www.monitor-versorgungsforschung.de www.m-vf.de 06/24 17. Jahrgang

monitor VERSORGUNGSFORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Titelinterview mit Prof. Dr. Leonie Sundmacher, Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie an der Technischen Universität München: „Wir brauchen eine Strategie zur Förderung der Lotsensysteme“

„Recht auf Infektionsschutz vs. Pflicht zum Infektionsschutz“ (Rothenberger)

„Aerosole: das ignorierte Problem“ (Scheuch)

„PROMs/PREMs: systematische Qualitätssteigerung” (Hecker)

ISSN 1866-0533

monitor VERSORGUNGS FORSCHUNG

06/24 17. Jahrgang

Editorial

„Patient Centered Care mit PROM/PREM" 4
Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Redaktion

„Strategie zur Förderung der Lotsensysteme" 6
Titelinterview mit Prof. Dr. Leonie Sundmacher, TU München

Wissenschaft und Praxis noch enger verzahnen 12
23. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung des DNVF

Problemfall Evaluation von Strukturinnovationen 16
Einblicke DKVF 2024: Preconverence- und State of the Art-Session

Ein „Outcome driven Care"-Modell für Deutschland? 22
SBK-Onlineworkshop: „Wer fragt eigentlich die Patient:innen?"

Hecken: „Gesetze werden im Treibsand versanden" 24
Bundeshauptversammlung 2024 des Virchowbundes

Ärztebund fordert wirksame soziale Eigenbeteiligung 27
Positionspapier „Versorgung 2040" des Virchowbundes

Pflegeversorgung evidenzbasiert verbessern 28
Professur für Pflegewissenschaft der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

KOMMENTARE / WISSEN (Peer-Review)

PROMs/PREMs: systematische Qualitätssteigerung 20
Kommentar von Dr. Ruth Hecker

Aerosole: das ignorierte Problem 32
Kommentarreihe „Corona und Politik" (21): von Dr. phil. nat. Gerhard Scheuch

Recht auf Infektions- vs. Pflicht z. Infektionsschutz 33
Kommentarreihe „Corona und Politik" (22): von Dr. phil. Andreas F. Rothenberger

Wie schaffen wir den ganzen Weg in die Versorgung? 34
MSD Gesundheitsforum: Workshop „Vom Innovationsfonds in die Regelversorgung"

Entlastung von Ärzten / zukunftsfähige Versorgung 38
Das Innovationsfondsprojekt ErwiN

Nicht belegter Zusatznutzen 40
Eine Analyse von Fallbeispielen des AMNOG

STANDARDS

Impressum 2 News 21, 37, 46 Rezension 21 Nachruf 46

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des Aktionsbündnis Patientensicherheit auf den Seiten 90–91

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

WISSENSCHAFT (Peer-Review)

Philip Bammert MSc / Dr. oec. publ. Wiebke / Schüttig MSc MBR / Saskia Kropp MSc / Dipl.-Betriebsw. (FH) Matthias Brittner / Dr. rer. nat. Roman Gerlach / Prof. Dr. rer. oec. Leonie Sundmacher 53
Praxisnetze in Deutschland: Struktur, Zusammenarbeit und Schwerpunkte
Die Versorgungslandschaft der Praxisnetze scheint stark heterogen zu sein. In vielen Fällen gibt es gefestigte Strukturen und etablierte Maßnahmen der Qualitätssicherung. Die Netze haben klar formulierte Ziele, um die Qualität der Versorgung für Patient:innen zu verbessern.

Dipl.-Bw. (VWA) Susann Lukat / Dr. rer. pol. Ulrike Götting 60
Die Festbetragsregelung im AMNOG-Markt
Dieser Beitrag untersucht die praktische Umsetzung der Schnittstelle zwischen den Preisregulierungsinstrumenten AMNOG und Festbetrag im deutschen Arzneimittelmarkt von 2011 bis Juli 2024. Dabei werden drei typische Fallkonstellationen der Verknüpfung der Preisregulierungsinstrumente aufgearbeitet.

Prof. Dr. rer. medic. Robert Darkow / Tonja Ofner MA / Assoz. Prof. Dr. phil. Frank Amort / Prof. Dr. phil. Helmut Ritschl MA MSc / Dr. rer. medic. Felix Mühlensiepen MPH / Susann May MPH 68
Versorgungslage von Schluckstörungen in Pflegeheimen – Herausforderungen & Notwendigkeiten
Alterungsprozesse gefährden die Suffizienz des Schluckaktes: Schluckstörungen in Heimen sind unterdiagnostiziert, in ihrer Wirkung unterschätzt, gleichwohl mit ihren Komplikationen die häufigste Todesursache dort. Bei näherer Betrachtung ergibt sich ein verheerendes Bild der Versorgung. Diese Arbeit skizziert die aktuellen Herausforderungen der Datenunschärfe, der fehlenden diagnostischen und therapeutischen Versorgung vor dem Hintergrund möglicher innovativer Versorgungsformen und deren Implementierung in einen zu entwickelnden Versorgungspfad.

Dr. med. Fabian Holbe MBA 73
Föderalismus im Rettungsdienst – der arztbegleitete Sekundärtransport im Ländervergleich
Bei gleichzeitig steigenden Einsatzzahlen im Rettungsdienst sinkt die Zahl zur Verfügung stehender Zielkliniken. Ein optimierter Einsatz stationärer Behandlungskapazität macht es notwendig, Patienten zwischen Kliniken zu verlegen. Die medizinische Betreuung während des Transportes ist föderalistisch organisiert und zeigt ein zweigeteiltes Deutschland.

Univ.-Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung / Ann-Kathrin Klähn MSc / Fenja Demandt MSc 76
Sind Männer unterversorgt?
Die Versorgungssituation – insbesondere jüngerer – Männer vor dem Eintreten typischer Prostatabeschwerden ist wenig untersucht. Ziel der Studie war die Erhebung des Status Quo von Männergesundheit in Deutschland. Außerdem sollten Hindernisse und Optimierungspotenziale in der Umsetzung präventiver und gesundheitsfördernder Angebote aufgezeigt werden, um konkrete Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Prof. Dr. rer. med. Karel Kostev / Dipl.-Biol. Sabine Kluge MS / Dr. med. Dr. phil. Jens Bohlken 82
Krankenhaussterblichkeit bei Patienten mit und ohne Demenz
In dieser Fall-Kontroll-Studie wurden Patienten im Alter von ≥ 60 Jahren eingeschlossen, die zwischen Januar 2019 und Juli 2023 in einem von 36 deutschen Krankenhäusern stationär aufgenommen wurden.

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des DNVF auf den Seiten 47-52

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.)
Johannes-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 Lib 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	
Stiftung 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. Andrea Benecke		OptiMedis	Prof. Dr. Oliver Gröne	
DAK Gesundheit	Andreas Storm		Pfizer	Sarah Schmitter	
Deutsche Rheuma-Liga	Dr. Rolf Ulrich Schlenker		Roche	Dr. Jan Daniels-Trautner	
Deutscher Pflegerat e.V.	Christine Vogler		sanofi	Dr. Daniela Römer	
DiHeSys Digital Health Systems	Prof. Dr. Christian Franken		ukb universitätsklinikum bonn	Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Wolfgang Holzgreve	
DocMorris Apotheke	Sebastian Mindt		Vivantes	Dr. Mina Baumgarten	
GESUNDHEITS·FOREN	Roland Nagel			Dr. Christopher Hermann	



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

Patient Centered Care mit PROM/PREM

Titelinterview mit Prof. Dr. Leonie Sundmacher, Technische Universität München > S. 6 ff.

Komplexe Interventionen wie der „Cardiolotse" von AOK Nordost und Vivantes haben es schwer. Aus dem Subtext der Nichtempfehlung für die Regelversorgung habe sie „herausgelesen, dass sich der beim G-BA angesiedelte Innovationsausschuss anscheinend scheut, diese personalintensive Intervention für die Regelversorgung zu empfehlen, solange die Effektivität und Kosteneffizienz nicht durch weitere Projekte bestätigt wird". So Frau **Professorin Leonie Sundmacher**, Lehrstuhl Gesundheitsökonomie der Technischen Universität München, im Titelinterview. Statt das offen zu sagen, wird aber die Qualität der Evidenz angezweifelt. „Um die Güte der Evidenz zu beurteilen, fände ich es hilfreich, wenn der … Innovationsausschuss den Evaluatoren eine knappe Kommentierung der Beschlussempfehlung erlauben würde." Das würde die „Transparenz der Entscheidungsfindung" verbessern. Ein hoch spannendes Gespräch.

23. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung des DNVF > S. 12 ff.

Wir berichten über den wichtigen Deutschen Kongress für Versorgungsforschung vom September. Es ging um die bessere und schnellere Implementierung und Durchsetzung von Innovationen im deutschen Gesundheitssystem.

13. MVF-Fachkongress am 9. Dezember 2024 in Berlin > online, siehe Link links unten

Unser 13. MVF-Fachkongress am 9. Dezember befasst sich mit der für unser Gesundheitssystem zentralen Frage der patientenzentrierten Gesundheitsversorgung und den Chancen, die in Messungen des Behandlungserfolges aus Patientensicht, der Patientenzufriedenheit und der Wahrnehmung der Patient:innen liegen: „Patient Centered Care mit PROM/PREM". Sie sind herzlich eingeladen. Bitte beachten Sie dazu auch den Kommentar der APS-Vorsitzenden **Dr. Ruth Hecker**. > S. 20

Kommentarreihe: „Corona und Politik: zur Rolle der Wissenschaft"

Wieder zwei neue Folgen unserer Reihe: **Dr. Gerhard Scheuch** („Aerosole: das ignorierte Problem") und **Dr. Andreas F. Rothenberger** („Recht auf Infektionsschutz vs. Pflicht zum Infektionsschutz"). Beide sind Mitglieder von Sokrates – ein Forum kritischer Rationalisten (www.sokrates-rationalisten-forum.de). > S. 32 > S. 33

Wissenschaftliche Beiträge

Bammert u. a. präsentieren ihre Erhebung von Praxisnetzen in Deutschland mit ihren Strukturen sowie ihrer Kooperation, Kommunikation und ihren Zielen zur Verbesserung der Versorgungsqualität für die Patient:innen. > S. 53 ff.

Lukat und **Götting** analysieren die Praxis der Festbetragsregelungen im AMNOG-Markt von 2011 bis Juli 2024. Sie finden Inkompatibilitäten der beiden Systeme aufgrund ihrer unterschiedlichen Preisregulierungslogiken. > S. 60 ff.

Darkow et al. untersuchen Schluckstörungen in Heimen, die unterdiagnostiziert und unterversorgt sind, obwohl sie mit ihren Komplikationen die häufigste Todesursache darstellen. > S. 68 ff.

Holbe vergleicht den föderal geregelten Rettungsdienst in deutschen Bundesländern und fordert notwendige Gesetzesänderungen. > S. 73 ff.

Amelung, Klähn und **Demandt** stellen in ihrer Mixed-Methods-Studie eine strukturelle Unterversorgung von Männern bei männerspezifischen Erkrankungen fest, insbesondere bei präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten. > S. 76 ff.

Kostev, Kluge und **Bohlken** vergleichen die Krankenhaussterblichkeit von Patient:innen mit und ohne Demenz nach Altersgruppen, klinischen Fachabteilungen und Aufnahmediagnosen. > S. 82 ff.

Mit den besten Wünschen für frohe Weihnachten und auch in diesen stürmischen Zeiten gutes neues Jahr

Ihr Professor Dr. Reinhold Roski

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

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

https://t1p.de/7wla4

INSIGHT HEALTH

BEYOND DATA!



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 ist Ihr Partner für Markt- und Versorgungsforschung sowie Datenanalysen. Im Fokus unseres Handelns stehen Sie! Wir begleiten Sie bei Ihren Herausforderungen mit kundenzentrierten Lösungen, langjährigem Big Data Know-How und ausgezeichnetem Service.

Kontakt

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

www.insight-health.de



„Wir brauchen eine Strate Förderung der Lotsensyst

„Aus meiner Sicht wäre es nützlich, wenn entlang der Selektivverträge weitere Evidenz zur Wirkungsweise gesammelt würde." Im Titelinterview mit „Monitor Versorgungsforschung" zeigt sich die erfahrene Versorgungsforscherin Prof. Dr. Leonie Sundmacher wenig erstaunt über die Nichtempfehlung des Innovationsprojekts „Cardiolotse" zur Überführung in die Regelversorgung. Doch kann ihrer Ansicht nach die Grundlage dieses Beschlusses nicht fehlende Evidenz sein. Ihre Vermutung ist, dass sich der Innovationsausschuss „anscheinend scheut, diese personalintensive Intervention für die Regelversorgung zu empfehlen, solange die Effektivität und Kosteneffizienz nicht durch weitere Projekte bestätigt wird".

Im Interview: Prof. Dr. oec. Leonie Sundmacher MSc, Technische Universität München, Lehrstuhl Gesundheitsökonomie

>> Lassen Sie uns unser Gespräch nutzen, um das Thema Lotsen – ausgehend von der von Ihnen und ihrem Team durchgeführten Evaluation des Innovationsprojekts „Cardiolotsen" – in einen größeren Zusammenhang zu stellen. Hierbei beziehe ich mich zum einen auf den Ergebnis- (1), den Evaluationsbericht (2) und den G-BA-Beschluss (3) des Innovationsprojekts „Cardiolotsen", zum anderen auf den Artikel „Patientenlotsen: Optimierte Versorgung oder Orientierungshilfe – im immer komplexer werdenden Gesundheitssystem brauchen Menschen Unterstützung. Überlegungen zur Zukunft von Patientenlotsen", im Juni 2024 erschienen im Deutschen Ärzteblatt (4), geschrieben von Marie Coors, Wolfgang Greiner, Lorenz Harst, Jochen Schmitt und Ihnen. Beginnen wir mit dem Innovationsprojekt „Cardiolotsen", um vom kleineren Punkt zum größeren zu kommen: Der beim G-BA angesiedelte Innovationsausschuss spricht in seinem Beschluss zum Innovationsprojekt „Cardiolotsen" keine Empfehlung aus, leitet aber „aufgrund positiver Tendenzen" die Ergebnisse an fünf benannte Stellen weiter, die damit tun können, was sie wollen, aber nicht müssen. Hat Sie das Ergebnis des Beschlusses erstaunt? Wie ordnen Sie den Textlaut des Beschlusses ein?

„Wir konnten allerdings nicht nachvollziehen, dass es dem Innovationsausschuss an aufschlussreicher Evidenz mangelte."

Als evaluierendes Institut arbeiten wir von Anfang an eng mit dem Team, das die Intervention durchführt, zusammen. Gleichzeitig ziehen wir uns immer wieder auf neutralen Boden zurück, da wir die Unabhängigkeit der Evaluation ernst nehmen und die Evaluationsergebnisse sachlich einordnen möchten. Aus dieser, ja, etwas distanzierten Sichtweise hat mich der Beschluss nicht erschüttert. Ich erkenne an, dass der G-BA eine Empfehlung für die Regelversorgung nur selten ausspricht, da, insbesondere bei Erkrankungen mit einer hohen Public-Health-Relevanz, die Anforderungen an eine flächendeckende Umsetzung hoch sind. Wir konnten allerdings nicht nachvollziehen, dass es dem Innovationsausschuss an aufschlussreicher Evidenz mangelte.

egie zur teme"

Würden Sie bitte diese Einschätzung erklären?

In dem Projekt wurde ein Lotsen-Modell für Patientinnen und Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen nach Entlassung aus der stationären Versorgung etabliert. Mit der Ausbildung von Lots:innen wurde auf die direkte Ansprache der Patient:innen gesetzt. Der Lotse sollte als Ansprechpartner für die Versorgung der Patient:innen nach dem Klinikaufenthalt erhalten bleiben. Der RCT wurde geordnet durchgeführt. Nach 12 Monaten konnten wir eine geringere Rehospitalisierungsrate und eine günstige Kosten-Effektivitäts-Relation nachweisen. Der G-BA kritisierte, dass die statistische Signifikanz des primären Endpunkts nicht in allen Adjustierungs- und Auswertungsverfahren gegeben war. Das ist auch korrekt, stellt jedoch eine hohe Anforderung an die Evidenz einer komplexen Intervention. Ich kann mir nicht vorstellen, dass alle empfohlenen Projekte diese Hürde genommen haben. Weiterhin wurde – korrekterweise – kritisiert, dass die Patientenpopulation im Trial schwerer erkrankt war als ursprünglich angenommen. Das stimmt auch, aber dies stellt nicht die Auswertbarkeit für die schwerer erkrankte Population infrage.

Wie kommt es dann Ihrer ganz persönlichen Meinung nach zu dieser Nichtempfehlung?

Aus dem Subtext habe ich für mich herausgelesen, dass sich der beim G-BA angesiedelte Innovationsausschuss anscheinend scheut, diese personalintensive Intervention für die Regelversorgung zu empfehlen, solange die Effektivität und Kosteneffizienz nicht durch weitere Projekte bestätigt wird. Zudem ist man vermutlich noch unsicher, welche Lotsenmodelle man in welcher Ausgestaltung priorisieren möchte. Meines Erachtens hätte man das genauso schreiben können, anstatt nur die Evidenz zu relativieren. Um die Güte der Evidenz zu beurteilen, fände ich es hilfreich, wenn der beim G-BA angesiedelte Innovationsausschuss den Evaluatoren eine knappe Kommentierung der Beschlussempfehlung erlauben würde. Nicht, um die Empfehlung zu relativieren oder in Frage zu stellen, sondern um die Wissenschaftsgemeinschaft bei der Einordnung der Ergebnisse zu unterstützen. Dies entspräche dem Austausch von Argumenten innerhalb eines Peer-Review-Verfahrens.

Durch die Beschluss-Weiterleitung u. a. an die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie aus einer Passage des Beschlusstextes (Zitat: „Aufgrund der erkennbaren positiven Tendenzen bleibt aber die Option, das Cardiolotsen-Konzept, entsprechend den jeweils vor Ort gegebenen Bedarfen, Ressourcen und Umsetzungsmöglichkeiten, selektivvertraglich umzusetzen") könnte man annehmen, dass sich daraus eine Art selektivvertraglicher Auftrag nach § 140 a SGB V ableiten lässt, mit denen die „Cardiolotsen" jenseits der Regelversorgung eingesetzt werden können. Ist das auch Ihre Wertung des Beschlusses? Und lassen Sie mich nachfragen: Gehen Sie davon aus, dass es bald Cardiolotsen nicht nur in den drei nordöstlichen Bundesländern Deutschlands gibt?

Ja, so lese ich den Beschluss auch. Die Vertragspartner AOK Nordost und Vivantes werden quasi aufgefordert, das Projekt nach der positiven Evaluation im Rahmen eines Selektivvertrags fortzusetzen.

Was sie übrigens tun.

Gut so. Daraus ergibt sich der positive Effekt, dass im Rahmen dieses oder weiterer Selektivverträge mehr Erfahrungen zu den Lotsenprojekten gesammelt werden können. Auch bestehende Schwächen können adressiert werden: Die Kommunikation der Cardiolotsen mit den niedergelassenen Ärzt:innen hat im Projekt beispielsweise

nicht reibungslos funktioniert. Selbst die Lots:innen hatten Probleme bei der Überwindung der Sektorengrenzen. Aus meiner Sicht wäre es zudem nützlich, wenn entlang der Selektivverträge weitere Evidenz zur Wirkungsweise gesammelt würde. Da bereits ein RCT vorliegt, können dies dann übrigens auch quasi-experimentelle Auswertungen sein.

Ich kann mir auch vorstellen, dass Krankenkassen und Klinikverbünde in anderen Regionen dieses Modell der direkten Ansprache in unserem schwer zu navigierenden Gesundheitssystem attraktiv finden. Es sollte aber einen Punkt der Wiedervorlage geben, an dem der G-BA auf Grundlage der verfügbaren Evidenz zu Lotsenprojekten entscheidet, für welche Erkrankungen und für welche Settings die Lotsentätigkeit in der Regelversorgung sinnvoll sein kann. Der auf der Hand liegende Vorteil ist, dass dann alle Patient:innen unabhängig von der Kassenzugehörigkeit profitieren können.

In Ihrem Evaluationsbericht zum Projekt „Cardiolotsen" steht geschrieben, dass „die bisherigen Evaluationsergebnisse darauf hindeuten, dass die neue Versorgungsform für Patient:innen einen Mehrwert aufweist". Warum wurde die Formulierung „darauf hindeuten" gewählt, obwohl der ICER-Wert (Anm.: incremental cost-effectiveness ratio) mit 2.664 Euro zugunsten der Intervention „Cardiolotse" recht eindeutig ausfällt? Soll etwa mit der Formulierung „darauf hindeuten" angedeutet werden, dass es sich um ein Ergebnis mit einem ganz niedrigen Evidenzgrad handelt? Was war der Grund für diese vorsichtige Formulierung?

Die Formulierung ergibt sich aus der zu Beginn bereits genannten distanzierten Sichtweise als neutraler, unabhängiger Evaluator. In der Kostenanalyse konnte eine signifikante Reduktion der Krankenhauskosten im Nachbeobachtungszeitraum aufgezeigt werden, bei Betrachtung der Gesamtkosten blieb die statistische Signifikanz jedoch aus. Weiterhin ergibt sich die Herausforderung, dass der berechnete ICER die eingesparten Kosten pro potenziell verhinderter Rehospitalisierung widerspiegelt. Die eingesparten Kosten sind daher für die Versorgungsrealität anteilig zu bewerten, was in der Gesamtbeurteilung unbedingt mitbedacht werden sollte. Eine niedrige Evidenzklasse hatte die Studie nicht.

Nachgefragt: Warum blieb bei der Betrachtung der Gesamtkosten die statistische Signifikanz aus? Woran liegt das genau?

Es sollte berücksichtigt werden, dass bei der Betrachtung der Gesamtkosten die Implementierungs- und Interventionskosten der Cardiolotsen einbezogen wurden, wodurch sich der signifikante Unterschied in den zuvor analysierten Versorgungskosten verringerte.

Im Artikel „Patientenlotsen: Optimierte Versorgung oder Orientierungshilfe" (4) schreiben Sie u. a. als Mitautorin, dass die „bisher verfügbare Evidenzlage unzureichend" ist, um differenzieren zu können, inwiefern sich der Effekt von Lots:innen je nach Erkrankung und Setting unterscheidet, was für Sie die Frage aufwirft, ob „Lotsen indikationsspezifisch eingesetzt werden" sollten (beispielsweise beim Umfang des Case-Managements sowie der damit verbundenen Honorierung) oder „inwieweit eher generelle Konzepte zur Lotsentätigkeit möglich sind". Mit dieser Aussage beziehen Sie sich sicher nicht nur auf die von Ihnen durchgeführte Evaluation des Projekts „Cardiolotsen", sondern wohl auch auf andere, bisher zu diversen Lotsenprojekten veröffentlichte Analysen: Was ist aus versorgungsforscherischer Sicht zu tun, um die anscheinend an dieser Stelle sichtbar werdende Evidenzlücke zu schließen?

Es liegen bereits einige veröffentlichte Abschlussberichte der vom Innovationsfonds geförderten Lotsenprojekte vor. Eine konkrete Empfehlung des Innovationsauschusses für die Überführung in die Regelversorgung blieb bisher aus. Der Einsatz von „Social Care Nurses" im Projekt OSCAR führte beispielsweise zu einer Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität onkologischer Patient:innen innerhalb der ersten sechs Monate und zu einer Verringerung der Gesamtkosten. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam ja auch das Cardiolotsen-Projekt, das eine kürzere Krankenhausverweildauer und niedrigere Krankenhauskosten feststellen konnte. Weiterhin wird die Zufriedenheit der Patient:innen mit den Lots:innen von der Mehrzahl der bereits abgeschlossenen Projekte als hoch eingeschätzt. Das Projekt STROKE OWL konnte hingegen eine stärker an den Leitlinien orientierte Versorgung der Schlaganfallpatient:innen feststellen, aber keine Unterschiede bezüglich Mortalität und Rezidivrate. Wir haben darum in dem von Ihnen genannten Artikel anerkannt, dass eine isolierte Betrachtung der einzelnen Projektergebnisse nicht sinnvoll ist. Zu einem Punkt der Wiedervorlage muss sortiert werden, welche Evidenz zu welchem Grad in welcher Ausprägung vorliegt. Welche Patientenpopulationen insbesondere profitieren und ob es mögliche Synergieeffekte zwischen Lotsenprojekten gibt.

„Eine isolierte Betrachtung der einzelnen Projektergebnisse ist nicht sinnvoll."

Wann wäre denn ein Zeitpunkt für die von Ihnen ins Spiel gebrachte Wiedervorlage, die der Innovationsfonds so gar nicht vorsieht, angemessen?

Der Innovationsausschuss hat ein breites Spektrum an Projekten mit Lotsen für unterschiedliche Indikationen und Settings bewilligt und an diese vermutlich auch Erwartungen geknüpft. Nach Abschluss der größten laufenden Projekte kann ein Kassensturz erfolgen. Es ist einfach wichtig, dass wir aus der erarbeiteten Evidenz systematische Lehren ziehen und diese Gelegenheit nicht an uns vorbeiziehen lassen.

Weiterhin steht in eben genanntem Artikel (4), dass es darüber hinaus zudem sinnvoll sein könnte, „spezielle Zielgruppen innerhalb der Krankheitsgruppen zu definieren, die potenziell besonders von der Intervention profitieren, was die Kosteneffektivität der Maßnahme erhöhen" würde. Doch sei eine „evidenzbasierte Identifizierung der Versorgungs- und Indikationsbereiche mit erhöhtem Verbesserungs- und Koordinationspotenzial für einen zielgerichteten Einsatz der Lotsen somit noch ausstehend". Auch hier die Frage: Wäre es

nicht sinnvoller, als noch irgendein Lotsenprojekt zu fördern, die von Ihnen adressierten Fragen zu beantworten? Weil Sie sicher „Ja“ sagen werden: Wie könnte ein entsprechendes Studiensetting oder gar eine entsprechende Theorie aussehen? Würden Sie eher einen weiteren Innovationsfondsantrag als sinnvoll ansehen oder gibt es einen anderen Ansatz, der aus Ihrer Sicht besser passen würde? Sollte man vielleicht ein entsprechendes Pilotprojekt in einer Region in Gang setzen?

Wir brauchen nicht immer mehr: Klassische Subgruppenanalysen in den laufenden RCTs liefern schon brauchbare Erkenntnisse zu den profitierenden Patientenpopulationen. Natürlich sind die RCTs auf den primären Endpunkt hin gepowert, sodass Subgruppenergebnisse ohne Signifikanz kein abschließendes Urteil erlauben. Aber die Subgruppenanalysen, welche signifikante Verbesserungen aufzeigen, sind von Informationswert.

Mich interessiert momentan zudem, ob die Lotsentätigkeit in ländlichen Regionen mit einer geringeren Versorgungsdichte und -intensität sowie mit kleineren Krankenhäusern funktioniert bzw. wie man die Modelle anpassen müsste, damit sie den Bedürfnissen der Bevölkerung entspricht.

„Obwohl es erste Hinweise zu Kosteneinsparungen für die gesetzliche Krankenversicherungen für kardiologische Patient:innen gibt, werden andere gesundheitsökonomische Perspektiven, wie aus Sicht der Gesamtgesellschaft oder weiterer Kostenträger, nur unzureichend abgebildet“, steht ebenso im DÄB-Artikel (4). Dies sei insbesondere hinsichtlich der angestrebten sektoren- und gesetzbuchübergreifenden Wirkungsweise der Patientenlots:innen „eine essenzielle, dringend zu schließende Forschungslücke“. Welche gesundheitsökonomische Perspektiven aus Sicht der Gesamtgesellschaft oder weiterer Kostenträger sprechen Sie hier genau an? Und: Wie könnten Sie sich vorstellen, auch diese Evidenzlücke zu schließen?

Die Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherungen ist für die Erstattungsentscheidung essenziell. Neben Kosten, die von den Patient:innen direkt getragen werden, sind für bestimmte Indikationen z. B. auch Pflege- und Rentenkassen wichtige Stakeholder/ Zahler, die bei einer gesetzbuchübergreifenden Lösung mit einbezogen werden sollten.



Prof. Dr. Leonie Sundmacher

leitet den Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie an der Technischen Universität München. Davor war sie Professorin für Health Services Management an der Ludwig-Maximilians-Universität. Sie studierte Volkswirtschaftslehre, Gesundheitsökonomie und Politikwissenschaft an der University of York und an der Freien Universität Berlin und promovierte an der Technischen Universität Berlin. Sie ist Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Mitglied im Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege und Mitglied im wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs.

Gehen wir nun weiter von der Mikro- auf die Metaebene, da Sie ja nicht nur Leiterin des Fachgebiets Gesundheitsökonomie an der Technischen Universität München und als solche unter anderem auch Evaluatorin sind. Sie sind auch Mitglied des Sachverständigenrats Gesundheit und ebenso Mitglied der Regierungskommission für moderne Krankenhausversorgung beim Bundesministerium für Gesundheit und einiger anderer Räte: Welchen Rat geben Sie als vor allem wissenschaftlich geprägte Gestalterin von Gesundheitssystemen der Politik, den Kassen, den KVen und den Krankenhausgesellschaften auf Bundes- und Landesebene, wie sie mit dem Thema Lots:innen – auch im Hinblick auf die zunehmenden Probleme der Versorgung im Zeitalter von doppelter Demografie und des Fachkräftemangels – im Sinne einer besseren Versorgung und vor allem zum Besten der Patient:innen umgehen sollten?

Es klang bereits oben an. Ich kann nachvollziehen, dass die Entscheidung zur Empfehlung nicht für jedes einzelne Lotsenprojekt isoliert getroffen wird. Vielmehr bedarf es einer Strategie zur Förderung und Finanzierung dieses Versorgungskomplexes.

Die Entscheidung sollte maßgeblich auf Grundlage der verfügbaren Evidenz getroffen werden, aber gleichzeitig muss berücksichtigt werden, welche Auswirkungen die Etablierung von Lots:innen auf die Fachkräftesituation vor Ort haben. Für Lots:innen werden oft Stellen geschaffen, die mit geschultem Personal besetzt werden müssen. Möglicherweise bevorzugte Arbeitszeiten abseits des Schichtbetriebs könnten den Lotsenberuf zu einer attraktiven Alternative zum Praxis- und Klinikalltag machen. Dies bedeutet allerdings auch, dass ausgebildete Fachkräfte an anderer Stelle ersetzt werden müssen. Im letzten Sachverständigenratsgutachten sind wir zu einer differenzierten Analyse gelangt, nach der in Deutschland im internationalen Vergleich relativ viele Beschäftigte pro Einwohner:in zur Verfügung stehen. Dennoch kommt es aufgrund der hohen Fallzahl pro Patient:in zu einer hohen Arbeitsbelastung im Gesundheitssystem. Im Mittelpunkt unserer Empfehlungen stand daher, die strukturellen Schwächen des Gesundheitssystems zu beheben und medizinisch nicht notwendige Fälle möglichst zu reduzieren. Eine bloße Steigerung des Angebots an Fachkräften übersieht, dass wir viel Effizienz zugunsten behäbiger Strukturen

aufgeben und ist angesichts des demografischen Wandels nicht realistisch.

Lots:innen binden demnach einerseits Personalkapazitäten, versprechen aber andererseits gleichzeitig Effizienzsteigerung.

Die Rechnung geht meines Erachtens nur auf, wenn der Einsatz von Patientenlotsen keine Zwischenlösung auf dem Weg zu einer grundsätzlichen Umstrukturierung der Sektoren und Sektorengrenzen darstellt, sondern einen darüberhinausgehenden Nutzen für vulnerable Patientenpopulationen bietet.

„Eine effektive Steuerung von Patient:innen verlangt nun mehr Bindung aufseiten der Patient:innen sowie eindeutige Patientenpfade und Entscheidungsregeln zwischen den Versorgern: Es ist eine Gesamtaufgabe."

Steht hinter allem nicht eine bisher unbeantwortete, weil recht unbequeme Fragestellung: Sollten Patient:innen gesteuert werden oder im Sinne des Primus der individuellen Freiheit besser sich selbst überlassen bleiben? Und, was sicher ein großer Wurf ist: Sollten zum anderen nicht die Stakeholder unseres Gesundheitssystems zum Besten der Patient:innen verpflichtet werden, statt wie bisher eine einzelleistungsbezogene eine outcomebasierte Versorgung zu etablieren?

Die Frage ist nicht mehr so unbequem wie sie vor zehn Jahren noch war. Die Diskussionen auf dem diesjährigen Ärztetag in Mainz und in den Ärztenverbänden und -gewerkschaften sind geprägt von dem Wunsch nach mehr Patientensteuerung. Als Gesundheitsökonomin kann ich mich dieser Einschätzung anschließen.

Auch haben wir im diesjährigen Sachverständigenratsgutachten deutlich gemacht, dass das deutsche Gesundheitssystem zu komplex ist und nicht mehr den Bedürfnissen der Menschen entspricht. Dabei ist die Tatsache, dass vier von fünf Menschen in Deutschland Schwierigkeiten haben, das Gesundheitssystem zu navigieren, meines Erachtens kein Nachweis einer frappierend niedrigen Gesundheitskompetenz, sondern das Resultat eines stark fragmentierten Systems. Auf Ebene der einzelnen Ärzt:innen und Pflegekräfte haben wir keine ausgeprägten Qualitätsdefizite, aber wir schaffen es nicht, die Patient:innen zügig zu der für sie effektivsten und effizientesten Versorgung zu leiten. So kommt es in Summe zu schlechteren Outcomes als es mit koordinierter Versorgung möglich wäre. Eine effektive Steuerung von Patient:innen verlangt nun mehr Bindung aufseiten der Patient:innen sowie eindeutige Patientenpfade und Entscheidungsregeln zwischen den Versorgern: Es ist eine Gesamtaufgabe. So hat in unserem Innovationsfondsprojekt „Pfad" (5) eine Umfrage unter Versicherten der Techniker Krankenkasse ergeben, dass vielen ein verlässlicher Ansprechpartner für ihre Gesundheitsprobleme wichtiger ist als der schnelle Zugang zu einer Vielzahl von Versorger:innen. Das war für mich überraschend und ist ermutigend.

Wie kommen wir schneller voran?

Mit dem Willen zur Veränderung und sicher auch einer neuen Kultur des Miteinanders in der Gesundheitsversorgung. Das erfordert gezielte Schritte, nicht nur die Health Literacy der Patientenschaft zu erhöhen, sondern auch in die Managementfähigkeiten der Stakeholder zu investieren.

Wäre es nicht eine Aufgabe der Versorgungsforschung oder gar eine, die sich Versorgungsforscherin Prof. Sundmacher annehmen könnte, eine Art universitäres Spin-off-Institut zu gründen, um Seminare für Gesundheitsregionalmanager durchzuführen, um die Chance zu erhöhen, vor allem Lotsenprojekte im ländlichen Raum zu etablieren?

Darüber denke ich mal nach. Eine neue Kultur des Miteinanders lernt man ja am liebsten von Peers. Wir liefern aber gerne die Evidenz dafür.

„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen." Sie kennen den § 12 SGB V aus dem Effeff: Kommen wir in Deutschland jemals hin zu einem Anspruch auf eine bessere, wenn schon nicht die beste Versorgung, wenn die Evidenz dafür vorliegt?

Evidenz ist maßgeblich. Mir ist aber kein Gesundheitssystem bekannt, in dem rein evidenzgetrieben entschieden wird. Insofern ist ein gewisses Stückwerk eingepreist. Neben der Evidenz ist daher die Transparenz der Entscheidungsfindung das wichtigste Kriterium auf dem Weg zu einer effizienten Nutzung unserer Ressourcen.

Frau Prof. Sundmacher, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Literatur

1: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/499/2023-12-15_Cardiolotse_Ergebnisbericht.pdf
2: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/500/2023-12-15_Cardiolotse_Evaluationsbericht.pdf
3: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/498/2023-12-15_Cardiolotse.pdf
4: https://www.aerzteblatt.de/archiv/239856/Patientenlotsen-Optimierte-Versorgung-oder-Orientierungshilfe15 – xystem.
5: https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/pfad-muster-der-inanspruchnahme-analyse-von-empirischen-patientenpfaden-und-befragung-von-versicherten.343

Links zu wissenschaftlichen Papieren „Cardiolotse":
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39428539/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39503813/

Zitationshinweis

Sundmacher, L., Stegmaier, P.: „Wir brauchen eine Strategie zur Förderung der Lotsensysteme", in „Monitor Versorgungsforschung" (06/24), S. 6–10. http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2661



Einstufig kurz: Jederzeit Projektideen beim Innovationsfonds einreichen!

Mit dem Verfahren „einstufig, kurz“ beschreitet der Innovationsfonds seit 2024 neue Wege: Im dem Verfahren können Antragstellende erstmals Projekte der neuen Versorgungsformen unterjährig einreichen. Die Vorhaben müssen nach Art und Umfang geeignet sein, innerhalb von maximal zwei Jahren Ergebnisse zur Verbesserung der Versorgung zu generieren. Daneben sind auch die Verfahren „Neue Versorgungsformen – einstufig lang“, „Neue Versorgungsformen – zweistufig lang“ sowie „Versorgungsforschung“ zentrale Säulen der Förderung.

Die langjährige Kompetenz des privaten Instituts für angewandte Versorgungsforschung GmbH (inav) in der Konzeption, Evaluation und Durchführung von Innovationsfonds-Projekten trug in diesem Kontext in 2024 besondere Früchte: Als erstes Projekt im neuen Verfahren unterstütze das inav bei der Antragsstellung und begleitet nun die wissenschaftliche Evaluation des Vorhabens „Virtual Ward – Telemedizinische Versorgung krankenhauspflichtiger Patientinnen und Patienten in Pflegeeinrichtungen“. Unter Konsortialführung der Asklepios Kliniken GmbH wird dabei die Implementierung virtueller Krankenhausstationen in Pflegeeinrichtungen in Hamburg und Hessen erprobt.

Unsere Expertise für ihren Innovationsfonds-Antrag

Das inav blickt auf acht Jahre Innovationsfonds-Expertise und eine Vielzahl geförderter Projekte zurück. Wir begleiten Sie über den gesamten Zyklus Ihres Projekts:

- Unterstützung bei der Entwicklung von innovativen Versorgungskonzepten,
- Mitwirken bei der Zusammenstellung des Konsortiums,
- Entwicklung eines Evaluationskonzepts,
- Unterstützung bei der Erstellung eines Vollantrags,
- Durchführung und Auswertung der Evaluation,
- Erstellung von wissenschaftlichen Publikatione sowie
- Projektmanagement von Innovationsfondsprojekten.

Sie haben eine Projektidee?
Bringen Sie Ihr Innovationsfondsprojekt mit uns auf den Weg und profitieren Sie von unserer Expertise. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme.

Dr. Franziska Püschner, Mitglied der Geschäftsführung und Senior Manager Versorgungsforschung
pueschner@inav-berlin.de · Tel. +49 30 24 63 12 22

inav-berlin.de/innovationsfonds

inav | Institut für angewandte Versorgungsforschung

23. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung des DNVF

Wissenschaft und Praxis noch enger verzahnen

„Bei der Implementierung müssen die implementierenden Personenauch einen gewissen Sinn in den Dingen sehen, die anders als bisher passieren sollen“ (Köberlein-Neu). „Die Schwarze-Peter-Karte hat die Politik, weil sie innerhalb von Legislaturperioden das Problem lösen muss, trotz zu wenig Geld dafür zu sorgen, dass Patient:innen wieder besser versorgt werden“ (Hoffmann). „Die Praxis hatte schon immer Hemmungen, etwas Neues zu akzeptieren, gerade wenn Dinge schon immer anders gemacht worden sind. Auch ist es nicht einfach, aus den Routinen herauszukommen, und empfindet diese Innovation häufig als Arroganz der Theorie“ (Kühlein). Drei Zitate aus der Eröffnungspressekonferenz des 23. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung (DKVF), der in diesem Jahr in Potsdam unter dem Motto „Implementierungswissen schafft innovative Versorgung“ stattfand.

>> Kongresspräsidentin Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu, Gesundheitsökonomin und Inhaberin des Lehrstuhls für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomische Evaluation an der Bergischen Universität Wuppertal, führte aus, dass schon auf den letzten vom Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) veranstalteten Kongressen eindrucksvoll demonstriert worden sei, wie wichtig die Ergebnisse der Versorgungsforschung für gesundheitspolitische Entscheidungen sind. Die vielen vorgestellten Analysen der aktuellen Gesundheitsversorgung sowie die Weiterentwicklung methodischer Ansätze unterstreichen ihrer Ansicht nach die Relevanz dieser Forschungsrichtung. Ihr zentrales Thema war es, wie die Ergebnisse der Versorgungsforschung gezielt zu besseren gesundheitspolitischen Entscheidungen beitragen können.

Darum gehe der Kongress in diesem Jahr einen Schritt weiter, indem erörtert werde, wie wissenschaftliche Erkenntnisse sowohl in politische Entscheidungen als auch in die Praxis der Gesundheitsversorgung integriert werden können. Unter dem Motto „Implementierungswissenschaft – innovative Versorgung“ liege der Fokus auf dem Wissen, das für den Übergang von Forschungsergebnissen in den Versorgungsalltag benötigt wird. Ein Beispiel für die praktische Bedeutung dieses Wissens zeigt sich ihren Ausführungen nach beispielsweise in der Versorgung von Pflegeheimbewohnenden. Circa 27 Prozent der Krankenhausaufenthalte in Pflegeheimen könnten vermieden werden – vor allem durch Maßnahmen wie eine verbesserte Kooperation zwischen Pflegenden und Hausärzteschaft sowie regelmäßige Medikamentenprüfungen, die das Risiko von Übermedikation verringern. Diese Erkenntnisse hätten bereits 2019 zur Einführung gesetzlicher Kooperationsvereinbarungen zwischen Pflegeeinrichtungen und ambulanter Versorgung geführt. Erste Studien zeigten auch, dass diese Maßnahmen die Zusammenarbeit und Lebensqualität der Bewohnenden verbessern. Köberlein-Neu: „Der Schlüssel für den Erfolg solcher Implementierungen liegt in einem tiefen Verständnis der spezifischen Versorgungskontexte. Nur durch gezielte Implementierungsstrategien, die den jeweiligen Herausforderungen der Einrichtungen und des Personalmangels gerecht werden, kann eine nachhaltige Veränderung erreicht werden.“ Hier setze die Implementierungswissenschaft an: Sie erforsche, wie bestehendes Wissen effektiv in die Praxis überführt werden kann, in-

> *„Für die Implementierung oder auch für die De-Implementierung von Dingen, die vielleicht keinen Nutzen haben, ist es wichtig, dass wir nicht nur den Mittelwert kennen, sondern auch wissen, wo die Abweichungen sind.“*
> ***Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu***



v. li.: *Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu und Prof. Dr. Thomas Kühlein.*

AstraZeneca Onkologie

AstraZeneca

Jede Revolution braucht Menschen mit Mut.

Wir entwickeln jeden Tag neue Ansätze in der Krebstherapie.
Damit in Zukunft niemand mehr an Krebs sterben muss.



Trotz aller medizinischen Fortschritte sind die Überlebenschancen bei einigen Krebsarten nach wie vor gering. Das wollen wir bei AstraZeneca ändern. Denn wir sind überzeugt, dass Krebs als Todesursache eliminiert werden kann. Auf dieses ambitionierte Ziel richten wir deshalb alles aus: unsere klinische Strategie, unsere Pipeline und unser Portfolio, unsere präzisen Therapien. Um eins zu erreichen: Die Krebsbehandlung zu revolutionieren und so Überleben neu zu definieren – in frühen Stadien ebenso wie bei fortgeschrittener Erkrankung. Damit in Zukunft niemand mehr an Krebs sterben muss.
Mehr erfahren unter **onkologie-mit-mut.de**

AstraZeneca GmbH • Friesenweg 26 • 22763 Hamburg • www.astrazeneca.de

DE-73571

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Wissenschaft und Praxis noch enger verzahnen“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (06/24), S. 12, 14. http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2662

„Wir haben viel Zeit verschwendet, in Ruhe, mit Kooperation, mit gegenseitigem Respekt und auch mit genug Geld ein lernendes Gesundheitssystem aufzubauen. Letzteres ist nicht mehr da. Deswegen müssen wir jetzt schneller und besser werden. Das wird natürlich auch knirschen und an manchen Stellen klemmen.”
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann

dem sie dabei auch Erkenntnisse aus anderen Sektoren wie dem Bildungswesen hinzuzieht.

Der Vorstandsvorsitzende des veranstaltenden DNVF, Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, geschäftsführender Direktor des Instituts für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald, betonte die Verantwortung der Versorgungsforschung, die sich der Aufgabe verschrieben habe, wissenschaftlich fundierte Lösungen für die Herausforderungen im deutschen Gesundheitssystem zu entwickeln und in die Praxis zu bringen. „Nach Jahren intensiver Forschung und der Entwicklung von Standards und Leitlinien stehen wir an einem Wendepunkt, der von der reinen Erkenntnisgewinnung hin zu konkreten Lösungen führt“, erklärte Hoffmann und warnte in der anschließenden Diskussionsrunde davor, noch mehr Zeit zu vergeuden, indem er sagte: „Die Zeit des zweimal gemütlichen Diskutierens ist vorbei, jetzt müssen Lösungen her. Wenn wir keine evidenzbasierten, rationalen, abgestimmten, kooperativen und patientenorientierten Lösungen schaffen, bekommen wir rasch populistische und gefährliche Lösungsvorschläge.“

„Der Unterschied zwischen Theorie und Praxis ist generell in der Praxis größer als in der Theorie.” „Das ist das, was wir in der Praxis immer wieder empfinden, wenn Innovationen oder Neuerungen auf uns zukommen.”
Prof. Dr. Thomas Kühlein
(zitiert dabei ein Laptoptuch (2))

Das DNVF hat seinen Worten zufolge über die Jahre viel erreicht: Es hat Innovationen gefördert, Leitlinien unterstützt und Standards für Forschung und Versorgung gesetzt. Doch sei das Gesundheitssystem weiterhin von Unter-, Über- und Fehlversorgung geprägt, weil vieles von dem, was die Forschung bereits herausgefunden hat, noch keinen Weg in die Praxis finde. Hier wolle der Kongress ansetzen und „die Kluft zwischen Wissen und Umsetzung schließen“ und damit direkt an den Bedarf der Praxis anknüpfen. Mit diesem Kongress unternehme das DNVF den wichtigen Schritt, Wissenschaft und Praxis noch enger zu verzahnen, um das Versorgungssystem ein Stück weit zu verbessern und die Forschung noch relevanter zu gestalten.

„Ich vertrete hier sozusagen die Praxis, in die implementiert werden soll.“ Mir diesen Worten begann Prof. Dr. Thomas Kühlein, Direktor des Allgemeinmedizinischen Instituts am Uniklinikum Erlangen, seinen Exkurs in den Dissens zwischen Forschung und Realität. Im Alltag der Hausarztpraxen prallen seiner Erfahrung nach oft Theorie und Praxis aufeinander, vor allem wenn es um die Umsetzung von Innovationen und neuen Forschungsergebnissen geht. Obwohl evidenzbasierte Medizin (EbM) dazu dienen soll, wissenschaftlich fundierte Entscheidungen in die Praxis zu bringen, erleben viele Hausärzte oft eine Lücke zwischen dem, was Forschung empfiehlt, und dem, was in der Praxis tatsächlich umgesetzt werden kann. Dies bringe die Notwendigkeit mit sich, wissenschaftliche Erkenntnisse im Alltag individuell anzupassen und abzustimmen. Ein „Tinkering“ oder „Basteln“, wie es die niederländische Soziologin Annemarie Mol in ihrem Buch „Care in Practice: On Tinkering in Clinics, Homes and Farms“ (1) beschreibt, kennzeichne diesen ständigen Anpassungsprozess. Es sei eine kreative Auseinandersetzung mit der Forschung, die Erkenntnisse der Forschung auf die konkreten Lebens- und Gesundheitsumstände der Patient:innen abzustimmen – ein Prozess, der jedoch von Wissenschaft und Theorie häufig unterschätzt wird.

Ein großes Problem sei dabei, dass es „ganz selten eindeutig richtig und eindeutig falsch“ gebe, wobei es ganz klar medizinische Maßnahmen gebe, die so sinnlos seien, dass man sie wirklich einfach lassen könne. Als Beispiele führte er Arthroskopieeingriffe bei degenerativen Kniegelenkserkrankungen, die inzwischen nicht mehr erstattet würden, an und Grippeimpfungen, die auf der Populationsebene sinnvoll sein können und trotzdem für das Individuum nicht. Und Lauterbachs „Gesundes-Herz-Gesetz“ (GHG). Kühlein: „Natürlich gibt es theoretisch Vorteile, wenn man von Anfang an versucht, das Cholesterin niedrig zu halten, um später vielleicht irgendwann weniger Herzinfarkte zu haben. Doch dafür ist die Evidenz eigentlich noch nicht eindeutig vorhanden und trotzdem wird das Gesetz eingeführt.“ Theorie und Praxis sind Kühleins Auffassung nach deshalb schwierig zusammenzubringen, weil Mediziner:innen auf Auseinandersetzungen, Streit und Dissens nicht gut vorbereitet sind, weil sie eigentlich immer ur gelernt hätten, dass bei Frage 367 Lösung C richtig ist, A und B hingegen falsch. Kühlein: „Der Umgang mit der Unschärfe unseres Wissens und mit Wahrscheinlichkeiten und Durchschnittswerten ist uns nicht in die Wiege gelegt.“ <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur

1: https://www.transcript-verlag.de/978-3-8376-1447-3/care-in-practice/
2: https://www.amazon.de/Rannenberg-und-Friends-Laptoptuch-Theorie/dp/B007NIG3LW

Stellen Sie sich vor, Sie könnten Routinedaten und klinische Daten vereinen – und damit die Analysegrenzen sprengen

Nutzen Sie klinische Daten, um Ihre Routinedatenanalyse weiter zu vertiefen und eine noch fundiertere Entscheidungsbasis zu schaffen!

Unsere Services im Überblick

- **Gekoppelte Datenanalyse**: Nutzen Sie die Stärke verlinkter Routinedaten und klinischer Daten für ein tieferes Versorgungsverständnis als bisher.
- **Predictive Modelling**: Von klassischer Algorithmik bis zu KI-gestützten Modellen – wir validieren, optimieren und entwickeln weiter.
- **Risikogruppenanalyse**: Präzise Identifikation von Zielpopulationen für Ihr Versorgungsanliegen

Ihr Ansprechpartner



Bereit neue Möglichkeiten in Ihrer Datenanalyse zu erschließen und ungenutzte Potenziale zu entfalten? - Dann melden Sie sich gerne!

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

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

_fbeta
Beratung im Gesundheitswesen

Einblicke DKVF 2024: Preconverence- und State of the Art-Session

Problemfall Evaluation von Strukturinnovationen

Während Dr. Roland Staples (FAU Nürnberg) auf dem Preconference-Seminar des diesjährigen DKVF die grundlegende Frage aufwarf, ob die Initiatoren des Innovationsfonds eine falsche Definition des Innovationsbegriffs zugrunde legten, brachten Prof. Dr. Holger Pfaff (IMVF Köln) und Prof. Dr. med. Jochen Schmitt (ZEGV Dresden) in der Session „State of the Art" einen Vorschlag für einen neuen evidenzbasierten Ansatz in der Gesundheitspolitik ein, indem sie deutlich machten, wie man von der „theoretisch besten zur praktisch besten Evidenz" kommen kann.

>> Dr. Roland Staples bezog sich in seinem Vortrag auf den in der Wirtschaftswissenschaft gebräuchlichen Innovationsbegriff, der für die mit technischem, sozialem und wirtschaftlichem Wandel einhergehenden (komplexen) Neuerungen steht, die – und nun kommt die Krux: „entdeckt/erfunden, eingeführt, genutzt, angewandt und institutionalisiert werden". Will heißen: Der Innovationsfonds, wie er bislang ins Gesundheitssystem implantiert worden ist, greift zu kurz, weil alleine die per Projekten und Evaluationen als sinnvoll oder nicht sinnvoll erkannten Ideen erst dann zu Innovationen werden, wenn sie – wenn denn positiv vom Innovationsausschuss beschieden – implementiert – das Hauptthema des DKVF 2024 – und damit möglichst vielen, wenn nicht gar allen Versicherten und Patient:innen im Rahmen der sogenannten, aber ebenfalls nicht exakt definierten Regelversorgung zur Verfügung stehen.

Staples, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Soziologie der FAU Erlangen-Nürnberg am Lehrstuhl I – Arbeits- und Industriesoziologie (Prof. Dr. Rainer Trinczek), ging jedoch auch auf ein – zumindest aus Sicht der Organisations- und Innovationssoziologie – zweites, ebenso grundlegendes Missverständnis ein: Innovation ist nicht gleich Innovation. Es gibt seinen Ausführungen zufolge zum einen inkrementelle, zum anderen disruptive Innovationen. Inkrementelle sind meist Produktinnovationen (ob das nun Mobilphones oder Arzneimittel sind), die vergleichsweise einfach erforscht und implementiert werden können. Disruptive sind hingegen solche, für deren Implementation es der „Figur eines schöpferischen Zerstörers" bedarf. Dieser muss in der Lage sein, „aus der Perspektive der Tradition eines Unternehmens etwas wirklich Neues einzuführen, sich aber auch klar darüber sein, dass eine derartige Disruption eben auch scheitern kann. Die Kernaussage des auf Schumpeter zurückgehenden Begriffs der „schöpferischen Zerstörung" lautet: „Jede ökonomische Entwicklung baut auf dem Prozess der schöpferischen bzw. kreativen Zerstörung auf. Durch eine Neukombination von Produktionsfaktoren, die sich erfolgreich durchsetzt, werden alte Strukturen verdrängt und schließlich zerstört. Die Zerstörung ist also notwendig – und nicht etwa ein Systemfehler –, damit Neuordnung stattfinden kann." (1)

Mit diesem Ausflug in die maßgeblich von Joseph Alois Schumpeter (* 1883 / † 1950) geprägte Innovationsbegrifflichkeit der Wirtschaftswissenschaft wird klar, dass der beim G-BA angesiedelte Innovationsausschuss, in dem hauptsächlich die im Bundesausschuss aktiven Bänke agieren und bestimmen, was gefördert und was vor allem positiv beschieden und zur Umsetzung in die Regelversorgung empfohlen wird und was nicht, ein grundlegendes Problem hat. Eines, das in folgender Frage kulminiert: Sind die von dessen Geldfluss abhängigen Stakeholder des Gesundheitssystems Figuren schöpferischer Zerstörer?

Pfaff: „Was ist Wahrheit?"

Nicht Schumpeter, sondern Luhmann zitierte Prof. Dr. Holger Pfaff, Lehrstuhlinhaber des Brückeninstituts und Direktor des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Universität zu Köln, um aufzuzeigen, warum Innovationen so lange brauchen, bis sie aus einer positiv evaluierten Idee Realität werden. Nach Luhmanns Systemtheorie besteht jede Gesellschaft aus verschiedenen Systemen: dem der Politik, dem der Wirtschaft, dem der Zivilgesellschaft und schließlich dem der Wissenschaft. Pfaff: „Alles sind selbstbezügliche, sogenannte autopoietische Systeme mit ihrem eigenen Code." In der Politik gehe es um Macht, in der Gesundheitswirtschaft um Geld, in der Zivilgesellschaft um Bedürfnisbefriedigung und in der Wissenschaft um nichts weniger als die Wahrheit. Nach der Systemtheorie hören jedoch die vier Systeme nicht aufeinander. Pfaff: „Sie beeinflussen sich kaum, das ist die Vorhersage von Luhmann. Das ist ein bisschen ernüchternd." Alle Systeme wollen zudem, so Pfaffs eigene These, ihre Strukturen bewahren: die Professionals wollen weitermachen wie bisher, die Politik will alles beim Alten lassen und die Selbstverwaltung sowieso. Das heißt, so Pfaff: „Die Systeme wehren sich grundlegend gegen Einflussnahme aus der Wissenschaft." Und wenn wir auch noch selbst Zweifel reinbringen, führe das zu einem doppelten Strukturkonservatismus. Das führe dazu, dass man entweder ganz auf Evaluationen verzichtet oder dass Politiker sagen, „wenn ich von euch nichts höre, dann entscheide ich abends beim Wein". „So wurde es jedenfalls von einem Gesundheitsminister kolportiert", setzte Pfaff hinzu.

Und mit Blick auf das Kongressthema des DKVF 2024 führt er aus: „Ich bin mal ganz kritisch: Die Implementierungswissenschaft entwickelt Techniken, damit die Zivilgesellschaft und die Gesundheitswirtschaft die Dinge endlich mal übernehmen, für die wir die Wahrheit herausgefunden haben. Und dann sind wir enttäuscht, wenn das nicht passiert, weil die Systeme sagen: „Das interessiert mich nicht." Und noch viel kritischer: „Man will damit eigentlich die evidenzbasierte Form in die Gesellschaft hineinpressen. Da kann man sich auch fragen: Wo bleibt da die Partizipation?"

Erschwerend komme hinzu, dass selbst die Wahrheit eine Frage der Sichtweise sei, wodurch mehrere existieren können. So gebe es beispielsweise schon bei der Frage, ob die Koloskopie in der Lage sei, die Mortalität zu senken, zwei Wahrheiten: die relative und

die absolute Absenkung. Pfaff: „Alleine daran sieht man, dass es mehrere Wahrheiten geben kann, selbst da, wo wir Daten haben."

Obendrein existieren nach Pfaff mehrere Wahrheitsstufen. Das wird insbesondere dann sichtbar, wenn Grundlagenwissenschaftler – ob nun Statistiker oder Epidemiologen –, bei denen es um nichts weniger als die totale Wahrheit geht, Studien der Versorgungsforschung beurteilen. Am Beispiel der viel diskutierten WiZen-Studie (2) haben Pfaffs Worten zufolge aus ihrer jeweiligen grundlagenwissenschaftlichen Sicht all diejenigen recht, die sagen, auf Basis dieser Studie könne man die Aussage noch nicht treffen, ob die Intervention wirklich gut sei. Dieser scheinbare Widerspruch sei hauptsächlich darin begründet, dass Versorgungsforschung eine „Anwendungswissenschaft" sei, deren Aufgabe es wäre, „dafür zu sorgen, dass einigermaßen gut evaluierte Interventionen in die Praxis kommen". Pfaff weiter: „Weil dem so ist, haben wir Versorgungsforscher nicht den Blick der total reinen Wahrheit."

Obwohl es natürlich bei der Versorgungsforschung immer um die höchst erzielbare Wahrheit gehe, verbirgt sich hier laut Pfaff das schwierige Thema der Evidenzgrade, genauer; des Unterschieds zwischen der theoretisch besten Evidenz und der praktisch besten Evidenz. Und der durch diese Diskrepanz verursachten Probleme und Missverständnisse.

Das erklärte Ziel der Versorgungsforschung, eine rationale Gesundheitspolitik auf Basis evidenzbasierten Wissens zu fördern, geschieht laut Pfaff bislang mit der Anwendung der Prinzipien und Methoden der evidenzbasierten Medizin. Die wiederum basiert auf randomisiert kontrollierten Studien (RCT) und Meta-Analysen möglichst vieler RCTs; am besten der 1a- oder 1b-Evidenzstufe und damit der theoretisch besten Evidenz. Alles, was darunterliege, werde vom IQWiG abgelehnt, obwohl es inzwischen Bewegungen gebe, dieses Vorgehen aufzuweichen.

Oder eben öffentlich kritisiert, wie am Beispiel der WiZen-Studie (3) geschehen. So habe Andreas Stang in seinem Editorial im Deutschen Ärzteblatt mit dem Titel „Evaluierbarkeit des Effekts der Zertifizierung onkologischer Zentren" das Argument aufgeführt, dass die diskutierte Studie (4) unter dem Level liege, das normalerweise akzeptiert werden könne.

Hier müsse man wissen, führte Pfaff ähnlich wie Staples aus, dass Innovation nicht gleich Innovation sei, und man drei Innovationstypen unterscheiden müsse, und dies bereits dann, wenn eine Evaluation geplant werde:

- Produktinnovationen (Medikamente, Arzneimittel)
- Prozessinnovationen (Leitlinien etc.)
- Strukturinnovationen

Das EbM-System, das Pfaffs Worten zufolge natürlich seine Berechtigung hat, ist jedoch nicht für jeden Innovationstyp geeignet. Selbstverständlich sei eine Evaluation via RTC bei Produktinnovationen der Fall, nur sehr eingeschränkt indes bei Strukturinnovationen. Am Beispiel der Innovationsfondsprojekte führte er aus, dass man eigentlich schon drei drei Jahre vor Projektstart einen Piloten durchführen müsste, um das einzuführende Grundprinzip zu testen. Danach sollte im Idealfall eine Vier-Jahres-Studie durchgeführt werden, wenn man das MASI-Framework ernst nehmen würde, und dann erst die Projektbeantragung folgen, was dann insgesamt acht Jahre dauert. Danach müssen die Ergebnisse veröffentlicht und reviewt werden, was weitere sieben oder acht Jahre benötigen könne. Pfaff: „Das heißt: Wir sind 15 Jahre zu spät dran." Aber nur dann, wenn keine Replikation der Studienergebnisse gefordert wird, was im Falle von Strukturinnovationen so gut wie unmöglich ist, weil alle etablierten Strukturen jeweils unterschiedliche Kontexte und dadurch auch Outcomes aufweisen. Pfaffs erstes Zwischenfazit: „Wir haben ein echtes Problem: Wir brauchen eine Lösung für Strukturinnovationen." Man habe nur die Wahl: „Wir lassen es entweder bleiben oder warten eben 20 Jahre." Wobei Letzteres nicht zur Wahl stehe, weil sich in der Zwischenzeit neue Techniken entwickelt haben oder andere schon wieder veraltet sind und sich auch die Strukturen selbst ändern. Will heißen: „Es gibt mehrere Probleme, die der Evaluierbarkeit von Strukturinnovationen entgegenstehen."

