www.monitor-versorgungsforschung.de www.m-vf.de 01/25 18. Jahrgang

monitor VERSORGUNGSFORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Titelinterview mit Daniela Teichert, Vorstandvorsitzende der AOK Nordost: „Wir müssen den Nutzen und die Qualität messbar machen“

„Das Gesundheitswesen ist an einem Kipppunkt angekommen” (Storm)

„Keine nachhaltige Gesundheitsversorgung ohne Daten“ (Wolf/Greiner)

„Notwendigkeit und Stand der Aufarbeitung“ (Pürner)

ISSN 1866-0533

monitor VERSORGUNGS FORSCHUNG

01/25 18. Jahrgang

Editorial

„Am Kipppunkt" 4
Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Redaktion

„Nutzen und Qualität messbar machen" 6
Titelinterview mit Daniela Teichert Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost

Auf der Suche nach versteckten Goldbrocken 12
MVF-Umfrage zu geplanten, aber nicht vollendeten Gesundheitsreformen

„An einem Kipppunkt angekommen" 16
Interview: Dipl.-Volksw. Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstandes der DAK

Keine nachhaltige Gesundheitsversorgung ohne Daten 22
Interview: Tessa Wolf (AstraZeneca) und Prof. Dr. Wolfgang Greiner (Univ. Bielefeld)

Weiter Weg hin zur patientenzentrierten Versorgung 26
13. MVF-Fachkongress am 9. Dezember 2024 im Raum Alliance der AOK Nordost

Pflegerische Versorgung im Sozialraum 34
Bayerisches Zentrum Pflege Digital der Hochschule für angew. Wissenschaften Kempten

KOMMENTARE / WISSEN (Peer-Review)

Denkstil und Denkkollektiv 38
Kommentarreihe „Corona und Politik" (23): von Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Wolfram Weckwerth

Notwendigkeit und Stand der Aufarbeitung 39
Kommentarreihe „Corona und Politik" (24): von MdEP Dr. med. Friedrich Pürner

Auswirkungen des EU-Pharmapakets 40
Aktueller Stand: Pharma-Paketr

Wann ist ein Heilmittel als ein neues Heilmittel? 44
Aktueller Verfahrensstand der Bewertung von Heilmitteln

Warum es sich lohnt, wirklich genau hinzusehen! 48
Diskussion: Erwiderung von Laxy und Emmert-Fees auf Nawroth und Kumar

Es könnte so sein, aber auch anders 56
Diskussion: Diskussion: Nawroths und Kumars Replik auf Laxy und Emmert-Fees

STANDARDS

Impressum 2 News 14, 25, 47

WISSENSCHAFT (Peer-Review)

Andrea Feldhus MA / Christopher Bühler MSc / Prof. Dr. rer. oec. Leonie Sundmacher 61
Versorgungsbedarf durch Apotheken in Bayern
Die Anzahl öffentlicher Apotheken in Deutschland ist seit dem Jahr 2009 rückläufig und wies im Jahr 2022 mit 18.068 Filialen die geringste Apothekenanzahl seit Beginn der 1980er-Jahre auf (ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V., 2023). Um vor diesem Hintergrund auch zukünftig eine angemessene Versorgung mit Arzneimitteln und sonstigen Apothekenleistungen sicherstellen zu können, hat das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) ein Projekt zur Analyse der Apothekenversorgung in Bayern ausgeschrieben.

Prof. Dr. rer. med. Karel Kostev / Prof. Dr. med. Matthias Kalder 68
Häufigkeit von sexuell übertragbaren Infektionen in deutschen Facharztpraxen
Ziel dieser Studie ist die Analyse der Häufigkeit von sexuell übertragbaren Krankheiten (STI) in dermatologischen, urologischen und gynäkologischen Praxen in Deutschland. Die Daten hierfür sind der bundesweiten IQVIADisease-Analyzer-Datenbank entnommen.

Priv.-Doz Dr. med. Jürgen Rech / Prof. Dr. med. Diamant Thaçi 72
Entzündungsmedizin: Optimierte intersektorale Zusammenarbeit als ein Schlüsselfaktor
In Einzelinterviews und Webkonferenzen mit Fachärzten aus Entzündungszentren sowie niedergelassenen Fachärzten aus den Bereichen Dermatologie, Rheumatologie und Gastroenterologie wurden Empfehlungen erarbeitet, wie die intersektorale Zusammenarbeit optimiert werden könnte.

Prof. Dr. rer. medic. Florian Kron / Johanna Röder / Prof. Dr. rer. pol. Björn Maier / Dr. rer. nat. Nils Keiner / Prof. Dr. med. Oliver Cornely 80
Innovative Antimykotika-Therapie und Versorgungssteuerung entlang der transsektoralen Patient-Journey
Die Ausbreitung invasiver Pilzinfektionen stellt insbesondere Krankenhäuser aufgrund der Komplexität der Behandlung und der damit assoziierten langen stationären Verweildauer vor große Herausforderungen. Innovative Arzneimitteltherapien eröffnen dabei Potenziale für eine transsektorale Patientenbehandlung und eine optimierte Steuerung entlang der Patient-Journey.

Seit MVF-Ausgabe 03/23 werden ausgesuchte ganz- und mehrseitige Artikel, die Sie im Orginalartikel-Archiv des Onlineportals von „Monitor Versorgungsforschung" finden, probeweise automatisiert in die englische Sprache übersetzt.

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des DNVF auf den Seiten 57-60

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Layout
eRelation AG, Bonn

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

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

Herausgeber-Beirat

VERSORGUNGS FORSCHUNG

Universitäten/Hochschulen

Universitätsmedizin Greifswald	Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann MPH 
MHB Medizinische Hochschule Brandenburg	Univ.-Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund A.M. Neugebauer 
Universität zu Köln	Prof. Dr. Matthias Schrappe 
TUM	Prof. Dr. Leonie Sundmacher 
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzt:innenschaft	Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig 
Hochschule Neubrandenburg	Prof. Dr. Axel C. Mühlbacher 
Universität zu Köln	Prof. Dr. Stephanie Stock 
Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung	Prof. Dr. Jochen Schmitt 

Institute/Stiftungen

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

Akteure

AOK Baden-Württemberg Die Gesundheitskasse.	Johannes Bauernfeind 
AOK Nordost Die Gesundheitskasse.	Harald Möhlmann 
AstraZeneca	Dr. Helen Beckmann 
B.A.G Selbsthilfe	Dr. Martin Danner 
BKK Dachverband	Franz Knieps 
Boehringer Ingelheim	Dr. Marco Penske 
BPtK	Dr. Andrea Benecke 
DAK Gesundheit	Andreas Storm 
Deutsche Rheuma-Liga	Dr. Rolf Ulrich Schlenker 
Deutscher Pflegerat e.V.	Christine Vogler 
DiHeSys Digital Health Systems	Prof. Dr. Christian Franken 
DocMorris Apotheke	Sebastian Mindt 
Gesundheits-Foren	Roland Nagel 
IGB	Lutz O. Freiberg 
Janssen Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson	Christian Hilmer 
KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayerns	Fabian Demmelhuber 
Lilly	Oliver Stahl 
MEDICAL CONTACT	Prof. Dr. Stephan Burger 
MSD Inventing for Life	Dr. Tim Husemann 
OptiMedis	Prof. Dr. Oliver Gröne
Pfizer	Sarah Schmitter
Roche	Dr. Jan Daniels-Trautner
sanofi	Dr. Daniela Römer
ukb universitätsklinikum bonn	Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Wolfgang Holzgreve
Vivantes	Dr. Mina Baumgarten
	Dr. Christopher Hermann



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

Am Kipppunkt

Titelinterview mit Daniela Teichert, Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost > S. 6 ff.

„Die Ausgabenpolitik muss sich an den Einnahmen orientieren und nicht umgekehrt. Nur so können wir einem ungebremsten Anstieg der Sozialabgaben entgegenwirken.“ So **Daniela Teichert**, Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost, im Titelinterview. Sie „fordert ganz klar die Etablierung einer interprofessionell und teambasiert aufgestellten Primärversorgung. Die Finanzierung soll über den Erweiterten Bewertungsmaßstab geregelt werden. Über die Primärversorgung sollen dann alle Maßnahmen koordiniert werden.“ Daraus ergeben sich große und schwierige Aufgaben für die neue Bundesregierung. Ob sie angegangen werden, bevor es zu einer großen Krise des Vertrauens in unser Gesundheitssystem kommt?

Interview mit Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstandes der DAK-Gesundheit > S. 16 ff.

Andreas Storm, der Vorsitzende des Vorstandes der DAK-Gesundheit, sieht das deutsche Gesundheitssystem an einem Kipppunkt. „Was ich von der künftigen Regierung erwarte, ist zuerst die Einsicht und dann vor allem den Mut für eine wirkliche nachhaltige Reform unseres Gesundheitssystems, das zum einen regional besser funktionieren und zum anderen effizienter und resilienter werden muss.“ Er sagt im Gespräch im Einzelnen, was zu tun ist.

Interview mit Tessa Wolf, AstraZeneca Deutschland, und Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Universität Bielefeld > S. 22 ff.

Tessa Wolf und **Professor Greiner** liefern mit ihrem Nachhaltigkeitsindex und seinen Indikatoren Messgrößen zur Beurteilung der Nachhaltigkeit und Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitssystems. Im Gespräch erklären sie, was sie mit diesen Daten vorhaben.

Herausgeberbeirat

Wir begrüßen **Frau Dr. rer. pol. Katja Vonhoff,** Leiterin des Robert Bosch Centrums für Innovationen im Gesundheitswesen, als Nachfolgerin von **Frau Dr. rer. nat. Ingrid Wünning Tschol** im Herausgeberbeirat und freuen uns über ihre Mitwirkung. Beim gesamten Herausgeberbeirat bedanken wir uns herzlich für die stete Unterstützung und freuen uns auch in den kommenden Jahren darauf. > S. 3

13. Fachkongress von Monitor Versorgungsforschung

Am 9. Dezember 2024 fand unser 13. MVF-Fachkongress „Mit PROM und PREM zu Patient Centered Care” statt. In dieser Ausgabe und auf der Website* dokumentieren wir ihn ausführlich. > S. 26 ff.

*** 13. Fachkongress von „Monitor Versorgungsforschung”**

Hier finden Sie dank der Unterstützung unserer MVF-Beiräte alle Vorträge und Audiofiles kostenfrei open access

Wissenschaftliche Beiträge

Feldhus, **Bühler** und **Sundmacher** untersuchen die Apothekenversorgung in Bayern, weil die Zahl öffentlicher Apotheken seit 2009 zurückgeht. Messgröße für die Leistung einer Apotheke sollte die Anzahl der von den Krankenkassen finanzierten Medikamente sein, ergänzt um bestimmte Zusatzleistungen. > S. 46

Kostev und **Kalder** analysieren die Anzahl der Patient:innen mit sexuell übertragbaren Krankheiten zwischen 2014 und 2023. Trotz Impfungen und Aufklärung ist die Zahl nahezu gleich geblieben, das Durchschnittsalter der behandelten Patient:innen ist angestiegen. > S. 63 ff.

Rech und **Thaçi** thematisieren die sehr heterogene Versorgung von Patient:innen mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen und empfehlen eine bessere intersektorale Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzt:innen und Entzündungszentren. > S. 72 ff.

Kron u. a. behandeln den Einsatz innovativer Antimykotika-Therapien, um eine im Sinne der Patient:innen mit invasiven Pilzinfektionen effizientere Versorgung zu erreichen. > S. 80 ff.

Ich wünsche Ihnen auch im Jahr 2025 mit seinen zahlreichen großen Herausforderungen interessante Lektüre mit vielen Informationen, die Sie für Ihre Arbeit nutzen können.

Ihr Professor Dr. Reinhold Roski





INSIGHT HEALTH
Our passion - your success

Daten für eine bessere Arzneimittelversorgung

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

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

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

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

www.insight-health.de



„Wir müssen den Nutzen die Qualität messbar mac

Mit diesem Interview weist Daniela Teichert, seit Januar 2020 Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost, auf die Schmerzpunkte hin, die eine große Versorgungskasse derzeit drücken. Sie macht aber auch Lösungsvorschläge, die zum einen im Positionspapier der AOK-Gemeinschaft benannt sind, zum anderen aber auch von ihren Mitarbeiter:innen und ihr selbst in diversen Modellprojekten und anhand ihrer täglichen Erfahrungen entwickelt wurden – immer mit dem Bemühen, im Rahmen der Gesetzgebung die Gesundheitsvesorgung zu verbessern. Ihre Kernforderung: „Weniger Kompetenzgerangel zwischen Bund und Ländern, stattdessen mehr mutige Entscheidungen auf der Basis von Versorgungsdaten und anhand der tatsächlichen Versorgungsbedarfe".

Im Interview: Daniela Teichert, Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost

>> „Deutschland hat mit 40,9 Prozent Abgaben für Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung bereits eine der höchsten Belastungen der Welt“, schreibt das Handelsblatt (1) und zitiert den Wirtschaftsweisen Martin Werding, der davor warne, dass die Kosten „die immer noch einigermaßen gute Arbeitsmarktentwicklung aus dem Tritt“ bringen könnten. Zudem führten die Wirtschaftsverbände BDI und BDA (2) fast zeitgleich in einer gemeinsamen Erklärung aus, dass „dringend nachhaltige und ausgabensenkende Strukturreformen in allen Zweigen der Sozialversicherung“ benötigt würden. Denn: Schon im kommenden Jahr wird der Kapitalpuffer der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgebraucht sein. Sicher erhöht auch Ihre Kasse die Zusatzbeiträge, wahrscheinlich aber nicht gleich auf das Doppelte des bisherigen Satzes, wie es bereits die TK getan hat. Was können Sie als Vorsitzende einer der größten AOKen Deutschlands tun, Frau Teichert, um aus dem Dreisprung zwischen Finanzierbarkeit, Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft und Überlastung der Gesellschaft einen Sprung in eine bessere Zukunft zu machen?

Die AOK-Gemeinschaft hat gerade erst ein neues Positionspapier zur Bundestagswahl 2025 herausgegeben. Da haben wir uns genau mit dieser Thematik befasst, gehen detailliert auf die aktuellen Probleme im Gesundheitswesen ein und machen konstruktive Lösungsvorschläge. Im Grunde lässt es sich grob zusammenfassen unter: „Mehr von dem, was hilft, und weniger von dem, was schadet“ – zum Beispiel mehr Qualität, mehr Effizienz, mehr Zielgenauigkeit, mehr Gerechtigkeit, mehr Miteinander, mehr Gestaltungsspielraum. Auf der anderen Seite weniger Über- und Fehlversorgung, weniger Gießkanne, weniger Gegeneinander, weniger Standes- und Silodenken, weniger Zentralismus. Das Ziel muss ein leistungsfähiges und besser aufgestelltes Gesundheitssystem sein, dem die Bürgerinnen und Bürger wieder vertrauen können. Wir müssen dem Fass wieder einen festen Boden geben. Die Ausgabenpolitik muss sich an den Einnahmen orientieren und nicht umgekehrt. Nur so können wir einem ungebremsten Anstieg der Sozialabgaben entgegenwirken.

und

chen“

Unser eigentliches Problem liegt auch nicht in der Knappheit der finanziellen und personellen Ressourcen, auch wenn diese ein unbestreitbarer Fakt ist. Wir haben vor allem ein Verteilungsproblem. Und genau darin liegt unsere große Chance. Mit knappen Ressourcen kann man sehr gute Resultate erzielen, wenn man sie klug einsetzt und Synergien erzeugt. Das Positionspapier zeigt dafür viele Beispiele auf. Eines der wichtigsten ist die qualitätsorientierte Modernisierung der Krankenhauslandschaft in Deutschland. Denn die Ausgaben für die stationäre Versorgung machen nach wie vor den Löwenanteil an allen GKV-Ausgaben aus. Mit der qualitätsorientierten Modernisierung der Krankenhauslandschaft werden wir in Zukunft die hohen Folgekosten, die aus einer schlechten Versorgung in unzureichend qualifizierten Krankenhausabteilungen entstehen, vermeiden können. Und wenn wir die ambulante und medizinisch-pflegerische Versorgung sowie die Prävention stärken, können wir unnötige Krankenhausaufenthalte von vornherein vermeiden. Das Papier fordert ganz klar die Etablierung einer interprofessionell und teambasiert aufgestellten Primärversorgung. Die Finanzierung soll über den erweiterten Bewertungsmaßstab geregelt werden. Über die Primärversorgung sollen dann alle Maßnahmen koordiniert werden. So stellen wir sicher, dass Patientinnen und Patienten ausschließlich die medizinisch-pflegerisch-therapeutische Versorgung bekommen, die sie auch wirklich benötigen. Bei Bedarf sollen Krankenhäuser Teil dieser Primärversorgung sein können.

„Die AOK Nordost steht aufgrund ihrer Struktur schon lange vor den Herausforderungen, die vielen anderen Krankenkassen jetzt erst klar zu werden scheinen.“

Was können aber nun Sie ganz persönlich als Vorsitzende der AOK Nordost tun?

Ich kann bei allen offiziellen und inoffiziellen Gesprächen und Auftritten immer wieder die wichtige Diskussion über die Zukunft unseres Gesundheitswesens anstoßen und am Laufen halten. Ich werde auch weiterhin den Beteiligten Mut machen, die ersten wichtigen Schritte für die Veränderung selbst zu gehen, und dabei mit unserer Expertise unterstützen. Das habe ich in der Vergangenheit bereits getan und das tue ich weiter. Dieses Interview ist ein gutes Beispiel dafür. Dabei weise ich genau auf die Schmerzpunkte und Lösungsvorschläge hin, die die AOK-Gemeinschaft in ihrem Positionspapier benennt.

Die seit Langem bekannt sind oder zumindest sein müssten.

Der Punkt ist jedoch, dass wir als AOK Nordost aufgrund ihrer Struktur schon lange vor den Herausforderungen stehen, die vielen anderen Krankenkassen jetzt erst klar zu werden scheinen. Entsprechend frühzeitig haben wir uns Gedanken gemacht, wie wir diesen am besten begegnen können. Fest stand: Allein können wir das nicht schaffen. Denn es wurde ziemlich schnell deutlich, dass es nicht darum ging, an ein paar Stellschrauben zu drehen oder kleinere Schönheitsreparaturen vorzunehmen. Was wir benötigen, sind echte Strukturreformen. Und für so ein Unterfangen benötigt es Verbündete. Deshalb wurde vor Jahren schon der Begriff einer „Allianz der Willigen“ geprägt. Wir haben gemeinsam mit unseren Partnern in der Region Nordost viele wichtige Projekte angestoßen und umgesetzt. Eines der wichtigsten war sicherlich das Innovationsfondsprojekt „Strukturmigration im Mittelbereich Templin“, kurz StimMT. Das Kernstück von StimMT war die Umwandlung eines Landkrankenhauses in ein ambulant-stationäres Zentrum. Während andere also noch von „mehr Ambulantisierung“ geredet haben, haben wir gemacht. Und wir haben gesehen, dass das ein guter Weg sein kann, um viele Probleme in der ländlichen Versorgung zu lösen.

Dann aber kam das Projektende und damit die Ernüchterung.

So ist es. Die politischen Rahmenbedingungen in Deutschland lassen es bislang nicht zu, dass solche innovativen und guten Projekte problemlos in die Regelversorgung übertragen werden können. Nicht einmal, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss eine eindeutige Empfehlung dafür ausspricht. Wir haben uns davon jedoch nicht entmutigen lassen, sondern gemeinsam mit der AOK-Gemeinschaft zehn Vorschläge entwickelt, wie durch eine stärkere Regionalisierung und durch die Einführung einer neuen rechtlichen Grundlage zukünftig solche wichtigen Projekte nicht nur schneller auf den Weg gebracht werden, sondern nach erfolgreichem Abschluss auch unkompliziert in die Regelversorgung implementiert werden können.

Und wie im Mikrokosmos so im Makrokosmos. Mit unseren regionalen Projekten zeigen wir im Kleinen, wie es im Großen gehen kann. Wir sammeln die notwendigen Erfahrungen, erkennen die Hürden und finden Wege, wie wir sie umgehen können. Und dann teilen wir diese Erfahrungen, damit andere Regionen davon profitieren können. Denn die Herausforderungen sind im Kern überall die gleichen. Nur die regionalen beziehungsweise die lokalen Gegebenheiten unterscheiden sich. Weshalb es so wichtig ist, dass Versorgungsplanung regional und dezentral gestaltet werden kann. Das ist im Übrigen auch eine wichtige Forderung im Positionspapier.

Wo sehen Sie die besonderen Herausforderungen der Gesundheitsversorgung im Nordosten Deutschlands?

Der Nordosten steht zunächst einmal vor den gleichen Herausforderungen wie Gesamtdeutschland. Wie alle anderen Krankenkassen und Regionen leiden wir unter der verfehlten Finanzpolitik der vergangenen Jahre. Die Rücklagen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurden gesetzlich gewollt abgeschmolzen und Versichertengelder immer wieder zweckentfremdet für zahlreiche politische Vorhaben und versicherungsfremde Leistungen. Dazu kommt die ungünstige Entwicklung der Ausgaben- gegenüber der Einnahmenseite. Das alles hat der GKV mittlerweile eine gefährliche Schlagseite verliehen. Die demografische Entwicklung – die Bevölkerung schrumpft, gleichzeitig werden die Menschen immer älter und es kommt zu einer Zunahme an chronischen Erkrankungen – stellt insbesondere in den ländlichen Regionen eine große Herausforderung dar. Verbunden mit dem sich zuspitzenden Fachkräftemangel macht es das nicht einfacher. Ich spreche in diesem Zusammenhang meist von der Herausforderung des Managens der dreifachen Knappheit.

„Die Herausforderung ist das Managen der dreifachen Knappheit."

Speziell heißt das für Ihre Kasse?

Als große Versorgerkasse mit einem hohen Anteil an sogenannten vulnerablen Versicherten – Pflegebedürftige und sozial Benachteiligte – haben wir zudem das Problem der ungerechten Verteilung der Versichertenbeiträge aus dem großen GKV-Finanztopf. Mehrere wissenschaftliche Gutachten haben bestätigt, dass es hier einer dringenden Reform des Finanzausgleichs zwischen den Krankenkassen bedarf: Die sogenannte Manipulationsbremse gehört abgeschafft und es darf keine Anreize zur Risikoselektion mehr geben. Pflegebedürftige und andere vulnerable Gruppen sind im derzeitigen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich benachteiligt. Dies führt zu Finanzierungslücken bei Krankenkassen mit einem hohen Anteil an Pflegebedürftigen und sozial Benachteiligten, während Kassen mit vielen jungen und gesunden Versicherten profitieren. Diese ungleiche Verteilung gefährdet die Versorgungsgerechtigkeit und untergräbt das Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung. Um die gesundheitliche Chancengleichheit zu gewährleisten, müssen wir den Morbi-RSA versichertenbezogen anpassen und eine gerechte Mittelverteilung sicherstellen. Pflegebedürftige und andere vulnerable Versicherte sollen im RSA künftig stärker berücksichtigt werden, damit die Finanzmittel dort ankommen, wo sie für die Versorgung am dringendsten benötigt werden. Auf diese Weise verhindern wir Risikoselektion und sorgen für eine faire Finanzierung im Gesundheitssystem.

Welche Probleme kommen im nordöstlichen Teil Deutschlands hinzu?

Wir stehen tatsächlich noch vor zusätzlichen Herausforderungen, die speziell den Nordosten betreffen. So zeigt eine bundesweite Auswertung, dass die gesetzlichen Krankenkassen in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern für jede Versicherte und jeden Versicherten im Schnitt mehr ausgeben als sie einnehmen. Und das lässt sich nicht allein mit der Versichertenstruktur, also dem Alter, dem Geschlecht und den Erkrankungen erklären. In manchen Regionen werden beispielsweise Kranke zu oft unnötig in einer Klinik versorgt. Auf der anderen Seite geraten aktuell zahlreiche Kliniken in finanzielle Schwierigkeiten. Wir haben im Nordosten den höchsten Anteil an Krankenhäusern, denen Krankenkassen einen sogenannten Sicherstellungszuschlag zahlen müssen, nämlich ein Drittel aller Häuser in Deutschland.

Nun kam die Krankenhausreform kurz vor Weihnachten durch den Bundestag?

Mit der Krankenhausreform wurde ein sehr wichtiger Schritt gemacht, um die beschriebenen Herausforderungen anzugehen. Jetzt kommt es aber auf den Umgang der Flächenländer mit der Krankenhausreform an, denn dieser wird ganz elementar für die Zukunft der medizinischen Versorgung sein. Anders als früher wird beispielsweise jede Ausnahme, die Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern genehmigen, zulasten der Krankenhäuser gehen, die die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen mit hohen Kraftanstrengungen erfüllen.

„Mit einer Koalition der Willigen mehr Regionalität ermöglichen, forderten Sie im Titelinterview mit „Monitor Versorgungsforschung" Ende 2023 (3). Nun könnte man hinzufügen: „Und endlich mehr Qualität wagen". Die Frage: Wie kommen wir aus Sicht der AOK Nordost zu mehr Qualität statt ständiger Einsparungen und vor allen Dingen zu einem effizienteren und wirtschaftlicheren Einsatz von Ressourcen inklusive deren gerechter Verteilung?

Die Ausgabenentwicklungen der letzten zehn Jahre zeigen eindeutig: Es gab keine ständigen Einsparungen. Und doch wissen wir

genau, wo wir ansetzen können, um endlich mehr Qualität und vor allem einen effizienten und wirtschaftlichen Einsatz der knapper werdenden Ressourcen zu erreichen. Und dabei gleichzeitig eine gerechte Verteilung herbeizuführen. Wir brauchen auf regionaler Ebene viel mehr Möglichkeiten, die Versorgung von vornherein zielgenau und unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen sowie von der gemeinsamen Selbstverwaltung klar definierter Qualitätsvorgaben zu planen und zu steuern. Eine qualitative Versorgung bedeutet nichts anderes, als dass die vorhandenen Ressourcen so eingesetzt werden, dass sie für die Patientinnen und Patienten den größtmöglichen Nutzen in der Versorgung bringen. Im Moment ist genau das Gegenteil der Fall. Die Kosten explodieren, aber der niederschwellige Zugang und die Versorgung wird für viele Menschen gefühlt schlechter. Für mich heißt das aber auch, dass wir den Nutzen – und die Qualität – messbar machen müssen. Hier geht die AOK-Gemeinschaft auch schon seit Langem mit gutem Beispiel voran. Wir nutzen sogenannte Routinedaten sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung zur Qualitätsmessung.

Und natürlich ist ein ganz zentraler Punkt, dass die vorhandenen finanziellen Mittel dorthin gesteuert werden, wo sie tatsächlich benötigt werden und den größtmöglichen Nutzen entfalten. Also eigentlich ganz einfach: Mit der qualitätsorientierten Modernisierung der Krankenhauslandschaft, einem besseren Notfallmanagement, einem Vorantreiben der interprofessionellen Ambulantisierung und einer Stärkung der Prävention, der Früherkennung beispielsweise auch durch digitale Versorgungslösungen, können unnötige Krankenhausaufenthalte, teure Therapien und Folgekosten vermieden werden. Die freigesetzten finanziellen Ressourcen können dann wiederum an anderer Stelle sinnvoll eingesetzt werden.

Und wenn Sie da schon über finanzielle Reserven sprechen …

… müssen diese unbedingt durch einen wirtschaftlicheren Einsatz von Versichertengeldern gehoben werden können: Es braucht wieder eine Stärkung der Instrumente des Preiswettbewerbs – insbesondere mit Blick auf die Preisbildung bei patentgeschützten Arzneimitteln – und eine Nutzenbewertung von digitalen Gesundheitsanwendungen analog der Nutzenbewertung für ärztliche Methoden, Heilmittel oder Hilfsmittel. Und wenn das Geld knapper wird, fordern wir als Krankenkasse selbstverständlich wieder verstärkte Möglichkeiten zu Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Allerdings möchte ich auch klar sagen, dass wir mit Blick auf eigene Kapazitäten diese lieber für andere (sinnvollere) Aufgaben für unsere Versicherten einsetzen würden.



Daniela Teichert

ist seit mehr als 35 Jahren für die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) tätig. Ihre Berufslaufbahn startete sie 1990 mit ihrer Ausbildung zur Sozialversicherungsfachangestellten in Cottbus; anschließend übernahm sie bereits früh, mit 22 Jahren, erste Führungsaufgaben. Nach ihrem Studium der Gesundheits- und Sozialökonomie an der Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie Berlin war sie in weiteren verschiedenen Führungspositionen und Projekten tätig. Ab April 2016 war sie Mitglied der Geschäftsleitung und verantwortlich für das Ressort Markt- und Versicherungsservice. Seit Januar 2020 ist Daniela Teichert Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost. Neben ihrer hauptberuflichen Tätigkeit für die AOK Nordost engagiert sie sich ehrenamtlich für Schulprojekte und den Jugendsport. Daniela Teichert ist verheiratet und hat zwei Kinder.

Wie können Sie als Krankenkasse die knappen Kapazitäten sinnvoll und effizient nutzen?

Mehr Push in digitale Unterstützungsangebote – und weitergedacht auch künstliche Intelligenz – die datenschutzgerecht und sinnvoll so eingesetzt werden, dass Prozesse verschlankt, Bürokratie abgebaut und Ineffizienzen vermieden werden können.

Blicken wir einmal positiv in die nähere Zukunft. Die AOK Nordost erhält endlich den gesetzlichen Freiraum für eine zukunftsfähige und resiliente Weiterentwicklung bzw. Neustrukturierung der Versorgungslandschaft in den drei Bundesländern, in denen die AOK Nordost vertreten ist: Wie kann die AOK Nordost zeitnah die im System schlummernden Effizienzreserven heben, um den oben genannten Dreisprung zwischen Finanzierbarkeit, Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft und Überlastung der Gesellschaft zu beenden? Ansätze gäbe es doch viele: Patientenzentrierung und Ergebnisorientierung, Ambulantisierung und Dezentralisierung und vor allen Dingen Regionalisierung und wirklich integrierte Versorgung ohne Sektorengrenzen!

Gerade zum Jahresbeginn braucht es ambitionierte Ziele: Wenn wir als AOK Nordost den gesetzlichen Freiraum hätten, Versorgung zu gestalten, dann würden wir das zusammen mit den anderen Partnern der sozialen Selbstverwaltung und den Leistungserbringern tun. Die Frage nach dem Wie haben Sie im Grunde genommen schon beantwortet. Die von Ihnen aufgeführten Ansätze – Patientenzentrierung und Ergebnisorientierung, Ambulantisierung und Dezentralisierung, Regionalisierung und integrierte Versorgung ohne Sektorengrenzen – das sind alles Punkte, die ich immer wieder als Lösungsansätze für die Probleme insbesondere in der ländlichen Versorgung angeführt habe. Die AOK Nordost sieht das als wegweisende Schritte auf dem Weg zu einem leistungsfähigen, qualitätso-

rientierten Gesundheitswesen und zu einer Versorgung, die genau auf die Bedürfnisse der Menschen zugeschnitten ist. Das bedeutet eine wohnortnahe, regionale Versorgung ohne Sektorengrenzen, die in eine übergeordnete, landesweite Versorgungsplanung eingebettet ist. So können auch ökonomisch und infrastrukturell schwache Kommunen und Regionen im Sinne gleichwertiger Lebensverhältnisse versorgt werden.

„Mit Blick auf eine patientenzentrierte Versorgung mit dem übergeordneten Ziel, den größtmöglichen Nutzen für die Patientinnen und Patienten zu erreichen, sollte sich die Vergütung im Gesundheitswesen von ihrer bisherigen Mengenorientierung und Anreizwirkung lösen."

Wobei wir wieder beim Innovationsfondsprojekt StimMT angekkommen sind.

Eine echte integrierte Versorgung ohne Sektorengrenzen benötigt auch eine sektorenunabhängige Finanzierung. Im Rahmen des Projekts konnten wir die zur Verfügung stehenden Finanzmittel entsprechend flexibel einsetzen. Nach Beendigung des Projektes haben wir mühsam versucht, die aufgebauten innovativen und gut funktionierenden Strukturen über Selektivverträge weiter aufrechtzuerhalten. Leider ist uns das nicht vollständig gelungen. Aber wir arbeiten weiter intensiv daran. Vor diesem Problem stehen wir nicht alleine, das betrifft die meisten Innovationsfondsprojekte. Darum haben wir auch aktuell einen Flickenteppich aus Hunderten einzelnen Selektivverträgen und mosaikartigen Lösungen.

In unserem Positionspapier erneuern wir deshalb die Forderung nach einer eigenständigen Rechtsgrundlage für regionale Verträge. Sie soll es ermöglichen, dass die Partner vor Ort Gesundheitsversorgung wirklich frei gestalten können, ohne dabei an die Grenzen der Sozialgesetzbücher zu stoßen. Dazu würde beispielsweise auch zählen, dass die Finanzierung der medizinischen und pflegerischen Leistungen aus einem Topf erbracht werden kann und nicht mehr nach ambulant und stationär unterschieden würde. Damit würde auch das Fachpersonal übergreifend eingesetzt werden können, was unter den bestehenden Regelungen nicht möglich ist. Dabei sind die fachlichen Kompetenzen im Grunde genommen die gleichen – egal, ob beispielsweise die Pflegekraft in der häuslichen Pflege, im Krankenhaus oder in stationären Pflegeeinrichtungen tätig ist. Und es gibt auch keine guten Argumente mehr, gerade auch im europäischen Vergleich, diese veralteten Strukturen und Finanzierungslogiken zu verteidigen.

Ist das Innovationsfondsprojekt StimMT ein Einzelfall?

Nein, wir haben viele gute Projekte bereits angestoßen oder noch in der Pipeline, die nur darauf warten, dass wir endlich den gesetzlichen Freiraum zu ihrer Umsetzung bekommen. Die nächste Herausforderung wäre dann, die Interessenslagen aller Beteiligten unter einen Hut zu bekommen und gute Kompromisse zu finden, die mehr sind als nur der kleinste gemeinsame Nenner. Dann können wir auch die im System schlummernden Effizienzreserven heben.

In Ihrer Keynote zum 13. MVF-Fachkongress „Mit PROM und PREM zu Patient Centered Care", der im Dezember dankenswerterweise erneut in den Räumen der AOK Nordost stattfinden konnte, fragten Sie die anwesenden Teilnehmer:innen, ob alle dieselbe Vorstellung davon hätten, was patientenzentrierte Versorgung bedeutet, ob wirklich ein gemeinsamer Ansatz verfolgt würde oder ob die Vorstellungen der verschiedenen Stakeholder so unterschiedlich seien „dass am Ende wenig bis gar keine patientenzentrierte Versorgung übrig bleibt". Ein derartiges Statement einer hochrangigen Krankenkassenmanagerin ist ernüchternd. Welche Definition von patientenzentrierter Versorgung haben Sie?

Patientenzentrierte Versorgung bedeutet für mich, die Patientinnen und Patienten mit ihren Bedürfnissen, Erfordernissen und Werten in den Mittelpunkt zu stellen und die Gesundheitsversorgung individuell vom jeweiligen Menschen aus zu denken und zu steuern. Man könnte es auch so formulieren: Die Gesundheitsversorgung wird dem Patienten angepasst und nicht umgekehrt. Dabei ist es oberstes Gebot, die Menschen, die gerade medizinische Versorgung benötigen, mit Würde und Respekt zu behandeln, sie in alle Entscheidungen über ihre Gesundheit und Therapie mit einzubeziehen und sie dafür auch entsprechend gut zu informieren. Dabei können auf Patientenwunsch die An- und Zugehörigen einbezogen werden. Relevante Informationen erhalten die Patientinnen und Patienten zeitnah und auf kurzem Weg und ihre Entscheidungen werden akzeptiert und respektiert. Die höchste Priorität hat immer das physische und psychische Wohlergehen der Patientinnen und Patienten. Diese Art der Versorgung wird auch als „personenzentrierte Versorgung" bezeichnet, ein Ansatz, der eng mit den Patientenrechten verknüpft ist.

Patientenzentrierte Versorgung sollte eine Grundhaltung aller Professionen im Gesundheitswesen sein und gelebt werden. Die konsequente patientenzentrierte Versorgung führt zu einer Steigerung der Gesundheitskompetenz sowie zu einer Verbesserung der Patientensicherheit. Und ich bin überzeugt davon, dass dies auch im Sinne der meisten am Patienten tätigen Fachkräfte ist. Darauf sollte bei allen Transformationsinitiativen der gemeinsame Fokus liegen.

Das führt zur Frage, ob angesichts unterschiedlicher Vorstellungen und im Zuge eines sich anscheinend immer weiter verschärfenden Kampfes um einen möglichst immer größeren Teil des Budgets nicht ein Systembruch nötig wäre: weg von Wettbewerb und Bezahlung nach Einzelleistung hin zu einer wirklich patientenzentrierten Gesundheitsversorgung mit einem konsequenten Pay-for-Result-Ansatz.

