19: Crisis coordination in Deutschland from an intergovernmental perspective. Local Government Studies, ahead-of-print(ahead-of-print), 1–23.

Lee, S., Zabinsky, Z. B., Wasserheit, J. N., Kofsky, S. M., & Liu, S. (2021). COVID-19 Pandemic Response Simulation in a Large City: Impact of Nonpharmaceutical Interventions on Reopening Society. Medical Decision Making, 41(4), 419–429.

Mahase, E. (2021). Covid-19: UK has highest vaccine confidence and Japan and South Korea the lowest, survey finds. The BMJ, 2021(373), 1439. https://doi.org/10.1136/bmj.n1439

Makridis, C., & Hartley, J. (2020). The Cost of COVID-19: A Rough Estimate of the 2020 US GDP Impact (SSRN Scholarly Paper No. 3570731). Social Science Research Network. https://doi.org/10.2139/ssrn.3570731

Malik, A. A., McFadden, S. M., Elharake, J., & Omer, S. B. (2020). Determinants of COVID-19 vaccine acceptance in the US. EClinicalMedicine, 26, 100495. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100495

Menachemi, N., Dixon, B., Wools-Kaloustian, K., Yiannoutsos, C., & Halverson, P. (2021). How Many SARS-CoV-2–Infected People Require Hospitalization...: Ingenta Connect. Journal of Public Health Management and Practice, 27(3), 246–250.

M&K. (2021, November 23). Samedi gewinnt German Medical Award 2021 für die Organisation von Corona-Impfterminen—Samedi wins German Medical Award 2021 for organizing corona vaccination appointments. Management-Krankenhaus (M&K). https://www.management-krankenhaus.de/news/samedi-gewinnt-german-medical-award-2021-fuer-

gesamten Zeitraum. Die Zahl der durch die Impfung verminderten Infektionen kann somit auf 26.596 geschätzt werden (d. h. die 668.576 Neuinfektionen multipliziert mit der 3,98%-Schutzrate). Auf der Grundlage des Covid-19-Infektions-Hospitalisierungs-Verhältnisses von 2,1% (Menachemi et al., 2021) belief sich die Zahl der Krankenhausaufenthalte der möglicherweise geschützten, aber nun infizierten Personen auf 638, was Kosten in Höhe von 6,1 Mio. Euro bedeutet (Ohsfeldt et al., 2021; basierend auf den medianen Krankenhauskosten von insgesamt 11'267 US$ pro Covid-19-Patient über 6 Tage und einem Dollar/Euro-Wechselkurs von 0,8433 am 30.6.2021). Angesichts des gesamten symptomatischen Todesfallrisikos (die Wahrscheinlichkeit, nach dem Auftreten von Symptomen zu sterben) von Covid-19 von 1,4% (Wu et al., 2020, deutlich niedriger als das anfänglich bestätigte Todesfallrisiko von 4,5%) bedeutet dies 372 Covid-19-bedingte Todesfälle weniger in Deutschland in den zwei Monaten. Im Vergleich zu den 18.614 überzähligen Todesfällen in acht größeren europäischen Ländern in den ersten 5 Monaten des Corona-Ausbruchs (Hanly et al., 2021), was einen Durchschnitt von 465 überzähligen Todesfällen pro Land und Monat bedeutet, scheint diese Zahl von 372 nicht so gering zu sein.

Auf Basis der Ergebnisse empfiehlt es sich für die politischen Entscheidungsträger, den Impfprozess analog zu dem im Saarland zu gestalten, wo sich die Bürger mit ihren Präferenzen (d. h. Impfkategorie, Ort, Tageszeit, Wochentag, Partnercode) registrieren. Nach der Registrierung der Bürger kann das Impfsystem eine gerechte und zufällige Zuteilung entsprechend den angegebenen Präferenzen vornehmen. Auf diese Weise können politische Entscheidungsträger und Pandemiemanager das Angebot und die Nachfrage nach Impfungen flexibel aufeinander abstimmen und den Bürgern einige Tage im Voraus Impfplätze zuweisen, anstatt Termine für Wochen im Voraus zu planen, wenn das Angebot nicht sicher ist und bei langen Vorlaufzeiten die Wahrscheinlichkeit von No-Shows größer ist (Dantas et al., 2018). No-Shows im Impfprozess würden aufgrund der begrenzten Haltbarkeit der Impfstoffdosen sogar zu einem erheblichen wirtschaftlichen Schaden führen, der in den späteren Phasen der Impforganisation in Deutschland auch ein politisches Thema wurde.