Hinzu kommt erstens, was bereits im Jahr 1948 im Aufsatz „Widerstand gegen Wandel" beschrieben worden sei. Der Grund dafür sei, dass Menschen eben nicht immer das machen, was wir uns als Wissenschaftler vorstellen, was das Experiment zumindest verunreinigt. Zweitens führe der im Idealfall nötige hohe Zeitaufwand dazu, dass man auf den Pilot verzichtet und damit „Kinderkrankheiten" in die beantragte Projektstudie integriert und diese mittestet, was wiederum das Ergebnis verfälschen kann. Da bei so entstehenden Komplex-Paket-Tests immer ein Gesamtpaket an Interventionen getestet werde, wisse man hinterher nicht, welche Bestandteile wirklich wirksam sind. Was wiederum ebenfalls die Replikation erschwere.

All dies führe bei Strukturen zu hohen Innovations- und Evaluationskosten, die abschrecken würden. Anders sei dies bei Medikamenten, bei denen einfach das „Trial and Error"-Prinzip anwendbar sei. Pfaff: „Genau das ist der große Vorteil von RCT: Ich brauche keine Theorie. Man kann eine Idee testen, indem man den Versuch-Irrtum-Weg geht und schaut, bis man irgendwann die Lösung hat. Das geht bei Strukturen nicht, auch weil das viel zu lange dauert." RCT-Ergebnisse gelten zudem auch noch nach 20 Jahren, weil sie eine stabile Umwelt, ein sich nicht veränderndes Medikament und einen sich ebenso nicht verändernden Menschen voraussetzen.

Angesichts dynamischer Umwelten und schnell veraltender Strukturinnovationen funktioniere das EbM-System indes nicht. All dies, vor allem aber die eingeschränkte Anwendbarkeit der Kriterien der evidenzbasierten Medizin, bringt laut Pfaff Strukturinnovationen zur „Grenze der Evaluierbarkeit". Pfaff: „Alleine schon darum sind unsere Evaluationsergebnisse, egal, wie wir sehr wir uns auch anstrengen mögen, prinzipiell immer kritisierbar." Es würde sich immer ein Kritiker:innen finden, die die reine Wahrheit haben wollen. Das würden jene nicht aus Bösartigkeit tun, sondern „weil sie gelernt haben, dass die Wahrheit" an oberster Stelle steht. Auch wenn – ein erneuter Ausflug zu Luhmann – es die absolute Topwahrheit gar nicht gibt.

Das Fatale dabei: „Dadurch werden Zweifel gesät." Dabei zitierte er aus dem Buch „Merchants of Doubt" (5) von Erik M. Conway und Naomi Oreskes: Es müssen nur ein oder zwei Leute Zweifel äußern und schon glaubt die Mehrheit nicht mehr an wissenschaftliche Ergebnisse. Was sich nach Pfaff wiederum auf die Implementierung auswirkt: „Wenn manche Leute schon aufgrund ganz geringer Zweifel – was auch genetisch implantiert sein mag – beginnen, etwas nicht zu tun, gibt es von der Versorgungsforschung entweder nur vorsichtige oder gar keine Ratschläge mehr, weil wir ja nicht sicher sein können, ob eine Wirksamkeit wirklich voll belegt ist."

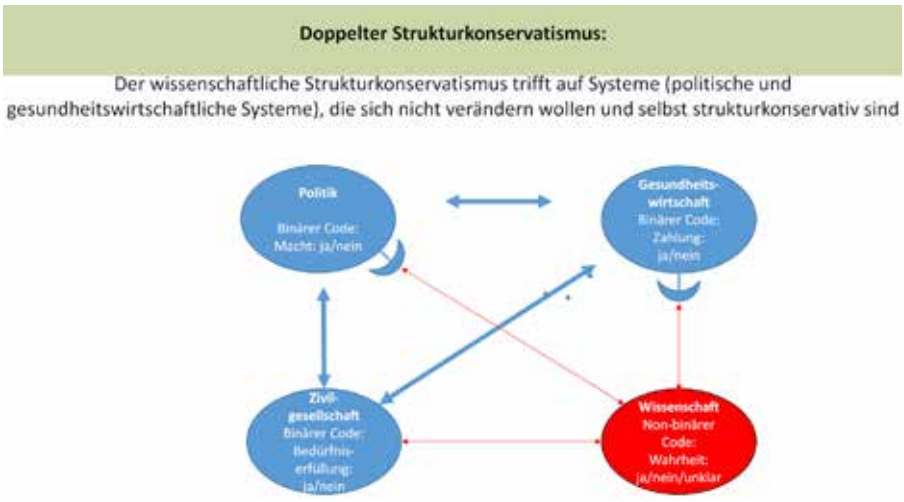


Abb. 1: *Doppelter Strukturkonservatismus. Quelle: DKVF-2024-Vortrag „State of the Art: Von der theoretisch besten zur praktisch besten Evidenz: ein Vorschlag für einen neuen evidenzbasierten Ansatz in der Gesundheitspolitik" (Holger Pfaff, Jochen Schmitt, Ibrahim Demirer).*

Das wiederum führt seiner Ansicht nach zu einem wissenschaftlich induzierten Strukturkonservatismus. Dessen Definition, nachzulesen im demnächst in der Zeitschrift „Health Care Research & Implementation" erscheinenden Artikel „Give innovation a chance: Overcoming structural conservatism of evidence-based medicine and health policy decision-making by returning to Sackett": „Eine Praxis, die Entscheidungen in einer Weise trifft, die systematisch – gewollt oder ungewollt – der Entwicklung und Implementierung neuer Strukturen im Wege steht und damit indirekt alte Strukturen bewahrt."

Pfaffs (Selbst)-Mahnung: „Wir sind mit daran schuld, dass nichts vorwärtsgeht, weil wir zu viel Zweifel an unseren eigenen Studien äußern. Das ist unser Anteil am Strukturkonservatismus, der daran beteiligt ist, dass die Entwicklung und Implementierung neuer Strukturen nur schleppend vorangeht und indirekt alte Strukturen bewahrt werden." Und dies vor dem Hintergrund, dass die alten Strukturen bisher nie getestet wurden, weil sie aus ihrer jeweiligen Zeit und deren Möglichkeiten entstanden seien. Pfaff: „Doch wir bürden neuen Dingen eine Evaluationsqualität auf, die die alten Strukturen gar nicht bestehen mussten, weil sie einfach so entstanden sind."

Will heißen, so Pfaff: „Wir stehen unter Handlungsdruck." Die Versorgungsforschung könne es nicht wollen, dass letztendlich der Bauch entscheidet, weil „wir nicht liefern". Will auch heißen, so Pfaff weiter: „Bevor wir gar keine Evidenz mehr liefern, müssen wir einen Mittelweg zwischen der höchsten und gar keiner finden." Von daher müsse man künftig zwischen drei Typen von Evidenz unterscheiden:

a) die theoretisch beste Evidenz, welche die EbM mit ihrem impliziten Zweifelsfreiheitsmemo anstrebt.
b) die bestverfügbare Evidenz, die David Sackett in seiner Definition beschreibt
c) die praktisch beste Evidenz, die unter den gegebenen Umständen das höchste Evidenzniveau erreicht, die Pfaff und sein Kollege Schmitt ins Spiel bringen.

Das bedeutet nichts anderes, als zuallererst für jede Bedingungskondition definiert werden muss, welche Evidenz maximal möglich ist, wenn die neuesten Methoden angewandt werden. Im Umkehrschluss verlange die Definition einer Maximalevidenz auch den Willen der Forschungscommunity, dieses Maximum auch einzuhalten: „Wenn es möglich ist, machen wir die Studie auch, darunter akzeptieren wir es nicht."

Dabei gehe es nicht um pragmatische Evaluation oder auch um eine realistische Evaluation. Es geht um nichts weniger als darum, das „höchst erreichbare Evaluationsdesign unter den jeweils gegebenen Kontextbedingungen auf Grundlage des neuesten Stands der Evaluationsforschung unter Einfluss mechanistischer Studien" anzustreben. Für diese Arbeit schlagen Pfaff und Schmitt einen strukturieren Konsensfindungsprozess nach dem Vorbild der S3-Leitlinienerstellung vor: „Dort muss festgelegt werden, was unter dem jeweils gegebenen Kontext die praktische höchst erzielbare Evidenz darstellt."

Klar sei bislang lediglich, dass das bestverfügbare Evidenzniveau je nach Kontext und den jeweils gegebenen politischen, ökonomischen, sozialen, ethischen, psychologischen, organisationalen, regionalen, kulturellen, technischen und strukturellen (Rahmen-)Bedingungen mit Sicherheit anders ausfällt. Es könne sein, dass im Kontext A tatsächlich durchaus ein RCT durchgeführt werden kann, in weiteren Kontexten hingegen nicht, doch dafür vielleicht eine kontrollierte, eine quasi-experimentelle, eine quantitative oder eine Korrelationsstudie.

Dennoch bleibt Pfaffs Ausführungen zufolge unbestritten, dass immer eine Unsicherheitslücke zwischen der theoretisch besten Evidenz und der praktisch besten Evidenz existieren wird. Diese Unsicherheitslücke müsse jedoch von Wissenschaft, Politik wie Gesellschaft akzeptiert werden, wohl wissend, dass diese jederzeit von Kritikern genutzt werden könne. Die Politik muss nach Pfaff zudem akzeptieren, unter Unsicherheit entscheiden zu müssen. Pfaff: „EBM ist – übertrieben gesagt – etwas für Angsthasen." Im Gesundheitssystem müsse man ähnlich wie in der Wirtschaft lernen, Entscheidungen unter Unsicherheiten zu treffen. Jedoch müssen die Unsicherheiten extrem minimiert werden, indem seitens der Wissenschaft das maximal Mögliche probiert und methodisch an die Grenze gegangen worden ist".

Mit einem Rekurs auf die WiZen-Studie, die aus seiner Sicht für die getestete Konstellation die bestverfügbare Evidenz darstellt, fügte er hinzu: „Man kann es vielleicht noch besser hinbekommen, doch wissen wir noch nicht wie."

Schmitt: die Frage des „Wie"

Das „Wie" erklärte Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, Direktor des Zentrums für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) des Universitätsklinikums und der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus, Dresden, und derzeit stellvertretender Vorsitzender des DNVF, in seinem Vortrag „EbM*plus* – internationale Perspektiven und Entwicklungen". Schmitts Ausführungen vorauszuschicken ist die Feststellung, dass die Definition des „EbM*plus*"-Modells, das die beiden deutschen Versorgungsforscher Pfaff und Schmitt entwickelt haben, parallel zur internationalen „EbM+"-

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Problemfall Evaluation von Strukturinnovationen“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (06/24), S. 16–19.
http://doi.org/10.24945/MVF.05.24.1866-0533.2663

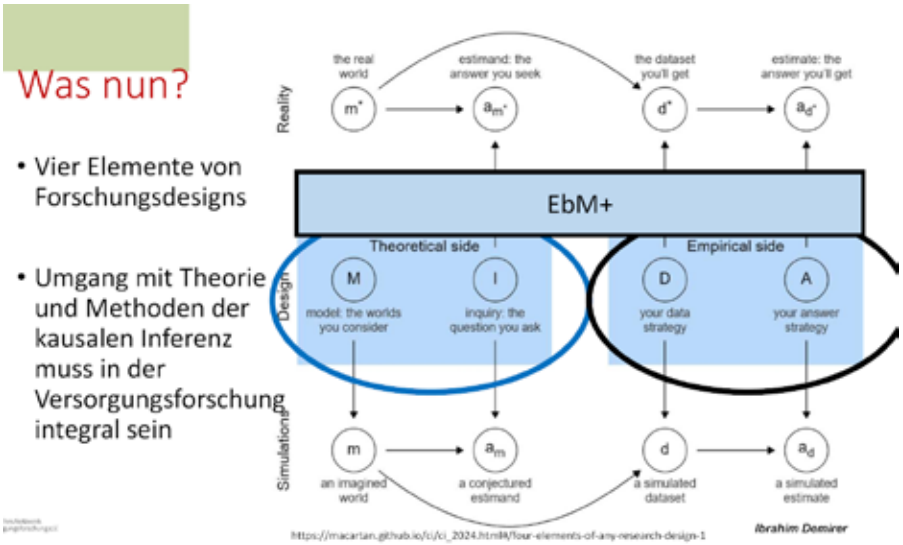


Abb. 2: *Vier Elemente von Forschungsdesigns. Quelle: DKVF-2024-Vortrag „EbMplus – internationale Perspektiven und Entwicklungen“ (Jochen Schmitt).*

Entwicklung entstanden ist. Beide – „EbM+“ und „EbM*plus*“ – das ist laut Schmitt ganz wichtig – kommen aus der eigentlichen EbM-Bewegung heraus. Es handele sich damit um keine Kontrabewegung, sondern um die Erweiterung des traditionellen EbM-Konzepts mithilfe der Integration zusätzlicher Dimensionen sowie einer breiteren und diverseren Evidenzbasis.

EbM+ (international) ist laut Schmitt maßgeblich geprägt von zwei Entwicklungssträngen:

Prof. Jon Williamson, Professor of Reasoning, Inference and Scientific Method, Leeds, mit dessen zentralem Thema der Kausalität: „Evidence of Mechanisms should be integrated with evidence of correlation to better assess causal claims“ („Der Nachweis von Mechanismen sollte mit dem Nachweis einer Korrelation integriert werden, um kausale Behauptungen besser beurteilen zu können.“). Dabei postuliert er, dass eine kausale Schlussfolgerung einen „Correlation Claim“ und einen „Mechanistic Claim“ erfordert, wobei eine Evidenzart nicht ausreichend sei, um Kausalität darzustellen. Ebenso führt Williamson in Rückbesinnung auf Bradford Hill „Evidencial Pluralism“ ein – ein Modell, das laut Schmitt im Endeffekt auf eine Kombination von quantitativen, qualitativen und mechanistischen Studien hinausläuft. Er sagt laut Schmitt damit, dass eine Evidenz, basierend auf einer Studie und einem Design, nicht ausreichend ist, um eine Kausalität darzustellen. Deshalb sei es immer notwendig, qualitative Studien mit quantitativen und mechanistischen zu kombinieren, um den Efficacy-Effectiveness-Gap zu überwinden. Nach Williamsons Verständnis ist Effektivität „Efficacy plus external Validity“. Schmitt: „Das ist hochinteressant, weil diese externe Validität über möglichst robuste Mechanismen, die unter verschiedenen Bedingungen immer gleich wirken, entsteht.“

Prof. Trisha Greenhalgh, Professor of primary health care, Oxford, mit ihrem Ansatz einer „real evidence-based medicine“. Sie fordert laut Schmitt eine Reform und Neubewertung der klassischen EbM, um sie an die Herausforderungen einer komplexen und dynamischen Gesundheitslandschaft anzupassen, was interdisziplinäre Ansätze notwendig macht: Medizin, Sozialwissenschaften, Informatik, Austausch von Wissen und Erfahrungen.

Wichtig ist zu wissen, dass beim internationalen „EBM+“-Verständnis zum einen nur empirisch belegte Mechanismen und nur empirische, mit Daten belegte Theorien zählen. Und zum anderen, dass „+“ in erster Linie für biomedizinische Zusammenhänge steht. Anders beim deutschen „EbM*plus*“, bei dem mit dem „*plus*“ vor allen Dingen die Anwendung und Einbeziehung sozialwissenschaftlicher Theorien gemeint ist.

Dieser Unterschied ist wichtig, weil – so Schmitt – „Kausalität bei komplexen Interventionen kontextabhängig sein“ kann und damit immer neben deterministischen auch probabilistische Mechanismen mit ihren technischen, interpersonellen und psychologischen Komponenten eine Rolle spielen, die immer auch Einfluss auf den Outcome haben werden.

Kleine Anmerkung: Pfaff und Schmitt haben initial auch zwischen deterministischen und probabilistischen Theorien unterschieden und dann den Fokus verstärkt auf probabilistische Theorien gelegt, weil diese nach ihrer Überzeugung entscheidend sind, insbesondere für alles jenseits des Szenarios „einfacher Interventionen“.

Ein weiterer wichtiger Unterschied ist, dass sich die internationale „EbM+“-Entwicklung bisher vornehmlich mit „Micro-Level-Interventionen“ beschäftigt, wie es Schmitt ausdrückte. Beim deutschen „EbM*plus*“-Modell stünden hingegen vor allem Prozess- und Strukturinnovationen im Fokus. Das heißt laut Schmitt: „Obwohl die deutsche Versorgungsforschung bisher nur wenige Bezüge zu internationalen „EbM-Entwicklungen hergestellt hat, können wir auch international einen relevanten Beitrag leisten!“

Dazu müsse die deutsche Versorgungsforschung zusätzlich zur reinen Anwendungsforschung sich wieder mehr der Grundlagenforschung widmen. Es müssen laut Schmitt grundlegende und zentrale Prinzipien und Mechanismen entwickelt und getestet werden, um am Mechanismusverständnis im Versorgungs- und interpersonellen Kontext zu arbeiten. <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur

1: https://t1p.de/ois0v
2: https://t1p.de/idijm
3: https://t1p.de/74mwm
4: https://t1p.de/df0o9
5: https://t1p.de/bipnt

Links zu den auf dem DKVF gehaltenen Vorträgen:

Pfaff: https://t1p.de/zfhms
Schmitt: https://t1p.de/61sgt

Basis der Ausführungen von Pfaff und Schmitt sind deren aufeinander aufbauende Arbeiten:
doi.org/10.3389/fpubh.2021.727427
doi.org/10.1111/jep.13890
DOI: 10.1055/a-2350-6435



Dr. med. Ruth Hecker
Vorsitzende Aktionsbündnis Patientensicherheit

Zitationshinweis
Hecker, R.: „PROMs und PREMs für systematische Qualitätssteigerung", in „Monitor Versorgungsforschung" (06/24), S. 20. http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2681

PROMs und PREMs für systematische Qualitätssteigerung

>> Die laufenden Gesetzgebungsverfahren im Bereich Gesundheit dürften nach dem Aus der Ampel-Regierung nicht ganz so einfach beendet werden, wie sich das Gesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach vorgestellt hat. Das betrifft sowohl das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz, die Reform der Notfallversorgung, das Gesundheits-Digitalagentur-Gesetz, das Pflegekompetenzgesetz, ein für diesen Herbst angekündigtes Bürokratieentlastungsgesetz und das Gesundes-Herz-Gesetz.

Das kann man schade finden – und ist es sicherlich teilweise auch – oder es als Chance begreifen. Der Grund: Eigentlich alle Gesetzesvorhaben eint der Fakt, dass sie an den Patient:innen vorbei entwickelt worden sind. Sicherlich – das kann man wohlwollend unterstellen – mit bestem Wissen und Gewissen, aber eben aus einer patriarchalischen Haltung heraus, die den oder die, um die es geht, als Zielobjekt von Maßnahmen, nicht aber als maßgebliche Akteur:innen versteht.

In der aktuellen und sicher nötigen Besinnungs- und Reformphase besteht durchaus die Möglichkeit, die Stimme, den Willen und die Wünsche der Patientenschaft systematisch in den Gesetzgebungsprozess zu integrieren. Man muss es nur wollen.

Andere EU-Länder, wie etwa Dänemark, die Niederlande, oder die Schweiz, zeigen uns seit vielen Jahren, wie das geht. Und wie durch die konsequente Einbindung der Patient:innen zum einen in die Qualitätsmessung, andererseits in Patient-centered-Care-Modelle nicht nur die Transparenz gefördert wird, sondern ihre Perspektive einen zentralen Stellenwert in der Gesundheitsversorgung erhält. PROMS und PREMS stellen als strukturiertes Patientenfeedback den entscheidenden Bestandteil einer patientenorientierten und sicheren Gesundheitsversorgung dar.

Die dazu nötigen Instrumente gibt es seit Langem und werden durchaus genutzt, nur eben bislang hierzulande nicht systematisch: das sind patientenberichtete Ergebnis- und Erfahrungsmessungen (PROMs und PREMs), absolut unverzichtbare Werkzeuge zur konsequenten Erfassung der Qualität der Gesundheitsversorgung aus der Perspektive der Patient:innen. PROMs konzentrieren sich darauf, gesundheitliche Ergebnisse aus Sicht der Patient:innen zu bewerten, z. B. indikationsspezifisch die Kriterien basierte Beurteilung des Heilungsprozesses. Im Gegensatz dazu erfassen PREMS die Erfahrungen der Patient:innen während ihrer Behandlung, einschließlich Aspekten wie Kommunikation, Wartezeiten und Abläufen, die direkt mit der erlebten Versorgungsqualität und der Zufriedenheit der Patient:innen verbunden sind.

Die Bedeutung dieser beiden Instrumente nimmt in der Gesundheitsversorgung stetig zu. Die WHO hebt hervor, wie wichtig eine starke politische und organisatorische Verantwortung ist, um die Patientensicherheit zu erhöhen, und fordert gleichzeitig eine aktive Einbeziehung der Patient:innen. Die Einführung indikationsspezifischer PROMS und einheitlicher PREMS auf nationaler Ebene stellt einen wesentlichen Schritt dar, um die Gesundheitsversorgung nachhaltig und systematisch zu verbessern. Der Zeitpunkt für solche Maßnahmen ist im Rahmen der Krankenhausstrukturreform besonders günstig, da die geplanten Änderungen ohnehin darauf abzielen, die Patientenversorgung zu optimieren und die Sicherheit zu stärken.

Ein zentraler Aspekt ist die Etablierung regelmäßiger Befragungen zu PROMs über die onkologischen Fachbereiche und die Studienbezogenheit hinaus und die regelmäßigen Befragungen von PREMs, und zwar deutschlandweit. Dadurch soll die Stimme und das Erleben der Patient:innen einen festen Platz in der Planung und Bewertung der Versorgung erhalten.

In diesem Kontext ist es sinnvoll, bestehende Strukturen wie Patientenportale in Krankenhäusern und Arztpraxen zu nutzen, um den Patient:innen eine leicht zugängliche Plattform für ihr Feedback zu bieten. Diese Portale könnten gezielt zur Erhebung von PROMs und PREMs eingesetzt werden, sodass eine kontinuierliche Rückmeldung zu Behandlungsprozessen und -ergebnissen ermöglicht wird.

Auch die Krankenkassen können einen wertvollen Beitrag leisten, indem sie deutschlandweit einheitliche Versichertenbefragungen durchführen, die insbesondere PREMS abdecken. So könnten auch regionale Unterschiede in der Versorgung aufgezeigt und gezielte Verbesserungen angestoßen werden.

Ein besonders wichtiger Aspekt ist die Rückspiegelung der erhobenen Daten an die Leistungserbringer. Indem die Ergebnisse von PROMS und PREMS den medizinischen Fachkräften zur Verfügung gestellt werden, können diese wertvolle Einblicke gewinnen, um ihre Praktiken zu reflektieren und gezielt zu verbessern. Dies fördert nicht nur das Lernen aus den Erfahrungen der Patient:innen, sondern trägt auch entscheidend zur Verbesserung der Patientensicherheit bei.

Die Relevanz des Patientenfeedbacks für die Qualitätssteigerung ist unbestritten. Es ermöglicht Gesundheitseinrichtungen, frühzeitig auf Probleme aufmerksam zu werden und gezielte Maßnahmen zur Optimierung der Versorgung einzuleiten. Wenn Patient:innen ihre Erfahrungen und Ergebnisse in Realtime mitteilen, können Defizite sofort erkannt und behoben werden. Für das medizinische Personal stellt dieses Feedback eine wertvolle Ressource dar, um in Echtzeit Rückmeldungen zu erhalten und kontinuierlich an der Patientensicherheit sowie der Versorgungsqualität zu arbeiten.

Die Krankenhausstudie KhaSiMir21 sowie die Stellungnahme der Regierungskrankenhauskommission verdeutlichen, dass Patientensicherheit als oberstes Ziel speziell der Krankenhausreform betrachtet werden muss. PROMS und PREMS sind hierbei zentrale Instrumente, da sie evidenzbasierte Einblicke in die Versorgungsrealität bieten. <<

Gemeinschaftsprojekt Gesundheit

Hrsg.: Hager et al.
Gemeinschafts-projekt Gesundheit
Verlag: MWV 2024
351 Seiten
ISBN-Print: 978-3-95466-933-2
Preis: 69,95 Euro



>> Mit den vielen Herausgeber:innen des eben erschienenen BMC-Fachbuchs „Gemeinschaftsprojekt Gesundheit – Wie Value-Based Care das Gesundheitswesen neu erfindet" hat sich eine der vielbeschworenen „Allianzen der Willigen" zusammengefunden. Als da sind aus den Reihen der BMC-Mitgliederschaft: Lutz Hager, Ursula Hahn, Franz Knieps, Bernadette Klapper, Bettina Lutz, Benedikt Simon und Johanna Nüsken; dazu kommen weitere 73 Autor:innen.

Band IX der BMC-Schriftenreihe widmet sich einem (zumindest für Deutschland) recht neuen Denk- und zudem akteursübergreifenden Lösungsansatz: Value-Based Care. „Value, also die durch die Versorgung erzielten Gesundheitsergebnisse, ist die gemeinsame Zielgröße, die alle Stakeholder motiviert", schreiben die Herausgeber um BMC-Vorstand Prof. Dr. Lutz Hager in ihrem Vorwort. Value-Based Care verbindet dabei, so die Herausgeber:innen weiter, harte und weiche Faktoren: „Fragen der Vergütung und Kosten von Gesundheitsdienstleistungen sowie das Messen der dadurch erzielten Ergebnisse gehen einher mit Aspekten der Kooperation und Koordination von Versorgung sowie mit Kommunikation, Kultur- und Rollenverständnissen."

Im ersten Kapitel wird in das Value-Based-Care-Konzept eingeführt und dessen Relevanz für die Transformation der Gesundheitsversorgung vorgestellt. Das nächste Kapitel stellt und beantwortet die Frage, an welchem Anker eine patientenorientierte und leistungsfähige Gesundheitsversorgung ausgerichtet werden sollte. Das dritte Kapitel stellt praxisorientierte konkrete Methoden heraus, während das abschließende Kapitel einen Blick auf mögliche Hebel für Veränderungen wirft.

Besonders interessant sind diese Beiträge, was aber nur eine kleine Auswahl – ein erster Lesetipp – sein kann:

- Lutz Hager, Johanna Nüsken und Christian Hinke (Value als Kompass für die Transformation der Gesundheitsversorgung)
- Miet Vandemaele and Jan De Maeseneer (The Concept of Value in Value-Based Care Revisited, u. a. mit dem Unterpunkt: „Looking Beyond Value: From a Triple Aim to a Quintuple Aim")
- Nicolas Busch and Jennifer Clawson (Unlocking Value with Patient Centricity, u. a. mit dem Unterpunkten: „Incentivize and Pay for Value, not Volume" und „Moving Forward: Concrete Steps Towards Value-Based Care in Germany")
- Anant Jani (Value-Based Determinants of Health: The Route to Improving Population Health, u.a. mit dem Unterpunkt: „Overcoming Barriers to Value-Based DoH")
- Reinhard Busse, Miriam Blümel, Katharina Achstetter und Philipp Hengel (Orientierungspunkte und Transparenz durch Health System Performance Assessment, u. a. mit dem Unterpunkt: „HSPA-Framework für das deutsche Gesundheitssystem")
- Justin Rautenberg, Daniel Dröschel, Oliver Gröne und Helmut Hildebrand (Populationsorientierte Shared-Savings-Modelle: ein Motor für die regionale Umsetzung von Value-Based Care-Ansätzen)
- Viktoria Steinbeck und Sophie-Christin Ernst (Qualität aus Patientensicht messen mit PREMs und PROMs)
- Matthias Arnold, Dominik Rottenkolber und Volker E. Amelung (Bundled Payment: ein innovatives Vergütungsmodell für das deutsche Gesundheitssystem?)
- Beatrix Bender, Stephanie Sehlen und Harald Möhlmann (Value-Based Care: Ansätze für eine Ergebnisorientierung und ihre Honorierung). <<

Teichert: „Der große Wurf sinnvoller bundespolitischer Rahmenbedingungen steht weiter aus"

>> Im Nachgang zum diesjährigen, schon 19. Health Circle der Initiative Gesundheitswirtschaft Brandenburg e.V. (IGW BB) ging es um die Chancen der Gesundheitsversorgung in Brandenburg nach der Landtagswahl und dem Aus der Ampel-Koalition. Daniela Teichert, Vorsitzende des Vorstandes der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, gab auf LinkedIn eine kurze gesundheitspolitische Einordnung zur Versorgung in Brandenburg und den gesundheitspolitischen Chancen.

Das KHVVG sei zwar im Bundestag beschlossen worden, stehe aber im Bundesrat auf der Kippe. Teichert: „Wenn das Gesetz kommt, haben wir zwar die größte Krankenhausreform seit 20 Jahren (die wir auch dringend brauchen), aber auch Mehrkosten in Milliardenhöhe für die Gesetzliche Krankenversicherung." Ihrer Einschätzung nach, die viel Insider teilen, werden wohl die meisten laufenden Gesetze nicht mehr kommen. Dies sei aus Sicht der AOK Nordost besonders für die Reform der Notfall- und Rettungsdienste bedauerlich, im Falle von GHG und GVSG aber zu verschmerzen. Teichert: „Der große Wurf sinnvoller bundespolitischer Rahmenbedingungen steht weiter aus." Handlungsbedarf gebe es trotzdem: Das Gesundheitssystem leide unter veralteten Strukturen, Fachkräftemangel, massiven Ausgabensteigerunge und dem demografischen Wandel.

Zum Thema, was nun gesundheitspolitisch getan werden kann, um die Versorgung für die Brandenburger:innen zu verbessern, nannte Teichert folgende Punkte:

- Versorgungsqualität muss Priorität haben. Es geht nicht allein darum, dass überall so viel wie möglich angeboten wird, sondern dass das Angebot den höchstmöglichen Standards entspricht.
- Das Ressourcenproblem lösen wir nur, wenn wir bedarfsgerecht sowie länder- und sektorenübergreifend planen. Sonst werden an einem Ort die Ressourcen gebunden, die am anderen Ort fehlen.
- Daten müssen stärker für die Planung der Versorgung genutzt werden.
- Der Strukturwandel geht nicht schnell genug. Von einer interdisziplinären und aufeinander abgestimmten Behandlung über die Sektorengrenzen hinaus profitieren sowohl die Versicherten als auch das gesamte System.
- Messbar erfolgreichen Versorgungsprojekten muss der Weg in die Regelversorgung erleichtert werden. Es ist für alle Beteiligten jedes Mal frustrierend, wenn Lösungen erprobt werden, diese funktionieren, ihre Etablierung aber an systemischen Hürden scheitert. <<

SBK-Onlineworkshop: „Wer fragt eigentlich die Patient:innen? – Mehr Qualität mit dem Modell Niederlande“

Ein „Outcome driven Care”-Modell für Deutschland?

Die Siemens-Betriebskrankenkasse, die größte Betriebskrankenkasse Deutschlands mit mehr als eine Million bei ihr versicherter Menschen, hat sich nicht nur seit zwei Dekaden der Aufgabe verschrieben, die Kasse mithilfe von Versichertenbefragungen ständig weiterzuentwickeln, sondern auch seit einigen Jahren Benchmarks in europäischen Nachbarländern zu analysieren, um zu lernen, wie diese ihre Gesundheitssysteme aus Patientensicht – mithilfe von PREMs und PROMs – steuern und verbessern. Den Anfang machte ein Blick nach Großbritannien, gefolgt von einem nach Dänemark und ganz aktuell einer in die Niederlande. Das Thema des aktuellen SBK-Onlineworkshops lautete: „Wer fragt eigentlich die Patient:innen? – Mehr Qualität mit dem Modell Niederlande“.

>> Während Prof. Dr. Willem Jan Bos (LUMC & St. Antonius Hospital, Linnean Initiatief) über die Ergebnisse der bereits 2018 eingeführten nationalen „Outcome driven Care“-Strategie mit dem Ziel, patientenberichtete Outcomes für 50 Prozent der Krankheitslast zu erheben und zu veröffentlichen, sprach, und Prof. Dr. med. Maria Karsten (Leitende Oberärztin Brustzentrum Charité und Leitung des Pro Routine Projekts) die Hintergründe der PRO-B-Studie vorstellte, ordnete Dr. Gertrud Demmler (Vorständin SBK Siemens-Betriebskrankenkasse) die Vorträge aus der Sichtweise einer der Top-20-Krankenkassen Deutschlands ein.

In den Niederlanden gibt es den Ausführungen von Bos zufolge eine Vielzahl an PROM-Initiativen. Einige sind landesweit agierende, wie das Niederländische Institut für klinische Audits (https://dica.nl). Es erstellt, so Bos, unter Einbindung von medizinischen Fachkräften sowie Patient:innen definierte Fragebögen zu 26 Indikationen. Seit 2018 können Krankenhäuser zudem ein tagesaktuelles Dashboard nutzen, um Datenauswertungen für die Optimierung der von ihnen durchgeführten Leistungen einzusetzen. Laut Bos hilft der bereitgestellte Datenschatz allen Beteiligten, im direkten Austausch über individuelle Behandlungswege zu entscheiden, zu einer besseren Therapiesteuerung und einem ebenso verbesserten Arzt-Patienten-Verhältnis beizutragen.

Durch die 2018 in den Niederlanden eingeführte nationale „Outcome driven Care“-Strategie kann Prof. Dr. Willem Jan Bos vom LUMC & St. Antonius Krankenhaus in Nieuwegein von handfesten Verbesserungen berichten: Seit dem regelmäßigen Austausch mit anderen Kliniken zu Qualitätskennzahlen kann beispielsweise ein Rückgang der Sterblichkeitsrate bei Dialysepatient:innen um 50 Prozent verzeichnet werden. Außerdem konnten die nationalen Dialysezahlen seit 2008 konstant gehalten werden – trotz alternder Bevölkerung und steigendem Bedarf. Bos: „Der Einsatz von PROs hat uns geholfen, die Behandlungen besser auf die

Verbesserung der nephrologischen Versorgung 2000 bis 2022

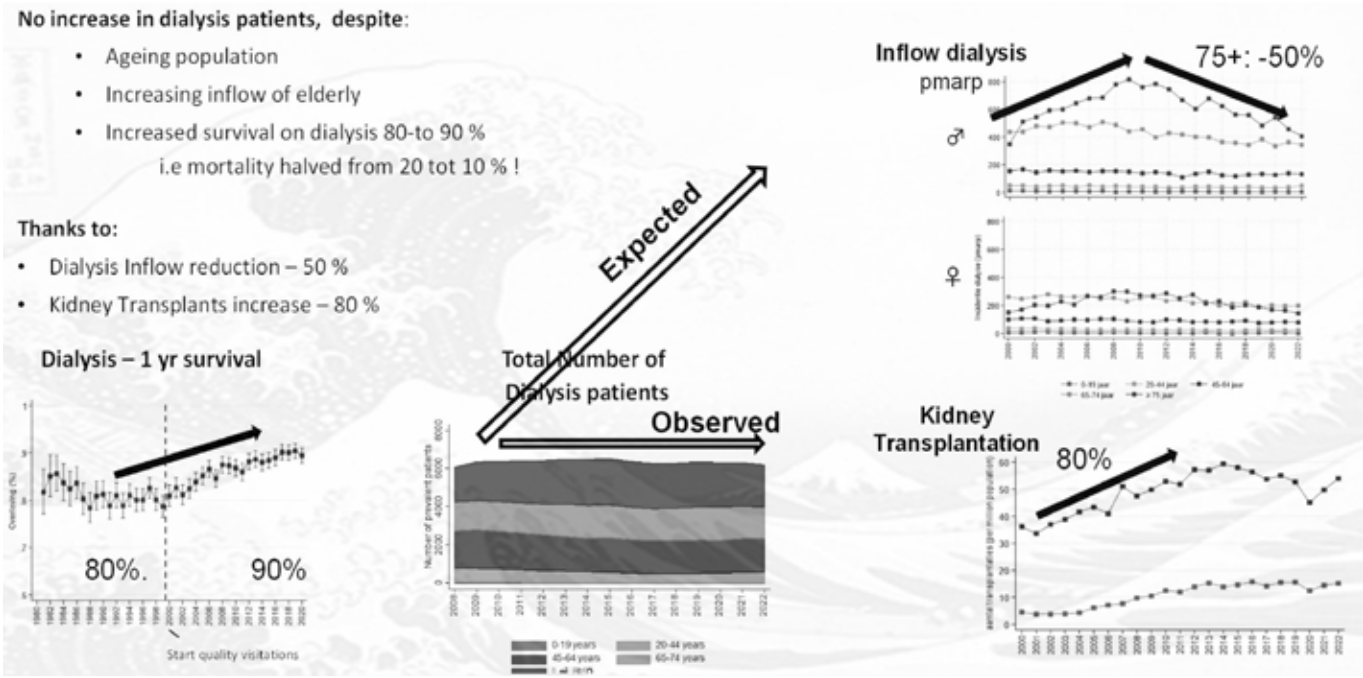


Abb. 1: *Verbesserung der nephrologischen Versorgung 2000–2022. Aus Vortrag: „Combining a top-down and bottom-up approach to improve and personalize care in the Netherlands”, von Willem Jan Bos, Dept of Nephrology, LUMC & St Antonius Hospital (Webcast Siemens Betriebskrankenkasse, 28. Oktober 2024).*

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Ein „Outcome driven Care"-Modell für Deutschland?", in „Monitor Versorgungsforschung" (06/24), S. 22–23.
http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2664

Bedürfnisse auszurichten." Der Vergleich Deutschland mit den Niederlanden zeigt zum Beispiel bei Dialyse und Nierentransplantation, dass laut OECD (Health at a Glance, 2011) die Prävalenz bei der Dialyse in Deutschland bei 80,7 pro 100.000 Patient:innen liegt, in den Niederlanden bei nur 36,8; die bei Nierentransplantation hingegen bei 47,9 (Niederlande) und 30,6 (Deutschland). Laut Bos haben folgende Punkte maßgeblich zu diesen Unterschieden geführt: bessere Prävention, kein unnötig früher Beginn, mehr Nierentransplantationen und konservative Behandlung.

Bos führt aber ebenso das Bottom-up-Beispiel des Zusammenschlusses Santeon an, bei dem sieben klinische Spitzenkrankenhäuser der Niederlande zusammenarbeiten, um die Versorgung in ihren Häusern kontinuierlich durch Benchmarking zu verbessern. „Wir tun dies, indem wir voneinander lernen, kontinuierlich innovieren und uns verbessern", ist auf der Santeon-Website (www.santeon.nl) zu lesen. Die gemeinsame Überzeugung, dass die Qualität der Krankenhäuser in den Niederlanden verbessert werden muss und kann, sei der Grund für die Gründung von Santeon im Jahr 2007 gewesen. Und weiter: „Die sieben Santeon-Krankenhäuser arbeiten kontinuierlich zusammen. Bessere Qualität der Pflege bedeutet bessere medizinische Ergebnisse, aber natürlich auch eine höhere Patientenzufriedenheit. In unseren Krankenhäusern stehen die Interessen der Patienten immer an erster Stelle. Die Patienten werden aktiv in ihren Behandlungsprozess einbezogen."

In seinem Vortrag führte Bos auch den Link zu einem wissenschaftlichen Artikel von Dr. Noel Engels et al. („Santeon's Lessons from a Decade of Implementing Value-Based Health Care") an, erschienen in NEJM Catalyst (1). In diesem Artikel, der darauf abzielt, Lücken in der Literatur zur Umsetzung von VBHC zu schließen, nutzen die Autor:innen die neue strategische Agenda für die Werttransformation, um mehr als zehn Jahre Erfahrung von Santeon bei der Umsetzung von VBHC zu teilen. Die Autorengruppe gibt einen Überblick über die Umsetzungsmethoden von Santeon, beschreibt Herausforderungen und gewonnene Erkenntnisse und zeigt anhand konkreter Beispiele aus der Geburtshilfe, der Behandlung chronischer Nierenerkrankungen und der Brustkrebsbehandlung, wie die Werttransformation erreicht wurde. In der Brustkrebsbehandlung führten – so die Aussage des Abstracts des Artikels – beispielsweise systemweite Verbesserungsinitiativen zu einer Zunahme brusterhaltender Operationen auf ambulanter Basis (von 391 in den Jahren 2014 und 2015 auf 458 im Jahr 2016) und zu einer Verringerung der Reoperationsraten aufgrund positiver Tumorränder (von 39 in den Jahren 2014 und 2015 auf 33 im Jahr 2016). Diese Ergebnisse seien, so die Autor:innen weiter, anschließend genutzt worden, um mit Versicherungsgesellschaften ein kollektives wertorientiertes Erstattungsmodell auszuhandeln.

Ähnliches macht auch die Siemens-Betriebskrankenkasse, wie SBK-Vorständin Dr. Gertrud Demmler ausführte. Kassen seien einerseits Treuhänder der Versichertengelder, hätten aber gleichzeitig den Auftrag, systemisch eine gute Gesundheitsversorgung zur Verfügung zu stellen. Dem kommt seit mehr als 20 Jahren die Siemens-Betriebskrankenkasse mithilfe von Versichertenfeedbacks nach. Demmler: „Unser Anspruch war es immer zu sagen, wir wollen aus der Versichertensicht die beste Krankenkasse sein. Wer anders als die Versicherten kann uns dieses Label geben?" Sie ist sich absolut sicher, dass sich die von ihre geleitete Kasse ohne diesen systemischen Ansatz in der Qualität nicht weiterentwickelt hätte und auch in Zukunft nicht weiterentwickeln würde. Aus diesem Grund und aus dieser Überzeugung heraus habe sich die SBK schon sehr früh diesem Thema gewidmet und im SBK-System viele Mitstreiter und glücklicherweise auch immer mehr bei den in der Gesundheitsversorgung Tätigen gefunden. Allerdings treffe dieser Benchmarkingansatz einerseits auf ein stark expertengetriebenes, andererseits auf ein sehr sektoriertes System.

Die Bekenntnis dazu, qualitätsorientiert besser werden zu wollen, erfordere eine völlig andere Haltung, mit der heute Transparenz oder Qualität in Deutschland gesehen wird, erklärte Demmler: „Da wird von Ampeln nach dem Motto gesprochen: Wer nicht gut ist, fliegt raus und die anderen bleiben im System. Das ist der Mindset, der in Deutschland stark mit dem Thema Qualität verbunden ist." Diese Einstellung ist ihrer Meinung nach eines unserer größten Innovations- und Qualitätshindernisse. Erschwerend hinzu komme eine fehlende Grundbereitschaft und negative Haltung zur Zusammenarbeit an sich.

Alle Akteure im Gesundheitssystem müssten verstehen, fordert die SBK-Vorständin, dass „man nur in der Zusammenarbeit besser werden kann" und müssen aufhören, externe Vergleiche als Kontrollorientierung von außen zu verstehen. Demmler, mit Blick auf das Beispiel Santeon und auch auf das von Prof. Dr. med. Maria Karsten (Brustzentrum Charité) vorgestellte Pro-Routine-Projekt: „Deshalb glaube ich, dass wir ganz massiv eine Bottom-up-Bewegung brauchen." Qualitätsorientierung könne im Kern nur aus den Professionen selbst kommen. Man könne zwar „irgendwelche externen Qualitätsmaßstäbe" definieren, doch würden diese keine weitreichende positive Entwicklung anstoßen.



SBK-Vorständin Dr. Gertrud Demmler

Ihr Credo lautet: „Nichtqualität kostet Geld." Dazu brauche es, wie am Beispiel der Niederlande zu sehen, ein gemeinsames Commitment im Gesundheitswesen, nur so könne eine Neuausrichtung hin zu einem „Outcome-driven-Care"-Modell geschaffen werden. Doch würden ihrer Ansicht nach auch viele kleine Bottom-up-Initiativen alleine nichts nützen. Damit sie nicht im Sande verlaufen, benötigen wir – so Demmler – eine grundlegende Einigung im Gesundheitswesen: „Wir wollen weg von der Menge und hin zu mehr Qualität." Diese Umkehr baue Brücken in unserem kleinteiligen und bürokratischen System.

Bis dahin kann eine Kasse wie die SBK nur das machen, was sie schon seit Längerem macht: mit Qualitätsverträgen mit Krankenhäusern und anderen Vertragspartnerschaften sowie über Innovationsprojekte den Qualitätsgedanken fördern. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur
1: https://t1p.de/e3j7r

Links zu den „Reiseberichten" der SBK:
Finnland: https://t1p.de/p1m7m
Großbritannien & Dänemark: https://t1p.de/vy3jk

Bundeshauptversammlung 2024 des Virchowbundes

Hecken: „Gesetze werden im Treibsand versanden"

So selten sich eine schon des Öfteren von Daniela Teichert, der Vorstandsvorsitzenden der AOK Nordost, eingeforderte „Allianz der Willigen" formiert, so gering wird die Chance sein, dass Robert Habecks „Allianz der Vernünftigen" die noch ausstehenden Gesetzesvorhaben der geplatzten Ampel-Koalition, allen voran die aus dem Gesundheitsbereich, über „die Rampe" trägt. Letzteres war unter anderem eine Formulierung von Tino Sorge, gesundheitspolitischer Sprecher der CDU-CSU-Fraktion und MdB der CDU, bei einer Podiumsdiskussion anlässlich der Bundeshauptversammlung des Virchowbundes. Er verneinte strikt, dass – Zitat – „die Union aus staatspolitischer Verantwortung noch den ein oder anderen Projektvorschlag der Trümmer-Ampel" mit über die Rampe heben müsste. Sorge: „Da kann ich ganz klar sagen, das werden wir nicht tun."

>> Wenn sich Sorges ablehnende Haltung bewahrheitet, könnten durchaus, wie es Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), in seinem stundenlangen Impulsvortrag formulierte, die noch nicht beschlossenen Gesundheitsreformen und -gesetze im „Treibsand versanden". Das beträfe dann die laufenden Verfahren zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG), zum Gesundheits-Digitalagentur-Gesetz (GDAG), zum Pflegekompetenzgesetz (PKG), zur Reform der Notfallversorgung (NotfallGesetz), für ein angekündigtes Bürokratieentlastungsgesetz und ein Apotheken-Reformgesetz (ApoRG) sowie zum Gesundes-Herz-Gesetz (GHG).

Insbesondere am Letzten, aber auch an der Krankenhausreform sowie deren Schöpfer ließ Hecken kein gutes Haar. Für ihn – so Hecken sicherlich auch in Hinblick auf den Gastgeber – sei der niedergelassene Bereich mit seinen Haus- und Fachärzten der „Backbone jeder vernünftigen medizinischen Versorgung". Doch habe er in den letzten Jahren den Eindruck gewonnen, dass sich die Politik „ein bisschen mehr mit dem Krankenhaus beschäftigt hat" und es „politisch offenbar bezweckt" gewesen sei, möglichst viele Leistungen in stationären oder teilstationären Einrichtungen zu erbringen. Man könne die hier infrage kommenden Level-1-Krankenhäuser eigentlich ganz gut finden, wenn denn nicht eine unfaire Wettbewerbssituation geschaffen worden sei, indem hier Zulassungsansprüche perpetuiert werden. Er erkenne, wenn er sich die Gesetze der letzten drei Jahre anschaue, „ein planvolles Vorgehen", bei dem bestenfalls noch Hausärzte Platz fänden, aber man das, was an spezialisierter fachärztlicher Versorgung stattfinden könne, „am Ende des Tages ins Krankenhaus verlagern" wolle. Hecken: „Deshalb habe ich die vergangenen Jahre eher wahrgenommen als Jahre, in denen eine flächendeckende Diskriminierung der niedergelassenen Ärzteschaft erfolgt ist."

Man habe den Eindruck gewinnen können, sagte Hecken „voller Inbrunst", dass in den letzten drei Jahren systematisch der Eindruck erweckt worden sei, dass in den letzten 50 bis 60 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland die Patienten „systematisch schlecht und bösartig und nur zum Wohle der Leistungserbringer behandelt" worden seien. Wer diesen Eindruck erwecke, beleidige die Hunderttausenden von Menschen, die in der Niederlassung, im stationären Bereich und in den Pflegeeinrichtungen 365 Tage und 24/7 versuchten, das Beste für die Patienten zu erreichen. Hecken, der im Rahmen der Bundeshauptversammlung des Virchowbundes mit der Kaspar-Roos-Medaille ausgezeichnet wurde, die seinen Einsatz, die ärztliche Freiberuflichkeit gegen Angriffe aus Politik und Selbstverwaltung zu verteidigen, würdigen soll. „Deshalb sage ich", dies sagte er unter Beifall der anwesenden Delegierten: „Wir brauchen wieder eine Rückbesinnung auf den großen, breiten niedergelassenen Bereich." Dazu müsse man sich nur die Zahlen anschauen, wer das Gros der Patientenschaft versorge: Auch wenn man, statt Krankenhäuser zu reduzieren noch 100 Krankenhäuser dazubauen würde, könnte man die Patienten nicht versorgen, weshalb man die niedergelassene Ärzteschaft einfach brauche. Das müsse „irgendwann mal der Bundesminister öffentlich sagen", statt verlauten zu lassen: „Ich spreche nicht mit euch". Dies vor allem deshalb, weil Ärzte wie auch er als Lobbyisten abgetan worden seien.



Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

So seien die in den vergangenen drei Jahren auf den Tisch gekommenen Gesetze, von denen „die meisten jetzt mit hoher Wahrscheinlichkeit im Treibsand versanden" würden, ohne Praxisbezug entstanden. Deren Inhalte seien dadurch entstanden, dass der Bundesminister persönlich eine Studie gelesen und diese Studie zum Goldstandard erhoben habe, wie etwa beim „Gesundes-Herz-Gesetz".Der Gesundheitsminister, den er übrigens bis dahin nicht einmal beim Namen genannt hatte, habe bestenfalls noch mit Experten an Lehrstühlen gesprochen, die Berechnungen anstellen, aber nicht diejenigen sind, die Versorgung gestalten. Doch mit „uns Lobbyisten" habe keiner gesprochen, bestenfalls sei man „eingeladen worden, um am Katzentisch die Verkündung bestimmter Entscheidungen" zu erfahren. Und wenn man dann widersprochen habe, hätte es geheißen, es sei Interessen getriggert, was ihr hier macht. Hecken: „Das ist am Ende die Ursache

dafür, dass viele Gesetze zwar gut gedacht sind, aber in der Umsetzung und in den Inhalten am Ende völlig an der Versorgungspraxis vorbeigegangen sind."

Um auf die Ausgangsfrage seines Impulsvortrags mit dem Titel „Behandeln wir die Richtigen? Steuerung der Patienten durch das Gesundheitssystem" einzugehen, die er bisher noch nicht mal ansatzweise gestreift hatte, sagte er „ausdrücklich nein". Es würden einfach zu viele krankheitsbedingt nicht indizierte Patientinnen und Patienten behandelt, die keine Patienten oder Patienten seien, sondern Bürgerinnen und Bürger, die subjektiv ein Unwohlsein empfinden. Er spreche hier ausdrücklich nicht von angebotsinduzierter Mengenausweitung, die es auch gebe, sondern von aufsuchenden, aber nicht notwendigen Arzt-Patienten-Kontakten, die jedoch dazu beitrügen, Termine und Behandlungsoptionen für Patienten, die tatsächlich behandelt werden müssen, zu blockieren. Ein ganz großer Anteil dieser Leistungsinanspruchnahme werde deshalb getätigt, weil die Leute der Ansicht seien, dass mit ihrem Krankenkassenbeitrag der Anspruch auf einen mindestens monatlichen Gesprächskontakt mit einem Arzt resultiere; am besten solange, „bis ich die Diagnose bekomme, die ich mir vorher bei Google geholt habe, oder bis ich eben das habe, was ich will". Hecken: „Gesundheit ist für den Menschen, solange sie für ihn nicht mit finanziellen Leistungen verbunden ist, nichts wert."

Deshalb müsse man, bevor man sich über intelligente Steuerungsmethoden im System unterhalte, als verantwortlicher Politiker mit Blick auf die Finanzierungsfrage doch mal über die gute alte Praxisgebühr in veränderter Form nachdenken. Das sei damals eine Totgeburt gewesen, weil sie zu kompliziert und sehr verwaltungsaufwendig gewesen sei und von daher eine begrenzte Steuerungswirkung gehabt habe. „Wir bekommen nur eine Steuerung in dieses System, wenn wir den Menschen vermitteln, dass die Solidargemeinschaft auch CAR-T-Zellen und wenn es nötig ist, auch maximal invasive Interventionen bezahlt, aber ein gewisses Maß an Eigenverantwortung verlangt", erklärte der kürzlich für sechs weitere Jahre im Amt bestätigte G-BA-Vorsitzende. Dies drücke sich auch darin aus, dass man in irgendeiner Form bei jeder Leistungsinanspruchnahme" beteiligt sein müsse – dies natürlich sozialverträglich und mit Überforderungsklauseln gestaltet. Doch dürfe auch Sozialverträglichkeit nie bedeuten, dass die Selbstbeteiligung bei „irgendjemand auf null reduziert" werde. Er wolle hier keine Klischees bedienen, aber als bekennender Kettenraucher sage er, dass der „vom Einzelnen zu tragende Selbstbehalt mindestens noch den Gegenwert einer Schachtel Marlboro mittlerer Größe" haben sollte, damit auch vernünftige Entscheidungen getroffen würden. Damit rekurriert er auf das, was er gemeinsam mit Jochen Pimpertz (Leiter des Themenclusters Staat, Steuern und Soziale Sicherung im Institut der deutschen Wirtschaft) in einer ganz aktuellen Veröffentlichung der Konrad-Adenauer-Stiftung e. V. mit dem Titel „Mut zu neuen Ideen – für eine dauerhafte Verlässlichkeit unseres Gesundheitswesens" (1) geschrieben hat. Dort steht unter anderem, dass „weitere sozialverträglich ausgestaltete Eigenbeteiligungen in Gestalt von Zuzahlungen auf Dauer kein Tabuthema" sein dürfen, um das Bewusstsein der Versicherten für die immensen Kosten guter Gesundheitsversorgung zu schärfen und „in manchen Fällen zu beobachtende, völlig unnötige Leistungsinanspruchnahmen" zu reduzieren. Dafür müsse das Solidaritätsprinzip nicht ausgehöhlt, wohl aber den Versicherten eine kostenbewusste Entscheidung über die gewünschte Versorgungsform abverlangt werden.

„Die Eigenverantwortung abgeschafft"

Wo er gerade so schön beim Rauchen angekommen war, fiel ihm wieder sein Lieblingsthema das „Gesundes-Herz-Gesetz ein", das sich mit dem Ampel-Aus wohl jetzt erledigt habe. Es könne ja durchaus sinnvoll sein, das bereits Kinder im Alter von fünf Jahren in der U9-Untersuchung auf familiäre Hypercholesterinämie untersucht würden, auch gäbe es für den Einsatz des von Herrn Lauterbach – erstmals genannt! – geplanten Statin-Regens vielleicht eine gewisse Evidenz, die kenne er aber nicht. Das führe jedoch dazu, dass die gesundheitliche Primärprävention und damit die Eigenverantwortung abgeschafft würde, weil den Eltern suggeriert würde, dass man mit „einem Statinchen das Problem" lösen könne, wobei es auch schon reiche, wenn die Kinder, mal ihren „Poppes bewegen" und sich vielleicht mal ein bisschen gesünder ernähren würden. Insgesamt wertet er dieses Gesetzesvorhaben als „Bankrotterklärung jeder vernünftigen Gesundheitspolitik". In Zeiten eines demografischen Wandels, in denen es zu wenig Personal und obendrein zu wenig Geld gebe, um die Kranken zu versorgen, würde man mehr oder weniger Gesunde behandeln wollen und damit auch noch das Signal setzen, die Menschen hätten überhaupt keine Verantwortung mehr für sich, weil das „System es schon richten" werde. Hinzu komme das Argument des Bundesministers, dass das Ganze maximal 800 Millionen Euro kosten würde. Heckens Frage: „Woher nur soll ich die 800 Millionen hernehmen?" Dies sei eine „völlig falsche Weichenstellung", wobei das Gleiche auch für die Öffnung von Disease-Management-Programmen für Gesunde gelte. Das sei sowohl von den personellen als auch von den finanziellen Kapazitäten her nicht darstellbar.

Auch an der Reform der Notfallversorgung ließ der G-BA-Vorsitzende wenig Gutes. Zwar sei es richtig, den „grottigen" Rettungsdienst vor allem über die Grenzen der Bundesländer hinweg zu reformieren, doch seien die 600 bis 800 geplanten neuen Integrierten Notfallzentren (INZ) allein vom Personalbedarf her nicht darstellbar, wenn dort rund um die Uhr das ganze Jahr nicht nur ein Krankenhaus-, sondern auch noch ein niedergelassener Arzt sitzen muss. Hecken: „Da muss man doch irgendwelche Drogen genommen haben, um auf so eine Idee zu kommen."

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat Heckens Worten zufolge schon vor zwei Jahren eine Richtlinie über ein strukturiertes und validiertes Ersteinschätzungssystem am Krankenhaus beschlossen. Mit diesem könne im Krankenhaus entschieden werden, wer binnen sechs Stunden im Krankenhaus behandlungsbedürftig ist und wer dies binnen 12 oder 24 Stunden ist und mit einem festen Termin am nächsten Tag zu einem niedergelassenen Arzt geschickt wird. Diesen G-BA-Beschluss habe das BMG mit Hinweis auf die große Notfallreform beanstandet. In diesem Zuge habe Staatssekretär Franke auf eine parlamentarische Anfrage hin gesagt, dass für jeden ein Anspruch auf Notfallbehandlung im Krankenhaus bestehe, unabhängig davon, ob das ein objektiver Notfall sei. Dabei habe jener den berühmten „subjektiven Notfall-Begriff geprägt", denn: „Wenn ich mich als Notfall fühle, bin ich ein Notfall im Sinne des Notfalls und dann werde ich in der teuersten Versorgungsform behandelt,

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Hecken: ‚Gesetze werden im Treibsand versanden'", in „Monitor Versorgungsforschung" (06/24), S. 24–26.
http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2678

obwohl man mir eigentlich die Einkaufstüte mit der Unterhose und dem Handtuch um die Ohren hauen müsste."

Da aber nun das Rettungsdienstgesetz scheitern würde, wäre es seiner Ansicht nach eine sehr gute Initiative, wenn man für die Übergangszeit die beanstandete Richtlinie des G-BA in Kraft setzen würde. Es reiche, sagte er mit Blick auf die anwesenden Parlamentarier:innen, wenn der Deutsche Bundestag das BMG dazu auffordern würde. Hecken: „Dann hätte man zumindest mal für die Übergangszeit ein bisschen Patientensteuerung."

Und ein wenig mehr käme hinzu, wenn das seit Jahren in Baden-Württemberg erprobte und evaluierte hausarztzentrierte Versorgungsmodell mit Anbindung der Fachärzte Schule machen würde. Analysen zeigten, dass es deutliche Rückgänge bei unkontrollierten Facharztbesuchen gebe, zudem Rückgänge bei der Arzneimittelverordnung sowie bei den Krankenhauseinweisungen und der Zahl der Krankenhaustage. „Unterm Strich hat sich die Mehrvergütung, die wir hier an die Primärärzte bezahlt werden, mehr als amortisiert", zieht Hecken ein Fazit. Zudem seien die Patienten hochzufrieden, was auch daran liege, dass in Baden-Württemberg nicht ideologisch vorgegangen worden sei, indem es nur noch ein Primärarztsystem geben und jede fachärztliche Intervention im Krankenhaus durchgeführt werden soll. <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

„Mut zu neuen Ideen – für eine dauerhafte Verlässlichkeit unseres Gesundheitswesens"

„Mut zu neuen Ideen", fordern Prof. Josef Hecken (G-BA) und Jochen Pimpertz (Institut der deutschen Wirtschaft) in ihrem bei der Konrad-Adenauer-Stiftung e. V. kürzlich erschienenen 30-Seiten-Papier. Darin wagen sie die Prognose, dass marktwirtschaftliche Steuerungselemente nur dann die erhofften Wirkungen entfalten können, wenn sich das Zustandekommen effizienter Versorgungsformen für Versicherte, Krankenkassen und Leistungserbringer gleichermaßen lohnt. Dafür müsse das Solidaritätsprinzip müsse nicht ausgehöhlt, wohl aber den Versicherten eine kostenbewusste Entscheidung über die gewünschte Versorgungsform abverlangt werden. Allerdings wird nach Ansicht des Autorenpaars jeder Versuch, Fehlanreize zu korrigieren, die aus der marktfernen Steuerungslogik resultieren, zwangsläufig etablierte Erwartungen oder Besitzstände tangieren. Deshalb sei mit Widerständen zu rechnen: zum Beispiel

- bei den **Krankenkassen** aufgrund der unternehmerischen Risiken,
- bei der verfassten **Ärzteschaft**, weil die kassenärztliche Vertretung ihren Alleinvertretungsanspruch verliert,
- oder bei **Versicherten**, in deren Namen politische Akteure oder Interessenvertreter auf die freie Arztwahl pochen (die gleichwohl weiterhin möglich sein wird).



Doch egal aus welcher Richtung Widerstand droht, ist nach Meinung von Hecken und Pimpertz nicht die Abschaffung von Fehlanreizen begründungspflichtig, sondern die „marktfernen Anreizbedingungen, die auf dem Prüfstand einer ökonomischen wie sozialpolitischen Begründung" stehen. Anderenfalls drohe das ungebremste Ausgabenwachstum den gesundheitspolitischen Gestaltungsspielraum zu ersticken. Ihr Fazit: „Wenn die Herausforderung darin besteht, das komplexe Miteinander der Akteure zu steuern, dann liegt darin auch die politische Chance, notwendige Reformen als gemeinschaftliche Aufgabe zu adressieren."