Absolut richtig und auch wegweisend. Mit Blick auf eine patientenzentrierte Versorgung mit dem übergeordneten Ziel, den größtmöglichen Nutzen für die Patientinnen und Patienten zu erreichen, sollte sich die Vergütung im Gesundheitswesen von ihrer bisherigen Mengenorientierung und Anreizwirkung lösen und stärker ergebnis- und qualitätsabhängige Elemente honorieren. Durch die Finanzierungslogik sollten Anreize für mehr Patientenorientierung in der Versorgung und zur Kooperation der Gesundheitsakteure gesetzt werden. Die Vergütung sollte grundsätzlich sektorenübergreifend für alle Gesundheitsakteure gelten und sich an dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung in einer zu definierenden Versorgungsregion orientieren. Dabei sind weitere Aspekte, wie die Versorgungsstrukturen, die konkreten Krankheitsbilder und spezifische Patientengruppen, beispiels-

weise geriatrische und multimorbide Patientinnen und Patienten, zu beachten.

Es gibt jedoch meiner Kenntnis nach kein aktuelles und validiertes Modell mit Regionalbudgets.

Noch nicht! Ein wichtiger Punkt in solch einem Modell – an dem ich sehr gern mitarbeiten würde – wären aus meiner Sicht erfolgsabhängige Vergütungsbestandteile: Um ein Pay-for-Result zu erreichen, könnten als Erfolgskriterien einerseits Patient Reported Outcome Measures und Patient Reported Experience Measures sowie andererseits quantitativ messbare Zielgrößen genutzt werden.

Anlässlich der Kongresseröffnung sagten Sie unter anderem auch, dass Ihre Kolleg:innen und Sie „die Versorgungsforschung als einen wichtigen Hebel" begreifen würden, um die Qualität und die Effizienz unseres Gesundheitssystems zu verbessern. An welchem Angelpunkt sollte Ihrer Meinung nach die Versorgungsforschung – frei nach Archimedes (4) – den längsten Hebel ansetzen?

Die AOK Nordost legt den Fokus auf die Erprobung regionaler Versorgungsverbünde. Der Innovationsfonds bietet uns hier die notwendigen – auch finanziellen – Gestaltungsspielräume, mit denen die Sektorierung überwunden sowie regionale Versorgungsbedarfe und -strukturen adressiert werden können. Die AOK Nordost engagiert sich aktuell insbesondere in Innovationsfondsprojekten, die darauf abzielen, ärztliche und pflegerische Ressourcen so einzusetzen, dass möglichst viele Patientinnen und Patienten weiterhin die bestmögliche Versorgung erhalten – trotz Fachkräftemangel und trotz demografischer und finanzieller Herausforderungen.

Zum Beispiel entwickeln wir in dem aktuell laufenden Forschungsprojekt „ProReVers – Prospektive regionale sektorenübergreifende Versorgungsplanung" praxistaugliche Instrumente und Verfahren für die systematische Erstellung und Umsetzung einer kleinräumigen sektorenübergreifenden Versorgungsplanung. Diese Instrumente werden zunächst bezogen auf die Projektregionen, die Landkreise Prignitz und Ostprignitz-Ruppin, entwickelt, sollen aber perspektivisch auf weitere Regionen anwendbar sein. Im Innovationsfondsprojekt „ErwiN – Erweiterte Übertragung von arztentlastenden Tätigkeiten in Arztnetzen" erproben wir die „Substitution" ärztlicher Leistungen durch andere Professionen, insbesondere durch Pflegefachkräfte.

Außerdem unterstützen wir die Medizinische Universität Lausitz Carl Thiem bei ihrem perspektivischen Forschungsauftrag.

Die Weichen der Krankenhausstrukturreform- und der Notfallreform sind gestellt, bei der Notfallreform gibt es weiter Verzögerungen. Was erwarten Sie – Stand heute – für 2025 und die folgenden Jahre?

Die Entwicklung, die beide Reformen genommen haben, untermauert einmal mehr die Wichtigkeit unserer Forderung: In der kommenden Legislaturperiode muss weniger Kompetenzgerangel zwischen Bund und Ländern stattfinden. Stattdessen sind für einen nachhaltigen Strukturwandel mehr mutige Entscheidungen auf der Basis von Versorgungsdaten und anhand der tatsächlichen Versorgungsbedarfe erforderlich.

Zur Umsetzung der Krankenhausreform wird es drei Rechtsverordnungen geben, die der Zustimmung des Bundesrates, also der Länder, bedürfen: zur Ausgestaltung der Leistungsgruppen, zur Regelung der Mindestvorhaltezahlen und zum Transformationsfonds. Wir erwarten hier, dass alle Beteiligten zügig und mutig die notwendigen Schritte gehen, um diese wichtige Strukturreform voranzutreiben.

Die Krankenhausreform ist eine wesentliche, Ausgaben senkende Strukturreform innerhalb der GKV, die wir dringend benötigen, um insgesamt und langfristig die Ausgabenlast zu senken. Nur so können letztlich für jede und jeden Einzelnen Versicherten und deren Arbeitgeber am Ende die finanziellen Belastungen gesenkt werden.

Hinsichtlich einer Reform des Rettungsdienstes und der Notfallversorgung erwarten wir von der nächsten Bundesregierung, dass das Thema gleich zu Anfang der Legislatur angegangen wird. Der wichtigste Punkt ist dabei die gut abgestimmte Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen sowie dem Rettungsdienst.

Ihr Fazit?

Die bisherigen Strukturen sind ineffizient und Fehlanreize kosten die Versicherten Milliarden. Die Problematik ist bekannt und es liegen auch Lösungsvorschläge beziehungsweise Eckpunktepapiere vor – sowohl aus der Zeit der Ampelkoalition als auch bereits aus der Vorgängerregierung unter Gesundheitsminister Jens Spahn. Hier kann und sollte es also gleich losgehen.

Frau Teichert, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Literatur/Links:

1: https://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/gesundheit-krankenkassen-erwarten-2025-bisher-hoechsten-anstieg-der-zusatzbeitraege/100031951.html
2: https://arbeitgeber.de/muenchner-spitzengespraech-zehn-punkte-um-vertrauen-zurueckzugewinnen-und-den-standort-deutschland-zu-staerken/
3: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/wp-content/uploads/2023/11/MOVS-0623_Teichert.pdf
4: „Gebt mir einen Hebel, der lang genug, und einen Angelpunkt, der stark genug ist, dann kann ich die Welt mit einer Hand bewegen." Archimedes (287-212)

Zitationshinweis

Teichert, D., Stegmaier, P.: „Wir müssen den Nutzen und die Qualität messbar machen", in „Monitor Versorgungsforschung" (01/25), S. 6–11. http://doi.org/10.24945/MVF.01.25.1866-0533.2683

MVF-Umfrage zu geplanten, aber nicht vollendeten Gesundheitsreformen der 24. Legislatur

Auf der Suche nach versteckten Goldbrocken

Das vorzeitige Ende der Ampelkoalition hat weitreichende Auswirkungen auf die unter der Ägide von Bundesgesundheitsminster Prof. Dr. Karl Lauterbach geplanten Gesundheitsreformen. Es darf richtigerweise vermutet werden, dass in den wenigen Wochen bis zur Neuwahl eine Verabschiedung der vielen Gesetze* in ihrer Gesamtheit unwahrscheinlich ist. Dennoch sind es einzelne, besonders wichtige Gesetzesbestandteile wert, aus den jeweiligen Gesamtgesetzen herausgelöst und in der kommenden Legislatur separat umgesetzt zu werden. Die Frage lautet: Welche spezifischen Bestandteile der in der 24. Legislaturperiode unvollendet gebliebenen Gesetzesvorhaben sollten möglicherweise als Einzelmaßnahmen in neue Gesundheitsreformen 2025 ff. übernommen werden?

>> Diese Frage stellte „Monitor Versorgungsforschung" namhaften Experten des MVF-Beirats und von Institutionen und Verbänden des Gesundheitswesens. Dabei reichten die Antworten von wenig bis gar nichts (Dr. Albrecht Kloepfer, X-Media, und Dr. Marco Penske, Boehringer Ingelheim) bis hin zu sehr detaillierten Einlassungen von Johannes Bauernfeind (AOK Baden-Württemberg), Harald Möhlmann (AOK Nordost), Prof. Dr. med. Stefan Schröder, MHBA (APS), Uwe Schwenk (Bertelsmann Stiftung), Prof. Dr. Lutz Hager (BMC), Dr. Tim Husemann (MSD) und dem Einzelsachverständigen Prof. Dr. Matthias Schrappe (Universität zu Köln).

„Kein einziges dieser Gesetze ist sinnvollerweise weiterzuverfolgen", lautet beispielsweise das Eingangsstatement von Prof. Dr. Matthias Schrappe. Das Gesundheitssystem in Deutschland, so Schrappe weiter, steckt in einer ernsthaften Krise. Seine Erklärung dafür: „Zusätzlich zu den altbekannten Phänomenen der Sektorierung, Therapielastigkeit und der Betonung der institutionellen Logiken statt der Patientenperspektive ist jetzt zunehmend noch eine schwerwiegende Unterversorgung hinzugetreten, ein Phänomen, das wir in der Vergangenheit nur in rein marktwirtschaftlich organisierten (USA) oder staatlichen Gesundheitssystemen (UK) verortet hatten. Der gesundheitspolitische, hektische Polypragmatismus der letzten drei Jahre hat in keinem Bereich Abhilfe geschaffen, sondern vertiefte die Abkehr von der evidenzbasierten Nutzenbewertung (GHG), übermäßige Zentralisierung auf Bundes- bzw. BMG-Ebene, Entmachtung des G-BA, Verstärkung des Mengenanreizes, Missbrauch des Qualitätsgedankens und vor allem der nochmalige Versuch, das Krankenhauswesen durch eine weitere sektorale Optimierungsstrategie zu reformieren."

Johannes Bauernfeind, der Vorsitzende des Vorstandes der AOK Baden-Württemberg, gibt zu Protokoll, dass mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz „eine wichtige Chance für nachhaltige strukturelle Veränderungen der ambulanten Versorgungslandschaft nicht genutzt" worden ist. Längst überfällig sei auch eine Reform der Notfallversorgung mit der Verankerung der „Medizinischen Notfallrettung" als eigenständiges Segment im SGB V. Generell meint er aber, dass bei manch gesundheitspolitischen Vorhaben das Scheitern der Ampel Schlimmeres verhindert habe, etwa beim Entwurf des Gesundes-Herz-Gesetzes, das Präventionsmittel in erheblichem Maße beschnitten hätte.

„Die Zielsetzung des GHG, Herzgesundheit zu stärken, indem insbesondere auch eine bessere Früherkennung von Fettstoffwechselerkrankungen bei Jugendlichen und Erwachsenen sowie eine medikamentöse Prävention bei Risikopatienten gestärkt wird, bleibt wichtig", entgegnet Dr. Tim Husemann, Director Healthcare Mgt. & Contracting von MSD SHARP & DOHME. Doch sollten seiner Ansicht nach auch außerhalb des gesetzlichen Rahmens DMP-Programme so weiterentwickelt werden, dass Anreize für eine leitliniengerechte und zielwertorientierte Therapie etwa bei der Behandlung von Hypercholesterinämie gesetzt werden.

Ebenfalls mit dem GHG beschäftigt sich auch der BMC-Vorstandsvorsitzende Prof. Dr. Lutz Hager. Aus BMC-Sicht stellen vor allem die im GHG-Referentenentwurf enthaltenen Maßnahmen zur Weiterentwicklung von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) einen Schritt in die richtige Richtung dar. Sie seien jedoch nicht hinreichend gewesen. Aus BMC-Sicht brauche es nun weitere Schritte insbesondere zur digitalen Dokumentation und Datenübermittlung, weitere administrative Erleichterungen sowie die Möglichkeit zur Versorgung von multimorbiden Patient:innen im Rahmen der DMP. Konkret muss aus Sicht des BMC vor allem eine Stärkung der DMP erfolgen, indem der G-BA beauftragt werden sollte, eine DMP-Richtlinie zur krankheitsübergreifenden Versorgung von Patient:innen mit erhöhtem Risiko für die Manifestation einer Herz-Kreislauf-Erkrankung zu beschließen. Außerdem sollte der G-BA Qualitätsziele festlegen, nach denen in den DMP für Diabetes mellitus Typ 1 und 2 sowie koronare Herzkrankheit eine qualitätsabhängige Vergütung erfolgen soll. Auch sollten die Krankenkassen verpflichtet werden, ihren Versicherten DMP anzubieten, für die der G-BA Anforderungen beschlossen hat, und dazu Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu schließen.

Die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbands, Dr. Carola Reimann, vermutet, dass Vorhaben wie das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) oder die Notfallreform aller Voraussicht nach der Diskontinuität anheimfallen werden. „Grundsätzlich

* Geplante, aber nicht vollendete Gesundheitsreformen

- Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG)
- Gesundheits-Digitalagentur-Gesetz (GDAG)
- Pflegekompetenzgesetz (PKG)
- Reform der Notfallversorgung (Notfall-Gesetz)
- Bürokratieentlastungsgesetz
- Apotheken-Reformgesetz (ApoRG)
- Gesundes-Herz-Gesetz (GHG)

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

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Auf der Suche nach versteckten Goldbrocken", in „Monitor Versorgungsforschung" (01/25), S. 12–14. http://doi.org/10.24945/MVF.01.25.1866-0533.2698

sehen wir dringenden Handlungsbedarf bei der Stärkung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung, insbesondere auch in ländlichen und strukturschwachen Räumen", führt Reimann zum GVSG aus, doch leider sei der Entwurf des GVSG im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens von Versorgungsinhalten entkernt worden. Eindeutig bezieht sie Stellung gegen das GHG: „Der Gesetzentwurf stieß bei den Akteuren im Gesundheitswesen auf breite Kritik und ist in Gänze verzichtbar. So gefährdet der darin vorgesehene radikale Umbau der Disease-Management-Programme die Versorgung chronisch Erkrankter, überlastet die Arztpraxen und belastet die Finanzen der GKV."

Auch Helen Beckmann, Senior Patient Affairs Managerin von AstraZeneca, beschäftigt sich in ihrem Statement ausführlich mit dem GHG. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind laut Beckmann hierzulande die häufigste Todesursache, die im Jahr 2021 ein Drittel aller Todesfälle umfasste. Mit rund 57 Milliarden Euro verursachten Krankheiten des Kreislaufsystems im Jahr 2020 die höchsten Kosten für unser Gesundheitssystem. Unter idealen Vorbeugebedingungen ließen sich rund 90 Prozent aller Herz-Kreislauf-Erkrankungen vermeiden. Beckmann: „Durch gezielte politische Maßnahmen Richtung Prävention und Früherkennung sowie qualitätsgesicherter Versorgung können nicht nur die dramatischen gesundheitlichen und wirtschaftlichen Auswirkungen gemindert, sondern auch das Leben und die Lebensqualität von Millionen Betroffenen erheblich verbessert werden. Vor dem Hintergrund der alternden Bevölkerung und der Prävalenz von Risikofaktoren wie Typ-2-Diabetes (11%), chronische Nierenkrankheit/CKD (10%) und Hypertonie (30%) kommt der Sekundärprävention und Früherkennung eine Schlüsselrolle zu."

Nach sehr detaillierten Ausführungen zum Versorgungsstärkungsgesetz („wird sicherlich deutlich verändert werden"), dem E-Health-Gesetz („bietet Potenzial für Einzelmaßnahmen"), dem Pflegekompetenzgesetz („wird kommen"), dem Bürokratieentlastungsgesetz („ist superpolitisch und derzeit tot"), dem Apotheken-Reformgesetz („bedarf realistischer Umsetzungsstrategien, ausreichender finanzieller Mittel und eines engmaschigen Monitorings"), dem Gesundes-Herz-Gesetz („kann schnell gesundheitliche Vorteile bringen") fordert Prof. Dr. med. Stefan Schröder, MHBA, Beisitzer im Vorstand des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, dass für die künftige Gesetzgebung „eine konsequente Ausrichtung auf die Patientensicherheit unerlässlich" ist, um ein Gesundheitssystem zu schaffen, das sowohl den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gerecht wird als auch den gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Herausforderungen gewachsen ist. Denn: „Maßnahmen zur Förderung der Patientensicherheit reduzieren langfristig die Kosten vermeidbarer Komplikationen, Krankenhausaufenthalte und Rechtsstreitigkeiten."

„Gegenwärtig ist anscheinend nicht zu erkennen, dass – außer bei den Themen ‚Schwangerschaftsabbrüche' und ‚Organspende' – irgendeines der geplanten bzw. der auf den Weg gebrachten Gesetzesvorhaben in der auslaufenden Bundestagsperiode vorangetrieben werden kann", gibt sich Harald Möhlmann, Berater des Vorstands der AOK Nordost, wenig optimistisch. Auch nach einer Konstituierung des neuen Bundestages werde es im Hinblick auf Handlungsgeschwindigkeiten zwar auf das Ergebnis der Bundestagswahl und die Zusammensetzung des Bundestages ankommen, allerdings verhindert seiner Ansicht nach das Diskontinuitätsprinzip ein nahtloses Aufgreifen dann „alter" Gesetzesvorhaben.

„Der Ansatz, spezifische Bestandteile stecken gebliebener Gesetzesvorhaben im Rahmen von Einzelmaßnahmen umzusetzen, ist aus unserer Sicht wenig wahrscheinlich und stellt an sich auch keinen Erfolg versprechenden Weg dar", urteilt abschließend Uwe Schwenk, Director Programm Gesundheit der Bertelsmann Stiftung. Von den genannten Reformansätzen bzw. Themen bieten seiner Einschätzung nach die im Folgenden genannten die größte Chance, von der Nachfolgeregierung kurzfristig neu aufgegriffen zu werden: Notfallversorgung, Digitalagentur Gesundheit und Bürokratieentlastung. Doch leide die Gesetzgebung ingesamt, so Schwenk weiter, heute schon daran, dass sie eher erratisch erfolgt und sich zu wenig an in sich konsistenten Zielbildern orientiert. Schwenks Hoffnung: „Optimistisch wie wir sind, wünschen wir jeder neuen Regierungskonstellation zuallererst, dass sie die Kraft findet, sich parteiübergreifend über zentrale strategische Linien einer langfristigen Politikgestaltung (Beispiel: Regionalisierung) zu verständigen, um auf dieser Basis einen langfristigen Reformfahrplan zu entwickeln." <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Statements im Volltext online auf www.m-vf.de

- Bauernfeind: https://t1p.de/n9evb
- Beckmann: https://t1p.de/b5mlh
- Hager: https://t1p.de/s94i0
- Husemann: https://t1p.de/trqbf
- Kloepfer: https://t1p.de/yl6ve
- Möhlmann: https://t1p.de/tpgke
- Penske: https://t1p.de/q1i9f
- Reimann: https://t1p.de/hwwl1
- Schrappe: https://t1p.de/1mwzm
- Schröder: https://t1p.de/z9aku
- Schwenk: https://t1p.de/vruh6

100-Tage-Sofortprogramm des Virchowbunds

>> Der Virchowbund hat ein Sofortprogramm für die ersten hundert Tage einer neuen Bundesregierung erstellt. Es beinhaltet in vier ersten Gesetzesvorhaben die notwendigen Maßnahmen, dringende Strukturveränderungen einzuleiten und die ersten Schritte dafür vorzubereiten. Zunächst müssen nach Auffassung des Virchowbundes eine Bestandsaufnahme zu den Finanzen und erste Stabilisierungsmaßnahmen in einem Vorschaltgesetz erfolgen. Dann sei ein Praxisstärkungsgesetz erforderlich, um den Akteur:innen in der ambulanten Versorgung Zuversicht, wirtschaftliche Stabilität und Planungssicherheit zu geben. Der ambulante Bereich sei das Rückgrat der Versorgung, was sich nicht zuletzt in der Corona-Pandemie gezeigt hätte. Als drittes Gesetz müssten dringende und überfällige Strukturveränderungen in der Versorgung angegangen werden. Das heiße zuallererst, die Potenziale der Ambulantisierung auszuschöpfen, Schritte hin zu einer besseren Patientensteuerung einzuleiten und die Digitalisierung sinnvoll umzusetzen.

Im vierten Gesetz müsse die mittel- und langfristige Stabilisierung des Gesundheitswesens angegangen werden. Dazu gehöre, endlich mehr Ärzt:innen auszubilden, die Möglichkeiten von KI sinnvoll und verantwortlich zu nutzen und die Prävention mehr in den Mittelpunkt zu stellen. <<

Link: https://t1p.de/fb9mj





Wir konzentrieren uns auf das Leben.

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

Mehr Antworten auf
boehringer-ingelheim.de



„Das Gesundheitswesen einem Kipppunkt angeko

Im Interview: Dipl.-Volksw. Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstandes der DAK-Gesundheit

Dipl.-Volksw. Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstandes der DAK-Gesundheit, stellt im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung" seine Gedanken und Forderungen für eine künftig bessere und resilientere Gesundheitsversorgung vor. Er benennt einerseits die Gründe des von ihm bereits vor drei Jahren vorhergesagten Beitragstsunamis und andererseits eine ganze Reihe dringender Aufgaben für die neue Bundesregierung, die in den ersten sechs Monaten schnell angegangen werden müssen. Ganz oben steht die Reform der sozialen Pflegeversicherung, da die sie „als erster Zweig unseres sozialen Sicherungssystems in den Graben fahren" könnte.

>> Ein wichtiger Leitindikator für die Beurteilung der Qualität von Gesundheitssystemen ist die Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung. Nach dem jüngsten OECD-Bericht hat Deutschland in den letzten Jahren im Vergleich zu anderen europäischen Ländern im Bereich der Lebenserwartung stark nachgelassen und liegt mittlerweile sogar unter dem OECD-Durchschnitt. Das bedeutet nichts anderes, als dass unser teures Gesundheitssystem – immerhin geben wir hierzulande im europäischen Vergleich die höchsten Ausgaben für das Gesundheitswesen aus – eine unterdurchschnittliche Performance auf der Leistungsseite abliefert, was wiederum auf eine ineffiziente Organisation hinweist. Nun gab es aber in den letzten Jahren durchaus Bemühungen, das System effizienter zu gestalten.

„Unser aller Anspruch muss es sein, endlich konsequent wieder nach vorne zu kommen und in dem Zuge unser Gesundheitswesen so zu modernisieren, dass wir systematische internationale Vergleiche nicht mehr zu scheuen brauchen.“

Einzelne Bemühungen wohl, nur reichte das eben nicht. Das Hauptproblem liegt in der Fragmentierung des Systems und der Abschottung der Sektoren. Es fehlt an konstruktiver Zusammenarbeit, was einerseits zu unnötigem Verlust an Lebensqualität, andererseits aber auch zu hohen und obendrein zu immer weiter steigenden Kosten führt. Was ich von der künftigen Regierung erwarte, ist zuerst die Einsicht und dann vor allem den Mut für eine wirkliche nachhaltige Reform unseres Gesundheitssystems, das zum einen regional besser funktionieren und zum anderen effizienter und resilienter werden muss.

ist an

mmen”

Hier braucht es sicherlich vor allem den Mut, genau die Kernprobleme anzugehen, die letztlich fast alle Bemühungen der letzten Legislaturen, unser Gesundheitssystem effizienter zu gestalten, haben auflaufen lassen.

Aber sicher. Das Kernproblem ist seit Langem bekannt: Wer sich verschiedene Sektoren leistet und zudem zulässt, dass diese ihre Grenzen einfach abschotten, muss sich nicht wundern, dass es nahezu keine Translation zwischen den verschiedenen Sektoren gibt. Viel schlimmer noch ist jedoch die Tatsache, dass viel, viel Geld zwischen den Sektoren versandet und so sicherlich auch viel Lebensqualität verloren geht.

Wie lauten die Vorstellungen der DAK, ein effizienteres, resilienteres und zukunftsfähigeres und damit auch für die Patient:innen besseres System auf die Beine zu stellen?

Ein zentraler Hebel ist sicherlich der Fakt, dass das deutsche Gesundheitswesen im europäischen Vergleich nahezu ein Alleinstellungsmerkmal im Hinblick auf die freie Arztwahl hat. Das bedeutet nichts anderes, als dass im ambulanten Bereich nahezu jegliche Steuerung fehlt, was fast zwingend zu Effizienzverlusten führt. Deshalb ist es sehr zu begrüßen, dass mittlerweile sogar die deutsche Ärzteschaft eine Steuerungsfunktion als Schlüsselfaktor für eine qualitative Verbesserung des Gesundheitssystems fordert. Der zweitgrößte Hebel ist die Erschließung von finanziellen Ressourcen, die durch die extreme Abschottung der Sektoren weitgehend verhindert wird – hier benötigen wir dringend eine Durchlässigkeit an den Sektorgrenzen. Der dritte Punkt ist der Umbau unserer Krankenhauslandschaft im Hinblick auf die international übliche Praxis der Spezialisierung und Qualitätsoptimierung. Von daher war die wichtigste Reformmaßnahme der abgelaufenen Wahlperiode die Entscheidung über eine grundlegende Krankenhausnovelle. Dass diese sicherlich nach der Bundestagswahl weiterentwickelt werden wird, steht auf einem anderen Blatt. Doch nun haben wir immerhin die Chance auf einen Paradigmenwechsel hin zu einem stärker spezialisierten und vor allem qualitätsorientierten Krankenhauswesen in Deutschland. Unser aller Anspruch muss es sein, endlich konsequent wieder nach vorne zu kommen und in dem Zuge unser Gesundheitswesen so zu modernisieren, dass wir systematische internationale Vergleiche nicht mehr zu scheuen brauchen.

Noch offen ist hingegen die Reform der Notfallversorgung.

Durch die bisher nicht geglückte Reform der Notfallversorgung wird die Misere der deutschen Gesundheitspolitik greifbar und für alle sichtbar. Es ist doch traurig, dass sich bereits die dritte Wahlperiode des Deutschen Bundestages im parlamentarischen Verfahren mit dem Thema beschäftigen muss und wir immer noch keine Notfallreform haben. Auch das ist für mich ein weiterer Beleg dafür, warum wir in den letzten Jahren immer weiter im internationalen Vergleich zurückgefallen sind. Neben den Steuerungselementen in der ambulanten ärztlichen Versorgung und einer modernisierten Krankenhauslandschaft wird gerade eine reformierte Notfallversorgung ein erhebliches Potenzial erschließen, mit dem unser Gesundheitswesen wesentlich effizienter und vor allem für die Patientinnen und Patienten besser werden kann.

Das führt zur Frage, wie es mit der Patientenzentrierung aussieht und wie es um PREM und PROM steht, mit denen sich unser letzter Fachkongress im Dezember beschäftigt hat.

Ein optimal aufgestelltes Gesundheitswesen muss die Menschen in den Mittelpunkt stellen, indem ein auf die Bedürfnisse und Bedarfe der Patientinnen und Patienten zugeschnittenes Care- und Case-Management eingeführt wird. Wenn wir uns auf den Weg zur Umsetzung dieses für Deutschland recht visionären Gedankens machen wollen, benötigen wir dafür einen Steuerungsansatz, den kürzlich die Ärzteschaft vorgeschlagen hat, dies jedoch in einer partnerschaftlichen Begleitung durch die Krankenkassen. Und wir brauchen darüber hinaus die Nutzung neuer Möglichkeiten durch die Digitalisierung, was die Auswertung der Erkenntnisse über den Gesundheitszustand und selbstberichtete Erfahrungen der Patientenschaft betrifft. Das bedeutet auch, dass wir durch die digitale Erfassung des Gesundheits-

zustandes der Patientinnen und Patienten über die elektronische Patientenakte eine ganz neue strukturierte und umfassende Qualität auch in der Diagnostik und Diagnoseerstellung erreichen können. Es kann natürlich auch möglich sein, diesen Datenschatz zum Wohle der behandelten Personen zu nutzen, wenn sie denn damit einverstanden sind.

Vor Kurzem wurde in den Modellregionen Franken, Hamburg und Umland sowie in Teilen NRWs die Pilotphase für die elektronische Patientenakte gestartet und prompt gibt es das übliche Störfeuer rund um den viel beschworenen Datenschutz. Das wird sicherlich etliche Patient:innen verunsichern.

Ich halte es zunächst einmal für den entscheidenden Durchbruch, dass wir es überhaupt hin zu einem Modell wie die ePA für alle geschafft haben. Auch hier zeigt der internationale Vergleich, dass der hierzulande zuvor praktizierte Opt-in-Ansatz chancenlos ist, wenn wir eine nahezu flächendeckende Verbreitung der Patientenakte wollen. Viele unserer europäischen Nachbarländer machen es uns seit Jahren vor, was man mit einem Opt-out-Modell erreichen kann, weil schlicht und einfach der ganz überwiegende Teil der Patientinnen und Patienten am Angebot einer elektronischen Patientenakte partizipieren will. Es wäre doch völlig absurd zu glauben, dass wir nahezu das einzige Land in Europa sind, das nicht in der Lage ist, eine ePA für alle anbieten zu können. Von daher setze ich auf das laufende Jahr 2025, dass wir hier den Durchbruch schaffen. Wichtig für die Akzeptanz ist es jedoch unabdingbar, dass alle möglichen Sicherheitsrisiken und -bedenken in der Pilotphase ausgeräumt und mögliche Fehler konsequent beseitigt werden. Hier gilt der Grundsatz: Gründlichkeit vor Schnelligkeit. Das Entscheidende für den bundesweiten Roll-out ist nicht, dass dieser bereits vier Wochen nach dem Ende der Pilotphase beginnt, sondern, dass dieser – gerne ein paar Wochen später – zu einer erfolgreichen Verbreitung dieser wichtigen technologischen Innovation zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens beitragen kann.

Auf unserem Kongress im Dezember hat Olaf Meyer von der Königlich Dänischen Botschaft ausgeführt, dass in Dänemark nicht nur PROM und PREM zur Steuerung des Gesundheitssystems eingesetzt werden, sondern dass dieses auch zu 99% digitalisiert ist. Davon sind wir auch mit der ePA noch meilenweit entfernt.

Und stehen damit in Europa fast als Schlusslicht da. Das gilt jedoch nicht nur für das Gesundheitswesen, sondern genauso für sehr viele andere Bereiche des wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Lebens. Auch hier müssen wir in den nächsten Jahren den Anschluss schaffen, sonst fällt unser Land noch weiter zurück und könnte somit die ursprüngliche Führungsrolle, die wir früher in Europa eingenommen haben, nicht mehr wahrnehmen. Das ist insoweit höchst betrüblich, dass Europa weltpolitisch betrachtet nur dann eine Rolle spielen wird, wenn die beiden größten Länder im Herzen von Europa – das ist neben Deutschland auch Frankreich – wieder eine treibende Rolle übernehmen können. Deshalb ist es nicht nur für uns in Deutschland, sondern auch für Europa wichtig, dass wir hier wieder den Anschluss finden. Wie gesagt: weit über das Gesundheitswesen hinaus.

Dazu braucht man Geld, viel Geld. Wie steht es denn um die finanzielle Situation der GKV? Der Kanzlerkandidat der Grünen, Robert Habeck, schlägt nun gar die Besteuerung von Kapitalerträgen vor.

Zunächst einmal haben wir beim eben zurückliegenden Jahreswechsel den höchsten Beitragsanstieg in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland erlebt: Die Zusatzbeiträge sind im Durchschnitt um mehr als 1,2 Beitragssatzpunkte angestiegen und der durchschnittliche effektiv erhobene Zusatzbeitrag liegt seit dem Jahresbeginn bei 2,9 Prozent. Damit kommt der Gesamtbeitragssatz für die gesetzliche Krankenversicherung auf 17,5 Prozent. Dazu kommt aber noch, dass auch der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung um 0,2 Punkte angehoben wurde. Somit haben wir den – für den leider eingetretenen Fall, dass die Politik nicht handelt – von mir bereits vor drei Jahren vorhergesagten Beitragstsunami erlebt. Dieser Tsunami kommt durch die Kombination aus einem überdurchschnittlichen Ausgabenzuwachs auf der einen Seite und der Unterfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung auf der anderen Seite zustande. Das wiederum führt ganz zwangsläufig zu massiv steigenden Beiträgen. Die Politik hat diese bekannten Fakten nicht nur ignoriert, sondern die Krise sogar massiv verschärft.

Inwiefern?

Der notwendige Umbau der Krankenhauslandschaft steht außen vor, auch, dass dazu ein Transformationsfonds gebildet werden soll. Doch dass dieser in einer Dimension von 25 Milliarden Euro durch die Beitragszahlenden der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden soll, ist eine Fehlentscheidung. Darum muss es nach der Bundestagswahl zu einer Korrektur dieser gravierenden Belastung der GKV kommen, die aus Sicht vieler Experten auch verfassungswidrig ist. Dies ist auch geboten durch den Umstand, dass der unbestritten nötige Umbau der Krankenhauslandschaft überwiegend einen investiven Charakter trägt, für den nun einmal im Krankenhausbereich die Länder und der Staat verantwortlich sind. Wir Krankenkassen finanzieren mit den Geldern der bei uns versicherten Menschen doch schon die laufenden Ausgaben. Den Krankenkassen hier noch mal eine zusätzliche Hürde aufzuladen, ist weder gesetzlich noch ordnungspolitisch zu rechtfertigen. Wer so agiert, muss sich dann natürlich auch nicht wundern, wenn zum nächsten Jahreswechsel ein weiterer erheblicher Beitragssatzanstieg vorprogrammiert ist. Das halte ich für inakzeptabel und ist weder den Versicherten noch der Wirtschaft zuzumuten.

Sie fordern also …

… nach der Bundestagswahl zwingend eine Finanzreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei ist ein Diktum unumgänglich: Wir dürfen in Zukunft nicht mehr ausgeben, als wir einnehmen. Das heißt: Wir müssen zurückkommen zu einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik. Das bedeutet jedoch nicht, dass wir Leistungen kürzen oder einfrieren müssen. Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik bedeutet vielmehr, dass bei einer Prognose einer Einnahmesteigerung von – angenommen – vier Prozent pro Jahr sich die Ausgaben eben auch in diesem Korridor bewegen müssen und nicht wie bisher um sieben oder acht Prozent ansteigen können.

Ein hehres Ziel.

Aber ein erreichbares, indem wir – wie vorhin bereits angesprochen – im ambulanten ärztlichen Bereich eine Steuerung durch die Ärzteschaft einführen, die Notfallversorgung reformieren und mittelfristig

auch die Krankenhauslandschaft modernisieren. Dabei muss allen klar sein, dass alle strukturellen Maßnahmen, um Effizienzreserven zu erschließen, einen erheblichen zeitlichen Vorlauf benötigen. Was jedoch andererseits bedeutet, dass man endlich damit beginnen muss, sonst wird man damit nie fertig. Mit mutigen Schritten wird es möglich sein, die Beitragsspirale zu stoppen. Das werden wir aber nur dann schaffen, wenn dieses Thema zu den prioritären Punkten der neuen Bundesregierung nach der Bundestagswahl gehört.

Wobei das Thema Gesundheit so gut wie keine Rolle im Wahlkampf spielt. Bis auf den Kanzlerkandidaten der Grünen, der den Vorschlag gemacht hat, die Bemessungsgrundlage zu verbreitern, indem auch Kapitalerträge eingerechnet werden. Dafür wurde er im beispiellosen Ausmaß verbal angegriffen.

Das zeigt doch nur, dass auch bei gesundheitspolitischen Diskussionen die Nerven bei vielen Akteurinnen und Akteuren extrem angespannt sind.

Was halten Sie von Habecks Vorschlag?

Der Vorschlag ist nun nicht neu und wird seit vielen Jahrzehnten diskutiert. Der Vorschlag klingt ja auch auf den ersten Blick verlockend, hat aber einige recht gravierende Probleme.

Als da wären?

Das erste Problem besteht darin, dass der eigentlich richtige Gedanke, nach dem Menschen mit höherem Kapitaleinkommen nicht zuletzt auch aus Gerechtigkeitsgründen einen entsprechend höheren Beitrag zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben leisten sollten, alleine schon daran scheitern wird, dass die meisten Menschen mit hohen Kapitaleinkünften zum großen Teil überhaupt nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind. Wenn ich das noch verbinde mit hohen Freibeträgen für gesetzlich Versicherte mit niedrigen Kapitaleinkünften, lohnt sich das einfach nicht mehr und ist zudem mit einem extremen administrativen Aufwand verbunden. Schon diese Gründe sprechen dafür, dass dieser Ansatz nicht wirklich umsetzbar sein wird. Hinzu kommt noch die aktuelle Diskussion um eine breitere Vermögensbildung auch für Menschen mit niedrigen und mittleren Einkommen. Diese an sich richtige Diskussion bekommt jedoch eine Schlagseite, wenn sie mit der Aussage verbunden wird, dass genau jene aufzubauenden Vermögenserträge wiederum mit zusätzlichen Abgaben belastet werden, um die Krankenkassenbeiträge stabiler zu halten. Langer Rede kurzer Sinn: Ich rate davon ab, diesen Vorschlag weiter zu verfolgen.

Obwohl man ihn unter ordnungspolitischen Aspekten durchaus rechtfertigen kann.