Die Kombination der digitalen Plattform für die Registrierung und automatische Terminallokation mit den wesentlich (kosten-) effektiveren großen Impfzentren (vgl. Garattini, Badinella Martini et al., 2020; Schulenburg, 2021) empfiehlt sich in der ersten Phase des Impfprozesses für die nächste Pandemie. Die spätere Hinzufügung dezentraler Elemente mit der Impfung durch Hausärzte zeigte sich als weiterer effektiver Schritt, um das Beste aus beiden Welten, der zentralen und der dezentralen Impfung, zu nutzen, die im Vereinigten Königreich und in den USA getrennt voneinander erfolgreich durchgeführt wurden. Im weiteren Verlauf der Covid-19-Pandemie war die Herausforderung die Aktivierung der impfunwilligen Gruppe, welche vor allem durch Kommunikations- und Verbreitungsmethoden über soziale Medien und Partnerschaften (Wallia et al., 2021) oder durch spezielle Angebote wie bedingte Geldverlosungen (Barber & West, 2022) erreicht werden konnte.

die-organisation-von-corona-impfterminen

Neumann – Boehme, S., Varghese, N., Sabat, I., Barros, P. P., Brouwer, W., Exel, J., Schreyögg, J., & Stargardt, T. (2020). Once we have it, will we use it? A European survey on willingness to be vaccinated against COVID-19. The European Journal of Health Economics, 21(7), 977–982.

Neumeier, Stefan. (2022). Accessibility of COVID-19 Vaccination Centers in Deutschland via Different Means of Transport. KN – Journal of Cartography and Geographic Information, 72, 41–58. https://doi.org/10.1007/s42489-021-00088-x

NHS. (2020). Vaccination sites. NHS.uk. NHS England. NHS UK. https://www.england.nhs.uk/coronavirus/publication/vaccination-sites/

OECD. (2022). Organisation for Economic Co-operation and Development—OECD Database. https://stats.oecd.org/

Ohsfeldt, R. L., Choong, C. K.-C., Mc Collam, P. L., Abedtash, H., Kelton, K. A., & Burge, R. (2021). Inpatient Hospital Costs for COVID-19 Patients in the United States. Advances in Therapy, 38(11), 5557–5595. https://doi.org/10.1007/s12325-021-01887-4

Ourworldindata. (2022). Ourworldindata.org. https://ourworldindata.org/

Rao, I. J., Vallon, J. J., & Brandeau, M. L. (2021). Effectiveness of Face Masks in Reducing the Spread of COVID-19: A Model-Based Analysis. Medical Decision Making, 41(8), 988–1003.

Reuters. (2021, March 25). Saarland kündigt als erstes Bundesland landesweite Öffnungen nach Ostern an / Saarland is the first federal state to announce state-wide openings after Easter. Reuters. https://www.reuters.com/article/virus-deutschland-saarland-idDEKBN2BH16C

RKI. (2022). Digitales Impfquotenmonitoring zur COVID-19-Impfung / Digital Vaccination rate monitoring for Covid-19 vaccination—German government. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html

samedi. (2021a, January 13). Saarland startet als eines der ersten Bundesländer digitale Terminkoordination der Corona-Schutzimpfungen mit samedi / Saarland is one of the first federal states to start digital appointment coordination for corona vaccinations with samedi. Www.Samedi.Com. https://www.samedi.de/downloads/presse/2021-01-13_samedi-PM_Saarland_Corona-Impfzentren.pdf

samedi. (2021b, May 25). About samedi. Www.Samedi.Com. https://www.samedi.de/ueber_uns/index.html

Sato, M. (2021, January 22). How Israel became the world's vaccine leader—And where it still struggles. MIT Technology Review. https://www.technologyreview.com/2021/01/22/1016471/israel-covid-vaccine-rollout-hadas-ziv/

Schulenburg, J.-M. G. von der. (2021). COVID-19: Not the time for health economists? A plea for more proactive health economic involvement. The European Journal of Health Economics, 22(7), 1001–1004.