In ihrem Papier entfaltet das Autorenduo nach einer genauen Analyse der derzeitigen und kommenden Istsituation unter anderem einen „Therapieplan für die ambulante Versorgung". Hinter der Ausgangsfrage, ob und wie marktwirtschaftliche Steuerungselemente in der ambulanten Versorgung der GKV-Versicherten genutzt werden können, steht – so die Autoren – „die Vermutung, dass Effizienzpotenziale im System schlummern". Fragt man danach, wo diese Potenziale zu verorten sind, dann habe die Analyse gezeigt, dass „**Versicherte, Krankenkassen und Leistungsanbieter gleichermaßen in die Pflicht zu nehmen**" sind. Sie begründen diesen Rundumschlag damit, dass es nicht reiche, die Anreizbedingungen lediglich für einzelne Akteure zu verändern, dies werde das Grundproblem nicht zu lösen vermögen. Der Grund: „In der GKV entstehen komplexe Wechselwirkungen zwischen den Akteuren." Nun könnte man – so Hecken und Pimpertz auf Basis ihre jahrzehntelangen Erfahrung im Gesundheitssystem weiter – auf die Idee verfallen, diesen Kreislauf aufzulösen und analog zum Lebensmittelmarkt Versicherung und Versorgung getrennt zu organisieren, um die Wettbewerbskräfte auf den jeweiligen Märkten wirken zu lassen. Das kommt ihrer Ansicht nach einem Systembruch gleich, der kaum Aussicht auf politischen Erfolg verspricht, nicht zuletzt, weil die solidarische GKV eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung genießt. Bei einer Implementierung marktwirtschaftlicher Steuerungselemente gelte es deshalb zu beachten:

- Die GKV ist eine solidarisch finanzierte Krankenversicherung.
- Leistungsversprechen und solidarischer Ausgleich werden nicht ausgehöhlt.
- Die medizinische Versorgung erfolgt nach dem Sachleistungsprinzip.

Selbst unter diesen Vorgaben kann ihrer Meinung nach den GKV-Versicherten bei einem für alle gleichen Leistungsumfang die Möglichkeit eröffnet werden, zwischen Tarifen mit unterschiedlichen Versorgungsmodellen zu wählen. Zudem lasse sich das Versicherungsversprechen im Rahmen der wohnortnahen Versorgung in unterschiedlicher Form erfüllen.

An der Stelle machen sie sich für ein hausarztzentriertes Modell stark. Sie schreiben: „Bei der Wahl eines Versorgungsmodells, das von der freien Arztwahl abweicht, verpflichten sich die Versicherten, medizinische Leistungen bei den für diesen Tarif zugelassenen (Fach-)Ärztinnen und (Fach-)Ärzten nachzufragen. Nach Ablauf einer Bindungsfrist können sie zurück zur freien Arztwahl wechseln oder einen Tarif mit einer anderen Versorgungsform wählen. Dadurch bleibt der Wettbewerb aufseiten der Anbieter bestehen." Wichtig sei dabei, dass Konzepte für die wohnortnahe Versorgung entwickelt werden sollen. Gemeint ist damit die Versorgung in der Kommune oder in einem Stadtbezirk, nicht zwingend aber bei einem Aufenthalt an anderem Ort. Dahinter steht die Vermutung, dass das Gros der medizinischen Arzt-Patient-Kontakte in der haus- und fachärztlichen Praxis nahe dem Wohnort stattfindet. Für diese Fälle sollen nach Hecken und Pimpertz unterschiedliche Versorgungskonzepte im Wettbewerb stehen können. Dagegen werde es kaum möglich sein, an jedem Ort in Deutschland – zum Beispiel während des Urlaubs oder einer Dienstreise – eine Versorgung sicherzustellen, die den vollen Leistungsumfang bei eingeschränkter Arztwahl gewährleistet. Hierzu habe der Gesetzgeber bereits die hausarztzentrierte Versorgung als Alternative zur freien Arztwahl vorgesehen (§ 73b SGB V). Vorstellbar seien aber auch andere Versorgungsformen: In dicht versorgten Regionen wäre zum Beispiel denkbar, ambulante Fachkliniken an die hausärztliche Versorgung anzubinden, interdisziplinär arbeitende Versorgungszentren oder andere quartiersgebundene Konzepte zu erproben. In ländlichen Regionen mit drohender Mangelversorgung seien dagegen andere Lösungen notwendig. Welche Konzepte möglich sind und den Wünschen der Versicherten entsprechen, gelte es im Wettbewerb zu erproben.

Literatur

1: https://t1p.de/i8kvx

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Ärztebund fordert wirksame soziale Eigenbeteiligung“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (06/24), S. 27. http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2680

Positionspapier „Versorgung 2040” des Virchowbundes

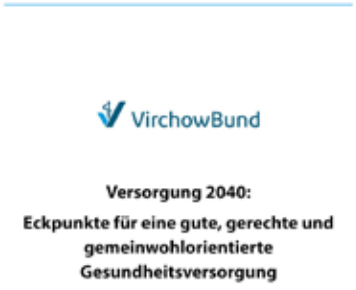
Ärztebund fordert wirksame soziale Eigenbeteiligung

„Der wirtschaftliche Einsatz begrenzter Mittel muss in das breite Bewusstsein der Bevölkerung einziehen.“ Dieser Satz könnte von Prof. Josef Hecken (G-BA) stammen, der ähnliches in seinem Impulsvortrag anlässlich der diesjährigen Bundeshauptversammlung des Virchowbundes formulierte, stammt indes aus einem Positionspapier des Ärztebunds, das im Vorfeld der demnächst anstehenden Bundestagswahl eine Stimme für die niedergelassene Ärzteschaft erhebt. Dessen Titel: „Versorgung 2040: Eckpunkte für eine gute, gerechte und gemeinwohlorientierte Gesundheitsversorgung”.

>> In der Präambel des 18-Seiters (1) ist richtigerweise zu lesen, dass Deutschland vor großen demografischen, wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und politischen Herausforderungen und Veränderungen steht. Als Teil der Daseinsvorsorge sei das Gesundheitswesen elementarer Bestandteil unserer Gesellschaft und die Menschen in diesem Land hätten großes Vertrauen in die Funktionsfähigkeit der Gesundheitsversorgung. Der Virchowbund konstatiert ebenso, dass eine Verschlechterung der Versorgung und der damit verbundene Vertrauensverlust in die Politik zu Verunsicherung, Ängsten und Wut führen, die die Demokratie als Ganzes bedrohen können. Daher sei eine verlässliche Gesundheitsversorgung für unser Zusammenleben, für das Fortbestehen des demokratischen Rechts- und Sozialstaates existenziell. Doch stecke das Gesundheitswesen in einem notwendigen Transformationsprozess; und weil jeder Mensch davon betroffen sei und es eine Vielzahl von beteiligten Gruppen gebe, gelängen Veränderungen nur in einem langfristigen Prozess.

Umso wichtiger ist es nach Ansicht der Ärztelobbyisten, die notwendigen Diskussionen für die erforderlichen grundlegenden Veränderungen heute bereits zu beginnen, damit sie in „zwei bis drei Legislaturperioden vollständig umgesetzt” werden und dann „in zehn bis 20 Jahren” ihre volle Wirkung entfalten können.

Wichtig ist dem Virchowbund zuvörderst die Feststellung, dass der Patient derzeit die freie Arztwahl hat. Wichtig ist in diesem Zusammenhang das einschränkende Adjektiv „derzeit”. Denn, so stellt der Berufsverband fest, der die Interessen vn über 12.000 niedergelassenen, niederlassungswilligen und ambulant tätigenn Ärzte aller Fachgebiete gegenüber der Politik, der Öffentlichkeit, der ärztlichen Selbstverwaltung und sonstigen am Gesundheitswesen Beteiligten



auf Bundes- und Landesebene vertritt: „Da diese uneingeschränkte freie Wahl bei begrenzten Ressourcen in Zukunft nicht mehr finanzierbar sein wird und eine ungesteuerte Inanspruchnahme auch medizinisch problematisch ist, wird die freie Arztwahl zukünftig medizinisch sinnvoll modifiziert werden müssen.” Dies Patienten und Versicherten zu kommunizieren, sei aber die „Aufgabe von Politik und Kostenträgern, nicht der behandelnden Ärztinnen und Ärzte”. Und weiter: „Im Gesundheitswesen besteht zu Recht das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 Abs.1 SGB V). Im Gegensatz dazu steht das allgemeine Leistungsversprechen von Politik und Krankenkassen, das zu einer ‚Vollkaskomentalität' geführt hat.” Doch muss nach Ansicht der Ärztelobbyisten der wirtschaftliche Einsatz begrenzter Mittel in das breite Bewusstsein der Bevölkerung einziehen, auch Patienten sind am „Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen ganz persönlich beteiligt”.

Diese Feststellung mündet in die Forderung, dass in Verbindung mit den Erfordernissen einer stärkeren Steuerung des Patienten durch die Versorgungsebenen hindurch, es sinnvoll und erforderlich ist, „Elemente der Eigenbeteiligungen einzuführen”. Diese Eigenbeteiligung müssw – ähnlich wie es G-BA-Vorsitzender Hecken in seinem Impulsvortrag forderte – zwar sozial verträglich, aber bei jeder Inanspruchnahme wirksam sein. Und weiter: „Eine pauschale Befreiung aus sozialen Gründen konterkariert jede Steuerungswirkung.”

Die Kernforderungen des Virchowbunds lauten denn auch, dass neben einer ausreichenden Finanzierung auch die Strukturen grundlegend und nachhaltig verändert werden müssen, dies in folgenden Punkten:

- Durch Patientenzentrierung und Patientensteuerung müssen die vorhandenen Ressourcen effektiv eingesetzt werden. Dazu gehört eine neue Aufgabenverteilung zwischen Haus- und Facharzt bei der Koordination des Patienten. Zur effektiven Steuerung gehört eine **soziale Eigenbeteiligung des Patienten**. Diese muss bei jedem Kontakt spürbar werden. Eine generelle Befreiung von Eigenbeteiligung ist kontraproduktiv.
- Praxen müssen mit Fachpersonal für Koordinierende Leistungen ausgestattet werden. Die Delegation an andere Gesundheitsberufe muss ausgebaut werden. Berufe am Patienten müssen deutlich besser bezahlt werden als die Arbeit an deren Verwaltung.
- Digitalisierung muss nutzenorientiert weiterentwickelt werden. Eine einheitliche verbindliche Ersteinschätzung in der Notfall- und Regelversorgung ist dazu ebenso erforderlich wie offene Schnittstellen sowie eine einheitliche Fallakte, anstelle einer optionalen Patientenakte. Videosprechstunden und Videokonsile müssen ausgebaut werden.
- In Zukunft fehlen Ärzte. Deshalb sind mehr Medizinstudienplätze erforderlich. Der Numerus Clausus muss fallen. Zudem muss die Aus- und Weiterbildung von Ärzten ausgebaut und optimiert werden. Deutschland braucht mehr Ärzte.

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur:

1: https://t1p.de/c23yg



Serie (Teil 44): Professur für Pflegewissenschaft am Department für Versorgungsforschung der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

„Ziel ist es, die Pflegeversorgung evidenzbasiert zu verbessern"

Die Fakultät VI Medizin und Gesundheitswissenschaften ist die jüngste Fakultät der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. Sie wurde 2012 gegründet und besteht aus dem Department für Humanmedizin, dem Department für Medizinische Physik und Akustik, dem Department für Neurowissenschaften, dem Department für Psychologie sowie für Versorgungsforschung. Im Department für Versorgungsforschung sind aktuell zehn Abteilungen angesiedelt sowie zwei Nachwuchsgruppen. In dieser Folge wird die Professur für Pflegewissenschaft am Department für Versorgungsforschung vorgestellt, die seit 2023 Professorin Dr. Rebecca Palm inne hat.

>> Die Professur für Pflegewissenschaft und ihre Abteilung wurde mit der Berufung von Rebecca Palm neu gegründet. Damit ist Oldenburg einer von nur zehn deutschen Standorten der Universitätsmedizin, an denen Pflegewissenschaft vertreten ist. Für die 2023 berufene Professorin, selbst ehemals praktizierende Pflegefachperson, ist das ein Zeichen dafür, dass die Disziplin der Pflegewissenschaft in Deutschland zwar noch recht jung ist, sich aber sehr dynamisch entwickelt. „Oldenburg bietet als ein noch junger Standort der Universitätsmedizin ein hervorragendes professionelles Umfeld, um sich akademisch zu entwickeln" erklärt Rebecca Palm einen der Gründe, der sie in die kreisfreie Stadt in Niedersachsen, nach Einwohnerzahlen immerhin die drittgrößte Stadt des Bundeslands, geführt hat. Die professionelle Bandbreite sei hier sehr groß, so dass Forschungsprojekte multidisziplinär umgesetzt werden können. Auch das war, so Rebecca Palm „ein wichtiger Aspekt, der meine Entscheidung nach Oldenburg zu kommen, sehr beeinflusst hat".

Ein weiterer wichtiger, wenn nicht der für sie wichtigste Grund ist der neue Masterstudiengang „Pflege – Advanced Nur-



Prof. Dr. Rebecca Palm
hat seit 2023 die Professur für Pflegewissenschaft am Department für Versorgungsforschung der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg inne.

Stationen/Werdegang:
1999–2002 Pflegeausbildung am Deutschen Herzzentrum Berlin
2002–2004 Berufliche Tätigkeit als Pflegefachperson
2004–2010 Studium der Pflegewissenschaft (HS Osnabrück, Universität Witten/Herdecke)
2016 Promotion (Ph.D. Pflegewissenschaft), Universität Witten/Herdecke
2020–2023 Professorin für Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt Praxisentwicklung, Universität Witten/Herdecke
seit 2023 Professorin für Pflegewissenschaft an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

sing Practice“, der ab dem Wintersemester 2024/25 startet und dessen Verantwortung sie innehat. Palm: „Mit diesem Masterstudiengang betritt die Universität Neuland, das ist eine Herausforderung, die sehr spannend ist und zahlreiche Möglichkeiten bietet.“ In diesem Masterstudiengang werden Pflegefachpersonen, die bereits über einen Bachelorabschluss verfügen, auf eine klinische Tätigkeit mit erweiterten Kompetenzen und Funktionen vorbereitet. Dieses noch in Deutschland sehr neue und nicht flächendeckend implementierte Berufsbild muss sich aber erst entwickeln, weil die zukünftigen Aufgabenbereiche und Tätigkeitsfelder noch nicht klar beschrieben und definiert sind. „Das macht die Ausbildung der Studierenden nicht einfach, gleichzeitig kann man an der Gestaltung der Rolle in der Praxis partizipieren und mitwirken“, erklärt Rebecca Palm eine der Herausforderungen. Doch sind ihrer Erfahrung nach die Vertreter:innen der Universitätskliniken in Oldenburg, die sie bisher kennen lernen durfte, dem gegenüber sehr aufgeschlossen und konstruktiv. Das sei die beste Voraussetzung, damit sich diese neue Rolle entwickeln kann. Doch auch von Seiten der ärztlichen Kolleg:innen habe sie bisher ein großes Interesse wahrgenommen, das ist Palms Worten zufolge „ebenfalls sehr wichtig, da eine Akzeptanz über alle Berufsgruppen hinweg ein wichtiger Gelingensfaktor der Implementierung neuer Berufsrollen ist“.

Rebecca Palm weiß als ehemals praktizierende Pflegefachperson und heutige Pflegewissenschaftlerin ganz genau, wovon sie spricht. Ihre Vision ist es, die Entwicklung des Berufsbildes der „Advanced Practice Nurse“ durch das hiesige Studienangebot mit zu gestalten und die Implementierung dieser neuen Rolle wissenschaftsbasiert zu unterstützen. Dazu Rebecca Palm: „Beide Prozesse gelingen nur in einem partizipativen Ansatz, der sämtliche Stakeholder mit einbezieht.“ Des Weiteren möchte sie mit ihrer wissenschaftlichen Arbeit dazu beitragen, die wichtige Arbeit von „Advanced Practice Nurses“ besser sichtbar zu machen, um einerseits ihren Mehrwert für ein tragfähiges Gesundheitssystem zu demonstrieren und andererseits jungen Menschen die vielfältigen Karriereentwicklungsmöglichkeiten in der Pflege aufzuzeigen. „Ich bin fest davon überzeugt, dass wir zukünftig mehr Menschen für diesen Beruf gewinnen können, wenn die Verantwortungsbereiche der Pflege klarer definiert sind und ausgeweitet werden“, setzt die ebenso junge wie engagierte Professorin hinzu. Sie kennt aber auch die Realität: „Wir haben in Deutschland noch einen weiten Weg vor uns – ein Masterstudiengang an einer medizinischen Fakultät einer Universität ist aber ein sehr wichtiger und bedeutsamer Schritt.“ Und ein Schritt, der sie ein Stück weit an ihr – wie sie sagt – wichtigstes Ziel heranführt: „Die pflegerische Versorgung wissenschaftsbasiert zu verbessern und die Akademisierung des Pflegeberufs weiter voran zu treiben.“

Dieser Impetus erklärt sich aus ihrer eigenen Historie. Nach ihrer Pflegeausbildung (1999–2002 am Deutschen Herzzentrum Berlin) und anschließender Berufstätigkeit studierte sie Pflegewissenschaft an der Hochschule Osnabrück und der Universität Witten/Herdecke. Nach ihrem Studium forschte sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) am Standort Witten. „Dort habe ich einen meiner Forschungsschwerpunkte aufgebaut, den ich heute noch verfolge: die Versorgung von Menschen mit Demenz, die schweres herausforderndes Verhalten zeigen“, erklärt die Professorin. Forschung für und mit Menschen mit Demenz muss ihrer Ansicht nach immer interdisziplinär angelegt sein, damit sie einen wirkungsvollen Beitrag für die Verbesserung der Praxis leisten kann. Palm weiter: „Die Versorgungsforschung bringt alle wichtigen Disziplinen zusammen. Deshalb stand für mich nie außer Frage, dass ich mich als Pflegewissenschaftlerin in der Versorgungsforschung engagiere und mich mit anderen Versorgungsforscher:innen vernetze.“ Den ersten Kontakt mit anderen Versorgungsforscher:innen hatte sie übrigens auf dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, den sei seit ihrer Zeit als Doktorandin regelmäßig besucht: „Diese Vernetzung hat mich in meiner beruflichen Laufbahn stark beeinflusst und vorangebracht.“

Am Department für Versorgungsforschung der Universität Oldenburg ist Professorin Rebecca Palm nun Teil eines interdisziplinären Teams, in dem verschiedenste Disziplinen zusammenarbeiten: Geriatrie, Gesundheitsökonomie, ambulante Versorgung und Pharmakoepidemiologie, Allgemeinmedizin, Ernährung und Funktionalität im Alter, Prävention und Rehabilitationsforschung, Ethik in der Medizin, Assistenzsysteme und Medizintechnik, Big Data in der Medizin und Künstliche Intelligenz in der Gesundheit. „Neben der interdisziplinären Zusammenarbeit legen wir an der Abteilung für Pflegewissenschaft jedoch auch großen Wert darauf, zur Disziplinentwicklung in der Pflegewissenschaft beizutragen“, rundet Rebecca Palm das Bild ab: „Die Pflegewissenschaft ist in Deutschland noch eine junge Disziplin, die sich entwickeln muss. Um dies zu fördern, werden an der Abteilung für Pflegewissenschaft primär pflegewissenschaftliche Qualifikationsarbeiten (Master und Doktorat) ausgeschrieben und betreut. Wissenschaftliche Mitarbeiter:innen stammen – je nachdem wie der Projektkontext es verlangt – aus einem pflegerischen Beruf oder praktizieren diesen noch. Dies ermöglicht einen guten Praxis-Theorie-Transfer und Vernetzung mit den Kolleg:innen aus der Praxis. <<

Link
* https://uol.de/pflegewissenschaft



Johanna Seiters MA,
wissenschaftliche Mitarbeiterin

>> Warum studieren Sie an der Abteilung für Pflegewissenschaft am Department für Versorgungsforschung?

Durch meine Tätigkeit an der Professur für Pflegewissenschaft habe ich die Möglichkeit, an innovativen Forschungsthemen mitzuar-

beiten und hierdurch unter anderem evidenzbasierte, interdisziplinäre und ganzheitliche Versorgungskonzepte mitzugestalten. Als ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegerin ist mir besonders die enge Verzahnung von Theorie und Praxis ein wichtiges Anliegen. Durch den Schwerpunkt der Praxisentwicklung wird diese Verknüpfung an der Abteilung für Pflegewissenschaft täglich gelebt.

Was zeichnet in Ihren Augen die Abteilung für Pflegewissenschaft am Department für Versorgungsforschung aus?

Das Department für Versorgungsforschung zeichnet sich nach meiner Wahrnehmung insbesondere durch Multidisziplinarität und partizipative Ansätze zur Gesundheitsversorgung aus. Für die Abteilung für Pflegewissenschaft im Speziellen ist in meinen Augen der besondere Dreiklang der Themen „Delir und Demenz", „Advanced Nursing Practice" und „Praxisentwicklung" charakteristisch. Insgesamt empfinde ich die interdisziplinäre Zusammenarbeit und den kollegialen Austausch als sehr bereichernd.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Aktuell beschäftige ich mich im Rahmen des vom Innovationsfonds geförderten Projekt „DeliA" insbesondere mit dem Thema „Delir in Altenpflegeeinrichtungen". Hierzu entwickelt unser Projektteam eine interdisziplinäre edukative Maßnahme, die Hausärzt:innen sowie Pflegefachpersonen in Altenpflegeeinrichtungen in Bezug auf den Themenkomplex Delir sensibilisieren soll. Hierzu haben wir zunächst eine Delphi-Befragung zur Curriculumskonsentierung durchgeführt und werden Ende des Jahres im Rahmen einer Machbarkeitsstudie die Praktikabilität des Angebots überprüfen.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

An der Versorgungsforschung reizt mich besonders die Möglichkeit, bei der Gestaltung von evidenzbasierten Konzepten mitzuarbeiten, um so bestehende Versorgungsmodelle und -prozesse zu verbessern sowie durch die Entwicklung innovativer Modelle zur Optimierung der Gesundheitsversorgung beitragen zu können. Große Anliegen sind mir außerdem Transparenz sowie der Themenkomplex Versorgungsgerechtigkeit, ohne die eine gute Versorgungsforschung aus meiner Sicht nicht möglich sind. <<



Vincent Molitor, MSc,
wissenschaftlicher Mitarbeiter

>> Warum studieren Sie an der Abteilung für Pflegewissenschaft am Department für Versorgungsforschung?

Ich bin an der Abteilung für Pflegewissenschaft tätig und verantworte die wissenschaftliche Ausgestaltung des Innovationsfondsprojekts DeliA – Delir in Altenpflegeeinrichtungen, in dessen Rahmen ich auch promoviere. Meine Dissertation widmet sich der Konzeption und Evaluation eines e-Learning-Programms zur Förderung des delirspezifischen Fachwissens von Pflegefachpersonen und Hausärzt:innen in Altenpflegeeinrichtungen. DeliA fügt sich dabei nahtlos in die Ausrichtungen des Departments für Versorgungsforschung ein, indem es die zentrale Bedeutung von gelebter Interdisziplinarität, gesundem Altern und Digitalisierung besonders hervorhebt.

Was zeichnet in Ihren Augen die Abteilung für Pflegewissenschaft am Department für Versorgungsforschung aus?

Die Forschung in unserer Abteilung ist stark anwendungsorientiert und fördert einen intensiven Austausch mit Gesundheitseinrichtungen, um stets aktuelle Praxisprobleme zu verstehen zu bewältigen. Diese enge Zusammenarbeit ist auch im Projekt DeliA maßgeblich und trägt wesentlich zur hohen Qualität der Ergebnisse bei.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Mein derzeitiger Forschungsschwerpunkt konzentriert sich auf das Phänomen des Delirs in Altenpflegeeinrichtungen. Neben der Entwicklung einer edukativen Intervention zur Sensibilisierung von Fachkräften für diesen pflegerischen und medizinischen Notfall interessiert es mich besonders, die Wirkmechanismen solcher komplexen Interventionen zu verstehen und zu evaluieren. Hier möchte ich mich gerne zukünftig weiter mit der Realist Methodology auseinandersetzen, die die Fragestellung "Was ist effektiv?" in den Hintergrund stellt, sondern vielmehr untersucht, wie, warum, für wen und unter welchen Bedingungen Interventionen (nicht) funktionieren.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Persönlich strebe ich an, Versorgungsforschung immer praxisorientiert zu denken und auch zu gestalten, sodass die gewonnenen Erkenntnisse bestmöglich in der Praxis angewendet werden können, um die Versorgungssituation von vulnerablen Personen nachhaltig zu verbessern. Besonders liegt es mir am Herzen, durch meine Arbeit in der Versorgungsforschung dazu beizutragen, Komplikationen und Fehler in Gesundheitseinrichtungen frühestmöglich zu erkennen und zu minimieren, um die Patient:innensicherheit zu erhöhen. <<

MVF-Serie „Versorgungsforschung made in ..."

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

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

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



Wir nehmen Gesundheit persönlich.

Deshalb erforschen und entwickeln wir Therapien, mit denen wir Krankheiten immer gezielter behandeln, heilen oder sogar verhindern können.

Unser Anspruch: Leading where medicine is going.

Erfahren Sie mehr darüber, wie wir medizinischen Fortschritt gestalten:
janssen.com/germany

Johnson&Johnson



Zitationshinweis

Scheuch, G.: „Aerosole: das ignorierte Problem“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (06/24), S. 32. http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2665

Dr. phil. nat. Gerhard Scheuch
Physiker mit Schwerpunkt Aerosolmedizin

Aerosole: das ignorierte Problem

>> Ein zentrales Thema wird bei der Aufarbeitung der Corona-Pandemie sträflich vernachlässigt: die Rolle der Aerosole bei der Übertragung der Viren.

Die Aerosolmedizin hat schon vor 1990 festgestellt, dass selbst bei ruhiger Atmung kleinste Aerosolteilchen aus Bronchien bzw. Lunge freigesetzt werden. Bei Infektion mit einem Atemwegsvirus steigt die Menge der exhalierten Aerosolteilchen bis zu drei Zehnerpotenzen an, allerdings nur bei den sogenannten „Superemittern“ (Superspreadern). Dabei ist unbekannt, warum nur ein kleiner Teil der Infizierten zu Superemittern wird.

Schon vor gut 15 Jahren konnten dann Forscher in den USA nachweisen, dass diese exhalierten Teilchen (bei Influenza) vermehrungsfähige Viren enthalten. Diese Viren-Aerosole entstehen nicht nur beim Atmen, sondern vermehrt auch beim Singen, Sprechen, Husten, Niesen usw. Schützen kann man sich vor diesem ‚Viren-Aerosol‘ nur schwer. Besten Schutz bietet der Aufenthalt im Freien: Das ausgeatmete Aerosol wird durch die Umgebungsluft sofort stark verdünnt. Auch sorgfältig getragene Masken können den Träger schützen. Lüften und gute Luftfilter können die Innenraumluft deutlich verbessern. Die Aufenthaltszeit in einem Raum mit infizierten Personen spielt eine wichtige Rolle. Das Infektionsrisiko steigt beinahe quadratisch mit der Zeit an: Doppelte Zeit bedeutet fast vierfaches Risiko. Besonders gefährlich ist der Aufenthalt in kleinen unbelüfteten Räumen (auch Toiletten, Fahrstühlen). Hier können die abgeatmeten, virushaltigen Aerosolpartikel lange verbleiben, nachdem ein Superspreader den Raum verlassen hat.

Schon in den ersten Wochen der Corona-Pandemie haben uns führende Aerosolwissenschaftler weltweit informiert, dass die aerogene Übertragung der SARS-CoV-2-Viren sehr wichtig ist. Das Problem: RKI, WHO und die bekannten Talkshows ignorierten Aerosole zu Beginn der Pandemie! Schlimmer: Sowohl WHO als auch RKI hatten völlig falsche Definitionen des Begriffes „Aerosol” publiziert: „Ein Aerosol ist ein Tropfenkern kleiner als 5 µm.” Das ist Unsinn. Diese Tropfenkerne sind lediglich eine bestimmte Art von Aerosol*teilchen*.

Ein Aerosol ist ein Gemisch (Suspension) aus einem Gas (in der Regel Luft) und kleinen nichtgasförmigen Teilchen. Diese Aerosolteilchen können fest oder flüssig sein. Sie müssen sich mehrere Sekunden im „luftgetragenen” Zustand halten können. Es gibt keine 5-µm-Grenze. Auch ein 10 µm großes Tröpfchen im luftgetragenen Zustand ist ein Aerosolteilchen und kann inhaliert werden. Unsere Umgebungsluft ist ein Aerosol, Wolken sind ein Aerosol, Zigarettenrauch ist ein Aerosol. Kleinere Aerosolpartikel unter 1 µm, wie z. B. im Zigarettenrauch oder abgeatmete virushaltige Aerosolteilchen, können sogar stundenlang in der Zimmerluft schweben.

Anfang April 2020 gab die Leopoldina eine Stellungnahme zur Maskenpflicht ab. Am 14. April 2020 kontaktierten wir den Vorsitzenden mit der Frage nach der Evidenz für eine Maskenpflicht und Virusübertragungen im Freien. Damals existierte bereits der Vorabdruck einer Arbeit, in der ein chinesischer Forscher über 7.000 Infektionen analysiert hatte – eine einzige davon hatte sich außerhalb von geschlossenen Räumen ereignet! Er merkte zu Recht an: „Die Covid-19-Pandemie ist ein Innenraumproblem”. Die Leopoldina verwies uns auf zwei wenig aussagekräftige Publikationen und Herrn Drostens Podcast Nr. 28. Ein Aerosolforscher und Aerosolmediziner sollten also einen Virologen kontaktieren, um mehr über den Aerosolübertragungsweg zu erfahren?

Im Herbst 2020 publizierten wir mit der Gesellschaft für Aerosolforschung (GAeF) ein Positionspapier zum Thema „Aerogene Übertragung von Viren und wie man diese *minimieren* kann”. *Verhindern* lässt sie sich nicht. Als im Winter 2020/21 Weihnachtsmärkte verboten, Skilifte gesperrt, Menschen beim Joggen ohne Maske von der Polizei verfolgt, Parks geschlossen und Ausgangssperren diskutiert wurden, meldeten wir uns erneut in einem offenen Brief an die Bundeskanzlerin zu Wort. Wir kritisierten die überzogenen Maßnahmen im Freien. Und wir machten Vorschläge, wie man Innenräume sicherer machen könnte – ohne Kitas, Schulen, Universitäten und Büros schließen zu müssen.

Anhand eigener Untersuchungen hatten wir inzwischen festgestellt, dass FFP2-Masken Viren zu 60–80% zurückhalten können (das Maskenmaterial selbst filtert ca. 99% der Viren aus der Luft). Mit einer Tragedauer von nur wenigen Stunden pro Woche und nicht dicht anliegend können sie allerdings keinen großen Beitrag zur Verhinderung einer aerogenen Virusausbreitung leisten; dazu müssten sie 24/7 getragen werden. In einem Telefonat mit Herrn Spahn schlug ich vor, keine FFP2-Masken für die Bevölkerung einzusetzen, sondern diese nur von Fachpersonal nutzen zu lassen: Damit könne er Milliarden sparen. Seine Antwort: „Es ist zu spät.“

Wir Aerosolforscher hatten den begründeten Verdacht, dass Kinder Viren deutlich schlechter übertragen als Erwachsene. Eine dem Gesundheitsministerium vorgeschlagene Studie dazu wurde abgelehnt. Eine private Spendenaktion ermöglichte es, diese Studie mit den Unis Frankfurt und Bochum durchzuführen. Das Ergebnis war eindeutig und ist inzwischen publiziert: Kinder atmen sehr viel weniger Aerosolteilchen aus als Erwachsene, tragen also weniger stark zur Verbreitung eines aerogenen Virus bei als Ältere.

Alle diese Erkenntnisse wurden in der Öffentlichkeit kaum bekannt. Bei einer Podiumsdiskussion 2021/22 wies mich ein älterer Medizinprofessor zurecht: „Herr Dr. Scheuch hören Sie mit diesem Aerosolunsinn auf, Viren werden durch Tröpfchen übertragen! Punkt!” Damit waren alle Wortbeiträge, die sich mit aerogener Übertragung beschäftigten, bei dieser Diskussion erledigt.

Kein Einzelfall: Immer wieder taucht in der wissenschaftlichen Literatur die falsche Definition eines Aerosols auf. Das deutet darauf hin, dass sich viele forschenden Mediziner, Hygieniker und Virologen nicht mit dem physikalischen Hintergrund beschäftigen. Die Folgen für die Volksgesundheit verbunden mit unnötigen Kosten sind immens. Das Verständnis über die *aerogene Ausbreitung* von Viren ist grundlegende Voraussetzung für alle nicht pharmakologischen Maßnahmen, um diese zu verhindern. <<

Literatur: sokrates-rationalisten-forum.de

Zitationshinweis

Rothenberger, A.: „Recht auf Infektionsschutz vs. Pflicht zum Infektionsschutz“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (06/24), S. 33. http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2666



Dr. phil. Andreas F. Rothenberger
Unternehmer & Philosoph

Recht auf Infektionsschutz vs. Pflicht zum Infektionsschutz

>> Als die Corona-Pandemie Deutschland erreichte, reagierten die deutschen Regierungen mit extrem restriktiven Maßnahmen, um das Virus einzudämmen. Es wurde der sog. „Lockdown“ verhängt: Kontakte außerhalb der eigenen Wohngemeinschaft wurden untersagt, das Gastgewerbe und die meisten Einzelhandelsgeschäfte mussten den Betrieb einstellen, Schulen und Kitas wurden geschlossen, viele Bundesländer verhängten sogar Ausgangssperren.

Der Deutsche Ethikrat unterstützte die Maßnahmen im März 2020 mit einer Ad-hoc-Empfehlung, welche diesen Passus enthielt: *„Aus ethischer Sicht sind [...] zur Zeit Freiheitsbeschränkungen vertretbar. Auch erheblich belastende Begleitschäden sind zumutbar.“*

Als Begründung wurde nur genannt, dass das Gesundheitssystem vor einer Überlastung geschützt werden müsse. Es gab aber keine ethische Erörterung, inwiefern dieses Ziel diese enormen Freiheitsbeschränkungen rechtfertigen würde. Genau dies würde man sich von einem Ethikrat jedoch erwarten.

Die Kollateralschäden dieser restriktiven Maßnahmen waren verheerend: Die Insolvenzrate von Personen- und Kapitalgesellschaften im Jahr 2024 erreicht Werte wie 2010 nach der Finanzkrise. Dies führt das Institut für Wirtschaftsforschung Halle (IWH) unter anderem auf „Nachholeffekte“ aus der Corona-Pandemie zurück, denn die staatlichen Unterstützungsleistungen konnten den durch den Lockdown gestarteten Niedergang nur verlangsamen. Kinder und Jugendliche erlitten aufgrund der Schulschließungen schwere Lernrückstände, das Fehlen von sozialen Kontakten führte bei vielen Menschen zu Depressionen. Die Gesellschaft polarisierte sich während der Geltung der Maßnahmen immer stärker. Besonders die Debatte über das Impfen und eine etwaige allgemeine Impfpflicht führte zu einer Spaltung in „Geimpfte“ und „Ungeimpfte“. Der Deutsche Ethikrat revidierte im Dezember 2021 seine vorherige Ablehnung der allgemeinen Impfpflicht und sprach sich mit 20:4 Stimmen nun für eine solche aus.

Viele ließen sich nur deswegen impfen, weil sie dem sozialen Druck nicht mehr standhielten. Dieser „gefühlte Impfzwang“ führte bei vielen Menschen zu einem Vertrauensverlust in die deutsche Politik und radikalisierte sie.

Die Kollateralschäden der restriktiven Maßnahmen scheinen den Nutzen zu übersteigen. Vor allem, wenn man bedenkt, dass Schweden letztendlich nicht schlechter durch die Pandemie gekommen ist als Deutschland, obwohl fast keine restriktiven Maßnahmen getroffen wurden, sondern primär an die Eigenverantwortlichkeit appelliert wurde. Was könnte man also zukünftig besser machen? Hat ein Staat andere Möglichkeiten, eine Pandemie zu bremsen, als restriktive Maßnahmen zu ergreifen und die gesamte Bevölkerung in die Pflicht zu nehmen, sich und andere vor einer Infektion zu schützen? Ja, man könnte anstelle einer Verpflichtung zum Infektionsschutz ein Recht auf Infektionsschutz einführen, wodurch die Freiheitsrechte nicht tangiert würden.

Was ist der entscheidende Unterschied zwischen einem Recht auf Infektionsschutz und einer Pflicht zum Infektionsschutz? Bei einer Verpflichtung werden alle genötigt, gewisse Maßnahmen mitzutragen, auch wenn sie der Ansicht sind, dass diese nichts nützen oder sie aus anderen Gründen ablehnen. Noch dazu stellen Maßnahmen wie eine Ausgangssperre, Impfpflicht oder ein Berufsverbot schwere Verletzungen diverser Freiheits- und Grundrechte dar, insbesondere die Impfpflicht. Das Recht auf die Unversehrtheit des eigenen Körpers ist eines der höchsten ethischen Güter und sollte von einem Rechtsstaat unter allen Umständen geschützt und nicht gebrochen werden! „Der Mensch als Selbstzweck“, wie Immanuel Kant es in seiner Moralphilosophie formulierte. Niemals darf ein Mensch als bloßes Mittel zu etwas missbraucht werden, doch bei einer Impfung wider Willen geschieht genau dies.

Bei einem geltenden Recht auf Infektionsschutz haben alle Bürgerinnen und Bürger das Recht, sich bestmöglich vor einer Infektion schützen zu dürfen. In diesem Essay ist nicht der Rahmen gegeben, um einen umfassenden Katalog an Vorkehrungen aufzulisten, doch ein paar Beispiele kann man durchaus benennen, wie das Recht auf Homeoffice, wenn eine berufliche Tätigkeit dies zulässt. Lernende hätten das Recht auf Fernunterricht. Staatliche Subventionierung von Masken oder die Subventionierung gewisser Einzelhandelsgeschäfte, damit diese nur eine geringe Zahl an Kunden gleichzeitig im Laden gestatten, sodass die Infektionsgefahr drastisch sinkt, wären ebenfalls denkbar.

Auch beim ÖPNV könnte man Busse und Bahnen einführen, die nur eine geringe Zahl an Fahrgästen erlauben. Neben diesen Rechten müsste man die Bevölkerung bestmöglich über Schutzmaßnahmen informieren, sodass man diese eigenverantwortlich nach eigenem Ermessen ergreifen kann. Die Polarisierung der Gesellschaft würde nicht in einem Ausmaß geschehen, wie es durch Zwang und Verpflichtung geschah, denn niemand würde zu Verhaltensweisen oder gar einer Impfung wider Willen genötigt werden.

Doch was wäre, wenn bei einer neuen Pandemie dem Gesundheitswesen tatsächlich die Überlastung droht, dessen Schutz der Grund für die restriktiven Maßnahmen während der Corona-Pandemie war, und ein Großteil der Bevölkerung Verbote und Verpflichtungen wie eine Impfpflicht einfordert? Hier könnte man einen Schritt gehen, der aus paternalistischer Sicht nur schwer vorstellbar ist, aber aus liberaler Sicht nur folgerichtig, und zwar könnte man den Impfverweigerern zumuten, dass sie im Falle einer Infektion und eines schweren Verlaufs kein Recht auf Behandlung hätten.

Mit einem eigenverantwortlichen Recht auf Infektionsschutz würde man höchstwahrscheinlich dieselben gesundheitlichen Resultate wie bei einer Verpflichtung erzielen, denn wer würde sich schon freiwillig der Pest aussetzen, wenn diese grassiert? Allerdings führt ein Recht auf Infektionsschutz nicht zu den gesellschaftlichen und individuellen Traumata, die unsere Bevölkerung während der Corona-Pandemie erlitten hat. <<

MSD Gesundheitsforum: Workshop „Vom Innovationsfonds in die Regelversorgung"

Wie schaffen wir den ganzen Weg in die Versorgung?

Es besteht kaum Zweifel daran, dass der Innovationsfonds in den letzten Jahren wesentliche Impulse für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung geliefert hat. Ebenso steht außer Frage, dass der Umgang mit den Ergebnissen und gewonnenen Erkenntnissen noch deutliche Potenziale zur Weiterentwicklung hat. Im Rahmen des MSD Gesundheitsforums 2024 am 6. November wurden daher die Barrieren und Erfolgsfaktoren für die Translation von Innovationsfondskonzepten in die Regelversorgung diskutiert. Der vorliegende Beitrag ist ein Kommentar mit fachlich-inhaltlicher Einordnung der Diskussion durch die Autor:innen.

>> Erste Schritte wurden bereits unternommen: Vor dem neuen Digital-Gesetz (DigiG) konnte der Innovationsausschuss bei positiven Projektergebnissen lediglich Empfehlungen aussprechen, deren Umsetzung im Ermessen der Adressaten lag. Seit Mai 2024 sind diese Adressaten jedoch verpflichtet, innerhalb von 12 Monaten über die Umsetzung der Empfehlungen zu berichten. Weder sind die Adressaten aber legitimiert, Regelversorgung zu definierten, noch bestehen Mitwirkungspflichten für Dritte, die zur Übertragung in die Regelversorgung erforderlich sind. Es bleibt damit unklar, wie ein fester und verlässlicher Pfad zur Überführung von Innovationen (und nicht nur Projekten) in die Regelversorgung gestaltet werden kann. Aus Sicht des Innovationsmanagements stellt sich somit die Frage, wie aus einem erfolgreich erprobten Prototyp eine marktfähige Lösung werden kann.

Der Innovationsfonds hat in Deutschland einen international viel beachteten Weg eingeschlagen: Mit dem Anspruch, dass erfolgreich evaluierte Versorgungskonzepte in die Gesundheitsversorgung überführt werden, wurde bewusst ein anderer Ansatz gewählt als die typische „Projektitis". Zweifellos bietet der Fonds wertvolle Möglichkeiten, neue Konzepte zu erproben, die den wachsenden Anforderungen eines überlasteten Gesundheitssystems gerecht werden sollen. Auch nach acht Jahren bleibt die Qualität und Relevanz der geförderten Projekte auf hohem Niveau.

Je mehr Projekte jedoch abgeschlossen werden, desto drängender stellt sich die Frage, was mit den erzielten Ergebnissen geschieht. Viele Konzepte werden trotz positiver Voten nach Abschluss des Innovationsfondsprojektes nicht in die Versorgung überführt. Zwei zentrale Fragen stehen im Raum: Warum erreichen Innovationen, die für den Transfer in die Versorgung empfohlen werden, diese häufig nicht? Und wie kann eine nachhaltige Translation in die Versorgung gelingen?

Dies wurde im MSD Workshop „Vom Innovationsfonds in die Regelversorgung: Barrieren und Erfolgsfaktoren bei der Implementierung" mit Prof. Dr. Martin Dietrich (Bundesministerium für Gesundheit), Prof. Dr. Daniel Grandt (Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin) und Marcel Böttcher (BARMER) diskutiert. Ein besonderes Augenmerk lag auf den Innovationsfondsprojekt-Beispielen „AdAM – Anwendung digital-gestütztes Arzneimitteltherapie- und Versorgungs-Management" und „eRIKA – eRezept als Element interprofessioneller Versorgungspfade für kontinuierliche AMTS" (siehe Kasten 1 und 2).

An Innovationsprozessen aus der Innovationsforschung orientieren

Hierfür lohnt sich aus Sicht der Autoren ein Blick auf iterative Prozesse aus dem Innovationsmanagement, die meist mehrere Schritte umfassen, die von der Problemerkennung und Ideenfindung bis zur erfolgreichen Umsetzung einer Idee reichen. Ein etabliertes Beispiel im öffentlichen Sektor ist der OECD Innovation Lifecycle (2020) (siehe Abb. 1), der Innovationsprozesse in sechs Schritten beschreibt und weit über die Evaluations- und Bewertungsphase von Projekten hinausgeht. Die Evaluation oder Bewertung von Ideen und Konzepten ist dabei lediglich eine Teilstrecke auf dem Weg zur erfolgreichen Implementierung einer Innovation.

Neben der Identifizierung von Problemen und der Entwicklung von Ideen (Schritte 1 und 2) umfasst dieser Innovationsprozess auch die Erarbeitung von Lösungsvorschlägen (Schritt 3), die Implementierung und Evaluation von Projekten (Schritte 4 und 5) sowie die Umsetzung eines erfolgreich erprobten Konzepts (Schritt 6) (OECD, 2020).

Während solche etablierten Innovationsprozesse in anderen Branchen oft erfolgreich angewendet werden, sind sie im Gesundheitswesen so nicht implementiert: Die Förderung des Innovationsfonds deckt den Prozess bis zur Bewertung der Evaluationsergebnisse innovativer Versorgungskonzepte durch den Innovationsausschuss ab, nicht aber darüber hinaus.

Für eine langfristige Integration der versorgungsrelevanten Konzepte in das Versorgungssystem sind Anpassungen der Intervention, der Rahmenbedingungen oder der Entlohnung in unterschiedlichem Umfang erforderlich. Bislang fehlen Wege für den Übergang verschiedener innovativer Konzepte von der Konzeptphase zur Implementierung in die Versorgung, die auch der Heterogenität der Projekte gerecht werden.

Barrieren für die Umsetzung von Innovationen überwinden

Die effektive Überführung des innovativen Konzepts in die Versorgung kann eine größere Herausforderung sein als die Durchführung des Innovationsfondsprojektes selbst. In den letzten Jahren hat sich in der Wissenschaft die Implementierungsforschung (Implementation Science) etabliert, die sich mit dieser Problematik befasst. Die Integration erprobter Konzepte in bestehende komplexe Gesundheitssysteme erfordert hohe Anpassungsfähigkeit in Bezug auf Systemstrukturen, Finanzierung, Einhaltung regulatorischer Vorgaben sowie Akzeptanz und aktive Unterstützung der Akteure. Selbst Projekte mit positivem Votum stoßen oft auf Schwierigkeiten, da es an strukturellen Voraussetzungen für die Einbindung innovativer Konzepte oder ihrer einzelnen Komponenten in die Versorgung mangelt.



Abb. 1: *Ansatzpunkte zur Verbesserung der praktischen Umsetzbarkeit der Versorgungsinnovation. Quelle: eigene Darstellung.*[1]

Ein Beispiel hierfür ist das abgeschlossene Projekt „AdAM – Anwendung digital-gestütztes Arzneimitteltherapie- und Versorgungs-Management", das im Rahmen des Innovationsfonds die Wirksamkeit einer neuen Versorgungsform auf Ebene der Versicherten untersuchte (siehe Kasten). Das Projekt AdAM konnte durch digital unterstütztes hausärztliches Medikationsmanagement eine Tendenz für Verbesserungen bezüglich der Gesamtmortalität und der Krankenhauseinweisungen innerhalb von 15 Monaten nachweisen. Die Ergebnisse waren jedoch nicht statistisch signifikant. In Überlebenszeitanalysen zeigte sich eine signifikante Senkung der Sterblichkeit bei unreflektierten Patientinnen und Patienten mit Polypharmazie. Das Projekt setzte damit Impulse, die langfristige Effekte auf die Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen haben können und potenziell Modellcharakter für eine deutschlandweite Umsetzung besitzen. Die Umsetzung der Ergebnisse in regulatorische Maßnahmen findet bereits in Teilen statt, wie beispielsweise die Einführung der ePA und der elektronische Medikationsplan zeigen. Dennoch wird die Überführung trotz positiver Ergebnisse und einer ausgesprochenen Transferempfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses durch bestehende Sektorengrenzen sowie fehlende finanzielle Unterstützung und Verbindlichkeit nach Projektabschluss erschwert. Nicht zuletzt fehlen Mitwirkungspflichten derjenigen, die die technischen und erlöstechnischen Rahmenbedingungen für die Versorgung festlegen und durchsetzen.

Aufbauend auf den Ergebnissen von AdAM wird aktuell das Folgeprojekt „eRIKA – eRezept als Element interprofessioneller Versorgungspfade für kontinuierliche AMTS" (siehe Kasten) durchgeführt. Das Projekt eRIKA nutzt die Daten des eRezept-Fachdienstes und die Dispensierdaten aus der Apotheke, um automatisiert einen vollständigen und jederzeit aktuellen Medikationsplan für diejenigen Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteltherapie zu gewährleisten. Ziel des Projektes ist es, mit einem digital gestützten Prozess zwischen Versicherten, Arztpraxen und Apotheken mithilfe des eRezepts Fehler in der Medikation zu vermeiden. Im Erfolgsfall bewirkt der eRIKA-Prozess, dass alle Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteltherapie automatisch immer einen aktuellen und vollständigen Medikationsplan der verordneten Arzneimitteltherapie vorliegen haben.

Die weiteren Schritte des Innovationsprozesses operationalisieren

Um die Überführung von erfolgreich erprobten Versorgungskonzepten aus Innovationsfondsprojekten wie AdAM in die Versorgung zu erleichtern, könnten aus Sicht der Autoren einzelne Bereiche weiterentwickelt werden: die Stärkung der Umsetzungskompetenz innerhalb der Projekte sowie die wirksame Kommunikation und Skalierung der Ergebnisse durch Zusammenarbeit. Aufbauend auf dem OECD Innovation Lifecycle (2020) könnten diese bislang undefinierten Bereiche für skalierfähige Konzepte aus dem Innovationsfonds definiert und operationalisiert werden (siehe Abb. 1).

Konkreter Vorschlag: Umsetzungskompetenz stärker einbinden

Ein vielversprechender Ansatz zur Verbesserung der Verwertungskompetenz könnte die Einrichtung einer zentralen Anlaufstelle sein, die Innovationsfondsprojekte gezielt unterstützt, ihr Verwertungspotenzial zu entwickeln und die notwendige Reife für die Integration von Konzepten in die Versorgung zu erreichen. Diese Anlaufstelle könnte als Bindeglied zwischen der Durchführungsphase und der „neuen Phase" nach Projektabschluss fungieren, indem sie beispielsweise Beratung, Know-how und Schulungen bereitstellt.

Derzeit gehört die Entwicklung von Um-

Innovationsfondsprojekt AdAM

Viele Krankheiten können mit Medikamenten wirksam behandelt werden, doch besonders bei älteren Menschen mit mehreren Erkrankungen kann die Vielzahl an Medikamenten zu gefährlichen Neben- und Wechselwirkungen führen. Das Projekt AdAM – Anwendung digital-gestütztes Arzneimitteltherapie- und Versorgungs-Management – wurde von der BARMER, der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) und zahlreichen weiteren Partnern initiiert, um Hausärztinnen und Hausärzte im Arzneimitteltherapie-Management zu unterstützen und die Behandlungsqualität sowie Patientensicherheit zu verbessern.

Ziel der neuen Versorgungsform (NVF) war die Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die mindestens fünf Wirkstoffe über zwei Quartale einnahmen. Hausärztinnen und Hausärzte erhielten eine strukturierte Übersicht aller Arzneimittelverordnungen durch eine spezielle Praxissoftware, die sie bei der Prüfung unterstützte. In einer cluster-randomisierten Studie mit Wartekontrollgruppe wurden die Wirksamkeit und Kosteneffektivität der Intervention anhand von BARMER-Routinedaten evaluiert.

Zusammengefasst zeigte die Evaluation eine Tendenz zu Verbesserungen bezüglich der Gesamtmortalität und der Krankenhauseinweisungen. In Überlebenszeitanalysen zeigte sich eine signifikante Reduktion der Sterblichkeit in der Interventionsgruppe. Die gesundheitsökonomische Evaluation ergab Hinweise auf geringere Kosten durch die Intervention. Zudem berichteten Ärztinnen und Ärzte von einer erhöhten Sensibilisierung für die Risiken der Multimedikation, und Patientinnen und Patienten standen der digitalen Entscheidungsunterstützung positiv gegenüber.

Das Projekt wurde für 54 Monate vom Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss mit insgesamt ca. 16,3 Millionen Euro bewilligt.

Zitationshinweis

Gscheidle, S., Haring, M., Amelung, V.: „Wie schaffen wir den ganzen Weg in die Versorgung?“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (06/24), S. 34–36. http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2677

setzungskonzepten nicht zum originären Aufgabenbereich von Innovationsfondsprojekten und wird in den Anträgen oft nur nachrangig behandelt. Eine stärkere Verankerung der Umsetzungskompetenz sollte daher auch innerhalb der Projekte selbst erfolgen oder durch die Zusammenarbeit mit externen Partnerinnen und Partnern gefördert werden. Für eine nachhaltige Steigerung der Umsetzungskompetenz ist es entscheidend, nicht nur Endergebnisse, sondern auch Zwischenergebnisse zu erzeugen. Daher könnte eine begleitende Prozessevaluation von der Antragsstellung bis zur abschließenden Konzeptbewertung dazu beitragen, frühzeitig neue Ideen und skalierbare Konzepte zu identifizieren. Zudem könnte ein systematischer Themenpool, der bereits bei der Bewilligung neuer Innovationsfondsprojekte befüllt wird, als Ideensammlung dienen, skalierungsfähige Konzepte und Komponenten zu bewerten und auszuwählen. Im Idealfall fördert diese „neue Phase“ die Multiplizierung von Erkenntnissen und den Austausch von Best Practices (siehe Abb. 1).

Konkreter Vorschlag: Ergebnisse wirksam kommunizieren

Der Innovationsfonds weist bereits eine hohe Transparenz auf, da zahlreiche Berichte und Ergebnisse umfassend und öffentlich zugänglich sind. Für die Umsetzung von erfolgreich erprobten Versorgungskonzepten aus Innovationsfondsprojekten in die Versorgung ist jedoch ein weiterer Schritt erforderlich. Es reicht nicht aus, Ergebnisse lediglich zu veröffentlichen – eine gezielte und wirksame Kommunikation dieser Resultate ist von entscheidender Bedeutung, um das Interesse und die aktive Beteiligung aller relevanten Akteure zu fördern. Oft bleiben die erzielten Ergebnisse unzureichend bekannt, was ihre praktische Relevanz einschränkt. Auch könnte eine durchdachte und zielgerichtete Kommunikation sowohl auf regulatorischer Ebene als auch unter den Leistungserbringenden Vertrauen in das Innovationspotenzial stärken.

Um die positiven Effekte aus Innovationsfondsprojekten wirksam zu kommunizieren, ist es wichtig, die Förderung von Kooperationen und die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren weiter zu intensivieren. Derzeit mangelt es im Gesundheitswesen jedoch an einer „Open Innovation“-Kultur, die den Austausch von Ideen und die gemeinsame Entwicklung neuer Lösungen aktiv unterstützt. In diesem Zusammenhang könnte der Aufbau eines öffentlich Themenpools ebenfalls dazu beitragen, die Transparenz der Projekte und erprobten Konzepte zu erhöhen und die Auffindbarkeit relevanter Informationen zu verbessern.

Nicht zuletzt ist die aktive Einbindung von Ärztinnen und Ärzten, weiteren Gesundheitsfachkräften sowie von Patientinnen und Patienten in den Innovationsprozess von entscheidender Bedeutung. Ohne ihre Mitwirkung und Unterstützung wird es schwierig, ganze Konzepte oder Teile von erfolgreich erprobten Konzepten in die Versorgung zu integrieren. Die frühzeitige Beteiligung der Leistungserbringer und der Patientinnen und Patienten kann dazu beitragen, patientenrelevante Zusatznutzen zu adressieren und die Akzeptanz neuer Versorgungsansätze zu erhöhen.

Fazit

Die Weiterentwicklung des Innovationsfonds hin zur wirksamen Integration erfolgreich erprobter Versorgungskonzepte in die Gesundheitsversorgung erfordert einen umfassenden Ansatz, der weit über die reine Projektbewilligung und -bewertung hinausgeht. Dabei gilt es, Empfehlungen aufzuzeigen, die den Transfer innovativer Konzepte oder einzelner Komponenten dieser Konzepte in die Versorgung fördern. Auch sollte ein verstärkter Fokus auf die Dissemination der erzielten Ergebnisse gelegt werden.

In diesem Zusammenhang könnte ein zentraler Baustein die Einbindung der Innovationsfondsprojekte in einen Themenpool sein, der innovative Ideen und Konzepte sichtbar macht. Dennoch bleibt die optimale Vorgehensweise ein balancierter Ansatz: Ergebnisse sollten weder starr umgesetzt werdern noch in Vergessenheit geraten. Es bedarf eines flexiblen und anpassungsfähigen Prozesses, der die Übertragung von skalierbaren Konzepten in die Praxis unterstützt. Dieses Mandat des Innovationsfonds ist richtig – umso wichtiger ist es, einen Prozess zu entwickeln, der über den reinen Projektabschluss hinausgeht und die Umsetzung in die Versorgung in einer „neuen Phase“ fördert. <<

Innovationsfondsprojekt eRIKA

Menschen, die aufgrund von Krankheiten mehrere Medikamente gleichzeitig einnehmen müssen (Polypharmazie), sollten über einen vollständigen Medikationsplan verfügen. Dieser ist entscheidend für eine sichere Arzneimittelverordnung und umfassende pharmazeutische Beratung. Eine vollständige und aktuelle Übersicht der Gesamtmedikation fehlt jedoch häufig, was zu vermeidbaren Risiken führen kann.

Vor diesem Hintergrund wurde das Innovationsfondsprojekt eRIKA – eRezept als Element interprofessioneller Versorgungspfade für kontinuierliche AMTS – von der BARMER, der AOK Nordost, der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) und weiteren Partnern initiiert. Es nutzt den eRezept-Prozess und den Kommunikationsdienst KIM (Kommunikation im Medizinwesen), um eine sichere Übertragung medizinischer Informationen über die Telematikinfrastruktur zu ermöglichen. Ärztinnen und Ärzte erhalten bei der Verordnung detaillierte Informationen zur Gesundheitshistorie und Gesamtmedikation ihrer Patientinnen und Patienten. Zudem erhalten Apothekerinnen und Apotheker die erforderlichen Daten für ihre Beratung, und Patientinnen und Patienten können ihren Medikationsplan digital einsehen.

Das Projekt wird durch ein randomisiertes Kontrolldesign (Reallabor) sowie ein quasi-experimentelles Design evaluiert. Primäre Endpunkte sind Hospitalisierung und Mortalität bis drei Monate nach Verordnung. Zudem werden Arzneimittelwirkungen und Kosteneffizienz untersucht. Im Erfolgsfall trägt eRIKA zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit bei, indem die Übertragung von Patienteninformationen verbessert und die Rückverfolgbarkeit von Arzneimitteln bis zur Patientin bzw. zum Patienten garantiert.

Das Projekt wird für 48 Monate vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses mit insgesamt ca. 11,7 Millionen Euro gefördert.

von:
Sonja Gscheidle MSc PH[1],
Dr. PH Malte Haring[1],
Univ.-Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung[1]

1: inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung, Berlin

ORCID Gscheidle: 0009-0000-3316-0965
ORCID Haring: 0000-0001-9020-1946
ORCID Amelung: 0000-0001-5721-2459e

Literatur:

1: OECD (2020), "The public sector innovation lifecycle: A device to assist teams and organisations in developing a more sophisticated approach to public sector innovation", OECD Working Papers on Public Governance, No. 37, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/0d1bf7e7-en.

AstraZeneca entwickelt mit Vandage und der Universität Bielefeld den Nachhaltigkeitsindex (NHI)

>> Die Widerstands- und Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems muss verbessert werden und es bedarf einer höheren Resilienz. Diesen Schluss lässt der jüngst veröffentlichte Lancet-Countdown-Bericht zu Klimawandel und Gesundheit 2024 zu: 10 von 15 gesundheitsbezogenen Indikatoren erreichen neue und alarmierende Rekordwerte (1). Auch der „ExpertInnenrat Gesundheit und Resilienz" der Bundesregierung betonte in seiner dritten Stellungnahme die Notwendigkeit einer erweiterten Perspektive auf Gesundheit, um die vielen Herausforderungen wie den Klimawandel bewältigen zu können (2).

Dieses Problem will das forschende Pharmaunternehmen AstraZeneca gemeinsam mit Vandage und der wissenschaftlichen Unterstützung der Universität Bielefeld angehen. Es wurde ein Nachhaltigkeitsindex (NHI) entwickelt, der Entwicklungen über das Gesundheitssystem nachweisen, die vielschichtige Thematik der Nachhaltigkeit erschließen und öffentlich zugängliche Daten systematisch aufbereiten soll.

Der NHI basiert auf einer umfassenden Datenerhebung, die ökologische, ökonomische und soziale Dimensionen berücksichtigt: 292 messbare Indikatoren, die spezifisch auf die Anforderungen des Gesundheitssystems zugeschnitten sind, sollen ein detailliertes und messbares Bild der Nachhaltigkeit und Leistungsfähigkeit des Systems zeichnen. Dabei soll die Datenverfügbarkeit des NHI insgesamt recht gut sein, dennoch gibt es Problem:

- Für die meisten Indikatoren des NHI liegen Daten (83%) vor. Damit besteht eine gute Grundlage für die Bewertung der Nachhaltigkeitsdimensionen, was essenziell für fundierte Entscheidungen ist.
- Nur ein Fünftel der Indikatoren des NHI (80%) hat definierte Zielvorgaben. Das bedeutet, dass in den meisten Fällen keine Ziele definiert sind, anhand derer Fortschritte und Herausforderungen im Gesundheitssystem effektiv bewertet werden können.