Dipl.-Volksw. Andreas Storm

ist seit Januar 2017 Vorsitzender des Vorstandes der DAK-Gesundheit. Er verantwortet bei der DAK-Gesundheit die Bereiche Strategie, Finanzmanagement und Controlling sowie diverse Stabsstellen. Er macht die Kundenbedürfnisse und eine hohe Qualität in der medizinischen Versorgung zum Maßstab seines unternehmerischen Handelns.

Sicher. Wenn man die Belastung der Arbeitseinkommen begrenzen will, muss man logisch zwingend auch eine verstärkte Belastung anderer Einkunftsarten als die Lohneinkommen in Erwägung ziehen. Doch wird dieser an sich theoretisch überzeugende Gedanke wohl keine gesellschaftliche Akzeptanz finden.

Wobei es verwundert, dass das Thema Bürgerversicherung nicht wieder aufkommt.

Hier stehen wir möglicherweise vor einem Zeitenwechsel in der politischen Debatte. Vor rund zwei Jahrzehnten auf dem Höhepunkt der ersten Welle um das Modell der Bürgerversicherung – damals vor allen Dingen von Professor Karl Lauterbach selbst propagiert – gab es ein Standardargument gegen die Bürgerversicherung.

Das lautete: Alterungsrückstellungen?

Das auch, ich meine jedoch ein viel profaneres: Deutschland hat eines der besten Gesundheitssysteme der Welt! Selbst wenn der gesetzlich Versicherte vielleicht ein paar Tage länger warten muss als ein Privatversicherter, bis er einen Arzttermin bekommt, bekommt er doch – so das Narrativ – eine gute und schnelle medizinische Versorgung. Weil dem so ist, besser war, wäre es doch nahezu absurd, dieses erfolgreiche System zu verändern. Damit war die Diskussion sehr schnell beendet.

Doch heutzutage sieht die Situation völlig anders aus.

Nicht nur die OECD-Studie legt es nahe, dass unser früher so hochgelobtes deutsches Gesundheitswesen im internationalen Vergleich mittlerweile hinter viele unserer Nachbarländer zurückgefallen ist. Auch aus der Sicht der Bevölkerung hat die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens stark abgenommen und gleichzeitig sind die Wartezeiten für einen Facharzttermin in vielen Regionen angestiegen. Damit ist die Güte der Gesundheitsversorgung und das Thema der Vermittlung von Arztterminen zu einem gesellschaftspolitischen Sprengstoff geworden. Gerade das Argument, dass wir zumindest im Hinblick auf die Terminvergabe eine Zweiklassengesellschaft haben, hat mittlerweile eine sehr viel größere gesellschaftspolitische Relevanz, als das noch vor 20 Jahren der Fall war.

Was erwarten Sie?

Meine Prognose lautet, dass wir zwar keine Diskussion um die Einführung einer klassischen Bürgerversicherung wie vor 20 Jahren bekommen werden, dafür aber möglicherweise eine Diskussion um eine Angleichung der Verhältnisse zwischen Privat- und Kassenpatienten im ambulanten Bereich. Denn das ist der zentrale Bereich, in

dem sich GKV und PKV heute noch unterscheiden.

Wobei der rein subjektive Eindruck der Bevölkerung, die Qualität der Versorgung sei im Vergleich zu früher zurückgegangen, nicht auf den ambulanten Sektor beschränkt ist.

Widerspruch. Der Hauptgrund für die gefühlte Zweiklassengesellschaft im ambulanten Bereich – das wissen wir aus Befragungen, die das Institut für Demoskopie in Allensbach seit vielen Jahren zur Jahresmitte vorlegt – ist in allererster Linie die unbefriedigende Terminvergabe. Bis zum Beginn der Corona-Pandemie hatten wir sogar im internationalen Vergleich mit regelmäßig über 80 Prozent eine sehr hohe Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem deutschen Gesundheitssystem als solchem. Im vergangenen Jahr ist diese Zustimmung jedoch signifikant gesunken und liegt nur noch bei etwas über 60 Prozent. Einige Frühindikatoren lassen nun darauf schließen, dass die Zustimmung weiter abnehmen wird. Dabei ist zu beachten, dass die Befragung im vergangenen Jahr noch vor der Beitragslawine zum Jahreswechsel durchgeführt wurde. Von daher erwarte ich, dass die nächste Erhebung nach den gestiegenen Beitragsbelastungen noch einmal ein Treiber sein wird für einen weiteren Rückgang der Zustimmung der Bevölkerung zur Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens.

Im Grunde genommen zeichnen doch diese demoskopischen Befunde mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung nur das nach, was die Statistiken der OECD vermitteln.

Exakt: Wir fallen in Hinblick auf die Leistungsfähigkeit zurück. Das System ist ineffizient und die Bevölkerung nimmt das natürlich wahr.

Wird nicht die als unzureichend wahrgenommene Leistungsfähigkeit der Gesundheit zur Gefahr für das Demokratieverständnis?

Ich habe die Befürchtung, dass wir – falls wir nicht sehr rasch nach der Bundestagswahl zu einer umfassenden Reform des Gesundheitswesens in dem vorhin diskutierten Sinne kommen – Gefahr laufen, dass das Gesundheitswesen an einem Kipppunkt angekommen ist. Also zu einem Faktor wird, mit dem die Bevölkerung mit eigenem Erleben immer wieder untermauert und damit den Eindruck verfestigt, dass unser früher mal so gutes Gesundheitssystem zu den defizitären Elementen gehört, die inzwischen unser Land ausmachen. Das müssen wir unbedingt verhindern. Deshalb setze ich mich sehr dafür ein, dass die Gesundheitspolitik auf der Agenda der dringend anzugehenden Reformbereiche in der Priorität weit nach vorne kommt.

Es wird sich sicherlich auch nicht positiv auf die Zufriedenheit der Bevölkerung auswirken, wenn immer mehr Krankenhäuser im ländlichen Bereich geschlossen werden.

Wir haben hier schon fast den irrationalen Befund selbst nach nunmehr zwei Jahren intensiver öffentlicher Diskussion, dass die Bevölkerung am Hauptkriterium Wohnortnähe festhält. Und das, obwohl der Bundesgesundheitsminister und viele andere in zahlreichen Talkshows erklären, wie wichtig es ist, dass man sich bei einer ernsthaften Erkrankung in einem spezialisierten Krankenhaus behandeln lassen muss. Und dass dann das Kriterium der Wohnortnähe nun wirklich das allerletzte ist, was da ausschlaggebend sein sollte. Aber die Akzeptanz für die Qualität der Behandlung ist in der Bevölkerung in den meisten Bundesländern dadurch bedauerlicherweise nicht gestiegen. Wenn man dann noch sieht, wie sich die Parteien bei den letzten Landtagswahlen zum Teil mit Standortgarantien überboten haben, kann man wirklich große Zweifel haben, ob Deutschland überhaupt noch in der Lage ist, weitreichende strukturelle Verbesserung unseres Gesundheitssystems in die Wege leiten zu können. Trotzdem bin ich optimistisch, auch wenn es viele Jahre brauchen wird, bis der Umbau der Krankenhauslandschaft so weit vorangeschritten ist, dass wir dann erstens tatsächlich auch Effizienzreserven in finanzieller Hinsicht erschließen können und dann zweitens bei internationalen Vergleichen deutliche Fortschritte bei der Verbesserung im Hinblick auf wichtige Outcomeindikatoren machen.

Da brauchen wir sicher noch einen langen Atem.

Mich macht es jedoch ein Stück hoffnungsfroh, dass wir endlich wieder eine Qualitätsdiskussion führen, anstatt länger dem Narrativ nachlaufen, unser Gesundheitssystem habe per se eine sehr gute Qualität. Das ist aber leider schon lange nicht mehr so.

Braucht es nicht auch einen Paradigmenwechsel hin zu Pay for Outcome oder besser: per Result?

Das ist rein theoretisch ein sehr überzeugender Ansatz, aber in der Praxis ein sehr vermintes Feld. Das ist fast so ähnlich wie der Gedanke, aus Gerechtigkeitsgründen Kapitalerträge in die Beitragsbemessung einbeziehen zu wollen. Allerdings wäre es ein wahrer Game-Changer, wenn es gelänge, eine stärker qualitätsorientierte Vergütung umsetzen zu können. Wenn es gelingt – seien wir mal zuversichtlich – sollten wir das auch machen, auch wenn der Weg dahin kompliziert und steinig ist. Bis es so weit ist, sollten wir die vorher aufgeführten Maßnahmen zuerst angehen.

Zum Schluss zu einer weiteren aktuellen Diskussion: dem aktuell hohen Krankenstand.

Wir haben hier mehrere Phänomene zu berücksichtigen. Wir haben mit dem IGES Institut eine tiefgreifende Untersuchung gemacht, die analysiert, dass der gestiegene Krankenstand – vereinfacht gesagt – auf zwei Gründe zurückzuführen ist. Der Hauptgrund ist schlichtweg die Umstellung auf die elektronische Krankmeldung.

Wie das?

Nun, bei der elektronischen Krankmeldung wird diese automatisch an die Krankenkasse weitergereicht, was in der Vergangenheit nicht unbedingt der Fall war, als wir noch die gelben Scheine hatten. Von daher hatten wir früher schlichtweg eine Untererfassung der Krankheitsgeschehens. Will heißen: Wir haben zwar derzeit keinen Anstieg bei den Krankmeldungen, weil die früher eigentlich auch schon höher waren – das wusste aber keiner, weil ein Teil der Krankmeldungen nicht bei den Krankenkassen eingegangen ist. Das macht aber etwa 60 Prozent des Effekts gegenüber der Zeit vor Corona aus.

Das betrifft natürlich nur jene Krankmeldungen, bei denen die Krankenkassen noch kein Krankengeld bezahlen mussten, was ja erst nach einigen Krankheitstagen der Fall ist. Was ist mit dem Anstieg der „echten" Krankmeldungen?

Die gibt es natürlich. Sie beziehen sich vor allen Dingen auf zwei Krankheitsbilder: psychische Erkrankungen und Erkrankung der Atemwege. Die Daten aus dem Praxisalltag zeigen uns, dass wir hier tat-

Zitationshinweis

Storm, A., Roski, R., Stegmaier, P.: „Das Gesundheitswesen ist an einem Kipppunkt angekommen", in „Monitor Versorgungsforschung" (01/25), S. 16–21. http://doi.org/10.24945/MVF.01.25.1866-0533.2697

sächlich einen signifikanten Anstieg der Krankheitsfälle haben. Was jedoch definitiv nicht nachgewiesen werden kann, ist ein signifikanter Anstieg eines Missbrauchs – das oft durch die Medien geisternde Blaumacherphänomen, das durch die telefonische Krankschreibung ausgelöst worden sein soll. Selbstverständlich hat es immer schon Menschen gegeben, die sich krankmelden, obwohl sie nicht krank sind, doch ist der Anteil dieser Personengruppe – zumindest nach den statistischen Auswertungen, die mir vorliegen – nicht durch die telefonische Krankschreibung angestiegen. Ich hielte es von daher für ein verhängnisvolles Signal, die telefonische Krankschreibung wieder abschaffen zu wollen. Wir haben doch gerade während der Corona-Pandemie gelernt, dass es sinnvoll ist, bei bestimmten Erkrankungen eben nicht in die Arztpraxis zu gehen, sondern sich auf anderem Wege krankschreiben zu lassen – nicht nur zum eigenen Schutz, sondern insbesondere zum Schutz anderer Menschen.

Was ist mit dem im Zuge der aktuellen Diskussion ebenso ins Spiel gebrachten Karenztag?

Der ist im Hinblick auf Kosteneinsparungen von Unternehmen möglicherweise ein Instrument, über das man unter rein wirtschaftspolitischen Aspekten diskutieren kann. Gesundheitspolitisch halte ich einen Karenztag allerdings für kein geeignetes Instrument. Weil er erkrankte Menschen davon abhält, genau das zu machen, was sie tun müssen, damit sie möglichst bald wieder gesund werden. Deshalb halte ich es auch für ein fatales Signal, wenn nun zunehmend Unternehmen Prämien an Mitarbeitende zahlen, die sich nicht krankmelden. Sinnvoller wäre hier ein ganzheitlich organisiertes betriebliches Gesundheitsmanagement.

Die aktuelle Bundesregierung hat zahlreiche Reformvorhaben angestoßen. Welche Reformen oder Bestandteile davon sehen Sie als die wichtigsten an, und welche großen Probleme sind liegen geblieben?

Die allerwichtigste Maßnahme kam ja noch durch: Das war die Krankenhausreform. Bei der besteht allerdings die Gefahr, dass sie verfassungswidrig sein könnte, weil der Bund zum einen womöglich die verfassungsrechtlichen Rechte der Länder zu wenig beachtet hat, zum anderen – wie bereits gesagt – den Umbau der Krankenhauslandschaft durch den Transformationsfonds verfassungswidrig finanziert. Hier sehe ich ein erhebliches verfassungsrechtliches Risiko. Von daher wäre es wichtig, diese Defizite in der Konzeption der Krankenhausreform möglichst bald zu heilen und sehr schnell Korrekturen vorzunehmen. Darüber hinaus wird es natürlich darauf ankommen, dass die Bundesländer ihre Hausaufgaben machen, sodass der Umbau der Krankenhauslandschaft auch zügig beginnen kann. Ansonsten kann ich leider relativ wenig Bereiche benennen, in denen wir in letzten Legislatur tatsächlich weitreichende Fortschritte verzeichnen konnten. Das liegt vor allen Dingen daran, dass Bundesgesundheitsminister Lauterbach seine Reformprojekte so spät in der Legislatur begonnen hat und diese dadurch nicht mehr vor dem Aus der Ampelkoalition abgeschlossen werden konnten.

Als da wären?

Da nenne ich zum Beispiel die Reform im ambulanten Bereich mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz. Dazu kommen alle wichtigen Reformen im Bereich der Pflege wie die Strukturreform der sozialen Pflegeversicherung, die Aufwertung der Pflegeberufe mit dem Pflegekompetenzgesetz und die der Ausbildung im Pflegebereich mit dem Pflegeassistenzgesetz. Und natürlich die wichtige Notfallreform, die alle über die Startrampe geschickt worden sind, aber die den Zieleinlauf nicht geschafft haben. Die eben genannten Reformen müssen unbedingt gleich am Beginn der nächsten Wahlperiode erneut angeschoben werden.

Ihr Fazit der Gesundheitsreformen der 24. Bundesregierung?

Für die gesetzliche Krankenversicherung war diese Wahlperiode sehr enttäuschend. Der Grund dafür ist, dass die finanzielle Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung ebenso wie der sozialen Pflegeversicherung nicht nur nicht angegangen worden ist, sondern eine Reihe von Maßnahmen gemacht worden sind, die die Schieflage der GKV-Finanzen noch weiter verschärft haben. Das bedauere ich sehr. Deshalb ist für die neue Bundesregierung die Liste der abzuarbeitenden Themen eher noch länger geworden, als es die der jetzt abgelaufenen Wahlperiode war.

Nennen Sie doch zentrale Punkte, die schnell angegangen werden müssen in den ersten sechs Monaten der neuen Bundesregierung.

Das Erste ist die Reform der sozialen Pflegeversicherung. Hier haben wir eine akute Finanzierungskrise, die dazu führen könnte, dass die soziale Pflegeversicherung als erster Zweig unseres sozialen Sicherungssystems in den Graben fährt. Von daher ist es wichtig, dass eine grundlegende Reform der sozialen Pflegeversicherung in den ersten sechs Monaten auf den Weg gebracht wird. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung brauchen wir ebenfalls in den ersten sechs Monaten Weichenstellungen, wenn wir vermeiden wollen, dass sich die Beitragsspirale nicht auch zum kommenden Jahreswechsel nahezu unverändert fortsetzt. Darüber hinaus sollte man sehr schnell die von mir benannten Korrekturen der Krankenhausreform angehen, die Notfallreform und die Aufwertung der Pflegeberufe mit einem Pflegekompetenzgesetz auf den Weg bringen. In der zweiten Jahreshälfte sollte dann auch die Reform im ambulanten Bereich angegangen werden.

Die Gretchenfrage: Will die Politik diese Aufgabe endlich wirklich angehen oder verdrängt sie es weiter?

Mit großem Bedauern muss ich feststellen, dass der Stellenwert der Gesundheitspolitik im Moment noch nicht überall da ist, wo er eigentlich sein müsste. Am optimistischsten bin ich, dass grundlegende Reformen der sozialen Pflegeversicherung bereits in den ersten Monaten angegangen werden können, weil hier in einigen Wahlprogrammen der großen politischen Parteien sehr weitreichende Maßnahmen vorgeschlagen werden, sodass hier schnell eine rasche Verständigung erreicht werden dürfte. Allerdings haben wir gerade im Hinblick auf den drängenden Handlungsbedarf insbesondere für die Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung noch eine ganze Menge an Überzeugungsarbeit zu leisten, damit diese Themen am Ende nicht wieder auf der Strecke bleiben.

Herr Storm, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führten MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.



„Keine nachhaltige Gesu heitsversorgung ohne Da

Im Interview: Tessa Wolf (Head Corporate Affairs AstraZeneca Deutschland) und Prof. Dr. Wolfgang Greiner (Inhaber des Lehrstuhls für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement der Universität Bielefeld)

Zu den einigen Hundert Qualitätsindikatoren und Kennzahlen der Krankenhaus-Qualitätsberichte kommen nun weitere 292 „messbare Indikatoren, die spezifisch auf die Anforderungen des Gesundheitssystems zugeschnitten sind“ und die „ein detailliertes und messbares Bild der Nachhaltigkeit und Leistungsfähigkeit des Systems“ zeichnen sollen. Was sich die Beteiligten des NHI-Nachhaltigkeits-Indexes – Tessa Wolf (Head Corporate Affairs AstraZeneca Deutschland) und Prof. Dr. Wolfgang Greiner (Inhaber des Lehrstuhls für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement der Universität Bielefeld und wissenschaftlicher Berater des Projektes) – davon versprechen, erklären sie im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“.

>> „Die Qualitätssicherung hat sich in manchen Bereichen in einer Filigranität entwickelt, dass man sich ernsthaft die Frage stellen kann und muss, ob alles, was gefordert wird, am Ende des Tages tatsächlich die Patientenversorgung verbessert." Das erklärte der unparteiische Vorsitzende des G-BA, Prof. Josef Hecken, gegenüber dem „Deutschen Ärzteblatt" anlässlich der Veröffentlichung des 2023er Gutachtene der Regierungskommission zur Krankenhausreform. Mit dem Begriff „Filigranität" spricht Hecken ein Problem der Qualitätssicherung hauptsächlich der Krankenhäuser an, deren Qualitätsberichte 428 Qualitätsindikatoren und 129 Kennzahlen (Stand 2020) aufweisen. Das mündet doch in die Frage: „Messen wir mit den richtigen Indikatoren das Richtige?" Nun kommen Sie mit – Ihrer Aussage nach – weiteren „292 messbaren Indikatoren, die spezifisch auf die Anforderungen des Gesundheitssystems zugeschnitten sind" und die „ein detailliertes und messbares Bild der Nachhaltigkeit und Leistungsfähigkeit des Systems" zeichnen sollen. Herr Professor Greiner: Geht es da nicht wie bei der Qualitätssicherung frei nach dem Motto: „Viel gemessen, wenig verbessert"?

„Es braucht auch den politischen Willen, Zielwerte für diese Indikatoren im Sinne eines nachhaltigen und leistungsfähigen Gesundheitssystems zu definieren und deren Entwicklung zu messen."
Prof. Dr. Wolfgang Greiner

Greiner: Es kommt immer darauf an, was man mit den Indikatoren machen möchte. Sollen sie beispielsweise dafür genutzt werden, politische Entscheidungsprozesse zu unterstützen oder spezifische Versorgungsprogramme zu evaluieren, dann möchte ich Ihnen bzw. Prof. Hecken selbstverständlich recht geben. Das Risiko, bei einer schier unendlichen Zahl an Indikatoren den sprichwörtlichen Wald vor lauter Bäumen nicht mehr zu sehen oder auch den Blick fürs Wesentliche zu verlieren, ist hoch.

Mit dem Nachhaltigkeitsindex, welchen wir in Zusammenarbeit mit Vandage und AstraZeneca im letzten Jahr erstmals der Öffentlichkeit vorgestellt haben, war jedoch nicht das Ziel verbunden, in diesem sinnbildlichen Wald bereits einzelne Bäume zu sehen, sondern eher den Wald zu kartographieren. Welche Aspekte spielen in einem nachhaltigen Gesundheitswesen eine Rolle? Welche Daten wären zur Abbildung dieser Indikatoren geeignet und nützlich? Das waren Leitfragen, die wir uns zu Beginn gestellt haben. Und so sind auch die inzwischen 304 Indikatoren im Nachhaltigkeitsindex nicht final, sondern werden fortlaufend geprüft, aktualisiert und ergänzt. Gleichzeitig arbeiten wir daran, in einem nächsten Schritt Kernindikatoren zu definieren, also den Fokus auf das Wesentliche zu finden. Dies ist aber gar nicht so leicht, möchte man verschiedene Perspektiven auf das Gesundheitswesen sinnvoll in diesen wenigen, aber hochrelevanten Indikatoren abbilden. Hierzu sind Kriterien wie beispielsweise die Relevanz, Aktualität und ggf. auch die Beeinflussbarkeit entscheidend. Aktuell diskutiert das Team hinter dem Nachhaltigkeitsindex hierzu mit Expertinnen und Experten aus verschiedenen Versorgungsbereichen. Die Perspektive der Allgemeinbevölkerung mit einzubeziehen, fände ich zu einem späteren Zeitpunkt ebenfalls einen spannenden Gedanken.

Frau Wolf, würden Sie bitte erläutern, was zur Idee zum Nachhaltigkeitsindex (NHI) geführt hat, der in Zusammenarbeit mit VANDAGE und Prof. Greiner von der Universität Bielefeld erstellt wurde? Was wollen Sie damit als forschendes Pharmaunternehmen erreichen?

Wolf: Wir hatten bereits vor dem Nachhaltigkeitsindex ein Projekt, bei dem es um die Bewertung der Resilienz von Gesundheitssystemen verschiedener Länder ging. Deutschland war eines davon. Dabei konnten wir feststellen, dass es viele Daten gibt, aber keine Quelle, die alle relevanten Daten zusammenfasst. So ist die Idee zum Nachhaltigkeitsindex entstanden. Denn wie in anderen Leistungsbereichen sollte auch bei der Messung der Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen eine klare Zielsetzung zugrunde liegen. Dies wollen wir mit dem Nachhaltigkeitsindex unterstützen, da Aussagen zum Zustand des Gesundheitssystems datenbasiert getroffen werden sollten. Und wir sehen, dass eine ausreichend gute Datenlage bereits vorhanden ist. So liegen für 83 Prozent der Indikatoren Daten vor. Allerdings besitzen 80 Prozent der Indikatoren keine Ziele, was eine effektive Bewertung wiederum stark eingrenzt.

Die Gretchenfrage, Frau Wolf, lautet: Warum genau investiert AstraZeneca in dieses sicher wichtige Thema Zeit und Geld? Aus welchem Budgettopf kommt das Geld dafür?

Wolf: AstraZeneca definiert Nachhaltigkeit in drei großen Bereichen: die ökologische, die soziale und die finanzielle Nachhaltigkeit. In allen Bereichen haben wir Projekte, um diesem wichtigen Thema ganzheitlich zu begegnen. Denn eine nachhaltige Gesellschaft kann es ohne ein nachhaltig aufgestelltes Gesundheitssystem nicht geben. Unser Ziel ist somit klar, das Gesundheitssystem gemeinsam mit vielen Partner:innen so zu gestalten, dass es auch für kommende Generatio-nen zugänglich, sicher und nachhaltig leistungsfähig ist.

„Der NHI soll durch die fortlaufende Ergänzung um weitere Daten kontinuierlich verbessert werden. Er soll so belastbare Informationen für nachhaltige, evidenzbasierte Entscheidungen im Gesundheitswesen liefern", steht im AstraZeneca „NHI Dossier" (1) zu lesen. Herr Professor Greiner: Sie wissen es doch als langjähriges Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beim Bundesgesundheitsministerium ganz genau: „belastbare Informationen" sind das eine, wirklich nachhaltige, evidenzbasierte politische Entscheidungen das andere. Was soll, ja was muss sich ändern?

Greiner: Es benötigt Veränderungen sowohl auf der Informations- als auch auf der Entscheidungsseite. Denn während es in Deutschland wahrlich nicht an Daten mangelt, sind diese aber häufig fragmentiert und an unterschiedlichsten Stellen bei verschiedenen Partnern

zugänglich. Zum Teil für alle Interessierten, zum Teil nur über wissenschaftliche Use-Files. Eine Initiative wie der Nachhaltigkeitsindex hilft in einem ersten Schritt dabei, diese Vielzahl an Datenquellen zusammenzuführen. Durch die angesprochenen Kernindikatoren werden diese Daten dann auch für politische Entscheidungsprozesse nutzbar. Allerdings braucht es dann auch den politischen Willen, Zielwerte für diese Indikatoren im Sinne eines nachhaltigen und leistungsfähigen Gesundheitssystems zu definieren und deren Entwicklung zu messen. Wir erleben in der jüngeren Vergangenheit, dass sich Politik dem Gedanken messbarer Ziele auch in der Gesundheitsversorgung öffnet, und das nicht immer mit positivem Ausgang, siehe beispielsweise die bislang nicht erreichten Einsparziele aus dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz. Das Beispiel zeigt aber auch, dass es quasi alternativlos ist, stärker in einen Zieldefinitions- und Evaluationszyklus zu investieren. Nur dann wird es auch auf politischer Ebene möglich sein, die Wirksamkeit politischer Entscheidungen zu bewerten und ggf. kurzfristig nach- oder gegenzusteuern.

Nehmen wir ein Fallbeispiel aus dem NHI, das auch im Dossier (1) kurz angerissen wird. Da steht: „Das Ziel, die vorzeitige Sterblichkeit bei Männern und Frauen zu reduzieren, ist in Gefahr. Eine Verbesserung um 31 Prozent ist nötig, die z. B. durch Gesundheitsprävention und eine höhere Resilienz gegenüber Pandemien erreicht werden kann." Herr Prof. Greiner: Welche Indikatoren führen zu dieser sicher richtigen These und welche Stellschrauben müssen bewegt werden, damit Deutschland in puncto Sterblichkeit wieder besser dasteht?

Greiner: Ich bin sicher, dass grundsätzlich eine effizientere Ressourcenallokation im Gesundheitswesen dazu beitragen kann, auch in finanziell herausfordernden Zeiten für die gesetzlichen Krankenkassen in eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung zu investieren. Aspekte wie die Digitalisierung von Verwaltungs- und Versorgungsprozessen, eine stärkere Evidenzbasierung im Leistungskatalog der GKV oder das Erschließen von Präventionspotenzialen sind hier sicherlich zu nennen. Auch der Zugang zu qualitätsgesicherter Versorgung ist ein entscheidender Punkt, bei welchem eine stärkere Datenorientierung helfen kann, positive Effekte für die Gesundheitsversorgung zu erzielen. Die gute Nachricht: Die Daten, wie gut Versorgungspfade heute an qualitätsorientierenden Vorgaben zum Beispiel aus medizinischen Leitlinien erfolgen, sind bereits da und müssen nicht erst erhoben werden. Bei den einzelnen gesetzlichen Krankenkassen oder auch dem durch das GDNG neu aufgestellten Forschungsdatenzentrum Gesundheit am BfArM liegen versorgungsnahe Daten, welche zukünftig noch stärker für eine kontinuierliche Bewertung der Versorgung und der Identifikation von Effizienzpotenzialen genutzt werden sollte. Da im GDNG der potenzielle Nutzerkreis dieser Daten deutlich erweitert wurde, bin ich davon überzeugt, dass wir in dieser Hinsicht in den kommenden Jahren schnelle Entwicklungen beobachten werden.



Tessa Wolf

leitet seit Mai 2024 die Abteilung Corporate Affairs bei AstraZeneca und vertritt diese Themen auch in der Geschäftsleitung. Tessa Wolf schloss ihr Studium der Lebensmittelchemie 1998 in Hamburg ab. Nach diversen beruflichen Stationen wie z. B. einem wissenschaftlichen Fachverlag und einem wissenschaftlichen Veranstaltungsanbieter, fand sie ihren Weg in die Pharmaindustrie. Hier ist sie seit mehr als 20 Jahren in den Bereichen Gesundheitspolitik, Market Access (national und regional) und Patientenarbeit aktiv.

Was kann ein forschendes Pharmaunternehmen hier tun?

Wolf: Gesundheitsprävention ist eine unserer Kernaufgaben. Wir erforschen und entwickeln Arzneimittel, die für Menschen Krankheiten lindern, das Fortschreiten verzögern oder sogar heilen sollen. Gleichzeitig sehen wir uns aber auch als Partner im Gesundheitssystem, um es resilienter aufzustellen. Aus unserer Sicht braucht es dazu wie zuvor beschrieben klare und messbare Ziele. Ein konkretes Nachhaltigkeitsziel könnte also eine stärkere präventive statt kurative Ausrichtung der Gesundheitsversorgung sein, idealerweise dann auch noch quantifizierbar.

Nur 80 Prozent der von Vandage und Ihnen definierten 292 Indikatoren, die zur Messung der Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems definiert wurden, weisen Zielvorgaben vor. Wie wollen, wie können Sie das ändern Herr Prof. Greiner?

Greiner: Es braucht jemanden, der den Mut und Willen hat, Ziele für ein nachhaltiges und leistungsfähiges Gesundheitswesen nicht nur zu definieren, sondern auch regelmäßig zu evaluieren. In der Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung finden sich beispielsweise nur eine Handvoll von Makro-Indikatoren zum Gesundheitswesen, darunter das Ziel, den Anstieg der Adipositasquote bei Kindern- und Jugendlichen dauerhaft zu stoppen. Das es auch im Bereich der Nachhaltigkeit etwas konkreter geht, hat der Krankenkassendienstleister GWG in diesem Jahr gezeigt, als er erstmalig Nachhaltigkeitskriterien in Generika-Ausschreibungen inkludierte.

Die jährliche Bewertung der Indikatoren mithilfe aktueller Daten und die Ermittlung von Tendenzen sollen die Ableitung von Handlungsempfehlungen durch einen Expertenrat im Rahmen der „Partnerschaft Zukunft Gesundheit" ermöglichen, ist in einer Pressemeldung zum NHI zu entnehmen (2). Was verbirgt sich dahinter?

Greiner: Die drei Begriffe beschreiben es ganz gut, mehrere Akteure („Partnerschaft") bewegen Zukunftsfragen, wie eine nachhal-

Zitationshinweis

Wolf, T., Greiner, W., Stegmaier, P.: „Keine nachhaltige Gesundheitsversorgung ohne Daten", in „Monitor Versorgungsforschung" (01/25), S. 22–25. http://doi.org/10.24945/MVF.01.25.1866-0533.2684

tige und leistungsfähige Gesundheitsversorgung („Zukunft Gesundheit") auch in den kommenden Jahren bei allen demografischen, finanziellen und gesellschaftlichen Herausforderungen weiterhin sichergestellt werden kann. Ich freue mich, dafür einen Input leisten zu dürfen, aber es braucht immer mehrere Perspektiven, um tragfähige und innovative Lösungskonzepte zu entwickeln.

Bei unserem 13. MVF-Fachkongress (3) beschäftigten wir uns im Dezember 2024 mit PROM und PREM, die in Deutschland im Gegensatz zu einigen anderen EU-Ländern (wie etwa Dänemark, die Niederlande, die Schweiz) noch nicht konsequent und strukturiert gemessen und eingesetzt werden. Gehören in Ihre NHI-Faktorenbündel auch PROM und PREM?

Wolf: Weniger, als wir gerne hätten. Der NHI sammelt derzeit öffentlich verfügbare Daten. Noch sind wir mit PROM und PREM nicht so weit. Es wäre aber sicherlich sinnvoll, diese bei Verfügbarkeit zu ergänzen. Letztlich muss jedoch klar sein, dass wir keine nachhaltige Gesundheitsversorgung haben können, wenn wir notwendige Daten nicht umfassender für alle zugänglich machen, um darauf basierend Nachhaltigkeitskennzahlen festlegen zu können und diese dann zu messen und zu bewerten.

Greiner: Das ist in der Tat ein spannender nächster Schritt, Patientenpräferenzen und Erfahrungen in einen solchen Index einzubeziehen. Ich sehe den Nutzen dabei eher auf Ebene der Entwicklung von Zielen als den Indikatoren selbst. Indikatoren sollten niedrigschwellig aktualisierbar sein, was bei einer direkten Patientenbeteiligung nur mit einem gewissen Aufwand zu bewerkstelligen ist. Ziele zu entwickeln ist ebenfalls nicht trivial, kann aber sehr von der direkten Versorgungsperspektive profitieren, wenn es beispielsweise darum geht, relevante Mindestschwellen für einen positiven Effekt in einem versorgungsbezogenen Indikator zu definieren.

Frau Wolf und Herr Prof. Greiner, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.



Prof. Dr. Wolfgang Greiner

ist Inhaber des Lehrstuhls für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement der Universität Bielefeld. Vor seiner Berufung war er an der Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, einer Gemeinschaftseinrichtung der Universität Hannover und der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), als Forschungsleiter tätig. Seine Promotion 1998 behandelte Kosten-Nutzen-Analysen im Gesundheitswesen am Beispiel der Nieren- und Lebertransplantationen.

Literatur/Links:
1: https://t1p.de/e87ur
2: https://www.partnerschaft-zukunft-gesundheit.de/
3: https://t1p.de/mztmn

Neues VF-Lehrbuch erschienen

>> Das Lehrbuch „Versorgungsforschung Theorien-Methoden-Praxis" richtet sich an Studierende, Lehrende und Forschende sowie Interessierte aus den Bereichen Versorgungspraxis, Forschungsförderung, Selbstverwaltung und Gesundheitspolitik. Es vermittelt einen vertiefenden Überblick über das Fach Versorgungsforschung und orientiert sich dazu an den aktuellen Empfehlungen für ein Kerncurriculum. Das Buch beschreibt die zentralen Gegenstände der Versorgungsforschung und vermittelt die Theorien und Methoden des Faches. Es gibt zudem Antworten auf die Frage, wie Forschungsergebnisse in die Praxis umgesetzt werden können. Eine Beschreibung der verschiedenen Anwendungsfelder der Versorgungsforschung rundet das Buch ab.

Das Buch ist im Springer Wissenschaftsverlag erschienen und als E-Book oder Hardcover erhältlich. Es kann von Mitglieder einer teilnehmenden Einrichtung des DEAL mit dem Verlag Springer Nature kostenlos heruntergeladen werden. Die entsprechende Liste* ist einsehbar. <<

Link: https://t1p.de/hgdks

„Verabschieden und umsetzen"

>> „Unser Gesundheitswesen steht, bedingt durch die demografische Entwicklung, schon heute unter enormem Druck und dieser wird sich verschärfen", prognostiziert DBfK-Präsidentin Vera Lux. „Es braucht grundlegende Reformen, die nicht nur kurativ, sondern auf Gesundheitsförderung und Prävention ausgerichtet sind. Dazu ist eine Umverteilung von Aufgaben zwischen den Gesundheitsberufen notwendig. Die Profession Pflege wird dabei eine Schlüsselrolle spielen, für die dringend der Weg geebnet werden muss." Der DBfK richtet sich daher mit einem Papier* an die zukünftige Bundesregierung und fordert darin acht Punkte. Mit dem Pflegekompetenzgesetz sei aus des DBfK bereits der richtige Weg eingeschlagen. Das war vor Jahresende ein gutes und wichtiges Signal an die Profession Pflege, dass es voran geht. „Die neue Regierung muss sich ohne weitere Verzögerungen um diese Gesetze kümmern. Das Motto ist: verbessern, verabschieden, umsetzen", so Lux. <<

* https://t1p.de/668yn



13. MVF-Fachkongress im Raum Alliance der AOK Nordost, Berlin

Der weite Weg hin zu einer patientenzentrierten Versorgung

„Haben wir alle dieselbe Vorstellung davon, was patientenzentrierte Versorgung bedeutet? Verfolgen wir einen gemeinsamen Ansatz oder sind unsere Vorstellungen so unterschiedlich, dass am Ende wenig bis gar keine patientenzentrierte Versorgung übrig bleibt?" Mit diesen zentralen Fragen ihrer Keynote stimmte Daniela Teichert, die Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost, die Teilnehmer des 13. MVF-Fachkongress auf das Thema ein: „Mit PROM und PREM zu Patient Centered Care".