Sherman, S. M., Sim, J., Cutts, M., Dasch, H., Amlôt, R., Rubin, G. J., Sevdalis, N., & Smith, L. E. (2022). COVID-19 vaccination acceptability in the UK at the start of the vaccination programme: A nationally representative cross-sectional survey (CoVAccS – wave 2). Public Health, 202, 1–9. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.10.008

UPMC. (2020, December 16). Some States May Lack Facilities for Administering Covid-19 Vaccine to Residents. UPMC | Life Changing Medicine. https://www.upmc.com/media/news/121620-vaccine-access-visualization

Wallia, A., Khan, A., Zimmerman, L., Desai, A., Blankemeier, J., Bloomgarden, E., Mordell, L., Kenefake, A., Jain, S., & Arora, V. (2021). Creation and Translation of IMPACT (Illinois Medical Professional Action Collaborative Team) to Amplify and Address Disparities in COVID-19: The Case of Vaccine Delivery. Health Services Research, 56(S2), 33–33.

West Virginia Department of Health. (2021, January 24). West Virginia First State to Launch Everbridge COVID-19 Vaccination Pre-Registration System. West Virginia Department of Health & Human Resources - News & Announcements. https://dhhr.wv.gov/News/2021/Pages/West-Virginia-First-State-to-Launch-Everbridge-COVID-19-Vaccination-Pre-Registration-System.aspx

Wu, J. T., Leung, K., Bushman, M., Kishore, N., Niehus, R., de Salazar, P. M., Cowling, B. J., Lipsitch, M., & Leung, G. M. (2020). Estimating clinical severity of COVID-19 from the transmission dynamics in Wuhan, China. Nature Medicine, 26(4), 506–510. https://doi.org/10.1038/s41591-020-0822-7

Fazit

In dieser Studie wurden die Impfquoten der westlichen Länder sowie konzentriert auf Deutschland und das Saarland im ersten halben Jahr der Corona-Impfkampagne untersucht. Damit ergeben sich als Folgeforschungsfragen einerseits der Vergleich mit anderen politischen Impfregimen wie in Asien oder dem Nahen Osten und andererseits eine Ausweitung der Forschung auf die Folgezeit, d. h. die Impfung der Impfzögernden und potenziell Impfverweigerern. Zusätzlich könnten künftige Forschungsarbeiten auch die Unterschiede in den sieben Regionen bzw. 250 Primary Care Trusts im NHS des Vereinigten Königreichs und in den 50 Bundesstaaten der USA analysieren. In den USA hat der Bundesstaat West Virigina eine ähnliche digitale Organisation wie das Saarland durchgeführt und konnte damit den Nutzenvorteil eines Registrierungs- und Terminallokations-Impfsystems untermauern. Um den Erfolg des Impfmanagements noch besser zu verstehen, wäre vor allem die Rolle und der Einsatz der Beschäftigten im Gesundheitswesen („Health Care workers", vgl. Alscher & Wissing, 2023) noch genauer zu analysieren als auch die genaue Interaktion der Bürger:innen mit der Plattform (im Rahmen der „Usability", vgl. Alscher & Wissing, 2024).