Der NHI soll dann eine Bestandsaufnahme sowie die Identifikation von Datenlücken und fehlenden Nachhaltigkeitszielen im Gesundheitssystem ermöglichen. „Der NHI fungiert dabei als Seismograf, der Veränderungen im Gesundheitssystem registriert", erläutert Tessa Wolf, Head Corporate Affairs bei AstraZeneca Deutschland. „Daraus ergeben sich Hinweise für die Politik, welche Indikatoren sich näher angeschaut werden sollten. Nur mit messbaren Kennzahlen ist es somit möglich, das Gesundheitssystem angemessen zu managen und Ressourcen möglichst zielführend einzusetzen."„Um unserer Vision eines nachhaltigen Gesundheitssystems näher zu kommen, braucht es eine evidenzbasierte Entscheidungsgrundlage für alle Dimensionen", so Tessa Wolf. „Wir von AstraZeneca wollen daher im Rahmen der „Partnerschaft Zukunft Gesundheit" mit Expert:innen des Gesundheitssystems quantifizierbare Ziele definieren und an deren Erreichung arbeiten. Gemeinsam können wir es schaffen, das Gesundheitssystem so zu gestalten, dass es auch für kommende Generationen zugänglich, sicher und leistungsfähig ist."

Denn das Gesundheitssystem sehe sich mit einer Vielzahl an Herausforderungen konfrontiert. „Neben dem Klimawandel gehören der demografische Wandel, der Fachkräftemangel und die Digitalisierung zu den drängendsten Herausforderungen", so Tessa Wolf. Sie betont außerdem: „Um das Gesundheitssystem nachhaltig leistungsfähig aufzustellen, brauchen wir klare Zielvorgaben."

Die Auswirkungen beispielsweise des Klimawandels werden beispielsweise innerhalb des NHI durch 13 Indikatoren der Dimension **„Gesundheitsrisiken durch Umgebung"** erfasst. Von diesen sind 85% mit Zielvorgaben kombiniert – deutlich mehr als insgesamt beim NHI. Und auch die Datenverfügbarkeit sei mit 85% hoch. Somit erlaube der NHI, konkrete Hinweise zu geben, in welchen Bereichen Anpassungsbedarf im Gesundheitssystem besteht. <<

Überblick über die Dimensionen und Kategorien des NHI

Dimensionen	Kategorien	Anzahl Indikatoren
Rahmenbedingungen	Demografie	8
	Sozioökonomischer Hintergrund	10
Sozial	Responsiveness	5
	Gerechtigkeit	5
Ökonomisch	Gesundheitsausgaben	32
	Krankheitskosten	7
	Gesundheitseinnahmen	4
	Einnahmenüberschuss bzw. GKV-Defizit	1
Ökologisch	Ressourcenumgang	16
	Gesundheitsrisiken durch Umgebung	13
	Ökologisches Management	4
Gesundheitlich-organisatorisch	Governance	3
	Zugang	4
	Institutionen	20
	Beschäftigte	23
	Produkte	11
	Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	38
	Qualität der Leistungserbringung	8
	Resilienz	8
Gesundheitlich-epidemiologisch	Lebenserwartung	3
	Mortalität	4
	Morbidität	11
	Sonstige Aspekte des Gesundheitszustandes	39
	Risikofaktoren	3
		12

Literatur:

1. Romanello M, Walawender M, Hsu SC, et al. The 2024 report of the Lancet Countdown on health and climate change: facing record-breaking threats from delayed action. Lancet. Online veröffentlicht am 28. Oktober 2024. doi:10.1016/S0140-6736(24)01822-1
2. Dritte Stellungnahme des ExpertInnenrats „Gesundheit und Resilienz". Veröffentlicht am 20.09.2024. https://t1p.de/2s76z

Das Innovationsfondsprojekt ErwiN (**Erw**eiterte arztentlastende Übertragung von Tätigkeiten **i**n Arzt**N**etzen)

Entlastung von Arztpraxen und zukunftsfähige Versorgung

In Deutschland leben mehr als 16 Millionen über 67-Jährige. Bis zum Jahr 2040 werden es voraussichtlich über 20 Millionen sein. Mit der Zunahme des Anteils älterer Menschen in der Bevölkerung steigt ebenfalls die Anzahl der chronisch erkrankten, multimorbiden und pflegebedürftigen Menschen. Insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen wird sich die Versorgungsproblematik zuspitzen, da hier die beschriebenen demografischen Entwicklungen tendenziell stärker ausfallen als in urbanen Räumen. Infolge dieser Entwicklung wird sich die bereits gegenwärtig angespannte Situation in vielen Arztpraxen weiter verschärfen. Gleichzeitig bestehen Schwierigkeiten, Ärzte und Pflegefachkräfte für die Tätigkeit in ländlichen und strukturschwachen städtischen Regionen zu gewinnen. Um diesen unerwünschten Entwicklungen zu begegnen, werden im Innovationsfondsprojekt ErwiN unter Ausnutzung der Vorteile des geordneten Settings „Arztnetz" ärztliche Tätigkeiten auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde gemäß Richtlinie des G-BA nach § 63 Abs. 3c SGB V übertragen. Mit der Übertragung von arztentlastenden Tätigkeiten auf spezialisierte Pflegefachpersonen (SPFP) wird eine deutliche Entlastung von Arztpraxen angestrebt und ein genuiner Beitrag zur Zukunftsfähigkeit von Versorgungsstrukturen in Deutschland geleistet.

>> Die Situation trifft unter anderem für verschiedene Regionen in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern zu. Auch einige Berliner Stadtbezirke haben vergleichbare Problemlagen. In der Folge werden Rettungsdienste und Rettungsstellen frequentiert, obwohl dies medizinisch nicht indiziert ist, und Patientinnen und Patienten werden stationär aufgenommen, obwohl eine ambulante Behandlung ausreichend gewesen wäre.

Um die zentralen Anliegen von ErwiN zu realisieren, wurde zunächst Pionierarbeit geleistet, weil für die Zielindikationen das Curriculum für die Aus- und Fortbildungen nach § 53 Pflegeberufegesetz (PflBG) zur Übertragung von arztentlastenden Tätigkeiten auf Pflegefachkräfte erst noch entwickelt werden musste. Aufbauend auf Vorarbeiten, unter anderem aus dem vom Innovationsfonds geförderten Projektes „InDePendent – Interprofessionelle Demenzversorgung: Aufgabenneuverteilung zwischen Ärzten und qualifizierten Pflegefachpersonen in der häuslichen Versorgung", wurde in ErwiN ein projektspezifisches Curriculum entwickelt, das vom BMG und BMFSFJ mit Schreiben am 21.12.2023 vorläufig genehmigt wurde.

Die Umsetzung

An der Umsetzung der neuen Versorgungsform (nVF) sind insgesamt vier Arztnetze der Konsortialpartner MEDIS, HaffNet und AGBAN in den Umsetzungsregionen Süd-West-Brandenburg, Stettiner Haff, Neuruppin/Templin und Berlin Köpenick/Neukölln beteiligt. Hier werden ab Oktober 2024 bis Dezember 2025 insgesamt 1.200 Patient:innen (mindestens 65 Jahre alt und einen Pflegegrad 2 oder höher bewilligt bzw. beantragt) der teilnehmenden Krankenkassen AOK Nordost und BARMER durch die ErwiN-Fachkräfte in Zusammenarbeit mit den Netzärzt:innen versorgt. Um die selbstständige Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V in der Umsetzungspraxis jederzeit durch Einschaltung eines Arztes medizinisch absichern zu können, werden die Möglichkeiten der telemedizinischen Unterstützung ausgenutzt. Die Arztnetze bieten den Vorteil, dass hier auf die positiven Erfahrungen im Rahmen von delegierten Hausbesuchen durch nicht ärztliches Fachpersonal zurückgegriffen werden kann. Damit besteht bereits eine Basis für die Akzeptanz einer auch weitergehenden Aufgabenübertragung. Letztere kann nur in enger Abstimmung mit dem behandelnden Hausarzt erfolgen, wozu ein einem Rezept nachempfundenes „Übertragungsformular" eingesetzt wird, auf dem die vom G-BA vorgenommenen Festlegungen in inhaltlicher und zeitlicher Hinsicht für die Aufgabenübertragung konkretisiert sind.

Die Evaluation

Die Evaluation erfolgt über eine prospektive multizentrische, kontrollierte, cluster-randomisierte Interventionsstudie im Stepped-Wedge-Design. Das heißt, alle eingeschlossenen Patienten – aufgeteilt in vier Wellen – erhalten nach einem Wartequartal die Intervention und wechseln dadurch nach einer mindestens dreimonatigen Wartezeit (Wartequartal) von der Kontrollgruppe (KG) in die Interventionsgruppe (IG), in der sie sechs Monate durch die ErwiN-Fachkräfte versorgt und betreut werden. Die IG setzt sich aus den Subgruppen Hypertonie (Einordnung über Blutdruckmessung), Schmerz (Einordnung über Brief Pain Inventory short form (BPI short)) und Mangelernährung (Einordnung über Mini Nutritional Assessment (MNA

Das Konsortium

MEDIS Management GmbH (Konsortialführung)
HaffNet Management GmbH
AGBAN – Arbeitsgemeinschaft Berliner Arztnetze GmbH & Co. KG
AOK Nordost
BARMER
DZNE – Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen e. V.
AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH
JGM GmbH

Weitere Beteiligte

Kassenärztliche Vereinigungen
Ärztekammern
Gesundheitsministerien der Länder bzw. Senat
Kommunen (Landkreise und kreisfreie Städte) der Umsetzungsregionen bzw. Stadtbezirk
Universität zu Lübeck

Zitationshinweis

Lenk, A., Bohm, S.: „Entlastung von Arztpraxen und zukunftsfähige Versorgung“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (06/24), S. 38–39.
http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2667

long form)) zusammen. Grundlegend wird die Studie durch eine ausbildungs-, prozess-, ergebnis- und gesundheitsökonomische Evaluation strukturiert.

Mit dem Einsatz der ErwiN-Fachkräfte wird primär eine Reduzierung der ambulant-sensitiven Krankenhausfälle (ASK-Fälle) um 18% angestrebt. Sekundär sollen durch ErwiN die nicht-institutionalisierte Pflege stabilisiert sowie die subjektive Gesundheit und Lebensqualität der teilnehmenden Patienten verbessert werden. Schließlich soll der Einsatz der SPFP zu einer signifikanten Steigerung der Arbeitszufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten sowie einer höheren Patientenzufriedenheit führen.

Zur Überprüfung der dargelegten Zielgrößen werden qualitative und quantitative Primär- und Sekundärdaten herangezogen und miteinander verknüpft. Hierzu wird beispielsweise im Rahmen der Ausbildungsevaluation mittels standardisierter Befragungen, leitfadengestützter Einzel- und Gruppeninterviews die formale Eignung der Ausbildung mit Blick auf die normativen Vorgaben analysiert. Weiterführend werden in Anlehnung an das Kirkpatrick-Modell die Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Qualifizierung, der Lernerfolg im Sinne des Wissens- und Kompetenzerwerbs sowie die Befähigung bzw. das Ausmaß an Empowerment für die neue Berufsrolle evaluiert. Den qualitativen Befragungen gehen standardisierte Kurzbefragungen voraus, in denen Basisdaten der Berufsbiografie und die Erwartungen an die Qualifizierung (Präbefragung) bzw. die Einschätzung der Qualifizierung (Postbefragung) erfasst werden. Diese Abfragen entlasten das darauffolgende qualitative Interview und bieten einen Einstieg in eine vertiefende Behandlung interessierender Aspekte. Generell gilt, dass Fragestellungen und Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Erhebungen in der Weise aufeinander bezogen werden, dass in den qualitativen Befragungen vertiefend auf interessierende Aspekte eingegangen wird. Die Kombination beider Methoden unterstützt damit – im Sinne der Datentriangulation – eine Validierung der Ergebnisse.

Im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation wird untersucht, ob der intendierte Effekt der nVF bei der Inanspruchnahme nachweisbar ist. Dazu werden alle Krankenhausfälle der teilnehmenden Patient:en ab dem ersten Quartal 2023 bis einschließlich des zweiten Quartals 2026 berücksichtigt. Die Krankenhausfallzahlen vor und ab dem Start der Intervention werden einander gegenübergestellt, desgleichen die Teilmengen der Anzahl von Notfallaufnahmen sowie der Fälle mit ASK-Diagnose. Zusätzlich wird ab dem Start des Wartequartals für alle eingeschlossenen Patienten in den teilnehmenden primärärztlichen Praxen bis zum Ende der Interventionsphase zusätzlich zum Datum einer Konsultation auch die Dauer des Arztkontaktes dokumentiert. Bei der Messung von Effekten auf die primärärztliche Inanspruchnahme werden Unterschiede bei den Konsultationshäufigkeiten und -dauern in der KG und in der IG ermittelt und auf statistische Signifikanz geprüft. In einem weiteren Analyseschritt werden für die IG Kontakthäufigkeiten und -dauern mit der ErwiN-Fachkraft als die primärärztliche Versorgung ergänzendem Versorgungsbestandteil (SPFP-Primärversorgungsbestandteil) mit einbezogen, so dass der mittlere primärärztliche Versorgungsaufwand in der KG mit dem mittleren primärärztlichen Versorgungsaufwand unter Einbezug des SPFP-Versorgungsbestandteils in der IG verglichen werden kann. Schlussendlich wird mit einer Kosten-Effektivitäts-Analyse die Wirksamkeit des Einsatzes der ErwiN-Fachkräfte bezogen auf die Gesamtkosten, die Krankenhauskosten sowie bezogen auf die mit ASK-Fällen verbundenen Kosten untersucht. Abschließende Ergebnisse werden voraussichtlich Ende 2026 vorliegen. <<

von: Dr. Alexander Lenk[1], Steffen Bohm[1]

1: AGENON

Im Kurzinterview: Marit Weber, Geschäftsführerin MEDIS Management GmbH

Die größte Herausforderung ist die gesellschaftliche Akzeptanz

Frau Weber, wo sehen Sie die größten Herausforderungen, die mit dem Innovationsfondsprojekt ErwiN angegangen werden müssen?

Große Herausforderungen liegen einerseits in den formalen Qualifikations- und Prüfungserfordernissen – die Ansprüche an die Qualifizierung sind mit der Genehmigung des Curriculums durch 2 Bundesministerien und einer abschließenden staatlich anerkannte Prüfung relativ hoch. Hinzu kommen Fragen der Haftung und der Versicherung der Fachkräfte. Die größte Herausforderung ist allerdings nach wie vor die gesellschaftliche Akzeptanz dieses neuen Berufsbildes.



Marit Weber, Geschäftsführerin der MEDIS Management GmbH

Und wo sehen Sie die größten Chancen?

Ganz oben steht hier vor allem in unseren ländlichen Regionen die Entlastung der Ärzte und Praxisteams. Hausbesuche sind durch die spezialisierten Fachkräfte engmaschiger möglich, was die Patientenzufriedenheit erhöht. Krankenhausaufenthalte und soziale Probleme können reduziert werden. Außerdem wird durch diesen neuen Berufszweig die Pflege aufgewertet – ein Schritt, mit dem sich Deutschland im internationalen Vergleich bisher eher schwergetan hat.

Gesetzt den Fall, das Projekt ErwiN ist erfolgreich und wird vom G-BA positiv beschieden: Was muss die Politik auf Bundes- und Landesebene tun, um diese Versorgungsform der breiten Bevölkerung zugänglich zu machen?

Es müssen zwingend Möglichkeiten zur Anstellung und Finanzierung solcher spezialisierten Fachkräfte in allen Bereichen der ambulanten Versorgung geschaffen werden. Prädestiniert sind hier sicher primär größere Zusammenschlüsse von Ärztinnen und Ärzten, wie beispielsweise BAG, MVZ oder eben Ärztenetze, wie bei uns im Pilotprojekt.

Die in das Projekt involvierten Arztnetze bieten den großen Vorteil, dass sie seit langem Erfahrungen mit „im Einzelfall delegierten“ Hausbesuchen durch nichtärztliches Fachpersonal machen konnten. Wie sieht die Möglichkeit der Übertragbarkeit in Regionen ohne diese Erfahrung aus?

Durch diese jahrelange Arbeit ist natürlich Vertrauen zwischen allen Mitwirkenden entstanden. Dieses Vertrauen ist eine Voraussetzung zur erfolgreichen Einführung neuer Möglichkeiten der ambulanten Versorgung durch spezielles Pflegefachpersonal. Die ErwiN-Fachkräfte hatten in den beteiligten Arztnetzen aufgrund der Erfahrungen mit Delegationsmodellen einen gewissen Vertrauensvorsprung und somit einen etwas leichteren Start und konnten sicher auch etwas zügiger mit der konkreten Umsetzung starten. Unsere Erfahrung ist jedoch, dass bei guter Kommunikation und Interaktion auch Ärzte, die bisher keine Tätigkeiten delegiert oder übertragen haben, schnell von den Vorteilen für die Patienten und die eigene Praxis überzeugt werden konnten.

Eine Analyse von Fallbeispielen

Nicht belegter Zusatznutzen durch späte Änderungen der zweckmäßigen Vergleichstherapie

Im Rahmen der frühen Nutzenbewertung werden neue unterlagengeschützte Arzneimittel auf den Zusatznutzen im Vergleich zur zweckmäßigen Vergleichstherapie (zVT) bewertet. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) berät auf Anfrage des pharmazeutischen Unternehmers (pU) über die vorzulegenden Unterlagen und die zVT. Der G-BA kann die im Rahmen einer Beratung festgelegte zVT im zeitlichen Verlauf anpassen. Dies kann auch nach Beginn einer Nutzenbewertung erfolgen. In der vorliegenden Arbeit werden Beispiele präsentiert, die zeigen, wie der Wechsel der zVT im laufenden Nutzenbewertungsverfahren dazu führen kann, dass eine verwertbare randomisierte-kontrollierte Studie (RCT) vom G-BA nicht berücksichtigt wird, was wiederum zu einem nicht belegten Zusatznutzen führt. Ergebnisse: In dieser Analyse wurden vier Praxisfälle dargestellt, in denen der Hersteller mit der Situation eines nicht passenden Studienkomparators aufgrund einer zVT-Änderung im laufenden Nutzenbewertungsverfahren konfrontiert wurde. So wurde beispielsweise Arzneimitteln zur Behandlung von Kopf-Hals-Tumoren, Multipler Sklerose oder chronischer Rhinosinusitis aufgrund der kurzfristigen Änderungen der zVT der vom Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen (IQWiG) im Verfahren zunächst festgestellte Zusatznutzen im finalen G-BA-Beschluss aberkannt.

>> Die Nutzenbewertung, im Jahr 2011 eingeführt durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG), hat zu einer strukturierten Bewertung von neuen Arzneimitteln als Teil des Verfahrens zur Preisregulierung geführt (1).

Im Rahmen der Nutzenbewertung wird jedes neue unterlagengeschützte Arzneimittel, das im Zulassungsverfahren auf Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit geprüft und zugelassen wurde, im Vergleich zu bereits etablierten Therapieoptionen auf seinen Zusatznutzen hin bewertet (1). Die zweckmäßige Vergleichstherapie (zVT) spielt eine zentrale Rolle bei der Nutzenbewertung und dient als Grundlage für die Bewertung des Zusatznutzens neuer Arzneimittel.

Die Ergebnisse der Nutzenbewertung werden sechs Kategorien zugeordnet: erheblicher, beträchtlicher, geringer, nicht quantifizierbarer Zusatznutzen, Zusatznutzen nicht belegt, geringerer Nutzen (2). Für die nachgelagerte Preisverhandlung zwischen dem pharmazeutischen Unternehmer (pU) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) ist die Nutzenbewertung eines Arzneimittels maßgeblich. Arzneimittel mit nicht belegten Zusatznutzen werden entweder einer Festbetragsgruppe zugeordnet oder es wird ein Erstattungsbetrag vereinbart, der die Jahrestherapiekosten der wirtschaftlichsten zVT nicht überschreiten soll (3, 4). Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) vom November 2022 gilt (trotz Ausnahmen durch das Medizinforschungsgesetz), dass Arzneimittel mit nicht-belegten Zusatznutzen, die ausschließlich gegen eine patent- oder unterlagengeschützte zVT bewertet wurden, einen Erstattungsbetrag vereinbaren müssen, der mindestens 10 Prozent unterhalb der wirtschaftlichsten zVT liegt (5).

G-BA-Beratung

Der G-BA berät auf Anforderung des pUs zu konkreten Inhalten für das Dossier zur Nutzenbewertung, zu klinischen Studien sowie zur zVT. Seit Inkrafttreten des Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) im Jahr 2019 wurde der Umfang der G-BA-Beratung erweitert. Zu Fragen der zVT sollen die wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) schriftlich beteiligt werden (6).

Auswahl der zweckmäßigen Vergleichstherapie

Die regelhafte Bestimmung der zVT erfolgt unter anderem nach Maßstäben, die sich aus den internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin ergeben. Die bevorzugte Therapie sollte den aktuell anerkannten medizinischen Erkenntnissen entsprechen und vorzugsweise auf Endpunktstudien sowie bewährter praktischer Anwendung beruhen (2).

Eine vom G-BA beratene zVT kann im zeitlichen Verlauf durch den G-BA angepasst werden (7). Eine Änderung der zVT kann zu jeder beliebigen Zeit erfolgen, beispielsweise bereits einige Monate nach einer Beratung des G-BA, während einer laufenden klinischen Studie mit der beratenen Vergleichstherapie (als Komparator) oder während eines laufenden Nutzenbewertungsverfahrens (7).

Kriterien zur Identifizierung von Fallbeispielen

Zur exemplarischen Identifizierung relevanter Beispiele wurden drei Kriterien festgelegt. Bei dem ersten Kriterium handelt es sich um den Zeitpunkt des zVT-Wechsels. Dafür wurden ausschließlich solche Nutzenbewertungen für die vorliegende Analyse in Betracht gezogen, bei denen während des Bewertungsprozesses ein Wechsel der zVT zwischen Tag 1 der Nutzenbewertung und dem Tag der endgültigen Entscheidung des Nutzenbeschlusses durch den G-BA erfolgte. Zu jedem anderen Zeitpunkt auftretende Änderungen der zVT (z. B. der häufige Fall zwischen früher Beratung und Beginn der Nutzenbewertung) wurden ausgeschlossen.

Bei dem zweiten Kriterium handelt es sich um Abweichungen zwischen der Zusatznutzenempfehlung des Instituts für Qualität

Übersicht der Nutzenbewertungsverfahren mit einem zVT-Wechsel			
Wirkstoff	**Handelsname**	**Beschlussfassung (Jahr)**	**Indikation**
Pembrolizumab	Keytruda	2019	Plattenepithelkarzinom (Kopf-Hals-Bereich, HNSCC)[8]
Ozanimod	Zeposia	2021	Multiple Sklerose[9]
Mepolizumab	Nucala	2022	Chronische Rhinosinusitis mit Nasenpolypen[10]
Dimethylfumarat	Tecfidera	2024	Multiple Sklerose[11]

Tab. 1: *Übersicht der Nutzenbewertungsverfahren mit einem zVT-Wechsel im laufenden Verfahren, der zu dem Ergebnis „nicht belegter Zusatznutzen" führte.*

und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und der finalen Entscheidung des G-BA. Für die vorliegende Analyse wurden nur Nutzenbewertungsverfahren berücksichtigt, bei denen das IQWiG einen Zusatznutzen attestiert hatte, der G-BA jedoch aufgrund der zVT-Änderung einen nicht-belegten Zusatznutzen beschlossen hat.

Das dritte Kriterium bezieht sich auf die vom pU präsentierten Studien. Es wurden ausschließlich Fälle mit direkt vergleichenden, randomisierten-kontrollierten Studie (RCTs) eingeschlossen. Außerdem mussten die Nutzenbewertungsverfahren im Zeitraum zwischen 2011 und 2024 abgeschlossen worden sein.

Ergebnisse

Anhand der beschriebenen Einschlusskriterien wurden exemplarisch 4 Praxisfälle identifiziert, und im Detail aufbereitet (Tab. 1).

Fall: Pembrolizumab (Handelsname: Keytruda) in Plattenepithelkarzinom (Kopf-Hals-Bereich, HNSCC)

Im vorliegenden Fall von Pembrolizumab in der Indikation HNSCC wurde die zVT „patientenindividuelle Therapie nach Wahl des Arztes" auf Grundlage eines stattgefundenen Beratungsgesprächs mit dem G-BA im September 2014 festlegt (12).

Bei der Nutzenbewertung von Pembrolizumab durch das IQWiG im Jahr 2019 wurde als zVT weiterhin eine „patientenindividuelle Therapie nach Wahl des Arztes" herangezogen. Der G-BA hat diese allerdings nach der mündlichen Anhörung auf Nivolumab umgestellt. Diese Änderung wurde durch die Stellungnahmen der vertretenen Fachgesellschaften begründet. Diesen zufolge stand Nivolumab zu diesem Zeitpunkt als Behandlungsoption zur Verfügung und sei anderen Behandlungsoptionen vorzuziehen. Der G-BA hielt es daher für sinnvoll, Nivolumab als alleinige zweckmäßige Vergleichstherapie in der Indikation festzulegen (12).

Die vom Hersteller eingereichte RCT KEYNOTE-040 mit Methotrexat, Docetaxel und Cetuximab als aktivem Komparator konnte die für einen direkten Vergleich mit der aktualisierten zVT Nivolumab erforderlichen Daten nicht mehr liefern. Als Ergebnis wurde vom G-BA die Einstufung „Zusatznutzen nicht belegt" beschlossen, niedriger als der „nicht quantifizierbare" Zusatznutzen, den das Arzneimittel bei der IQWiG-Bewertung mit der initial herangezogenen zVT erreicht hatte (13, 14).

Pembrolizumab (Keytruda)

	Studie(n) Name		Studie(n) Design	Komparator(en) in klinischer Studie
Pivotale Studie	KEYNOTE-040		Ph III, randomisiert, open-label	Methotrexat, Docetaxel, Cetuximab
	Population(en)	zVT	Zeitpunkt	Prozess
Erste zVT Wahl	P1*	• Patientenindividuelle Therapie nach Wahl des Arztes (vornehmlich Methotrexat aus der Gruppe der Chemotherapeutika, Strahlentherapie und / oder Operation).	09/2014	• G-BA Beratungsgespräch
Letzte zVT Wahl	P1*	• Nivolumab	04/2019	• Nach Dossiereinreichung
	Zusatznutzen	Begründung(en)		
Ergebnis IQWiG Nutzenbewertung Datum: 01/2019	**P1*: Nicht quantifizierbar**	Zusammenfassend ergibt sich für Erwachsene mit rezidivierendem oder metastasierendem Plattenepithelkarzinom der Kopf-Hals-Region mit PD-L1-exprimierenden Tumoren (TPS ≥ 50 %) und einem Fortschreiten der Krebserkrankung während oder nach vorheriger platinbasierter Therapie ein Anhaltspunkt für einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen von Pembrolizumab gegenüber der zVT Methotrexat.		
Ergebnis G-BA Nutzenbewertung Datum: 04/2019	**P1*: Nicht belegt**	Die Vergleichstherapie in der Studie KEYNOTE-040 entspricht somit nicht der mit dem vorliegenden Beschluss festgelegten zVT (Nivolumab), weshalb die vorgelegten Ergebnisse eine Bewertung des Zusatznutzens von Pembrolizumab nicht ermöglichen. Im Ergebnis wird festgestellt, dass ein Zusatznutzen von Pembrolizumab nicht belegt ist.		

Abb. 1: *Pembrolizumab (Keytruda). Legende: P1* (Population 1): erwachsene Patienten mit rezidivierendem oder metastasierendem Plattenepithelkarzinom der Kopf-Hals-Region mit PD-L1 exprimierenden Tumoren (TPS ≥ 50 %) und einem Fortschreiten der Krebserkrankung während oder nach vorheriger platinbasierter Therapie). Quelle: eigene Darstellung.*

Fall: Ozanimod (Handelsname: Zeposia) in Multipler Sklerose

Für die vorliegende Nutzenbewertung von Ozanimod wurde Interferon Beta-1a (IFN β-1a) ursprünglich im April 2020 als Teil des zVT-Korbs bei Multipler Sklerose festgelegt. Zu diesem Zeitpunkt bestand der festgelegte zVT-Korb laut G-BA aus: Alemtuzumab oder Fingolimod oder Natalizumab oder sofern angezeigt, einem Wechsel innerhalb der Basistherapeutika (IFN β-1a oder Interferon Beta-1b (IFN β-1b) oder Glatirameracetat unter Berücksichtigung der Zulassung) (15).

Als Ergebnis der späteren mündlichen Anhörung wurde mit Beschluss des G-BA im Januar 2021 IFN β-1a aus dem zVT-Korb entfernt, obwohl die eingereichten RCTs (SUNBEAM und RADIANCE) IFN β-1a als Komparator enthielten (16).

Dieser Schritt wurde vom G-BA als angemessen erachtet, um den zVT-Korb an den aktuellen medizinischen Wissensstand und die vorherrschende Behandlungssituation anzupassen (6). Gemäß den neuesten medizinischen Erkenntnissen ging der G-BA grundsätzlich davon aus, dass bei Patienten, die nicht ausreichend auf eine Basistherapie (Interferone oder Glatirameracetat) ansprechen und weiterhin eine hohe Krankheitsaktivität aufweisen, häufiger auf wirksamere Therapien wie Alemtuzumab, Fingolimod oder Natalizumab umgestellt wird (16).

Mit dem Ausschluss von IFN β-1a war ein direkter Vergleich zwischen dem aktiven Komparator der RCTs und der vom G-BA neu festgelegten zVT nicht mehr möglich. Im Ergebnis führte diese zVT-Änderung dazu, dass der vorherige festgestellte nicht quantifizierbare Zusatznutzen des IQWiG in einen durch den G-BA beschlossenen nicht belegten Zusatznutzen mündete (16,17).

Fall: Mepolizumab (Handelsname: Nucala) in chronische Rhinosinusitis mit Nasenpolypen

Mepolizumab ist angezeigt als Zusatztherapie mit intranasalen Kortikosteroiden bei chronischer Rhinosinusitis mit Nasenpolypen (CRSwNP), die mit systemischen Kortikosteroiden und/oder chirurgischem Eingriff nicht ausreichend kontrolliert werden kann.

In Bezug auf die vorliegende Indikation fanden zwei Beratungsgespräche mit dem G-BA statt. Im ersten Beratungsgespräch im Dezember 2016 legte der G-BA eine Therapie mit intranasalen Kortikosteroiden (Budesonid oder Mometasonfuroat) als zVT fest. Im zweiten Beratungsgespräch, welches im Juli 2020 stattfand, wurde diese zVT bestätigt (18).

Als Ergebnis der schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen der an der Nutzenbewertung (Mai 2022) beteiligten Fachgesellschaften wurde festgestellt, dass eine Therapie mit intranasalen Kortikosteroiden und/oder eine alleinige Operation für diese Patientengruppe nicht mehr angemessen ist (19).

Der G-BA berücksichtigte für seinen Beschluss zur Nutzenbewertung von Mepolizumab zusätzlich das bis dahin abgeschlossene Nutzenbewertungsverfahren zu Dupilumab vom Mai 2020. In diesem Verfahren vergab der G-BA einen beträchtlichen Zusatznutzen für Dupilumab im Vergleich zur Basistherapie

Ozanimod (Zeposia)

	Studie(n) Name		Studie(n) Design	Komparator(en) in klinischer Studie
Pivotale Studie	SUNBEAM und RADIANCE		Ph III, randomisiert, Doppelte Verblindung	Interferon Beta-1a (IFN β-1a)
	Population(en)	zVT	Zeitpunkt	Prozess
Erste zVT Wahl	P1*[a]	• IFN β-1a oder IFN β-1b oder Glatirameracetat oder Ocrelizumab unter Berücksichtigung der Zulassung	04/2020	• G-BA Beratungsgespräch
	P2*[b]	• Alemtuzumab oder Fingolimod oder Natalizumab oder sofern angezeigt, ein Wechsel innerhalb der Basistherapeutika (IFN β-1a oder IFN β-1b oder Glatirameracetat)		
Letzte zVT Wahl	P1*[a]	• IFN β-1a oder IFN β-1b oder Glatirameracetat oder Ocrelizumab unter Berücksichtigung der Zulassung	01/2021	• Nach der mündlichen Anhörung und den schriftlichen Stellungnahmen
	P2*[b]	• Alemtuzumab oder Fingolimod oder Natalizumab		
	Zusatznutzen	Begründung(en)		
Ergebnis IQWiG Nutzenbewertung Datum: 10/2020	P1*[a]: Beträchtlich	In der Gesamtschau liegt ausschließlich ein positiver Effekt in der Kategorie schwerwiegende / schwere Symptome oder Folgekomplikationen vor. Für den Endpunkt bestätigte Krankheitsschübe zeigt sich ein Beleg für einen Zusatznutzen von Ozanimod gegenüber IFN β-1a mit beträchtlichem Ausmaß.		
	P2*[b]: Nicht quantifizierbar	Insgesamt zeigte sich für die Untergruppe der Männer nur ein positiver Effekt in der Kategorie schwerwiegende/schwere Symptome bzw. Folgekomplikationen. Aufgrund der geschlechtsspezifischen Effektmodifikation erfolgt die Ableitung des Zusatznutzens getrennt für Frauen und Männer.		
Ergebnis G-BA Nutzenbewertung Datum: 01/2021	P1*[a]: Gering	Geringer positiver Effekt von Ozanimod im Vergleich zu IFN β-1a beim Endpunkt bestätigter Krankheitsschübe. Hinsichtlich der Nebenwirkungen besteht ein Vorteil zugunsten von Ozanimod bei einem bestimmten unerwünschtem Ereignis (grippeähnliche Erkrankung).		
	P2*[b]: Nicht belegt	Keine geeigneten Daten im Vergleich zur zVT lagen vor.		

Abb. 2: *Ozanimod (Zeposia). Legende: P1[a] (Population 1): erwachsene Patientinnen und Patienten mit RRMS, die bislang noch keine krankheitsmodifizierende Therapie erhalten haben, oder mit krankheitsmodifizierender Therapie vorbehandelte erwachsene Patientinnen und Patienten mit RRMS, deren Erkrankung nicht hochaktiv ist. RRMS: schubförmig remittierende Multiple Sklerose. P2[b] (Population 2): erwachsene Patientinnen und Patienten mit RRMS mit hochaktiver Erkrankung trotz Behandlung mit einer krankheitsmodifizierenden Therapie. Quelle: eigene Darstellung.*

Nucala (Mepolizumab)

	Studie(n) Name		Studie(n) Design	Komparator(en) in klinischer Studie
Pivotale Studie	SYNAPSE		Ph III, randomisiert, open-label	Placebo mit intranasalen Kortikosteroid (Mometasonfuorat)
	Population(en)	zVT	Zeitpunkt	Prozess
Erste zVT Wahl	P1*	• Intranasalen Kortikosteroiden (Budesonid oder Mometasonfuroat)	07/2020	• G-BA Beratungsgespräch
Letzte zVT Wahl	P1*	• Dupilumab oder Omalizumab, jeweils in Kombination mit intranasalen Kortikosteroiden (Budesonid oder Mometasonfuroat)	04/2022	• Nach mündlicher Anhörung (neuer wissenschaftlicher Kenntnisstand)
	Zusatznutzen	Begründung(en)		
Ergebnis IQWiG Nutzenbewertung Datum: 02/2022	**P1*: Nicht quantifizierbar**	Zusammenfassend gibt es für Patientinnen und Patienten mit schwerer CRSwNP einen Anhaltspunkt für einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen von Mepolizumab als Zusatztherapie mit intranasalen Kortikosteroiden im Vergleich zur zVT.		
Ergebnis G-BA Nutzenbewertung Datum: 05/2022	**P1*: Nicht belegt**	Es liegen keine geeigneten Daten für die Nutzenbewertung im Vergleich zur zVT vor.		

Abb. 3: *Nucala (Mepolizumab). Legende: P1* (Population 1): Patienten mit schwerer CRSwNP, die mit systemischen Kortikosteroiden und/oder chirurgischem Eingriff nicht ausreichend kontrolliert werden kann. Quelle: eigene Darstellung.*

Dimethylfumarat (Tecfidera)

	Studie(n) Name		Studie(n) Design	Komparator(en) in klinischer Studie
Pivotale Studie	CONNECT		Ph III, randomisiert, open-label	Interferon Beta-1a (IFN β-1a)
	Population(en)	zVT	Zeitpunkt	Prozess
Erste zVT Wahl	P1*	• IFN-β 1a oder IFN-β 1b oder Glatirameracetat unter Berücksichtigung des Zulassungsstatus	09/2021	• G-BA Beratungsgespräch
Letzte zVT Wahl	P1*	• IFN-β 1b oder Glatirameracetat oder Teriflunomid, unter Berücksichtigung des Zulassungsstatus	11/2023	• Nach mündlicher Anhörung
	Zusatznutzen	Begründung(en)		
Ergebnis IQWiG Nutzenbewertung Datum: 10/2023	**P1*: Nicht quantifizierbar**	In der Gesamtschau zeigen sich positive Effekte von Dimethylfumarat gegenüber IFN-β 1a für die Endpunkte bestätigte Krankheitsschübe und grippeähnliche Erkrankung (UE) mit dem Ausmaß beträchtlich bzw. nicht quantifizierbar.		
Ergebnis G-BA Nutzenbewertung Datum: 01/2024	**P1*: Nicht belegt**	Die zVT wurde in der für die Nutzenbewertung vorgelegten Studie nicht umgesetzt. In der Gesamtschau liegen somit keine geeigneten Daten für den Vergleich gegenüber der zVT vor.		

Abb. 4: *Dimethylfumarat (Tecfidera). Legende: P1* (Population 1): Kinder und Jugendliche von ≥ 13 bis < 18 Jahren mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose, die bislang noch keine krankheitsmodifizierende Therapie erhalten haben, oder mit krankheitsmodifizierender Therapie vorbehandelte Kinder und Jugendliche, deren Erkrankung nicht hochaktiv ist. Quelle: eigene Darstellung.*

mit intranasalen Kortikosteroiden, die bis dahin als Therapiestandard galt (20). Außerdem stellte der G-BA aus der Zulassung von Omalizumab fest, dass hochwertige RCTs vorlagen, deren Ergebnisse in Kombination mit der vorliegenden aggregierten Evidenz den Einsatz von Omalizumab in der zu bewertenden Indikation unterstützten (21). Die Aussagen der Fachgesellschaften während der mündlichen Anhörung für Mepolizumab sowie der Nutzenbeschluss von Dupilumab und die Zulassung von Omalizumab veranlassten den G-BA zu einer Anpassung der zVT. Daher wurde die zVT von den ursprünglichen intranasalen Kortikosteroiden um die Wirkstoffe Dupilumab oder Omalizumab erweitert.

Im Ergebnis führte die Änderung der zVT durch den G-BA zu einem nicht belegten Zusatznutzen für Mepolizumab, da keine für die Fragestellung der Nutzenbewertung geeigneten Vergleichsdaten mehr vorlagen. Zuvor hatte das IQWiG Mepolizumab auf Basis des ursprünglichen zVT-Korbs bewertet und dabei einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen festgestellt (22,23).

Fall: Dimethylfumarat (Handelsname: Tecfidera) in Multiple Sklerose

Dimethylfumarat ist für die Behandlung von Multipler Sklerose zugelassen. Im Februar 2022 wurde durch den G-BA unter anderem Interferon β-1a (IFN-β 1a) als zVT festgelegt. Nach der mündlichen Anhörung im November 2023 wurden die zVTs vom G-BA angepasst, um IFN-β 1a auszuschließen und Teriflunomid neu aufzunehmen (24,25). Somit bestand der ursprüngliche zVT-Korb aus IFN-β 1a, IFN-β 1b oder Glatirameracetat und änderte sich nach der mündlichen Anhörung zu IFN-β 1b oder Glatirameracetat oder Teriflunomid.

Die Entscheidung des G-BA, den zVT-Korb zu ändern, wurde durch eine Einschränkung der Zulassung der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) für eine der ursprünglich in Betracht gezogenen zVTs (IFN-β 1a) in derselben Indikation ausgelöst. Dabei spielten auch eine Zulassungserweiterung sowie der gestiegene Therapiestellenwert von Teriflunomid eine Rolle für die Anpassung der zVT durch den G-BA.

Im Endergebnis führte die zVT-Änderung durch den G-BA dazu, dass der vom IQWiG initial empfohlene, nicht quantifizierbare Zusatznutzen (basierend auf der vorherigen gültigen zVT IFN-β 1a) von Dimethylfumarat aufgrund fehlender Daten zum Vergleich mit dem neuen zVT-Korb in einen nicht belegten Zusatznutzen durch den G-BA geändert wurde (25, 26).

Diskussion

In dieser Analyse haben wir Praxisfälle identifiziert und bewertet, in denen der Hersteller mit der Situation eines nicht passenden Studienkomparators aufgrund einer zVT-Änderung im laufenden Nutzenbewertungsverfahren konfrontiert wurde. Dies umfasste Arzneimittel zur Behandlung von Kopf-Hals-Tumoren, Multipler Sklerose oder chronischer Rhinosinusitis, welche den vom IQWiG im Verfahren zunächst festgestellten Zusatznutzen im G-BA-Beschluss aberkannt bekamen. Die in der Analyse angeführten Beispiele verdeutlichen nur einen Bruchteil des Problems. Denn zVT-Änderungen können in anderen Fällen vor Beginn der Nutzenbewertung (z. B. Lisocabtagene maraleucel, Ertugliflozin) auftreten und das Bewertungsergebnis negativ verändern (7). Die weitere Bewertung dieser Fälle ist jedoch schwierig durchzuführen, da die Daten nicht einheitlich verfügbar sind oder gemeldet werden, um eine konsistente Analyse zu ermöglichen (7).

Auswirkungen auf die Nutzenbewertungsverfahren

Aus Sicht eines forschenden pUs stellt die zVT einen enormen Unsicherheitsfaktor für den Ausgang der Nutzenbewertung dar. Der G-BA kann sie zu jedem Zeitpunkt ändern: kurz nach der Beratung, während einer laufenden klinischen Studie, kurz vor oder nach der Einreichung eines Dossiers oder erst mit dem Beschluss über das Ergebnis der Nutzenbewertung. Die für die forschenden Unternehmen essenzielle Planbarkeit ist damit gefährdet. Es existiert zugleich ein rechtliches Spannungsverhältnis, auf der einen Seite den Therapiestandard an den medizinischen Fortschritt anzupassen und auf der anderen Seite gleichzeitig die Verwendung derselben zVT für Therapien einer bestimmten Wirkstoffklasse zu fordern, um eine einheitliche Bewertung sicherzustellen (2).

Änderungen der zVT im laufenden Verfahren werden im Nutzenbewertungsbeschluss veröffentlicht. Änderungen, die vor der Dossiereinreichung erfolgen, werden in den Tragenden Gründen des G-BA als solche nicht aufgeführt und auch nicht begründet. Eine eindeutige Quantifizierung zur Häufigkeit ist daher nur bei zVT-Änderungen im laufenden Verfahren möglich. In rund jedem fünften Verfahren kam es in den Jahren 2020–2022 zu Änderungen während einer laufenden Nutzenbewertung (7). Besonders problematisch sind solche Änderungen der zVT, wenn dadurch klinische Studien für die Nutzenbewertung entwertet oder unbrauchbar gemacht werden. Dies erfolgt, wenn ursprünglich beratene zVTs gegenüber einer neuen zVT ersetzt werden und der initial festgelegte Studienkomparator nicht mehr als zVT gilt. Trotz wissenschaftlich hochwertiger Studien kann der Hersteller in solchen Fällen aus formalen Gründen keinen Zusatznutzen mehr belegen.

Eine Änderung der Vergleichstherapie kann nicht nur zur Entwertung einer klinischen Studie und zum Verlust des Zusatznutzens, sondern auch zur möglichen strategisch intendierten Anwendung der Preisleitplanken durch das GKV-FinStG führen. So hat bspw. der GKV-SV bei der Beschlussfassung zur Nutzenbewertung von Niraparib + Abirateron für die Behandlung des Prostatakarzinoms gefordert, die zVT allein auf die Kombination Olaparib + Abirateron festzulegen. Begründet wurde dieser Schritt damit, dass Olaparib+Abirateron den neuen Versorgungsstandard für die betroffenen Patienten darstellt. Die vorhandene klinische Studie gegenüber Abirateron hätte dann formal keinen Zusatznutzen belegen können und es wäre ein möglicher Präzedenzfall hinsichtlich der Anwendung der Preisleitplanken geschaffen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der unparteiische G-BA-Vorsitzende haben in diesem Verfahren dem Vorschlag des GKV-SV nicht zugestimmt und die zVT weiter mit allen zugelassenen und nutzenbewerteten Therapien definiert. Dazu zählen Abirateron oder Enzalutamid oder Olaparib (27, 28). Das Beispiel illustriert jedoch gut, dass zVT-Wechsel nicht nur objektiven Kriterien folgen müssen, sondern immer auch die Möglichkeit besteht, dass diese seitens des GKV-SV strategisch intendiert sein können, da sie eine unmittelbare Konsequenz für die Preisverhandlungen haben.

Fazit

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Nichtberücksichtigung von klinischen Studien aufgrund von Änderungen der zVT

Zitationshinweis

Grau Morenilla et al.: „Nicht belegter Zusatznutzen durch späte Änderungen der zweckmäßigen Vergleichstherapie “, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/24), S. 40–45. http://doi.org/10.24945/MVF.05.24.1866-0533.2668

dazu führt, dass Studien der höchsten Evidenzstufe (RCT) ignoriert werden. Diese Vorgehensweise kann nicht im Sinne einer evidenzbasierten Nutzenbewertung sein. Zugleich betrifft sie in kritischer Weise Investitionsentscheidungen, die Durchführung von klinischen Studien in Deutschland und schließlich auch die Versorgung.

Eine umfassende Beratung bietet theoretisch beiden Parteien die Möglichkeit, die Rahmenbedingungen für eine solche Entscheidungsfindung festzulegen. Wenn dieser Rahmen vernünftig umgesetzt wird, sollte es keiner Seite einseitig erlaubt sein, sich unverbindlich aus dem Prozess zurückzuziehen bzw. kurzfristige zVT-Wechsel strategisch zu nutzen, um eine bessere Ausgangsposition für die Preisverhandlungen zu erzielen. Daher müssen die Beratung sowie die Vorgaben zur zVT mehr Verlässlichkeit aufweisen. Bei der Festlegung einer Vergleichstherapie sollte die bestehende Studienlage berücksichtigt werden, insbesondere wenn diese vom pU auf Grundlage einer G-BA-Beratung generiert wurde. In diesem Zusammenhang sollten diejenigen zVTs, die nach einer G-BA-Beratung in einer klinischen Studie eingesetzt werden, ergänzend für die Bewertung des Zusatznutzens herangezogen werden. Ist eine Änderung der zVT dringend erforderlich, so würde eine solche ergänzende Berücksichtigung im Sinne einer Überbrückungsregelung die Planungssicherheit in der Nutzenbewertung verbessern. Zugleich würde dadurch die bestverfügbare Evidenz besser berücksichtigt, während dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse weiterhin angemessen Rechnung getragen wird. Dies würde zu mehr Akzeptanz der generierten klinischen Studien führen, die Planungssicherheit für Hersteller verbessern und negative Auswirkungen auf die Versorgung vermeiden. Das Ziel sollte darin bestehen, evidenzbasierte Entscheidungsfindungen zu fördern. <<

von:
Antonio Enrique Grau Morenilla MSc[1]
Jan Laufenberg MSc[2]
Dr. PH Andrej Rasch[3]
Dr. rer. nat. Arne Bartol[4]

1: PharmD (ORCID: 0009-0001-3478-4160)
2: PharmD (ORCID: 0009-0009-9635-3540)
3: vfa (ORCID: 0000-0003-4098-4502)
4: PharmD (ORCID: 0000-0003-0321-2482

Literatur

1. Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz –AMNOG). Bundesgesetzblatt Teil I; 2010; Nr. 67 vom 27.12.2010; Zugriff am 07.04.2024
2. Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Zugriff am 21.11.2023.
3. Lauenroth VD and Stargardt T (2017) Pharmaceutical pricing in Germany: how is value determined within the scope of AMNOG? Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research 20, 927–935.
4. Gandjour, A, Schüßler, S, Hammerschmidt, T and Dintsios, CM (2020) Predictors of negotiated prices for new drugs in Germany. The European Journal of Health Economics 21, 1049–1057
5. Bundesanzeiger (2022): Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Bundesanzeiger Verlag. Zugriff am 07.04.2024
6. Bundesanzeiger (2019) Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung. Bundesanzeiger Verlag. Verfügbar unter; Zugriff am 07.04.2024
7. Rasch A. Änderungen der zweckmäßigen Vergleichstherapie. Monitor Versorgungsforschung (05/22), S. 32-36; Zugriff am 11.05.2024.
8. G-BA (2019): Nutzenbewertungsverfahren zum Wirkstoff Pembrolizumab (neues Anwendungsgebiet: Plattenepithelkarzinom Kopf-Hals-Bereich). [Zugriff: 07.05.2024].
9. G-BA (2021). Nutzenbewertungsverfahren zum Wirkstoff Ozanimod (schubförmig remittierende Multiple Sklerose). [Zugriff: 07.05.2024].
10. G-BA (2022). Nutzenbewertungsverfahren zum Wirkstoff Mepolizumab (neues Anwendungsgebiet: chronische Rhinosinusitis mit Nasenpolypen). [Zugriff: 07.05.2024].
11. G-BA (2024). Nutzenbewertungsverfahren zum Wirkstoff Dimethylfumarat (neues Anwendungsgebiet: schubförmig remittierende Multiple Sklerose, ≥ 13 Jahre). [Zugriff: 07.05.2024].
12. G-BA (2019). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL); Anlage XII: Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V – Pembrolizumab (D-396). Berlin (Ger): [Zugriff: 7.05.2024].
13. IQWiG (2019). Pembrolizumab (Plattenepithelkarzinom des Kopf-Hals-Bereichs): Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V – Pembrolizumab (D-396); Dossierbewertung; Auftrag A18-67. 11.01.2019 [Zugriff: 07.05.2024].
14. G-BA (2019). Geltende Fassung Arzneimittel-Richtlinie/Anlage XII- Pembrolizumab (D-396). Berlin (Ger): [Zugriff: 7.05.2024].
15. G-BA (2020). Mündliche Anhörung gemäß § 35 a Abs. 3 Satz 2 SGB V von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V – Ozanimod (D-567). Berlin (Ger): [Zugriff: 07.05.2024].
16. G-BA (2021). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL); Anlage XII: Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V - Ozanimod (D-567). Berlin (Ger): [Zugriff: 7.05.2024].
17. IQWiG (2020). Ozanimod (Multiple Sklerose): Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V – Ozanimod (D-567); Dossierbewertung; Auftrag A20-59. 15.07.2020 [Zugriff: 07.05.2024].
18. G-BA (2021). Dossier zur Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB; Mepolizumab (Nucala) GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG; Modul 4 A– 24.11.2021 [Zugriff am 7.05.2024].
19. G-BA (2022). Gemäß § 5. Kapitel § 19 Abs. 2 Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses – Wortprotokoll Mepolizumab (D-746). Berlin (Ger): [Zugriff am 7.05.2024].
20. G-BA (2020). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL); Anlage XII: Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)- Dupilumab (D-505). Berlin (Ger): [Zugriff: 7.05.2024].
21. G-BA (2022). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL); Anlage XII: Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)- Mepolizumab (D-746). Berlin (Ger): [Zugriff: 7.05.2024].
22. IQWiG (2021). Mepolizumab (chronische Rhinosinusitis mit Nasenpolypen): Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V – Mepolizumab (D-746); Dossierbewertung; Auftrag A21-150. 22.12.2021 [Zugriff: 07.05.2024].
23. G-BA (2022). Geltende Fassung Arzneimittel-Richtlinie/Anlage XII- Mepolizumab (D-746). Berlin (Ger): [Zugriff: 7.05.2024].
24. G-BA (2023). Gemäß 5. Kapitel § 19 Abs. 2 Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses – Wortprotokoll Dimethylfumarat (D-829). Berlin (Ger): [Zugriff am 7.05.2024].
25. G-BA (2024). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL); Anlage XII: Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V - Dimethylfumarat (D-829). Berlin (Ger): [Zugriff: 7.05.2024].
26. IQWiG (2018). Dimethylfumarat (Multiple Sklerose): Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V – Dimethylfumarat (D-829); Dossierbewertung; Auftrag A23-68. 15.10.2018 [Zugriff: 07.05.2024].
27. G-BA (2024). Gemäß § 35 a Abs. 3 Satz 2 SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses – Wortprotokoll Niraparib/Abirateronacetat (D-998). Berlin (Ger): [Zugriff am 22.05.2024].
28. G-BA (2024). Öffentliche Sitzung 141 am 2. Mai 2024. Berlin. URL: https://www.g-ba.de/service/livestream-mediathek/

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann als Vorsitzender des DNVF wiedergewählt

>> Die 36. Mitgliederversammlung des DNVF hat am 26.09.2024 Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Universitätsmedizin Greifswald) als Vorsitzenden mit überwältigender Mehrheit wiedergewählt. Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann wird im geschäftsführenden Vorstand von Prof. Dr. Jochen Schmitt (stellvertretender Vorsitzender, Universitätsklinikum Dresden) und Prof. Dr. Dr. Martin Härter (Hauptgeschäftsführer, UKE Hamburg) unterstützt, die beide ebenfalls mit überwältigender Mehrheit wiedergewählt wurden.

Neu in den Vorstand gewählt wurden PD Dr. Anna Levke Brütt (UKE Hamburg), Dr. Milena von Kutzleben (Universität Oldenburg) und Dr. Hauke Felix Wiegand (Universitätsmedizin Halle). Erneut in den Vorstand gewählt wurden Prof. Dr. Max Geraedts (Universität Marburg), PD Dr. Nadine Pohontsch (UKE Hamburg) und Prof. Dr. Horst Christian Vollmar (Universität Bochum). Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller (Universität Leipzig) wird zukünftig von der AWMF in den Vorstand als kooptiertes Mitglied entsandt. <<

Friedrich-Wilhelm Schwartz – wichtiger Impulsgeber für die Public-Health- und Versorgungsforschung in Deutschland: ein Nachruf

>> Am 12.10.2024 verstarb in München mit Prof. Dr. Friedrich-Wilhelm Schwartz ein Wissenschaftler mit besonders hoher Bedeutung für die Public-Health- und Versorgungsforschung im Alter von 81 Jahren.

F.-W. Schwartz studierte in der zweiten Hälfte der 60er-Jahre Medizin, Kunstgeschichte, Philosophie und Soziologie und wurde 1973 mit einer medizinhistorischen Arbeit über die Entwicklung der organisierten staatlichen Fürsorge für die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger promoviert.

1974 wurde er als Geschäftsführer des neu gegründeten Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) beauftragt, Impulse für die Forschung und die Aus-, Weiter- und Fortbildung auf dem Gebiet der ärztlichen Versorgung zu setzen. Die Weiterentwicklung der Präventionsprogramme für Kinder und Schwangere und des Krebsfrüherkennungsprogramms sowie eine repräsentative Erhebung zur Inanspruchnahme und zur Leistungsstruktur des ambulanten Sektors stellten dabei prioritäre Aufgabenstellungen dar.

Im Jahre 1985 übernahm F.-W. Schwartz die Leitung des Instituts für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) und übte dieses Amt bis 2009 mit großem Erfolg aus. 1990 etablierte er an der MHH den Ergänzungsstudiengang „Bevölkerungsmedizin und Gesundheitswesen (Public Health)". Zwei Jahre später wurden – mit ihm als Sprecher – die ersten drei Forschungsverbünde für Public Health mit Hannover als Zentrum des Norddeutschen Forschungsverbundes gegründet.

F.-W. Schwartz hat ein außerordentlich breites Spektrum von wissenschaftlichen Fragestellungen bearbeitet. Übergreifende Perspektive war dabei die Schaffung eines sozialen, bedarfsgerechten, qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Gesundheitswesens, bei dem die Bürger und Bürgerinnen und deren Gesundheit im Mittelpunkt stehen sollten. Den Bürgerinnen und Bürgern bei der Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung eine Stimme zu geben, war auch ein Leitgedanke der von F.-W. Schwartz 2006 mitinitiierten Gründung der ersten Patientenuniversität in Deutschland.



Er setzte sich erfolgreich für vernachlässigte, oft wenig beachtete Versorgungsbereiche wie die Allgemeinmedizin, die Prävention, die Rehabilitation und die Pflege ein. Auch hier waren die Abschätzung von Potenzialen und eine Resultatorientierung für ihn handlungsleitend.

Für die Entwicklung der Versorgungsforschung in Deutschland sind der Aufbau der Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitssystemforschung (DFG-Denkschrift 1995), Medizintechnikfolgenabschätzung und Gesundheitsökonomie ebenso mit dem Namen F.-W. Schwartz verbunden wie die Entwicklung von Strategien zur Nutzung von Routinedaten für Versorgungsanalysen.

Friedrich-Wilhelm Schwartz war wegen seiner hohen strategischen Kompetenz ein sehr anerkannter Berater der Gesundheitspolitik. Hervorzuheben ist vor allem seine langjährige (federführende) Mitarbeit im Sachverständigenrat für Gesundheit, aus der das dreibändige Gutachten „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit" zur Über-, Unter- und Fehlversorgung hervorging. Von dieser Schrift ging ein maßgeblicher Impuls für die Etablierung des wissenschaftlichen Austausches in der Versorgungsforschung aus.

Auch die Europäische Union hat er als Mitglied der Arbeitsgruppe „Public Health Research Strategies" beraten, die Weltgesundheitsorganisation berief ihn als Experten für „Health of the Elderly".

Für seine wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Verdienste wurde F.-W. Schwartz vielfach ausgezeichnet. Er ist u. a. Träger des Bundesverdienstkreuzes, Empfänger der Salomon-Neumann-Medaille und Ehrenmitglied des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung.

Mit Friedrich-Wilhelm Schwartz verlieren wir einen Menschen mit besonders hoher gesundheitswissenschaftlicher Gestaltungskraft und beeindruckender Integrationsfähigkeit, einen zentralen Impulsgeber der Public-Health- und Versorgungsforschung in Deutschland und einen sehr geschätzten Kollegen. <<

von: Uwe Koch-Gromus, Bernt-Peter Robra und Jürgen Bengel

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

23.Deutscher Kongress für Versorgungsforschung in Potsdam

Aus gewonnenen Erkenntnissen expliziter als bisher handlungspraktische Implikationen ableiten – weniger der Wissensgenerierung wegen forschen!

„Implementierungswissen schafft innovative Versorgung“ – unter diesem Motto diskutierten in diesem Jahr auf dem 23. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung mehr als 800 Forschende aus der Versorgungs- und Implementierungsforschung, versorgungspraktisch Tätige, gesundheitspolitisch Agierende sowie Bürgerinnen und Bürger am Campus Griebnitzsee der Universität Potsdam.

>> Die dreitägige Veranstaltung hatte das Ziel, den Weg wissenschaftlicher Erkenntnisse weiterzudenken in Richtung Integration in die Versorgungspraxis, da gesundheitspolitische Entscheidungen nur dann wirken können, wenn ihre Inhalte auch an der richtigen Stelle umgesetzt werden und im Versorgungsalltag Anwendung finden. Mit drei Plenarsitzungen, 50 Vortragssitzungen, 22 Poster-Sitzungen, Symposien, State-of-the-Art-Vorträgen, Debatten und weiteren Beitragsarten bot der 23. DKVF ein interessantes, wissenschaftlich anspruchsvolles und weitgefächertes Programm. Besonders waren dieses Jahr die intensiven Diskussionen in den vielen Sonderformaten zu aktuellen methodischen und inhaltlichen Fragestellungen der Versorgungsforschung.

Prof. Wolfgang Hoffmann, Greifswald, eröffnete den Kongress und begrüßte alle anwesenden Kongressteilnehmenden herzlich. Er betonte, dass die Evidenz der Versorgungsforschung die Grundlage für eine bessere Versorgung ist und dass die Versorgungsforschung Lösungen für ein in Teilen prekäres Gesundheitssystem anbieten will und muss. Dabei dient der diesjährige Kongress dazu, ein Bewusstsein dafür zu schaffen, wie diese Lösungen besser und schneller in die Praxis gebracht werden können und dabei von der Implementierungswissenschaft zu lernen, mit dem Ziel, so



W. Hoffmann eröffnet den 23. DKVF

Hoffmann, unser Gesundheitswesen zukunftsfähig und resilient zu machen. Er dankte der Kongresspräsidentin Prof. Juliane Köberlein-Neu und ihrem Team, dem Geschäftsführer Dr. Thomas Bierbaum und der Geschäftsstelle des DNVF sowie der Kongressagentur KUKM für die hervorragende Organisation und inhaltliche Ausgestaltung des Kongresses.

Grußworte

Prof. Karl Lauterbach, Bundesminister für Gesundheit, betonte in seinem Video-Grußwort, dass das Zusammenwirken von Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft das Potenzial für eine fruchtbare Symbiose hat, aus der nutzenbringende Konzepte im Sinne der Patientinnen und Pa-

Kommentar



Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann
Vorsitzender DNVF

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

ich möchte mich herzlich für die Wahl zum Vorsitzenden und für das Vertrauen bedanken! Zentrale Themen der nächsten Vorstandsperiode sind, dass wir aus den Ergebnissen der Versorgungsforschung Antworten ableiten, die sich konsequent an Evidenz und Patientenwohl orientieren und ein gerechtes, effizientes und nachhaltiges Gesundheitssystem unterstützen. Das DNVF wird sich weiterhin für einen besseren Zugang zu versorgungsnahen Daten und deren Linkage engagieren. Die Entwicklung der Versorgungsforschung von einem Aufgaben- und Anwendungsgebiet zu einem eigenen wissenschaftlichen Fach wird das DNVF vorantreiben. Die Versorgungsforschung an den Hochschulen soll intensiver vernetzt und der Nachwuchs in unserem Fach weiterhin intensiv gefördert werden. Die 28 Arbeits- und Fachgruppen bleiben das wesentliche Standbein des DNVF.