>> „Warum sprechen wir nicht einfach von patientenzentrierter gesundheitsversorgung statt von Patient Centered Care?", lautete einer ihrer Vorschläge. Vielleicht, so Teichert weiter, verliere man damit vielleicht ein wenig an internationaler Anerkennung, dafür erhalte man aber mehr Zustimmung hierzulande, besonders in jenen Regionen, in denen die AOK Nordost tätig sei – von der Prignitz bis nach Berlin Reinickendorf. Für den Kongress und auch für die Zeit danach erläuterte sie die Definition ihrer Krankenkasse dafür: „Patientenzentrierte Versorgung bedeutet, die Menschen in den Mittelpunkt zu stellen, mit all ihren Bedürfnissen, Wünschen und Erwartungen. Patientenzentrierte Versorgung bedeutet aber auch, den Patient:innen und Patienten sowie deren Angehörigen all jene Informationen an die Hand zu geben, die sie benötigen, um gemeinsam mit ihren Behandlerinnen und Behandlern informierte Entscheidungen treffen zu können". Patientinnen und Patienten, die auf diese Weise betreut würden, seien in der Lage, ein höhere Gesundheitskompetenz entwickeln und zunehmend besser in der Lage sind, ihre eigene Gesundheit zu bewerten und zu managen.

Doch sei auf der anderen Seite auch mehr Ergebnisorientierung im Gesundheitswesen. notwendig. „Für uns bei der AOK Nordost ist die zentrale Frage, wie gut das Ergebnis für jede erkrankte Person ausfällt", gab die Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost ihre Zielformulierung vor. Denn: „Mehr Patientenzentrierung und mehr Ergebnisorientierung gehen dabei Hand in Hand. Je mehr wir uns auch Patientenzentrierung fokussieren, desto stärker rücken Ergebnisse in den Mittelpunkt und werden besser." Deutschland brauche die Bereitschaft zu einem höheren Maß an Ergebensorientierung, um zu besseren Ergebnissen zu kommen. Diesen Ansatz verfolge ihre Kasse seit vielen Jahren im Rahmen der egstzlichen Möglichkeiten, beispielsweise durch Angebote wie „Mein AOK Gesundheitsnetz" und diverse Projekte, die Pay for Result-Ansätze umzusetzen. Und teilweise hätten solche Projekte nach dem Beweis der Wirtschaftlichkeit und einem engen Monitoring der Qualität sogar den Weg in das Sozialgesetzbuch geschafft. Teicherts Startpunkt für den 13. MVF-Fachkongress:

Dokumentation des 13. Fachkongresses von „Monitor Versorgungsforschung"

Hier finden Sie alle Vorträge und Audiofiles sowie die beiden Podiumsdiskusionen, die dank der Unterstützung durch unsere Beiräte open access verfügbar sind:

https://t1p.de/7wla4

Mit PROM und PREM zu Patient Centered Care

Versorgungssteuerung / Endpunkte bei „besonderen Therapiesituationen"

monitor VERSORGUNGS FORSCHUNG



Keynote von Daniela Teichert, AOK Nordost

Die Keynote von Daniela Teichert zum Thema "Von PROM und PREM zur Patient Centered Care" stellt wichtige Fragen zur patientenzentrierten Versorgung und deren Umsetzung:

Patientenzentrierte Versorgung:
- Definition: Menschen mit ihren Bedürfnissen und Erwartungen in den Mittelpunkt stellen
- Ziel: Informierte Entscheidungen ermöglichen, Gesundheitskompetenz fördern
- Vorschlag: Begriff "patientenzentrierte Gesundheitsversorgung" statt "Patient Centered Care"

Ergebnisorientierung im Gesundheitswesen:
- Fokus auf gute Ergebnisse für jeden Patienten
- Zusammenhang zwischen Patientenzentrierung und besseren Ergebnissen

Systemische Dimension:
- Notwendigkeit einer stärkeren Ergebnisorientierung im deutschen Gesundheitssystem
- Ansatz des "Pay for Performance" der AOK Nordost

PROMs und PREMs:
- Wichtige Instrumente zur Weiterentwicklung patientenzentrierter Versorgung
- Erfahrungen aus einem Rheumavertrag mit patientenbezogenen Befragungen
- Herausforderungen: Effizienz, Kosten, breite Anwendbarkeit

Offene Fragen:
- Rolle von PROMs und PREMs: Steuerungsinstrument oder Mittel zur Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung?
- Zentrale oder dezentrale Umsetzung?
- Möglichkeiten der effizienten und kostengünstigen Implementierung

Daniela Teicherts Keynote regt zur Diskussion an, wie patientenzentrierte Versorgung und Ergebnisorientierung im Gesundheitswesen weiterentwickelt und verbessert werden können

Olaf Meyer, Kgl. Dänische Botschaft: „Wie in Dänemark mit PROM (PREM) die Versorgung zum Nutzen aller gesteuert wird"



Meyer beschreibt in seinem Vortrag das dänische Pro-Programm im Gesundheitswesen, das 2016 eingeführt wurde.

Gesundheitssystem in Dänemark
Das dänische Gesundheitssystem ist dezentral organisiert und funktioniert auf drei Ebenen:
- Nationale Ebene: setzt Rahmenbedingungen
- Regionale Ebene: zuständig für Krankenhäuser, Ärzte, psychiatrische Behandlung
- Kommunale Ebene: verantwortlich für Rehabilitation und Pflege

Pro-Programm
Das Pro-Programm hat folgende Hauptziele:
- Patientenorientierung: Der Patient steht im Mittelpunkt
- Digitalisierung: 99% der Gesundheitsprozesse sind digitalisiert
- Informationsaustausch: Standardisierte Fragebögen über verschiedene Sektoren hinweg

Zentrale Merkmale
- Hoher Digitalisierungsgrad
- Starke Zusammenarbeit zwischen Behörden
- Pragmatischer Ansatz
- Großes Vertrauen in Institutionen

Besonderheiten:
- Elektronische Patientenakten
- Patienten können eigene Daten einsehen
- Datennutzung für Qualitätsverbesserung und Forschung

Das dänische Pro-Programm zielt darauf ab, den Gesundheitsprozess transparenter, individueller und patientenorientierter zu gestalten.

BEREICHE IM NATIONALEN PRO-PROGRAMM

Bereich	Status
Schlaganfall	Forschungsprojekt: PRO für kognitiv beeinträchtigte Patienten
Arthrose (Knie und Hüfte)	im Einsatz
Screening auf Depression bei somatischen Patienten	Integriert in viele Fragebögen
Schwangerschaft	im Einsatz
Diabetes	im Einsatz
Herzrehabilitation	im Einsatz
Psoriasis	im Einsatz
Palliativversorgung	Im Einsatz (ist Teil des nationalen Krebsplans in DK)
Herzinsuffizienz	Evaluation
Chronische Schmerzen	Pilot test
COPD	In Entwicklung
Gesundheitsgewohnheiten	Module werden in Pilotversuchen getestet
Krebs	Vorläufige Analyse

Cordula Mühr, Patientenvertreterin im G-BA: „Wie Versorgungssteuerung mit PREM und PROM aus Patientensicht Sinn stiften kann"



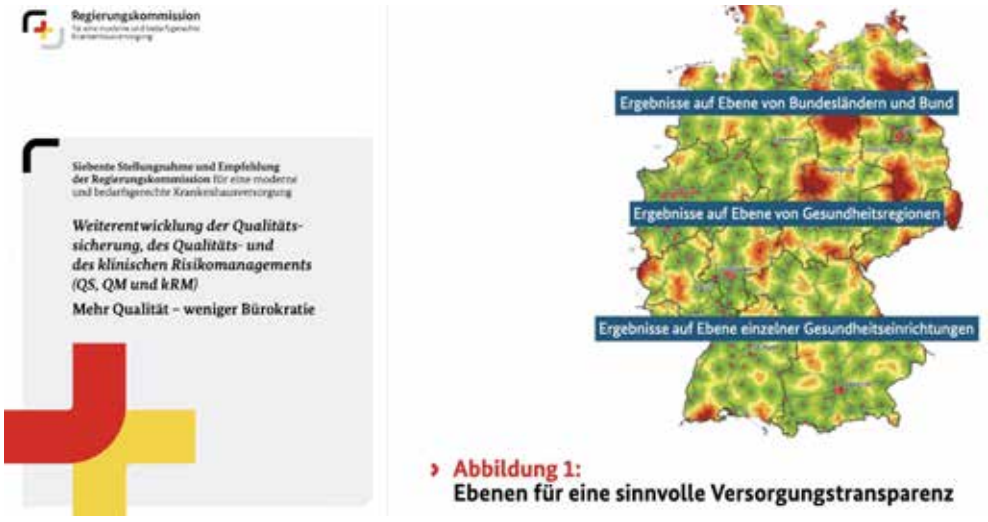
Cordula Mühr beschreibt die Perspektive einer langjährigen Patientenvertreterin zum deutschen Gesundheitssystem und dessen Herausforderungen.

Kernpunkte der Patientenversorgung:
- Das Hauptziel der Gesundheitsversorgung sollte ein gutes gesundheitliches Outcome für Patienten sein
- Patientenbefragungen sind wichtig, müssen aber auch ernst genommen und in die Versorgung integriert werden
- Die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten muss verbessert werden

Aktuelle Probleme:
- Das deutsche Gesundheitssystem ist sehr komplex und für Patienten schwer zu durchschauen
- Qualitätsindikatoren messen hauptsächlich medizinische Aspekte, nicht Patientenerfahrungen
- Die Kosten steigen, während die Versorgungsqualität nicht besser wird

Positive Entwicklungen:
- Neuerdings werden Patientenbefragungen bei Herzkatheteruntersuchungen durchgeführt
- Es gibt Bestrebungen, die Patientenorientierung in Qualitätsmodellen zu stärken
- Neue Projekte zielen darauf ab, die Arzt-Patienten-Kommunikation zu verbessern

Handlungsbedarf:
- Stärkere Einbeziehung von Patientenperspektiven
- Transparentere Darstellung von Versorgungsergebnissen
- Entwicklung verbindlicher und einheitlicher Befragungsinstrumente



› **Abbildung 1:**
Ebenen für eine sinnvolle Versorgungstransparenz

Insgesamt plädiert Cordula Mühr für eine stärker patientenzentrierte Gesundheitsversorgung, die den Nutzen und die Erfahrungen der Patienten in den Mittelpunkt stellt.

„Patient Reported Outcomes und Experience Messures sind für uns wichtige Werkzeuge, um die patientenzentrierte Versorgung weiterzuentwickeln."

Benchmark Dänemark

Um das Thema PROM und PREM umfänglich darstellen zu können, haben sich Herausgeber Prof Dr. Reinhold Roski und Chefredakteur Peter Stegmaier entschieden, nach der Themeneinführung und Keynote Benchmarks an den Beginn und Schluß des Fachkongresses zu stellen. Den Anfang machte Olaf Meyer, Senior Advisor Health der Königlich Dänischen Botschaft in Berlin. Er führte in seinem Vortrag aus, wie in Dänemark mit PROM die Versorgung zum Nutzen aller gesteuert wird. Der eindeutige Vorteil in Dänemärk ist, dass laut Meyer dort 99% aller Prozesse im Gesundheitswesen digitalisiert sind. Nach dem Grundgedanken, dass der Patient tatsächlich im Mittelpunkt aller Prozesse steht, seien alle Prozesse digitalisiert, von der Terminvereinbarung über Rezepte, Medikationsdatenbanken, Impfungen, Oatientenunterlagen und Diagnosen bis hin zu telemedizinischen Anwendungen – egal, wo die Leistung stattfindet, ob beim Hausarzt, im Krankenhaus, im Pflegeheim in der Apotheke oder der Pflege im häuslichen Bereich. Auf Basis dieses hohen Digitalisierungsgrads und der dafür vorhandenen technischen Infrastruktur wurde dann in Dänemark auf Empfehlung eines internationales Expertengremiums und mithilfe eines nationalen Lenkungsausschusses, besetzt mit Mitgliedern aus allen Bereichen des Gesundheitssystems, die nationale PRO-Initiative und das das nationale PRO-Sekretariat ins Leben gerufen – dies allerdings bereits 2016.

Mit dem Ziel, einen Rahmen für den Einsatz von PRO in der täglichen klinischen Praxis und zur Qualitätsverbesserung in allen Teilen des Gesundheitssektors zu schaffen, wurde 2017 in der jährlichen Wirtschaftsvereinbarung eine finanzielle Festlegung zwischen Staat, Regionen und Gemeinden zur Entwicklung und Umsetzung von PRO als Teil der Strategie zur Schaffung patientenorientierterer und kohärenterer Behandlungsverläufe geschaffen. Ziel des PRO-Programm ist es dabei, alle erzeugten Information aktiv in der Begegnung zwischen Patientenschaft und medizinischen Fachpersonal zu verwenden, als Teil der Vorbereitung auf die klinische Begegnung sowohl für den Patienten als involvierte Fachpersonal. Alle PRO-Daten sind zudem Teil der elektronischen Patientenakte, die von allen medizinischen Fachkräften sektorübergreifend abgerufen werden können, die eine Behandlungsbeziehung zum betreffenden Patienten haben. PRO-Daten werden aber nicht nur in der direkten Patientenbehandlung eingesetzt, um individuelle Prozesse zu verbessern und eine Eigenbeteiligung an der Behandlung sicherzustellen, sondern können anschließend in einer passiven Verwendung auch in der Qualitätsmanagement und -sicherurng und der Forschung verwendet werden.

Benchmark Schweiz

Ähnlich wie die Dänen gehen die Eidgenossen vor, wie Carolin Kamann, Business Development-Managerin des Leipziger Softwareunternehmens Raylytic, in ihrem Vortrag „PROM & PREM: Erfahrungen aus der Schweiz" ausführte. Laut Kamann hat auch die Schweiz das Ziel, die Qualität der Behandlung, den Einbezug der Patient:innen und die Effizienz des gesamten Gesundheitssystems zu erhöhen. Um PROMs einzuführen, wurden seit 2019 verschiedene Initiativen sowohl auf nationaler als auch auf kantonaler Ebene sowie 2021 eine umfassende Qualitätsstrategie durch das BAG (Bundesamt für Gesundheit der Schweiz) gestartet.

Wie auch die Dänen haben die Schweizer 2021 eine unabhängige ausserparlamentarische Expertenkommission, die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK), gegründet. Diese hat unter anderem den Auftrag, Empfehlungen für die Implementierung für eine flächendeckende Erhebung von PROMs auszuarbeiten. Dazu wure zunächst ein Softwareanbieter für die ganze Schweiz gesucht, aber schell erkannt, dass viele Krankenhäuser und Kassen bereits eigene Systeme einsetzen. Darum sei den den Playern und den Kostenträgern deutlich mehr Freiraum gegeben worden, doch sei das Ziel das gleiche gebleiben: ein einheitliches Qualitätsmonitoringsystem einzuführen. Dabei ist es sowohl den Schweizer Kantonalregierungen als auch dem EQK wichtig, nicht an der Basis vorbei zu arbeiten, sondern mit den jeweiligen Institutionen, Leistungsträgern und mit den Kostenträgern gemeinsam zu entscheiden, wie PROMs erhoben werden sollen. Erst danach wurden Pilotprojekte durchgeführt, die in obligatorische Qualitätsverträge münden, ind denen dann bestimmte Qualitätsindikatoren mittels Performance-Verträgen vergütet werden.

Um die Entwicklung der Messung von Outcomequalität in der Schweiz voranzutreiben, beschloss die EQK in der Folge, die Umsetzbarkeit verschiedener Indikatoren zu testen und anschliessend Empfehlungen an das BAG abzugeben. Dafür schrien die Kommission einen Auftrag für ein Pilotprojekt zu PROMs aus, der die Erhebung inhaltlich, organisatorisch und technisch pilotieren sollte. Nach der öffentlichen Ausschreibung hat die EQK 2023 ein erstes Pilotprojekt zur sektorübergreifenden Implementierung von PROMs namens „Open PROMs" an ein Konsortium von Berner Fachhochschule, Brightfish B.V., MIDATA Cooperative und die Krankenhausgruppe Inselspital vergeben. Dauer: 01.07.2023–31.07.2025. Danan folgte die öffentliche Ausschreibung eines zweiten Pilotprojektes zu sektorübergreifenden PROMs, um diejenigen Leistungserbringer zu unterstützen, die aktuell einen Partner suchen. Ausschreibungsabgabe: 23.12.24. Zeitplan: 01.04.2025–30.09.2027.

Status Deutschland

In Deutschland sieht es bei PROM und PREM nicht so rosig aus, auch wenn es selbst hierzulande einige Hoffnungsschimmer gibt. Welche das sind, verdeutlichte , Dr. Christoph Pross, Senior Research Fellow im Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der TU Berlin, in seinem Vortrag mit dem Titel „PROMs und PREMs zur Umsetzung von Value-based Healthcare in Deutschland: Wo stehen wir und was sollten wir jetzt tun?" Nach seinen Einlassungen zu den Ergebnissen des Bertelsmann Reports „PROMs im internationalen Vergleich", auf den auch Marion Grote-Westrick (Bertelsmann Stiftung) und Dr. Matthias Arnold (inav) eingingen, stellt er Ergebnisse der beiden Forschungsprojekte „PROMoting Quality" und „PROMchronic" vor. Sein Eingangsstamement lautete dennoch: „Deutschland hinkt im internationalen Vergleich derzeit hinterher."

Ziel der vom Innovationsfonds geförderten „PROMoting Quality"-Studie war es nach Pross, den Einsatz von ePROMs in der Endoprothetik zur Bewertung der gesundheitlichen Entwicklung aus der Patienten-

Bertram Häussler, IGES Institut: „Was brauchen wir für ein lernendes Gesundheitssystem?"



Häussler behandelt in seinem Vortrag das Konzept des lernenden Gesundheitssystems aus der Perspektive eines Experten und beschreibt verschiedene Aspekte der Wissensgewinnung und -entwicklung im Gesundheitssektor.

Kernpunkte des Lernens: Unterschieden werden drei Lernarten:
- Klassisches Lernen: Reines Auswendiglernen
- Feedback-basiertes Lernen: Rückmeldungen zu eigenen Handlungen
- Generatives Lernen: Aktive Wissensgenerierung, als zukunftsweisendster Ansatz

Lernebenen im Gesundheitssystem

Das Lernen findet auf drei zentralen Ebenen statt:
- Ärztlich-medizinische Ebene: Kernbereich des Lernens
- Institutionelle Ebene: Unterstützende Strukturen
- Makro-Ebene: Politik und Gesellschaft



Herausforderungen: Wichtige Hindernisse für ein effektives lernendes Gesundheitssystem:
- Mangelhafte Standardisierung
- Unzureichende digitale Infrastruktur
- Personalmangel
- Budgetbeschränkungen

Zukunftsperspektiven: Häussler empfiehlt:
- Wiederbelebung der integrierten Versorgung
- Entwicklung von innovativen Versicherungsverträgen
- Kontinuierliche Aktualisierung von Leitlinien
- Systematische Nutzung von Qualitätsdaten

Das Ziel ist laut Häussler ein dynamisches, lernfähiges Gesundheitssystem, das Technologie, Daten und Erfahrungen nutzt, um die medizinische Versorgung kontinuierlich zu verbessern.

Marion Grote-Westrick, Bertelsmann Stiftung / Matthias Arnold, inav: „Wie mit PROMs und PREMs Patientenzentrierung gelingen kann":





Marion Grote Westrick und Matthias Arnold behanlen in ihrem gemeinsamwen Vortag eine Studie über patienten- (PROMs) in der Krebsversorgung, mit besonderem Fokus auf internationale Beispiele und Entwicklungen.

Hauptaspekte
Bedeutung von patientenberichteten Daten
- PROMs sind wichtig für die Beurteilung der Versorgungsqualität
- Sie umfassen Gesundheitszustände, Versorgungserfahrungen und Patientenerwartungen
- Ziel ist es, die tatsächliche Patientenerfahrung zu verstehen

Internationale Beispiele Schweden
- Digitaler Behandlungsplan im nationalen Informationssystem
- Zugänglich für alle schwedischen Staatsbürger

Angebote
- Behandlungsplanung
- Selbstmanagement-Informationen
- Kontaktmöglichkeiten
- Chat-Funktion

Aktueller Stand in Deutschland
- PROMs werden bereits in der Krebsversorgung eingesetzt
- Zertifizierung von Krebszentren beinhaltet PROM-Erhebung
- Verschiedene Innovationsprojekte laufen



Empfehlungen
- Entwicklung einer nationalen Strategie
- Integration von PROMs in individuelle Behandlungskontexte
- Klärung von Verantwortlichkeiten und Vergütung

Die Studie unterstreicht den Wert patientenberichteter Daten für eine verbesserte, patientenzentrierte Gesundheitsversorgung.

perspektive zu erforschen. Dies nach den Faktoren Kosteneffektivität und Lebensqualität sowie Hinweisen zur Möglichkeit zur Übertragbarkeit. Behandlungskosten. Das Remotemonitoring, durchgeführt von einer nicht in der Regelversorgung vorhandenen Studienassistenz, funktionierte dabei wie ein Warnsignal: Ab eines gewissen Schwellenwerts wurde gemeinsam mit Kliniker:innen ein Delphiprozess festgelegt um unterscheiden zu können, ab wann ein Behandlungsverlauf besser oder schlechter ausfällt. Das Ergebnis sei eindeutig geweisen, so Pross: „Die Intervention führte bei Patient:innen mit Hüftprothesen zu einer signifikanten Verbesserung der patientenrelevanten Ergebnisse bei gleichzeitig geringeren Kosten im Vergleich zur Standardversorgung." Allerdings seien nur leicht signifikante Kostenreduktion und Tendenz zu verbesserten Ergebnissen bei Patient:innen mit Knieprothesen festgestellt worden." Insgesamt schlugen die Nachsorgekosten im ersten Jahr bei Patient:innen nach Hüftgelenkersatzoperation und ohne PROM-Erhebung mit 3.996 Euro zu Buche, während Kniegelenkersatzoperation bei Patienten mit PROM-Erhebung nur 3.109 Euro kosteten.

Bei der ebenfalls vom Innovationsfonds geförderten Studie „PROMchronic" sollen für die Indikationen Diabetes Typ 1, Koronare-Herzkrankheit, COPD und Asthma bronchiale das Potential von PROMs und PREMs zur Verbesserung der Versorgung chronisch erkrankter Patient:innen ermittelt und festgestellt werden, ob PROMs/PREMs als Standardmessinstrumente für Qualitätsmessung in der Versorgung sinnvoll eingesetzt werden können.

Die Studie zielt darauf ab, einen Mehrwert zu schaffen, indem Patient-Reported-Outcomes (PRO) von chronisch erkrankten Patienten deutschlandweit untersucht wurden. Dazu gehörte eine patientenzentrierte Messung der Behandlungsqualität mittels PROM und PREM. Durch ein Outcome-Feedback wurde zudem die Gesundheitskompetenz des Patient:innen dadurch gestärkt, dass sie ihre eigenen PRO-Ergebnisse einsehen und beispielsweise darauf reagieren können, wenn sie ihre Verläufe im Vergleich zur Vergleichsgruppe zurückgespiegelt bekommen. Das Projekt sollte ebenso untersuchen, inwiefern das Zurückspielen der Ergebnisse an den Patienten – sowohl longitudinale Werte als auch Vergleiche zu ähnlichen Patientenstichproben – für die Patient:innen verständlich sind und gegebenenfalls zu Verhaltensänderungen führen. Desweiteren soll durch eine Verknüpfung von PROM/PREM-Daten mit Routinedaten der GKV nach Abschluss der digitalen Befragung zusätzlich eine evidenzbasierte Leistungsbewertung des Gesundheitssystems in Bezug auf Zugang, Qualität, Ergebnisse, Ansprechbarkeit und Effizienz der Behandlung ermöglicht werden. Laufzeit: 07/2022–06/2026. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Oliver Gröne, OptiMedis: „Erfahrungen mit der Erhebung von PROM und PREM Daten im PaRIS-Survey der OECD in 20 Ländern"



Gröne bezieht sich auf die PARIS-Studie (Patient-Reported Indicators and Systematic Indicators), eine internationale Gesundheitsstudie der OECD mit folgenden Kernpunkten:

Studienziele:
- Entwicklung einer internationalen Methode zur Erhebung von Patientenerfahrungen im Gesundheitssystem
- Fokus auf chronisch kranke Patienten in der ambulanten Versorgung
- Ziel: Entwicklung eines patientenzentrierten Ansatzes im Gesundheitssystem

Studiendesign
- Durchgeführt in 19 Ländern (nur nicht in Deutschland)
- Mehrebenenmodell mit Rekrutierung über Praxen
- Umfangreiche Datenerhebung durch:
- Patientenfragebogen (113 Items)
- Praxisfragebogen
- Berücksichtigung verschiedener Faktoren wie Alter, Gesundheitsverhalten, Bildungsstand



Vorläufige Ergebnisse

1. Selbstmanagement-Kompetenz:
- Über 40% der Befragten fühlen sich unsicher im Umgang mit der eigenen Gesundheit
- Selbstmanagement-Kompetenz sinkt mit:
- Zunehmender Anzahl chronischer Erkrankungen
- Sinkender Bildungsstand

2. Versorgungskontinuität:
- Aktiver Informationsaustausch zwischen Ärzten verbessert die wahrgenommene Versorgungsqualität
- Wiederholte Befragungen zu gleichen Informationen senken die Patientenzufriedenheit

3. Länderspezifische Unterschiede:
- Große Varianz (18–70%) in der Wahrnehmung der eigenen Gesundheit zwischen verschiedenen Ländern
- Unterschiede vermutlich durch systemische Effekte und Ansätze in Prävention und Gesundheitsförderung

Die Ergebnisse werden offiziell im Februar veröffentlicht und sollen helfen, Gesundheitssysteme patientenorientierter zu gestalten.

Thomas Ruppel, Fachanwälte für Medizinrecht: „Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes von PROMs & PREMs im Krankenversicherungsrecht"

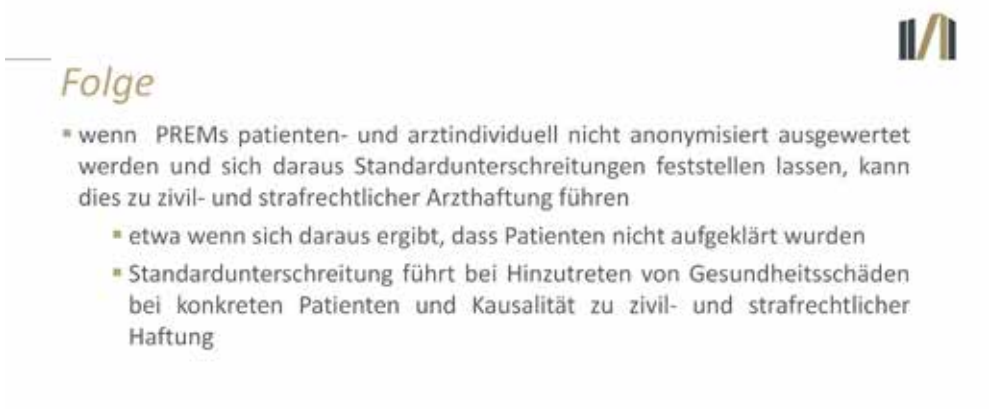


Ruppel erörtert über die Verwendung von PREMs (Patient Reported Experience Measures) und PROMs (Patient Reported Outcome Measures) im Gesundheitssystem, insbesondere aus rechtlicher und versorgungsforschender Perspektive.

Hauptthemen:
- Potenzielle Anwendungsbereiche von PREMs und PROMs
- Verbesserung der Patientensicherheit
- Aufdecken von Versorgungsdefiziten
- Unterstützung bei Bedarfsplanung
- Pädagogischer Effekt für Ärzte und Gesundheitssystem

Zentrale Überlegungen:
- Möglichkeit, Versorgungsqualität durch anonymisierte Patientenbefragungen zu verbessern
- Nutzung der Daten für:
- Aufklärungsmängel identifizieren
- Wartezeiten in medizinischen Bereichen erfassen
- Kommunikationsdefizite aufdecken
- Fortbildungsbedarf von Ärzten erkennen

Herausforderungen:
- Datenschutz
- Anonymisierung
- Rechtliche Rahmenbedingungen
- Methodische Genauigkeit der Datenerhebung



Der Fachanwalt sieht großes Potenzial in diesem Ansatz, betont aber die Notwendigkeit sensibler und durchdachter Implementierung.

Cristoph Pross, TU Berlin: „PROMs und PREMs zur Umsetzung von Value-based Healthcare in Deutschland: Wo stehen wir und was sollten wir jetzt tun?"



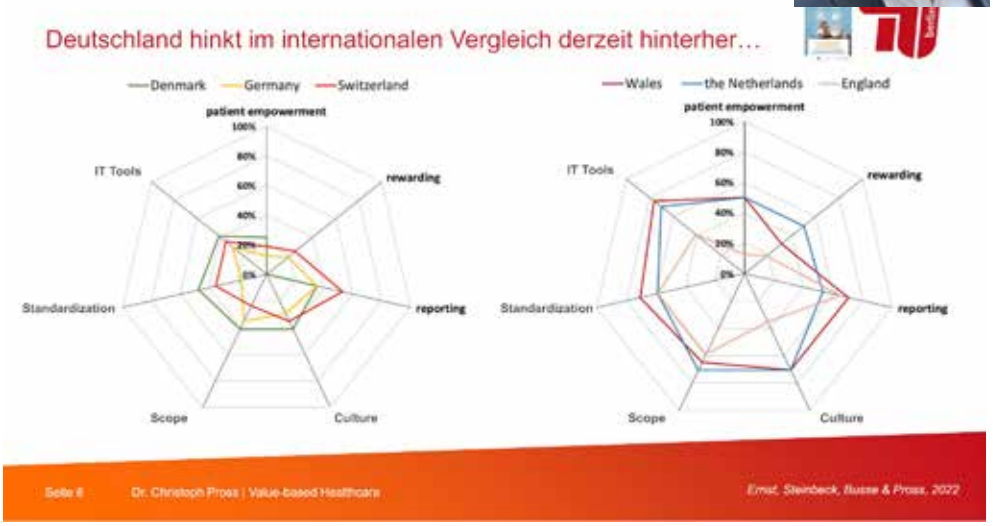
Pross erläutert eine Studie über die Nutzung von PROMs (Patient Reported Outcome Measures) im Gesundheitswesen, insbesondere im Bereich der Hüft- und Knieprothetik.

Kernpunkte und Hauptziele der Studie:
Die Forschung konzentrierte sich auf mehrere zentrale Aspekte:
- Digitale Erfassung von Patientendaten zur Identifikation von Patienten mit unerwarteter Entwicklung nach Hüft- und Knie-Operationen
- Untersuchung der Kosten-Effektivität von elektronischem Monitoring
- Analyse der Ergebnisqualität und Lebensqualität der Patienten

Studiendesign
- Durchgeführt in 9 Krankenhäusern
- Zeitraum: 2019-2023
- Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe
- Kombination von PROMs-Daten mit Kostendaten von Krankenkassen

Wichtigste Ergebnisse
- Kostenreduktion: Interventionsgruppe hatte ca. 1.300 Euro geringere Kosten pro Patient
- Hauptkosteneffekt: Weniger Arztbesuche nach der Operation
- Minimale, aber signifikante Verbesserung der Behandlungsergebnisse
- Patientensicherheit: Gefühl der Begleitung und Überwachung

Schlussfolgerungen
Die Studie zeigt das Potenzial von digitalen PROMs zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung, mit Schwerpunkt auf Kosteneffizienz und Patientenbetreuung.



Melina Kurte, Vitis Healthcare: „Ein holistischer Bewertungsansatz zwischen Nutzen und Ökonomie"



Melina Kurte beschreibt detailliert den Value-Based Healthcare Ansatz, ein Rahmenkonzept zur Neuausrichtung von Gesundheitssystemen mit folgenden Kernaspekten:

Grundprinzipien

Der Ansatz, entwickelt von Michael Porter, basiert auf acht Grundprinzipien:

- Der Patient steht im Mittelpunkt
- Hochwertige Versorgung sollte langfristig Kosten reduzieren
- Gesamter Behandlungspfad ist entscheidend, nicht einzelne Prozesse
- Ergebnisdaten müssen für alle Beteiligten zugänglich sein
- Qualitätsorientierter Wettbewerb zwischen Anbietern soll gefördert werden

Zentrale Domänen

Vier wesentliche Domänen sind für die Umsetzung erforderlich:

1. Politisches Ökosystem: Rahmenbedingungen, HTA-Agenturen
2. Gesundheitsökonomische Aspekte: Messung von Ergebnissen und Kosten
3. Patientenzentrierte Netzwerke: Koordination der Versorgungskette
4. Innovative Vergütungsmodelle: Gebündelte Zahlungen

Herausforderungen

Der Ansatz steht vor Herausforderungen in:

- Forschung und Marktzulassung
- Nutzenbewertung
- Marktdiffusion von Innovationen

Ziel ist eine ganzheitliche Bewertung des Gesundheitsnutzens im Verhältnis zu den eingesetzten Kosten.



Carolin Kamann, Raylytic: „PROM & PREM: Erfahrungen aus der Schweiz"



Carolin Kamann beschreibt in ihrem Vortrag die Bemühungen der Schweiz, Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) im Gesundheitssystem einzuführen und zu standardisieren.

Hauptziele der Schweiz:

- Verbesserung der Behandlungsqualität
- Stärkerer Einbezug von Patienten
- Effizienzsteigerung im Gesundheitssystem

Herausforderungen bei der PROM-Einführung:

- Fehlende einheitliche Qualitätsindikatoren
- Unterschiedliche Patientengruppen
- Vergleichbarkeit der Instrumente
- Hohe Lizenzkosten
- Mangelnde Akzeptanz bei Ärzt:innen und Patient:innen

Pilotprojekte:

- Erstes Projekt seit Juli 2022 mit mehreren Krankenhäusern
- Ziel: Entwicklung sektorübergreifender Fragebögen
- Zweites Projekt fokussiert auf:
- Vermeidung von Doppelerhebungen
- Harmonisierung der Messinstrumente
- Nationale Empfehlungen für PROMs

Technische Lösung:

Eine Softwarelösung unterstützt Krankenhäuser bei der PROM-Erhebung durch:

- Automatische Patientenzuordnung
- Digitale Fragebögen
- Echtzeit-Ergebnisdarstellung für Ärzte
- Automatische Benachrichtigungen bei auffälligen Werten



Aktuell konzentriert sich die Schweiz darauf, die Grundlagen für eine flächendeckende PROM-Erhebung zu schaffen.

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Der weite Weg hin zu einer patientenzentrierten Versorgung", in „Monitor Versorgungsforschung" (01/25), S. 26–33. http://doi.org/10.24945/MVF.01.25.1866-0533.2687

Ulrike Seay, IQWiG: „PROs Erhebungen im Rahmen von anwendungsbegleitenden Datenerhebungen (AbD)"



Ulrike Seay behandelt die Rolle von patientenberichteten Endpunkten (PROs) in der Arzneimittelbewertung in Deutschland, insbesondere im Kontext der Nutzenbewertung und anwendungsbegleitenden Datenerhebung (AbD).

Hauptaspekte der Arzneimittelbewertung
- Seit 2011 gibt es ein Verfahren zur Nutzenbewertung nach § 35A SGB 5
- Ziel ist die Bewertung des Zusatznutzens neuer Medikamente im Vergleich zu existierenden Therapien
- Die Preisgestaltung soll vom Ausmaß des Zusatznutzens abhängen
- Patientenrelevante therapeutische Effekte

Die Bewertung konzentriert sich auf:
- Verbesserung des Gesundheitszustands
- Verkürzung der Krankheitsdauer
- Verlängerung des Überlebens
- Verringerung von Nebenwirkungen
- Verbesserung der Lebensqualität

Probleme bei PRO-Daten:
- Oft nur als explorative Endpunkte geplant
- Sinkende Rücklaufquoten
- Unterschiedliche Beobachtungsdauern zwischen Studienarmen
- Ungleichmäßige Datenerhebungszeitpunkte

Anwendungsbegleitende Datenerhebung:
- Instrument zur Schließung von Evidenzlücken
- Gilt besonders für bedingte Zulassungen
- Erfolgt in der Regel in indikationsspezifischen Registern
- Nicht-randomisierte Studiendesigns mit höherer Unsicherheit



Fazit
Die AbD bietet die Chance, Evidenzlücken zu schließen. Voraussetzung sind:
- Adäquates Studiendesign
- Qualitativ hochwertige Datenerhebung
- Kontinuierliche und vergleichbare Datensammlung

PRO-Daten können nur bei ausreichender Qualität für die Bewertung herangezogen werden.

Andrej Rasch, vfa: „Wie kommen wir zu einem situativ angepassten Umgang mit Endpunkten bei besonderen Therapiesituationen?"