In diesem Beitrag konnte gezeigt werden, dass zentrale Impforganisationen (wie in UK) einen Startvorteil hatten, aber auch die dezentral organisierte Impfung (wie in den USA) genauso starke Leistung mit einer noch höheren monatlichen Impfquote aufweisen konnte. Darüber hinaus erzielte Deutschland, welches einen gemischten Ansatz aus zentralem und dezentralem System umsetzte, im Vergleich zu den anderen Ländern sogar die monatlichen Spitzenwerte bei der Impfquote. Im Bundesländervergleich in Deutschland konnte dabei kein signifikanter Unterschied zwischen zentralisierten und dezentralisierten Impforganisationen als auch kein signifikanter Unterschied zwischen kleinen und großen Ländern gezeigt werden. Eindeutig war hingegen die Mehrleistung im Bundesland Saarland, das seine Impforganisation von einem Buchungsauf ein Registrierungs- und Terminallokationssystem umstellte, was zu einer kumulativen zusätzlichen Impfquote von 8,84 über einen Zeitraum von ca. 2 Monaten führte und eine Überperformance von 14% im Vergleich zu den anderen Bundesländern aufwies. Die Hochrechnung auf Deutschland ergab schätzungsweise 26.596 weniger Infektionen, 372 weniger überzählige Todesfälle und mindestens 6,1 Millionen Euro weniger Krankenhauskosten. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass diese Studie den politischen Entscheidungsträgern deutliche Anhaltspunkte dafür liefert, digitale Plattformen mit Registrierung und automatischer Terminallokation als Schlüsselelement bei der Bekämpfung der nächsten Pandemieausbrüche einzusetzen. <<

Covid-19 vaccination management: decentralised/centralised and digitally optimised

During the COVID-19 pandemic, Western industrialised nations pursued similar vaccination policies, but differed significantly in the organisational structures of vaccination programmes between centralised and decentralised systems. This paper shows that internationally, decentralised and centralised systems initially achieved the same peak performance, at the national level, mixed approaches showed longer-term success, and at the sub-national level, the shift from a system with supply-based appointments to a registration system with preference information and automatic appointment allocation led to peak performance. The system achieved a fair and equitable distribution of vaccine doses and demonstrated an overperformance of 14%. Implementing this system for the whole of Germany would have enabled a 4% higher level of protection, lower economic costs and an earlier easing of the lockdown. In democratic, freedom-oriented countries with voluntary vaccination, a central organisation with registration and automatic appointment allocation is recommended as best practice for vaccination management.

Keywords

Covid-19, vaccination management, health policy, health platform, ehealth

Autorenerklärung

Der Autor ist Geschäftsführer von samedi und führte diese Forschungsarbeit durch, während er von samedi beurlaubt war, ohne eine Vergütung für diese Forschungsarbeit zu erhalten. Es besteht kein weiterer Interessenskonflikt.

Danksagung

Der Autor ist Geschäftsführer von samedi und führte diese Forschungsarbeit durch, während er von samedi beurlaubt war, ohne eine Vergütung für diese Forschungsarbeit zu erhalten. Es besteht kein weiterer Interessenskonflikt.

Anhang

Der vom Autor zur Verfügung gestellte Anhang ist online einseh- und downloadbar. Kurzlink: https://t1p.de/mtfca

Zitationshinweis

Alscher, A.: „Covid-19-Impfmanagement: de-/zentralisiert und digital optimiert", in: „Monitor Versorgungsforschung" (04/24), S. 74–82. http://doi.org/10.24945/MVF.03.24.1866-0533.2638

Prof. Dr. rer. oec. Alexander Alscher ORCID: 0000-0003-1561-1181

studierte Wirtschaftswissenschaften an der Universität St. Gallen, Schweiz und promovierte an der Universität St. Gallen und an der UCLA Anderson School of Management im Bereich der Organisations- und Managementtheorie (OMT). Er gründete das E-Health-Unternehmen samedi GmbH und ist Professor an der BSP Business School Berlin. Forschungsschwerpunkt: Digitalisierung von Dienstleistungsbranchen, insbesondere der Gesundheitsbranche (E-Health). Kontakt: Alexander.Alscher@businessschool-berlin.de



Jetzt digital!

Ab sofort können Sie das renommierte Magazin
Market Access & Health Policy digital lesen.



Sichern Sie sich
die erste digitale
Ausgabe kostenfrei!

market access & health policy





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