Der 23. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung war ein großer Erfolg. An drei Tagen präsentierten und diskutierten rund 800 Teilnehmende, wie der Transfer von Erkenntnissen aus der Versorgungsforschung in den Versorgungsalltag besser als bisher gelingen kann. Die Versorgungsforschung will Teil der Lösung der drängenden Probleme im Versorgungssystem werden.

Besonders gefreut hat mich, dass Margit Lorenz anwesend war und wieder 2.000 Euro für den nach ihrem Mann, unserem Ehrenmitglied, benannten Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungs-Preis gespendet hat. Herzlich bedanken möchte ich mich bei Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu, der Kongresspräsidentin, ihrem Team, unserem Geschäftsführer Dr. Thomas Bierbaum mit den Kolleg:innen unserer Geschäftsstelle, unseren Sponsoren, den Gutachter:innen, den Vorsitzenden der Sessions und der Agentur KUKM, die uns drei inspirierende Tage ermöglicht haben. Wir freuen uns schon auf den 24. DKVF mit dem Kongresspräsidenten Prof. Dr. Horst Vollmar zum Thema: „Zukunftskompetenz für ein resilientes Gesundheitswesen “ vom 24. – 26.09.2025 in Potsdam.

Herzliche Grüße und bis bald

Ihr

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann

tienten erwachsen können. Er dankte den Versorgungsforscher:innen für ihre wichtige Arbeit und forderte sie zugleich dazu auf, sich mit ihren wissenschaftlichen Methoden an der Lösung der aktuellen großen Herausforderungen zu beteiligen. Eine wichtige Rolle übernimmt hierbei, so Lauterbach, der Innovationsfonds.

Die Kongresspräsidentin Prof. Juliane Köberlein-Neu, Wuppertal, betonte in ihrem Grußwort, dass die Versorgungsforschung evidenzbasiertes Wissen nicht nur verfügbar mache, sondern dieses auch qualitätswirksam in der Versorgungspraxis verankern will. Hierfür ist es unerlässlich, so Köberlein-Neu, gezielt Implementierungswissen aufzubauen und dieses für die Versorgungspraxis, die Politik sowie die weitere Forschung zugänglich zu machen. Der 23. DKVF biete hierzu die Möglichkeit eines intensiven Austauschs mit der Implementierungswissenschaft. Er wird den Blick auf die vielfältigen Facetten richten, die Implementierungswissen aufweist und die für eine Umsetzung von Ergebnissen der Versorgungsforschung in die Praxis relevant sind.



Kongresspräsidentin J. Köberlein-Neu führt ins Kongressthema ein.

Die Beiträge aus der Versorgungsforschung, der Implementierungswissenschaft oder der Praxis konnten zu vier inhaltlichen Strängen eingereicht werden: Wissen schaffen – Weiterentwicklung von Konzepten, Theorien und Methoden; Wissen präsentieren und interpretieren – Ergebnisse aus der Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft und deren Interpretation; Wissen verbreiten und vermitteln – Ansätze zur Kommunikation und Distribution von Erkenntnissen; Wissen in der Praxis anwenden – Best-Practice-Beispiele aus Implementierungsinitiativen



Li.: Diskussion mit L. Clack (1. Plenarsitzung); re.: T. Kühlein regt De-Implementation an.

und der Realisierung neuer Versorgungskonzepte.

Unter der Vielzahl spannender Beiträge werden im Folgenden die Plenarveranstaltungen und einige der Symposien sowie besonderen Formate zusammengefasst. Über den am zweiten Kongresstag organisierten Patiententag, der sich in diesem Jahr dem Thema der partizipativen Versorgungsforschung widmete, wird gesondert im Monitor Versorgungsforschung (1/2025) berichtet.

Plenarveranstaltungen

Drei Plenarsessions leiteten systematisch durch das Kongressmotto. In der ersten Sitzung sprach Prof. Lauren Clack, Zürich, über die Grundlagen und Konzepte der Implementierungswissenschaft und stellte mit Beispielen einen konkreten Praxisbezug her. Ihr Kooperationsangebot an die Versorgungsforschenden war wertschätzend und umfassend – Erfahrungen aus der Implementierungswissenschaft können die Versorgungsforschung dabei unterstützen, gute Versorgungsinnovationen näher an die Routineversorgung heranzubringen. Umgekehrt profitiert die Implementierungswissenschaft von einer Zusammenarbeit mit der Versorgungsforschung, da die gemeinsamen Anwendungsfälle zur Testung und Weiterentwicklung implementierungswissenschaftlicher Konzepte und Frameworks verhelfen. Prof. Thomas Kühlein, Erlangen, gab Einblicke in die Situation eines Versorgenden. Klare Evidenz für diagnostische und therapeutische Entscheidungen oder dagegen, liegt nicht für alle medizinischen Maßnahmen vor. Die meisten Entscheidungen in der praktischen Versorgung müssen ohne klare Evidenzgrundlage – im sprichwörtlichen Graubereich – getroffen werden. Beide Vortragenden stimmten darin überein, dass es entscheidend ist, die Kompetenzen aus Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft zu bündeln, um den Bereich der evidenzbasierten Maßnahmen zu erweitern und auch im Graubereich wissenschaftliche Ergebnisse praxisverbessernd verfügbar zu machen. Beide Plenarsprecher:innen betonten, dass es nicht nur darum ging, Neues zu implementieren, sondern auch wenig nutzbringende Versorgung (low value care) zu deimplementieren.

Diana Cürlis, Münster, und Prof. Sylke Kuske, Düsseldorf, haben in der zweiten Plenarsitzung gezeigt, dass die Versorgungsforschung methodisch erweitert werden muss, um größere Akzeptanz bei den betroffenen Menschen zu schaffen. Diana Cürlis stellte die Methode Social Design als Implementierungstool und -strategie am Beispiel zweier partizipativer Forschungsprojekte vor, die in Zusammenarbeit mit Menschen mit Demenz sowie mit Menschen mit Behinderung erfolgen konnten. Silke Kuske übersetzte die Denkweise, die hinter dem Social Design steht, in den konzeptionellen und methodischen Rahmen der Versorgungsforschung. Der Fokus ihres Vortrags lag auf einem zukunftsorientierten Blick auf (digitale) Innovationen, ihre Messbarkeit und ihr Erleben im Versorgungsalltag. Wenn es gelingt, Evidenz konkret erlebbar zu machen sowie anwendungsbezogen und anschaulich aufzubereiten, erlaubt dies, so Kuske, das Praxisfeld früh einzubinden und Partizipation über die Forschungsvorhaben hinaus



Li.: D. Cürlis referiert über Social Design; mitte: S. Kuske spricht über Social-Design-Anwendung in der Versorgungsforschung; re: T. Brunkert empfiehlt die Verzahnung von Versorgungs- und Implementierungsforschung.

fortzuschreiben.

Ass.-Prof. Thekla Brunkert, Luzern (Schweiz), empfahl in der dritten Plenarsession, für die forschungspraktische Verzahnung von Versorgungs- und Implementierungsforschung frühzeitig im Projektverlauf und zusätzlich zum überwiegend aus Forschenden bestehenden Studienteam ein praxisorientiert zusammengesetztes Implementation-Team zu konsultieren. Entsprechende Zusammenarbeitsstrukturen sollen während des gesamten Vorhabens etabliert werden. Dr. Simone van Dulmen, Nijmegen (Niederlande), zeigte, wie durch systematische De-Implementierung von Überversorgung der Patientennutzen gesteigert werden kann. An Beispielen verschiedener Versorgungsbereiche aus dem niederländischen Gesundheitssystem erläuterte sie, wie Überversorgung nachhaltig reduziert werden kann. Dabei ist die Einbeziehung aller Beteiligten und vor allem der Versorgenden von großer Bedeutung für den Erfolg von De-Implementierungen im Gesundheitswesen. Die Möglichkeiten der Übertragung der niederländischen Ansätze in das deutsche Gesundheitssystem wurden nach dem Vortrag im Plenum engagiert diskutiert.

State of the Art

Thema des ersten State-of-the-Art-Formats war, anknüpfend an die State-of-the Art-Sessions der DKVF in den vergangenen Jahren, die Umsetzung der Evidenz aus der Versorgungsforschung in die Routineversorgung. Nach Impulsvorträgen von Prof. Holger Pfaff, Köln, Prof. Jochen Schmitt, Dresden, und Dr. Ibrahim Demirer, Köln, wurden sich die Teilnehmer:innen rasch einig, dass sich umfangreiche und vielschichtige neue Versorgungskonzepte, welche in ebenso komplexe Kontexte eingeführt werden müssen, oft nicht mit klassischen randomisierten klinischen Studien untersuchen lassen. Es geht gerade in der Versorgungsforschung also darum, von der theoretisch besten zu einer praktisch besten Evidenz zu kommen.

Weitere State-of-the-Art-Sessions und Methodensymposien fanden zur Evaluation komplexer Interventionen statt. Diskutiert wurden insbesondere sog. hybride randomisierte kontrollierte Studien und das mit ihnen möglicherweise verbundene Potenzial, frühzeitig Evidenz zur Wirksamkeit von Implementierungsstrategien zu generieren. Ebenso adressiert wurde am Freitag die Rolle des Kontextes in Studien in der Versorgungsforschung. Vorgestellt wurden unter anderem zwei mögliche Positionen, die in dieser Debatte eingenommen werden können:

1) die Bewertung und Berücksichtigung von Kontext im Sinne einer in Studien kontrollierbaren Größe oder
2) die Konzeptualisierung von Kontext als aktiver Wirkbestandteil in der Versorgung.



van Dulmen zeigt Wege der De-Implementierung.



Diskussion State-of The Art: Erweiterung des EbM-Ansatzes.



Diskussion State-of-The-Art: Erweiterung des EbM-Ansatzes.

Begleitend zum wissenschaftlichen Abstractprogramm und zur methodischen Auseinandersetzung bot der Kongress die Gelegenheit, in Symposien und Debate-Formate über die strukturelle Weiterentwicklung der Versorgungsforschung in den Austausch zu gehen. Das Format „die Zukunft der Versorgungsforschungszentren" zeigte einige Konvergenz und Kooperation zwischen den vom BMBF und der DFG geschaffenen Forschungsstrukturen. Das Plenum gelangte zu dem Schluss, dass für die Weiterentwicklung auf struktureller Ebene in der Versorgungsforschung noch Handlungsbedarf besteht, beispielsweise in den deutschen Zentren für Gesundheitsforschung – von denen einige mit Versorgungsforschung gerade erst beginnen. Hier kann eine Einbeziehung der bestehenden Forschungszentren und -strukturen und auch von Implementierungswissenschaft helfen, Fehler und Rückschläge zu vermeiden, die in der Vergangenheit immer wieder Barrieren verstärkt und Verzögerungen bewirkt haben.

Im ersten Debate-Format zur „Evidenz der Versorgungsforschung" mit Prof. Christopher Baethge, Chefredakteur des wissenschaftlichen Teils des Deutschen Ärzteblatts und Prof. Hoffmann wurde berichtet, dass etwa 30% aller wissenschaftlichen Beiträge im Deutschen Ärzteblatt aus der Versorgungsforschung mit versorgungsnahen Daten stammen. Um die Evidenzstärke von Versorgungsforschungsstudien einschätzen zu können, ist es wichtig, mögliche Confounder adäquat bei der Planung sowie Durchführung zu adressieren und Stärken sowie Schwächen einer Studie kritisch zu diskutieren. Generative künstliche Intelligenz wird in Zukunft einen erheblichen Einfluss auf das Arbeiten in Forschung und Lehre nehmen, so auch in der Versorgungsforschung. Hierzu wurde in der Debatte-der AG Digital Health über das Thema: künstliche Intelligenz als Game-Changer in der Versorgungsforschung – Wunsch und Wirklichkeit?" diskutiert. Es besteht Einigkeit, dass mit KI große Chancen zur Verbesserung der Versorgungsforschung einhergehen, aber auch große Herausforderungen. So wird es in Zukunft notwendig sein, dass Forscher:innen digitale Kompetenzen im Umgang mit KI entwickeln und Studien durchgeführt werden müssen, um KI-Tools in der Forschung auf ihre Validität hin zu überprüfen.



Vier fantastische Vorträge beim Science-Slam: C. Klocke, A. Langenbruch, C. Kempny, J. Schmidt, S. Lau, L. Ansmann.

Science-Slam

Sein Bergfest feierte der Kongress mit dem Science-Slam. Wie in der Vergangenheit, war der Hörsaal voll und alle vier Bewerber erreichten im Applausometer Schallwerte in der Größenordnung von über 100 dB(A) – wie unter der Einflugschneise eines Flughafens. Gut, dass die Moderator:innen Prof. Lena Ansmann und Prof. Jochen Schmitt die Dauer des Applauses auf genau 10 Sekunden beschränkten. Mit ihrem Vortrag „Sie benötigen einen Rollator? (K)ein Problem!? Eine qualitative Analyse von Entscheidungsprozessen und Beteiligung von Patient:innen bei der Verordnung von Rollatoren" erzeugte Sandra Lau, Oldenburg, den lautesten Jubel und gewann den DNVF-Science-Slam-Master 2024. Dem Science-Slam folgte der gut besuchte Gesellschaftsabend mit Speis und Trank und viel guter Musik, zu der ausgelassen getanzt wurde.

Master's Corner

Auf dem diesjährigen Kongress präsentierten Studierende ihre Abschlussarbeiten in der Master´s Corner, wobei eine breite Palette von Themen der Gesundheitsversorgung abgedeckt wurde. Die Themen reichten von Prävention und Störungen in Tumorkonferenzen bis hin zur Sporttherapie und dem psychischen Wohlbefinden bei chronischen Erkrankungen. Auch die öffentliche Wahrnehmung von Pflegeberufen, die Health-Literacy von Studierenden und die Anbindung von Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur wurden thematisiert. Die hohe Qualität der Arbeiten und die Anwendung sowohl qualitativer als auch quantitativer Methoden wurden besonders hervorgehoben.

Postersitzungen

In den 22 Postersitzungen mit meist 12



Get together.

bis 15 Beiträgen gab es auch in diesem Jahr das Präsentationsformat mit dreiminütigen Kurzvorträgen, um konzise Thema, Methode, Ergebnisse und Ausblick mitzuteilen. Durchweg gelang den Autorinnen und Autoren diese Art der prägnanten Übersicht ganz ausgezeichnet, deutlich zu sehen an den vielen intensiven Diskussionen in der sich anschließenden halben Stunde vor den Postern, wofür allerdings etwas mehr Raum noch förderlicher gewesen wäre.

Die jedes Jahr vergebenen Posterpreise gingen beim 23. DKVF an Tanja Schleef, Hannover, für die Studie „Hausärztliche Versorgung gehörloser Patientinnen und Patienten – ein Scoping Review" (1. Platz) an Dr. Rike Anke Kraska, Dortmund, für die Studie „Versorgungsstrukturen und Behandlungspfade der systemischen Psoriasis-Therapie in Westfalen-Lippe: eine sekundärdatenbasierte retrospektive Längsschnittstudie" und an Anne Moritz, Köln, für die Studie „Also da kann man nicht so viel falsch machen. Glaube ich jedenfalls, hoffe ich." Arzneimittelkompetenz von Patient:innen mit oraler Tumortherapie. Informationsbedürfnisse und Wissenslücken – eine qualitative Analyse."

Wilfried Lorenz-Versorgungsforschungspreis

Das DNVF vergibt den Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis 2024 an Prof. Dr. Felix Miedaner (Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften), Prof. Dr. Ludwig Kuntz (Universität zu Köln), Dr. Kerstin Wellermann (Universität zu Köln), Prof. Dr. Bernhard Roth (Universität zu Köln) und Prof. Dr. Stefan Scholtes (University of Cambridge) für deren herausragende Arbeit „Service Quality Implications of Long Periods of Consecutive Working Days: An Empirical Study of Neonatal Intensive Care Nursing Teams". Der Preis wird in Erinnerung an das Ehrenmitglied des DNVF, Prof. Dr. Wilfried Lorenz (1939–2014), verliehen. Bei der Verleihung waren Margit Lorenz, die Ehefrau von Wilfried Lorenz, und ihre beiden Söhne anwesend. Die 17-köpfige Jury, unter Leitung von PD Dr. Anna Levke Brütt, Hamburg, wählte im Gutachterverfahren die Studie aufgrund der hohen methodi-schen Qualität und der besonderen Rele-vanz für den Einsatz des Fachpersonals in der Patientenversorgung aus. Ebenso bewertete die Jury positiv, dass durch die Publikation der Ergebnisse im Journal Manu-facturing & Service Operation Management die Entscheiderebene für die Umsetzung der in der Studie empfohlenen Implikationen adressiert wurde.

In seinem Vortrag referierte Prof. Dr. Felix Miedaner, dass die Studie die Auswirkungen unmittelbar aufeinanderfolgender Arbeitstage ohne dazwischenliegende Ruhetage auf die Versorgungsqualität in der neonatologischen Intensivpflege untersucht. Ausgangspunkt dieser Analyse ist die gängige Praxis, dass Krankenhäuser ihre Personalrichtlinien häufig auf sichere tägliche Kennzahlen wie das Verhältnis von Pflegekraft zu Patient stützen. Es besteht weitgehend wissenschaftlicher Konsens, dass eine damit einhergehende angemessene Personalausstattung in der Pflege positive Effekte auf die Versorgungsqualität hat. In der Praxis sehen sich Krankenhäuser jedoch mit der Herausforderung konfrontiert, auf unvorhergesehenes Patientenaufkommen und/oder Personalengpässe reagieren zu müssen. In solchen Situationen wird häufig auf Pflegekräfte zurückgegriffen, die zusätzliche aufeinanderfolgende Arbeitstage übernehmen, um Personalengpässe zu überbrücken. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass diese Vorgehensweise, obwohl sie kurzfristig Personalprobleme scheinbar löst, unbeabsichtigt die Versorgungsqualität und -sicherheit negativ beeinträchtigen kann. Das bestehende Personal einfach länger arbeiten zu lassen, ist also keine Alternative zu einer besseren Personalausstattung. Die Analyse basiert auf Längsschnittdaten von 62 neonatologischen Intensivstationen in Deutschland. Dabei wurde die Zeit von der Aufnahme bis zur vollständigen enteralen Ernährung bei 847 Frühgeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht untersucht.



Posterpreisverleihung: H. Vollmar, R. Kraska (Preisträgerin 2. Platz), J. Köberlein-Neu und W. Hoffmann.



Preisverleihung Willfried Lorenz Versorgungsforschungspreis: A. Lorenz, J. Lorenz, M. Lorenz. A. Brütt, F. Miedaner, W. Hoffmann und K. Köberlein-Neu.

In der Versorgung geht eine frühzeitigere vollständige enterale Ernährung mit einem besseren Gedeihen des Kindes und der Vermeidung von Komplikationen einher. Neben dem täglichen Verhältnis von vorhandenen Pflegekräften zu Patient:innen als Indikator für Personalausstattung wurde u. a. auch die Komplexität der Patientenfälle berücksichtigt. Die Ergebnisse der statistischen Analysen erlauben eine kausale Interpretation: Längere aufeinanderfolgende Arbeitszeiträume des gleich besetzten Teams wir-ken sich negativ auf die Versorgungsqualität aus. Dieser Effekt verstärkt sich besonders an Tagen mit unzureichender Personalausstattung und hängt von der Komplexität der betreuten Patient:innen ab. Der gemeinsame Einfluss von schlechter Personalausstattung und einem hohen Niveau von unmittelbar zusammenhängenden Arbeitstagen wirkt sich dabei besonders auf Patient:innen mit weniger komplexem Versorgungsbedarf negativ aus. Die personelle Versorgung dieser Kinder sollte in solchen Situationen daher klar geregelt sein.

Versorgungsforschungspreis Kinder und Jugendliche 2024

Zum ersten Mal wurde der gemeinsam von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. und dem DNVF gestiftete Versorgungsforschungspreis Kinder und Jugendliche vergeben. Den Preis erhielt stellvertretend für die Autorengruppe Dr. Andrea Petermann-Meyer für die hervorragende Arbeit „Familien SCOUT: Studie zur Wirksamkeit einer neuen Intervention für Familien mit minderjährigen Kindern und elterlicher Krebserkrankung". Ziel des Projekts ist die Implementierung und Evaluation einer komplexen psychosozialen Beratung, Information und Betreuung auf emotionaler, psychosozialer und kommunikativer Ebene während und nach der Krebserkrankung und über die verschiedenen Gesundheitssektoren hinweg, die Teil der Regelversorgung werden soll.

Fazit

Wir blicken auf inspirierende Veranstaltungstage zurück! Das DNVF dankt den Fördermitgliedern, den Sponsoren und Unterstützern der diesjährigen Jahrestagung, ohne die so manches nicht möglich gewesen wäre. Besonders stolz macht uns die enge Verbundenheit von Margit Lorenz mit dem DNVF und die hiermit gegebene Möglichkeit, alljährlich exzellente und versorgungsrelevante Forschung mit dem Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis auszuzeichnen. Wir bedanken uns herzlich bei ihr für die Stiftung des Preisgelds.

Resümierend lässt sich feststellen: Die Versorgungsforschung wird als Forschungsthema und zunehmend auch als Fachcommunity wahrgenommen. Jetzt muss Versorgungsforschung auch Teil der Lösung für die drängenden Probleme im deutschen Versorgungssystem werden. Dabei sind Implementierungsexpert:innen, die wir als Fachcommunity auf dieser Tagung (besser) kennenlernen durften, enge Verbündete der Versorgungsforschung. In Projekte der Förderlinie Neue Versorgungsformen des Innovationsfonds sollen zukünftig regelhaft Implementierungsexpert:innen einbezogen werden – für diese können Projektmittel beantragt werden. Wichtig für die Weiterentwicklung des Fachs Versorgungsforschung ist jedoch, auch andere Forschungsformate, u. a. bei der DFG aktiv zu nutzen. Diese ermöglichen der Versorgungforschung ein grundlagenorientiertes Arbeiten und die Gewinnung von Erkenntnissen, die wiederum direkt in anwendungsbezogene Forschungsgegenstände einfließen sollten. Schlussendlich wurde deutlich, dass es für die Überführung der Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung in den Alltag systemisch gedachte Implementierungsanstrengungen braucht, welche sowohl auf gesundheitspolitischer Ebene in Form entsprechender Rahmensetzungen stattfinden, aber auch in jeder Organisation und bei jeder Person erfolgen müssen. Diese Anstrengungen müssen in Zukunft stärker auch von politischer Seite gewürdigt werden, damit Implementierungshandeln in der Fülle der alltäglichen Aufgaben in der Versorgungspraxis die notwendige Priorisierung erhalten kann.

Mit den Worten „Wir sind noch voller Eindrücke, nachdenklich und angeregt von drei Tagen spannender und inspirierender Jahrestagung" verabschiedete Prof. Wolfgang Hoffmann, Vorsitzender des DNVF, in der Abschlusssession die am Kongress Teilnehmenden. Die Kongresspräsidentin Prof. Juliane Köberlein-Neu zog als Fazit: „Mir ist aufgefallen, dass wirklich tolle Erkenntnisse generiert werden, deren Wert auf den ersten Blick aber oft nur die Internen sehen. Dem Transfer im Sinne ‚Was bedeuten diese Ergebnisse nun für die Versorgung?' darf man nicht ausschließlich in die Verantwortung anderer geben!" <<



Preisverleihung Versorgungsforschungspreis Kinder und Jugendliche 2024: F. De Bock, N. Ernstmann.

Alle Fotos: Jan Kulke

DNVF

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

E-Mail: info@dnvf.de

Philip Bammert MSc / Dr. oec. publ. Wiebke Schüttig MSc MBR / Saskia Kropp MSc / Dipl.-Betriebsw. (FH) Matthias Brittner / Dr. rer. nat. Roman Gerlach / Prof. Dr. rer. oec. Leonie Sundmacher

Praxisnetze in Deutschland: Struktur, Zusammenarbeit und Schwerpunkte

Ergebnisse einer Fragenbogenerhebung

Der ambulante Sektor in Deutschland ist von besonderen Charakteristika gekennzeichnet, darunter die organisatorische Trennung vom stationären Sektor, die freie Arztwahl für Patient:innen sowie das Fehlen einheitlicher Kommunikationskanäle zwischen Leistungserbringer:innen (1). Koordination und Kontinuität in der Versorgung werden hierdurch erschwert, was letztlich zu Einschnitten in der Qualität der Versorgung der Patient:innen führen kann. Beispielhafte Negativfolgen einer unkoordinierten Versorgung sind übermäßige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Unterbrechungen von Behandlungspfaden oder Fehlmedikation. Insbesondere bei multimorbiden Patient:innen mit einem hohen Bedarf nach Gesundheitsleistungen besteht die Gefahr einer Fehlversorgung. Bezüglich der kollaborativen Berufsausübung im ambulanten Sektor besteht Entwicklungspotenzial und es sind Versorgungsmodelle notwendig, welche die Zusammenarbeit und Koordination in der Versorgung verbessern.

>> Mit dem zweiten GKV-Neuordnungsgesetz im Jahr 1997 wurden mit dem Ziel, die Ressourcen im Gesundheitssystem effizienter zu nutzen, sogenannte Praxisnetze etabliert. Diese bieten Leistungserbringenden die Möglichkeit, sich formell zusammenzuschließen und in regionalen Verbünden die Versorgung zu gestalten. Gleichzeitig können sie als Interessenvertretung auftreten. Praxisnetze können als regionale Zusammenschlüsse von Leistungserbringer:innen im medizinischen Bereich definiert werden, welche darauf abzielen, die Versorgung einer Gruppe gemeinsam versorgter Patient:innen besser zu koordinieren und die Qualität der Behandlung für diese zu verbessern (2). Die Zahl der Praxisnetze in Deutschland nimmt stetig zu. Seit 2012 bietet der Gesetzgeber Praxisnetzen die Möglichkeit, sich nach § 87b Abs. 4 SGB V anerkennen zu lassen (3), wofür sie bestimmte Strukturkriterien erfüllen und vorgegebene Ziele verfolgen müssen. Diese Ziele beziehen sich auf Patientenzentriertheit, kooperative Berufsausübung sowie Effizienzsteigerung und Prozessoptimierung. Es wird zwischen drei Anerkennungsstufen unterschieden, welche in den Rahmenvorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) spezifiziert werden. Je nachdem, in welchem Ausmaß die Vorgaben erfüllt sind, erhalten Netze eine Anerkennung zur Basisstufe, Anerkennungsstufe 1 oder Anerkennungsstufe 2. Laut dem Praxisnetzatlas der KBV existieren heute 91 nach § 87b Abs. 4 SGB V anerkannte Gesundheitsnetze in Deutschland (4). Nicht inkludiert sind hierbei die vielen nicht anerkannten Netze. Es gibt derzeit nur einzelne Studien, in welchen die Praxisnetzlandschaft regionsübergreifend beschrieben wird, oder solche, die die Netze in ihrer Leistung umfassend darstellen.

Zusammenfassung

Einleitung: Praxisnetze können als regionale Zusammenschlüsse von Leistungserbringer:innen im medizinischen Bereich definiert werden, welche darauf abzielen, die Versorgung einer Gruppe gemeinsam versorgter Patient:innen zu verbessern. Ziel dieser Befragung war es, Informationen zur Organisation von Praxisnetzen, deren Kooperation und Kommunikation sowie etablierten Initiativen zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu erlangen und systematisch darzustellen.

Methodik: Ein Fragebogen mit dem Ziel der Erhebung etablierter struktureller Bedingungen, Qualitätssicherungsmaßnahmen und vorhandener Kommunikationsmittel wurde an Praxisnetze in Deutschland versendet. Weiterhin sollten die Akzeptanz von Qualitätssicherungsmaßnahmen, Einschätzungen zur Kooperation im Netz sowie Erfolgsfaktoren und Hemmnisse erfragt werden.

Ergebnisse: Insgesamt wurden Fragebögen von 49 Praxisnetzen zurückerhalten. Die Ausgestaltung der Netze in Bezug zum strukturellen Aufbau als auch zu festgelegten Zielsetzungen variiert. So liegt die Anzahl an teilnehmenden Ärzt:innen zwischen 10 und 300 und es wurden über 20 verschiedene Schwerpunkte genannt. Maßnahmen der Qualitätssicherung sind weitreichend implementiert, ebenso sind Wege der Kommunikation innerhalb der Netze konsentiert. Diesbezüglich geben beispielsweise 86% der Netze an, dass es konsentierte Behandlungspfade gibt und 68%, dass sichere Mail-Verbindungen und Faxlisten etabliert sind.

Schlussfolgerung: Die Versorgungslandschaft der Praxisnetze scheint stark heterogen zu sein. In vielen Fällen gibt es gefestigte Strukturen und etablierte Maßnahmen der Qualitätssicherung. Die Netze haben klar formulierte Ziele, um die Qualität der Versorgung für Patient:innen zu verbessern. Weitere Forschung ist notwendig, um die Entwicklung der Praxisnetze abzubilden und deren Leistung zu evaluieren.

Schlüsselwörter

Arztnetzwerke, Versorgungsqualität, Qualitative Forschung

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2269

Methodik

Im Rahmen des Innovationsfondsprojekts ATP Arztnetze – Arbeitsteilung und Performance empirischer und organisierter Netzwerke im ambulanten Sektor in Deutschland (5) wurde eine umfassende Befragung der Praxisnetze durchgeführt.

Ziel der Befragung war es, Informationen zur Organisation von Praxisnetzen, deren Kooperation und Kommunikation sowie etablierten Initiativen zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu erlangen. Für die Erstellung des Fragebogens wurden zu Beginn die vorhandene Evidenz zu Praxisnetzen, die Rahmenvorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sowie die jährlichen Versorgungsberichte der Praxisnetze gemäß § 87b Abs. 4 SGB V analysiert (3).

Auf Grundlage der Literatur wurden dann zunächst Themenbereiche und folglich die Fragestellungen abgeleitet. Bei der Erstellung des Fragebogens wurden die Vorgaben der Medical Research

Council (MRC) Guidelines zur Prozessevaluation berücksichtigt. Die Vorgaben des MRC geben eine Hilfestellung bei der Prozessevaluation von komplexen Interventionen und eignen sich unter anderem zur Anwendung in der Versorgungsforschung (6). Abbildung 1 bietet eine Übersicht zu den Themenbereichen und Unterthemen des Fragebogens.

Die Themenbereiche des Fragebogens umfassten die etablierten strukturellen Bedingungen, Qualitätssicherungsmaßnahmen und vorhandenen Kommunikationsmittel in den Netzen. Weiterhin sollte die Akzeptanz von Qualitätssicherungsmaßnahmen, Einschätzungen zur Kooperation im Netz sowie Erfolgsfaktoren und Hemmnisse erfragt werden.

Themenbereiche des Fragebogens nach den Rahmenvorgaben zur Anerkennung von Praxisnetzen

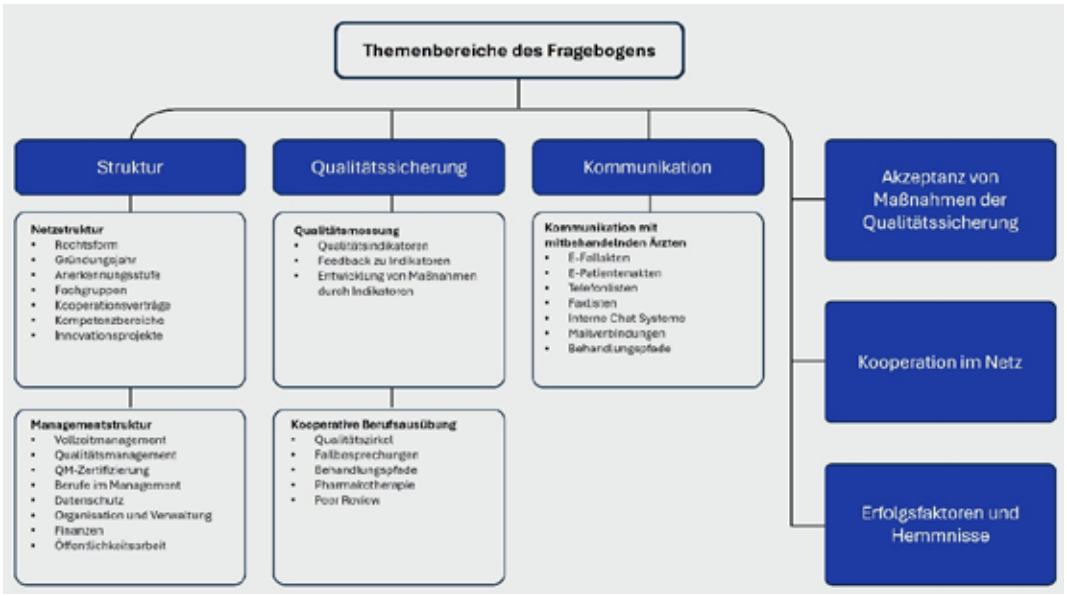


Abb. 1: *Die Themenbereiche des Fragebogens wurden anhand der Rahmenvorgaben zur Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V und der bestehenden Literatur festgelegt.*

Eine Liste von zu kontaktierenden Praxisnetzen wurde vom Bundesverband der Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetze (ADA) verfügbar gemacht. Zudem stellte die AOK Bayern eine Liste aller Praxisnetze, welche am QuATRo-Projekt teilnahmen, bereit. Das Projekt QuATRo (Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten) bietet teilnehmenden Praxisnetzen anhand verschiedener Qualitätsindikatoren die Möglichkeit, die Versorgungsleistung der inkludierten Leistungserbringenden zu bewerten und Vergleiche zu anderen QuATRo-Praxen, QuATRo-Netzen und dem Landesdurchschnitt zu ziehen (7). Im August 2019 wurden die Fragebögen das erste Mal an die Praxisnetze gesendet. Hierfür wurde aus jedem Netz mindestens ein/e Vertreter:in per eMail kontaktiert mit der Bitte, den Fragebogen auszufüllen. Der Fragebogen wurde in digitaler Form an die Netzvertreter:innen übermittelt, angehängt an ein Anschreiben, in welchem die Ziele des Projekts kurz erläutert wurden, um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erhalten. Es wurden weiterhin Erinnerungsschreiben per eMail versendet und eine Bearbeitung innerhalb mehrerer Monate zugelassen.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 49 Fragebögen ausgefüllt und an das Forschungsteam zurückgesendet. Die Rücklaufquote entspricht 25% der angefragten Netze, wobei es sich um die bei der ADA registrierten Netze und die QuATRo-Netze der AOK Bayern handelte. Im Folgenden wird die Auswertung der Fragebögen dargestellt. In der Ergebnisbeschreibung wird sich an der Reihenfolge des Fragebogens orientiert.

Die zurückerhaltenen Fragebögen stammten aus 12 der 17 KV-Regionen. Die Mehrheit war aus Westfalen-Lippe (n = 17), gefolgt von Bayern (n = 11) und Schleswig-Holstein (n = 5). Der Großteil der Netze (n = 23) inkludierte zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 50 und 100 Mitglieder, 15 Netze sogar mehr als 100 Leistungserbringende. Die meisten der Netze wiesen eine stark diversifizierte Fachgruppenzusammensetzung auf. 48 der 49 Netze setzten sich aus 3 oder mehr verschiedenen Facharztgruppen zusammen und 41 der 49 Netze gar aus 10 oder mehr Facharztgruppen. Abbildung 2 gibt Auskunft darüber, in wie vielen Netzen die jeweiligen Facharztgruppen vorkamen.

Knapp die Hälfte der Netze (n = 24) gab an, stimmberechtigte Mitglieder aus anderen Sektoren, beispielsweise Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen, zu haben. Weiterhin waren zum Zeitpunkt der Befragung 11 der Netze nicht bei der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V anerkannt, 24 Netze besaßen die Basisstufe, 14 die Anerkennung nach Stufe 1 und keines eine Anerkennung nach Stufe 2. Mehrere gaben jedoch an, dass eine Anerkennung der nächsthöheren Stufe in Planung sei.

Abbildung 3 bietet einen Überblick über die Indikationen und Patientengruppen, auf die die Netze den Fokus legten. Die häufigsten Themen waren hierbei Diabetes (n = 25), Herzinsuffizienz (n = 19) und die geriatrische Versorgung (n = 17).

Die meisten Netzwerke waren als eingetragener Verein (e. V.) organisiert (26 von 45 Netzwerken), gefolgt von den Rechtsformen der Kapitalgesellschaft und Personengesellschaft.

Hinsichtlich der Struktur der Netzwerke ergab sich ein umfassendes Bild: Es wurde die Anzahl der Mitarbeiter:innen im Management beziffert, welche in rund 45% der Netze bei einer Person, in 45% der Netze bei zwischen zwei und fünf Mitarbeiter:innen und bei rund 10% der Netze über 5 Mitarbeiter:innen lag. In 64% der

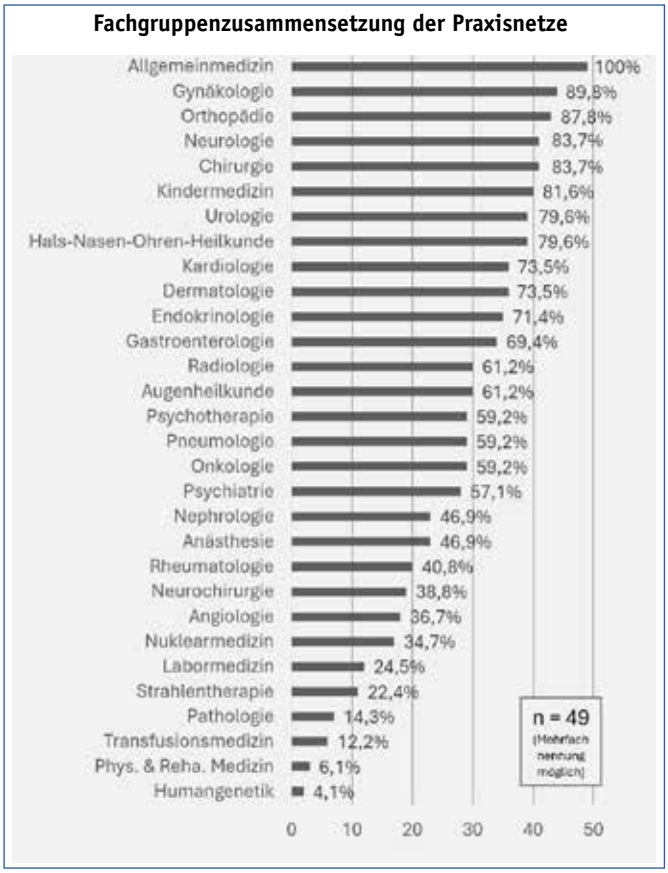


Abb. 2: *Die Grafik zeigt, in wie viel Prozent der Praxisnetze ein/e Ärzt:in der jeweiligen Fachgruppe als Mitglied vertreten war. Insgesamt antworteten 49 Praxisnetze und Mehrfachnennungen waren möglich.*



Abb. 3: *Die Grafik zeigt, welche Indikationen und Patientengruppen die Praxisnetze als Schwerpunkt ihrer Arbeit festgelegt haben. Insgesamt antworteten 43 Praxisnetze auf die Frage und Mehrfachnennungen waren möglich.*

Netze gab es Mitarbeiter:innen mit kaufmännischer Ausbildung im Management. 56% der Netze gaben an, Gesundheitsökonom:innen im Management zu haben, 36% Ärzt:innen und 25% medizinische Fachangestellte. Nur 20% der Netze waren QM-zertifiziert, jedoch hatte die Mehrheit Kooperationen mit Krankenkassen durch Selektivverträge geschlossen. 45% der Netzwerke gaben eine Kooperation nach § 140 SGB V Besondere Versorgung an und 27% nach § 73a SGB V. Kein einziges Netz schloss einen Vertrag nach § 63 SGB V Modellvorhaben. Mit 63% der Netze gab es in der Mehrheit der Netze eine vertragliche Regelung zur Erhebung von Qualitätsindikatoren. 39% der Netze nutzen dabei das QuATRo-System (7) und 27% das BrAVo-System (8).

Weitere genutzte Indikatorensysteme waren AdaM (9), RESIST (10) und der KVWL-Praxisnetzspiegel (11). Das Ausmaß, in welchem die teilnehmenden Netzärzt:innen Feedback zu den Indikatoren erhalten und ob daraus Maßnahmen für die Arbeit im Netz abgeleitet werden, variierte stark. Die Mehrheit der Netze (36%) gab an, dass die Ausprägungen der Indikatoren in den vergangenen Jahren unverändert blieben, wohingegen nur 11% der Netze angaben, dass sich die Indikatorwerte verbesserten. Bereiche, in denen Verbesserungen erzielt wurden, waren insbesondere Impfquoten, Teilnahmeraten an Disease-Management-Programmen, Reduktion von Wartezeiten sowie das Arzneimittelmanagement. Die Auswertung der Fragebögen zeigte, dass neben dem Erheben von Qualitätsindikatoren weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung etabliert wurden. So gaben 86% der Netze an, dass konsentierte Behandlungspfade zu einer oder mehreren Indikationen etabliert wurden. In allen Netzen, welche die Frage beantworteten, finden regelmäßig Qualitätszirkel statt und in 11% der Netze sind Peer-Review-Verfahren Bestandteil der Zusammenarbeit.

Tabelle 1 stellt die Einschätzung der Netzvertreter:innen zur Akzeptanz von verschiedenen Maßnahmen unter den Netzärzt:innen dar. Hier zeigten sich insbesondere Qualitätszirkel und Behandlungspfade als weitreichend akzeptiert, wohingegen die Akzeptanz bezüglich Qualitätsindikatoren und Peer-Review-Verfahren verhältnismäßig gering war.

Bezüglich der Kommunikation im Netz wurde eine Bandbreite an Kommunikationsmitteln genannt. Das am häufigsten etablierte Mittel sind Telefonlisten (86%), gefolgt von Faxlisten (68%) und sicheren Mail-Verbindungen (68%). Seltener hingegen wurden elektronische Patientenakten (37%), netzinterne Chat-Systeme (33%) und elektronische Fallakten (22%) als Kommunikationsmittel genannt. Weiterhin wurden in der Erhebung die konsentierten Prioritäten der Netzwerke erfragt. Am häufigsten angegeben wurden hierbei die Erweiterung sektorenübergreifender Kooperationen (79%), die Implementierung von weiteren Maßnahmen der Qualitätssicherung (63%) und Fortschritte im Bereich der Telemedizin (44%).

Tabelle 2 zeigt die Einschätzungen der Netzvertreter:innen zur Kooperation im Netzwerk. Besonders positiv wurde hierbei die klare Aufgabenverteilung in Bezug auf Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten des Netzmanagements eingeschätzt. Weiterhin wurde die Zusammenarbeit zwischen Netzmanagement und Netzärzt:innen als sehr gut bewertet.

Mehrere Aspekte wurden in Freitextfeldern genannt, welche aus Sicht der Befragten Erfolgsfaktoren und Hindernisse für die

Akzeptanz verschiedener Maßnahmen der Qualitätssicherung					
Aussage	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils/teils	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
Qualitätsindikatoren werden von den Netzärzten voll und ganz akzeptiert. (n=37)	5	12	18	-	2
Qualitätszirkel werden von den Netzärzten voll und ganz akzeptiert. (n=40)	29	7	2	2	-
Behandlungspfade werden von den Netzärzten voll und ganz akzeptiert. (n=37)	8	18	9	1	1
Maßnahmen zur Pharmakotherapie werden von den Netzärzten voll und ganz akzeptiert. (n=35)	3	22	8	1	1
Peer-Review wird von den Netzärzten voll und ganz akzeptiert. (n=13)	-	1	7	3	2

Tab. 1: Die Tabelle zeigt, als wie akzeptiert die Netzvertreter:innen verschiedene Maßnahmen der Qualitätssicherung in den Praxisnetzen einschätzen. Dies umfasst Qualitätsindikatoren, Qualitätszirkel, Behandlungspfade, Maßnahmen zur Pharmakotherapie und Peer-Review.

Einschätzung der Kooperation					
Aussage	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils/teils	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten des Netzmanagements sind klar definiert. (n=41)	29	10	1	1	0
Bei wichtigen Themen einer guten Patientenversorgung gelingt es den Netzmitgliedern, Entscheidungen zu treffen, die im Anschluss von allen Netzmitgliedern getragen werden. (n=41)	7	18	13	2	1
Konsentierte bzw. getroffene Entscheidungen werden zeitnah umgesetzt. (n=41)	8	19	13	1	0
Die Zusammenarbeit zwischen Netzmanagement und Netzärzten verläuft sehr gut. (n=41)	19	18	3	1	0
Mitbehandelnde Ärzte im Ärztnetz werden zeitnah über relevante medizinische Befunde der von ihnen versorgten Patienten informiert. (n=38)	12	22	4	0	0
Insgesamt funktioniert die Koordination der Patientenversorgung im Ärztnetz sehr gut. (n=40)	16	20	3	1	0

Tab. 2: Die Tabelle zeigt, wie die Netzvertreter:innen bestimmte Aspekte der Kooperation in den Praxisnetzen einschätzen.

erfolgreiche Vernetzung darstellen können. Zunächst wurde hier der regelmäßige Kontakt und informeller Austausch zwischen den beteiligten Leistungserbringenden genannt. Dies soll ein gewinnbringendes Arbeitsklima zum Ziel haben. Durch frühzeitiges Kennenlernen könne Vernetzung entstehen und Freude an der Zusammenarbeit wachsen. Dies fördere weiterhin eine erfolgreiche Kommunikation und das leichtere Beseitigen von Missverständnissen. Es ist laut Aussage der Netzvertreter:innen zudem wichtig, Konkurrenzdenken unter den Beteiligten abzubauen und eine kollegiale Zusammenarbeit zu ermöglichen. Das Schaffen von Rahmenbedingungen für solch eine erfolgreiche Kommunikation solle bestenfalls auch das nicht ärztliche Praxispersonal einbinden und gegebenenfalls auch Akteure aus anderen Sektoren miteinschließen. Für eine kooperative Netzstruktur ist weiterhin gemäß Angaben der Befragten ein angemessen organisiertes Netzbüro erforderlich. Dazu gehöre eine klare Aufgabenverteilung sowie transparentes Handeln, welches sich unter anderem in einem offenen Dialog über die Vor- und Nachteile der Teilnahme an Praxisnetzen niederschlage.

Ebenso wird die Weiterentwicklung der digitalen Kommunikationsmöglichkeiten und technischen Infrastruktur als Erfolgsfaktor genannt. Standardisierte Lösungen für einen verlässlichen und umfänglichen Informationsfluss zwischen Netzmitgliedern könnten die Zusammenarbeit erleichtern und zu einer Intensivierung der kooperativen Berufsausübung beitragen. Eine deutschlandweite oder zumindest regionale Implementierung der elektronischen Patientenakte wurde in diesem Kontext von den Befragten genannt.

Das größte Hindernis bei der erfolgreichen Beteiligung im Praxisnetz ist gemäß den Befragten die große zeitliche Belastung der Praktizierenden im Arbeitsalltag, welche es erschwere, sich darüber hinaus im Netz zu engagieren. Freie Zeit müsste hingegen in Sprechstunden und bürokratische Arbeiten investiert werden. Diese Herausforderung wird durch den generellen Ärztemangel weiter verschärft. Es resultiere daraus eine mangelnde Bereitschaft, Zeit für die Arbeit im Praxisnetz aufzuwenden, welche in Hinsicht auf die Administration und Dokumentationsanforderungen als relativ aufwendig beschrieben wird.

Zuletzt werden fehlende Motivation und Skepsis gegenüber der Netzwerkarbeit einzelner Teilnehmender als Hemmnisse angeführt. Die Zusammenarbeit könne weiterhin behindert werden durch emotionale Vorbehalte, Angst vor Fremdbestimmung und Sorge vor Patientenverlusten. Die interprofessionelle Kooperation würde weiterhin durch eingefahrene Gewohnheiten mancher Leistungserbringenden eingeschränkt werden. Diesbezüglich wurde angeführt, dass ein Generationenwechsel in der Ärzteschaft eine Chance für die Ausbildung kooperativer Versorgungsformen darstellen kann. Insbesondere junge Mediziner:innen könnten vom koordinierten Austausch profitieren und die bestehenden Strukturen mit Leben füllen.

Diskussion

Die vorliegende Fragebogenerhebung hatte zum Ziel, die Organisation, Strukturen sowie Bedingungen der Kooperation in Praxisnetzen in Deutschland abzubilden. Die vorliegenden Ergebnisse beziehen sich auf 49 Praxisnetze aus verschiedenen Regionen.

Die Auswertung zeigt auf, wie heterogen die Praxisnetze aufgebaut sind. Dies betrifft sowohl die Anzahl an Teilnehmer:innen, welche von 10 bis 300 reichte, die Fachgruppenzusammensetzung und auch die Existenz von sektorenübergreifenden Kooperationen. Weiterhin zeigten sich Unterschiede hinsichtlich der Rechtsform des Netzes, dem Gründungsjahr sowie der Anerkennungsstufe zum Zeitpunkt der Befragung. Einige der befragten Netze befanden sich noch in der Phase des Aufbaus, wohingegen andere bereits langjährig etabliert sind. Auch die Größe und der Aufbau der jeweiligen Managementeinrichtungen unterschied sich stark voneinander. Die Anzahl an Mitarbeiter:innen reichte hierbei von 1 bis 14. Weitere Unterschiede gab es auch hinsichtlich der Ausbildung der Netzmitarbeiter:innen, welche in manchen Netzen mehr ökonomisch und in anderen mehr medizinisch ausgerichtet war.

Nicht nur in den strukturellen Aspekten, sondern auch bezüglich der inhaltlichen Ausgestaltung und der Zielsetzungen zeigte sich ein diverses Bild. So gab es zwar Fokusthemen, welche häufig genannt wurden, wie Diabetes und Herzinsuffizienz, dennoch nannten die 49 befragten Netze mehr als 20 verschiedene Bereiche, auf

welche sie sich spezialisierten.

Weitere Implikationen gehen aus der Befragung hinsichtlich der Nutzung von Qualitätsindikatorsystemen hervor. Die Auswertung zeigte, dass verschiedenste Systeme genutzt werden, was teils vertraglich mit den Krankenkassen vereinbart wurde. Ein einheitliches Qualitätsindikatorenset, welches sich zur Nutzung in Praxisnetzen eignet, ist wünschenswert, um einen Vergleich der Netze untereinander zu ermöglichen und gleichzeitig deren Besonderheiten zu berücksichtigen. Auch die Möglichkeiten zur Nutzung von Auswertungen der Qualitätsindikatoren sollte hierbei erforscht werden, da hier ebenfalls Optimierungspotenziale bei einigen Netzen bestehen. Viele Maßnahmen der Qualitätssicherung scheinen bereits umgesetzt zu sein. Auch wenn die meisten davon auf hohe Akzeptanz stoßen, scheint es insbesondere bei den Qualitätsindikatoren Aufklärungsbedarf zu geben, um auch deren Akzeptanz zu steigern.

Im Folgenden soll ein Bezug der vorliegenden Auswertung zur quantitativen Evaluation der Performance von Praxisnetzen im ATP-Projekt hergestellt werden (12). Hierbei wurde mittels quasi-experimenteller Methoden ein Vergleich zwischen verschiedenen Praxisnetzen der Regionen Bayern, Brandenburg und Westfalen-Lippe und der Regelversorgung gezogen. Positiv schnitten die Praxisnetze dabei bei mehreren Indikatoren bezüglich präventiver Leistungen ab, darunter Impfquoten gegen Influenza und Pneumokokken. Dies stimmt mit den Angaben der vorliegenden Befragung, in welchen Bereichen sich Verbesserungen ergeben haben, überein. Weiterhin zeigte die Evaluation, dass Praxisnetze bei einigen Indikatoren, welche die Leitlinienadhärenz der Versorgung approximierten, besser abschnitten als die Regelversorgung. Viele Netze gaben in dieser Befragung an, bestimmte Indikationen oder Krankheitsgruppen in den Fokus zu nehmen. Die positiven Resultate der quantitativen Evaluation könnten also dadurch erklärt werden, dass in Praxisnetzen für diese Fokusindikationen Behandlungspfade oder sonstige Maßnahme zur Sicherung einer koordinierten Versorgung implementiert sind. In der quantitativen Analyse fiel weiterhin auf, dass in Praxisnetzen häufiger Medikamente der PRISCUS-Liste (13) verordnet wurden und bei einem größeren Anteil der behandelten Patient:innen Polymedikation gegeben war. Dieses Ergebnis wirkt auf den ersten Blick verwunderlich, da in den Fragebögen ein Großteil der Netze Maßnahmen zur Pharmakotherapie umsetzt und diese von den Netzärzt:innen weitgehend akzeptiert werden. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass eine Vielzahl an Medikamenten insbesondere bei multimorbiden Patient:innen angemessen sein könnte, nachdem eine Abwägung durch die behandelnden Leistungserbringenden durchgeführt wurde und unerwünschte Wechselwirkungen ausgeschlossen werden konnten.

Dies ist nach unserem Wissen die erste deutschlandweite Fragebogenerhebung zu Charakteristika von Praxisnetzen. Die Erhebung beinhaltete sowohl deskriptive Informationen zum formellen Aufbau der Netze als auch Fragen zur konkreten Ausgestaltung der Zusammenarbeit in der Versorgung. Über die Projektpartner konnte eine Vielzahl von anerkannten und nicht anerkannten Netzen kontaktiert werden, wobei mit 49 auch eine hohe Rücklaufquote der Befragung erzielt wurde. Dennoch bildet die vorliegende Arbeit nur einen Teil der Netze in Deutschland ab und womöglich besteht ein Selektionsbias, wodurch vor allem gut strukturierte Netze geantwortet haben könnten. Weitere Verzerrungen könnten zudem bei Fragen aufgetreten sein, bei welchen die Netzvertreter im Namen der teilnehmenden Ärzt:innen geantwortet haben und beispielsweise deren Akzeptanz von Maßnahmen der Qualitätssicherung eingeschätzt haben. Zu guter Letzt muss der Zeitraum der Befragung, 2019, berücksichtigt werden. Seitdem können sich Änderungen in der Struktur der befragten Netze sowie in der Gesamtheit der Netze ergeben haben. Beispielsweise gab es laut dem Praxisnetzmonitor der KBV im Jahr 2022 bereits 5 Netze mit der Anerkennungsstufe 2 (14).

Fazit

Die Ausgestaltung von Praxisnetzen variiert in Deutschland stark. Sowohl der strukturelle Aufbau als auch die festgelegten

Literatur

1. Blümel, M. / Spranger, A. / Achstetter, K. / Maresse, A. / Busse, R. (2020): Germany: Health System Review. Kopenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies
2. Bundesverband der Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetze (2024): Was sind Praxisnetzwerke. https://www.arztnetze.info/praxisnetzwerke/was-sind-arztnetze (abgerufen am 29.08.2024)
3. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022): Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V. https://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvorgabe_Anerkennung_Praxisnetze_Ausfertigung.pdf (abgerufen am 29.08.2024)
4. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024): Praxisnetzatlas. https://www.kbv.de/html/praxisnetzatlas.php (abgerufen am 29.08.2024)
5. Bammert, P. / Flemming, R. / Franke, S. / Iashchenko, I. / Kropp, S. / Sundmacher L. (2023): Ergebnisbericht: ATP - Arbeitsteilung und Performance empirischer und organisierter Netzwerke im ambulanten Sektor in Deutschland. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/443/2023-09-20_ATP-Arztnetze_Ergebnisbericht.pdf (abgerufen am 29.08.2024)
6. Moore, G. / Audrey, S. / Barker, M./ et al. (2021): Process evaluation of complex interventions: a summary of Medical Research Council guidance. https://www.ukri.org/wp-content/uploads/2021/11/MRC-291121-PHSRN-ProcessEvaluationSummaryGuidance.pdf (abgerufen am 29.08.2024)
7. Milde, S. / Arnold, M. (2014): Qualitätsvergleich für Arztnetze. https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Arzt_Praxis/QuATRo/QuATRo_Veroeffentlichungen/G_G_3_2014.pdf (abgerufen am 29.08.2024)
8. Repschläger, U. / Schulte, C. / Osterkamp, N. (2013): Gesundheitswesen aktuell 2013. Köln: BARMER
9. Brünn, R. / Lemke, D. / van den Akker, M. (2021): Ergebnisbericht: AdAM - Anwendung digital-gestütztes Arzneimitteltherapie- und Versorgungs-Management. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/369/2023-02-23_AdAM_Evaluationsbericht.pdf (abgerufen am 29.08.2024)
10. Iwen, J. /Liebrenz, C. (2020): Ergebnisbericht: RESIST - RESISTenzvermeidung durch adäquaten Antibiotikaeinsatz bei akuten Atemwegsinfektionen. https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/themen_vertragspartner/innovationsfonds/2021-04-16_RESIST_Ergebnisbericht.pdf (abgerufen am 29.08.2024)
11. KV Innovations Scout (2018): Praxisnetz Spiegel. https://kv-innovationsscout.de/projekt/praxisnetzspiegel (abgerufen am 29.08.2024)
12. Bammert, P. / Franke, S. / Flemming, R. / et al. (2024): Comparing the quality of care in physician networks to usual care for elderly patients in three German regions: a quasi-experimental cohort study. In: Public Health Jul:232:161-169
13. Mann, N. / Mathes, T. / Sönnichsen, A. / et al. (2023): Potentially inadequate medications in the elderly: PRISCUS 2.0—first update of the PRISCUS list. In: Dtsch Arztebl Int 2023; 120: 3–10
14. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022): Praxisnetzmonitor 2022.https://www.kbv.de/media/sp/Praxisnetzmonitor_Strukturdaten_2022.pdf (abgerufen am 29.08.2024)

Zielsetzungen und die Intensität der Zusammenarbeit sind stark heterogen. Maßnahmen der Qualitätssicherung sind weitreichend implementiert, ebenso sind Wege der effektiven Kommunikation innerhalb der Netze konsentiert. Die etablierten Maßnahmen zeigen hinsichtlich der individuell gesteckten Ziele teils schon Wirkung, welche quantitativ nachgewiesen werden konnten. Die Netze haben eine Bandbreite an Zielen für die eigene Weiterentwicklung genannt, welche es zu verfolgen gilt, um eine Optimierung der Versorgungsqualität zu erreichen. <<

How can practice networks in Germany be described in terms of their structure, cooperation and focus? Results of a questionnaire survey

Introduction: Physician networks can be defined as regional collaborations of service providers in the medical field that aim to improve the care of a group of jointly treated patients. The aim of this survey was to obtain and systematically present information on the organization of physician networks, their cooperation and communication as well as established measures to improve the quality of care.

Methods: A questionnaire with the aim of surveying established structural conditions, quality assurance measures and existing means of communication was sent to physician networks in Germany. Furthermore, the acceptance of quality assurance measures, intensity of cooperation in the network as well as success factors and obstacles for success were to be surveyed.

Results: Response was received from a total of 49 physician networks. The design of the networks varied in terms of their structure and their set objectives. In this respect, the number of members is between 10 and 300 and over 20 different focal points were mentioned. Quality assurance measures are widely implemented and communication channels within the networks are also established. For example, 86% of the networks state that there are agreed treatment pathways and 68% state that secure e-mail connections and fax lists are present.

Conclusion: The healthcare landscape of physician networks appears to be highly heterogeneous. In many cases, there are consolidated structures and established quality assurance measures. The networks have clearly formulated aims to improve the quality of care for patients in the future. Further research is needed to map the development of physician networks and evaluate their performance.

Keywords

Physician networks, Quality of Care, Qualitative Research

Autorenerklärung

Philip Bammert, Wiebke Schüttig, Saskia Kropp und Leonie Sundmacher sind Mitarbeiter am Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie an der Technischen Universität München. Die Analyse erfolgte im Rahmen des vom Innovationsfonds geförderten Projekts ATP Arztnetze (01VSF17030). Roman Gerlach von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und Matthias Brittner von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe haben unentgeltlich an der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet.