Rasch diskutiert ausführlich die Herausforderungen bei der Bewertung von Zusatznutzen und Evidenz in medizinischen Therapien, insbesondere im Kontext von Studiendesigns und Patientenrelevanz. Hauptthemen der Diskussion:

Studiendesign und Evidenz
- Wichtigkeit von randomisierten Studien
- Herausforderungen bei seltenen Erkrankungen
- Probleme bei kleinen Patientenpopulationen

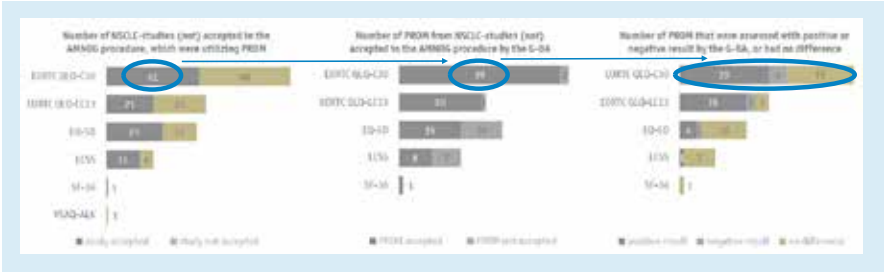
Endpunkte und Bewertungskriterien
- Mortalität als klassischer Endpunkt
- Bedeutung von patientenberichteten Ergebnissen (PROs)
- Unterschiedliche Bewertungsansätze in verschiedenen medizinischen Bereichen

Statistische Herausforderungen
- Abnahme der Patientenzahlen durch personalisierte Medizin
- Schwierigkeiten bei der Durchführung von aussagekräftigen Studien
- Probleme bei der Messung und Akzeptanz von Lebensqualitäts-Fragebögen

Der Text zeigt die Komplexität der medizinischen Nutzenbewertung und die Notwendigkeit flexibler Bewertungsansätze, insbesondere bei seltenen und spezifischen Erkrankungen.

Im besonderen Fokus: patientenberichtete Endpunkte (PROs)

AMNOG-Erfahrungen am Beispiel des NSCLC:
- 95% der AMNOG-Verfahren mit mind. einem PRO-Instrument
- Akzeptanz der Zulassungsstudien entscheidend



Quelle: Brand et al. Value in Health, Volume 25, Issue 12S (December 2022), https://skc-beratung.de/files/insights/publications/PROM.pdf

inside VERSORGUNGS FORSCHUNG

made in Kempten



Serie (Teil 45): Bayerisches Zentrum Pflege Digital der Hochschule für angewandte Wissenschaften Kempten

Pflegerische Versorgung im Sozialraum partizipativ gestalten

Das Bayerische Zentrum Pflege Digital (BZPD) wurde 2020 im Rahmen der Hightech-Agenda Bayern als grundfinanzierte Forschungseinrichtung an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Kempten gegründet. Um die 40 Mitarbeitende aus den Fachbereichen Sozial-, Gesundheits- und Pflegewissenschaft bearbeiten hier Projekte mit der Pflegefachpraxis, Kommunen, Gesellschaft und Softwareindustrie, Drittmittelprojekte mit nationalen und internationalen Partnern aus Wissenschaft und Praxis sowie eigenfinanzierte Praxis- und Transferprojekte. Die Leitung hat Prof. Dr. Mario Jokisch inne. Der Leiter der Abteilung 3 „Versorgung und Teilhabe“, die im Fokus dieses Serienteils steht, ist Dr. Florian Fischer.

>> Das BZPD verfolgt eine transdisziplinäre Agenda in den Bereichen der häuslichen Pflege und Digitalisierung. Die Hauptaufgaben umfassen die Konzeptionierung, begleitende Implementierung und Evaluation innovativer digitaler Technologien, die zur Entlastung der pflegenden Akteure in der privaten Häuslichkeit beitragen. Digitale Transformationsprozesse können hier neue Lösungswege eröffnen, setzen aber auch (Versorgungs-)Systeme, Organisationen und Individuen unter Anpassungsdruck und können somit die soziale und pflegerische Teilhabe einschränken. Daher werden in den thematischen Schwerpunkten die Perspektiven sowohl professionell Pflegender, kommunaler und ehrenamtlicher Akteure sowie pflegender An- und Zugehöriger betrachtet.

Das BZPD setzt sich aus drei Abteilungen zusammen. Dabei steht in Abteilung 3 „Versorgung und Teilhabe“ die Perspektive der Versorgungsforschung im Vordergrund. Die Abteilung „Versorgung und Teilhabe“ betrachtet Anforderungen und Potenziale der Digitalisierung in der häuslichen Versorgung und ambulanten Pflege aus einer bevölkerungs- und systembezogenen Per-



Dr. Florian Fischer
ist seit 2021 am Bayerischen Zentrum Pflege Digital und leitet dort die Abteilung "Versorgung und Teilhabe"

Stationen/Werdegang:
2019-2021: Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Institut für Gerontologische Versorgungs- und Pflegeforschung, Hochschule Ravensburg-Weingarten
2012-2020: Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld
2014-2016: Promotionsstudiengang Public Health, Universität Bielefeld
2012-2014: Studium der Gesundheitswissenschaften (Master of Science in Public Health), Universität Bielefeld
2009-2012: Studium der Gesundheitskommunikation (Bachelor of Science in Health Communication), Universität Bielefeld
2007-2009: Ausbildung zum Rettungsassistenten, Feuerwehr Hameln und Detmold

spektive. Dabei liegt der Fokus auf Gesundheitsförderung im Alter, Prävention von Pflegebedürftigkeit sowie Ressourcen- und Resilienzförderung für pflegende Angehörige und professionell Pflegende mittels digitaler Unterstützung.

Soziotechnische Innovationen im Kontext der häuslichen pflegerischen Versorgung und Unterstützung älterer Menschen stellen bisherige Handlungsroutinen infrage. Es bedarf daher der Befähigung aller beteiligten (professionellen und informellen) Akteure sowie der Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen, um wirksame Veränderungen im Sozialraum und in der ambulanten Versorgung zu ermöglichen.

Unter Berücksichtigung der jeweiligen sozialräumlichen Strukturen und Prozesse (u. a. innerhalb von Quartieren, Sorgegemeinschaften, pflege- und gesundheitsbezogenen sowie sozialen Einrichtungen) werden die Erfolgsfaktoren für soziotechnische Innovationen im Kontext der häuslichen Pflege in den Blick genommen. Dazu gehört die digitale Unterstützung zur Schaffung eines sozialräumlichen Ökosystems, welches auch auf das koordinierte Zusammenwirken professioneller Akteure angewiesen ist.

Die Abteilung versucht bei ihrer Arbeit, gesellschaftliche Transformationsprozesse bedingt durch die Digitalisierung aus einem holistischen Verständnis nachzuvollziehen (Transformationsforschung) und entsprechende Prozesse zugleich aktiv zu gestalten (transformative Forschung). Dafür konzeptioniert, begleitet und evaluiert sie den Aufbau und die (partizipative) Entwicklung oder Adaptation soziotechnischer Innovationen und deren Integration in lokale Versorgungsstrukturen und -prozesse dort, wo digitale Instrumente zur Information, Kommunikation, Vernetzung und Versorgungssteuerung beitragen können.

Um Strukturen und Prozesse der pflegerischen Versorgung zu evaluieren und zu verändern, werden Methoden aus der partizipativen Forschung bzw. Technikentwicklung sowie der Implementierungsforschung genutzt. Die Abteilung fokussiert Aspekte der Weiterentwicklung der Pflegeprofession sowie pflegebezogener Einrichtungen, welche durch die Digitalisierung erforderlich und zugleich gefördert wird. Dabei werden auch Aspekte der interprofessionellen Zusammenarbeit im Kontext der Primärversorgung betrachtet. Einen weiteren Schwerpunkt stellt der Bereich von Evidenzsynthesen dar, in welchem auch zunehmend die Einsatzmöglichkeiten von Künstlicher Intelligenz im Screening und in der Datenextraktion im Vergleich zu konventionellen Methoden getestet werden.

Das BZPD ist regional verankert und arbeitet daher in anwendungsorientierten Forschungsprojekten insbesondere mit Praxisakteuren aus der Region zusammen. Es hat aber auch bundesweite Strahlkraft, welche sich u. a. in vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Begleitforschungsprojekten im Kontext der partizipativen Technikentwicklung (1, 2) sowie eines Kompetenzzentrums für innovative und gesunde Arbeit im Sozial- und Gesundheitswesen (3) darstellt.

Dr. Florian Fischer hat inbesondere die Möglichkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit für die Bearbeitung relevanter gesellschaftlicher Herausforderungen nach Kempten geführt. Hier kann er, wie er sagt, „Perspektiven aus den Bereichen von Public Health, Pflegewissenschaft und Versorgungsforschung zusammenbringen". Zugleich können seinen Worten zufolge anwendungsorientierte Projekte mit Vorhaben zur (Weiter-)Entwicklung von Theorien genutzt werden. Ein langfristiger Planungshorizont ermögliche es zudem, nicht nur einzelne Projekte anzugehen, sondern das „große Ganze" zu betrachten. Fischer: „Digitale Anwendungen im Gesundheits- und Pflegebereich stehen vielfach einer mangelnden theoretischen Fundierung und Evidenzbasierung sowie unzureichender Berücksichtigung ihrer sozialen Auswirkungen gegenüber. Insofern bietet die inhaltliche sowie methodische Ausrichtung vielfältige Potenziale, um auf der einen Seite pflegerische Versorgungsforschung und Digitalisierung und auf der anderen Seite zugleich Pflegepraxis und Versorgungsforschung stärker zusammenzubringen."

Sein Ziel ist es dabei, über Versorgungsforschung Veränderungen in bestehenden Strukturen und Prozessen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zu schaffen. Dabei hat er auch den Anspruch, von einer defizitorientierten Perspektive wegzukommen und stattdessen einen Blick auf Ressourcenförderung zu werfen. Dies ist seiner Ansicht nach insbesondere mit Blick auf die Entwicklung von soziotechnischen Innovationen für ältere Menschen oder pflegende An- und Zugehörige von Bedeutung.

Die Ausrichtung des BZPD ermöglicht es ihm zudem, die digitalen Technologien nicht in einem „luftleeren" Raum zu betrachten, sondern an jenen Stellen, in denen sie genutzt werden: im Sozialraum, in Einrichtungen der (ambulanten) Pflege oder in der privaten Häuslichkeit. Gemäß dem Ideal von „Health in all Policies" gelte es hier, verschiedene Akteure und Politikfelder zu involvieren und zu integrieren, um die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern. „Hier steht somit Partizipation im Vordergrund, um digitale Lösungen voranzubringen, die lokal bzw. regional verankert sind, in bestehende Prozesse integriert werden können und die relevanten Akteure im Sinne des Gemeinwohls miteinander vernetzen. Insofern sind klassische Fragen der Versorgungsforschung auch mit weiteren sozialwissenschaftlich ausgerichteten Fragestellungen zu verbinden", lautet Fischers Überzeugung. <<



Johanna Aigner
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

>> Warum arbeiten Sie am Bayerischen Zentrum Pflege Digital?

Durch meine vorangegangene Tätigkeit als Pflegefachperson in verschiedenen Settings der Langzeitversorgung und Beratung sowie das Studium der Versorgungsforschung sehe ich in der Arbeit am BZPD die Möglichkeit, eigens erlebte Herausforderungen im Alltag der ambulanten Versorgung an ihrer Wurzel zu greifen. Insbesondere die hohe Anwen-

dungsorientierung und der Blick auf die Beschäftigten in der Pflege als größte an der professionellen Versorgung beteiligte Personengruppe reizen mich. Zudem erlaubt mir die Tätigkeit hier eine Schwerpunktsetzung im Bereich der Implementierungsforschung. Obwohl bereits wissenschaftliche Evidenz zu Schwierigkeiten und Bedarfen von Pflegefachpersonen existiert, bedarf es weiterhin darauf aufbauender nachhaltiger Veränderungen.

Was zeichnet in Ihren Augen das Bayerische Zentrum Pflege Digital aus?

Veränderungsprozesse in Organisationen der Pflege benötigen aufgrund ihrer Komplexität Zeit. Diese Ressource bietet das BZPD dauerhaft – auch mit Blick auf die Verstetigung von Projektergebnissen. Dabei ist es besonders mit dem Anspruch von sinnstiftenden Veränderungen innerhalb des Praxisalltags eine Freude, Methoden der Versorgungsforschung in einem Zusammenwirken von „jungen" und etablierten Wissenschaftler:innen selbstwirksam einzusetzen.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Im Kompetenzzentrum KompIGA kreieren und testen wir im Rahmen von Use Cases unter anderem die Vision einer Neugestaltung von individuellen (digitalen) Kompetenzentwicklungsprozessen mit und für Pflegefachpersonen. Dabei gestalten wir einen modellgestützten und auf die Versorgungspraxis abgestimmten Veränderungsprozess. Der Blick richtet sich hier zum einen auf den Effekt von Bildungsangeboten, zum anderen auf die Akzeptanz, Adaption und Nachhaltigkeit entsprechender Veränderungsprozesse.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

In Bezug auf die Pflegewissenschaft und -praxis möchte ich dem Nachwuchs sowie Entscheidungsträger:innen Inspiration für eine Andersgestaltung des Berufs mitgeben. Die professionelle Pflege in Deutschland besitzt trotz sozialpolitischer Einschränkungen eine Vielzahl an pflegefachlichen Werkzeugen, um das eigene Tätigkeitsfeld innovativ und kreativ zu gestalten und sich persönlich weiterzuentwickeln. Die Versorgungsforschung bietet hierfür vor allem mit Blick auf (mitunter digitale) Veränderungsprozesse das Handwerkszeug für valide und akzeptierte Entscheidungswege und deren Umsetzung. <<



Michael Schaller
Wissenschaftlicher Mitarbeiter

>> Warum arbeiten Sie am Bayerischen Zentrum Pflege Digital?

Eine zentrale Herausforderung besteht für mich in der Verbindung von Theorie und Praxis, um zu verstehen, warum die Welt – und somit auch die Versorgung – so ist, wie sie ist, und wie Veränderung gelingen kann. Die Untersuchung der Verschränkung sozialer und technischer Prozesse in diesem Feld sowie die Rückbindung derselben an (gesellschafts-) theoretische Fragen ist für mich ein zentraler Aufgabenbereich der Abteilung „Versorgung und Teilhabe". Dies ist es, was die Arbeit in dieser Abteilung für mich so spannend macht. Dies und die Zusammenarbeit mit engagierten Menschen, die dadurch auch etwas verändern wollen.

Was zeichnet in Ihren Augen das Bayerische Zentrum Pflege Digital aus?

Die breit gefächerten Perspektiven und disziplinären Hintergründe des Teams. Diese führen zum einen dazu, dass die Herausforderungen und Fragestellungen der Versorgungsgestaltung mit diversen theoretischen und methodischen Ansätzen adressiert werden (können). Zum anderen sind die darauf bezogenen akademischen Diskussionen für mich stets auch eine Aufforderung und Herausforderung, die eigene Perspektive zu hinterfragen und eigene Argumente und Ansätze darauf aufbauend weiter auszuarbeiten und zu schärfen.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Aktuell beschäftige ich mich im Rahmen eines vom BMBF geförderten Begleitforschungsprojekts mit dem Thema „Partizipative Technikentwicklung mit informell Pflegenden und Sorgegemeinschaften". Zusammen mit einem interdisziplinär geprägten Konsortium schaue ich aus einer Metaperspektive auf Strukturen, Prozesse, Beziehungsgefüge, Machtverhältnisse und Einflussfaktoren, die es für eine gelingende Partizipation dieser Gruppen zu berücksichtigen gilt. Übergeordnetes Ziel hierbei ist das „Theorizing" in diesem Themenfeld.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Versorgungsforschung dient in meinen Augen auch dazu, einen kritischen Blick auf aktuelle Prozesse und Strukturen im Feld der Pflege und gesundheitlichen Versorgung sowie deren soziohistorische Kontextualisierung zu werfen. In diesem Sinn ist es eine Herausforderung und zugleich Aufgabe der Versorgungsforschung, „blinde Flecken" und manchmal auch unbequeme Aspekte zum Thema zu machen. Wenn wir es schaffen, auf diese Weise immer wieder positive Veränderungen für die betroffenen Menschen anzustoßen, wäre schon ein großer Schritt getan. <<

Ausgewählte Publikationen

Kernebeck, S., Fischer, F. (Hrsg.) (2024). Partizipative Technikentwicklung im Sozial- und Gesundheitswesen – Interdisziplinäre Konzepte und Methoden. Bern: Hogrefe.

Nordmann, K., Sauter, S., Redlich, M.-C., Möbius-Lerch, P., Schaller, M., Fischer, F. (2024). Challenges and conditions for successfully implementing and adopting the telematics infrastructure in German outpatient healthcare: A qualitative study applying the NASSS framework. Digital Health 10: 20552076241259855.

Kürzlich erschienen

Fischer, F., Zacher, J. „Digitale Chancen in der häuslichen Pflege nutzen", Springer-Verlag, 2023

ISBN 978-3-662-68012-4

Preis PDF: 29,99 Euro

Preis Softcover: 39,99 Euro



Link

* https://www.hs-kempten.de/bzpd-bayerisches-zentrum-pflege-digital

1: https://www.interaktive-technologien.de/projekte/cocre-hit

2: https://interaktive-technologien.de/projekte/pitips

3: https://kompiga.de/

MACHEN SIE IHRE **IDEE** ZUM GEWINN FÜR ALLE.

MSD

Bewerben Sie sich mit Ihrem Projekt beim MSD Gesundheitspreis.

Mit dem MSD Gesundheitspreis möchten wir innovativen Ideen in der Patientenversorgung mehr Sichtbarkeit geben und Ihr Projekt gezielt fördern. Denn durch Innovationen in der Gesundheitsversorgung gewinnen alle! Eine unabhängige Jury aus Gesundheitsexpert:innen freut sich bereits, spannende Lösungen mit insgesamt bis zu 115.000 € Preisgeld auszuzeichnen.



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

Jetzt bewerben bis zum 31.03.2025!

Mehr Informationen unter:
https:go.msd.com/mvf_gp25



Zitationshinweis
Weckwerth, W.: „Denkstil und Denkkollektiv“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (01/25), S. 38.
http://doi.org/10.24945/MVF.01.25.1866-0533.2688

Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Wolfram Weckwerth
Universität Wien

Denkstil und Denkkollektiv

>> In den letzten Jahrzehnten entwickelte sich in der Gesellschaft ein zunehmend irreführendes erkenntnistheoretisches Modell der Wissenschaft, welches nicht zuletzt durch das Agieren der Wissenschaft selbst befeuert wurde. Wissenschaft ist ein hypothesengestützter Prozess, in dem Erkenntnisse aus empirischen Daten gewonnen werden. Per se kann diese Erkenntnis nicht eine allumfassende Wahrheit abbilden, sondern nur Näherungen, die in einem dialektischen Vorgang – einem Diskurs – auf ihre Anwendbarkeit in realen Problemen getestet werden. In diesem Diskurs ändert und optimiert sich typischerweise die Rezeption und Anwendung der wissenschaftlichen Ergebnisse.

Der Mikrobiologe und Wissenschaftstheoretiker Ludwig Fleck hat das den „Denkstil” und das „Denkkollektiv” genannt. Sobald dieser Diskurs unterbunden wird, wird tatsächlich die größte Errungenschaft der menschlichen Geschichte, der technologische und wissenschaftliche Fortschritt, langfristig scheitern. Daher auch die Forderung des Philosophen Karl Popper, nicht nach unbedingter Bestätigung einer Hypothese zu streben, sondern nach ihrer Falsifizierung. Diese Forderung ist eine ungeheure Herausforderung für den menschlichen Geist und findet bis zum heutigen Tage keine wirkliche Anwendung. Gleichzeitig beobachten wir eine „Kommerzialisierung“ der wissenschaftlichen Praxis, die unter enormem Erfolgsdruck steht. Je mehr die Wissenschaft ein quasi-kommerzieller Betrieb wird, desto größer wird das Missverständnis zwischen der wissenschaftlichen Erkenntnis und dem daraus folgenden praktischen Nutzen für die Gesellschaft werden.

Aus diesem Dilemma heraus sind offensichtliche Probleme der Wissenschaftsrezeption und -anwendung entstanden. Ein Beispiel ist die Anwendung einer nach pharmakologischen und -kinetischen Regelwerken nur ungenügend getesteten mRNA-Impfung geworden. Dies ist zunächst aus einer Notlage heraus entstanden und hat vielen, vor allem älteren mit Komorbiditäten kämpfenden Menschen das Leben gerettet. Doch nun ist es Zeit, die Situation einer genaueren Analyse nach ihrem Denkstil und ihrem Denkkollektiv zu unterziehen.

Es lässt sich z. B. diskutieren, ob es sich bei der mRNA-Anwendung um Gentechnologie handelt, da hier körperfremde Gene in Form von mRNA in den Körper eingeführt und in den körpereigenen Zellen in einem sogenannten Translationsvorgang – einer Übersetzung der mRNA in ein Protein, das Antigen – verarbeitet werden. Daher könnte die mRNA-basierte Impfung als gentechnologisches medizinisches Produkt klassifiziert werden. Tatsächlich ist diese Klassifizierung von den regulatorischen Behörden diskutiert und aufgehoben worden mit der Begründung, dass keine genomische DNA verändert wurde [1, 2].

Seit der Notfallzulassung der mRNA-basierten Impfung sind dutzende von wissenschaftlich begutachteten Arbeiten in der medizinischen Fachliteratur publiziert worden, die Nebenwirkungen grundlegend untersucht haben, ein Beispiel sind unerwartete und unregelmäßige vaginale Blutungen bei Frauen [3]. Von diesen vielen, teilweise bis zum heutigen Tag in ihrer langfristigen Konsequenz unerforschten Nebenwirkungen hat sich eine stark herauskristallisiert: Das verwendete Antigen – das Spike-Protein – ist ein sehr problematisches Protein.

In einer frühen Studie zu Beginn des Jahres 2021 wurde das Spike-Protein in Zellkulturen getestet [4]. Dabei konnte festgestellt werden, dass es in Konzentrationen bis unterhalb der Nachweisgrenze in der Lage ist, Zellen zu verklumpen, sogenannte Synzytien zu bilden, was in der Folge zum Absterben der Zellen führt. Bedauerlicherweise ist dieser Mechanismus ein naheliegendes Erklärungsmodell für viele beschriebene Nebenwirkungen. Es hat sich in der weiteren Erforschung als zelltoxisch erwiesen, zusammengefasst in einer kürzlichen Studie [5].

Wie viel Spike-Protein wird nun im Körper produziert? Diese Menge ist bei der mRNA Impfung nicht genau definiert, die stabilisierte mRNA wird im Translationsvorgang im Körper verwendet, bis sie abgebaut ist. Dieser Prozess ist nicht genau untersucht, somit ist eine genaue Vorhersage, wie viel Spike-Protein im Körper tatsächlich produziert wird, nicht möglich. Inzwischen gibt es einige Studien, die eine deutliche Variation des gebildeten Spike-Proteins im Körper zeigen [5].

Eine weitere unerwartete Komplikation wurde 2024 in Nature publiziert. Die mRNA wird im Körper teilweise falsch ausgelesen, es findet ein sogenannter „frame-shift“ bei der Translation der mRNA in das Protein statt [6]. Damit entstehen „falsche“ Proteine, die mit dem ursprünglich geplanten Spike-Protein nichts mehr zu tun haben. Diese Nebenprodukte lösen ebenso wie das korrekte Antigen eine Immunantwort im Körper aus, die allerdings dann nicht mehr gegen eine zukünftige Covid-Infektion gerichtet ist. Die langfristigen Folgen solcher Nebenprodukte im Körper sind nicht geklärt.

Zusammengefasst kann man festhalten, dass es inzwischen in der einschlägigen medizinischen Literatur sehr viel Evidenz für Nebenwirkungen und die entsprechenden molekularen Grundlagen gibt, zum Beispiel „cell clocking”, „frameshift”, „autoimmune diseases” und viele andere. Daher sollten nun klare Förderprogramme für diese Untersuchungen bereitstehen, da es hier um das Wohl vieler Menschen geht. Anhand dieser Ergebnisse kann dann eine vernünftige Risiko-Nutzen-Rechnung für die entsprechende Medikation gemacht werden. <<

Literatur:

[1] Banoun, H. mRNA: Vaccine or Gene Therapy? The Safety Regulatory Issues. Int. J. Mol. Sci. 2023, 24(13), 10514; https://doi.org/10.3390/ijms241310514
[2] Regelungen zu genbasierten Impfstoffen. Begriffliche Einordnung und arzneimittelrechtliche Zulassung. In: Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages. 25. Januar 2021
[3] Blix et al. Unexpected vaginal bleeding and COVID-19 vaccination in nonmenstruating women. Science Advances 2023, 9 (38), https://doi.org/10.1126/sciadv.adg1391
[4] Theuerkauf et al. Quantitative assays reveal cell fusion at minimal levels of SARS-CoV-2 spike protein and fusion from without. iScience , 24 (3), https://doi.org/10.1016/j.isci.2021.102170
[5] Parry et al. ‘Spikeopathy’: COVID-19 Spike Protein Is Pathogenic, from Both Virus and Vaccine mRNA Biomedicines 2023, 11(8), 2287; https://doi.org/10.3390/biomedicines11082287
[6] Mulroney et al. N1-methylpseudouridylation of mRNA causes +1 ribosomal frameshifting Nature 2024, 625, 189–194 https://doi.org/10.1038/s41586-023-06800-3

Zitationshinweis

Pürner, F.: „Notwendigkeit und Stand der Aufarbeitung?“,
in „Monitor Versorgungsforschung“ (01/25), S. 39.
http://doi.org/10.24945/MVF.01.25.1866-0533.2689



MdEP Dr. med. Friedrich Pürner (MPH)

Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen, Epidemiologe / Mitglied des Europäischen Parlaments

Notwendigkeit und Stand der Aufarbeitung

>> Die Coronazeit hat Deutschland in eine unvorhergesehene Krise gestürzt, die unser Gesundheitssystem, unsere Gesellschaft, Wirtschaft und unser Verständnis von Freiheit sowie Solidarität auf die Probe gestellt hat. Die Notwendigkeit einer Aufarbeitung dieser einschneidenden Zeit ist unbestreitbar.

Auch in Deutschland wurden in der Coronazeit Maßnahmen ergriffen, die das Alltagsleben drastisch veränderten: Lockdowns, Maskenpflicht, Kontaktbeschränkungen und die Schließung von Schulen und Kitas.

Diese Maßnahmen sollten die Ausbreitung des Virus verlangsamen und das Gesundheitssystem vor Überlastung schützen. Parallel zu den angeordneten Maßnahmen gab es zu jeder Zeit fachliche Kritiker, die die einschneidenden Maßnahmen u. a. hinsichtlich Wirksamkeit, Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche sowie deren rechtlicher Grundlagen hinterfragten. Wer jedoch die politische Sichtweise kritisierte, wurde stigmatisiert, diffamiert und als Leugner oder Verharmloser abgestempelt. Es wurde versucht, Kritiker mundtot zu machen. Diese Kritik hat bis heute nicht nachgelassen und hätte viel Leid und wirtschaftlichen Schaden verhindern können. Man hat es eben schon besser wissen können. Die Expertise war da, wurde jedoch heftig und existenzbedrohend angegangen. All das zeigt die Notwendigkeit einer gründlichen Aufarbeitung.

Doch wie steht es um eine Aufarbeitung der Coronazeit?

Angesichts der freigeklagten und durchgestochenen Unterlagen von unterschiedlichen Corona-Gremien bzw. Krisenstäben könnte der Schluss naheliegen, dass die Aufarbeitung der Coronazeit in Deutschland auf Hochtouren läuft.

Dem ist jedoch nicht so.

Zwar befürworten viele Politiker eine Aufarbeitung, allerdings ist nur eine Scheinaufarbeitung gewollt. Weshalb? Weil die Wahrheit schwer erträglich ist. Bei den Verantwortlichen der Corona-Maßnahmen ist der Grund für die Ablehnung einer ehrlichen Aufarbeitung offensichtlich. Für viele kann dies das Ende der Karriere bedeuten.

Die Aufarbeitung der Coronazeit ist ein komplexes Unterfangen, das mehrere Dimensionen umfasst. Dazu gehört die wissenschaftliche Analyse der Maßnahmen, die Beurteilung der Gesundheitspolitik und Überprüfung der Rechtmäßigkeit der angeordneten Maßnahmen.

Eine Bewertung durch eine Enquete-Kommission oder einen Bürgerrat kann hierüber keine Klarheit schaffen. Zu schwach sind diese Instrumente. Wer diese Instrumente fordert, visiert eine oberflächliche Aufarbeitung an, bei der Verantwortliche möglichst gut wegkommen.

Dass die Aufarbeitung sogar teilweise verhindert wird, zeigt der Umgang mit den RKI-Protokollen. Diese sind ein Zeugnis dafür, dass die öffentlichen Verlautbarungen der einflussnehmenden Gremien nicht der internen fachlichen Einschätzung der Experten, sondern dem politischen Willen entsprachen. Wer RKI-Protokolle als internen Meinungsaustausch abwertet und den Skandal nicht sehen will, möchte Aufarbeitung verhindern oder verkennt die Bedeutung von Ergebnisprotokollen.

Auch die gesellschaftliche Aufarbeitung läuft nur schleppend. Die Pandemiemaßnahmen verursachten tiefe gesellschaftliche Gräben. Zwischen Geimpften und Ungeimpften sowie Befürwortern und Gegnern der Maßnahmen. Eine offene Diskussion über Fehler und Erfolge der Pandemiebekämpfung kann zur Versöhnung beitragen. Dafür ist es notwendig, sich kollektiven Fehlern und eigener Scham zu stellen, ohne in Schuldzuweisungen zu verfallen. Zurzeit ist das Schweigen jedoch größer als die offene Debatte.

Aktuell erkennen viele Menschen, dass die angebliche Solidarität, die sie jahrelang auf Zuruf lebten und sich damit gut fühlten, für andere massiv schädigend war. Gerade Kinder und Jugendliche waren und sind weiter Leidtragende. Diese unbequeme Erkenntnis sickert schmerzlich in das Bewusstsein und aktiviert zugleich einen Abwehrmechanismus. Innerlich wird nur so viel Aufarbeitung akzeptiert, wie das eigene Wohlfühlklima erlaubt. Das Gefühl, dass man sich für politische Zwecke hat instrumentalisieren lassen, ist nur schwer erträglich. Dies ist menschlich, hemmt jedoch die Aufarbeitung. Ein großer Teil dessen, was an Fakten zu den Pandemiemaßnahmen bekannt ist, wird weiterhin verdrängt. Sowohl im öffentlichen Diskurs als auch am heimischen Familientisch. Diese Handbremse sollte jeder Einzelne lösen, wenn wir als Gesellschaft Fortschritte machen wollen.

Der juristische Teil der Aufarbeitung steckt ebenfalls noch in den Kinderschuhen, darf jedoch nicht unterschätzt werden. Die Frage, ob und inwieweit Grundrechte während der Coronazeit verletzt oder missachtet wurden, ist von zentraler Bedeutung. Eine gründliche juristische Analyse kann Licht in die Dunkelheit der Notstandsverordnungen bringen und künftig klare Richtlinien und Grenzen für das Agieren im Ausnahmezustand schaffen.

Aufarbeitung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Vertreter von Wissenschaft, Medien, Justiz und Bürgern sind in den Prozess einzubeziehen. Nur so kann eine breite Basis für Erkenntnisse geschaffen werden, die bei einer zukünftigen Notlage zu einer besseren Vorbereitung und Reaktion führen.

Zusammenfassend zeigt die aktuelle Lage, dass die Aufarbeitung der Coronazeit in Deutschland mehr ein theoretisches Konzept als praktische Realität ist. Wissenschaftliche und sonstige Erkenntnisse dringen kaum durch. Für eine Aufarbeitung fehlt es an einem ehrlichen und schonungslosen Willen. Ohne diesen Willen ist die Gesellschaft nicht dafür bereit. Aufarbeitung rufen viele, doch politische Interessen, der Schutz vor öffentlicher Kritik und unbequemen Erkenntnissen verzögern die notwendigen Prozesse.

Der ehrliche Blick in den Spiegel bedarf innerer Stärke und Reife. Eine aufgeklärte Gesellschaft sollte alles daransetzen, aus Erfahrungen zu lernen, Missstände zu benennen sowie zu korrigieren, das Vertrauen in unsere staatlichen Institutionen wiederherzustellen und die gesellschaftliche Spaltung zu heilen. <<

Aktueller Stand: Pharmapaket

Auswirkungen des EU-Pharmapakets auf Europas Innovationsfähigkeit

Die EU arbeitet gerade ein neues Pharmapaket aus, welches sich zum Ziel setzt die Sicherheit, Wirksamkeit und Qualität von Arzneimitteln zu gewährleisten. Den Anstoß für die erste EU-Legislatur entsprang aus dem Contergan-Skandal aus den späten 1950er- und frühen 1960er Jahren, welcher dazu führte, dass Tausende Kleinkinder mit schweren Glieddeformitäten geboren wurden, weil deren Mütter das Mittel verabreicht bekommen hatten (EU-Kommission 2023). Im Laufe der Jahre wurde die Legislatur mehrfach weiterentwickelt und umfassende Maßnahmen für einen besseren Zugang, eine bessere Verfügbarkeit, Erschwinglichkeit und ökologische Nachhaltigkeit von Arzneimitteln (Europäische Kommission, 2024). Die Covid-19-Pandemie legte die Schwachstellen in den EU-Forschungs- und Entwicklungsabteilungen (FuE) offen. Die Pandemie unterstrich die Wichtigkeit, wo FuE stattfindet, und stellte zudem die Frage, ob Innovation noch in Europa stattfindet. Das sind Herausforderungen welche kritisch sind für Arbeitsplätze, Wachstum, Resilienz und die Gesundheit von Bürgern der EU.

Zielsetzung und Maßnahmen

>> Die Reform des EU-Pharmapakets befasst sich mit dem gesamten Lebenszyklus von Arzneimitteln mit sechs Hauptzielen: Erzeugung eines einheitlichen Marktes für Medikamente und gerechten Zugang zu sichern, Förderung von Innovationen, Reduzierung von Bürokratieaufwand, Erhöhung der Verfügbarkeit von Medikamenten. Außerdem wollte man die große Gefahr adressieren, die von multiresistenten Keimen ausgeht, und die Incentivierung von FuE für neue Diagnostik- und Therapieansätze zielgenauer machen.

Mit der Reform des EU-Pharmapakets werden mehrere wichtige Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele eingeführt. Ziel ist es, den Zugang zu innovativen und erschwinglichen Arzneimitteln zu verbessern, indem Unternehmen ermutigt werden, ihre Produkte in allen EU-Ländern verfügbar zu machen und Behandlungen für ungedeckten medizinischen Bedarf zu entwickeln. Dazu gehören die Erleichterung der früheren Verfügbarkeit von Generika und Biosimilars sowie die Vereinfachung von Zulassungsverfahren. Die Reform fördert Innovation und Wettbewerbsfähigkeit durch einen effizienten Rechtsrahmen, wobei die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) Entwicklern eine bessere frühzeitige regulatorische und wissenschaftliche Unterstützung bietet, das Zulassungsverfahren beschleunigt und den regulatorischen Aufwand durch vereinfachte Verfahren und Digitalisierung verringert. Zu den wirksamen Innovationshebeln gehören ein regulatorischer Schutz von bis zu 12 Jahren für innovative Arzneimittel mit spezifischen Anreizen für Arzneimittel, die einen hohen ungedeckten medizinischen Bedarf speisen und in allen Mitgliedstaaten auf den Markt gebracht werden. Bei seltenen Krankheiten würde die Frist für die Marktexklusivität neun Jahre betragen. Darüber hinaus geht die Reform Arzneimittelengpässe an und sorgt für Versorgungssicherheit, indem neue Anforderungen an die Überwachung von Engpässen eingeführt und die Koordinierungsrollen gestärkt werden. Zudem zielt sie darauf ab, die Umwelt zu schützen, indem sie die geltenden Umweltanforderungen durchsetzt und die Antibiotikaresistenz (AMR) mit Anreizen für Unternehmen bekämpft, wodurch die Investition in neuartige antimikrobielle Wirkstoffe gefördert werden soll und Maßnahmen für den umsichtigen Einsatz von Antibiotika geschärft werden sollen (EU-Kommission, 2015; EU-Kommission, 2023; EU-Kommission, 2024).

Die Auswirkungen des EU-Pharmapakets auf die pharmazeutische Industrie

Das EU-Pharmapaket führt mehrere bedeutende Änderungen ein, die sich voraussichtlich auf Pharmaunternehmen, Patient:innen und Gesundheitssysteme auswirken werden.

Auswirkungen auf die pharmazeutische Industrie

Mit dem EU-Pharmapaket werden mehrere bedeutende Änderungen eingeführt, die sich voraussichtlich auf Pharmaunternehmen auswirken werden, insbesondere auf den Bereich

Legislatur-Prozess

Im Jahr 2021 verabschiedete das Europäische Parlament eine Entschließung zu einer Arzneimittelstrategie für Europa. Darin wurde erkannt, dass Ungerechtigkeiten existieren, wie in unterschiedlichen Mitgliedsstaaten der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen geregelt wurde. Außerdem wollte man die große Gefahr adressieren, die von multiresistenten Keimen ausgeht, und die Incentivierung von FuE für neue Diagnostik- und Therapieansätze und zielgenauer machen. Abschließend zielte es auch darauf, Arzneimittelknappheit zu unterbinden und Transparenz bei der Preisgestaltung von Medikamenten zu erhöhen (EU-Kommission, 2023).

Am 26. April 2023 schlug die Europäische Kommission eine Überarbeitung der allgemeinen Arzneimittelgesetzgebung der EU vor, die zwei Legislativvorschläge umfasst: eine Verordnung und eine Richtlinie. Dieses Paket wurde durch eine Empfehlung des Rates zur Intensivierung der Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen vervollständigt, die im Juni 2023 angenommen wurde (EU-Kommission, 2023).

Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens, an dem der Ausschuss für Umweltfragen, öffentliche Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (ENVI) beteiligt war, verabschiedete das Europäische Parlament im April 2024 seine Standpunkte und unterstützte umfassende Reformen, um den Zugang der Patient:innen zu hochwertigen Arzneimitteln zu verbessern, Innovationen anzukurbeln und die antimikrobielle Forschung zu fördern. Die nächsten Schritte beinhalten weitere Diskussionen und Verhandlungen im Rat, wobei die Arbeiten unter dem ungarischen Ratsvorsitz in der zweiten Hälfte des Jahres 2024 fortgesetzt werden sollen (EU-Kommission, 2015).

Forschung und Entwicklung (FuE). Eine der wichtigsten Änderungen ist die Verkürzung des Zeitraums der Marktexklusivität für neue Arzneimittel, es sei denn, sie werden auf allen 27 EU-Märkten eingeführt. Diese Maßnahme zielt darauf ab, Unternehmen daran zu hindern, wohlhabendere westliche Länder zu bevorzugen, und fördert einen breiteren Zugang zu Arzneimitteln in der gesamten EU. Um die regulatorische Effizienz zu erhöhen, wird die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) erhebliche Änderungen vornehmen, um die Prozesse zu rationalisieren, einschließlich schnellerer Bewertungen und mehr wissenschaftlicher Beratung für Arzneimittelhersteller. Diese Änderungen sollen die EU für pharmazeutische Innovationen attraktiver machen, indem der Zeit- und Kostenaufwand für die Markteinführung neuer Arzneimittel reduziert wird.

In Bezug auf Arzneimittelengpässe und Versorgungssicherheit werden die Unternehmen verpflichtet, die Behörden sechs Monate im Voraus über mögliche Versorgungsprobleme zu informieren und Pläne zur Vermeidung von Engpässen zu erstellen. Die EMA wird auch eine Liste kritischer Arzneimittel erstellen, um die Verfügbarkeit zu überwachen und eine zuverlässigere Versorgung mit unentbehrlichen Arzneimitteln zu gewährleisten.
Maßnahmen zur Umweltverträglichkeit und Antibiotikaresistenz (AMR) stehen ebenfalls im Mittelpunkt der Reform. Pharmaunternehmen müssen umfassende Umweltrisikobewertungen für ihre Produkte vorlegen. Darüber hinaus gibt es Anreize für die Entwicklung neuer Antibiotika, darunter übertragbare Exklusivitätsgutscheine. Diese Maßnahmen zielen darauf ab, die ökologische Nachhaltigkeit und das wachsende Problem der Antibiotikaresistenz anzugehen und Forschung und Entwicklung möglicherweise in Richtung nachhaltigerer Verfahren zu lenken.

Das Gesetz enthält Bestimmungen über Zwangslizenzen in Notfällen, die es den Regierungen ermöglichen, Arzneimittelpatente außer Kraft zu setzen, um die Versorgung sicherzustellen. Dies könnte sich zwar auf die Rentabilität der Pharmaunternehmen auswirken, zielt aber darauf ab, den Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten in Krisenzeiten zu verbessern.

Um Innovationen zu fördern, enthalten die neuen Rechtsvorschriften spezifische Anreize für die Entwicklung von Behandlungen für seltene Krankheiten und ungedeckten medizinischen Bedarf. Dies wird wahrscheinlich zu mehr Investitionen in innovative Forschungsbereiche führen, die in der Vergangenheit unterfinanziert waren.

Die Unterstützung für Arzneimittel für neuartige Therapien (ATMPs) ist ein weiterer wichtiger Aspekt des Pakets. Es wird erwartet, dass regulatorische Verbesserungen für ATMPs, z. B. in Bezug auf genetisch veränderte Organismen (GVO), die Entwicklung und Zulassung neuartiger Therapien erleichtern werden, da diese häufig an der Spitze der medizinischen Innovation stehen (EU-Kommission, 2023).

Auswirkungen auf Patient:innen

Ziel der neuen Rechtsvorschriften ist die Sicherstellung einer schnelleren und gerechteren Zugangs zu Arzneimitteln für Patient:innen in allen EU-Mitgliedstaaten. Durch die Verkürzung des Zeitraums der Marktexklusivität für neue Arzneimittel, es sei denn, sie werden auf allen 27 EU-Märkten eingeführt, ermutigen die Reformen die Pharmaunternehmen, ihre Produkte breiter und schneller verfügbar zu machen. Das Paket umfasst Maßnahmen, um Arzneimittel erschwinglicher zu machen, was wiederum den Patient:innen zugutekommen soll, indem die Ausgaben gesenkt werden und der Zugang zu grundlegenden Behandlungen erleichtert wird. Dabei legen die Reformen den Schwerpunkt auf strenge Sicherheits- und Wirksamkeitsstandards, um sicherzustellen, dass Patient:innen qualitativ hochwertige und wirksame Behandlungen erhalten, einschließlich einer besseren Überwachung und Berichterstattung über unerwünschte Arzneimittelwirkungen. Zudem soll es spezifische Anreize für die Entwicklung von Behandlungen für seltene Krankheiten und für ungedeckten medizinischen Bedarf geben, was möglicherweise zu innovativeren Therapien für Patient:innen mit Erkrankungen führt, für die es derzeit nur begrenzte Behandlungsmöglichkeiten gibt (EU-Kommission, 2023).

Auswirkungen auf Gesundheitssysteme

Die Gesundheitssysteme werden von verbesserten Maßnahmen zur Versorgungssicherheit profitieren, da Pharmaunternehmen die Behörden sechs Monate im Voraus über potenzielle Versorgungsprobleme informieren und Pläne zur Verhütung von Engpässen erstellen müssen, um das Risiko von Arzneimittelengpässen zu verringern und die kontinuierliche Verfügbarkeit unentbehrlicher Arzneimittel sicherzustellen. Indem sie Arzneimittel erschwinglicher machen und einen zeitnahen Zugang gewährleisten, können die Gesundheitssysteme die Kosten besser verwalten und Ressourcen effizienter zuweisen, was zu Gesamteinsparungen und einer besseren Budgetverwaltung für die öffentlichen Gesundheitsdienste führen kann. Die Reformen zielen darauf ab, Innovationen in der pharmazeutischen Industrie zu fördern und zur Entwicklung neuer und wirksamerer Behandlungen zu führen, die das Potential haben, die Ergebnisse für die Patient:innen verbessern und die langfristigen Gesundheitskosten senken können. Das Paket umfasst auch Maßnahmen zur Verringerung der Umweltauswirkungen von Arzneimitteln, wie z. B. die Forderung nach umfassenden Umweltverträglichkeitsprüfungen, die den Gesundheitssystemen helfen, nachhaltiger zu arbeiten und ihren ökologischen Fußabdruck zu verringern (efpia, 2023).

Insgesamt sollen die Änderungen am EU-Pharmapaket ein patientenorientierteres, widerstandsfähigeres und innovativeres Umfeld schaffen, das zeitnahe, erschwingliche und wirksame Behandlungen gewährleistet und gleichzeitig die Gesundheitsergebnisse für alle Bürgerinnen und Bürger unterstützen soll.

Kritische Betrachtung der praktischen Auswirkungen

Entgegen seinen Absichten könnte das EU-Pharmapaket den Zugang europäischer Patient:innen zu innovativen Behandlungen einschränken und die Wettbewerbsfähigkeit der Pharmaindustrie untergraben. Die vorgeschlagene Kürzung der Ausgangswerte für den regulatorischen Datenschutz (EPLR) und die Ausschließlichkeit des Exklusivitätsrechts für seltene Märkte (OME) sowie die nicht durchführbaren Auflagen für die Rückforderung verringerter Anreize könnten Forschung und Entwicklung behindern und den EU-Rechtsrahmen für geistige Eigentumsrechte schwächen.

In der Konsequenz könnte dies zu einer Abwanderung von FuE-Aktivitäten in andere Regionen führen, was sich auf die industrielle Basis, Investitionen, Arbeitsplätze und das Wachstum Europas auswirken würde. Darüber hinaus birgt der Ansatz zur Verbesserung des EU-weiten Arzneimittelzugangs die Gefahr,

dass er nicht die tatsächlichen Hindernissen, in den jeweiligen Mitgliedsstaaten addressiert und dadurch negative Synergien durch das vorgeschlagene Patentpaket verstärkt.

Zu den weiteren Herausforderungen gehört die Anforderung an Unternehmen, innerhalb von zwei Jahren die Verfügbarkeit in allen 27 Mitgliedstaaten sicherzustellen, um eine Entschädigung für den Dokumentenschutz zu erhalten, die jedoch von den unterschiedlichen Gesundheitssystemen und Genehmigungsdauern in der EU abhängt. Zudem birgt die Einführung der digitalen Patienteninformation (ePI), welche auf die Verschlankung von Prozessen abzielt, zusätzliches Herausforderungspotenzial bei der Umsetzung.

Während die Bemühungen der Europäischen Kommission zur Stärkung der Forschung und Entwicklung und des Zugangs zu antimikrobiellen Mitteln lobenswert sind, äußert die European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA) Bedenken hinsichtlich der unverhältnismäßigen Vorschläge in Bezug auf das Engpassmanagement und die Umweltanforderungen. Um diese Probleme anzugehen, ist ein patientenzentrierter Ansatz erforderlich, der den regulatorische Rahmen optimiert und sichergestellt, dass die Anforderungen an die Lieferkette und die Umwelt verhältnismäßig und zweckmäßig sind, um einen verzögerten Zugang der Patient:innen zu Arzneimitteln zu vermeiden (efpia, 2023; vfa, 2023).

Strategien für die Pharmaindustrie

Pharmaunternehmen können das EU-Pharmapaket nutzen, indem sie mehrere strategische Maßnahmen ergreifen. Erstens sollten sie ihre Bemühungen intensivieren, ein robustes Patentdickicht um Kernprodukte aufzubauen und Sekundärpatente für ungedeckte medizinische Bedürfnisse, Verabreichungsmethoden und neue therapeutische Anwendungen zu sichern, um den Markteintritt von Generika zu verzögern. Die Optimierung von Patentportfolios durch die Überprüfung und Stärkung von Patentstrategien kann die Abdeckungsdauer maximieren. Dabei geht es um die Anmeldung von Sekundärpatenten für neue Formulierungen, Verwendungen oder Synthesemethoden sowie um Investitionen in Orphan- und Kinderarzneimittel, um von zusätzlichem Schutz zu profitieren (TaylorWessing, 2023).

Die Ausrichtung der Forschungs- und Entwicklungsanstrengungen auf bahnbrechende Therapien für ungedeckten medizinischen Bedarf, Orphan Drugs und pädiatrische Bevölkerungsgruppen ist von entscheidender Bedeutung. Der Einsatz von KI in der Arzneimittelforschung kann F&E-Abläufe rationalisieren, Kosten senken und den Wert neuer Medikamente steigern (Europäische Kommission, 2020). Die proaktive Zusammenarbeit mit Regulierungsbehörden wie der EMA über einen regulatorischen Sandbox-Ansatz ermöglicht es Unternehmen, Produkte in einer kontrollierten Umgebung zu testen und regulatorisches Feedback zu nutzen, um den erweiterten Schutz zu maximieren.

Die Stärkung von Produktions- und Lieferketten durch Investitionen in neue Technologien und die Optimierung von Prozessen sorgt für Zuverlässigkeit und Redundanz. Dazu gehören die Verbesserung der Prozesse bei der Verschreibung, Abgabe und Überwachung von Generika sowie die Aufrechterhaltung der Versorgung in unterversorgten Märkten. Die Durchführung gründlicher Marktanalysen zum Verständnis der Marktdynamik und der Wettbewerbsstrategien hilft bei der Planung strategischer Reaktionen auf den Markteintritt von Generika und der Identifizierung neuer Marktsegmente (Pharma Boardroom, 2023).

Auch die Entwicklung gezielter Vertriebsstrategien für benachteiligte EU-Mitgliedstaaten, einschließlich Partnerschaften mit lokalen Händlern und maßgeschneiderter Marketingstrategien, kann die Marktdurchdringung verbessern. Darüber hinaus ist eine

Literatur

1. European Parliament (2023): Towards a new EU pharmaceutical strategy. In: Home | Think Tank | European Parliament (retrieved on 25.10.2024).
2. European Commission (2023): Reform of the EU pharmaceutical legislation. In: Reform of the EU pharmaceutical legislation – European Commission (retrieved on 25.10.2024).
3. European Commission (2024): Reform of the EU pharmaceutical legislation. In: Reform of the EU pharmaceutical legislation – European Commission (retrieved on 25.10.2024).
4. European Parliament (2023): Revision of EU pharmaceutical legislation. In: Home | Think Tank | European Parliament (retrieved on 25.10.2024).
5. European Commission (2015): 50 years of EU pharmaceutical legislation In: 50 years of EU pharmaceutical legislation – European Commission (retrieved on 25.10.2024).
6. European Commission (2023): A pharmaceutical strategy for Europe. In: A pharmaceutical strategy for Europe – European Commission (retrieved on 25.10.2024).
7. Efpia (2023): EU Pharmaceutical Legislation. In: Pharmaceutical Legislation. (retrieved on 25.10.2024).
8. Efpia (2023): Assessment of main provisions and key EFPIA recommendations on the revision of the pharmaceutical package. In: efpia-recommendations-on-the-revision-of-the-pharmaceutical-package.pdf (retrieved on 25.10.2024).
9. Vfa. (2023): Stellungnahme zur Reform des EU-Arzneimittelrechts. In: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjW6_Cw7quJAxUH0QIHHbLcMnMQFnoECBMQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.vfa.de%2Fdownload%2Fstellungnahme-eu-pharma-paket.pdf&usg=AOvVaw197petDHy192z4w0Z6RwV1&opi=89978449 (retrieved on 25.10.2024).
10. TaylorWessing (2023): Das neue Pharma-Paket der EU-Kommission: Geänderter Rechtsrahmen für Unterlagenschutz, Vermarktungsschutz und Marktexklusivität. In: Das neue Pharma-Paket der EU-Kommission (retrieved on 25.10.2024).
11. European Commission (2020): Pharmaceutical Strategy for Europe. In: pharma-strategy_report_en_0.pdf (retrieved on 25.10.2024).
12. Pharma Boardroom (2023): Making the EU Pharma Package Count for Smaller Companies. In: Making the EU Pharma Package Count for Smaller Companies (retrieved on 25.10.2024).
13. MSD (2023): Das EU-Pharmapaket: Ein Schritt vor, zwei zurück. In: https://www.msd.de/stories/das-eu-pharmapaket-ein-schritt-vor-zwei-zuruck/ (retrieved on 25.10.2024).
14. Vfa. (2024): EU-Pharma-Paket schwächt Standort. In: https://www.vfa.de/de/presse/pressemitteilungen/pm-009-2024-eu-pharma-paket-schwaecht-standort.html (retrieved on 25.10.2024).

Preisstrategie, die finanzielle Zwänge berücksichtigt und gleichzeitig die Rentabilität aufrechterhält, unerlässlich. Die politische Interessenvertretung und die Bildung von Koalitionen mit Patientenvertretungen und Gesundheitsdienstleistern können zukünftige Gesetzesentwicklungen beeinflussen und eine günstige Politik für patentierte Arzneimittel sicherstellen.

Diese Maßnahmen ermöglichen es Pharmaunternehmen, die Vorteile des EU-Pharmapakets in vollem Umfang zu nutzen, ihren Wettbewerbsvorteil zu stärken und Innovationen in dem sich wandelnden regulatorischen Umfeld voranzutreiben.

Schlussfolgerung

Das EU-Pharmapaket führt umfassende Reformen ein, die sich zum Ziel gesetzt haben, die Effizienz, Innovation und Nachhaltigkeit des Pharmasektors zu verbessern. Durch die Verringerung des regulatorischen Aufwands, die Förderung eines gleichberechtigten Zugangs zu Arzneimitteln und die Schaffung von Anreizen für die Entwicklung von Behandlungen für ungedeckten medizinischen Bedarf zielt das Paket darauf ab, ein wettbewerbsfähigeres und innovativeres Umfeld zu fördern. Die Verringerung des regulatorischen Datenschutzes und die Einführung strenger Auflagen für erweiterte Schutzmaßnahmen können jedoch Herausforderungen mit sich bringen, die sich auf FuE-Investitionen und die industrielle Basis der EU auswirken können. Strategische Maßnahmen wie die Optimierung von Patentportfolios, die proaktive Zusammenarbeit mit Regulierungsbehörden und die Nutzung von KI in der Arzneimittelforschung können Pharmaunternehmen dabei helfen, diese Veränderungen zu bewältigen und neue Chancen zu nutzen. Insgesamt stellt das EU-Pharmapaket einen bedeutenden Wandel hin zu einem widerstandsfähigeren und patientenorientierteren Gesundheitssystem dar, dessen Erfolg von einer sorgfältigen Umsetzung und einer kontinuierlichen Einbeziehung der Interessenträger abhängig sein wird. <<

von:
Alexander Tamdjidi [1], Juliane Haug[2]

1: Partner bei der Management- und Technologieberatung BearingPoint
2: Senior Consultant bei der Management- und Technologieberatung BearingPoint

Zitationshinweis

Tamdjidi, A., Haug, J.: „Auswirkungen des EU-Pharmapakets auf Europas Innovationsfähigkeit“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (01/25), S. 40–43. http://doi.org/10.24945/MVF.01.25.1866-0533.2690

Deutscher Kongress
für Versorgungsforschung

24. Kongress
22. – 24.09.2025 | Hamburg

Zukunftskompetenz für ein resilientes Gesundheitssystem

Themenschwerpunkte

MEGATRENDS
Auswirkungen der Megatrends auf die Gesundheitsversorgung | Lösungen für eine zukunftsfähige Versorgung

DIGITALE TRANSFORMATION – DIGITAL HEALTH
Künstliche Intelligenz | Digitale Gesundheitsanwendungen | Forschungsdateninfrastruktur

EVIDENZBASIERTE GESUNDHEITSVERSORGUNG
Analyse der Gesundheitsversorgung | Entwicklung, Evaluation und Implementierung neuer Versorgungskonzepte

METHODEN DER VERSORGUNGS- UND ZUKUNFTSFORSCHUNG
Theorien und Methoden für evidenzbasierte zukunftsweisende Lösungen

ZUKUNFT GESTALTEN
Innovative Projekte präsentieren und diskutieren | Future Labs & Szenarienentwicklung

Call for Abstracts

Gestalten Sie den Kongress mit und reichen Sie Ihr Abstract zu den genannten Themenschwerpunkten ein.
Die Beitragseinreichung ist ab 8. Februar 2025 möglich. Abgabefrist ist der 25. März 2025.
Alle wichtigen Informationen zur Abstracteinreichung finden Sie auf der Kongresswebseite unter www.dkvf.de.

VERSORGUNGSPRAXIS
VERSORGUNGS- UND ZUKUNFTSFORSCHUNG
GESUNDHEITSPOLITIK

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.
In Zusammenarbeit mit dem Netzwerk Zukunftsforschung

DKVF.DE

Unternehmens: BearingPoint am Standort München. Alexander Tamdjidi und Juliane Haug haben unentgeltlich an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet.
Die Analyse erfolgte ohne finanzielle Unterstützung und wurde von dem Unternehmen BearingPoint durchgeführt.

Aktueller Verfahrensstand der Bewertung von Heilmitteln

Wann hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ein Heilmittel als ein neues Heilmittel zu betrachten?

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen und -zahnärztlichen Versorgung dienen der Sicherung der medizinischen Versorgung mit Heilmitteln. Durch sie wird rechtsverbindlich der Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit Heilmitteln im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung konkretisiert. Der vorliegende Beitrag beschreibt auf Grundlage der Verfahrensregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie gesetzlicher Rahmenbedingungen die Einordnung und den Umgang mit neuen Heilmitteln.

>> Seit über 40 Jahren wird die ärztliche Verordnung von Heilmitteln in Deutschland durch eine entsprechende Richtlinie geregelt, welche in ihrer Erstfassung am 26. Februar 1982 durch den Rechtsvorgänger des heutigen Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, als „Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln in der kassenärztlichen Versorgung" verabschiedet wurde. Die Ausgestaltung der Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien war seinerzeit die Folge eines in den vorangegangenen Jahren zu verzeichnenden kontinuierlichen Anstiegs der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Heil- und Hilfsmittel. Diese Richtlinien sollten Ärzt:innen eine Hilfe sein, mit dem Ziel einer stärkeren Berücksichtigung der Grundsätze von Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit bei der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln (Matz 1982: 49). Die Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien wurden im Jahr 2001 aus Gründen der Rechtsklarheit in zwei eigenständige Richtlinien getrennt (G-BA 2001a).

Seitdem ist die Verordnung von Heilmitteln durch Vertragsärzt:innen, seit 2016 durch Krankenhausärzt:innen im Rahmen des Entlassmanagements sowie seit 2021 für Leistungen der Ergotherapie durch Psychologische Psychotherapeut:innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen in der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie) geregelt (G-BA 2001b; 2015; 2020). Um den zahnmedizinischen Besonderheiten in der Heilmittelversorgung Rechnung zu tragen, wurde am 15. Dezember 2016 die Erstfassung der Heilmittel-Richtlinie für Zahnärzt:innen beschlossen (G-BA 2016). Beide Richtlinien werden kontinuierlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse überprüft und fortgeschrieben. Diesen ermittelt der G-BA auf Basis der Evidenzbasierten Medizin und prüft ferner, im Rahmen seiner Beratungsverfahren, ob die Kriterien Nutzen, medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit auf Grundlage der Vorgaben seiner Verfahrensordnung (VerfO) als erfüllt anzusehen sind (Sackett et al. 1996: 71).

Bei der Bewertung von Heilmitteln ist grundsätzlich die Frage nach deren Neuheit im Sinne des § 138 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zu klären. Demnach dürfen neue Heilmittel nur zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung in der vertragsärztlichen wie auch in der vertragszahnärztlichen Versorgung verordnet werden, wenn der G-BA zuvor ihren therapeutischen Nutzen anerkannt und in seinen Heilmittel-Richtlinien Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat. Die Frage nach der Neuheit eines Heilmittels ergibt sich dabei nicht zwangsläufig aus der Annahme, dass dieses noch nicht in der Versorgung etabliert ist. Daher bedarf es zunächst einer Konkretisierung der Begriffe sowie deren Einordnung im Kontext der Beratungsverfahren des G-BA. Die folgenden Betrachtungen nehmen dabei primär die Heilmittel-Richtlinie der vertragsärztlichen Versorgung in den Blick. Die Ausführungen sind ebenso auf die vertragszahnärztliche Versorgung mit Heilmitteln – der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte – übertragbar.

Heilmittel und neue Heilmittel

Im SGB V werden Heilmittel an verschiedenen Stellen beschrieben, ohne dass eine nähere Konkretisierung vorgenommen wird. So haben gesetzlich Krankenversicherte nach § 32 Absatz 1 Satz 1 SGB V Anspruch auf eine Versorgung mit Heilmitteln, soweit diese nicht nach § 34 SGB V ausgeschlossen sind. Als Teil einer gebotenen Krankenbehandlung nach § 27 Absatz 1 SGB V ist die Versorgung mit Heilmitteln notwendig, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Da das SGB V an diesen Stellen den Begriff des Heilmittels nicht näher definiert, können unter Berücksichtigung der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. BSG, Urteil vom 28.06.2000, B 6 KA 26/99 R, juris, Rn. 34 sowie BSG, Urteil vom 28.06.2001, B 3 KR 3/00 R, juris, Rn. 36) sowie in Bezugnahme auf § 30 Satz 1 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch Heilmittel als ärztlich verordnete, persönlich und eigenverantwortlich von entsprechend ausgebildeten Personen zu erbringende medizinische Dienstleistungen verstanden werden, die einem Heilzweck dienen oder einen Heilerfolg sichern.

Ausgehend von diesem Verständnis von Heilmitteln sind hierunter insbesondere die in der Heilmittel-Richtlinie aufgeführten Maßnahmen der Physiotherapie, der Podologischen Therapie, der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, der Ergotherapie und der Ernährungstherapie zu verstehen. Heilmittel, die vom G-BA oder seinen Rechtsvorgängern ausgeschlossen wurden und demnach nicht zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig und erbringbar sind, werden als Anlage 1 der Heilmittel-Richtlinie geführt.

Mit Blick auf die Abgrenzung von Heilmitteln zu neuen Heilmitteln dürfen neue Heilmittel im Sinne des § 138 SGB V nur verordnet werden, wenn der G-BA zuvor insbesondere ihren therapeutischen Nutzen

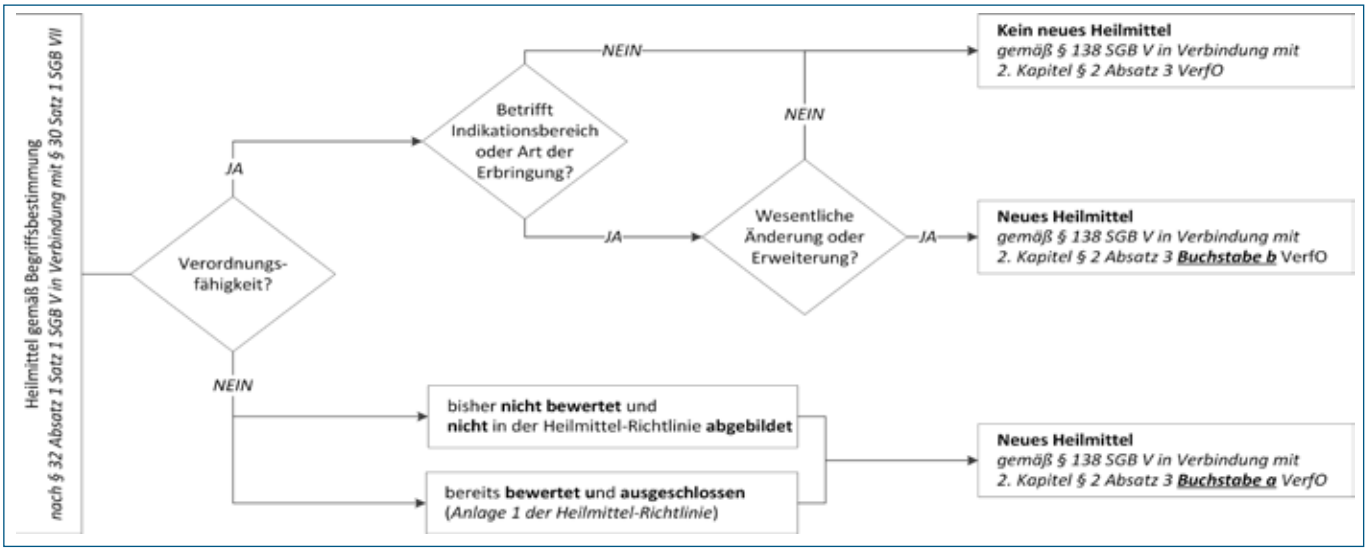


Abb. 1: Schema zur Prüfung auf Neuheit eines Heilmittels nach § 138 SGB V und der VerfO des G-BA. Quelle: eigene Darstellung.

anerkannt hat. Ausgehend davon und in Verbindung mit den Regelungen der VerfO des G-BA lassen sich folgende Konstellationen ableiten, bei denen vom Vorliegen eines neuen Heilmittels auszugehen ist.

Sind also Heilmittel nicht verordnungsfähig, wären sie somit als neue Heilmittel nach § 138 SGB V in Verbindung mit dem 2. Kapitel § 2 Absatz 3 der VerfO zu betrachten und ihr therapeutischer Nutzen nachzuweisen. Auch sind bisher durch den G-BA und seine Rechtsvorgänger bewertete und ausgeschlossene, also nicht verordnungsfähige Heilmittel, als neue Heilmittel anzusehen, sofern diese einer erneuten Überprüfung hinsichtlich ihres therapeutischen Nutzens unterzogen werden sollen. Daneben können bereits nach der Heilmittel-Richtlinie verordnungsfähige Heilmittel als neue Heilmittel betrachtet werden, bei denen sich der Indikationsbereich (Anwendungsgebiet) oder die Art ihrer Erbringung, wie beispielsweise die Intervention oder medizinische Vorgehensweise, wesentlich geändert oder erweitert haben.

Im Ergebnis der Betrachtungen lässt sich feststellen, dass sich die Definition und Einordnung der Neuheit eines Heilmittels maßgeblich auf das Kriterium der Verordnungsfähigkeit zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung bezieht.

Einordnung von Heilmitteln im Kontext von Beratungsverfahren des G-BA

Der G-BA prüft im Rahmen seiner Beratungsverfahren insbesondere, ob der therapeutische Nutzen für neue Heilmittel anerkannt werden kann. Ein Beratungsverfahren im G-BA kann unter anderem durch die ihm obliegende Beobachtungspflicht ausgelöst werden, um zu *„überprüfen, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben, und begründeten Hinweisen nach[zu]gehen, dass sie nicht mehr mit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse übereinstimmen“*. Diese im 1. Kapitel § 7 Absatz 4 der VerfO geregelte Beobachtungspflicht wird durch die ständige Rechtsprechung ergänzt. So führt das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 6. Mai 2009 aus: *„Selbstverständlich muss der G-BA auch nach Erlass einer Richtlinie zum Ausschluss einer Methode prüfen, ob neuere wissenschaftliche Erkenntnisse […] diese Entscheidung noch rechtfertigen. Ihm obliegt – wie jedem Normgeber – eine Beobachtungspflicht dahingehend, ob das von ihm verfolgte Ziel der Gewährleistung einer Krankenbehandlung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse bei Fortgeltung der Ausschluss-Entscheidung noch erreicht wird. Ist das offenkundig nicht mehr der Fall, muss er nachbessern.“* (BSG, Urteil vom 06.05.2009, B 6 A 1/08 R, BSGE 103, 106, Rn. 62).

Formal bedarf es in den Gremien des G-BA zur Aufnahme eines Beratungsverfahrens eines Antrags einer antragsberechtigten Organisation wie der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, den Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen („GKV-Spitzenverband“), der nach der Patientenbeteiligungsverordnung anerkannten Organisationen oder der unparteiischen Mitglieder des G-BA (vgl. 1. Kapitel § 5 Absatz 1 und 2. Kapitel § 4 Absatz 2 VerfO). Wenngleich dieses Antragserfordernis für neue Heilmittel nicht unmittelbar aus dem Gesetzeswortlaut von § 138 SGB V abgeleitet werden kann, so ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. BSG, Urteil vom 26.09.2006, B 1 KA 3/06 R, juris, Rn. 26) auch hierfür ein Antrag der Antragsberechtigten erforderlich (Murawski 2016: Rn. 3). Dabei ist zudem die zwischen den Bewertungsverfahren nach § 135 Absatz 1 und § 138 SGB V bestehende weitgehende Parallelität heranzuziehen (Roters 2019: Rn. 4; Ihle 2020: Rn. 14).

Nach Antragstellung und Einleitung eines Beratungsverfahrens in einer öffentlichen Sitzung des G-BA erfolgt die Bewertung nach den Vorgaben der Abschnitte 3 und 4 des 2. Kapitels der VerfO. In diesem Prozess ist insbesondere die Frage zu klären, ob es sich bei dem Beratungsgegenstand um ein neues Heilmittel im Sinne des § 138 SGB V in Verbindung mit dem 2. Kapitel § 2 Absatz 3 der VerfO handelt. Unter Berücksichtigung der gesetzlichen Grundlage des SGB V zu neuen Heilmitteln sowie der Regelungen der VerfO kann die Einordnung neuer Beratungsverfahren, wie in Abbildung 1 dargestellt, erfolgen.

Zunächst ist zu klären, dass es sich bei dem vorliegenden Beratungsgegenstand um ein Heilmittel im Sinne des Verständnisses von Heilmitteln handelt. Ist dies

auszuschließen, wird kein Beratungsverfahren ausgelöst. Liegt jedoch ein Heilmittel in diesem Sinne zur Beratung vor, ist im nächsten Schritt zu prüfen, ob eine Verordnungsfähigkeit des Heilmittels zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung gegeben ist. Hierbei sind auch bereits durch den G-BA oder seine Rechtsvorgänger durchgeführte Bewertungen zu berücksichtigen. Wurden Heilmittel infolgedessen ausgeschlossen, werden diese auf der Anlage 1 der Heilmittel-Richtlinie geführt und sind somit nicht verordnungsfähig. Anlage 1 listet insbesondere die Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen bisher nicht nachgewiesen werden konnte. Sofern bereits bewertete und ausgeschlossene Heilmittel erneut einer Bewertung unterzogen werden, handelt es sich um neue Heilmittel im Sinne des § 138 SGB V in Verbindung mit dem 2. Kapitel § 2 Absatz 3 Buchstabe a der VerfO.

Ist das gegenständliche Heilmittel nicht verordnungsfähig, bisher nicht bewertet worden und somit nicht in der Heilmittel-Richtlinie oder seiner Anlage 1 abgebildet, kann demzufolge ebenso von einem neuen Heilmittel ausgegangen werden. In beiden Fällen wäre im Ergebnis der Einschätzung festzustellen, dass es sich um neue Heilmittel nach § 138 SGB V handelt und eine Methodenbewertung in Verbindung mit § 135 Absatz 1 SGB V entsprechend dem 2. Kapitel der VerfO vorzusehen wäre. An dieser Stelle soll das regelhaft im G-BA durchzuführende Verfahren der Methodenbewertung inhaltlich nicht vertieft werden. Es bleibt festzuhalten, dass die Einschätzung, es handelt sich um ein neues Heilmittel, nicht mit einer Aufnahme als verordnungsfähiges Heilmittel in die Heilmittel-Richtlinie gleichzusetzen ist.

Nachdem bisher nicht verordnungsfähige Heilmittel als neue Heilmittel betrachtet wurden, soll nachfolgend die Verordnungsfähigkeit des vorliegenden Heilmittels angenommen werden.

Liegt eine Verordnungsfähigkeit des zu beratenden Heilmittels vor, ist der Blick darauf zu lenken, ob durch den vorliegenden Anlass der Beratungen der Indikationsbereich oder die Art der Erbringung des Heilmittels betroffen sind. Allein die Tatsache, dass sich der Indikationsbereich oder die Art der Erbringung geändert oder erweitert haben, lässt nicht den Schluss zu, dass es sich hierbei um ein neues Heilmittel nach § 138 SGB V handelt. Vielmehr muss in diesem Fall die Wesentlichkeit dieser Änderung oder Erweiterung betrachtet werden. Ob im Vergleich zu einem Heilmittel, das bereits in die Heilmittel-Richtlinie aufgenommen wurde, festzustellende Unterschiede im Indikationsbereich oder in der Art der Erbringung als wesentlich zu qualifizieren sind, bemisst sich nach der Frage, ob eine Übertragung von vorliegenden Erkenntnissen zum Nutzen einschließlich etwaiger Risiken gerechtfertigt und möglich ist. Für diese Bewertung sind entsprechend die Maßgaben des 2. Kapitel § 31 Absatz 4 und 5 VerfO heranzuziehen (Propp 2023: Rn. 21). Resultierend aus der Feststellung, dass es sich um wesentliche Änderungen oder Erweiterungen handelt, ist vom Vorliegen eines neuen Heilmittels im Sinne des § 138 SGB V in Verbindung mit dem 2. Kapitel § 2 Absatz 3 Buchstabe b der VerfO auszugehen. In der Konsequenz würde sich ebenso ein Methodenbewertungsverfahren anschließen.

Handelt es sich jedoch um ein nach der Heilmittel-Richtlinie verordnungsfähiges Heilmittel, bei dem nicht insbesondere der Indikationsbereich oder die Art der Erbringung betroffen sind oder dem keine wesentliche Änderung oder Erweiterung im Indikationsbereich oder der Art der Erbringung zugrunde liegt, liegt kein neues Heilmittel gemäß § 138 SGB V in Verbindung mit dem 2. Kapitel § 2 Absatz 3 der VerfO vor. In diesem Fall wären die in der Heilmittel-Richtlinie bestehenden Regelungen im Rahmen eines formalen Verfahrens ohne Methodenbewertung zu überprüfen.

Resümee

Die vorliegenden Ausführungen stellen eine auf Grundlage derzeitiger Rechtsprechung basierende Übersicht zum Umgang mit neuen Heilmitteln und deren Einordnung nach § 138 SGB V in Verbindung mit der VerfO des G-BA für die von ihm beschlossenen Heilmittel-Richtlinien aus Sicht der Geschäftsstelle des G-BA dar. Hieraus ergeben sich Anhaltspunkte für eine strukturierte Vorgehensweise zur Bewertung vorliegender Heilmittel.