Zitationshinweis

Bammert et al.: „Praxisnetze in Deutschland: Struktur, Zusammenarbeit und Schwerpunkte? Ergebnisse einer Fragenbogenerhebung“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF 06/24), S. 53–59. http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2669

Philip Bammert MSc ORCID: 0000-0003-0239-6320
ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Fachgebiet für Gesundheitsökonomie der Technischen Universität München von Frau Prof. Sundmacher. Er studierte sowohl im Bachelor als auch im Master an der Technischen Universität München im Fach Gesundheitswissenschaften. Kontakt: Philip.Bammert@tum.de



Dr. oec. publ. Wiebke Schüttig MSc MBR ORCID: 0000-0003-2669-2933
ist stellvertretende Leiterin und wissenschaftliche Mitarbeiterin des Fachgebiets für Gesundheitsökonomie der Technischen Universität München. Zuvor arbeitete sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachbereich Health Services Management an der LMU München. Sie studierte im Bachelor Economics und im Master Industrial and Network Economics an der Technischen Universität Berlin.
Kontakt: Wiebke.Schuettig@tum.de



Saskia Kropp MSc ORCID: 0009-0003-0922-7797
ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachgebiet für Gesundheitsökonomie der Technischen Universität München. Zuvor studierte sie Betriebswirtschaftslehre an der Ludwig-Maximilians-Universität München sowie Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth. Kontakt: Saskia.Kropp@tum.de



Dipl.-Betriebsw. (FH) Matthias Brittner ORCID: 0009-0005-7829-6387
ist seit 7 Jahren als stellv. Geschäftsbereichsleiter Innovative Versorgungsformen und Praxisnetze bei der KVWL. Zuvor arbeitete er in vergleichbaren Positionen bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Er studierte wirtschaftliches Gesundheitswesen an der FH Gießen.
Kontakt: Matthias.Brittner@kvwl.de



Dr. rer. nat. Roman Gerlach
ist seit 2004 in verschiedenen Funktionen bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns tätig. Aktuell ist er als Referent der Geschäftsführung für die Koordination von Versorgungsforschungsprojekten mit KVB-Beteiligung zuständig und wirkt an strategischen Analysen sowie der konzeptionellen Weiterentwicklung von strategischen Informationssystemen mit. Er studierte Physik an der TU München und promovierte an der LMU über Tumortherapie mit Schwerionen. Kontakt: Roman.Gerlach@kvb.de



Prof. Dr. rer. oec. Leonie Sundmacher ORCID: 0000-0001-6057-8363
leitet das Fachgebiet für Gesundheitsökonomie an der Fakultät für Sport- und Gesundheitswissenschaften an der Technischen Universität München. Sie studierte Volkswirtschaftslehre, Gesundheitsökonomie und Politikwissenschaft an der University of York und an der Freien Universität Berlin. Leonie Sundmacher ist seit 2023 Mitglied des Sachverständigenrats für Gesundheit & Pflege sowie Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung beim Bundesministerium für Gesundheit.
Kontakt: Leonie.Sundmacher@tum.de



Dipl.-Betriebsw. (VWA) Susann Lukat
Dr. rer. pol. Ulrike Götting

Die Festbetragsregelung im AMNOG-Markt – ein Blick aus der Praxis

Zusammenfassung

Dieser Beitrag untersucht die praktische Umsetzung der Schnittstelle zwischen den Preisregulierungsinstrumenten AMNOG und Festbetrag im deutschen Arzneimittelmarkt von 2011 bis Juli 2024. Dabei werden drei typische Fallkonstellationen der Verknüpfung der Preisregulierungsinstrumente aufgearbeitet und die Verfahrenspraktiken der Selbstverwaltung anhand bisheriger Anwendung analysiert.

Grundsätzlich war die sofortige Eingruppierung von Arzneimitteln ohne belegten Zusatznutzen in das Festbetragssystem als Standardpfad intendiert. Hier sollten die aufwendigen Erstattungsbetragsverhandlungen nur interimsweise notwendig sein.

Diese Bestandsaufnahme zeigt indessen, dass in der Praxis bislang nur eine geringe Anzahl von AMNOG-Arzneimitteln mit dem Festbetragssystem in Berührung gekommen ist.

Das hat vor allem seinen Grund in den Inkompatibilitäten der beiden Systeme mit unterschiedlichen Regulierungslogiken. Perspektivisch werden mit dem „Älterwerden" des AMNOG die Festbetragsregelungen für erstattungsbetragsgeregelte Arzneimittel nach Ablauf des Unterlagen- und Patentschutzes zunehmen, woraus sich spezifische Anforderungen und Verfahrensweisen ergeben.

Schlüsselwörter

Festbetrag, AMNOG, Arzneimittel, Produktlebenszyklus, Gesundheitsökonomie, angewandte Praxis

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2670

Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) wurde 2010 vom Gesetzgeber als Ergänzung zum Festbetragssystem eingeführt, das schon lange bestand. Preisreguliert werden sollte mit dem AMNOG-Instrumentarium der „Nicht-Festbetragsmarkt". Das AMNOG verpflichtet den GKV-Spitzenverband und den pharmazeutischen Unternehmer, wie es in der Gesetzesbegründung seinerzeit kurz und knapp hieß, „einen Erstattungsbetrag für nicht festbetragsfähige Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen mit Wirkung für alle Krankenkassen zu vereinbaren" (Deutscher Bundestag 2010: 31). Tatsächlich waren die genaue Anwendung und Abgrenzung beider Instrumente aber ungeklärt. Die Eingruppierung von Arzneimitteln ohne belegten Zusatznutzen in das Festbetragssystem galt in der initialen Konzeption als Standardfall: „Ohne Zusatznutzen – Übernahme ins Festbetragssystem" – lautete seinerzeit die Kapitelüberschrift in der erläuternden Broschüre des Bundesgesundheitsministeriums zum AMNOG (BMG 2010: 16). Die Erstattungsbetragsverhandlung sollte in diesen Fällen nur interimsweise notwendig sein. Bei genauer Betrachtung fehlte es jedoch an konkreten Vorgaben, welches Instrument wann greifen sollte und wie die unterschiedlichen Regulierungslogiken beider Systeme in Einklang zu bringen sind. Die Selbstverwaltung hatte hier de facto einen großen Handlungsspielraum. Dieser Beitrag untersucht, wie die Festbetragsregelung seit 2011 im AMNOG-Markt praktisch angewendet wurde. Nach einer kurzen Erläuterung des Rechtsrahmens (1) werden unterschiedliche Fallkonstellationen aufgezeigt und jeweils die Verfahrenspraktiken der Selbstverwaltung analysiert (2). Datenbasis der Analyse sind alle bis einschließlich 15.07.2024 veröffentlichten Nutzenbewertungsverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), in denen die Festbetragsregelung relevant geworden ist. Diese 42 Verfahren für 27 Arzneimittel wurden klassifiziert und verglichen. An die Bestandsaufnahme schließt sich eine Diskussion der Herausforderungen und Problemlagen an, die sich aus der Verfahrenspraxis ergeben (3). Insgesamt zeigt die vorliegende Untersuchung, dass Festbetragsregelungen im AMNOG-Markt bisher in der Praxis eher ein „Verfahrensnebengleis" sind (4).

Rechtsrahmen

>> Das AMNOG sieht für Arzneimittel, denen im Rahmen der Nutzenbewertung nach § 35a SGB V kein Zusatznutzen attestiert wird, eine Zuordnung zum Festbetragssystem vor. Dieser Verfahrensschritt ist schnell umsetzbar, wenn bereits zum Start des AMNOG-Verfahrens eine pharmakologisch-therapeutisch „geeignete" Festbetragsgruppe besteht. In diesem Falle prüft der G-BA lediglich, ob nach den Regeln des Festbetragssystems (§ 35a Abs. 1 Satz 4 SGB V) eine „therapeutische Verbesserung" vorliegt, die einer Eingruppierung des Arzneimittels entgegensteht. Wenn dies nicht der Fall ist, erfolgt eine direkte Eingruppierung in das Festbetragssystem ohne weiteres Stellungnahmeverfahren.

Der Verfahrensschritt kann auch zu einem späteren Zeitpunkt eingeleitet werden, nachdem der G-BA eine „geeignete" Festbetragsgruppe nach § 35a Abs. 1 SGB V neu gebildet hat. In dem Falle wird im Anschluss an die Nutzenbewertung zunächst ein Erstattungsbetrag nach § 130b Abs. 3 Satz 2 oder Satz 3 SGB V vereinbart (oder durch die AMNOG-Schiedsstelle festgesetzt). Im Zuge der Neubildung der Festbetragsgruppe erfolgt dann die Eingruppierung des AMNOG-Wirkstoffs mit Stellungnahmeverfahren.

Im Detail ist der Wechsel von dem einen in das andere Preisregulierungssystem gesetzlich nicht vorgegeben (Stallberg 2021). So stellten sich für Selbstverwaltung und Industrie in den vergangenen Jahren an der Schnittstelle AMNOG-Festbetrag viele Umsetzungsfragen: Besteht eine Dossierpflicht, wenn das Arzneimittel direkt dem Festbetrag zugeordnet werden soll? Besteht eine Vorrangregel für die Festbetragseingruppierung oder kann der G-BA auch nachgelagert eingruppieren? Unter welchen Voraussetzungen ist ein Wechsel in die andere Richtung denkbar, also eine Ausgruppierung aus dem Festbetrag und eine Überführung in das Erstattungsbetragssystem? Hat der G-BA auch die Option, Arzneimittel in das Festbetragssystem einzusortieren, wenn ein Zusatznutzen belegt werden konnte? – usw.

Eine weitere Konstellation ist mit dem „Älterwerden" des AMNOG-Systems hinzugekommen: der Festbetrag als Anschlussregulierung, wenn die Arzneimittel aus dem Patent- und Unterlagenschutz gelaufen sind und das AMNOG nicht mehr greift. Hier hat der Gesetzgeber

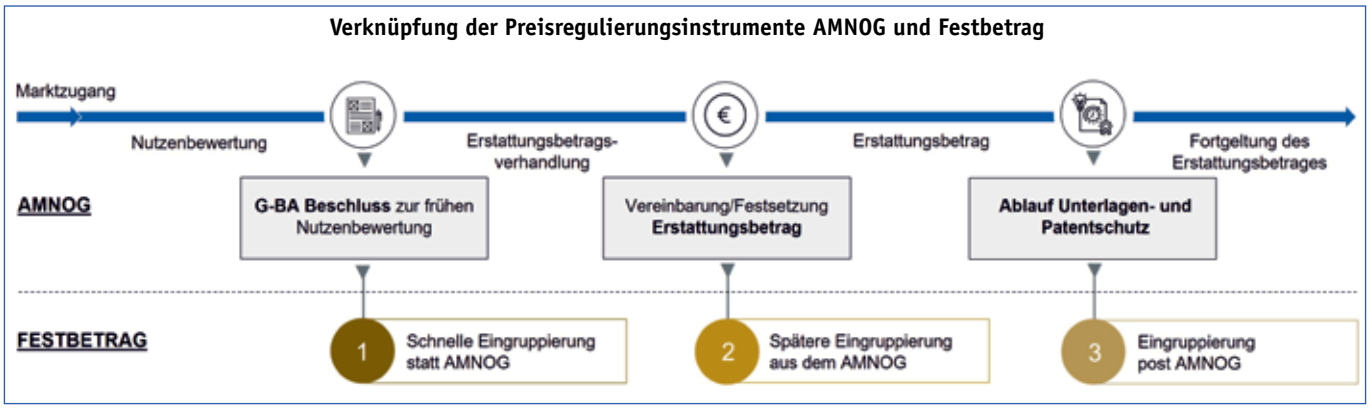


Abb. 1: *Verknüpfung der Preisregulierungsinstrumente AMNOG und Festbetrag. Quelle: eigene Darstellung.*

eine Regelungslücke gesehen und 2020/21 im Rahmen des Fairer-Kassenwettbewerbs-Gesetz (GKV-FKG) und des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) in § 130b Abs. 8a SGB V ein komplexes Übergangsregime der Preisregulierung eingeführt. Der Erstattungsbetrag bzw. die Erstattungsbetragsvereinbarung werden so lange als gesetzliche Höchstpreisregelung verlängert, bis sie von einem Festbetrag abgelöst werden. In diesem Übergangsregime orientiert sich die Berechnung des Erstattungsbetrages bei Neueinführungen an dem individuell vereinbarten Preisstrukturmodell, das der GKV-Spitzenverband auf seiner Website veröffentlicht. Auch hier stellt sich die praktische Frage, wann die Selbstverwaltung den Wechsel in das Festbetragssystem einleitet.

Zusammengefasst ergeben sich damit drei Berührungspunkte der beiden Preisregulierungssysteme:

(1) die anfängliche Anwendung des einen oder anderen Instruments, wenn das Arzneimittel in den Markt eintritt;
(2) die spätere Anwendung der Instrumente, wenn das Arzneimittel bereits erstattungsbetragsgeregelt ist;
(3) die nachgelagerte Anwendung, wenn das Arzneimittel aus dem Geltungsbereich des AMNOG herauswächst (vgl. Abb. 1).

Praktische Anwendung

Bis zum 15.07.2024 wurden insgesamt 1.069 Verfahren der frühen Nutzenbewertung nach § 35a SGB V für 469 Wirkstoffe vom G-BA auf seiner Website veröffentlicht (ohne die Verfahren mit Freistellung nach § 35a Abs. 1a, 1c SGB V). Für 42 Verfahren wurde die anfängliche, nachträgliche oder nachgelagerte Eingruppierung in das Festbetragssystem durchgeführt – insgesamt sind also nur 3,9% der AMNOG-Verfahren mit 27 Wirkstoffen bislang betroffen (G-BA-Website, vfa-Verfahrensdatenbank).

Schnelle Eingruppierung statt AMNOG

Eine klare Zuordnungsregel gibt es offenbar für neue Wirkstoffe ohne feststellbaren Zusatznutzen, die pharmakologisch-therapeutisch vergleichbar mit Festbetragsarzneimitteln sind und für die bereits eine Festbetragsgruppe besteht (bzw. das Gruppenbildungsverfahren rechtzeitig abgeschlossen sein wird). Bislang wurde in sechs Fällen eine solche schnelle Festbetragsregelung anstelle eines Verfahrens der frühen Nutzenbewertung durchgeführt. Eine Umsetzung für einen siebten Fall ist unter der Voraussetzung der pharmakologisch-therapeutischen Vergleichbarkeit und des Wirksamwerdens der Festbetragsregelung für die Gruppe „Blutgerinnungsfaktoren, rekombinant, Gruppe 1" in der Stufe 2 ab dem 01.10.2024 vorgesehen.

In allen sieben Fällen hat der pharmazeutische Unternehmer in Abstimmung mit dem G-BA kein Dossier zum Nachweis eines medizinischen Zusatznutzens als therapeutische Verbesserung eingereicht. Bei der Entscheidung über den Zusatznutzen eines Arzneimittels ohne Herstellerdossier wird dem direkt betroffenen pharmazeutischen Unternehmer sowie den pharmazeutischen Unternehmern der Arzneimittel in der Festbetragsgruppe und weiteren Sachverständigen keine weitere Möglichkeit zur Stellungnahme



Abb. 2: *Verfahren einer schnellen Einordnung in Festbetragsgruppen statt AMNOG zwischen 2011 und Juli 2024. Quelle: eigene Darstellung.*



Abb. 3: *Verfahren einer späteren Eingruppierung aus dem AMNOG. Legende: 1 = In der Festbetragsgruppe sind weitere nutzenbewertete Wirkstoffe enthalten. Quelle: eigene Darstellung.*

eingeräumt.[1] Die Beschlüsse des G-BA zur Einordnung der AMNOG-Wirkstoffe in eine Festbetragsgruppe wurden in den bisherigen sechs Fällen entsprechend zügig umgesetzt (2,0 bis 3,0 Monate ab Markteinführung des Arzneimittels). Damit sind die Festbetragsverfahren in dieser Konstellation stark beschleunigt. Bis zum Inkrafttreten des Festbetrages (mit Meldung in die Verzeichnisdienste) vergingen nach Markteinführung nur ca. 4,0 bis 5,5 Monate.

Das sog. Festbetragsdossier ist tatsächlich erst einmal in der AMNOG-Historie zur Anwendung gekommen – in einer besonderen Konstellation für den Wirkstoff Fluticason/Vilanterol-Trifenatat. Dem „Festbetragsdossier" kommt daher in der Anwendungspraxis bisher keine große Bedeutung zu.

Das Arzneimittel zur Behandlung von Asthma und COPD war nach früher Nutzenbewertung mit Beschluss des G-BA im Juni 2014 in die Festbetragsgruppe „Kombinationen von Glucocorticoiden mit langwirksamen Beta2-Sympathomimetika, Gruppe 1" in Stufe 2 eingeordnet worden. Der pharmazeutische Unternehmer reichte im Februar 2018 ein Festbetragsdossier zur erneuten Nutzenbewertung aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse ein. Mit Beschluss im August 2018 kam der G-BA nach Gesamtbetrachtung aller Studienergebnisse zu dem Schluss, dass keine therapeutische Verbesserung gegenüber den vergleichbaren Arzneimitteln vorliegt (G-BA, Tragende Gründe 2018). Die nachträgliche Herausnahme aus einer Festbetragsgruppe nach erfolgter Eingruppierung ist im Besonderen und im Allgemeinen für den pharmazeutischen Unternehmer schwierig umzusetzen. Die Anforderungen an die Feststellung einer therapeutischen Verbesserung sind hoch. Der G-BA verlangt, dass der Nachweis der therapeutischen Verbesserung für jeden einzelnen Wirkstoff der Festbetragsgruppe erbracht werden muss, dies lässt sich aus der Beschlussbegründung des G-BA zu Fluticason/Vilanterol-Trifenatat ablesen (G-BA, Tragende Gründe 2018).

Spätere Eingruppierung aus dem AMNOG

Liegen zum Zeitpunkt der Beschlussfassung für Arzneimittel ohne Zusatznutzen keine geeigneten Festbetragsgruppen mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Arzneimitteln vor, prüft der G-BA laut Verfahrensordnung, ob eine Bildung einer Festbetragsgruppe oder eine spätere Einordnung möglich ist. Insgesamt ist die Überführung aus dem AMNOG in das Festbetragssystem zwischen 2011 und Juli 2024 vom G-BA für 15 Arzneimittel eingeleitet worden.

In drei Fällen wurden Arzneimittel nachträglich in eine bestehende Gruppe einsortiert.

In allen drei Fällen lag für die Wirkstoffe nach früher Nutzenbewertung (in vier Verfahren) kein Zusatznutzen zur zweckmäßigen Vergleichstherapie vor.

Mirabegron und Tafluprost/Timolol – spätere Eingruppierung nach vorübergehender Marktrücknahme

Die späteren Einordnungen von Mirabegron (zur symptomatischen Behandlung einer überaktiven Blase) und Tafluprost/Timolol (zur Senkung des Augeninnendrucks) ergaben sich aus der vorübergehenden Marktrücknahme der Arzneimittel nach der AMNOG-Nutzenbewertung. Die jeweilige Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens zur Einordnung in eine Festbetragsgruppe erfolgte in beiden Fällen jeweils sehr zeitnah innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Wiedereinführung in den Markt. Das Inkrafttreten der Festbeträge variierte je nach Umfang und Inhalten der Stellungnahmen und dauerte von der Einleitung des Stellungnahmeverfahrens bis zum Wirksamwerden der Festbeträge für Tafluprost/Timolol ca. 9 Monate und für Mirabegron ca. 24 Monate.

– – – – – – – –

1: *Bei der Einordnung von Wirkstoffen in Festbetragsverfahren werden alle betroffenen pharmazeutischen Unternehmer und Sachverständigen zur Fragestellung einer pharmakologisch-therapeutischen Vergleichbarkeit und möglichen Ausnahmeregelungen eingebunden. Ein Wirkstoff kann nicht eingruppiert werden, wenn er eine therapeutische Verbesserung im Sinne des § 35 Abs. 1b SGB V darstellt. Diese Privilegierung gilt nach dem Wortlaut des § 35 Abs. 1 Satz 6 SGB V jedoch nur für patentgeschützte Wirkstoffe.*

Tenofoviralafenamid – Eingruppierung nach Abschluss des parallelen Nutzenbewertungsverfahrens

Im Beschluss zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens zur Festbetragsgruppe „Nukleos(t)id-Analoga mit hoher Resistenzbarriere, Gruppe 1" in Stufe 2 (G-BA, Tragende Gründe v. 06.11.2018) wurde vom G-BA darauf hingewiesen, dass auch Tenofoviralafenamid in die Gruppe passen würde, die Prüfung der Zuordnung jedoch erst nach Abschluss des simultan laufenden Nutzenbewertungsverfahrens erfolgen würde. Die Festbetragsgruppe war dadurch ursprünglich ohne Einbeziehung des AMNOG-Wirkstoffs beschlossen worden. Hieraus zeigt sich, dass der G-BA die Frage, ob ein Zusatznutzen für einen neuen Wirkstoff vorliegt, primär im Rahmen des Nutzenbewertungsverfahrens prüft. Diese Vorgehensweise ist nachvollziehbar, da der G-BA gesetzlich verpflichtet ist, frühe Nutzenbewertungen umzusetzen, während es keine vergleichbare gesetzliche Verpflichtung zur Einführung von Festbeträgen gibt. Die Verfahrensweise des G-BA bedeutet jedoch auch, dass die neuen Wirkstoffe nicht dauerhaft im AMNOG-Regelungskreis verbleiben und später den Festbeträgen auch vor Ablauf des Unterlagen- und Patentschutzes zugeordnet werden können.

Die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens zur Eingruppierung erfolgte für Tenofoviralafenamid, das zur Behandlung einer Hepatitis-B- oder HIV-Infektion eingesetzt wird, kurz vor Meldung des Erstattungsbetrages aus der zweiten AMNOG-Nutzenbewertung. Dies deckt sich mit der Verfahrenspraxis zum Wirkstoff Safinamid (s. Abb. 1), für den während der Erstattungsbetragsverhandlung bzw. einige Monate vor Meldung des Erstattungsbetrages ein Stellungnahmeverfahren zur Festbetragsgruppenneubildung („Monoaminoxidase-B-Hemmer, Gruppe 1" in Stufe 2) eingeleitet wurde.

Der Großteil der Verfahren mit späterer Eingruppierung aus dem AMNOG umfasst zwölf Arzneimittel, die durch eine Neubildung von Festbetragsgruppen in die Anschlussregelungen einbezogen wurden. Seit 2016 wurden bisher sechs Festbetragsgruppen der Stufe 2 oder 3 mit Einbeziehung von AMNOG-bewerteten Wirkstoffen gebildet. Die Festbetragsgruppe „Blutgerinnungsfaktor VIII, rekombinant, Gruppe 1" in Stufe 2 umfasst mit sieben Arzneimitteln dabei die meisten vorab nach § 35a SGB V nutzenbewerteten Wirkstoffe mit verhandeltem oder festgesetztem Erstattungsbetrag. Quantitativ betrachtet sind die Neubildungen aber gering. Im gleichen Zeitraum beschloss der G-BA mit achtzehn eine 3-fach höhere Anzahl von Festbetragsgruppen der Stufe 2 oder 3 ohne Einbeziehung nutzenbewerteter Arzneimittel.

Orphan Drugs – kein Schutz vor Festbetragsregelung

Der Zulassungsstatus als Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens (Orphan Drug) schützt allgemein nicht vor einer Festbetragsregelung, obwohl ein klinischer Nutzen sogar Zulassungsvoraussetzung ist. Dies zeigt sich bei der geplanten schnellen Einordnung von Efanesoctocog alfa („Blutgerinnungsfaktor VIII, rekombinant, Gruppe 1" in Stufe 2) und bei der Festbetragsgruppenneubildung der „Endothelin-Rezeptor-Antagonisten, Gruppe 1" in Stufe 2 mit Macitentan im Jahr 2018/2019. Für den Wirkstoff zur Behandlung der pulmonal arteriellen Hypertonie (PAH) war in der ersten Nutzenbewertung nach § 35a SGB V ein Beleg für einen geringen Zusatznutzen festgestellt worden, bei der erneuten Bewertung nach Überschreiten der Umsatzschwelle dann jedoch nicht.

Anticholinergika – Festbetragsgruppenbildung für einen Wirkstoff mit beträchtlichem Zusatznutzen

Eine hohe Bedeutung zur Fragestellung der späteren Eingruppierung aus dem AMNOG für Wirkstoffe mit Zusatznutzen hatte das Festbetragsverfahren „Anticholinergika, Gruppe 1" in Stufe 2. Es zeigt, dass Nutzenbewertungsverfahren und Festbeträge zwar miteinander interagieren, aber nicht aufeinander abgestimmt sind.

Mit Aclidiniumbromid zur Dauertherapie bei Erwachsenen mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) wurde vor Ablauf des Unterlagen- und Patentschutzes der erste Wirkstoff in eine Anschlussregelung einbezogen, der zuletzt im Verfahren der Nutzenbewertung nach § 35a SGB V einen Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen nachgewiesen hatte. Der im G-BA-Beschluss vom 07.04.2016 festgestellte Zusatznutzen in einer Teilpopulation zeigte sich im Anwendungsgebiet COPD, das auch das relevante gemeinsame Anwendungsgebiet im Rahmen des Festbetragsverfahrens war.

Für diese nachträgliche Einbeziehung gab es keine Verfahrensregelungen. Unklar war, wie mit einem festgestellten Zusatznutzen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie im Nutzenbewertungsverfahren bei der Festbetragseinstufung umzugehen ist. Das Ausmaß und die Wahrscheinlichkeit des Zusatznutzens „Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen" spiegeln eine bisher nicht erreichte deutliche Verbesserung des therapierelevanten Nutzens wider. Der für den Wirkstoff in einer Teilpopulation festgestellte Zusatznutzen erfolgte jedoch gegenüber einem Wirkstoff außerhalb der umgesetzten Festbetragsgruppe.

Eine gegenüber der Arzneimittel-Wirkstoffgruppe abweichende zweckmäßige Vergleichstherapie erschwert den Nachweis einer Evidenz im späteren Festbetragsverfahren. Den pharmazeutischen Unternehmen wird auferlegt, dass sie nicht nur Studien gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie, sondern auch gegenüber allen möglichen Komparatoren einer eventuell noch unbekannten Festbetragsgruppe durchführen.

Delafloxacin, Lasmiditan – Beschlüsse mit Ausnahmen von der Festbetragsregelung

Bisher wurden nach Prüfung des G-BA zwei neue Wirkstoffe von der Einordnung in bestehende Gruppen ausgenommen.

Im Fall Delafloxacin, das zur Behandlung akuter bakterieller Haut- und Hautstrukturinfektionen verwendet wird, bewertete der G-BA mit Beschluss vom 06.02.2020, dass der Wirkstoff als (Reserve)-Antibiotikum nicht pharmakologisch-therapeutisch vergleichbar mit den Arzneimitteln der Festbetragsgruppe „Fluorchinolone, Gruppe 2" in Stufe 2 ist. Die Resistenzsituation des Wirkstoffes gegenüber den anderen festbetragsgeregelten Fluorchinolonen (Ciprofloxacin, Levofloxacin und Ofloxacin) ist unter-

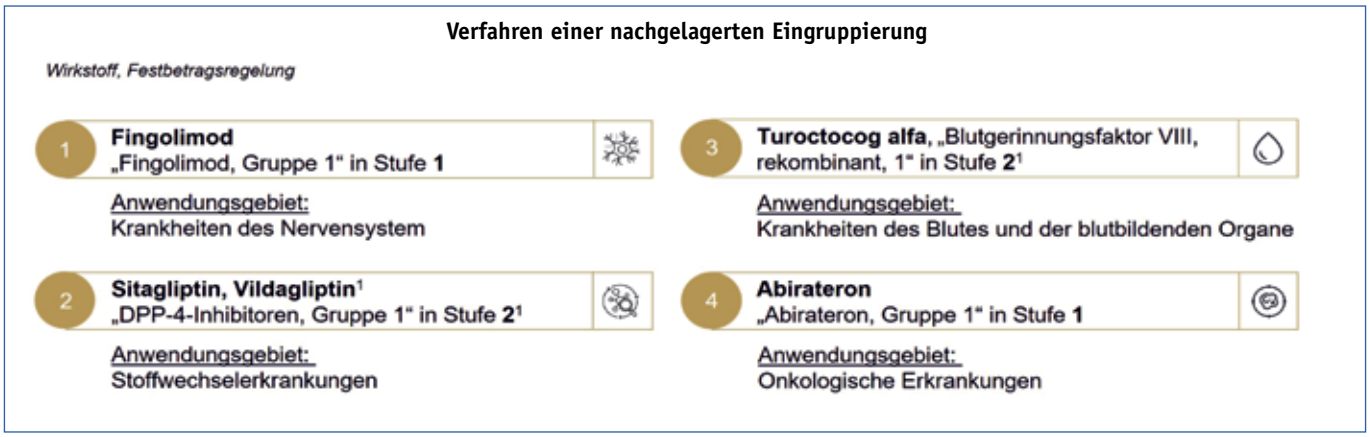


Abb. 4: *Verfahren einer nachgelagerten Eingruppierung. Legende: 1 = In der Festbetragsgruppe sind weitere nutzenbewertete Wirkstoffe enthalten. Quelle: eigene vereinfachte Darstellung.*

schiedlich. Zudem wurde die Vorgabe des § 35 Absatz 1 Satz 4 SGB V zur möglichen Ausnahme von Reserveantibiotika von der Festbetragsregelung berücksichtigt.

Für Lasmiditan zur Akutbehandlung von Migräne mit oder ohne Aura bei Erwachsenen sah der G-BA in seinem Beschluss vom 17.11.2022 von der Einordnung in die Festbetragsgruppe „Selektive Serotonin-5HT1-Agonisten, Gruppe 1" in Stufe 2 aufgrund der zum Zeitpunkt der Bewertung sonst möglichen Einschränkung von Therapiemöglichkeiten ab. Bestimmte Patientengruppen sind aufgrund von Kontraindikationen und ohne andere Therapieoptionen außerhalb der Festbetragsgruppe auf das Produkt angewiesen. Die mit Zulassung umgesetzte Bewertung des G-BA fand statt, um eine Einschätzung hinsichtlich der Art des einzureichenden Dossiers zu treffen. Ab April 2023 fand für den Wirkstoff stattdessen ein Nutzenbewertungsverfahren statt.

Eingruppierung post AMNOG

Insgesamt liegen in der Konstellation der Eingruppierung von nutzenbewerteten Wirkstoffen post AMNOG vier neu gebildete Festbetragsgruppen mit fünf nutzenbewerteten Wirkstoffen vor.

Fingolimod, Abirateron – Festbetragsgruppen in Stufe 1

Aufgrund des Ablaufes von Unterlagen- und Patentschutz und dem Markteintritt von generischen Anbietern wurden zwei Festbetragsverfahren für die Wirkstoffe Fingolimod (eingesetzt zur Behandlung bei Multipler Sklerose) und Abirateron (Therapie des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms) umgesetzt. Für beide Wirkstoffe hatte der G-BA in mehreren Nutzenbewertungsverfahren einen Zusatznutzen gegenüber einer jeweiligen zweckmäßigen Vergleichstherapie festgestellt. Nach Ablauf des Patentes und dem Markteintritt von Generika zu einem niedrigeren Listenpreis wurde jeweils ein Stellungnahmeverfahren zur Festbetragsgruppenbildung in Stufe 1 eingeleitet. Im Festbetragsverfahren wurde dabei nicht bewertet, ob diese Arzneimittel mit anderen Wirkstoffen pharmakologisch-therapeutisch vergleichbar sind oder ob sie eine therapeutische Verbesserung bieten.

DPP-4-Inhibitoren, Faktor-VIII-Präparate – Festbetragsgruppen in Stufe 2

Für drei Wirkstoffe ist bekannt, dass eine Anschlussregulierung mit Festbetragsumsetzung zum 01.10.2024 erfolgen wird. Dies betrifft die Wirkstoffe Sitagliptin, Vildagliptin zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 (Festbetragsgruppe „DPP-4-Inhibitoren, Gruppe 1" in Stufe 2) und Turoctocog alfa zur Therapie und Prävention von Blutungen bei Hämophilie A (in Festbetragsgruppe „Blutgerinnungsfaktor VIII, rekombinant, Gruppe 1" in Stufe 2).

Dabei stellt sich grundsätzlich die Frage, in welcher Form und zu welchem Zeitpunkt ein Wechsel in das Festbetragssystem erfolgt. Dies ist insbesondere für die Gruppenbildung wichtig, denn die Entscheidung zum Zeitpunkt, Zustand und Auswahl der Festbetragsgruppe und der geeigneten Vergleichsgröße unterliegt dem Gestaltungsspielraum des G-BA. Er entscheidet, ob er den Wechsel in das Festbetragssystem in Stufe 1, 2 oder 3 umsetzt.

Im Fall der Wirkstoffe Sitagliptin und Vildagliptin wurde nach Markteintritt von Generika eine Festbetragsregelung in der Gruppe „DPP-4-Inhibitoren, Gruppe 1" in Stufe 2 umgesetzt. Sitagliptin zeigte gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie in mehreren Nutzenbewertungsverfahren nach § 35a SGB V einen Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen. Wie bei Aclidiniumbromid und den Anticholinergika bewertete der G-BA im Stellungnahmeverfahren zur Gruppenbildung, dass der Nachweis eines Zusatznutzens nicht gegenüber den Wirkstoffen der Festbetragsgruppe erfolgte. Zudem entfiel der Nachweis zur therapeutischen Verbesserung, da die sog. Festbetragssperre über den Ablauf des Patentschutzes von Sitagliptin aufgehoben war.

Preisstrukturmodell

Mit gesetzlicher Regelung in § 130b Abs. 8a SGB V wurde bis zur Festlegung eines Festbetrages ein Höchstpreisregime eingeführt, das die Veröffentlichung des sog. Preisstrukturmodelles erfordert. Dieses Übergangsregime führt zu einer lückenlosen Preisregulierung im deutschen Arzneimittelmarkt.

Aktuell ist das Vorliegen eines Preisstrukturmodells für elf Wirk-

Veröffentlichung von Wirkstoffen mit Preisstrukturmodell

Wirkstoff	Handelsname	Therapeutisches Gebiet	Anmerkung
Albiglutid	Eperzan	Diabetes mellitus Typ 2 (Stoffwechselkrankheiten)	Nicht mehr vermarktet Zulassung wurde widerrufen
Cholsäure	Orphacol	Angeborene Störungen der primären Gallensäuresynthese (Stoffwechselkrankheiten)	
Lebende Larven von Lucilia sericata	BioBag und BioMonde Freie Larven	Wundheilung/Debriment (Sonstiges)	
Pomalidomid	Imnovid	Multiples Myelom (onkologische Erkrankungen)	
Simeprevir	Olysio	chronische Hepatitis C (Infektionskrankheiten)	Nicht mehr vermarktet Zulassung wurde widerrufen
Sitagliptin	Januvia/ Xelevia	Diabetes mellitus Typ 2 (Stoffwechselkrankheiten)	**Festbetragsregelung** „DPP-4-Inhibitoren, Gruppe 1" in Stufe 2
Sitagliptin/ Metformin	Janumet/ Velmetia	Diabetes mellitus Typ 2 (Stoffwechselkrankheiten)	
Teduglutid	Revestive	Kurzdarmsyndrom (Krankheiten des Verdauungssystems)	
Turoctocog alfa	NovoEight	Hämophilie A (Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe)	**Festbetragsregelung** „Blutgerinnungsfaktoren VIII, rekombinant, Gruppe 1 " in Stufe 2
Vildagliptin	Galvus/ Jalra/ Xiliarx	Diabetes mellitus Typ 2 (Stoffwechselkrankheiten)	**Festbetragsregelung** „DPP-4-Inhibitoren, Gruppe 1" in Stufe 2
Vildagliptin/ Metformin	Eucreas/ Icandra/ Zomarist	Diabetes mellitus Typ 2 (Stoffwechselkrankheiten)	

Abb. 5: *Veröffentlichung von Wirkstoffen mit Preisstrukturmodell, Stand 6. September 2024. Quelle: eigene Darstellung.*

stoffe auf der Website des GKV-Spitzenverbandes dokumentiert. Zwei der genannten Wirkstoffe werden aktuell nicht vermarktet (Albiglutid und Simeprevir). Für beide Wirkstoffe wurden die Zulassungen bei der European Medicines Agency (EMA) widerrufen. Bei drei Wirkstoffen wurde ein Festbetragseingruppierungsverfahren umgesetzt (Sitagliptin, Vildagliptin, Turoctocog alfa). Bei den übrigen sechs Wirkstoffen gilt absehbar weiter das Übergangsregime.

Diskussion

Die Bestandsaufnahme zeigt, dass in der Praxis bislang nur eine kleine Zahl von AMNOG-Arzneimitteln (auch) mit dem Festbetragssystem in Berührung gekommen ist. Die Anwendungskonflikte zwischen beiden Preisregulierungsinstrumenten betreffen aktuell lediglich Einzelfälle, aber nicht das Gros der AMNOG-Verfahren – auch nicht bei der Gruppe der Arzneimittel ohne belegten Zusatznutzen, wie man initial hätte erwarten können.

Festbetragsregelungen können grundsätzlich in allen Phasen des Produktlebenszyklus von Arzneimitteln eine Rolle spielen. Für AMNOG-Produkte werden sie vor allem im Anschluss an die Erstattungsbetragsregulierung relevant, wenn generischer Wettbewerb besteht und Festbetragsgruppen mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Arzneimitteln gebildet werden können. Die Fallzahl in der oben beschriebenen Konstellation 2.3 wird daher in den nächsten Jahren, mit dem „Älterwerden" des AMNOG, stark zunehmen. Dies wird perspektivisch der „Normalfall" sein.

Auch bei dieser im Grundsatz unstrittigen Konstellation kommt es aus Sicht des Herstellers allerdings zu Verwerfungen. Dadurch dass ein verhandelter oder festgesetzter Erstattungsbetrag als Listenpreis in die Festbetragsberechnung eingeht, erfolgt de facto eine Doppelregulierung. Der künftige Festbetrag wird hier nicht wie bei Gruppen ohne AMNOG-Wirkstoffe auf Basis frei gewählter Marktpreise bestimmt, sondern aufgrund bereits preisregulierter Erstattungsbeträge.

Die schnelle Eingruppierung von Arzneimitteln direkt in das Festbetragssystem ist hingegen ein Sonderfall, der zahlenmäßig keine große Bedeutung hat und dies wohl auch in Zukunft nicht erlangen wird. Es ist in speziellen Marktsituationen eine Option

Literatur

Bode, C., Haas, A. & Tebinka-Olbrich, A., 2014, „Ein ideales Paar: Erstattungs- und Festbeträge zur Regulierung von Arzneimittelpreisen", Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 3, 7-14

Bundesministerium für Gesundheit, 2010, „Die_Spreu_vom_Weizen_trennen_-_Das_Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz", abgerufen am 29.7.2024 von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Broschuere_Die_Spreu_vom_Weizen_trennen_-_Das_Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz.pdf

Deutscher Bundestag, 2010, Drucksache 17/2412, Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG) vom 06.07.2010

G-BA, 2016, Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage XII – Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V – Aclinidiniumbromid

G-BA, 2018, Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage XII – Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V, Anlage IX – Festbetragsgruppenbildung Kombinationen von Glucocorticoiden mit langwirksamen Beta2-Sympathomimetika, Gruppe 1, in Stufe 3 Fluticason/Vilanterol

G-BA, 2018, Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens zur Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage IX (Festbetragsgruppenbildung) und Anlage X (Vergleichsgrößenaktualisierung) – Nukleos(t)id-Analoga mit hoher Resistenzbarriere, Gruppe 1, in Stufe 2 nach § 35 Absatz 1 SGB V, Seite 3

G-BA, 2020, Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V: Anlage XII – Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V (Delafloxacin), Anlage IX - Festbetragsgruppenbildung Fluorchinolone, Gruppe 2, in Stufe 2

G-BA, 2022, Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage IX (Festbetragsgruppenbildung) und Anlage X (Vergleichsgrößenaktualisierung) – Anticholinergika, Gruppe 1, in Stufe 2

G-BA, 2022, Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V: Anlage XII – Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V (Lasmiditan), Anlage IX – Festbetragsgruppenbildung Selektive Serotonin-5HT1-Agonisten, Gruppe 1, in Stufe 2

Giulini-Limbach, C., Bauer, C. und May, U., 2021, „Arzneimittelmarkt-Steuerung unter dem Einfluss von AMNOG und Festbeträgen", IBES Diskussionsbeitrag Nr. 232

Stallberg, Christian, 2021, Rechtsgutachterliche Stellungnahme, veröffentlicht in Zusammenfassende Dokumentation zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage IX (Festbetragsgruppenbildung) und Anlage X (Vergleichsgrößenaktualisierung) – Anticholinergika, Gruppe 1, in Stufe 2, 96 ff.

vfa, 2014, „Das AMNOG im vierten Jahr – Erfahrungsbericht und Regelungsvorschläge der forschenden Pharmaunternehmen", Stellungnahme für das Bundesgesundheitsministerium, abgerufen am 29.07.2024 unter https://www.vfa.de/de/wirtschaft-politik/stellungnahmen

für pharmazeutische Unternehmer und Selbstverwaltung, sich den großen Aufwand des AMNOG-Verfahrens zu sparen und stattdessen die Möglichkeiten der indirekten Preisregulierung über das Festbetragssystem in Kauf zu nehmen bzw. auszuschöpfen. Diese Option besteht jedoch nur in den seltenen Fällen, in denen bereits eine geeignete Festbetragsgruppe für das neu in Verkehr gebrachte Arzneimittel mit einem neuen Wirkstoff besteht.

Ferner muss antizipiert werden, ob für das Arzneimittel noch Anwendungsgebietserweiterungen oder neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu erwarten sind, die im AMNOG-System zu einer Neubewertung des Arzneimittels und Adjustierung des Erstattungsbetrags führen würden. Eine solche Neubewertung und der mögliche spätere Wechsel in das Erstattungsbetragssystem kann aus dem Festbetrag heraus nicht erfolgreich durchgeführt werden, wie das Beispiel Fluticason/Vilanterol-Trifenatat zeigt.

Große praktische Herausforderungen und Verwerfungen schafft vor allem das Nebeneinander beider Instrumente während der AMNOG-Phase im Produktlebenszyklus des Arzneimittels. Beide Instrumente folgen unterschiedlichen Regulierungslogiken[2] und sind deshalb nicht einfach austausch- und kombinierbar. Die geringe Fallzahl in Konstellation 2.2 in Relation zur Gesamtzahl der AMNOG-Verfahren mag ein Indikator sein, dass dies auch im G-BA durchaus so gesehen wird.

Gleichwohl zeigt die Analyse der Einzelfälle in dieser Konstellation, dass die Überführung vom Erstattungsbetrags- in das Festbetragssystem jeweils mit Normenkonflikten einhergeht. Für den pharmazeutischen Unternehmer ist dabei eine große Herausforderung, dass er die Anwendung der Festbetragsregelung nicht genau antizipieren kann. Der G-BA hat einen großen Gestaltungsspielraum bei Festbetragsverfahren, wenn es um den Gruppenzuschnitt, Zeitpunkt und Dauer der Verfahren geht. Es kann sein, dass er gezielt Wirkstoffe aus oder in eine Festbetragsgruppe der Stufe 2 oder 3 nimmt oder die Gruppenbildung zu einem früheren oder späteren Zeitpunkt startet. Vor Einleitung des Stellungnahmeverfahrens besteht keine Transparenz für den pharmazeutischen Unternehmer oder andere Sachverständige zu den Überlegungen oder Planungen des G-BA bei Festbetragsgruppen der Stufe 2 und 3.

Im AMNOG-Verfahren und bei den Festbeträgen sind die Anforderungen an den Nachweis eines Zusatznutzens unterschiedlich operationalisiert. Durch die Vermengung beider Systeme geht die AMNOG-Logik des „value based pricing" verloren. Es wird nicht mehr auf die differenzierte Monetarisierung des festgestellten Zusatznutzens für Patientenpopulationen fokussiert, sondern es werden Produkte mit und ohne Zusatznutzen in eine gemeinsame Festbetragsgruppe einsortiert und mit einem einheitlichen Erstattungshöchstbetrag versehen. Dies ermöglicht es dem GKV-Spitzenverband in seiner Doppelrolle als Preisverhandler im AMNOG und maßgeblichem Entscheider im Festbetragssystem, je nach Marktsituation einen Wechsel zum anderen Steuerungsinstrument einzuleiten.[3]

– – – – – – – –

2: *Festbeträge beruhen auf einer vergleichenden Bewertung von Arzneimitteln in einem gemeinsamen Anwendungsgebiet und stellen einen einheitlichen Erstattungshöchstbetrag der GKV für die gesamte Gruppe dar. Erstattungsbeträge beruhen auf einer Zusatznutzenbewertung von Arzneimitteln in allen Indikationen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie und sind mit weiteren Vertragsbedingungen verknüpft (vgl. hierzu ausführlich z. B. vfa 2014, Giulini-Limbach et al. 2021, Stallberg 2021).*

3: *Vgl. hierzu den programmatischen Beitrag von Bode et al. 2014.*

Der Aclidinium-Fall hat die Problematik besonders gezeigt, dass ein im AMNOG nachgewiesener Zusatznutzen und damit ein besonderer medizinischer Stellenwert in der Versorgung im Festbetragssystem nicht gewürdigt wird. Die Festlegung anderer Komparatoren in beiden Systemen erschwert den Nachweis des Zusatznutzens als therapeutische Verbesserung.

Fazit

Insgesamt bringt die vorliegende Untersuchung ans Licht, dass Festbetragsregelungen im AMNOG-Markt in der Praxis eher ein „Verfahrensnebengleis" sind. Es gibt bisher nur eine geringe Zahl von Arzneimitteln, die vom Erstattungsbetrags- in das Festbetragssystem überführt wurden. Vor allem die Anschlussregelung nach Ablauf des Unterlagen- und Patentschutzes wird über das „Älterwerden" des AMNOG zunehmen.

Das Nebeneinander der Preisregulierungsinstrumente AMNOG und Festbetrag ist besonders problematisch, wenn es zu einer Aushöhlung des AMNOG führt. Das AMNOG ist angelegt als flexibles Instrument der nutzenbasierten Preisregulierung von Innovationen. Die Mehrfachbewertung von Arzneimitteln nach Indikationserweiterungen und Befristungen ist heute der Normalfall und führt zur permanenten Adjustierung der Erstattungsbeträge. Festbetragsgeregelte AMNOG-Wirkstoffe fallen hingegen auf einen mathematischen Algorithmus mit Regressionsgleichungen zurück. Die Zusatznutzenbewertung ist hier de facto irrelevant.

Für die betroffenen pharmazeutischen Unternehmer ist es wichtig, dass Transparenz und Planbarkeit im Hinblick auf die Preisregulierungsmechanismen gegeben sind. Die Selbstverwaltung ist gefordert, die Instrumente nicht nur mit Blick auf die Wirtschaftlichkeit, sondern auch mit Augenmaß für die Versorgung anzuwenden. <<

The reference price regulation in the AMNOG market – a view from the field

This article examines for the German market the practical implementation of the interface between two price regulation instruments AMNOG and reference price from 2011 to July 2024. Three typical case constellations of the linking of the price regulation instruments are reviewed and the procedural practices of the self-administration are analyzed on the basis of previous application. Immediate categorisation of medicinal products without proven additional benefit into the reference price system was intended as a standard pathway. The time-consuming fixed rate reimbursement negotiations should only apply on an interim basis in these cases.
The review shows that in practice however, only a small number of AMNOG medicines have come into contact with the often faster reference price system to date.
Mainly this can be put down to the incompatibility of the two systems with different regulatory logics.
In the future, as the AMNOG 'ages', the reference price regulations for reimbursement-regulated medicinal products will increase after the expiry of data and patent protection, thereby facing regulators and industry.

Keywords

reference price system, AMNOG, medicinal products, Product life cycle, health economics, applied practice

Autorenerklärung

Susann Lukat ist bei Arneburg Analytics GmbH & Co. KG tätig. Dr. Ulrike Götting ist Geschäftsführerin Markt und Erstattung beim vfa – Verband Forschender Arzneimittelhersteller. Der Beitrag entstand im Rahmen ihrer Tätigkeit.

Zitationshinweis

Lukat, S., Götting, U.: „Die Festbetragsregelung im AMNOG-Markt – ein Blick aus der Praxis", in: „Monitor Versorgungsforschung" (06/24), S. 60–67. http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2670

Susann Lukat ORCID: 0009-0008-4965-3906



ist Pricing-Expertin und Geschäftsführerin bei der Arneburg Analytics GmbH & Co. KG. Als Diplom-Betriebswirtin mit großem Interesse an Daten und Prozessen arbeitete sie mehr als 15 Jahre in der forschenden pharmazeutischen Industrie in Berlin, zuletzt langjährig im Bereich Market Access. Ihre Tätigkeitsschwerpunkte liegen im Bereich Pricing und Reimbursement.
Kontakt: Susann.Lukat@arneburg-analytics.de

Dr. Ulrike Götting ORCID: 0009-0008-2864-332X



ist Geschäftsführerin Markt und Erstattung beim vfa – Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. Sie studierte Sozialwissenschaften und Geschichte an der Universität Bielefeld und promovierte am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen. Nach mehrjähriger Tätigkeit im Gesundheitsmanagement für die GKV und PKV war sie zunächst als Fachreferentin für arzneimittelpolitische Fragestellungen beim vfa beschäftigt. Seit 2021 leitet sie den Geschäftsbereich Markt und Erstattung beim vfa. Kontakt: U.Goetting@vfa.de

Prof. Dr. rer. medic. Robert Darkow
Tonja Ofner MA
Assoz. Prof. Dr. phil. Frank Amort
Prof. Dr. phil. Helmut Ritschl MA MSc
Dr. rer. medic. Felix Mühlensiepen MPH
Susann May MPH

Versorgungslage von Schluckstörungen in Pflegeheimen – Herausforderungen und Notwendigkeiten

Zusammenfassung

Bis zu 2000 Mal täglich schluckt der gesunde Mensch, ohne darüber nachzudenken. Alterungsprozesse gefährden die Suffizienz des Schluckaktes: Schluckstörungen in Heimen sind unterdiagnostiziert, in ihrer Wirkung unterschätzt, gleichwohl mit ihren Komplikationen die häufigste Todesursache dort. Bei näherer Betrachtung ergibt sich ein verheerendes Bild der Versorgung. Diese Arbeit skizziert die aktuellen Herausforderungen der Datenunschärfe, der fehlenden diagnostischen und therapeutischen Versorgung vor dem Hintergrund möglicher innovativer Versorgungsformen und deren Implementierung in einen zu entwickelnden Versorgungspfad.

Schlüsselwörter

Dysphagie, Unterversorgung, Logopädie, Pflegeheim, Demenz

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2671

Dysphagien sind eine häufig unterdiagnostizierte, vom Umfeld häufig unbeachtete und von den Betroffenen vermutlich nicht immer wahrgenommene Folge von demenziellen Erkrankungen (bis zu 95%) (Dziewas & Pflug et al. 2020) und Ursache für ein höheres Risiko für Komplikationen sowie lebensbedrohliche Zustände (Baijens 2016, Namasivayam & Steele 2015): Dysphagisch bedingte Unterernährung und Dehydrierung sowie Aspirationspneumonien und die Notwendigkeit einer enteralen Ernährung führen unter anderem zu vermehrten und wiederholten Krankenhauseinweisungen mit belastenden Eingriffen, längeren Verweildauern in Krankenhäusern und der Wahrscheinlichkeit, nach einem Krankenhausaufenthalt in Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheime statt nach Hause entlassen zu werden (Altmann 2010). Selbst Medikamente, eingenommen mit der Intention der Besserung, werden zum Risiko: Eine chemische Pneumonitis ergibt sich als Folge aspirierter Arznei, mündend in Odynophagien durch Mukosaschäden in der Schluckstraße, virale oder pilzassoziierte Ösophagitiden durch Immunsuppressiva. Vor allem im Alter und durch multiple Medikationen können Kompensationsleistungen gestört werden (Schwemmle et al. 2015). Unbehandelte Lungenentzündungen können zudem bestehende koronare Herzkrankheiten verschärfen sowie andere akute Herzsyndrome oder Tod durch Sepsis auslösen.

>> Abhängig vom Diagnoseverfahren schwankt die Prävalenz von Dysphagie betroffener Pflegeheimbewohner:innen zwischen 15% (Einschätzung des Pflegepersonals) und 70% (Diagnose mithilfe verschiedenster Verfahren) (Artiles et al. 2021). Andere Arbeiten präzisieren diese Ergebnisse, indem sie geringere Prävalenzwerte als Resultat klinischer Betrachtungen (32–45%), höhere als Resultat instrumenteller Untersuchungen (84–93%) erklären (Affoo et al. 2013).

Herausforderung No. 1: Datenunschärfe

Erste Querschnittsanalysen können in steirischen Pflegeheimen mit nicht apparativen klinischen In-House-Untersuchungen eine Prävalenz von ca. 90% bestätigen (bspw. Bergthaler 2022). Krankenhausaufenthalte sind kein Garant dafür, dass bislang in Heimen unerkannte Dysphagien diagnostiziert werden. Ilija registrierte 2021 bei acht von 43 Patient:innen eines österreichischen Kran-

Hintergrund: Schluckstörungen

Die unmittelbare Todesfolge einer Schluckstörung, der Bolustod, wurde bereits 1973 beschrieben: Drei Patient:innen einer geriatrischen Station starben nicht wie in der Todesursache angegeben an einer akuten kardiovaskulären Erkrankung, sondern an einer Verlegung der Atemwege durch Aspiration und nachfolgender hypoxämischen Hypoxie. Identifiziert wurde dieser Umstand damals mittels Autopsie (Gelperin, Abraham 1973). Aktuell liegt der Bolustod bei den Todesursachen laut Todesbescheinigung bei 0,3%, nach Obduktion bei 0,2% institutionalisiert und nicht institutionalisiert lebender geriatrischer Menschen (Schulten et al. 2022).
Doch Schluckstörungen können nicht nur durch Verlegung der Atemwege zum Tode führen: Schluckstörungen (Dysphagien) sind eine insuffiziente Trennung der sich überkreuzenden Atem- und Speisewege und resultieren per definitionem aus einer bestehenden oder wahrgenommenen Funktionsbeeinträchtigung einer der am Schluckakt beteiligten Strukturen oder deren Zusammenwirken. Der Schluckakt kann in jeder seiner willkürlichen und reflektorischen Phasen der Nahrungszerkleinerung und des Nahrungstransports beeinträchtigt sein (Pschyrembel 2023). Häufig, aber nicht zwingend zu beobachtende Symptome bei Dysphagien sind (1) Räuspern, (2) Husten[1] bis hin zu (3) Erstickungsanfällen während oder nach einer Flüssigkeits- und/oder Nahrungsaufnahme sowie Austritt von Flüssigkeiten oder Nahrung aus dem Mund oder der Nase; Komplikationen sind Mangelernährung und rezidivierende Pneumonien nach tracheobronchialer Aspiration (Panebianco et al. 2020). Der Komplexität des Schluckakts geschuldet, treten auch bei Gesunden regelmäßig Symptome eines nicht suffizienten Schluckaktes auf, typischerweise bei Störung des automatisierten Ablaufs in Form von Ablenkungen (Christmas & Rogus-Pulia 2019). Dieses Beispiel verdeutlicht: So einfach die Definition, so anfällig die aufwendige Orchestrierung der weitverteilten kortikalen und subkortikalen Repräsentation, der fünf beteiligten Hirnnerven und der 26 Muskelpaare. Diese Vielzahl der involvierten Strukturen macht den Schluckakt anfällig für zahlreiche Erkrankungen (Malagelada 2015): zentralnervöse Erkrankungen wie Schlaganfälle (initial 50%) oder schwere Schädelhirntraumen (50%), aber auch entzündliche Prozesse oder Tumoren können Dysphagien verursachen[2]. Vor allem altersassoziiert ist die Suffizienz des Schluckaktes gefährdet.

1: Husten ist ein laryngealer Schutzreflex und Reinigungsmechanismus. Husten, auch wenn er mit dem unangenehmen Prozess des Verschluckens assoziiert ist und wird, ist demzufolge zu unterstützen und nicht zu unterbinden, Aufforderung zum willentlichen Husten bei Verdacht auf aspiratives Geschehen indiziert.

2: AWMF Leitlinien der Krankheitsbilder, mit denen Dysphagien assoziiert sind, behandeln die Dysphagie als Symptom oder Komplikation der jeweiligen Grunderkrankung. Die Leitlinien S1 Neurogene Dysphagie 030-111 und S3 Oropharyngeale Dysphagie infolge einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung – Diagnostik und Therapie 049-016 behandeln diesen Themenkomplex eigenständig und nicht als begleitendes Symptom.

kenhauses eine positive postdeglutitive Phonationsprobe, ein deutlicher Hinweis auf eine dort nicht be- und erkannte Beeinträchtigung des Schluckakts.

Bei aller Unschärfe ist die Datenlage klar: Alle Studien deuten darauf hin, dass Dysphagien in Heimen sehr häufig vorkommen, häufig unterdiagnostiziert und gleichzeitig unterbehandelt sind (Baijens et al. 2016). Mira und Kollegen schließen ihr Review zu Dysphagie bei Demenz wie folgt: „Es wird als unerlässlich erachtet, die tatsächliche Prävalenz von Dysphagie bei Demenz zu verstehen, damit politische Entscheidungsträger und Kliniker frühzeitig eingreifen und die Belastung der Gesundheitssysteme verringern können. Dass keine aktuelle Studie zur Prävalenz von Dysphagie bei AD existiert, könnte auch bedeuten, dass diese Komorbidität unterdiagnostiziert und nicht als führende Todesursache durch Lungenentzündung bei Patienten mit Demenz genannt wird." (Mira et al. 2022) Jegliche Anstrengung zur Besserung der Versorgungslage altersassoziierter Erkrankungen muss jedoch gegen die soziodemografische Entwicklung ankämpfen (Prävalenz der Demenzerkrankungen Deutschland 2019: ca. 1.7 Millionen, 2050: ca. 2.8 Millionen | Schweiz & Österreich 2019: ca. 140.000, 2050: ca. 308.000).

Herausforderung No. 2: Diagnostik und Diagnose von Dysphagie

Der theoretische Goldstandard zur Einschätzung des Schluckaktes ist die funktionelle endoskopische Evaluation des Schluckens (FEES), eine Möglichkeit der instrumentellen Diagnostik zur Beurteilung der am Schlucken beteiligten Strukturen und deren Funktion mit dem Ziel, Schluckstörungen zu erkennen, den Schweregrad einzuschätzen und mögliche Interventionen abzuleiten. Eine Durchführung der FEES wird von Teilen der Ärzteschaft als ärztliche Vorbehaltstätigkeit eingeschätzt, die Rechtslage ortet sie von dieser subjektiven Sichtweise abweichend klar als delegationsfähige Tätigkeit ein: Das Rhino-Laryngoskop ist ein Medizinprodukt im Sinne des § 3 Abs. 1a Medizinproduktegesetz und dessen Anwendung die Ausübung der Heilkunde gemäß § 1 des Heilpraktikergesetzes. Der deutsche Bundesgerichtshof hat klargestellt, dass bestimmte ärztliche Tätigkeiten, sofern sie nicht aufgrund ihrer Schwierigkeit oder Gefährlichkeit ärztlichen Fachwissens bedürfen, delegiert werden können, auch als Reaktion auf den Ärztemangel.

Die FEES ist bei erlernter Anwendung weder schwierig durchzuführen noch gefährlich und damit im Sinne eines versorgungsbezogenen Possibilismus unabdingbar delegierbar. Die Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop (OPS-Code 1-613) wurde 34.266 Mal bei vollstationären Patient:innen in 2022 abgerechnet (Destatis 2022). Dabei werden jährlich 270.000 Schlaganfälle und 1.8 Millionen Menschen mit Demenz in Deutschland gezählt. Schon in den Krankenhäusern findet eine objektive Schluckdiagnostik offenbar viel zu selten statt. In den Heimen bleibt sie ein Wunschtraum.

Klassischerweise werden Dysphagien anhand von Fieber als Zeichen einer resultierenden Lungenentzündung erkannt. Nur: 20% der 80-Jährigen zeigen kein Fieber bei akuter Lungenentzündung. Alternativ wird die Suffizienz des Schluckakts häufig durch Wasserschluck-Tests und Mehrkonsistenztests eingeschätzt. Diesen Verfahren gemein ist die Normierung (wenn überhaupt) für schlaganfallassoziierte Dysphagien und die Anwendung auch von nicht logopädischem Personal, z. B. Pflegefachpersonen. Auch die bekannten und häufig fälschlicherweise mit einem Wasserschluck kombinierten Daniels-Prädiktoren (Daniels et al. 2000) prädizieren Dysphagien nach Insult, nicht bei Demenz. Für altersassoziierte Dysphagien existiert kein Standard abseits der FEES zur Diagnostik, logopädisches Expertenwissen ist die höchste verfügbare Evidenzstufe. Aber: Logopäd:innen scheinen in Österreich und in Deutschland in den Engpassanalysen seit 2018 auf, 2021 bewertet mit hohen Engpassindikatoren trotz Fehlens altersbedingter Veränderungen wie Pensionierungswellen. Zunehmende Risikoindikatoren für die zukünftige Versorgung, bedingt auch durch das fehlende Substituierbarkeitspotenzial[3], prädizieren gemeinsam mit der soziodemografischen Entwicklung eine dramatische Verschärfung der schon aktuellen Unter- bis Unversorgung.

Herausforderung No. 3: logopädische Versorgung

In einer Umfrage unter jeweils der Heimleitung, Pflegedienstleitung oder Stationsleitung aller öffentlichen und privaten Heime der Steiermark (n = 221, Rücklauf n = 58, 26%) wurde die Prävalenz der Dysphagie mit 15% dramatisch, aber nicht überraschend unterschätzt (Ofner 2022). Diese Umfrage ergab auch: 0% angestellte Logopäd:innen in den Heimen, in 40% der Fälle theoretische Kooperationen mit konsiliarisch betreuenden Logopäd:innen, aber nur in 28% der Fälle fanden logopädische Interventionen statt. Summativ wurde die logopädische Versorgung als ausbaufähig (41%) und unzureichend (36%) bewertet, und das trotz der unterschätzten Prävalenz! Wie verheerend die Versorgungsbilanz ausfallen würde, wenn der eigentliche Bedarf als Normativ fungierte.

Verhinderungsgründe für eine adäquate logopädische Versorgung waren zum einen die mangelnde Verfügbarkeit logopädischen Personals, zum anderen die Finanzierung. Die logopädische Versorgung der Steiermark ist geprägt von einem dramatischen Mangel an besetzten Kassensitzen (n = 3). Alle weiteren ca. 220 Logopäd:innen arbeiten entweder angestellt an Institutionen und stehen den Heimen nicht zur Verfügung oder sind Wahllogopäd:innen, für deren Konsultation im Mittel 50% der Honorare privat zu entrichten und nicht erstattungsfähig sind. Die dieser spezialisierten Tätigkeit angemessene Vergütung von ca. 100 EUR je Intervention sprengt jedoch die finanziellen Ressourcen institutionalisierter Pensionist:innen: Im Schnitt verbleiben 493,08 EUR[4] für alle Kosten des alltäglichen Lebens, die über die Unterbringung, Pflege und Vollpension hinausgehen: Kleidung, Friseurbesuche, Hygieneartikel, Aufmerksamkeiten für den Enkel, Zeitungen, alle weiteren Dinge, die das Leben bereichern, erleichtern, erheitern. Die Übernahme der Kosten für die Logopädie durch die Krankenkassen in Deutschland ist gesichert, die Verordnungspraxis jedoch von Unsicherheiten geprägt: Langzeitverordnungen gehen auf Seite der Verordnenden mit der Sorge vor Regresspflicht einher.