Die einzelnen Prüfschritte, wie insbesondere die Fragen nach der Verordnungsfähigkeit von Heilmitteln oder der Wesentlichkeit von Änderungen oder Erweiterungen, dienen somit als Entscheidungsgrundlage, die Neu-

Literatur

G-BA (2001a). Beschluss des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen – Hilfsmittel-Richtlinien (Trennung von Heilmitteln) vom 6. Februar 2001, veröffentlicht im BAnz. 2001 (S. 11 037). In: https://www.g-ba.de/beschluesse/73/ (abgerufen am 06.11.2024)

G-BA (2001b). Bekanntmachung der Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung – HeilM-RL des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 16. Oktober 2000/6. Februar 2001, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 118a am 29. Juni 2001. In: https://www.g-ba.de/richtlinien/historie/3075/ (abgerufen am 06.11.2024)

G-BA (2015). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements vom 17. Dezember 2015, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 03.08.2016 B3). In: https://www.g-ba.de/beschluesse/2448/ (abgerufen am 06.11.2024)

G-BA (2016). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte vom 15. Dezember 2016, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 14.03.2017 B2). In: https://www.g-ba.de/beschluesse/2814/ (abgerufen am 06.11.2024)

G-BA (2020). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Erweiterte Verordnungsbefugnis von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für Ergotherapie vom 15. Oktober 2020, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 17.12.2020 B7). In: https://www.g-ba.de/beschluesse/4520/ (abgerufen am 06.11.2024)

Ihle, J. (2020): § 138 SGB V Neue Heilmittel. In: Engelmann, K./Schlegel, R. (Hrsg.): juris PraxisKommentar SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung, 4. Auflage 2020, Rn. 14

Matz, K-H. (1982): Neue Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln. In: Deutsches Ärzteblatt 1982, 79(31): 49-51

Murawski, R. (2016): § 138 Neue Heilmittel. In: Hänlein, A./Schuler, R. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch V, 5. Auflage 2016, SGB V § 138 Rn. 3

Propp, A. (2023): SGB V § 135 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. In: Rolfs, C./Giesen, R./Meßling, M./Udsching, P. (Hrsg.) (2024): BeckOK Sozialrecht. SGB V § 135: Rn. 21

Roters, D. (2019): Verbot mit Erlaubnisvorbehalt. In: Rolfs, C./Körner, A./Krasney, M./Mutschler, B. (Hrsg.) (2019): Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 138 SGB V: Rn. 4

Sackett, D.L./Rosenberg, W.M.C./Gray, J.A.M./Haynes, R.B./Richardson, W.S. (1996): Evidence based medicine: what it is and what it isn't. In: BMJ 1996, 312(7023): 71-72

Zitationshinweis

Hellbardt et al.: „Wann hat der G-BA ein Heilmittel als ein neues Heilmittel zu betrachten?“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (01/25), S. 44–47. http://doi.org/10.24945/MVF.01.25.1866-0533.2691

heit des Heilmittels zu eruieren. Dennoch ist die Einschätzung, dass es sich bei dem vorliegenden Heilmittel um ein neues Heilmittel handelt, nicht mit einer Aufnahme als verordnungsfähiges Heilmittel zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung in die Heilmittel-Richtlinien gleichzusetzen. Vielmehr bedarf es hierfür eines Methodenbewertungsverfahrens zum Nachweis des therapeutischen Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit als weitere Entscheidungsgrundlage. Sofern im Ergebnis festgestellt wird, dass der Nutzen aufgrund fehlender Evidenz als noch nicht hinreichend belegt anzusehen ist, es aber das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, könnte sich ein Verfahren nach § 139d SGB V – Erprobung von Leistungen und Maßnahmen zur Krankenbehandlung – anschließen. Im Anschluss an eine Erprobung wäre auf der Grundlage der dann verfügbaren Erkenntnisse festzustellen, ob der therapeutische Nutzen anerkannt werden kann.

Deutlich wird, dass es sich bei jedem dem G-BA vorliegenden und zu beratenden Heilmittel um einen Einzelfall handelt, der fachlich im Sinne der Heilmittel-Richtlinien und rechtlich, unter Berücksichtigung aktueller Rechtsprechungen sowie der Regularien des SGB V und der VerfO, geprüft werden muss. <<

von: Mario Hellbardt BSc[1],
Antonia Stolle MSc[2]
Marjan Rip BSc[3]
Dr. rer. nat. Edith Pfenning[4]

1: Gemeinsamer Bundesausschuss (ORCID: 0009-0009-6130-8619)
2: Gemeinsamer Bundesausschuss (ORCID: 0009-0002-5483-6615
3: Gemeinsamer Bundesausschuss (ORCID: 0009-0006-5707-0204)
3: Gemeinsamer Bundesausschuss (ORCID: 0009-0005-4331-4442)

Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht. Während der Manuskripterstellung waren die Autor:innen in der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in der Abteilung Methodenbewertung und veranlasste Leistungen beschäftigt. Ihr obliegt die Geschäftsführung der Gremien des G-BA, die zur Vorbereitung von Entscheidungen des G-BA auf Grundlage seiner Geschäftsordnung eingesetzt werden. Die Geschäftsstelle ist entsprechend § 22 Absatz 3 der Geschäftsordnung des G-BA nach § 91 Absatz 4 SGB V zur Neutralität verpflichtet.

Reimann: „Gut, dass es endlich losgeht“

>> Mitte Januar 2025 begannen die AOKen mit dem Anlegen der elektronischen Patientenakte für ihre Versicherten („ePA für alle“). Diese erhält jeder Versicherte, der im Vorfeld keinen Widerspruch eingelegt hat. Gestartet wird in den drei Pilotregionen Hamburg, Franken und in Teilen Nordrhein-Westfalens, danach soll der bundesweite Roll-out folgen. Die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Carola Reimann, begrüßte diesen Schritt als wichtige Etappe für die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens, zugleich warnte sie vor zu hohen Erwartungen an die neue Akte in den ersten Wochen und Monaten: „Das Digitalisierungsdefizit im deutschen Gesundheitssystem ist gigantisch. Darum ist es eine sehr gute Nachricht, dass es jetzt endlich losgeht mit der ePA für alle. Es ist offensichtlich, dass sie in puncto Transparenz, Vermeidung von Doppeluntersuchungen, Zugang, Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung unschätzbare Vorteile bietet, die wir endlich nutzen sollten. Wir haben Nachholbedarf!”

Positiv sei die prinzipielle Aufgeschlossenheit der Bevölkerung gegenüber der ePA. Die bisherige Widerspruchsquote der AOK-Versicherten liegt ihren Angaben zufolge aktuell bei nur 2,9 Prozent. Reimann: „Dieser Vertrauensvorschuss darf nicht verloren gehen. Daher ist es auch notwendig, dass die zuletzt vom Chaos Computer Club identifizierten Sicherheitslücken schnellstmöglich geschlossen werden, selbst wenn die Phase des Roll-outs sich dadurch etwas nach hinten verschieben sollte.” Datenschutz und Datensicherheit seien wichtig, dürften allerdings nicht dazu führen, dass das deutsche Gesundheitswesen im digitalen Steinzeitalter verharrt. <<

G-BA-Stellungnahme zum BMG-Referentenentwurf der AM-NutzenV

>> Zum Referentenentwurf der ersten Verordnung zur Änderung der Arzneimittel-Nutzenbewertungs-Verordnung (AM-NutzenV) haben die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA eine Stellungnahme abgegeben. In dieser betonen sie, dass bei der Verzahnung zwischen europäischer und nationaler Nutzenbewertung zu beachten sei, dass mindestens bis in das Jahr 2030 eine Parallelität zwischen nationalen Nutzenbewertungen mit vorgeschalteter gemeinsamer klinischer Bewertung auf EU-Ebene sowie rein nationalen Nutzenbewertungen bestehen werde. Ebenso dürfe für die Verfahren mit vorgeschalteter EU-Bewertung aufgrund des Gleichbehandlungsgrundsatzes (Artikel 3 Absatz 1 Grundgesetz) mit Blick auf die Eingriffsintensität entsprechender Beschlüsse des G-BA mit nachfolgender Erstattungsbetragsvereinbarung keine Änderung der Bewertungsmaßstäbe der deutschen Nutzenbewertung verbunden sein. Dies sichere die nach der Verordnung (EU) 2021/2282 vorgesehene nationale Bewertungskompetenz, insbesondere die Kompetenz, Schlussfolgerungen aus der auf europäischer Ebene ermittelten Datenbasis zu ziehen.

Weiters müsse daher auch für Verfahren mit vorgeschalteter europäischer Bewertung klargestellt werden, dass die Mindestinhalte des Dossiers in § 4 AM-NutzenV näher bestimmt und durch die nationalen Dossiervorlagen als Anlagen zur Verfahrensordnung des G-BA operationalisiert werden.

Die unparteiischen Mitglieder des G-BA betonen in ihrer Stellungnahme, dass die Berichte über eine gemeinsame klinische Bewertung (JCA-Berichte) nach Artikel 9 Absatz 1 Satz 2 Verordnung (EU) 2021/2282 keine Werturteile oder Schlussfolgerungen zum gesamten klinischen Zusatznutzen der bewerteten Gesundheitstechnologien enthalten und sich auf die Beschreibung der wissenschaftlichen Analyse der relativen Effekte des Arzneimittels und der Aussagesicherheit dieser Effekte beschränken. Gleichzeitig sei es – worauf die Verordnungsbegründung zutreffend verweisen würde – den Mitgliedstaaten unbenommen, für die Zwecke des nationalen HTA-Verfahrens erforderliche ergänzende klinische Analysen durchzuführen und hierfür gegebenenfalls zusätzliche Informationen, Daten, Analysen und sonstige Nachweise anzufordern. Zur Gewährleistung einer dem Gleichbehandlungsgrundsatz entsprechenden konsistenten Bewertung des Zusatznutzens sei daher über die einheitliche Geltung der Dossiervorlagen Sorge dafür zu tragen, dass für Arzneimittel mit und ohne vorgeschaltetes EU-HTA-Verfahren dieselben Mindestanforderungen gelten <<

Link: https://t1p.de/9kn72

Diskussion: Erwiderung auf Nawroth und Kumar

Evidenz zum gesundheitlichen Effekt von zuckergesüßten Getränken und deren Besteuerung: Warum es sich lohnt, wirklich genau hinzusehen!

In ihrem Beitrag haben P. Nawroth und V. Kumar in der Ausgabe 5/24 von „Monitor Versorgungsforschung" Stellung zur im Jahr 2023 in Plos Medicine erschienen Arbeit „Projected health and economic impacts of sugar-sweetened beverage taxation in Germany: A cross-validation modelling study" von Emmert-Fees et al. bezogen (2). Als Teil des Autorenteams freuen wir uns über eine lebendige Debatte zu diesem wichtigen Thema, möchten in diesem Kontext aber einige Punkte richtigstellen und einordnen.

Kurzzusammenfassung der Studie von Emmert-Fees et al. (2023)

>> Was hat die Studie untersucht?

In dieser Studie wurden die zu erwartenden langfristigen Effekte verschiedener Besteuerungsszenarien auf zuckergesüßte Getränke (ZGG) in der deutschen Erwachsenenbevölkerung von 2023 bis 2043 berechnet. Die untersuchten Besteuerungsszenarien orientierten sich hierbei unter anderem an internationalen Empfehlungen und implementierten Best-Practice-Maßnahmen, wie beispielsweise bei Soft Drinks Industry Levy in Großbritannien. Szenario 1 umfasste eine 20%ige Wertsteuer (englisch: ad-valorem tax) auf zuckergesüßte Getränke. Szenario 2 umfasste eine gestaffelte Herstellerabgabe nach britischem Vorbild (englisch: tiered tax).

Wieso ist das wichtig?

Der durchschnittliche ZGG-Konsum in der deutschen Erwachsenenbevölkerung beträgt in etwa 60–80 Liter pro Jahr und stellt eine Hauptquelle für zugesetzte freie Zucker in der Ernährung dar. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO), viele medizinische Fachgesellschaften sowie der Wissenschaftlicher Beirat für Agrarpolitik, Ernährung und gesundheitlichen Verbraucherschutz (WBAE) des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft empfehlen fiskalpolitische Maßnahmen zur Reduktion des Zuckerkonsums und der Prävention von nicht-übertragbaren Krankheiten (3, 4).

Viele andere Länder haben in den vergangenen Jahren entsprechende Steuern oder Herstellerabgaben auf ZGG eingeführt (5). Die gesundheitlichen und ökonomischen Effekte für Deutschland, welche von einer solchen Maßnahme zu erwarten sind, wurden bisher nicht beleuchtet.

Wie wurde vorgegangen?

Für die Vorhersage dieser Effekte wurde ein epidemiologisch-ökonomisches Mikrosimulationsmodell, IMPACT_NCD Germany, entwickelt und angewandt. IMPACT_NCD Germany ist ein stochastisches, dynamisches Modell, welches ein realistisches Abbild der deutschen Erwachsenenbevölkerung in diskreten Zeitabständen (Jahre) simuliert. Abbildung 1 zeigt die im Modell verwendete kausale Struktur und die modellierten klinisch-epidemiologischen Mechanismen.

Welche Ergebnisse zeigt die Studie?

Mit den beiden Besteuerungsszenarien ist eine Konsumreduktion von zugesetztem Zucker im Durchschnitt um 1 g/Tag (95%-Unsicherheitsintervall (UI) [0,05; 1,65]) bzw. 2,3 g/Tag (95%-UI [2,32; 2,36]) zu erwarten. Über die modellierten Mechanismen wäre zu erwarten, dass je nach Besteuerungsszenario über die kommenden 20 Jahre 132.100 (95%-UI [61.700; 202.900]) bzw. 244.100 (95%-UI [118.200; 365.300]) Fälle von Typ-2-Diabetes verhindert oder verzögert würden. Dadurch würden bei einer 20%igen Wertsteuer und einer gestaffelten Abgabe nach britischem Vorbild aus gesellschaftlicher Perspektive Kosten in Höhe von 9,6 Milliarden Euro (95%-UI [4,7; 15,3]) bzw. 16,0 Milliarden Euro (95%-UI [8,1; 25,5]) vermieden. Die zu erwartenden gesundheitsökonomischen Effekte wären deutlich kleiner, wenn potenzielle direkte BMI-unabhängige Effekte von ZGG-Konsum auf Typ-2-Diabetes und Koronare Herzkrankheit (KHK) nicht berücksichtigt werden.

Welche Limitationen hatte die Studie?

Es handelt sich um eine Simulationsstudie, welche die bestverfügbaren Daten aus Deutschland und internationalen Studien kombiniert, um die zu erwartenden Effekte einer Besteuerung von ZGG zu berechnen. Dies setzt die Validität der verwendeten Parameter und Annahmen voraus und ist prinzipiell mit einer gewissen Unsicherheiten behaftet, die in den Limitationen klar benannt und diskutiert werden.

Epistemiologische Probleme bei der Evaluation von Public-Health-Maßnahmen

Für den langfristigen Effekt einer Besteuerung von ZGG, wie auch für viele andere Public-Health-Maßnahmen, gibt es aufgrund von ethischen, juristischen, politischen oder logistischen Gründen oftmals keine „direkte Evidenz" aus randomisierten kontrollierten Studien (RCT) und es wird diese voraussichtlich auch nie geben. So ist es beispielsweise nicht vorstellbar, dass die Umsetzung einer Steuer auf ZGG zur wissenschaftlichen Erprobung zwischen den Bundesländern über mehrere Jahrzehnte randomisiert wird, um die Entstehung gesundheitlicher Langzeiteffekte direkt zu beobachten.

Selbst für vermeintlich ‚einfachere' verwandte Fragestellungen, die für die Frage nach dem Effekt einer Steuer auf ZGG relevant sind, wie zum Beispiel die Frage nach dem Effekt eines dauerhaft reduzierten ZGG-Konsums auf kardiometabolisches Risiko, gilt dies ebenfalls.

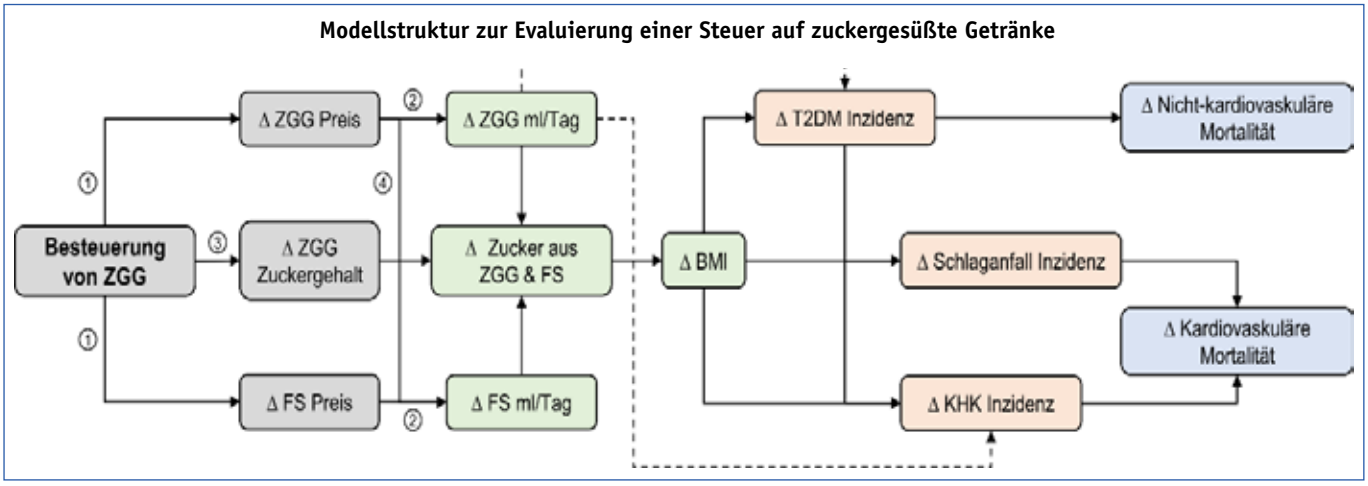


Abb. 1: *Modellstruktur zur Evaluierung einer Steuer auf zuckergesüßte Getränke (reproduziert und übersetzt von Emmert-Fees et al., PLOS Medicine, 2023). Im Modell werden folgende Effekte und Mechanismen berücksichtigt: A) der Effekt der Besteuerung auf Preise und auf den Zuckergehalt von ZGG; B) der Effekt der Veränderung von Preisen und Zuckergehalt auf das konsumierte ZGG-Volumen und die über ZGG aufgenommene Zuckermenge sowie der Effekt der veränderten Zuckeraufnahme auf BMI; C) der Effekt eines veränderten BMIs auf die Auftretenswahrscheinlichkeit von Typ-2-Diabetes, KHK und Schlaganfälle sowie potenziell direkte BMI-unabhängige Effekte von ZGG-Konsum auf die Auftretenswahrscheinlichkeit von Typ-2-Diabetes und KHK (gestrichelte Pfeile, diese direkten Effekte wurden optional modelliert).*

Eine Annäherung an die Beantwortung der Frage, ob und in welcher Größenordnung sich die Besteuerung von ZGG langfristig auf Gesundheit und auf wirtschaftliche Aspekte auswirkt, kann deswegen nur über eine Triangulation und Kombination von Evidenz zu relevanten Teilfragestellungen (z. B. Effekt von Zucker auf Gesundheit) und anhand verschiedener Methoden erfolgen (6, 7, 8).

Die möglichen methodischen Ansätze zur Abschätzung dieser kausalen kurzfristigen und langfristigen Effekte umfassen neben randomisierten Studien, die per Design für beobachtete wie unbeobachtete Störfaktoren kontrollieren, quasi-experimentelle Studien wie Differenz-in-Differenz-Studien, Regressionsdiskontinuitätsstudien oder unterbrochene Zeitreihenanalysen (9, 10), die per Design unter bestimmten Voraussetzungen für beobachtete wie unbeobachtete Störfaktoren kontrollieren, sowie nicht experimentelle Studien, die mithilfe statistischer Methoden für beobachtete Störfaktoren kontrollieren.

Der Vorteil in der Anwendung eines Simulationsmodells beruht darin, dass diese Evidenzbausteine miteinander kombiniert werden können. Dies ermöglicht es schließlich, die zu erwartenden langfristigen gesundheitsökonomischen Effekte einer Maßnahme mittels mathematischer epidemiologischer Zusammenhänge in die Zukunft zu projizieren. Wichtig für die Validität der Simulationsergebnisse ist hierbei, dass sowohl die Modellstruktur wie auch die Modellparameter, welche die Prozesse im Modell beschreiben, eine vereinfachte, aber realitätsnahe Beschreibung der kausalen Mechanismen darstellen.

Die von den Autoren P. Nawroth und V. Kumar angestoßene Diskussion zur Validität und Wertigkeit der ins Modell einfließenden empirischen Evidenz ist deswegen eine sehr wichtige, welcher wir uns auch in der Vergangenheit bereits aktiv gestellt haben (11).

Kriterien und Ansätze zur Bewertung von wissenschaftlichen Studien

In der Epidemiologie gibt es für die Beurteilung möglicher Kausalzusammenhänge zwischen einer Exposition und einem Endpunkt etablierte Ansätze, wie zum Beispiel die Anwendung der Bradford-Hill-Kriterien (12). Diese umfassen neben der sehr wichtigen Dimension „Ergebnisse aus RCTs/Experimentalstudien" auch noch weitere wichtige Kriterien, wie zum Beispiel „Stärke der Assoziation", „Dosis-Wirkungs-Beziehung" und einige andere. Zur Minimierung von Stichprobeneffekten werden in der evidenzbasierten Medizin und Public Health zudem Daten aus verschiedenen empirischen Einzelstudien zur gleichen Fragestellung oder zum gleichen Zusammenhang in systematischen Reviews und Meta-Analysen zusammengefasst. Für systematische Reviews gibt es zudem etablierte Standards, um die Vertrauenswürdigkeit der synthetisierten Evidenz aus Studien mit experimentellen und nicht-experimentellen Designs zu beurteilen. Mit dem von der Cochrane-Kollaboration entwickelten, GRADE-System kann in der Synthese von Evidenz das Ausmaß an Gewissheit, dass der wahre Effekt innerhalb eines definierten Bereichs liegt, beschrieben werden (13).

Analyse der Kritikpunkte von P. Nawroth und V. Kumar zur Studie

Hauptkritikpunkt 1: *Es gäbe angeblich keine belastbare Evidenz zum Effekt von Besteuerung von ZGG auf kardiometabolische Gesundheit. Die Wertigkeit der Studiendesigns bleibe zudem unberücksichtigt und die Autoren hätten selektiv Ergebnisse aus Beobachtungsstudien gewählt, die nicht durch Ergebnisse aus randomisierten Studien gedeckt seien.*

Wie bereits eingangs erwähnt, gibt es aus den oben genannten Gründen keine randomisierten experimentellen Studien, die den langfristigen Effekt einer Steuer auf ZGG auf kardiometabolische Gesundheit beschreiben. Sehr wohl gibt es aber Evidenz aus randomisierten experimentellen Studien, quasi-experimentellen Studien und Beobachtungsstudien, welche die der Fragestellung zugrunde liegenden kausalen Mechanismen beschreiben. Diese umfassen insbesondere A) den Effekt einer Steuer auf Konsumverhalten von ZGG und konsumierte Zuckermenge, B) den Effekt von ZGG-Konsum auf Gewicht und Body-Mass-Index (BMI), und C) den Effekt von ZGG-Konsum und Gewicht auf Typ-2-Diabetes und kardiovaskuläre Endpunkte. Diese Effekte werden im Folgenden näher erläutert.

A Der Effekt einer Steuer auf Konsumverhalten von ZGG und konsumierte Zuckermenge

Vorgehen in Emmert-Fees et al. (2023)

Konsumverhalten: Der Effekt einer Preiserhöhung für ZGG auf Nachfrage nach ZGG und andere Getränke, wie sie mit einer 20%igen Wertsteuer zu erwarten wäre, wurde über ein in der Ökonomie häufig verwendetes ökonometrisches Nachfragemodell auf Basis der deutschen Einkommens- und Verbraucherstichprobe 2013 und 2018 geschätzt. Die geschätzte Eigenpreiselastizität für ZGG zeigt, dass pro 1% Preiserhöhung für ZGG die Nachfrage nach ZGG um 0,96% [95%-KI: 0,74; 1,17] zurückgeht.

Reformulierungseffekt: Der Reformulierungseffekt, der bei einer gestaffelten Steuer nach britischem Vorbild zu erwarten wäre, basiert auf einer Beobachtungsstudie, welche zeigt, dass mit Ankündigung bzw. Einführung der gestaffelten Herstellerabgabe der gewichtete Zuckergehalt in Softdrinks um 30% gefallen ist (14).

Evidenzkontext

Konsumverhalten: Die berechnete Eigenpreiselastizität für ZGG in Deutschland liegt deutlich unter den durch ökonometrische Modelle berechneten Eigenpreiselastizitäten aus einer Meta-Analyse, die berichtete, dass im Durchschnitt pro 1% Preiserhöhung die Nachfrage nach ZGG um 1,3% zurückgeht (15). Eine Meta-Analyse, basierend auf quasi-experimentellen Studien aus Ländern, in denen eine Steuer auf ZGG eingeführt wurde, zeigte, dass eine Erhöhung der Preise für ZGG um 1% mit einer 1,6%igen Reduktion der Nachfrage für ZGG einhergeht (16). Die gleiche Studie zeigt auch, dass mit Einführung einer Steuer die verkaufte Menge von ZGG um 15% (95%-KI: -20; -9) und der selbstberichtete Konsum um 18,1% (95%-KI: -37,6; 1,5) sinkt (16). Die Qualität der eingehenden Studien zu den Verkäufen bzw. zur Nachfrage wurde hierbei als „hoch" eingestuft.

Randomisierte Experimente mit virtuellen Supermarktumgebungen zeigen zudem deutlich größere Effekte auf Konsum im Vergleich mit den Effekten von quasi-experimentellen Studien aus Ländern, in welchen Steuern wirklich eingeführt wurden (17–18). In der Studie von Waterlander et al. (18) führte zum Beispiel eine 13%ige Preiserhöhung für ZGG in einer virtuellen Supermarktumgebung zu einer Reduktion des gekauften Softdrinkvolumens um 0,9 Liter (0,1–1,7L) pro Woche und Haushalt. Dies korrespondiert mit einer Eigenpreiselastizität der Nachfrage für ZGG von -2,1, also einer 2,2-fach höheren Eigenpreiselastizität verglichen mit der Annahme in Emmert-Fees et al. (2023).

Reformulierungseffekt: Quasi-experimentelle Studien zum Einfluss der Herstellerabgabe in Großbritannien auf den Zuckergehalt bzw. die konsumierte Menge an Zucker zeigten ähnliche Effekte für die Reformulierung (Reduktion des umsatzgewichteten Zuckergehalts von 28–30% (20, 21)) und deutlich größere Effekte auf die pro Tag und Kopf über Getränke konsumierte Zuckermenge als in Emmert-Fees et al. (2023) angenommen. Basierend auf Daten des britischen National Diet and Nutrition Surveys zeigte beispielsweise eine Studie, dass der durchschnittliche Zuckerkonsum mit Einführung der Herstellerabgabe in Großbritannien bei Erwachsenen um 10,9 Gramm [95%-KI: 7,8; 13,9] pro Tag gesunken ist – dies ist ein etwa vierfach größerer Effekt als in der Studie von Emmert-Fees et al. angenommen (19).

Über die langfristige zeitliche Stabilität von Besteuerungseffekten auf ZGG-Rezepturen und -Nachfrage können bisherige quasi-experimentelle Studien aufgrund begrenzter Beobachtungszeit keine Aussagen treffen. Nach ökonomischer Theorie ist es aber plausibel, dass sich nach der Einführung einer Steuer neue Angebots-Nachfrage-Gleichgewichte einstellen, die unter der Annahme von ceteris paribus (unveränderten Rahmenbedingungen) zeitlich stabil bleiben.

Schlussfolgerung 1:

Quasi-experimentelle Studien aus Ländern, in welchen Steuern auf ZGG eingeführt wurden, sowie randomisierte Studien mit virtuellen Supermärkten zeigen, dass eine Preiserhöhung bei ZGG zu einer Verringerung der Nachfrage führt. In der Studie von Emmert-Fees et al. (2023) wurden mitnichten, wie von P. Nawroth und V. Kumar behauptet, selektiv Ergebnisse aus Beobachtungsstudien gewählt, die nicht durch Ergebnisse aus RCTs gedeckt sind, sondern es wurden basierend auf der vorliegenden Evidenz konservative Annahmen zum Effekt der Steuer auf den Softdrink und Zuckerkonsum getroffen.

B Der Effekt von ZGG-Konsum auf Gewicht bzw. Body-Mass-Index

Vorgehen in Emmert-Fees et al. (2023)

Der Effekt von ZGG-Konsum auf BMI resultiert aus einer Meta-Analyse von drei Kohortenstudien mit kombiniert 108.000 Teilnehmer:innen. In dieser Studie war der Konsum von 8 Unzen ZGG (ca. 236 ml) mit einer Gewichtszunahme von 0,10 kg/m² (95%-KI: 0,05; 0,15) bei normalgewichtigen bzw. 0,23 kg/m² (95%-KI: 0,14; 0,32) bei übergewichtigen und adipösen Personen assoziiert (20). Bei der Bewertung der Bradford-Hill-Kriterien kamen die Autoren der Meta-Analyse zu der Konklusion, dass „konsistente Evidenz aus mehreren gut konzipierten Studien mit relativ wenigen Einschränkungen" für alle Kriterien vorliege. Im Vergleich zu alternativen Berechnungsmethoden mittels mathematischer thermodynamischer Modelle von Energieverbrauch sind die verwendeten Effekte basierend auf dieser Studie konservativ gewählt (siehe Appendix S1 Tabelle G in Emmert-Fees et al. 2023).

Evidenzkontext

Eine Meta-Analyse basierend auf RCTs zum Effekt von ZGG-Konsum auf Gewicht zeigt äquivalent zur Evidenz aus Beobachtungsstudien, dass die Reduktion bzw. Zugabe von ZGG zu einer Verringerung (0,80 kg [95%-KI: 0,39-1,21]) bzw. zu einer Erhöhung (0,75 kg [95%-KI: 0,30, 1,19]) des Körpergewichts führt. Die Vertrauenswürdigkeit der vorliegenden Evidenz aus den RCTs mithilfe des GRADE-Tools wurde als moderat eingestuft (21).

Die Studie zur tolerierbaren Obergrenze für die Aufnahme von Zucker aus Nahrungsmitteln (22), welche P. Nawroth und V. Kumar zu der Konklusion kommen lässt, dass „[…] angesichts der niedrigen Evidenz weder etwas bewiesen noch widerlegt [ist]", analysiert den Effekt von Zuckerkonsum auf Gesundheit interessanterweise stratifiziert nach Zuckerquellen und kommt zu dem Schluss, dass es „Evidenz für einen positiven und kausalen Zusammenhang zwischen dem Konsum von ZGG und dem Risiko einiger chronischer Stoffwechselerkrankungen [gibt]", und dass „der Grad der Gewissheit in Bezug auf diesen Zusammenhang bei Adipositas, Typ-2-Diabetes, Hypertonie und kardiovaskulären Erkrankungen als hoch eingestuft wird […]".

Es wird von den Autoren allerdings einschränkend angemerkt, dass es für Hypertonie und kardiovaskuläre Erkrankungen unklar ist, ob die Effekte klar auf den Zuckergehalt der Getränke zurückzuführen sind (22).

Darüber hinaus ist die kolportierte These von P. Nawroth und V. Kumar, „da der Effekt der Zuckerreduktion mit der Zeit nachlässt, muss man von einem Scheitern einer Zuckersteuer ausgehen", argumentativ nicht schlüssig. Es ist nicht überraschend, dass die Effekte auf Zuckerkonsum und Gewicht nach Beendigung einer erfolgreichen Intervention, die den Zuckerkonsum reduziert, nachlassen – vielmehr handelt es sich um ein Phänomen, das bei vielen wirksamen Interventionen zu beobachten ist (23).

Da der Interventionszeitraum der meisten RCTs, die den Effekt einer Reduktion oder Zugabe von ZGG auf das Körpergewicht untersuchen, relativ kurz ist, ist in der Tat unklar, wie sich eine langfristige, permanente Reduktion von ZGG auf das Körpergewicht auswirkt. Allerdings gibt es keinen biologisch plausiblen Grund zur Annahme, warum eine langfristige permanente Reduktion von ZGG und Zucker, wie sie mit einer dauerhaft implementierten Steuer zu erwarten wäre, nicht zu einer dauerhaften Gewichtsreduktion führen sollte.

Während es unseres Wissens nach keine RCTs zum Effekt einer langfristigen Zuckerreduktion auf kardiometabolische Endpunkte gibt, deuten zwei aktuelle quasi-experimentelle Studien, welche die Beendigung der Zuckerrationierung in Großbritannien im September 1953 als natürliches Experiment ausnutzen, klar darauf hin, dass eine hohe Zuckerexposition im Mutterleib und im frühen Kindesalter auch zu einem höheren Zuckerkonsum im Erwachsenenalter führt und das Risiko für Hypertonie, Typ-2-Diabetes und chronische Erkrankungen erhöht (24,25).

Schlussfolgerung 2:

Sowohl Beobachtungsstudien wie auch randomisierte Studien mit kurzem Follow-up und quasi-experimentelle Studien mit langem Follow-up zeigen, dass erhöhter Konsum von ZGG bzw. Zucker zu einem erhöhten Gewicht bzw. zu einem höheren Risiko für Typ-2-Diabetes führt. Die in der Studie von Emmert-Fees et al. (2023) verwendeten Annahmen wurden konservativ gewählt und entsprechen dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu diesem Zusammenhang. Die These, dass selektiv Ergebnisse aus Beobachtungsstudien gewählt wurden, die nicht durch Evidenz aus RCTs gestützt sind, ist nicht korrekt.

C Der Effekt von ZGG-Konsum auf Typ-2-Diabetes und kardiovaskuläre Endpunkte

Vorgehen in Emmert-Fees et al. (2023)

Der Effekt einer Veränderung des ZGG-Konsums auf die Inzidenz von Typ-2-Diabetes und koronare KHK wurde zum einen indirekt über die induzierte Änderung des Körpergewichts berechnet. Zum anderen wurde explizit jeweils eine Analyse mit und ohne BMI-unabhängige, direkte Effekte zwischen ZGG-Konsum und Typ-2-Diabetes und KHK berechnet, da die Evidenz für diesen Zusammenhang nicht eindeutig ist. Die entsprechenden Parameter zu diesen Zusammenhängen basieren auf Meta-Analysen von longitudinalen Kohortenstudien (Details dazu sind in Tabelle A in Appendix S1 in Emmert-Fees et al. (2023) beschrieben).

Evidenzkontext

Sowohl die Beobachtungsstudien, aus denen der Modelparameter abgeleitet wurde, wie auch hochwertige RCTs, wie zum Beispiel die von P. Nawroth und V. Kumar zitierten DPP- (26,27), Finnish-DPS-(28) und Da-Qing-Studien (29) zeigen, dass Lebensstilinterventionen das Risiko für Typ-2-Diabetes signifikant vermindern und dass dieser Effekt hauptsächlich über lebensstilinduzierte Gewichtsveränderung mediiert wird (30).

Neben Beobachtungsstudien, die eine starke Assoziation zwischen BMI und kardiovaskulärer Morbidität sowie Mortalität zeigen, weist die randomisierte Da Qing-Studie (29) auf einen positiven Effekt einer sechsjährigen Lebensstilintervention auf die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität hin (zur Kritik an dieser Studie siehe Abschnitt „Andere irreführende Argumente"). Andere Studien mit kürzerer Interventions- und Beobachtungsdauer zeigen eine Reduktion der mikrovaskulären Morbidität bei Frauen, aber nicht bei Männern (27) und keine positiven Effekte auf kardiovaskuläre Endpunkte (28, 31). Die Studienlage für den BMI-unabhängigen direkten Zusammenhang zwischen ZGG-Konsum und Typ-2-Diabetes/KHK ist dünner. Hierzu gibt es Daten aus Beobachtungsstudien, die eine Dosis-Wirkungs-Beziehung nahelegen (32), aber keine randomisierten Studien, die für oder gegen die kausale Natur der Assoziationen sprechen.

Häufig diskutierte, aber nicht unstrittige zugrunde liegende Mechanismen für diesen potenziellen kausalen Zusammenhang sind der hohe glykämische Index von ZGG sowie Inflammationsprozesse und Insulinresistenz (33).

Schlussfolgerung 3:

Die Evidenz für den kausalen Effekt einer Gewichtsveränderung auf Typ-2-Diabetes, der den Großteil der modellierten BMI-abhängigen Gesundheitsgewinne und -kosten ausmacht, ist eindeutig.

Die Evidenz für den BMI-unabhängigen, direkten Effekt von ZGG auf Typ-2-Diabetes und KHK ist hingegen weniger eindeutig. Die Ergebnisse wurden in Emmert-Fees et al. (2023) deswegen explizit zunächst mit und dann in der Sensitivitätsanalyse ohne direkte BMI-unabhängige Effekte berechnet und berichtet (siehe Abb. 2 in Emmert-Fees et al. (2023). Dieses Vorgehen ist allerdings keine Limitation der Studie, sondern zeigt vielmehr die Stärke des gewählten Ansatzes, mit welchem die strukturelle Unsicherheit aufgrund bestehender Evidenzlücken and deren Auswirkungen auf die Ergebnisse transparent aufgearbeitet werden kann.