– – – – – – – –

3: Bundesagentur für Arbeit, Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung, Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Fachkräfteengpassanalyse 2021, Nürnberg, Mai 2022.

4: *20% der Pensionen (im Mittel 12/2021 = 1462,- EUR/Monat, 14x/Jahr, m 1948,-; w 1174,-) + 10% Pflegegeld Stufe 3 (im Mittel 12/2021 = 50,28) verbleiben auch bei das Einkommen übersteigenden Heimkosten (im Mittel 03/2023: 130,-EUR/Tag + pflegebedarfsabhängiger Kosten).*

Literatur

Schwemmle C, Jungheum M, Miller S, Kühn D, Ptok M (2015) Medikamenteninduzierte Dysphagien. HNO 7, 2015 504-510
Daniels S, Ballo L, Mahoney M, Foundas A (2000) Clinical predictors of dysphagia and aspiration risk: Outcome measures in acute stroke patients. Archives of physical Medicine and rehabilitation
Gelperin A (1973) Sudden Death in an elderly population from Aspiration of food. Journal of the American Geriatrics Society, 22(3)135-136
Schulten P, Walz C, Schwarz C, Germerott T (2022) Vergleichende Untersuchungen zu Todesart und Todesursache bei Pflegeheim- und Nichtpflegeheimbewohnern. Rechtsmedizin 32: 355-361
Panabianco M, Marchese-Ragona R, Masiero S, Retivo D (2020) Dysphagia in neurological diseases: a literature review. Neurol Sci 41(11): 3067-73
Pschyrembel Online, Verlag Walter de Gruyter, Berlin, Artikel „Dysphagie", Abruf am 28.11.2023.
Christmas C, Rogus-Pulia N (2019) Swallowing Disorders in the Older Population. J Am Geriatr. Soc 67(12): 2643-49
Malagelda J, Bazzoli F, Boeckxstaens G, Looze D, Fried M, Kahrilas P, Lindberg G, Malfertheiner P, salis G, Sharma P, Sifrim D, Vakil N, Mail A (2015) World gastroenterology organization global guidelines: dysphagia – global guidelines and cascades updates September 2014. J Clin Gastroenterol. 49(5):370-8
Dziewas R, Pflug C et al., Neurogene Dysphagie, S1-Leitlinie, 2020, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 28.11.2023)
Baijens L, Clave P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb G, et al. European Society for Swallowing Disorders – European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. Clinical interventions in aging 2016; 11: 1403-28.
Namasivayam A, Steele C (2015) Malnutrition and Dysphagia in long-term care: a systematic review. J Nutr. Gerontol. Geriatr. 34(1):1-21
Altmann K, Yu G, Schaefer S (2010) Conseqence of dysphagia in the hospitalized patient: impact on prognosis and hospital resources. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 136(8):784-9
Artiles C, Regan J, Donnellan C (2021) Dysphagia screening in residental care settings: a scoping review. Int J Nnurs Stud. 114:103813
Affoo R, Foley N, Rosenbek J, Shoemaker K, Martin R (2013) Swallowing Dysfunction and Autonomic Nervous system Dysfunction in Alzheimer´s Disease: A scoping review of the Evidence. Journal of the American Geriatrics Society 61(12): 2203-13
Bergthaler K (2022) Registerstudie zur Evaluierung der Dysphagie in Pflegeheimen. Bachelorarbeit am Studiengang Logopädie der FH JOANNEUM, Graz
Ilija C (2021) Logopädische Bedarfserhebung im Krankenhaus der Stadt Dornbirn. Bachelorarbeit am Studiengang Logopädie der FH JOANNEUM, Graz
Baijens L, Clavé P, Cras P, Ekberg I et al. (2016) European Society for Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. Clin Interv Aging 7(11):1403.28
Mira A, Goncalves R, Rodrigues I (2022) Dysphagie in Alzheimer´s disease: a systematic review
Destatis (2022) Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (4-Steller). Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022
Ofner T (2022) Logopädische Versorgung der Bewohner:innen steirischer Pflegeheime mit Demenz und Dysphagie. Masterarbeit am Studiengang Gesundheits-, Tourismus- und Sportmanagement der FH JOANNEUM, Graz
Bacher K (2022) Zervikale Auskultation im Dyspagiediagnostikprozess. Bachelorarbeit am Studiengang für Logopädie der FH JOANNEUM, Graz
Bergthaler K (2022) Registerstudie zur Evaluierung der Dysphagie in Pflegeheimen. Bachelorarbeit am Studiengang für Logopädie der FH JOANNEUM, Graz
Krisciunas G, Castellano K, McCulloch T, Lazarus C, Pauloski B, Meyer T, Graner D, Van Daele D, Silbergleit A, Crujido L (2017) Impact of compliance on dysphagia rehabilitation in head and neck cancer patients: results from a multi-center clinical trial. Dysphagia 32(2): 327-36
Krekeler B, Braodfoot C, Johnson S, Connor N, Rogus-Pulia N (2018) Patient Adherence to Dysphagia Recommendations: A systematic review. Dysphagia 33(2): 173-84
May S, Gabb F, Ignatyev Yuriy, Ehrlich-Repp J, Stahlhut K, Heinze M, Allsop M, Stanze H, Mühlensiepen F (2022) Mental and Physical Well-being and Burden in Palliative Care Nursing: A Cross-Setting Mixed-Methods Study. Int J Environ. Res. Public Health 19(10): 6240
Noe S, Goeleven A, Brouwers H, Meurrens T, dCock A, Kos D, Vanhaecht K (2021) Int J MS Care 23(5): 223-8

Notwendigkeit No. 1: Entwicklung und Evaluierung innovativer Verfahren

Der Gedanke ist nicht neu, mittels zervikaler Auskultation den Schluckakt abzuhören und dessen auditives Korrelat zu analysieren. Analysen, die eine Systematik in der Veränderung der Geräuschkulisse mit spezifischen Erkrankungen oder Symptomen zu korrelieren versuchten, scheiterten bislang. Diese Granularität ist jedoch nicht notwendig, um lediglich eine Interventionskette zu initiieren: Bacher (2022) zeigte, dass pathologisches Schlucken durch Abhören ohne nachgeschaltete Analyse dichotom von physiologischem zu unterscheiden ist. Regelmäßiges Abhören des Schluckens durch geschultes Personal könnte, mit Ausnahme der Einarbeitung, nahezu budgetneutral implementiert werden.

Andere, erste Ergebnisse zeigen, dass die Einschätzung der mimischen Muskulatur durch Logopäd:innen (Bergthaler 2022) mit Auffälligkeiten in klinischen Schluckuntersuchungen korreliert. Der Charme eines solchen Vorgehens: keine Compliance, keine Adhärenz, nicht einmal situative Orientierung muss gegeben sein. Die Entwicklung solcher Verfahren ist dringend notwendig, aktuell existiert kein standardisiertes Protokoll, existieren keine Vergleichswerte für die Einschätzung der Schluckfunktion im Alter.

Viele Risikofaktoren und Auslöser für Dysphagien sind bekannt, systematische Bemühungen um die Prädiktion von Dysphagien mit der Idee der frühestmöglichen Versorgung jedoch kaum. Aus einem spanischen Krankenhaus wird nun berichtet, dass ein auf Machine Learning basierendes System anhand der zur Verfügung stehenden elektronischen Gesundheitsdaten für alle aufgenommenen älteren Patient:innen das Risiko für eine Dysphagie errechnet (Martin-Martinez et al. 2022). Die Innovationshöhe in diesem Vorgang liegt dabei weniger auf technischen Aspekten, die bekannten Prädiktoren sind schnell abgehakt, sondern in der systemischen Verankerung der Dysphagieprädiktion.

Neben diagnostischen Verfahren müssen die bestehenden kurativen Verfahren ebenfalls auf den Prüfstand, bspw. die noch unzureichende Evidenzlage der Dysphagietherapie auch hinsichtlich Dosis (Krisciunas et al. 2017) und, bislang metatheoretisch weniger betrachtet, die Patient:innenadhärenz. Essen ist Lustgewinn, durch Texturmodifikationen ebenso geschmälert wie durch eine Beeinflussung der sozialen Komponente jeder Mahlzeit (Krekeler et al. 2018).

Notwendigkeit No. 2: Implementierung von Versorgungspfaden

Neben einer breiten, gesellschaftlichen Sensibilisierung bedarf es einer Einrichtung und Umsetzung eines institutionalisierten Versorgungspfades „Dysphagie" als entscheidendes Instrument zur Informationsvermittlung, Steuerung, Versorgung sowie Datenerhebung, damit o. g. Interventionen auch Anwendung finden können. Der Pfad muss sich an individuelle Diagnosen, die Dauer der Krankheit und persönliche Lebensumstände anpassen können. Hauptzweck liegt darin, Bedürfnisse zu erkennen, unentdeckte Unterversorgung zu verhindern und eine optimale Versorgung sicherzustellen. Diese Versorgungspfade sind strukturiert als klar definierte Abfolge von Aufgaben, die von verschiedenen Organisationen kooperativ umgesetzt werden können. Im Gegensatz zu rein klinischen Pfaden haben sie institutionenübergreifende und überregionale Bezüge (vergleiche Kirchen-Peters, Stausberg 2023) und bedürfen daher eines übergreifenden Commitments zur Einrichtung und Umsetzung.

Das Endziel sollte nicht nur eine visuelle Karte der Versorgungseinrichtungen sein oder ein einfacher, vordefinierter Ablaufplan. Stattdessen sollte es ein digitaler Wegweiser sein, der sich durch seine spezifischen und anpassungsfähigen Betreuungsoptionen auszeichnet und eine Vielzahl von Entscheidungsoptionen bietet. Es ist unabdingbar, über die Notwendigkeit einer Begleitung oder zumindest einer Einführung in die Nutzung dieser Wege im Sinne eines Fallmanagements zu diskutieren. Ethische Fragen dürfen dabei nicht außer Acht gelassen werden: Wer trägt die Verantwortung, wenn ein Algorithmus Teile des Weges aufgrund von Benutzereingaben anpasst? Dieser Weg darf keinesfalls als Minimalstandard festgelegt werden, sondern muss auf evidenzbasierter Grundlage beruhen.

Ein erster Schritt: die interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die bestmögliche Versorgung kann nur multi-/inter-/disziplinär/-professionell gelingen mit der Bezugspflegekraft als Scharnier zwischen Bedarfen und Bedürfnissen und Versorgungsmöglichkeiten und -notwendigkeiten (Noe et al. 2021). Die aktuelle Versorgungslage hat das Potenzial, diese Berufsgruppe moralisch zu verletzen: Sie weiß um die Folgen der logopädischen Unterversorgung, vermag aber diesen ethisch verwerflichen Umstand nicht zu ändern (May et al. 2022, Ofner 2022). Erste Ansätze zielen daher darauf ab, das Handlungsinstrumentarium der Pflegenden zu erweitern, Kompetenzen im Umgang mit Dysphagien zu schärfen und einfach implementierbare Intervention zu setzen. Im Projekt Geriaplus[5] sollen Veränderungen des Ernährungszustands detektiert werden. Seit 2023 werden die Pflegenden durch fachspezifische Schulungen zu Versorgungsmöglichkeiten aus logopädischem und diätologischem Fachbereich geschult. Getragen von dem Wunsch einer Verbesserung der Versorgungssituation arbeiten hier verschiedene Disziplinen und Professionen zusammen. Nur so kann es gehen. <<

5: https://www.yumpu.com/de/document/read/305906/editorial-senecura, abgerufen 06.12.2023

Autorenerklärung

Robert Darkow ist Instituts- und Studiengangsleiter Logopädie der FH Joanneum Graz. Susann May und Felix Mühlensiepen sind Mitarbeiter:innen des Zentrums für Versorgungsforschung der Medizinischen Hochschule Brandenburg. Tonja Ofner ist Mitarbeiterin der Gesundheit Österreich GmbH, Wien. Ihr Beitrag beruht auf ihrer Masterarbeit an der FH Joanneum Bad Gleichenberg. Helmut Ritschl ist Mitarbeiter der FH Joanneum Graz. Frank M. Amort ist Professor der FH Joanneum Bad Gleichenberg. Er war Betreuer der Masterarbeit von Tonja Ofner. Die Autor:innen haben an dem Beitrag unentgeltlich mitgewirkt.

Zitationshinweis

Darkow et al.: „Versorgungslage von Schluckstörungen in Pflegeheimen – Herausforderungen und Notwendigkeiten“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (06/24), S. 68–72. http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2671

Care status of swallowing disorders in nursing homes – challenges and necessities

A healthy person swallows up to 2000 times a day without thinking about it. Ageing processes jeopardise the sufficiency of the act of swallowing: swallowing disorders in nursing homes are underdiagnosed, their effects underestimated, yet their complications are the most frequent cause of death there. A closer look reveals a devastating picture of care. This paper outlines the current challenges of data inaccuracy, the lack of diagnostic and therapeutic care and outlines possible innovative forms of care and their implementation in a care pathway to be developed.

Keywords

dysphagia, unmet needs, speech and language therapy, nursing home, dementia

Prof. Dr. rer. medic. Robert Darkow ORCID: 0000-0002-7991-3691
ist Logopäde, Instituts- und Studiengangsleiter für Logopädie an der FH Joanneum Graz, Österreich. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der logopädischen Versorgung und der Evaluierung innovativer Verfahren wie der Therapieadjuvanz durch transkranielle Gleichstromstimulation.
Kontakt: Robert.Darkow@fh-joanneum.at



Tonja Ofner MA ORCID: 0000-0003-1459-4789
ist Logopädin und Public-Health-Wissenschaftlerin. Sie hat sich im Zuge ihrer Masterarbeit mit der logopädischen Versorgung von Schluckstörungen befasst. Zur Zeit ist die Junior-Health-Expertin für Gesundheit, Gesellschaft und Chancengerechtigkeit der Gesundheit Österreich GmbH.
Kontakt: Tonja.Ofner@goeg.at



Assoz. Prof. Dr. phil. Frank Amort ORCID: 0009-0001-6287-3427
forscht und lehrt mit Schwerpunkt Gesundheitsmanagement und Public Health an der FH Joanneum Bad Gleichenberg, Österreich. Seine Tätigkeitsschwerpunkte sind die Leitung des MBA Lehrgangs Gesundheitsökonomie sowie die Forschung im Bereich der Evidenzbasierung und partizipativen Praxis der Gesundheitsförderung.
Kontakt: Frank.Amort@fh-joanneum.at



Prof. Dr. phil. Helmut Ritschl MA MSc ORCID: 0000-0001-7051-9076
ist Gesundheitswissenschaftler und leitet das Institut für Radiologietechnologie der FH Joanneum Graz, Österreich. Seine Tätigkeitsschwerpunkte sind Prozesse der Digitalisierung, der interdisziplinären Synergien und die didaktische Begleitforschung.
Kontakt: Helmut.Ritschl@fh-joanneum.at



Dr. rer. medic. Felix Mühlensiepen MPH ORCID: 0000-0001-8571-7286
ist wissenschaftlicher Mitarbeiter und Mitglied des Vorstands des Zentrums für Versorgungsforschung der Medizinischen Hochschule Brandenburg. Sein Tätigkeitsschwerpunkt ist die Versorgungsforschung im Bereich verschiedener Indikationen.
Kontakt: Felix.Mühlensiepen@mhb-fontane.de



Susann May MPH ORCID: 0000-0003-3847-4861
ist staatlich geprüfte Logopädin und wissenschaftliche Mitarbeiterin des Zentrums für Versorgungsforschung der Medizinischen Hochschule Brandenburg. Ihre Tätigkeitsschwerpunkte sind die Versorgungsforschung im Bereich verschiedener Indikationen und die Evaluierung von Richtlinien sowie der Richtlinientreue von Behandlungen.
Kontakt: Susann.May@mhb-fontane.de



Dr. med. Fabian Holbe MBA

Föderalismus im Rettungsdienst – der arztbegleitete Sekundärtransport im Ländervergleich

Die Konsolidierung des Krankenhausmarktes wird durch wirtschaftliche Zwänge getrieben, da kleinere Einrichtungen häufig nicht mehr rentabel arbeiten können. Der Trend zur Zentralisierung wird politisch durch die Krankenhausreform forciert und soll die Qualität der Versorgung durch Spezialisierung und Konzentration von Ressourcen verbessern. Allerdings verfügten bereits im Jahr 2022 nur noch 1075 Krankenhäuser in Deutschland über Kapazitäten zur Intensivbehandlung [1].

Zusammenfassung

Bei gleichzeitig steigenden Einsatzzahlen im Rettungsdienst sinkt die Zahl zur Verfügung stehender Zielkliniken. Ein optimierter Einsatz stationärer Behandlungskapazität macht es notwendig, Patienten zwischen Kliniken zu verlegen. Die medizinische Betreuung während des Transportes ist föderalistisch organisiert und zeigt ein zweigeteiltes Deutschland. Eine einheitliche Befugnisregelung für das Berufsbild des Notfallsanitäters wie auch ein Backup-System durch eine telenotärztliche Unterstützung können helfen, dieser Herausforderung zu begegnen. Dazu sind allerdings Gesetzesänderungen in Länderhoheit notwendig.

Schlüsselwörter

Krankenhausreform, Notfallreform, Sekundärtransport, Telenotarzt, Notfallsanitäter

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2672

>> Die alternde Bevölkerung in Deutschland stellt dabei das Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen. Die Nachfrage nach geriatrischer und chronischer Versorgung steigt, während gleichzeitig der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen zu einem zunehmenden Problem wird. Die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes steigt in den letzten Jahren kontinuierlich.

Für den Bereich Rettungsdienst beziffert Destatis die Ausgaben auf 7,78 Milliarden Euro in 2022, was ein Anstieg um 32,5% im Vergleich zum Jahr 2019 mit 5,87 Milliarden Euro [2] ist. Der Trend zunehmender Ausgaben und Inanspruchnahme wird durch mehrere Faktoren beeinflusst, darunter demografische Veränderungen, eine zunehmende Sensibilisierung der Bevölkerung für gesundheitliche Notfälle sowie strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen.

Auch die Lebensbedingungen haben Folgen auf die Inanspruchnahme. In städtischen Gebieten wird der Rettungsdienst häufiger in Anspruch genommen, da dort die Bevölkerungsdichte höher und medizinische Versorgung leichter zugänglich ist. Ein niedriger sozioökonomischer Status sorgt ebenfalls für eine erhöhte Inanspruchnahme des Rettungsdienstes [3].

Engpässe in der ambulanten Versorgung und längere Wartezeiten bei Hausärzten führen ebenso dazu, dass Patienten häufiger den Rettungsdienst rufen, insbesondere bei akuten Beschwerden.

Daraus resultierend kann vorkommen, dass sich eine Klinik unter bestimmten Bedingungen von der Notfallversorgung abmeldet.

Auch wenn Kliniken von der Notfallversorgung abgemeldet sind, besteht eine Verpflichtung zur Behandlung von Notfallpatienten, die sich aus der Gesetzgebung auf Bundesebene ergibt. Der Notarzt / Rettungsdienst kann trotzdem im Rahmen sogenannter Akut- bzw. Zwangsbelegungen in Krankenhäuser einweisen, die abgemeldet sind. Nach einer statistischen Analyse für den Raum München stiegen die Zahlen solcher Akutbelegungen bis 2019 auf 6,9% der Gesamteinsatzzahl [4].

Sowohl besagte Akutbelegungen, die dann zu einer Überbelegung des bereits ausgelasteten Krankenhauses führen, als auch die Notwendigkeit einer spezialisierten Versorgung machen Verlegungen von Patienten in andere Krankenhäuser, sog. Sekundärtransporte, notwendig. 1,45 Intensivverlegungen pro Tag gab es im Saarland [5]. 1,1 Intensivtransporte pro Tag in Augsburg [6]. In Schleswig-Holstein waren in einer 2023 veröffentlichten Arbeit 1,4% der Einsätze arztbegleitete Interhospitaltransporte [7]. Bei 20,8% wurden die Einsätze durch einen Notarzt und bei 17,9% durch einen Klinikarzt begleitet. Weitere 21,2% wurden durch einen Rettungshubschrauber abgeleistet.

Fragestellung:

Wie ist die Rechtslage zu Sekundärtransporten zwischen Krankenhäusern in Deutschland und welche praktischen Konsequenzen ergeben sich daraus für die Beteiligten?

Methoden:

Im Grundsatz ähnelt sich die Ausgestaltung der Rettungsdienstgesetze der einzelnen Bundesländer [8-23]. In den Detailfragen gibt es Unterschiede, die insbesondere die Fragestellung der Arztbesetzung bei Sekundär- und Intensivtransporten betreffen sowie die Implementierung von Telenotarztsystemen.

Alle Landesrettungsdienstgesetze wurden systematisch nach den Stichwörtern „arztbegleitet“, „Sekundärtransport“, „Intensivtransport“, „Verlegung“ und „Telemedizin“ überprüft.

Die Landesregelungen der Rettungsdienstgesetze weisen anhand der Analyse im Vergleich, bezogen auf die ärztliche Begleitung, drei verschiedene Varianten auf (siehe Abb. 1):

1. Das verlegende Krankenhaus stellt die ärztliche Begleitung bei einem Sekundärtransport.
2. Der Rettungsdienst / Notarzt übernimmt die ärztliche Begleitung bei einem Sekundärtransport.
3. Der Rettungsdienst / Notarzt übernimmt die ärztliche Begleitung bei einem Sekundärtransport, wobei auch ein Telenotarzt im jeweiligen Rettungsdienstgesetz verankert ist.

Eine Option in der Variante 1., bei der auch ein Telenotarzt eingesetzt werden kann, ist bisher nicht etabliert.

Auffällig ist, dass die Variante 1 in allen ostdeutschen Bundesländern etabliert ist, wohingegen die Varianten 2 und 3 das Standardmodell in den westdeutschen Bundesländern darstellen.

Diskussion:

In Deutschland sind Krankenhäuser grundsätzlich verpflichtet, Patienten in Notfällen zu behandeln. Diese Verpflichtung ergibt sich aus GG, BGB und der Berufsordnung. Wenn ein Krankenhaus aber aus Kapazitätsgründen keine Möglichkeit hat, weitere Patienten aufzunehmen, dann stellt es gerade kleinere Kliniken vor die Herausforderung, in dieser Engpasssituation zusätzlich ärztliches Personal für eine Transportbegleitung zu stellen.

Dem gegenüber steht die Organisation der ärztlichen Begleitung durch den Rettungsdienst, der gleichzeitig die Primärrettung übernimmt. Eine Verlegung eines Patienten in eine entfernte Klinik hat zur Folge, dass die benötigten Ressourcen vor Ort über längere Zeit nicht für die Primärrettung zur Verfügung stehen.

Um dem Problem notarztbegleiteter Primäreinsätze vor dem Hintergrund eines ressourcenschonenden Einsatzes zu begegnen, haben einzelne Regionen, als Pilotprojekte aber inzwischen auch in einigen Bundesländern im Rettungsdienstgesetz verankert, Telenotarztsysteme eingeführt.

Auch die 2014 erfolgte Aufwertung des nichtärztlichen Personals der Rettungsmittel durch Notfallsanitäter eröffnet die Möglichkeit, eine ärztliche Transportbegleitung in Präsenz auf Einzelfälle zu reduzieren. Die Befugnisse und damit der Handlungsumfang der Notfallsanitäter unterliegt dabei der Weisung der regionalen ärztlichen Leiter des Rettungsdienstes. Herausforderungen zur Umsetzung der Lösungsansätze sind zum einen, die flächendeckende Implementierung von Telenotarztkonzepten auch für Sekundärtransporte. Neben technischen Erfordernissen wäre es für die Fragestellung eines Sekundärtransportes auch notwendig, dass die Zuständigkeit für die ärztliche Begleitung beim Rettungsdienst und nicht beim verlegenden Krankenhaus liegt.

Ein bundeseinheitlicher Indikationskatalog für Notfallsanitäter,

Literatur

1. Bundes, G.d. Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2022. 2023 [cited 2023; Available from: https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg_olap_tables.prc_set_orientation?p_uid=gast&p_aid=38803983&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=79&p_ansnr=95302304&p_version=2&D.000=1&D.001=3&D.923=3&D.100=2.
2. Bundesamt, S. Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen. 2024 25. April 2024 25.05.2024]; Available from: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/einrichtungen.html.
3. Arrich, J., et al., Einfluss des sozioökonomischen Status auf Art und Häufigkeit notärztlicher Einsätze. Notfall + Rettungsmedizin, 2024.
4. Rittberg, W., et al., Forced Centralized Allocation of Patients to Temporarily 'Closed' Emergency Departments. Dtsch Arztebl Int, 2020. 117(27-28): p. 465-71.
5. Fromme, R. and H.M. Steinherr, Intensivtransport mit einem im Rettungsdienst erprobten Tragensystem. Notfall & Rettungsmedizin, 2000. 3(7): p. 431-40.
6. Schlechtriemen, T., et al., Bodengebundener Intensivtransport. Notfall & Rettungsmedizin, 2000. 3(4): p. 225-41.
7. Feth, M., et al., [Interhospital critical care transport]. Notf Rett Med, 2023. 26(3): p. 227-37.
8. Baden-Württemberg, L. Gesetz über den Rettungsdienst (Rettungsdienstgesetz - RDG). 2018 25.05.2024]; Available from: https://www.landesrecht-bw.de/bsbw/document/jlr-RettDGBW2010rahmen.
9. Bayern, L. Bayerisches Rettungsdienstgesetz (BayRDG). 2022 26.05.2024]; Available from: https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayRDG.
10. Berlin, L. Gesetz über den Rettungsdienst für das Land Berlin (Rettungsdienstgesetz - RDG). 2024 26.05.2024]; Available from: https://gesetze.berlin.de/bsbe/document/jlr-RettDGBEV4P9.
11. Brandenburg, L. Gesetz über den Rettungsdienst im Land Brandenburg (Brandenburgisches Rettungsdienstgesetz - BbgRettG). 2024 26.05.2024]; Available from: https://bravors.brandenburg.de/gesetze/bbgrettg.
12. Hamburg, S. Hamburgisches Rettungsdienstgesetz (HmbRDG). 2023 26.05.2024]; Available from: https://www.landesrecht-hamburg.de/bsha/document/jlr-RettDGHA2019rahmen.
13. Hessen, L. Hessisches Rettungsdienstgesetz (HRDG). 2022 26.05.2024]; Available from: https://www.rv.hessenrecht.hessen.de/bshe/document/jlr-RettDGHE2010V3P5.
14. Mecklenburg-Vorpommern, L. Rettungsdienstgesetz Mecklenburg-Vorpommern (RDG M-V). 2018 27.05.2024]; Available from: https://www.lexsoft.de/cgi-bin/lexsoft/justizportal_nrw.cgi?xid=7319280,1.
15. Niedersachsen, L. Niedersächsisches Rettungsdienstgesetz (NRettDG). 2024 27.05.2024]; Available from: https://www.lexsoft.de/cgi-bin/lexsoft/justizportal_nrw.cgi?xid=173125,1.
16. Nordrhein-Westfalen, L. Gesetz über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmer (Rettungsgesetz NRW - RettG NRW). 2016 27.05.2024]; Available from: https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_text?anw_nr=2&gld_nr=2&ugl_nr=215&bes_id=4300&aufgehoben=N&menu=1&sg=0.
17. Rheinland-Pfalz, L. Landesgesetz über den Rettungsdienst sowie den Notfall- und Krankentransport (Rettungsdienstgesetz – RettDG). 2020 27.05.2024]; Available from: https://landesrecht.rlp.de/bsrp/document/jlr-RettDGRPrahmen.
18. Saarland, L. Saarländisches Rettungsdienstgesetz. 2020 27.05.2024]; Available from: https://recht.saarland.de/bssl/document/jlr-RettDGSL2020rahmen.
19. Sachsen, L. Sächsisches Gesetz über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz (SächsBRKG). 2024 27.05.2024]; Available from: https://www.revosax.sachsen.de/vorschrift/4911-SaechsBRKG.
20. Sachsen-Anhalt, L. Rettungsdienstgesetz des Landes Sachsen-Anhalt (RettDG LSA). 2021 27.05.2024]; Available from: https://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/bsst/document/jlr-RettDGST2013rahmen.
21. Schleswig-Holstein, L. Schleswig-Holsteinisches Rettungsdienstgesetz (SHRDG). 2024 27.05.2024]; Available from: https://www.gesetze-rechtsprechung.sh.juris.de/bssh/document/jlr-RettDGSH2017rahmen.
22. Thüringen, L. Thüringer Rettungsdienstgesetz (ThürRettG). 2023 27.05.2024]; Available from: https://landesrecht.thueringen.de/bsth/document/jlr-RettDGTH2008rahmen.
23. Bremen, S. Bremisches Hilfeleistungsgesetz (BremHilfeG). 2022 26.05.2024]; Available from: https://www.transparenz.bremen.de/metainformationen/bremisches-hilfeleistungsgesetz-bremhilfeg-vom-21-juni-2016-184267?asl=bremen203_tpgesetz.c.55340.de&template=20_gp_ifg_meta_detail_d.

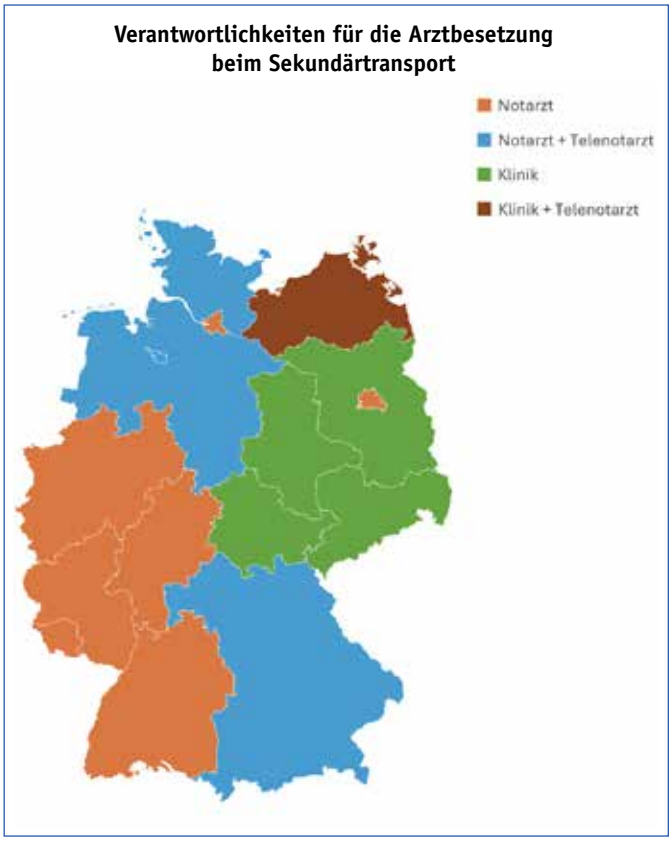


Abb. 1: *Übersicht der Verantwortlichkeiten für die Arztbesetzung beim Sekundärtransport und Übersicht über die Implementierung eines Telenotarztes in die jeweiligen Landesrettungsdienstgesetze . Quelle: eigene Darstellung. Unterstützt von Bing, GeoNames, Microsoft, TomTom.*

der eine Richtlinie für einen Sekundärtransport vorgibt, existiert bisher nicht. Die kleinteilige Regelung, dass die Weisung durch jeden ärztlichen Leiter Rettungsdienst anders ausgelegt werden kann, erschwert eine überregionale Planung.

Schlussfolgerung

Der Mangel an qualifiziertem Personal im Gesundheitswesen, insbesondere im ärztlichen Dienst und in den Notaufnahmen, stellt eine wachsende Herausforderung dar. Die Zahl an Akut- bzw. Notfallbelegungen in von der Notfallversorgung abgemeldeten Krankenhäusern ist in den letzten Jahren bereits auf einen Prozentsatz angestiegen, welcher einen Hinweis gibt, dass es sich hier um ein täglich wiederkehrendes Problem handelt. Die gleichzeitige höhere Inanspruchnahme bei knappen Ressourcen wie auch der medizinische Fortschritt und die Zentralisierung machen es notwendig, Patienten zu verlegen. Bei arztbegleiteten Transporten sind bundes- und landesrechtliche Regelungen zu beachten. Sowohl für eine Organisation der Arztbegleitung durch den Rettungsdienst wie auch die Arztbegleitung durch die verlegende Klinik sind die Argumente nachvollziehbar.

Vor dem Hintergrund der Krankenhausreform und einer weiteren Konzentration der Kliniklandschaft muss allerdings frühzeitig überlegt werden, ob entweder die Kliniken ein Backupsystem für eine Transportbegleitung ausbauen bzw. etablieren oder aber die steigende Zahl an Verlegungen in die Personalberechnung des Regelrettungsdienstes einpflegen bzw. Telenotarztsysteme etablieren.

Ein bundeseinheitlicher Rahmenplan für die Kompetenzen und Verantwortungen von Notfallsanitätern kann helfen, dem sich entwickelnden Bedarf flexibler zu begegnen. Dazu sind allerdings Änderungen in den Rettungsdienstgesetzen der Länder, einheitliche Indikationskataloge für Sekundärtransporte und der qualifikationsentsprechende Einsatz der Notfallsanitäter nötig. <<

Federalism in the ambulance service - Physician-accompanied secondary transport in federal state comparison

At the same time, the number of available target clinics is decreasing as the number of ambulance call-outs rises. Optimised use of inpatient treatment capacity makes it necessary to transfer patients between hospitals. Medical care during transport is organised federally and shows a divided Germany. A standardised authorisation regulation for the job description of emergency paramedics, as well as a backup system with tele-emergency medical support, can help to meet this challenge. However, this requires legislative changes under the jurisdiction of the federal states.

Keywords

Hospital reform, emergency reform, secondary transport, tele emergency, paramedic

Autorenerklärung

Fabian Holbe ist Hausarzt in eigener Praxis und hat die Auswertung der Daten sowie die Interpretation der Ergebnisse unentgeltlich vorgenommen. Die Analyse erfolgte ohne finanzielle Unterstützung.

Zitationshinweis

Holbe, F: „Föderalismus im Rettungsdienst – der arztbegleitete Sekundärtransport im Ländervergleich“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (06/24), S. 73–75. http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2672

Dr. med. Fabian Holbe MBA ORCID: 0000-0001-7994-6058

hat an der Universität Lübeck Medizin studiert und Management an der Hochschule Wismar. Er ist niedergelassener Arzt in einer hausärztlichen Gemeinschaftspraxis. Daneben ist er Dozent für Gesundheitsmanagement an der Hochschule Wismar und Mitglied im Vorstand der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern.
Kontakt: Holbe@Hausarztpraxis-Neuburg.de



Univ.-Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung
Ann-Kathrin Klähn MSc
Fenja Demandt MSc

Sind Männer unterversorgt?

Eine Mixed-Methods-Studie zur Versorgungssituation von Männern in Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Versorgungssituation – insbesondere jüngere – Männer vor dem Eintreten typischer Prostatabeschwerden ist wenig untersucht. Ziel der Studie war die Erhebung des Status quo von Männergesundheit in Deutschland. Außerdem sollten Hindernisse und Optimierungspotenziale in der Umsetzung präventiver und gesundheitsfördernder Angebote aufgezeigt werden, um konkrete Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Methoden: Bei der Studie handelt es sich um eine Triangulationsstudie mit einem Mixed-Methods-Ansatz. Sie umfasst einen Scoping Review, qualitative Experteninterviews (n = 10), eine quantitative Onlineumfrage mit Leistungserbringenden (n = 37) und eine repräsentative Panelumfrage unter Männern (n = 1.100).

Ergebnisse: Die Studienergebnisse deuten auf eine strukturelle Unterversorgung in der Versorgung von Männern hin. Seit Abschaffung der allgemeinen Wehrpflicht und der damit entfallenden Musterung verbleiben junge Männer nach dem Ende der U-Untersuchungen im Kindesalter lange Zeit ohne regelmäßigen Arztkontakt. Männerspezifische Themen werden nur selten von Ärzt:innen gezielt angesprochen und nur knapp zwei Drittel der Männer haben von männerspezifischen Krebsvorsorgeuntersuchungen gehört. Beratungsgespräche, beispielsweise zur erektilen Dysfunktion, finden allerdings kaum statt. Nur knapp 57% der untersuchten Männer haben eine medizinische Ansprechperson für männerspezifische Probleme. Die größten Hindernisse für die Inanspruchnahme von Angeboten sind neben organisatorischen Barrieren insbesondere eine unzureichende zielgruppenspezifische Ansprache und ein nicht offener Umgang mit männerspezifischen Erkrankungen.

Diskussion: Lösungsansätze für die Überwindung der Unterversorgung bestehen in der nachhaltigen Anpassung des Systems an die Bedarfe und die Lebensumstände von Männern, u. a. durch adäquate Gesundheitskommunikationsstrategien und einen niedrigschwelligen Zugang zu Vorsorge- und Versorgungsangeboten in allen Lebensphasen. Longitudinale Forschungsansätze können helfen, ein umfassenderes Bild der Gesundheitsversorgung für Männer in Deutschland zu gewinnen.

Schlüsselwörter

Männer, Gesundheitsversorgung, Männergesundheit, Gendermedizin, Mixed-Methods, Panel

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2674

Unter männerspezifischen Erkrankungen werden gesundheitliche Probleme gefasst, die entweder ausschließlich bei Männern vorkommen oder bei Männern häufiger und/oder schwerwiegender auftreten. Einige Beispiele sind erektile Dysfunktion (Erektionsstörung), benigne Prostatahyperplasie (nicht-krebsartige Vergrößerung der Prostata, die zu Problemen beim Wasserlassen führen kann), Prostatakrebs und Hodenkrebs. Die Versorgungssituation von Männern in Deutschland ist bislang wenig untersucht. Auf den ersten Blick zeigt sich eine geschlechtsspezifische Kluft. Die Lebenswerwartung von Männern liegt in Deutschland fünf Jahre unter der von Frauen und spiegelt sich in einer höheren Mortalität über alle Altersgruppen hinweg wider [1]. Auch bei der Inanspruchnahme der Krebsvorsorge zeigt sich ein geschlechtsspezifischer Unterschied: So verzeichneten die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2020 6,7 Mio. Vorsorgeuntersuchungen bei Männern, aber mehr als fünfmal so viele (35,1 Mio.) bei Frauen [1]. Während der für frauenspezifische Krebsarten relevante Fachbereich der Gynäkologie als feste Säule im medizinischen System etabliert ist, findet die Gesundheitsversorgung von Männern nicht die gleiche Beachtung. Die Urologie konzentriert sich hauptsächlich auf Erkrankungen des Urogenitalsystems und wird typischerweise erst bei Männern über 50 Jahre in Anspruch genommen [2]. International kann zudem beobachtet werden, dass Männer im Vergleich zu Frauen oft weniger effektiv mit dem Gesundheitssystem interagieren [3] und präventive Gesundheitsdienste oft nicht adäquat auf die spezifischen Bedürfnisse von Männern ausgerichtet sind [4, 5]. Es zeigt sich die Notwendigkeit einer Neuausrichtung der Versorgungsansätze. Ziel der Studie ist es, den Status quo der Versorgung im Bereich der Männergesundheit in Deutschland zu erheben und dabei Hindernisse und Optimierungspotenziale bei der Umsetzung präventiver und gesundheitsfördernder Angebote aufzuzeigen, um konkrete Handlungsempfehlungen abzuleiten.

>> Der Studie liegt ein Mixed-Methods-Ansatz mit vier Erhebungsmodalitäten zugrunde. Zunächst wurde ein Scoping Review durchgeführt, um den aktuellen Forschungsstand abzubilden. Es wurden deutsch- und englischsprachige Publikationen der letzten zehn Jahre (2014 bis 2024) in den Themenbereichen Prävention und Gesundheitsförderung oder Versorgungslücken/-defizite der Zielgruppe Männer in Deutschland eingeschlossen. Die sensitive Recherche erfolgte in der Datenbank Medline/PubMed sowie über Google Scholar.

Außerdem wurden qualitative Interviews (Experteninterviews) mit *Key Opinion Leaders* geführt, um tiefere Einblicke in die geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung zu erlangen. Die Experteninterviews wurden leitfadengestützt digital bzw. telefonisch geführt, tonaufgezeichnet, verbatim transkribiert und inhaltsanalytisch auf Basis der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet [6].

Mittels einer Onlinebefragung wurde die Perspektive der Versorgenden aus den Bereichen Urologie und Allgemeinmedizin bezüglich der aktuellen Gesundheitsversorgung von Männern in Deutschland abgebildet. Der selbstkonzipierte Fragebogen wurde auf der Umfrageplattform LimeSurvey implementiert. Die erhobenen quantitativen Daten wurden deskriptiv ausgewertet.

Eine Panelumfrage diente dazu, die Perspektive der Männer in Deutschland zu erheben. Hierzu wurden die während der Experteninterviews gesammelten Erkenntnisse in einen Fragebogen übersetzt, der auf der Umfrageplattform LimeSurvey implementiert wurde. Über das Online-Accesspanel des Marktforschungsinstitutes Bilendi wurden 1.100 Männer in Deutschland rekrutiert. Die Stich-

probe kann als repräsentativ bezeichnet werden. Die deskriptive Datenauswertung erfolgte mit dem statistischen Analyseprogramm R®, Version 4.3.3.

Im Anschluss an die jeweilige Datenanalyse der vier Erhebungen fand die Triangulation aller Datenauswertungen statt.

Ergebnisse

Im Rahmen des Scoping Reviews konnten im Juni 2024 insgesamt elf Artikel eingeschlossen werden (s. Abb. 1). Die Publikationen konzentrierten sich auf zwei Themenbereiche: (1) zugeschriebene Geschlechterrollen (n = 5) und (2) systematische Barrieren und Hindernisse (n = 6).

An der Onlineumfrage nahmen zwischen April und Mai 2024 insgesamt 37 Ärzt:innen aus dem Bereich der Allgemeinmedizin (83,78%, n = 31) und der Urologie (16,22%, n = 6) teil.

Zwischen April und Juli 2024 wurden insgesamt zehn Experteninterviews mit Expert:innen aus den Bereichen Gender- und Männergesundheit sowie Prävention geführt. Die Dauer der Interviews betrug im Durchschnitt 18:53 Minuten.

Im Rahmen der Panelumfrage wurden im Juli 2024 insgesamt 1.100 Männer in Deutschland im Alter zwischen 18 und 84 Jahren befragt.

Gesundheitsversorgung für Männer

In der Versorgung liegt nach Einschätzung von Expert:innen tendenziell eine Unterversorgung vor und gleichzeitig eine stark am männlichen Leitbild orientierte „Therapie, die dann über Frauen gestülpt werde". Diese Experteneinschätzung deckt sich mit den Erkenntnissen des Scoping Reviews: Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Prävalenz, Inzidenz, Komorbidität und Krankheitsschwere sind gut dokumentiert, werden jedoch oft nicht in die Präventionsstrategien und Behandlungsansätze einbezogen [7].

Geschlechterrollen

Das Thema sozialer und kultureller Rollenbilder stand sowohl bei den Experteninterviews als auch in der Literatur im Mittelpunkt. Das Gesundheitsverhalten von Männern habe sich in den letzten Jahren zwar erheblich verändert, historische und kulturelle Einflüsse wirken sich allerdings weiterhin auf das geschlechtsspezifische Gesundheitsverhalten aus, wobei traditionelle Männlichkeitsbilder den Zugang zu Gesundheitsinformationen und -diensten erschweren [8].

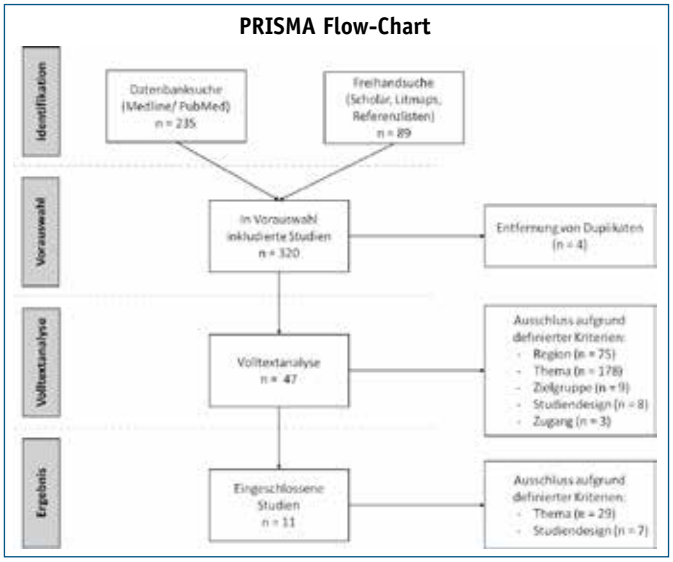


Abb. 1: *PRISMA Flow-Chart. Quelle: eigene Darstellung.*

Das fehlende Bewusstsein für die eigene Gesundheit, die mangelnde Problemerkenntnis, die Diskrepanz zwischen Selbstwahrnehmung und Realität und die Angst vor schlechten Nachrichten spielen nach Einschätzung der Expert:innen eine maßgebliche Rolle dafür, dass Männer Gesundheitsprobleme häufig ignorieren und notwendige Untersuchungen und Behandlungen nicht in Anspruch nehmen. In der repräsentativen Panelumfrage stimmten 56% der Männer der Aussage zu, dass sie sich mehr mit männerspezifischen Themen auseinandersetzen sollten (voll zustimmen: 13,91% bzw. eher zustimmen: 41,64%) (vgl. Abb. 2). Gleichzeitig gaben 70% der Männer an, voll (23,73%) bzw. eher (46,64%) motiviert zu sein, sich mit ihrer Gesundheit im Allgemeinen auseinanderzusetzen und bei Problemen aktiv Hilfe zu suchen.

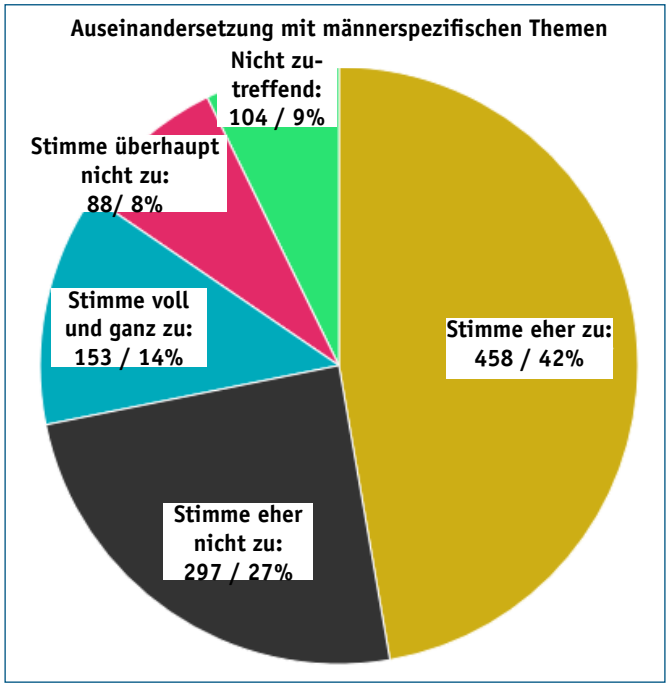


Abb. 2: *Ergebnis der Panel-Umfrage bzgl. der Auseinandersetzung mit männerspezifischen Themen. Quelle: eigene Darstellung.*

Männerspezifische Gesundheitsangebote

Das Hauptproblem bei der Gesundheitsversorgung für Männer liegt den interviewten Expert:innen zufolge nicht am Angebot selbst, sondern in der Bereitschaft der Männer, diese Angebote wahrzunehmen. 41,09% der befragten Männer der Panelumfrage fanden, dass bestehende Angebote für männerspezifische Erkrankungen ausreichend seien. Von den Ärzt:innen, die an der Onlinebefragung teilnahmen, sahen 41% Schwächen im Erkennen und Adressieren der Bedürfnisse männlicher Patienten und knapp 30% konstatierten erheblichen Verbesserungsbedarf. Besonders gelobt wurden hingegen die Krebsvorsorge, urologische Versorgungsmög-

lichkeiten und kassenfinanzierte Leistungen. Die Ergebnisse der Panelumfrage zeigten, dass 65,18% der Männer von Krebsvorsorgeuntersuchungen für männerspezifische Erkrankungen, wie Untersuchungen der Prostata (z. B. PSA-Test) und der Hoden, gehört haben und 40,00% sie bereits beansprucht hatten (vgl. Tab. 1).

Knapp 60% (n = 22) der an der Onlineumfrage teilnehmenden Ärzt:innen gaben an, bei fast jedem Termin präventive Maßnahmen zur Früherkennung männerspezifischer Erkrankungen in Patientengesprächen zu thematisieren. Viele Leistungserbringende fühlten sich nicht oder nur teilweise ausreichend geschult, männerspezifische Erkrankungen zu erkennen und zu behandeln („teilweise": 54,05% (n = 20), „ausreichend": 35,14% (n = 13), „nicht ausreichend": 10,81 % (n = 4)).

Nur 14,18% der Männer der Panelumfrage stimmten voll und ganz zu (und 32,64% stimmten eher zu), dass männerspezifische Themen gezielt von Ärzt:innen angesprochen werden.

Männergesundheit und Sexualität

Nach Auffassung der interviewten Expert:innen sind Männer insbesondere im Bereich der Sexualmedizin unterversorgt. So finde beispielsweise die erektile Dysfunktion in Beratungsgesprächen in der Arztpraxis häufig keine Beachtung. Männer würden Medikamente zur Behandlung der erektilen Dysfunktion deshalb häufig über das Internet erwerben. Da in diesen Fällen keine Beratung stattfinde und keine Klarheit über die Qualität der Produkte bestehe, sei dies mit Risiken verbunden. Ein niedrigschwelliger Zugang zu PDE-5-Hemmern im Zuge einer Freiverkäuflichkeit in der Apotheke in Verbindung mit Beratung durch das pharmazeutische Personal könne zu einer Enttabuisierung des Themas erektile Dysfunktion beitragen. Dies zeigten die Erfahrungen aus Großbritannien, wo ein OTC-Switch von Sildenafil vollzogen wurde. Schamgefühle sind nach Einschätzung der befragten Expert:innen ein Grund, der Männer davon abhalte, sich mit Erektionsproblemen in einer Praxis vorzustellen (vgl. auch [9-11]). Die Ergebnisse der Panelumfrage zeigten: Fast jeder vierte Mann stimmt der Aussage voll bzw. eher zu, sich zu schämen oder es unangenehm zu finden, über männerspezifische Probleme zu reden (9,91% bzw. 28,82%) (vgl. Abb. 3). Gleichzeitig gaben über 70% der Männer an, offen mit Ärzt:innen über männerspezifische Erkrankungen im Allgemeinen sprechen zu können. In der Panelumfrage zeigte sich, dass ein Großteil der Männer Kenntnis von Angeboten zu sensiblen Themen hat, jedoch nimmt nur ein sehr geringer Anteil diese Angebote auch in Anspruch (vgl. Tab. 1).

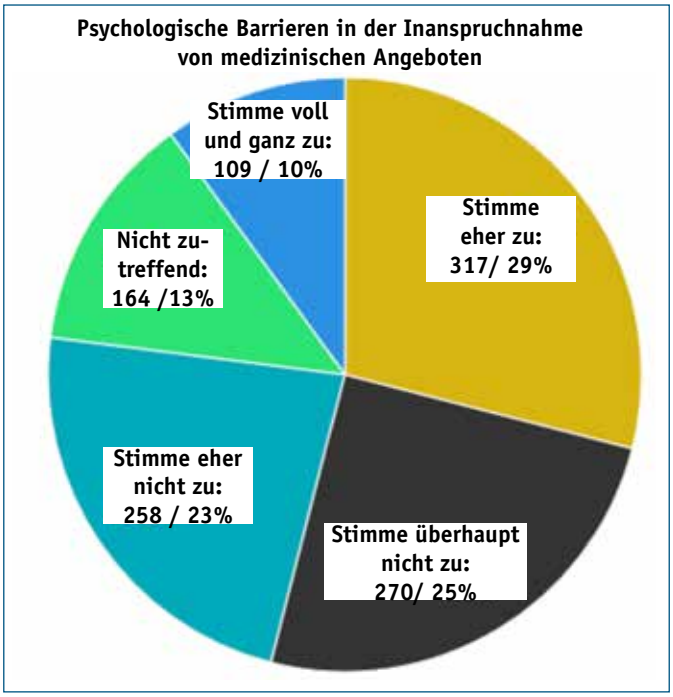


Abb. 3: *Ergebnis der Panel-Umfrage bzgl. psychologischer Barrieren in der Inanspruchnahme von medizinischen Angeboten. Quelle: eigene Darstellung.*

Kenntnis und Inanspruchnahme männerspezifischer Angebote		
Angebot	**Davon gehört (N = 1.100)**	**In Anspruch genommen (N = 1.100)**
Krebsvorsorgeuntersuchungen (z. B. PSA-Test)	717 (65,18%)	440 (40,00%)
Beratungen und Behandlungen bei Erektionsstörungen	807 (73,36%)	163 (14,82%)
Beratungen und Therapien bei Libidoverlust oder anderen sexuellen Funktionsstörungen	751 (68,27%)	121 (11,00%)
Diagnostik und Behandlungen bei Hormonstörungen	759 (69,00%)	111 (10,09%)
Selbsthilfegruppen für männerspezifische Erkrankungen	737 (67,00%)	85 (7,73%)

Tab. 1: *Kenntnis und Inanspruchnahme männerspezifischer Angebote. Quelle: eigene Darstellung.*

Strukturen der ambulanten Versorgung

Eine weitere Barriere für eine adäquate Gesundheitsversorgung von Männern stellt nach Angaben der Expert:innen die Ausgestaltung der ambulanten Versorgung dar. Zu den Hürden gehören: Schwierigkeiten, einen Arzttermin zu bekommen, lange Wartezeiten auf einen Termin sowie in den Wartezimmern, Öffnungszeiten der Arztpraxen, die nicht mit dem Arbeitsleben vereinbar seien, und die begrenzte Zeit für das Gespräch mit der Ärztin bzw. dem Arzt selbst. Die Ergebnisse der Panelumfrage ergaben zudem, dass nur etwas mehr als die Hälfte (56,72%) der Männer findet, dass während eines Arzttermins ausreichend Zeit für männerspezifische Probleme sei (18,27% bzw. 38,45% stimmten voll bzw. eher zu). Mit diesen Herausforderungen der ambulanten Versorgung sind nicht nur Männer konfrontiert, dennoch wirken sich diese organisatorischen Hürden bei vielen ohnehin schwer zu motivierenden Männern zusätzlich nachteilig aus.

Ein weiteres Problem sei den interviewten Expert:innen zufolge, dass Präventionsprogramme für Männer erst sehr spät ansetzen, wenn oft bereits zusätzliche manifeste Gesundheitsprobleme wie Diabetes oder Übergewicht bestehen. Nach dem Ende der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 beim Kinderarzt ergebe sich für Männer eine lange Zeit ohne regelmäßigen Arztkontakt. Zu Zeiten der allgemeinen Wehrpflicht zwischen den 1960er-Jahren bis ins Jahr 2011 konnte zumindest die Musterungsuntersuchung als institutionalisierter *Check-up* im jungen Erwachsenenalter angesehen werden.

Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation von Männern

Mögliche Maßnahmen, um die Versorgungssituation von Männern zu verbessern, sehen die interviewten Expert:innen in einer besseren Aufklärung und Sensibilisierung für gesundheitliche Risiken sowie in der Förderung einer realistischeren Selbstwahrnehmung. So sollte das Thema Prävention beispielsweise in Schulen und Universitäten stärker vermittelt werden. Dieser Ansatz wurde von den befragten Leistungserbringenden bestätigt und deckt sich mit den Handlungsempfehlungen in der betrachteten Literatur [12].

Ein offenerer Umgang mit sensiblen Themen durch gezielte Platzierung in *Talkshows* oder sozialen Medien könnte aus Sicht der Expert:innen dazu beitragen, Themen zu enttabuisieren. Über die Hälfte der in der Panelumfrage befragten Männer stimmten voll bzw. eher zu (11,09% bzw. 40,27%), dass es ihnen hilft zu sehen, wie andere mit männerspezifischen Erkrankungen umgehen. Ein offenerer Umgang vonseiten der Ärzt:innen würde nach Einschätzung der Expert:innen ebenfalls zur Enttabuisierung beitragen. Das Thema Erektionsstörung ist einem interviewten Experten zufolge ein wirksamer Ausgangspunkt für eine Reihe von Präventionsthemen bei Männern. Sexualität spiele in der Männergesundheit eine wichtige Rolle und Probleme in diesem Bereich könnten Männer motivieren, gesundheitlich aktiv zu werden.

In der Onlineumfrage nannten die teilnehmenden Leistungserbringenden verschiedene Lösungsansätze, um die Versorgungssituation von Männern zu verbessern. Dazu gehörten u. a. eine zielgruppenspezifische, offene und direkte Ansprache der Männer (28,57%, n = 10), eine Optimierung der bestehenden Informationslage und der Informationsmöglichkeiten mit gezielten, einfachen und automatischen Informationen zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung von Männern (20,00%, n = 7) sowie effiziente und flächendeckende Vorsorgetermine (17,14%, n = 6).

Die befragten Expert:innen sahen breite, langfristig angelegte Aufklärungskampagnen mit prominenten Vorbildern als gute Strategie, um die Zielgruppe zu erreichen. Die befragten Männer gaben in der Panelumfrage an, sich über männerspezifische Themen am häufigsten bei der Hausärztin/dem Hausarzt (59,00%), bei der Urologin/dem Urologen (43,00%), im Internet (41,91%), bei Freundinnen, Freunden und Familie (15,18%), in Apotheken (11,45%), in Broschüren und Zeitschriften (10,36%) sowie in den sozialen Medien (4,91%) zu informieren. Nur 63% der befragten Männer finden, dass Informationsmaterial zu männerspezifischen Erkrankungen einfach zu bekommen, ausreichend vorhanden und ansprechend gestaltet ist (15,64% stimmten voll und ganz sowie 47,45% eher zu).

Vor allem sogenannte *Challenges*, also Angebote mit Wettbewerbscharakter, stellen laut den befragten Expert:innen Ansätze dar, um Männer besser zu erreichen. Auch in der Literatur wird geraten, Wettbewerbs- bzw. Konkurrenzverhalten von Männern bei Präventionsansätzen zu berücksichtigen [13]. Zudem seien Faktoren wie Gruppenkomponenten mit gleichgesinnten Männern, der Einsatz von Humor bei der Vermittlung von Gesundheitsinformationen und das Einbeziehen von Ernährungs- und Bewegungskomponenten hilfreich, um Männer zur Teilnahme an Präventionsprogrammen zu motivieren [14]. Eine gezielte Ansprache in *Settings* wie dem Arbeitsplatz und der Einsatz von direkter Kommunikation über Führungskräfte oder Kolleginnen und Kollegen würden nach Auffassung der interviewten Expert:innen die Motivation der Männer er-

Literatur

1. Berger U. Männer sterben früher, Frauen leiden mehr. Die Psychotherapie 2022; 67: 288-295. doi:10.1007/s00278-022-00606-w
2. Zaun S. Männergesundheit in der urologischen Praxis. In. Der niedergelassene Arzt; 2019
3. Macdonald JAM, K.A; Wynter, K.; Francis, L. M.; Rogers, A.; Angeles, M.R.; Pennell, M.; Biden, E.; Harrison, T.; Smith, I. Men's and Boys' Barriers to Health System Access. A Literature Review. In: Care AGDoHaA ed. Canberra; 2022
4. Spielberg P. Gesundheit von Jungen und Männern: Die Leiden des starken Geschlechts. Deutsches Aerzteblatt 2011; 108. doi: A 1366–8
5. Männergesundheit S. Junge Männer und ihre Gesundheit. In: Der Männergesundheitsbericht. Fünfte ed; 2022. doi:ISBN 978-3-8379-3181-5
6. Mayring P, Fenzl T. Qualitative Inhaltsanalyse: Springer; 2019
7. Machluf Y, Chaiter Y, Tal O. Gender medicine: Lessons from COVID-19 and other medical conditions for designing health policy. World Journal of Clinical Cases 2020; 8: 3645
8. Dinges M. A time of change for men's health: a process of increasing medicalisation? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2016; 59: 925-931. doi:10.1007/s00103-016-2376-x
9. Arnold M, Rottenkolber D. Public-Health-Impact eines möglichen OTC-Switches von Sildenafil 50 mg. In: inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH; 2023
10. Lee LJ, Maguire TA, Maculaitis MC et al. Increasing access to erectile dysfunction treatment via pharmacies to improve healthcare provider visits and quality of life: Results from a prospective real-world observational study in the United Kingdom. Int J Clin Pract 2021; 75: e13849. doi:10.1111/ijcp.13849
11. Miller K, May U, Beecken WD et al. Evidence for benefits and risks of tadalafil as a non-prescription medicine: review and evaluation using the Group Delphi technique to achieve consensus amongst clinical experts. Front Pharmacol 2023; 14: 1254706. doi:10.3389/fphar.2023.1254706
12. Ministerium für Arbeit und Sozialordnung f. Frauen und Senioren Baden-Württemberg. Jungen- und Männergesundheit in Baden-Württemberg 2015. 2015.
13. Szagun B, Cohrs S. Mann und Rang – die Rolle von Konkurrenz für die Männergesundheit. Das Gesundheitswesen 2014; 76: 127-134
14. Gavarkovs AG, Burke SM, Petrella RJ. Engaging Men in Chronic Disease Prevention and Management Programs. American Journal of Men's Health 2016; 10: NP145-NP154. doi:10.1177/1557988315587549
15. Robert-Koch-Institut. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. In. gbe-bund; 2014. doi:ISBN 978-3-89606-224-6
16. Wattenberg I, Lätzsch R, Hornberg C. Gesundheit, Krankheit und Geschlecht: ein gesundheitswissenschaftlicher Zugang zu Einflussfaktoren und Versorgungssystem. Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung 2019. 1193-1202

höhen, Angebote in Anspruch zu nehmen. Auch Informationsstände vor Fußballstadien, auf bestimmten Messen, wie beispielsweise Jagd- und Automessen, oder bei Sportvereinen würden sich gut für zielgruppenspezifische gesundheitliche Aufklärungsarbeit eignen.

Spezifische Männergesundheitssprechstunden oder sogenannte „Männerärzte" wären zudem sinnvoll. Die Ergebnisse des *Panels* unterstreichen diese Forderung, denn nur knapp 57% der befragten Männer stimmten der Aussage zu, für ihre männerspezifischen Probleme eine Ansprechperson zu haben.

Diskussion

Die Ergebnisse dieser Triangulationsstudie zeigen, dass bei der Auseinandersetzung mit dem Thema Männergesundheit die sozial und kulturell zugeschriebenen Geschlechterrollen eine zentrale Rolle spielen. Bei der Ausgestaltung effektiver Präventionsprogramme sollten die wissenschaftlich belegten unterschiedlichen Gesundheitsbedürfnisse von Männern beachtet werden, die Gefahr einer Verfestigung von Geschlechterstereotypen sollte dabei aber nicht aus dem Blick geraten. Strukturbedingte Faktoren in der ambulanten Versorgung wie lange Wartezeiten, Kommunikationshürden, geringe/unpassende Verfügbarkeit von Leistungserbringenden und Diensten sowie Schwierigkeiten in der Identifizierung der richtigen Ansprechpersonen für männerspezifische Probleme stellen Hürden für die Inanspruchnahme und den Zugang zu Gesundheitsinformationen und -diensten dar [15]. Die Beschreibungen der unterschiedlichen Barrieren auf individueller, systemischer, struktureller und kultureller Ebene aus den Befragungen decken sich mit den Ergebnissen der Literaturrecherche [3, 5, 16]. Weiter deuten die Ergebnisse der Triangulationsstudie darauf hin, dass Männer bereit sind, sich mit der eigenen Gesundheit auseinanderzusetzen. Bestehende Angebote für männerspezifische Erkrankungen sind jedoch zu optimieren und selbst Leistungserbringende schätzen den Status quo der Gesundheitsversorgung für Männer nur als mittelmäßig ein.

Erfolgversprechende Ansätze zur Verbesserung der Inanspruchnahme präventiver und gesundheitsfördernder Angebote für Männer umfassen neben strukturellen Veränderungen in der ambulanten Versorgung, die niedrigschwellige Angebote ermöglichen, auch die Sensibilisierung und Schulung von Leistungserbringern zu männerspezifischen Themen. Die Sensibilisierung für Gesundheitsthemen im Allgemeinen und u. a. auch für Männergesundheit im Speziellen sollte in einem frühen Lebensalter beginnen. Zusätzlich ist eine gezielte männerspezifische Ansprache nötig, die die Lebenswelten von Männern berücksichtigt.

Um ein vollständigeres Verständnis der Gesundheitsversorgung für Männer in Deutschland zu erlangen, sollten weitere Studien durchgeführt werden, insbesondere mit longitudinaler Ausrichtung. <<

Are men underserved? A mixed-methods study on the healthcare situation of men in Germany

Background: The health care situation of men, especially men in younger phases of life, before typical prostate problems occur, has been little studied. The aim of the study was to determine the status quo of care in the field of men's health in Germany, and to identify obstacles and potential for optimization in the implementation of preventive and health-promoting services in order to derive concrete recommendations for action.

Methods: The study is a triangulation study with a mixed methods approach. It comprises a scoping review, qualitative expert interviews (n = 10), a quantitative online survey with service providers (n = 37) and a representative panel survey among men (n = 1,100).

Results: The results of this study indicate that there is a structural underuse of care amongst men. After the end of the compulsory Childhood Early Screening Tests at the pediatrician, young men typically go a long time without regular contact with a doctor, which used to be shorter due to the physical examination as part of compulsory military service. Male-specific topics are rarely addressed by doctors and under two thirds of men have heard of male-specific cancer screening examinations. However, there are hardly any consultation sessions, for example on erectile dysfunction. Under 57% of men have a dedicated medical practitioner to whom they can turn for men-specific problems. In addition to organizational barriers, the biggest obstacles to the use of services are, in particular, an inadequate target group-specific approach and a lack of openness in dealing with male-specific illnesses.

Conclusions: Possible solutions for overcoming the lack of care include adapting the system to the needs and circumstances of men in the long term, for example through adequate health communication strategies and low-threshold access to prevention and care services at all stages of life. Longitudinal research approaches could help to gain a more comprehensive picture of healthcare for men in Germany.

Keywords

men, health care, men's health, gender medicine, mixed methods, panel

Autorenerklärung

Volker Amelung, Ann-Kathrin Klähn und Fenja Demandt sind Mitarbeiter des Unternehmens Institut für angewandte Versorgungsforschung (inav) in Berlin. Volker Amelung, Ann-Kathrin Klähn und Fenja Demandt haben die Datenerhebung, die Auswertung der Daten sowie die Interpretation der Ergebnisse eigenständig durchgeführt. Der Beitrag wurde von der Mylan Germany GmbH (A Viatris Company) finanziert und in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse und Bewertungen sind diejenigen der Autoren. Es wurde keine Einflussnahme durch die Viatris Unternehmensgruppe ausgeübt.

Zitationshinweis

Amelung, V., Klähn, A.-K., Demandt, F.: „Sind Männer unterversorgt? Eine Mixed-Methods-Studie zur Versorgungssituation von Männern in Deutschland", in: „Monitor Versorgungsforschung" (06/24), S. 76–81. http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2674

Univ.-Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung ORCID: 0000-0001-5721-2459



ist Gesellschafter und Geschäftsführer der inav GmbH. Zudem hält er eine Professur für Internationale Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover. Er studierte Betriebswirtschaftslehre an der Hochschule St. Gallen sowie an der Universität Paris-Dauphine und promovierte an der Universität St. Gallen. Von 2007 bis 2022 war er Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care e. V. (BMC). Seine Schwerpunkte sind Managed Care und Integrierte Versorgung.
Kontakt: Amelung@inav-berlin.de

Ann-Kathrin Klähn MSc ORCID: 0000-0002-1381-1123



ist Projektleiterin der inav GmbH. Sie absolvierte den Bachelor-Studiengang Rehabilitationspädagogik an der Humboldt-Universität zu Berlin und verfügt über einen Master of Science in Public Health von der London School of Hygiene & Tropical Medicine. Vor ihrer Tätigkeit beim inav sammelte sie internationale Erfahrungen mit den Arbeitsschwerpunkten Gesundheitsförderung und Rehabilitationspädagogik. Der Schwerpunkt ihrer aktuellen Tätigkeit liegt im Bereich Studienkonzeption und Versorgungsforschung. Kontakt: Klaehn@inav-berlin.de

Fenja Demandt MSc ORCID: 0009-0007-9859-9654



ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der inav GmbH. Sie absolvierte den Bachelor-Studiengang Public Health / Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen und verfügt über einen Master of Science in Public Health von der Berlin School of Public Health der Charité Universitätsmedizin Berlin. Der Schwerpunkt ihrer Tätigkeit liegt im Bereich der Entwicklung und Evaluation innovativer Versorgungskonzepte und des Netzwerkmanagements. Kontakt: Demandt@inav-berlin.de

Prof. Dr. rer. med. Karel Kostev
Dipl.-Biol. Sabine Kluge MS
Dr. med. Dr. phil. Jens Bohlken

Krankenhaussterblichkeit bei Patienten mit und ohne Demenz

Nach Altersgruppen, Fachabteilungen und primären Aufnahmediagnosen

Zusammenfassung

Hintergrund: Vorangegangene Studien berichteten über eine erhöhte Krankenhaussterblichkeit bei Patienten mit Demenz (PmD), wobei die Erkenntnisse für verschiedene Altersgruppen, klinische Fachabteilungen und Aufnahmediagnosen begrenzt waren. Ziel dieser Studie ist es, die Krankenhaussterblichkeit von PmD für verschiedene Altersgruppen, klinische Fachabteilungen und Aufnahmediagnosen mit der Krankenhaussterblichkeit von Kontrollpersonen ohne Demenz zu vergleichen.

Methoden: In dieser Fall-Kontroll-Studie wurden Patienten im Alter von ≥ 60 Jahren eingeschlossen, die zwischen Januar 2019 und Juli 2023 in einem von 36 deutschen Krankenhäusern stationär aufgenommen wurden. PmD wurden Kontrollen ohne Demenz 1:1 zugeordnet. Die Assoziationen zwischen Demenz und Krankenhaussterblichkeit wurden mittels univariater logistischer Regressionsanalysen nach Gruppen untersucht.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 29.203 Patienten mit und 29.203 Patienten ohne Demenz in die Studie eingeschlossen (Durchschnittsalter: 84 Jahre; 60% weiblich). PmD wiesen eine signifikant höhere Krankenhaussterblichkeit auf als Kontrollpersonen ohne Demenz. Die Übersterblichkeit war in der jüngsten Altersgruppe (60–70 Jahre) am höchsten, nahm mit zunehmendem Alter ab und war in der ältesten Altersgruppe (≥90 Jahre) nicht mehr signifikant. Signifikante Unterschiede ergaben sich auch für Erkrankungen des Verdauungssystems, Herz-Kreislauf- sowie zerebrovaskuläre und endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten und Pneumonie sowie in innermedizinischen und gastroenterologischen Abteilungen.

Schlussfolgerung: Diese zunehmende Prävalenz von altersassoziierten neurodegenerativen Erkrankungen wird sich auch auf die Krankenhäuser auswirken. Diese werden von steigenden Demenzpatienten-Einweisungen und deren Bedarf an komplexen Behandlungs- und Pflegemaßnahmen mit einem erhöhten Aufwand konfroniert werden.

Schlüsselwörter

Demenz, Alzheimer-Krankheit, Sterblichkeit, Krankenhaus, ältere Menschen

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2673

In Zeiten des demografischen Wandels wird die Anzahl der von der Alzheimer-Krankheit und anderen verwandten Demenzerkrankungen betroffenen Patienten drastisch ansteigen [1]. Diese zunehmende Prävalenz wird sich auch auf die Krankenhäuser auswirken. Diese werden von steigenden Demenzpatienten-Einweisungen und deren Bedarf an komplexen Behandlungs- und Pflegemaßnahmen mit einem erhöhten Aufwand konfroniert werden [2]. Eine kürzlich durchgeführte Studie von Sampson et al. [3] untersuchte die Prävalenz von Demenzerkrankungen bei älteren Menschen über 70 Jahren, die als Notfälle ins Krankenhaus eingeliefert wurden. Die Studie ergab, dass mehr als 42% der eingelieferten Patienten an Demenz litten. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit einer Querschnittsstudie mit Patienten ab 65 Jahren in zufällig ausgewählten Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland [4]. Sie bestätigte, dass 40% der Patienten über 65 Jahre an einer leichten kognitiven Beeinträchtigung oder Demenz litten. Diese Patienten wurden häufiger wegen Dehydrierung, Elektrolytstörungen, Harnwegsinfektionen, Prellungen und Frakturen sowie wegen Symptomen und Befunden unbekannter Art behandelt [5]. Patienten mit schweren Beeinträchtigungen, wie z. B. Demenz, bedürfen einer besonderen Betreuung. Ein wesentlicher Aspekt, der Aufmerksamkeit erfordert, ist die Krankenhaussterblichkeit dieser Bevölkerungsgruppe. Eine beobachtende Kohortenstudie aus dem Jahr 2010 verknüpfte Daten aus drei nationalen Registern in den Niederlanden, die 40.500 Patienten im Alter von 60 bis 100 Jahren umfasste. Sie zeigte, dass neben dem dem männlichen Geschlecht (adjustiertes Hazard Ratio (HR) 1,52, 95% Konfidenzintervall (95% KI) 1,43–1,63) und höherem Alter (adjustiertes HR 1,03, 95 % KI 1,03–1,04), auch das Vorliegen einer Alzheimer-Krankheit (adjustiertes HR 1,21, 95% KI 1,13–1,29) das Risiko der Krankenhaussterblichkeit erhöhte [6]. Spätere Studien bestätigten diese erhöhte Wahrscheinlichkeit der Krankenhaussterblichkeit bei Patienten mit Alzheimer-Krankheit oder anderen verwandten Demenzerkrankungen mit vergleichbaren Ergebnissen (Odds und Hazard Ratios zwischen 1,1 und 1,2) [7, 8]. Demenz ist somit ein Prädiktor für die Krankenhaussterblichkeit bei hospitalisierten Personen.

>> Um die Komplexität der Krankenhaussterblichkeit bei Patienten mit Demenz zu verstehen, ist eine umfassende Untersuchung der verschiedenen Faktoren, die dazu beitragen, erforderlich. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass die Krankenhaussterblichkeit erhöht war, wenn Demenz in Kombination mit anderen Erkrankungen auftrat, z. B. mit respiratorischer Insuffizienz, akutem Nierenversagen, hämorrhagischem Schlaganfall, Blutstrominfektionen [8] und überlagerndem Delir bei Demenz (OR 2,60; 95% KI 1,39–4,85) [9]. Houttekier et al. [10] stellten außerdem fest, dass fast die Hälfte aller Demenzkranken an einer Pneumonie starben und ein Viertel der Bewohner von Lanzeitpflegeeinrichtungen im Krankenhaus sterben. Die meisten Studien konzentrieren sich auf die Krankenhaussterblichkeit insgesamt, die Sterblichkeit nach Akutaufnahme oder bewerten die Krankenhaussterblichkeit in Zusammenhang mit bestimmten Begleiterkrankungen oder Komplikationen. Es fehlen jedoch Erkenntnisse über die Krankenhaussterblichkeit von Demenzpatienten in verschiedenen Altersgruppen, mit verschiedenen Hauptaufnahmediagnosen und in bestimmten Krankenhausabteilungen. Kenntnisse über den Einfluss dieser Faktoren auf die Krankenhaussterblichkeit von Demenzpatienten sind von entscheidender Bedeutung, um demenzspezifische Maßnahmen zur Vermeidung von Todesfällen in dieser Bevölkerungsgruppe einleiten zu können.

Methodik

Datenquelle

Diese multizentrische Fall-Kontroll-Studie basiert auf Daten der

Hospital-Datenbank (Firma: IQVIA), die Daten von 36 Krankenhäusern in ganz Deutschland enthält, darunter Fachkrankenhäuser, Krankenhäuser der Grund-, Regel- und Maximalversorgung sowie Universitätskliniken. Der Datensatz beschreibt ein standardisiertes Datenformat, das die Krankenhäuser gemäß § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermitteln. Die einzelnen Behandlungsepisoden, die im §-21-Datensatz eines Falles enthalten sind, werden mithilfe einer speziellen, von 3M Health Information Systems und IQVIA entwickelten Gruppierungssoftware geclustert. Darüber hinaus werden die von der Software erzeugten Exportdateien aus Datenschutzgründen vor der Übermittlung anonymisiert (z. B. Fall- und Patientennummer).

Studienpopulation

Die Fall-Kontroll-Studie umfasste alle Patienten im Alter von ≥ 60 Jahren, die zwischen Januar 2019 und Juli 2023 stationär behandelt wurden. Bei Patienten mit mehr als einem Krankenhausaufenthalt im Studienzeitraum wurde nur der letzte Krankenhausaufenthalt in die Analyse einbezogen. Die Patienten wurden anhand ihrer Komorbiditäten (ICD-10: F00–F03, G30) in Patienten mit und ohne Demenzdiagnose unterteilt.

Studienoutcome

Der Hauptzielparameter der Studie war die Prävalenz der Krankenhaussterblichkeit in Abhängigkeit von der Demenz-Kodiagnose. Der Datensatz enthält den Tod als eine der Entlassungsarten. Patienten mit Demenz wurden den Patienten ohne Demenz individuell (Verhältnis 1:1) nach Alter, Geschlecht, Fachabteilung (Innere Medizin, Geriatrie, Chirurgie, Kardiologie, Gastroenterologie und andere) sowie Aufnahmediagnosen zugeordnet (siehe Abb. 1). Der Anteil der verstorbenen Patienten wurde für Patienten mit und ohne Demenz insgesamt berechnet und nach Altersgruppen (60–69, 70–79, 80–84, 85–89, 90+ Jahre), Frauen, Männern und Aufnahmediagnosen geschichtet.

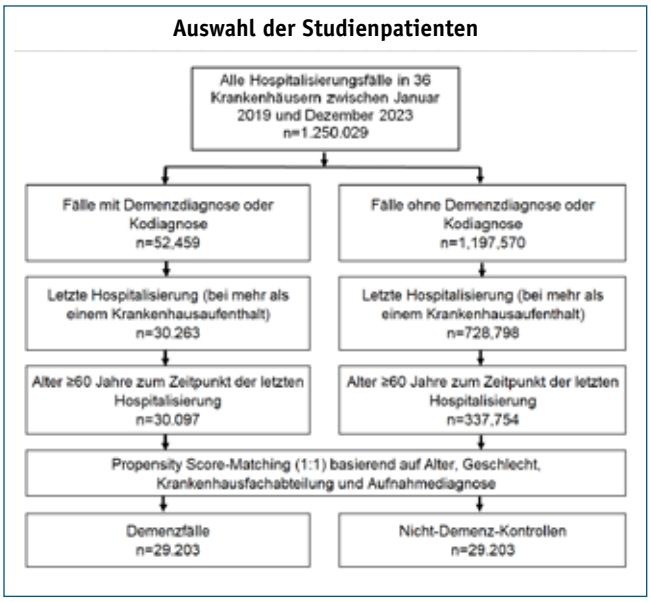


Abb. 1: *Auswahl der Studienpatienten. Quelle: eigene Darstellung.*

Aufnahmediagnosen

Die Aufnahmediagnosen wurden in Diagnosekategorien basierend auf ICD-10-Codes zusammengefasst, darunter Verletzungen und Frakturen (S00–S99), Herz-Kreislauf- und zerebrovaskuläre Erkrankungen (G45, I00–I99), Pneumonie (J12–J18), Erkrankungen des Verdauungssystems (K20–K95), endokrine Erkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E89), bestimmte infektiöse und parasitäre Erkrankungen (A00–B99), Harnwegsinfektionen (N30, N39.0), Krebs (C00–C97), neurologische Erkrankungen (G00–G99 ohne G45), Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (M00–M99), akute Niereninsuffizienz (N17) und chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD, J44). Alle anderen Erkrankungen wurden nur selten als Aufnahmediagnosen dokumentiert und unter „Sonstige" zusammengefasst.

Statistische Analysen

Univariate logistische Regressionsanalysen wurden durchgeführt, um die Assoziationen zwischen Demenz und Krankenhaussterblichkeit zu ermitteln. Krankenhaussterblichkeit (ja, nein) diente als abhängige Variable und Demenz (ja, nein) als Prädiktor von Interesse. Es wurden Modelle für die Gesamtbevölkerung sowie für Altersgruppen, Geschlecht, Aufnahmediagnosekategorien und Abteilungen erstellt. Die Ergebnisse der logistischen Regressionsmodelle wurden als Odds Ratio (OR) für Patienten mit Demenz im Vergleich zu Patienten ohne Demenz angegeben. Aufgrund mehrerer Vergleiche wurden nur p-Werte <0,005 als statistisch signifikant angesehen. Alle Analysen wurden mit SAS 9.4 (SAS-Institute, Cary, US) durchgeführt.

Ergebnisse

Ausgangscharakteristika

Die vorliegende Studie umfasste 29.203 Patienten mit Demenz (Fälle) und 29.203 Patienten ohne Demenz (Kontrollen). Die Ausgangscharakteristika der Studienpatienten sind in Tabelle 1 dargestellt.

Das Durchschnittsalter betrug 84 Jahre, 60% der Patienten waren Frauen. 29% wurden in der Inneren Medizin, 17% in der Chirurgie, 11% in der Geriatrie, 9% in der Kardiologie, 9% in der Gastroenterologie und 25% in anderen Fachabteilungen behandelt. Die häufigsten Aufnahmediagnosen waren Verletzungen und Frakturen (19%), gefolgt von Herz-Kreislauf- und zerebrovaskulären Erkrankungen (16%), Pneumonie (11%), Störungen des Verdauungssystems (9%) sowie endokrine und Enährungs- und Stoffwechselkrankheiten (9%). Die mediane Verweildauer im Krankenhaus war bei Patienten mit Demenz um einen Tag höher als bei gesunden Kontrollpersonen (7 vs. 6 Tage).

Prävalenz der Krankenhaussterblichkeit

Abbildung 2 vergleicht die Studienparameter der Anteile der verstorbenen Patienten mit und ohne Demenz. Insgesamt war die Krankenhaussterblichkeit bei Patienten mit Demenz signifikant höher als bei den Kontrollpersonen (13,9% vs. 12,4%, p<0,001). Der Unterschied in der Krankenhaussterblichkeit zwischen Patienten mit Demenz und Kontrollpersonen ohne Demenz war in der jüngsten Altersgruppe am größten (60–70 Jahre: 10,7% vs. 6,8%, p<0,001)

Basis-Charakteristika der Studienpopulation nach 1:1-Matching		
	Patienten mit Demenz (n = 29.203)	**Patienten ohne Demenz (n = 29.203)**
Durchschnittsalter		
Durchschnittsalter (SA)	84,2 (6,8)	84,3 (7,0)
60–70 Jahre, %	3,7	3,8
71–80 Jahre, %	22,0	21,6
81–75 Jahre, %	30,0	29,4
86–90 Jahre, %	27,0	26,7
>90 Jahre, %	17,3	18,4
Geschlecht, %		
Weiblich	60,3	60,2
Männlich	39,7	39,8
Krankenhausfachabteilung, %		
Innere Medizin	28,7	29,2
Chirurgie	16,8	17,4
Geriatrie	11,6	10,8
Kardiologie	8,5	8,9
Gastroenterologie	9,1	8,6
Andere Fachabteilungen	25,3	25,1
Hauptdiagnose, %		
Verletzungen und Frakturen	18,8	19,0
Herz-Kreislauf- und zerebrovaskuläre Erkrankungen	15,5	15,8
Pneumonie	10.8	10.7
Erkrankungen des Verdauungssystems	8,7	8,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	8,5	8,6
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	5,5	5,7
Harnwegsinfektionen	4,6	4,9
Krebs	2,9	2,9
Neurologische Erkrankungen	3,0	3,0
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	1,8	1,7
Niereninsuffizienz	1,6	1,6
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung	1,0	1,0
Sonstige Erkrankungen	17,3	16,3

Tab. 1: *Basis-Charakteristika der Studienpopulation nach 1:1-Matching.*

und nahm mit zunehmendem Alter stetig ab, sodass der geringste Unterschied in der Altersgruppe 90 Jahre und älter gefunden wurde (15,9% vs. 16,9%). Dieser Unterschied war nicht signifikant. Zwischen Männern und Frauen zeigten sich signifikante Unterschiede in der Krankenhaussterblichkeit, wobei die Krankenhaussterblichkeit insgesamt bei den Männern höher (16,8% bei PmD vs. 14,6% bei Kontrollen) war als bei den Frauen (12,0% bei PmD vs. 11,0% bei Kontrollen). Auch die Unterschiede in der Krankenhaussterblichkeit zwischen Patienten mit Demenz waren bei Männern größer als bei Frauen.

Assoziation zwischen Demenz und Krankenhaussterblichkeit

Basierend auf einem multivariaten Regressionsmodell war Demenz unabhängig von der Primärdiagnose signifikant mit einer leicht höheren Krankenhaussterblichkeit assoziiert (OR; 1,14; 95% KI: 1,08–1,19) (Abb. 2). Das Odds Ratio der Krankenhaussterblichkeit für Patienten mit Demenz war in der Altersgruppe der 60- bis 70-Jährigen deutlich höher (OR: 1,64; 95% KI: 1,24–2,29) und nahm mit zunehmendem Alter ab, bis es in der Altersgruppe der über 90-Jährigen ein nicht signifikantes OR von 0,90 erreichte (95% KI: 0,80–1,10).

Unter Berücksichtigung der Aufnahmediagnose zeigte sich eine Assoziation zwischen Demenz und der Sterblichkeit bei Patienten, deren primäre Aufnahmediagnose Erkrankungen des Verdauungssystems (OR: 1,43; 95% KI: 1,20–1,72), Herz-Kreislauf- und zerebrovaskuläre Erkrankungen (OR: 1,21; 95% KI: 1,08–1,32), endokrine Erkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (OR: 1,32; 95% KI: 1,07–1,62) und Pneumonie (OR: 1,16; 95% KI: 1,04–1,29) umfasste (siehe Tab. 2). Für alle anderen Krankheitsgruppen wurde keine oder keine signifikante Assoziation zwischen Demenz und Krankenhaussterblichkeit beobachtet.

Diskussion

In dieser Fall-Kontroll-Studie wurde die Krankenhaussterblichkeit von 29.203 Krankenhauspatienten mit und 29.203 Krankenhauspatienten ohne Demenz nach Alter, klinischer Fachabteilung und Hauptaufnahmediagnose untersucht. Der Unterschied in der Krankenhaussterblichkeit zwischen Patienten mit Demenz und Kontrollpersonen ohne Demenz war in der jüngsten Altersgruppe zwischen 60 und 70 Jahren am größten, nahm mit zunehmendem Alter stetig ab und verschwand in der Altersgruppe der Patienten ab 90 Jahren. Darüber hinaus war die Krankenhaussterblichkeit bei Patienten mit den Hauptaufnahmediagnosen Störungen des Verdauungssystems, Herz-Kreislauf- und zerebrovaskuläre Erkrankungen, endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten oder Pneumonie erhöht. Bei Patienten, die in der Geriatrie behandelt wurden, wurde keine Assoziation zwischen Krankenhaussterblichkeit und Demenz festgestellt. Unterschiede in der Sterblichkeit wurden jedoch bei Patienten der Fachabteilungen Gastroenterologie, Innere Medizin, Kardiologie und Chirurgie gefunden.

Frühere Studien berichteten von einem Krankenhaussterblichkeitsrisiko zwischen 11% und 19% in Abhängigkeit von der primären Aufnahmediagnose [3, 11, 12]. Die kumulierte Krankenhausmortalität in der vorliegenden Studie (14%) steht daher mit diesen Studien im Einklang. Ältere Menschen sind in der Regel anfälliger für Krankheiten, Komplikationen und Funktionseinschränkungen, die ihre Überlebenswahrscheinlichkeit deutlich verringern [13]. Das Vorliegen mehrerer chronischer Erkrankungen, wie es bei Patienten mit Demenzerkrankungen der Fall ist [14], führt zu einer Abnahme der physiologischen Reserven und trägt zur Komplexität der notwendigen Behandlung und Pflege dieser Bevölkerungsgruppe im Krankenhaus bei. Taudorf et al. [15] zeigten, dass die

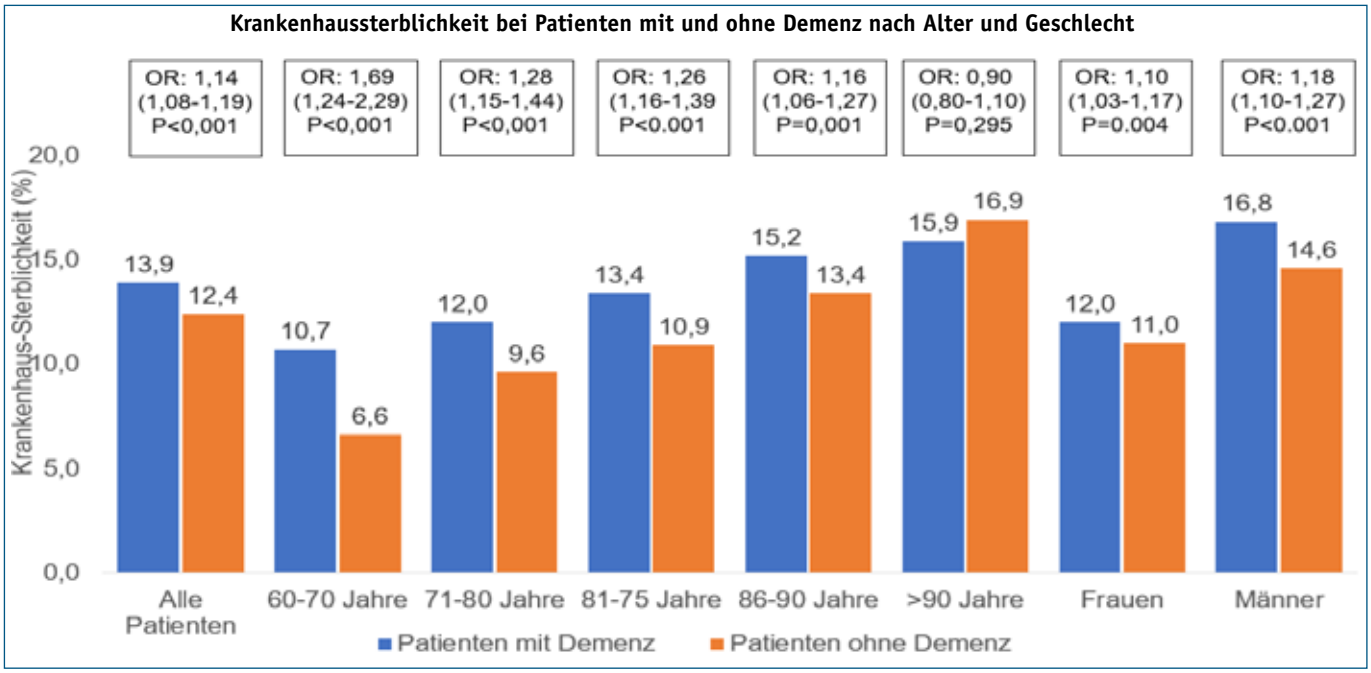


Abb. 2: *Krankenhaussterblichkeit bei Patienten mit und ohne Demenz nach Alter und Geschlecht. Quelle: eigene Darstellung.*

Sterblichkeit bei Demenzpatienten auch nach Adjustierung für Komorbiditäten mehr als doppelt so hoch ist wie in der Allgemeinbevölkerung, was darauf hindeutet, dass die Demenz selbst zu einer erhöhten Sterblichkeit beiträgt.

Unsere Studie zeigte jedoch auch Unterschiede in der kumulierten Krankenhausmortalität in den verschiedenen Altersgruppen, welche darauf hindeuten, dass die Übersterblichkeit, definiert als die Differenz der Sterblichkeitsrate zwischen Patienten mit Demenz und Kontrollpersonen ohne Demenz, in der jüngsten Gruppe (60 bis 70 Jahre) am höchsten war. Die Korrelation zwischen Alter und Krankenhaussterblichkeit ist vielschichtig, sowohl innerhalb als auch außerhalb des Krankenhauses, und die Sterblichkeit nimmt mit dem Alter zu [16]. Die Studie von Walicka et al. [17] untersuchte die Krankenhaussterblichkeit in einer großen Population und bestätigte, dass das durchschnittliche Odds Ratio für die Krankenhaussterblichkeit mit dem Alter der Patienten anstieg und in der Altersgruppe ≥ 95 Jahre eine 229-fach höhere Rate erreichte als in der Altersgruppe 18–24 Jahre. Ein Vergleich der in der Studie von Walicka et al. untersuchten Altersgruppen [17] ergab eine Krankenhaussterblichkeit von 4,1% bei Patienten im Alter von 65 bis 74 Jahren, die bei Patienten im Alter von 75 bis 84 Jahren auf 7,5%, bei Patienten im Alter von 85 bis 94 Jahren auf 15,0% und bei Patienten im Alter von 95 Jahren und älter auf 26,4% anstieg. Unsere Ergebnisse bestätigten diesen allgemeinen Trend einer steigenden Krankenhaussterblichkeit in den älteren Altersgruppen.

Vor allem aber zeigten unsere Ergebnisse auch, dass die Unterschiede in den Sterblichkeitsraten zwischen Patienten mit Demenz und Kontrollpersonen ohne Demenz in der jüngsten untersuchten Altersgruppe der 60- bis 70-jährigen Patienten am größten waren. Die Unterschiede in den Sterblichkeitsraten nahmen mit zunehmendem Alter ab und waren bei Patienten im Alter von 90 Jahren und älter nicht mehr signifikant. Die Auswirkungen von Demenz und der mit der Erkrankung verbundenen Risikofaktoren und Komplikationen auf die Sterblichkeit können daher mit dem Patientenalter variieren. Sie scheinen sich bei jüngeren Demenzpatienten stärker auszuwirken, wenngleich bei ihnen die allgemeine Sterblichkeitsrate niedriger und die Wahrscheinlichkeit von Infektionen und Komplikationen, wie oben beschrieben, höher ist als bei gleichaltrigen Kontrollpersonen ohne Demenz.

In Übereinstimmung damit steigt die Wahrscheinlichkeit von Krankenhauskomplikationen in der Allgemeinbevölkerung mit zunehmendem Alter [13]. Unsere Ergebnisse zeigen also, dass sich das Zusammenspiel verschiedener Gesundheitszustände und deren relative Beiträge zur Krankenhaussterblichkeit mit zunehmendem Alter verändern und dass sich die Todesursachen bei Menschen mit Demenz in verschiedenen Altersgruppen unterscheiden können. Dies wurde durch unsere fachabteilungsspezifischen Analysen bestätigt, die für alle Fachabteilungen mit Ausnahme der Geriatrie, in der deutlich ältere Menschen aufgenommen und behandelt werden, signifikante Assoziationen zwischen Demenz und Sterblichkeit zeigten.

Es ist jedoch wichtig zu erwähnen, dass das Alter nicht die einzige Determinante der Krankenhaussterblichkeit ist. Der allgemeine Gesundheitszustand, Komorbiditäten, die Qualität der medizinischen Versorgung und die soziale Unterstützung spielen ebenfalls eine entscheidende Rolle. Weitere Studien sind dringend erforderlich, um die Auswirkungen all dieser Determinanten auf die Krankenhaussterblichkeit von Demenzpatienten im Krankenhaus zu bewerten.

Darüber hinaus ist ein ganzheitlicherer Ansatz in der klinischen Versorgung unerlässlich, um den vielfältigen und komplexen Bedürfnissen hospitalisierter Demenzpatienten wirksam gerecht zu werden. Es gibt eine Reihe von Veröffentlichungen über demenzfreundliche Initiativen, die zumeist in geriatrischen Abteilungen umgesetzt wurden [18–20]. Solche Ansätze wurden auf der Grund-

Assoziation zwischen Demenz und Krankenhaussterblichkeit bei Patienten, die wegen verschiedener Krankheiten hospitalisiert wurden				
Hauptdiagnose	**Krankenhaussterblichkeit bei Patienten mit Demenz (%)**	**Krankenhaussterblichkeit bei Patienten ohne Demenz (%)**	**OR (95% KI)**	**P-Wert**
Verletzungen und Frakturen	7,0	7,3	0,96 (0,83-1,11)	0,586
Herz-Kreislauf- und zerebrovaskuläre Erkrankungen	17,2	14,7	1,21 (1,08-1,35)	<0,001
Pneumonie	34,5	31,3	1,16 (1,04-1,29)	0,006
Erkrankungen des Verdauungssystems	12,6	9,2	1,43 (1,20-1,72)	<0,001
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	8,7	6,8	1,32 (1,07-1,62)	0,010
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	21,1	20,4	1,05 (0,88-1,24)	0,605
Harnwegsinfektionen	8,4	8,7	0,96 (0,74-1,25)	0,766
Krebs	16,5	14,7	1,15 (0,88-1,50)	0,299
Neurologische Erkrankungen	8,4	8,7	0,97 (0,69-1,35)	0,836
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	4,9	4,5	1,09 (0,61-1,95)	0,774
Niereninsuffizienz	26,1	24,6	1,08 (0,81-1,45)	0,609
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung	19,9	14,9	1,42 (0,92-2,17)	0,111
Sonstige Erkrankungen	7,9	6,7	1,20 (1,03-1,40)	0,021

Tab. 2: *Assoziation zwischen Demenz und Krankenhaussterblichkeit bei Patienten, die wegen verschiedener Krankheiten hospitalisiert wurden (univariate logistische Regression). Eigene Darstellung.*

lage eines stärker personenzentrierten Ansatzes und verschiedener architektonischer Kriterien und Ausstattungselemente als Schlüsselmerkmale umgesetzt, um den Herausforderungen zu begegnen, mit denen Demenzpatienten während eines Krankenhausaufenthaltes konfrontiert sind [20].

Diese Ansätze konzentrieren sich jedoch nicht primär auf die Reduktion der Komplikationen und Risikofaktoren im Krankenhaus, die bei Patienten mit Demenz zu einer erhöhten Krankenhaussterblichkeit führen können. Sie werden häufig in geriatrischen Abteilungen umgesetzt, in denen Patienten mit und ohne Demenz laut unserer Analyse ähnliche Sterblichkeitsraten aufweisen. Die Auswirkungen solcher ganzheitlichen und demenzfokussierten Ansätze sollten daher insbesondere bei jüngeren Populationen, die auf nicht geriatrischen Stationen, wie z. B. der Inneren Medizin, behandelt werden, genau untersucht werden.

Unsere Ergebnisse sind von Interesse für das bessere Verständnis der Unterschiede in der Krankenhaussterblichkeit zwischen Patienten mit Demenz und Kontrollpersonen ohne Demenz in verschiedenen Alters-, Fachabteilungs- und Aufnahmediagnosegruppen.

Daher sind geeignete Ansätze zur Vermeidung von Krankenhauseinweisungen, ein verbesserter Zugang zur klinischen Versorgung und ein maßgeschneidertes Management von Komorbiditäten, Komplikationen und Akutereignissen von entscheidender Bedeutung, um schlechte klinische Outcomes in dieser Population zu vermeiden. Weitere Studien sollten die Auswirkungen derar-

Assoziation zwischen Demenz und Krankenhaussterblichkeit bei Patienten, die in verschiedenen Krankenhausabteilungen stationär behandelt wurden				
Hauptdiagnose	**Krankenhaussterblichkeit bei Patienten mit Demenz (%)**	**Krankenhaussterblichkeit bei Patienten ohne Demenz (%)**	**OR (95% KI)**	**P-Wert**
Innere Medizin	17,6	14,8	1,23 (1,13–1,34)	<0,001
Chirurgie	10.0	8,9	1,13 (0,99–1,29)	0,076
Geriatrie	5,3	6,1	0,86 (0,70–1,06)	0,153
Kardiologie	18,2	16,3	1,14 (0,98–1,32)	0,080
Gastroenterologie	16,6	12,0	1,45 (1,24–1,70)	<0,001
Andere Fachabteilungen	13,9	13,7	1,02 (0.93–1,12)	0,726

Tab. 3: *Assoziation zwischen Demenz und Krankenhaussterblichkeit bei Patienten, die in verschiedenen Krankenhausabteilungen stationär behandelt wurden (univariate logistische Regression). Eigene Darstellung.*

tiger innovativer Ansätze auf die Sterblichkeit und auf ungünstige Krankenhausoutcomes untersuchen, insbesondere bei relativ jüngeren Patientengruppen, bei denen das höchste Reduktionspotenzial erreicht werden kann.

Die vorliegende Studie unterliegt mehreren Limitationen, die an dieser Stelle erwähnt werden sollten. Erstens stützten sich die Diagnosen und Kodiagnosen ausschließlich auf die ICD-10-Klassifikation. Zweitens wurden Daten aus den Jahren 2019 bis 2023 einbezogen, einem Zeitraum, in dem die Covid-19-Pandemie insbesondere in der älteren Bevölkerung anhaltende und erhebliche Auswirkungen auf die Krankenhausversorgung und die Sterblichkeit von Patienten hatte. Daher sind die hier vorgestellten Ergebnisse möglicherweise auf diese Auswirkungen beschränkt und nicht auf eine Situation ohne Covid-19-Einfluss übertragbar. Drittens standen keine Daten zu Lebensstilvariablen wie dem Aufenthalt in einem Pflegeheim oder der familiären Situation zur Verfügung. Viertens lagen keine Angaben zu Medikamenten vor, die eine Analyse des Einflusses verschiedener Medikamente auf die Sterblichkeit ermöglicht hätten. Da der Datensatz zudem nur Informationen aus Krankenhäusern enthält, können die Studienergebnisse nicht auf die ambulante Bevölkerung übertragen werden. Soziodemografische, sozioökonomische oder klinische Variablen der Patienten wären ebenfalls hilfreich gewesen, um unsere Modelle zu verbessern. Da diese Analyse jedoch auf Leistungsdaten basierten, stehen diese Variablen nicht zur Verfügung, was die Ergebnisse beeinflusst und die Aufdeckung wichtiger Assoziationen verhindert haben könnte. Zu guter Letzt hängt die Behandlung und Versorgung eines Patienten und damit auch sein Tod von der Versorgungsqualität eines bestimmten Krankenhauses ab. Die Einbeziehung von Krankenhauskennungen und -regionen als Cluster wäre bei der Adjustierung für solche Unterschiede hilfreich gewesen.

Aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen standen jedoch keine Informationen zur Region oder zur Krankenhauskennung zur Verfügung, was die Generalisierbarkeit der dargestellten Ergebnisse einschränkt. Schließlich basierten die Datenanalysen auf einem 1:1-Matching-Verfahren von PmD mit Kontrollen ohne Demenz, wodurch einige Patienten mit Demenz ausgeschlossen wurden. Ein Matching aller Personen hätte jedoch zu Unterschieden zwischen den Populationen geführt. Die für diese Analysen reduzierte Population schränkt somit die Generalisierbarkeit der vorgestellten Ergebnisse ein. <<

Literatur

[1] Association As. 2020 Alzheimer's disease facts and figures. doi: 10.1002/alz.12068
[2] Sommerlad A, Perera G, Mueller C, Singh-Manoux A, Lewis G, Stewart R, et al. Hospitalisation of people with dementia: evidence from English electronic health records from 2008 to 2016. Eur J Epidemiol. 2019;34:567-77.
[3] Sampson EL, Blanchard MR, Jones L, Tookman A, King M. Dementia in the acute hospital: prospective cohort study of prevalence and mortality. Br J Psychiatry. 2009;195:61-6.
[4] Bickel H, Hendlmeier I, Hessler JB, Junge MN, Leonhardt-Achilles S, Weber J, et al. The Prevalence of Dementia and Cognitive Impairment in Hospitals. Dtsch Arztebl Int. 2018;115:733-40.
[5] Zuliani G, Gallerani M, Martellucci CA, Reverberi R, Brombo G, Cervellati C, et al. Dementia and in-hospital mortality: retrospective analysis of a nationwide administrative database of elderly subjects in Italy. Aging Clin Exp Res. 2022;34:1037-45.
[6] Goluke NMS, van de Vorst IE, Vaartjes IH, Geerlings MI, de Jonghe A, Bots ML, et al. Risk factors for in-hospital mortality in patients with dementia. Maturitas. 2019;129:57-61.
[7] Tehrani DM, Darki L, Erande A, Malik S. In-hospital mortality and coronary procedure use for individuals with dementia with acute myocardial infarction in the United States. J Am Geriatr Soc. 2013;61:1932-6.
[8] De Matteis G, Burzo ML, Della Polla DA, Serra A, Russo A, Landi F, et al. Outcomes and Predictors of In-Hospital Mortality among Older Patients with Dementia. J Clin Med. 2022;12.
[9] Morandi A, Di Santo SG, Zambon A, Mazzone A, Cherubini A, Mossello E, et al. Delirium, Dementia, and In-Hospital Mortality: The Results From the Italian Delirium Day 2016, A National Multicenter Study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2019;74:910-6.
[10] Houttekier D, Reyniers T, Deliens L, Van Den Noortgate N, Cohen J. Dying in hospital with dementia and pneumonia: a nationwide study using death certificate data. Gerontology. 2014;60:31-7.
[11] Laditka JN, Laditka SB, Cornman CB. Evaluating hospital care for individuals with Alzheimer's disease using inpatient quality indicators. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2005;20:27-36.
[12] Guijarro R, San Roman CM, Gomez-Huelgas R, Villalobos A, Martin M, Guil M, et al. Impact of dementia on hospitalization. Neuroepidemiology. 2010;35:101-8.
[13] Lu P, Cao Z, Gu H, Li Z, Wang Y, Cui L, et al. Association of sex and age with in-hospital mortality and complications of patients with intracerebral hemorrhage: A study from the Chinese Stroke Center Alliance. Brain Behav. 2023;13:e2846.
[14] Kaczynski A, Michalowsky B, Eichler T, Thyrian JR, Wucherer D, Zwingmann I, et al. Comorbidity in Dementia Diseases and Associated Health Care Resources Utilization and Cost. J Alzheimers Dis. 2019;68:635-46.
[15] Taudorf L, Norgaard A, Brodaty H, Laursen TM, Waldemar G. Dementia increases mortality beyond effects of comorbid conditions: A national registry-based cohort study. Eur J Neurol. 2021;28:2174-84.
[16] Cereda E, Klersy C, Hiesmayr M, Schindler K, Singer P, Laviano A, et al. Body mass index, age and in-hospital mortality: The NutritionDay multinational survey. Clin Nutr. 2017;36:839-47.
[17] Walicka M, Puzianowska-Kuznicka M, Chlebus M, Sliwczynski A, Brzozowska M, Rutkowski D, et al. Relationship between age and in-hospital mortality during 15,345,025 non-surgical hospitalizations. Arch Med Sci. 2021;17:40-6.
[18] Toubol A, Moestrup L, Ryg J, Thomsen K, Nielsen DS. Stakeholder perspectives of the dementia-friendly hospital: A qualitative descriptive focus group study. Dementia (London). 2021;20:1501-17.
[19] Hobday JV, Gaugler JE, Mittelman MS. Feasibility and Utility of Online Dementia Care Training for Hospital Staff: The CARES((R)) Dementia-Friendly Hospital() Program. Res Gerontol Nurs. 2017;10:58-65.
[20] Buter K, Motzek T, Dietz B, Hofrichter L, Junge M, Kopf D, et al. [Dementia-friendly hospital wards : Expert recommendations for planning and design]. Z Gerontol Geriatr. 2017;50:67-72.

In-hospital mortality in patients with and without dementia across age groups, clinical departments and primary admission diagnoses

Background: Studies reported a higher in-hospital mortality in patients living with dementia (PlwD) with limited evidence across age groups, clinical departments and admission diagnoses. Study aim was to compare the in-hospital mortality rate of PlwD with non-demented controls across groups, clinical departments and admission diagnoses.

Methods: This case-control study included patients aged ≥ 60 years hospitalized in one of 36 German hospitals between January 2019 and July 2023. PlwD were matched to non-demented controls. The associations between dementia and in-hospital mortality across groups were assessed using univariable logistic regression analyses.

Results: 29,203patients with and 29,203 without dementia were included (mean age: 84 years, 60% female). PlwD had a significantly higher in-hospital mortality rate than non-dementia controls. The excess mortality rate was highest in the youngest age group (60–70 years), decreased with age, and became non-significant in the oldest age group (≥ 90 years). Significant differences were found for digestive system, cardiovascular and cerebrovascular disorders, endocrine, nutritional and metabolic diseases, and pneumonia, as well as for internal medicine and gastroenterology departments.

Conclusion: The excess mortality rate was highest in younger age groups, where the general mortality and complication rate is relatively low in the general population. Appropriate approaches are needed.

Keywords

dementia, Alzheimer's disease, mortality, hospital, elderly

Zitationshinweis

Kostev, K., Kluge, S., Bohlken, J.: „Krankenhaussterblichkeit bei Patienten mit und ohne Demenz nach Altersgruppen, Fachabteilungen und primären Aufnahmediagnosen", in: „Monitor Versorgungsforschung" (MVF 06/24), S. 82–88. http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2673

Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.



Prof. Dr. rer. med. Karel Kostev ORCID: 0000-0002-2124-7227
ist Senior Scientific Principal bei IQVIA in Frankfurt. Er hat Soziologie und Statistik studiert, in Medizin promoviert und habilitiert. Er lehrt epidemiologische und medizinische Fächer an der Universität Marburg. Sein Arbeitsschwerpunkt ist die Versorgungsforschung im Bereich der chronischen Erkrankungen.
Kontakt: Karel.Kostev@iqvia.com



Dipl.-Biol. Sabine Kluge MS ORCID: 0009-0009-6183-7457
ist Pressesprecherin von IQVIA in Frankfurt. Sie hat in Tübingen und Berlin Biologie und Wissenschaftskommunikation studiert und an Hochschulen und Forschungsorganisationen in der Kommunikationsarbeit die Schwerpunkte Naturwissenschaften, Medizin und Technik vertreten.
Kontakt: Sabine.Kluge@iqvia.com



Dr. med. Dr. phil. Jens Bohlken
ist Mediziner und Soziologe. Nach der Facharztausbildung bei Prof. Hanfried Helmchen an der FU Berlin und oberärztlicher Tätigkeit war er als Facharzt für Neurologie und Psychiatrie in Berlin niedergelassen. Aktuell ist er als Senior Researcher am Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health des Universitätsklinikums Leipzig unter der Leitung von Prof. Steffi Riedel-Heller tätig.
Kontakt: Dr.J.Bohlken@gmx.de

Wir bringen Licht ins Dunkel



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

Thomas Carlyle
schottischer Philosoph und Historiker
(1795 - 1881)

Am besten, Sie abonnieren gleich*:

Kurzlink: https://t1p.de/dnovh

oder per Mail: abo@m-vf.de

monitor VERSORGUNGS FORSCHUNG

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

AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

Massnahmen zur Förderung der Just Culture auf allen Ebenen des Gesundheitswesens

Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat in einem einjährigen Projekt im Auftrag der Eidgenössischen Qualitätskommission eine Machbarkeitsstudie durchgeführt, um zu untersuchen, ob und mit welchem Fokus Projekte zur Stärkung der Just Culture (JC) im Gesundheitswesen umgesetzt werden können. Aus der Untersuchung, inwieweit das Konzept der JC im Gesundheitswesen der Schweiz und in anderen Ländern implementiert ist, wurden Massnahmen zur Förderung der JC auf Makro-, Meso- und Mikroebene abgeleitet.

Massnahmen auf Makroebene: Bund und Kantone

Bund und Kantone können eine JC fördern, indem sie Rechtsgrundlagen schaffen für einen gerechten Umgang mit allen an einem Ereignis Betroffenen. Gesundheitspolitische Massnahmen können die Entwicklung allgemeiner Konzepte und Standards sein; die Einrichtung einer unabhängigen nationalen Koordinationsstelle für die Analyse und öffentliche Berichterstattung von Informationen über die Sicherheit der Gesundheitsversorgung; die Verankerung von Patient:innensicherheit und JC in der Aus- und Weiterbildung; die Förderung der Forschung sowie die Umsetzung einer JC in Verwaltungen und Behörden.



Massnahmen auf Mesoebene: Organisationen, Berufsverbände und Fachgesellschaften, Versicherer, Bildungsinstitutionen

Auf Mesoebene können Berufsverbände und Fachgesellschaften Patient:innensicherheit und JC in die Lehrpläne für Aus- und Weiterbildung integrieren und Mindeststandards und Kompetenzen festlegen. Gesetzliche Versicherungsträger können Förder- und Anreizsysteme schaffen mit Prämiennachlässen für sicherheitsbedachte Gesundheitsdienstleister. Patient:innenorganisationen sowie Patient:innen und Angehörige können Gesundheitsdienstleister bei der Fehler- und Risikoerkennung und bei der Umsetzung einer JC unterstützen. Bildungsinstitutionen forschen zu Patient:innensicherheit und JC und bilden Gesundheitsfachpersonen aus. Eine nationale Koordinationsstelle als Meldestelle für Ereignisse führt Analysen durch und leitet davon Massnahmenempfehlungen ab.



Massnahmen auf Mikroebene: Gesundheitsorganisationen und Gesundheitsdienstleistende

Auf Mikroebene muss als Grundlage für die Etablierung einer JC der Support auf Führungsebene sichergestellt sein, die Ausgangslage in der eigenen Organisation eingeschätzt und günstige Voraussetzungen geschaffen werden. Eine Arbeitsgruppe kann für die Planung, Einführung und nachhaltige Umsetzung eingesetzt werden und einen Aktionsplan erarbeiten. Die JC muss in der Organisation verbreitet und gelebt, die Fehler- und Lernkultur gestärkt und JC nachhaltig in der ganzen Organisation verankert werden.

Weitere Informationen zum Projekt und zur Stiftung Patientensicherheit Schweiz unter patientensicher-heit.ch/just-culture/



Grußwort

Liebe Kolleg:innen, liebe Leser:innen,

eine stabile Mitarbeiterschaft trägt wesentlich zur Leistungsfähigkeit und Zufriedenheit des Teams bei. Mit stabilen Arbeitsstrukturen können wir besser auf Herausforderungen reagieren, sei es im Arbeitsalltag oder in Krisensituationen. Just Culture schafft einen Raum, in dem sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sicher fühlen, Fehler und Risiken anzusprechen, ohne Repressalien befürchten zu müssen. Mit einer offenen Fehlerkultur können wir unsere Prozesse verbessern und Risiken minimieren. Aber auch wir als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen geschützt werden. Die beiden Beiträge von Johannes Bresser und unserer Schweizer Schwesterorganisation für Patientensicherheit geben uns einen Einblick in dieses wichtige Thema. Herzlichen Dank für Ihren täglichen Einsatz und Ihr Engagement!

Das Krankenhaus ist auch ein Ort, an dem die Balance zwischen Wirtschaftlichkeit und Patientensicherheit immer wieder in einer komplexer werdenden Arbeitswelt austariert werden muss. Unsere Aufgabe als Führende ist es, diese Balance so zu gestalten, dass weder die Behandlungsqualität und das Wohlbefinden unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter noch das wirtschaftliche Ergebnis gefährdet werden. Daher darf uns eine gute Fehlerkultur am Ende nicht dazu verleiten, uns der Herausforderung der Komplexität zu verschließen und bei der retrospektiven Behandlung von Fehlern und unerwünschten Ereignissen stehenzubleiben. Stattdessen sollten wir die Dynamik und Variabilität des Alltagsgeschehens betrachten, um zu verstehen, wie Menschen erfolgreich mit Unsicherheiten umgehen und durch proaktive Anpassungen das System stabil halten.

Viel Freude beim Lesen
Ihr
Prof. Dr. med. Stefan Schröder
Chefarzt, Anästhesiologie & Intensivmedizin



Just Culture im Krankenhaus

Mit neuen Leadership-Ansätzen im ärztlichen Bereich die Zukunft gestalten

von Johannes Bresser

In der heutigen Gesundheitslandschaft stehen Krankenhäuser vor zahlreichen Herausforderungen wie steigenden Kosten, komplexen Regulierungen und dem zunehmenden Druck, die Versorgungsqualität zu verbessern. Eine effektive, bisher selten genutzte Strategie, um diesen Herausforderungen zu begegnen, ist die Implementierung einer Just Culture. Die Transformation der eigenen Organisationskultur bietet einen ungewöhnlichen und unterschätzten Handlungsspielraum. Neben Vorteilen für Mitarbeitende und Patienten ergeben sich auch ökonomische Vorteile, und eine von Just Culture geprägte Organisationskultur stellt einen einzigartigen Wettbewerbsvorteil dar.

Eine Just Culture ist ein Arbeitsumfeld, das von Gerechtigkeit, Vertrauen, psychologischer Sicherheit und Lernen geprägt ist. Mitarbeitende können beispielsweise Fehler und unerwünschte Ereignisse ansprechen oder melden, ohne unangemessene Disziplinarmaßnahmen fürchten zu müssen. Die Idee und Ansätze einer derart geprägten Organisationskultur haben ihre Wurzeln in der Zivilluftfahrt. Das Konzept trägt wesentlich zum derzeitigen Sicherheitsniveau in der Luftfahrt bei. Der Fokus liegt darauf, Systeme und Prozesse zu verbessern. Unerwünschte Ereignisse werden als Lernmöglichkeiten betrachtet, und es wird ein differenziertes Verständnis entwickelt, ob ein solches Ereignis auf systemische Probleme oder individuelles Fehlverhalten zurückzuführen ist.

Ohne Vertrauen, Gerechtigkeit und psychologische Sicherheit in Teams werden wesentliche Fortschritte in der Sicherheitskultur ausbleiben. Sowohl das Aktionsbündnis Patientensicherheit als auch der Global State of Patient Safety 2023 Bericht des Imperial College London sehen weiterhin ein erhebliches Verbesserungspotential in diesem Bereich. Die OECD hebt hervor, dass aufgrund der wachsenden Komplexität eine verstärkte Konzentration auf eine effektive Organisationskultur erforderlich ist. Die Kulturaspekte einer Just Culture sind Grundlage für eine effektive Organisations- und Sicherheitskultur im Krankenhaus.

FOLGENDE VORTEILE GEHEN MIT DER TRANSFORMATION IN RICHTUNG JUST CULTURE EINHER:

1. **Verbesserte Sicherheit:** Eine Just Culture fördert die zeitnahe Meldung von unerwünschten Ereignissen, was das Management und die Organisation befähigt, präventive Maßnahmen zu ergreifen und Risiken zu minimieren. Dies erhöht die Sicherheit von Patienten und Mitarbeitenden.
2. **Optimierung von Prozessen:** Vertrauensvolle Teamarbeit, offene Kommunikation und systematische Ereignisanalysen liefern wertvolle Einblicke in Schwachstellen des hochkomplexen medizinischen Alltags. Durch die Behebung dieser Schwachstellen können Arbeitsabläufe Effizienter gestaltet und Ressourcen optimal genutzt werden.
3. **Verbesserte Mitarbeiterzufriedenheit und -bindung:** Ein vertrauensvolles Arbeitsumfeld fördert das Wohlbefinden der Mitarbeitenden. Offene Kommunikation und Zusammenarbeit führen zu einem besseren Informationsfluss und effektiverer Zusammenarbeit.
Mitarbeitende, die sich sicher und wertgeschätzt fühlen, sind engagierter und weniger geneigt, die Organisation zu verlassen, was zu Kosteneinsparungen und erhöhter Produktivität führt.

Trotz begrenzter finanzieller Mittel in Krankenhäusern mangelt es oft an umfassenden Bemühungen, die quantitativen Auswirkungen einer effektiven Organisations- und Sicherheitskultur zu erfassen. Der Zusammenhang zwischen einer effektiven Kultur und wirtschaftlichem Erfolg wird häufig unterschätzt. Ein Kultur-Profit-Modell kann helfen, die positiven Auswirkungen einer effektiven Organisationskultur zu quantifizieren. Wie Praxisbeispiele belegen, können Investitionen in die Organisationskultur erhebliche finanzielle Entlastungen bewirken, da etwa zwei Drittel der Krankenhauskosten Personalkosten sind.

Vor der Transformation der Organisationskultur sollten Instrumente zur Analyse des Status quo genutzt werden. Neben etablierter qualitativer und quantitativer Instrumente bietet sich ganz besonders ein innovatives Tool zur narrativen Datenerfassung wie das SenseMaker-Tool an. Der Transformationsprozess kann in drei Hauptphasen unterteilt werden: das Schaffen eines Klimas für Veränderung, das Einbinden und Befähigen der Organisation sowie die Implementierung und Aufrechterhaltung der Transformation.

Das detaillierte Konzept gliedert sich in acht Schritte, beginnend mit der Betonung der Notwendigkeit eines Umdenkens im Gesundheitswesen hin zu einer proaktiven Kulturveränderung. Es folgt die Bildung einer effektiven Führungskoalition, die im dritten Schritt die Entwicklung einer klaren Vision und Strategie für die Kulturtransformation vorantreibt. Effektive Kommunikationsstrategien, das Befähigen der Mitarbeitenden und die Beseitigung von Barrieren bilden die mittleren Schritte der Kulturtransformation.

Abschließend wird die Bedeutung von Zwischenzielen zur Erzielung schneller Erfolge sowie Strategien zur Stärkung und Aufrechterhaltung der Kulturtransformation thematisiert. Das Konzept mündet in der formalen Integration neuer Prozesse und Praktiken in die Organisationsstruktur. Kulturwandel ist eine kontinuierliche Lernreise, bei der Kongruenz von verbaler und nonverbaler Kommunikation wichtig sind. Neue Verhaltens- und Kommunikationsweisen im Arbeitsalltag und die Integration sozialer Kompetenzen in die medizinische Aus- und Weiterbildung sind entscheidend.

Die kommunikative Begleitung eines Transformationsprozesses stellt eine eigene Herausforderung dar und sollte neben einer effektiven Patientenversorgung auch das Wohlbefinden der Mitarbeitenden betonen. Die Transformation Richtung Just Culture bietet einen erheblichen Mehrwert für jedes Krankenhaus. Sie fördert eine Kultur des Vertrauens und der kontinuierlichen Verbesserung, was zu höherer Sicherheit von Patienten und Mitarbeitenden, optimierten Prozessen, Kosteneinsparungen und gesteigerter Mitarbeiterzufriedenheit führt. Eine gute Organisationskultur verbessert die Teamarbeit und Kommunikation, was zu höheren Sicherheits- und Qualitätsstandards führt. Letztlich trägt eine Just Culture entscheidend dazu bei, die Qualität der Gesundheitsversorgung nachhaltig zu verbessern und die organisatorische Effizienz zu steigern.

Buch-Empfehlung

Just Culture im Krankenhaus

Johannes Bresser, Springer, 30. August 2024
Deutsch, 276 Seiten, ISBN: 978-3662690796



V.i.S.d.P.: Dr. Ruth Hecker



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