Hauptkritikpunkt 2: *Es gebe keinerlei Evidenz für den Effekt einer Besteuerung auf ‚klinisch relevante Endpunkte' und Erfahrungen aus anderen Ländern seien ignoriert worden.*

P. Nawroth und V. Kumar weisen darauf hin, dass die zwei aktuellen systematischen Reviews und Meta-Analysen von Andreyava et al. (16) und Teng et al. (34) zum Thema zwar zu dem Schluss kommen, dass eine Besteuerung zu einer verringerten Nachfrage und einem reduzierten Konsum führt, aber keine oder wenige Anhaltspunkte dafür liefern, dass diese einen Einfluss auf klinisch relevante Endpunkte, wie Adipositas oder Typ-2-Diabetes haben.

Wichtig in diesem Kontext zu beachten ist, dass die in der Übersichtsarbeit von Andreyava et al. eingeschlossenen, extern begutachteten Studien zum Effekt von ZGG-Steuern auf Gewicht größtenteils Verkaufssteuern mit einem effektiven Steuersatz von 1–5% aus den 1990er- und 2000er-Jahren in den USA untersuchten, wo Verkaufssteuern nicht in den ausgewiesenen Preisen inkludiert und somit für Verbraucher:innen auch nicht salient sind (35–38).

Die WHO empfiehlt hingegen spezifische saliente Verbrauchssteuern, die den Preis von ZGG um mindestens 20% erhöhen und idealerweise Produkte mit höherem Zuckergehalt

höher besteuern, um industrieseitige Reformulierung zu incentivieren (3).

Einige methodisch saubere, quasi-experimentelle Studien, welche eine ZGG-Besteuerung analysieren, die eher den WHO-Empfehlungen entspricht, aber aufgrund ihres Publikationsdatums nicht in die beiden genannten systematischen Reviews eingeflossen sind, deuten darauf hin, dass die Besteuerung von ZGG mit einer Verringerung des BMIs und von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen einhergeht. Zum Beispiel zeigt eine Differenz-in-Differenz-Studie, dass die Einführung einer Steuer von 1,75c/Unze ZGG in Seattle in 2018 zu einer Reduktion des BMIs bei Kindern um 0,22 kg/m² (95%-KI: -0,30; -0,14) geführt hat (39).

In einer kontrollierten Event-Studie (ähnlich einem Differenz-in-Differenz-Ansatz), welche die Einführung von Verbrauchssteuern auf ZGG in drei US-amerikanischen Städten evaluiert, zeigt, dass die Einführung von Steuern auf ZGG mit einer BMI-Reduktion von 0,57 kg/m² (p = 0,002) bei Kindern und Jugendlichen einhergeht (40). Eine Studie aus Mexiko zeigt, dass eine 10%ige Preiserhöhung mit Einführung einer Steuer auf ZGG nach 2 Jahren mit einer 1,3%igen (95%-KI: 0,36; 2,19) Reduktion der Übergewichtsprävalenz bei Mädchen, aber nicht bei Jungen einhergeht (41). Eine Studie aus Mauritius, die auf selbstberichteten Gewichts- und Größenangaben von Kindern beruht, zeigt hingegen keinen positiven Effekt einer Steuer auf BMI (42).

P. Nawroth und V. Kumar verweisen auch selbst auf eine quasi-experimentelle unterbrochene Zeitreihenanalyse, die zeigt, dass die Einführung der gestaffelten Herstellerabgabe auf Softdrinks in Großbritannien mit einer Verringerung der Adipositasprävalenz um 1.6 (absolute) Prozentpunkte bei 10- bis 11-jährigen Mädchen einhergeht (43). Die Kritikpunkte von P. Nawroth und V. Kumar zum Studiendesign bzw. zur Kontrollgruppe in dieser Studie sind allerdings nicht schlüssig *(„Wichtig bei der Studie ist die Kontrollgruppe: Da es sie nach Einführung der Steuer nicht gibt, wurde die Zunahme der Adipositas vor Einführung der Steuer hochgerechnet auf die Zeit danach. Daraus ergibt sich: 1. Es hat niemand abgenommen, sondern der Gewichtsanstieg war nur geringer als erwartet. 2. Die errechnete Erwartung ist falsch hoch, denn in Deutschland lag der Adipositasanstieg in diesem Zeitraum ohne Steuer viel niedriger")*.

Das erste Argument legt nahe, dass ein Gruppenunterschied nicht als Erfolg zu verbuchen sei, solange sich der Gesundheitszustand in der Kontrollgruppe von Baseline zur Follow-up, aus welchen Gründen auch immer, verschlechtert. Allerdings ist sowohl ein Verlangsamen wie auch eine Umkehr des Anstiegs der Adipositasprävalenz ein Erfolg.

Auch das zweite Argument ist irreführend, da Deutschland aufgrund unterschiedlicher Prä-Interventionstrends in der Adipositasprävalenz vor 2018 im Vergleich zu Großbritannien in der Logik der Kausalinferenz mit quasi-experimentellen Studiendesigns keine adäquate Kontrollgruppe darstellen kann.

Schlussfolgerung 4:

Qualitativ hochwertige quasi-experimentelle Studien, die den Einfluss von Steuern, die sich an den Empfehlungen der WHO orientieren, zeigen durchaus relevante positive Effekte auf BMI und Übergewichtsprävalenz. Diese „Real-World-Evidence" aus implementierenden Jurisdiktionen stützen die indirekt über ZGG-Konsum berechneten BMI-Effekte aus Modellierungsstudien. Die vorgebrachten Argumente von P. Nawroth und V. Kumar zu diesem Punkt widersprechen somit dem aktuellen Stand der Literatur und sind nicht schlüssig.

Hauptkritikpunkt 3: *Die zu erwartenden Effekte einer Steuer auf ZGG seien nicht relevant.*

P. Nawroth und V. Kumar erwähnen an verschiedenen Stellen, dass entsprechende Effekte von Ernährungsinterventionen oder Politikmaßnahmen, wie einer Steuer auf ZGG, klinisch nicht relevant seien. Dies offenbart ein Missverständnis, nämlich die Verwendung von Prinzipien und Entscheidungskriterien aus der Individual-Medizin für Public-Health-Fragestellungen. Aufgrund ihrer großen Reichweite können auch vermeintlich kleine individuelle gesundheitliche Effekte oder Risikoreduktionen von Public-Health-Interventionen auf Bevölkerungsebene relevante Effekte erzeugen (44).

P. Nawroth und V. Kumar stufen zum Beispiel den Effekt einer Herstellerabgabe auf Softdrinks in Großbritannien auf den Gewichtsstatus bei Kindern als „enttäuschend" ein (43). Die berichtete Verringerung des absoluten Adipositasrisikos von 17,3% auf 15,7% bei 10- und 11-jährigen Mädchen in der Studie mag nach Entscheidungsmaßstäben der individualtherapeutischen Medizin nicht sehr attraktiv klingen. Aus gesellschaftlicher Perspektive werden allerdings mit einer einzigen Maßnahme allein in der Altersgruppe der 10- bis 11-Jährigen jährlich in etwa 5.200 Fälle von Adipositas verhindert (oder verzögert) und somit viel individuelles Leid und Kosten auf Gesundheitssystemebene vermieden. Gleichzeitig wird ein Beitrag zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit bei Kindern geleistet, da die positiven Effekte insbesondere in Regionen mit höchster Deprivation am stärksten ausgeprägt waren (43).

Schlussfolgerung 5:

Aufgrund der großen Reichweite von Public-Health-Maßnahmen können vermeintlich kleine Effekte auf Individualebene einen großen Gesamteffekt auf Bevölkerungsebene haben – dies gilt auch für Politikmaßnahmen, die den Konsum von ZGG adressieren. Darüber zu entscheiden, ob diese Gesundheits- und Gesundheitssystemeffekte in Kombination mit vielen anderen Dimensionen ‚relevant' genug sind, um eine staatliche Maßnahme, wie eine Steuer auf ZGG, zu rechtfertigen und zu legitimieren, ist die Aufgabe demokratisch gewählter Entscheidungsträger und nicht die der Wissenschaft oder der Medizin.

Hauptkritikpunkt 4: *Ein Cochrane Review zum Thema sei nicht berücksichtigt worden.*

P. Nawroth und V. Kumar argumentieren mit Verweis auf ein Cochrane Review (45), dass der „gesundheitsfördernde Effekt einer Zuckersteuer jedweder Art […] unklar und offen ist". Während es, wie oben dargelegt, durchaus die eine oder andere Unsicherheit zum langfristigen Effekt von Steuern auf ZGG auf Gesundheit gibt, ist es wichtig, klarzustellen, dass das hier zitierte Cochrane Review Studien zur Besteuerung von ZGG explizit nicht miteinschließt und aufgrund seiner sehr spezifischen Fragestellung („We wanted to know if taxation of unprocessed sugar and foods with added sugar (other than sugar-sweetened beverages)") exakt eine Studie inkludiert (diese analysiert den Effekt der ‚Hungarian Public Health Product Tax' von 2011 und zeigt, dass sich mit Einführung der Steuer der Konsum von besteuerten zuckerzugesetzten Produkten um 4% reduzierte) (45).

Da das Review keine der dutzenden Stu-

dien zum Effekt von Besteuerung von ZGG enthält, kann es schwerlich eine vernünftige Diskussionsgrundlage für den Sachverhalt liefern. Ein Cochrane Review zum Effekt von Besteuerung von ZGG auf gesundheitliche Endpunkte, das die vorliegende Evidenz zu diesem Thema aufarbeiten wird und auf welches wir und viele in der Fachwelt warten, wird von einer ähnlichen Autorengruppe im Moment durchführt (46).

Hauptkritikpunkt 5: *Leser:innen werden angeblich fälschlicherweise im Glauben gelassen, dass alle wesentlichen Risikofaktoren in für chronische Erkrankungen das Modell eingeflossen seien.*

P. Nawroth und V. Kumar stellen die These auf, dass sowohl in der diskutierten Modellierungsstudie von Emmert-Fees et al. (2023) wie auch in den meisten der anderen zitierten Modellierungsstudien die Leser:innen im Glauben gelassen werden, „dass die wesentlichen Gesundheitsdaten und Risikofaktoren in die Berechnung eingeflossen wären". Korrekt ist, dass in der Studie von Emmert-Fees et al. (2023), wie auch in den meisten anderen zitierten Modellierungsstudien, transparent berichtet wurde, welche Mechanismen wie modelliert wurden und welche Studien für die Parametrisierung der Modellparameter verwendet wurden (siehe z. B. Abbildung 1, Appendix-Tabelle 2 und Limitationen in Emmert-Fees et al., 2023).

Hauptkritikpunkt 6: *Es wird infrage gestellt, ob „kardiometabolische Effekte" zu erwarten seien. Es gebe keine pathophysiologische Basis dafür, dass eine Veränderung der Zuckerzufuhr Effekte auf Zellen und Gefäße haben könne.*

Der modellierte indirekte Effekt von erhöhtem Zuckerkonsum auf Körpergewicht und von erhöhtem Körpergewicht auf Typ-2-Diabetes und kardiovaskuläre Gesundheit ist unstrittig. Die Frage, ob ZGG-Konsum unabhängig vom Effekt auf Körpergewicht einen direkten Effekt auf das Risiko von Typ-2-Diabetes oder KHK hat, ist in der Tat nicht eindeutig geklärt (siehe Ausführungen zum Hauptkritikpunkt 1). Um diese Unsicherheit zu berücksichtigen, wurden potenzielle BMI-unabhängige, direkte Effekte von ZZG-Konsum auf Typ-2-Diabetes und KHK in der Studie von Emmert-Fees et al. (2023) deswegen entsprechend optional modelliert und berichtet (siehe auch Ausführungen zu Kritikpunkt 1).

Hauptkritikpunkt 7: *Es wird die Frage aufgeworfen, „ob es sich [bei der Studie von Emmert-Fees et al.] um ein bezahltes Gutachten (zur Gewinnung neuer Forschungsmittel) oder eine wirklich „freie" Forschungsleistung handelt".*

Der in der Studie genannte Prozess zur Erarbeitung einer Ernährungsstrategie bis 2050 war ein zum Zeitpunkt der Studienpublikation laufender und der Öffentlichkeit bekannter und in der Studie zitierter Prozess des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft (47). Die Studie von Emmert-Fees et al. (2023) wurde durch Grundfinanzierung des Helmholtz Zentrums München und durch Projektmittel des Bundesministeriums für Bildung und Forschung im Rahmen des europäischen Forschungsprojekts „Policy Evaluation Network" ermöglicht.

Es handelt sich bei der Studie also mitnichten um ein „bezahltes Gutachten". In Anbetracht der Tatsache, dass die Studienfinanzierung sowie alle potenziellen Interessenskonflikte aller Autoren transparent in der Studie berichtet wurden, ist der von P. Nawroth und V. Kumar implizit vorgebrachte Vorwurf aus unserer Sicht nicht nur halt-, sondern auch verantwortungslos, da er billigend das Vertrauen in Wissenschaft und Forschung zu einem sehr wichtigen Thema untergräbt.

Hauptkritikpunkt 8: *Verlängert eine Maßnahme das Leben, dann müssen gestiegene Pflegekosten, Krankheitskosten und Rentenzahlungen ebenso berücksichtigt werden.*

Die zusätzlichen medizinischen Versorgungskosten, die mit einer längeren Lebenserwartung einhergehen, sind im Modell abgebildet. Aufgrund der Diskontierung und der relativ geringen Verlängerung der Lebenserwartung würde deren Nichtbeachtung allerdings nicht großartig ins Gewicht fallen. Rentenzahlungen, die in ihrer Höhe verglichen mit medizinischen Versorgungskosten dazu deutlich geringer ausfallen, wurden nicht berücksichtigt.

Weitere irreführende Argumente

Neben den bereits adressierten Kritikpunkten enthält der Beitrag von P. Nawroth und V. Kumar an vielen weiteren Stellen Thesen und Argumente, die einer genaueren Prüfung nicht standhalten oder irreführend sind.

Ein Beispiel hierfür ist das Argument, das angebracht wird, um die Belastbarkeit der Ergebnisse der Da-Qing-Lebensstilinterventionsstudie in Zweifel zu ziehen. Diese randomisierte Studie zeigte, dass eine sechsjährige Lebensstilintervention das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen bzw. kardiovaskuläre Sterblichkeit signifikant verringert und über einen Zeithorizont von 30 Jahren die Lebenserwartung um 1,44 Jahre verlängert.

P. Nawroth und V. Kumar argumentieren, dass die Kaplan-Meier-Kurven für kardiovaskulären Tod angeblich bereits nach zwei Jahren auseinandergehen und dies darauf hindeute, dass die Untersuchungsgruppen nicht vergleichbar seien.

Korrekt ist allerdings, dass sowohl in der von P. Nawroth und V. Kumar zitierten, nach Nüchternglukose stratifizierten Analyse (48) wie auch in der nicht-stratifizierten Originalanalyse (29) bis acht Jahre nach Randomisierung das Risiko für kardiovaskulären Tod in der Interventions- und Kontrollgruppe fast identisch ist bzw. in der Interventionsgruppe sogar minimalst höher ist (29).

Weiterhin argumentieren P. Nawroth und V. Kumar das „angewandte Mikrosimulationsmodel basier[e] auf dem Ergebnis englischer Daten". Dies ist nicht korrekt. IMPACT_NCD Germany wurde in Zusammenarbeit mit britischen Kolleg:innen basierend auf einem englischen Mikrosimulationsmodell mit ausschließlich deutschen Daten entwickelt.

Einzig die epidemiologischen Effekte und Zusammenhänge zwischen ZGG-Konsum, BMI, Typ-2-Diabetes, KHK und Schlaganfall beruhen auf Daten von internationalen Studien.

Unklar ist aus erkenntnistheoretischer Sicht auch, wie die von P. Nawroth und V. Kumar angeführte randomisierte Interventionsstudie zur psychosozialen Intervention mit den Endpunkten Übergewicht und HbA1c (welche vermeintlich, verglichen mit einer Besteuerung von ZGG, größere Effekte hat) „beweis(en)" könnte, dass „die von den Autoren (1) in die Berechnung einbezogenen „kardiometabolischen" Daten keinen Krankheitswert haben, sondern nur Epiphänomene sind".

Schlussfolgerung 6:

Die genannten Kritikpunkte 4–9 und viele weitere Argumente im Beitrag entpuppen sich bei näherer Betrachtung als nicht stichhaltig oder irreführend.

In welchen Punkten stimmen wir den Autoren P. Nawroth & V. Kumar (teilweise) zu?

Es besteht Unsicherheit darüber, ob die modellierten Effekte tatsächlich eintreten. Wie Niels Bohr treffend feststellte, „[sind] Prognosen […] schwierig – vor allem wenn sie die Zukunft betreffen". Dies gilt auch für die in Emmert-Fees et al. (2023) adressierte Fragestellung. Die darin projizierten durchschnittlichen Effekte basieren, wie dargelegt, auf der bestverfügbaren Evidenz für die der Gesamtfragestellung zugrunde liegenden Mechanismen, die aber zum Teil selbst mit Unsicherheit behaftet ist. Es gibt deswegen selbstverständlich keine Garantie und ist sogar unwahrscheinlich, dass die projizierten Effekte genauso eintreten werden. Wichtig an dieser Stelle ist anzumerken, dass in der Studie von Emmert-Fees et al. (2023) sowohl strukturelle wie auch stochastische Unsicherheit einbezogen wurde. Der Korridor von projizierten Kosteneinsparungen, die innerhalb der 95%-Vertrauensintervalle liegen, reicht deswegen, je nach Szenario und Annahmen, von ca. 0,5 bis 25 Milliarden Euro.

Viele andere psychosoziale und sozioökonomische Faktoren müssen adressiert werden. Dieser Einschätzung stimmen wir vollumfänglich zu. Die Besteuerung von zuckergesüßten Getränken kann nur ein Baustein einer, verhaltenspräventive, verhältnispräventive und klinische Maßnahmen, umfassenden Gesamtstrategie zur Prävention von kardiometabolischen Erkrankungen sein, die einem Health-in-all-Policies-Ansatz folgt. Dies wird in Emmert-Fees et al. (2023) auch diskutiert.

Beobachtungsstudien bergen ein großes Risiko für verzerrte Ergebnisse. P. Nawroth und V. Kumar verweisen mit Recht darauf, dass in der Vergangenheit viele ernährungsepidemiologische Zusammenhänge aus Beobachtungsstudien in RCTs nicht bestätigt werden konnten und somit vermutlich reine Assoziationen, aber keine kausalen Zusammenhänge darstellen. Dieses Problem ist in der entsprechenden Literatur hinreichend beschrieben (49) und darauf wurde bei der Darstellung und Diskussion der Modellparameter in Emmert-Fees et al. (2023) auch hingewiesen (siehe z. B. Diskussion und Tabelle A in Appendix S1).

Idealerweise sollte für alle Fragestellungen direkte oder zumindest indirekte Evidenz aus RCTs vorliegen, bevor entsprechende Schlussfolgerungen in Ernährungsleitlinien oder Entscheidungsprozesse in Medizin, Public Health und Politik eingehen. Da dies für viele Zusammenhänge, die im Bereich Public Health relevant sind, oftmals nicht zufriedenstellend möglich ist, ist für eine Annäherung an die Wahrheit eine Kombination und

Literatur

1. Nawroth P, Kumar V. Zuckersteuer: Plausibilität und Wertigkeit der Studien. Monitor Versorgungsforschung. 2024;(5).
2. Emmert-Fees KMF, Amies-Cull B, Wawro N, Linseisen J, Staudigel M, Peters A, u. a. Projected health and economic impacts of sugar-sweetened beverage taxation in Germany: A cross-validation modelling study. PLoS Med. 21. 2023;20(11):e1004311.
3. WHO Manual on Sugar-Sweetened Beverage Taxation Policies to Promote Healthy Diets. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2022.
4. Wissenschaftlicher Beirat für Agrarpolitik, Ernährung und gesundheitlichen Verbraucherschutz (WBAE) beim BMEL. Politik für eine nachhaltigere Ernährung: Eine integrierte Ernährungspolitik entwickeln und faire Ernährungsumgebungen gestalten - WBAE-Gutachten. Verfügbar unter: https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/DE/_Ministerium/Beiraete/agrarpolitik/wbae-gutachten-nachhaltige-ernaehrung.html
5. The World Bank. Global SSB Tax Database. Verfügbar unter: https://ssbtax.worldbank.org/
6. Lawlor DA, Tilling K, Davey Smith G. Triangulation in aetiological epidemiology. Int J Epidemiol. 2017;dyw314.
7. Matthay EC, Hagan E, Gottlieb LM, Tan ML, Vlahov D, Adler NE, u. a. Alternative causal inference methods in population health research: Evaluating tradeoffs and triangulating evidence. SSM - Population Health. April 2020;10:100526.
8. Emmert-Fees KMF, Capacci S, Sassi F, Mazzocchi M, Laxy M. Estimating the impact of nutrition and physical activity policies with quasi-experimental methods and simulation modelling: an integrative review of methods, challenges and synergies. European Journal of Public Health. 28. November 2022;32(Supplement_4):iv84–91.
9. Basu S, Meghani A, Siddiqi A. Evaluating the Health Impact of Large-Scale Public Policy Changes: Classical and Novel Approaches. Annu Rev Public Health. 2017;38(1):351–70.
10. Craig P, Katikireddi SV, Leyland A, Popham F. Natural Experiments: An Overview of Methods, Approaches, and Contributions to Public Health Intervention Research. Annu Rev Public Health. 20. März 2017;38(1):39–56.
11. Laxy M, Emmert-Fees K, Pieper, Dawid, Stegbauer, Constance, Röding, Dominik. Organisiertes Symposium zur 25. Jahrestagung des Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V.: Ansätze zur Evidenzgenerierung von Public-Health-Maßnahmen: eine Einführung in quasi-experimentelle Methoden und deren Synergien mit Simulationsmodellen anhand einer Fallstudie zur Besteuerung von Zuckergetränken in Deutschland. Verfügbar unter: https://www.egms.de/static/de/meetings/ebm2024/24ebm128.shtml
12. Shimonovich M, Pearce A, Thomson H, Keyes K, Katikireddi SV. Assessing causality in epidemiology: revisiting Bradford Hill to incorporate developments in causal thinking. Eur J Epidemiol. 2021;36(9):873–87.
13. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Verfügbar unter: https://training.cochrane.org/handbook/current
14. von Philipsborn P, Huizinga O, Leibinger A, Rubin D, Burns J, Emmert-Fees K, u. a. Interim Evaluation of Germany's Sugar Reduction Strategy for Soft Drinks: Commitments versus Actual Trends in Sugar Content and Sugar Sales from Soft Drinks. Ann Nutr Metab. 2023;79(3):282–90.
15. Cabrera Escobar MA, Veerman JL, Tollman SM, Bertram MY, Hofman KJ. Evidence that a tax on sugar sweetened beverages reduces the obesity rate: a meta-analysis. BMC Public Health. 2013;13:1072.
16. Andreyeva T, Marple K, Marinello S, Moore TE, Powell LM. Outcomes Following Taxation of Sugar-Sweetened Beverages: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 1. Juni 2022;5(6):e2215276.
17. Eykelenboom M, Olthof MR, van Stralen MM, Djojosoeparto SK, Poelman MP, Kamphuis CB, u. a. The effects of a sugar-sweetened beverage tax and a nutrient profiling tax based on Nutri-Score on consumer food purchases in a virtual supermarket: a randomised controlled trial. Public Health Nutr. April 2022;25(4):1105–17.
18. Waterlander WE, Ni Mhurchu C, Steenhuis IHM. Effects of a price increase on purchases of sugar sweetened beverages. Results from a randomized controlled trial. Appetite. 2014;78:32–9.
19. Rogers NT, Cummins S, Jones CP, Mytton O, Rayner M, Rutter H, u. a. Estimated changes in free sugar consumption one year after the UK soft drinks industry levy came into force: controlled interrupted time series analysis of the National Diet and Nutrition Survey (2011–2019). J Epidemiol Community Health. 2024;78(9):578–84.
20. Micha R, Shulkin ML, Peñalvo JL, Khatibzadeh S, Singh GM, Rao M, u. a. Etiologic effects and optimal intakes of foods and nutrients for risk of cardiovascular diseases and diabetes: Systematic reviews and meta-analyses from the Nutrition and Chronic Diseases Expert Group (NutriCoDE). PLoS ONE. 2017;12(4):e0175149.
21. Imamura F, O'Connor L, Ye Z, Mursu J, Hayashino Y, Bhupathiraju SN, u. a. Consumption of sugar sweetened beverages, artificially sweetened beverages, and fruit juice and incidence of type 2 diabetes: systematic review, meta-analysis, and estimation of population attributable fraction. BMJ. 21. Juli 2015;h3576.
22. EFSA Panel on Nutrition, Novel Foods and Food Allergens (NDA), Turck D, Bohn T, Castenmiller J, de Henauw S, Hirsch-Ernst KI, u. a. Tolerable upper intake level for dietary sugars. Verfügbar unter: https://data.europa.eu/doi/10.2903/j.efsa.2022.7074
23. Wilding JPH, Batterham RL, Davies M, Van Gaal LF, Kandler K, Konakli K, u. a. Weight regain and cardiometabolic effects after withdrawal of semaglutide: The STEP 1 trial extension. Diabetes Obesity Metabolism. 2022;24(8):1553–64.
24. Gertler P, Gracner T. The Sweet Life: The Long-Term Effects of a Sugar-Rich Early Childhood [Internet]. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research; 2022. Report No.: w30799. Verfügbar unter: http://www.nber.org/papers/w30799.pdf

Zitationshinweis

Laxy, M., Emmert-Fees, K.: „Evidenz zum gesundheitlichen Effekt von zuckergesüßten Getränken und deren Besteuerung: Warum es sich lohnt, wirklich genau hinzusehen!", in „Monitor Versorgungsforschung" (01/25), S. 48–55. http://doi.org/10.24945/MVF.01.25.1866-0533.2692

Triangulation von Methoden, Design- und Analyseansätze zur Evidenzgenerierung unerlässlich. Ein zu enger oder ausschließlicher Fokus auf Interventionen, für die Evidenz aus RCTs vorliegt, und das Außenvorlassen von Interventionen, für die „nur" Evidenz aus quasi-experimentellen Studien existiert – die in den Sozialwissenschaften im Gegensatz zur Medizin einen etablierten Ansatz zur Generierung von Kausalevidenz darstellen (50, 51) –, ist bei der Lösung vieler großer und komplexer gesundheitlicher Herausforderungen allerdings eher Teil des Problems als Teil der Lösung.

Gesamtfazit

Die von den Autoren P. Nawroth & V. Kumar angestoßene Diskussion zur Validität und Wertigkeit der Studie von Emmert-Fees et al. (2023) ist sehr wichtig und wird von uns ausdrücklich begrüßt. Allerdings halten die angeführten Kritikpunkte einer kritischen Prüfung im Kontext der aktuellen Studienlage nicht stand.

Die Modellparameter der Studie wurden konservativ gewählt und die mit Unsicherheit behafteten Zusammenhänge, für welche beispielsweise keine Evidenz aus randomisierten Studien vorlag, wurden entsprechend optional modelliert. Das Vorgehen wurde transparent beschrieben und entsprechende Limitationen klar benannt. Insgesamt wurde im Beitrag von P. Nawroth & V. Kumar ein Narrativ aufgebaut, das die Glaubwürdigkeit der Studie von Emmert-Fees et al. (2023) in Zweifel zieht. Wie dargelegt, basiert dieses Narrativ jedoch größtenteils auf irreführenden Argumenten und spiegelt an vielen Stellen nicht den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand zum Thema wider. <<

Finanzierung

M. Laxy ist Professor für Public Health und Prävention an der TU München. Er erhält Forschungsgelder von öffentlichen und privaten Fördergebern inklusive dem Europäischen Forschungsrat, dem Innovationsfonds, dem Bundesministerium für Bildung und Forschung, dem Deutschen Zentrum für Diabetesforschung, dem Else Kröner Fresenius Zentrum für Ernährungsmedizin der TUM, dem Leona M. and Harry B. Helmsley Charitable Trust, der Deutschen Krebshilfe und dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention. K. Emmert-Fees ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Professur für Public Health und Prävention der TU München.

von:
Prof. Dr. Michael Laxy [1,2]
(ORCID: 0000-0001-8775-7417),
Dr. Karl Emmert-Fees MSPH [1,2]
(ORCID: 0000-0003-2330-1079)

1: Professur für Public Health und Prävention, School of Medicine and Health, TU München
2: Munich Center of Health Economics and Policy (M-CHEP)

Interessenkonflikte

Es liegen keine vor.

25. Gracner T, Boone C, Gertler PJ. Exposure to sugar rationing in the first 1000 days of life protected against chronic disease. Science. 2024;eadn5421.
26. Knowler WC, Fowler SE, Hamman RF, Christophi CA, Hoffman HJ, Brenneman AT, u. a. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. Lancet. 2009;374(9702):1677–86.
27. Long-term effects of lifestyle intervention or metformin on diabetes development and microvascular complications over 15-year follow-up: the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. Lancet Diabetes Endocrinol. 2015;3(11):866–75.
28. Uusitupa M, Lindstrom J, Tuomilehto J. Prevention of type 2 diabetes-success story that is waiting for next steps. Eur J Clin Nutr, 2018. 72(9): p. 1260-1266.
29. Gong Q, Zhang P, Wang J, Ma J, An Y, Chen Y, u. a. Morbidity and mortality after lifestyle intervention for people with impaired glucose tolerance: 30-year results of the Da Qing Diabetes Prevention Outcome Study. The Lancet Diabetes & Endocrinology. Juni 2019;7(6):452–61.
30. Hamman RF, Wing RR, Edelstein SL, Lachin JM, Bray GA, Delahanty L, u. a. Effect of weight loss with lifestyle intervention on risk of diabetes. Diabetes Care. 2006;29(9):2102–7.
31. Goldberg RB u.a. Effects of Long-term Metformin and Lifestyle Interventions on Cardiovascular Events in the Diabetes Prevention Program and Its Outcome Study. Circulation, 2022. 145(22): p. 1632-1641.
32. Xi B, Huang Y, Reilly KH, Li S, Zheng R, Barrio-Lopez MT, u. a. Sugar-sweetened beverages and risk of hypertension and CVD: a dose-response meta-analysis. Br J Nutr. 2015;113(5):709–17.
33. Malik VS, Popkin BM, Bray GA, Després JP, Hu FB. Sugar-sweetened beverages, obesity, type 2 diabetes mellitus, and cardiovascular disease risk. Circulation. 2010;121(11):1356–64.
34. Teng AM, Jones AC, Mizdrak A, Signal L, Genç M, Wilson N. Impact of sugar-sweetened beverage taxes on purchases and dietary intake: Systematic review and meta-analysis. Obesity Reviews. 2019;20(9):1187–204.
35. Fletcher JM, Frisvold DE, Tefft N. Non-linear effects of soda taxes on consumption and weight outcomes. Health Econ. Mai 2015;24(5):566–82.
36. Fletcher JM, Frisvold DE, Tefft N. The effects of soft drink taxes on child and adolescent consumption and weight outcomes. Journal of Public Economics. 2010;94(11):967–74.
37. Fletcher JM, Frisvold D, Tefft N. Can Soft Drink Taxes Reduce Population Weight? Contemp Econ Policy. Januar 2010;28(1):23–35.
38. Fletcher JM, Frisvold D, Tefft N. Taxing soft drinks and restricting access to vending machines to curb child obesity. Health Aff (Millwood). 2010;29(5):1059–66.
39. Jones-Smith JC, Knox MA, Chakrabarti S, Wallace J, Walkinshaw L, Mooney SJ, u. a. Sweetened Beverage Tax Implementation and Change in Body Mass Index Among Children in Seattle. JAMA Netw Open. 2024;7(5):e2413644.
40. Flynn J. Do sugar-sweetened beverage taxes improve public health for high school aged adolescents? Health Economics. Januar 2023;32(1):47–64.
41. Gracner T, Marquez-Padilla F, Hernandez-Cortes D. Changes in Weight-Related Outcomes Among Adolescents Following Consumer Price Increases of Taxed Sugar-Sweetened Beverages. JAMA Pediatr. 2022;176(2):150.
42. Cawley J, Daly M, Thornton R. The effect of beverage taxes on youth consumption and body mass index: Evidence from Mauritius. Health Economics. 2022;31(6):1033–45.
43. Rogers NT, Cummins S, Forde H, Jones CP, Mytton O, Rutter H, u. a. Associations between trajectories of obesity prevalence in English primary school children and the UK soft drinks industry levy: An interrupted time series analysis of surveillance data. Popkin BM, Herausgeber. PLoS Med. 2023;20(1):e1004160.
44. Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol. 1985;14(1):32–8.
45. Pfinder M, Heise T, Hilton Boon M, Pega F, Fenton C, Griebler U, u. a. Taxation of unprocessed sugar or sugar added foods for reducing their consumption and preventing obesity or other adverse health outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020;(4). Verfügbar unter: https://doi.org//10.1002/14651858.CD012333.pub2
46. Heise TL, Katikireddi SV, Pega F, Gartlehner G, Fenton C, Griebler U, u. a. Taxation of sugar-sweetened beverages for reducing their consumption and preventing obesity or other adverse health outcomes. Cochrane Public Health Group, Herausgeber. Cochrane Database of Systematic Reviews; Verfügbar unter: https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012319
47. Bundesminestrium für Bildung und Forschung. Eckpunkte zur Ernährungsstrategie 2050 für eine gesunde und nachhaltige Ernährung [Internet]. Verfügbar unter: https://www.bundesregierung.de/breg-de/schwerpunkte-der-bundesregierung/nachhaltigkeitspolitik/ernaehrungsstrategie-2154644
48. Gong Q, Zhang P, Wang J, Gregg EW, Cheng YJ, Li G, u. a. Efficacy of lifestyle intervention in adults with impaired glucose tolerance with and without impaired fasting plasma glucose: A post hoc analysis of Da Qing Diabetes Prevention Outcome Study. Diabetes Obesity Metabolism. 2021;23(10):2385–94.
49. Ioannidis JPA. The Challenge of Reforming Nutritional Epidemiologic Research. JAMA. 2018;320(10):969.
50. Campbell DT, Stanley JC. Experimental and quasi-experimental designs for research. Belomt, CA: Wadsworth; 2011
51. The Committee for the Prize in Economic Sciences in Memory of Alfred Nobel. ANSWERING CAUSAL QUESTIONS USING OBSERVATIONAL DATA. 2021. Verfügbar unter: https://www.nobelprize.org/uploads/2021/10/advanced-economicsciencesprize2021.pdf

Zitationshinweis

Nawroth, P. P., Kumar, V.: „Es könnte so sein, aber auch anders“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (01/25), S. 56. http://doi.org/10.24945/MVF.01.25.1866-0533.2693

Diskussion: Replik auf Laxy und Emmert-Fees

Es könnte so sein, aber auch anders

>> Wir danken den Kollegen Laxy und Emmert-Fees für ihre ausgewogene und sorgsame Darstellung einer gegenteiligen Auffassung („Evidenz zum gesundheitlichen Effekt von zuckergesüßten Getränken und deren Besteuerung: Warum es sich lohnt, wirklich genau hinzusehen!”(MVF 1/2025). Würden wir diskutieren, statt zu schreiben, würde der Leser sehen, dass in vielen Punkten mit Sätzen wie „Es könnte so sein, aber auch anders“ Einigkeit erzielt würde.

1. Wo sind wir gegenteiliger Auffassung?

a. Ergebnisoffenheit

Wir verstehen weiterhin nicht, warum große Therapiestudien, die z. B. ergeben, dass Diabetesprävention keine nennenswerten Effekte auf klinisch relevante Erkrankungen hat, nicht auch als Basis der Modellierung herangezogen werden. Ähnliches gilt für die in Interventionsstudien nur in einer kleinen, nicht auf Deutschland zutreffenden Subgruppe (Lateinamerikaner) nachweisbaren Effekte einer Zuckerreduktion auf das Gewicht und viele im Review zitierte weitere Studien. Wir wären begeistert, wenn diejenigen, die Modellierungen durchführen, nicht nur der Mehrheitsmeinung im Feld folgen, sondern ergebnisoffen einmal die gegenteiligen Studiendaten in eine Modellierung einpflegen würden. Wie spannend wäre es, die Ergebnisse zu vergleichen.

b. Plausibilität

Wenn die Studie von Cobiac und Mitarbeitern einen Effekt von 15 Gramm weniger Zuckerkauf durch Getränke pro Woche pro Haushalt (nicht pro Person) errechnet, man dies dann in eingesparte Kalorien pro Tag und Person umrechnet, dann wird es schwierig, sich vorzustellen, dass dies klinisch relevante Effekte haben kann. Adipositas, Diabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen sind so multifaktoriell, dass relevante klinische Effekte bei einer so geringen Veränderung nur eines Risikofaktors unwahrscheinlich sind.

c. Nur Mädchen

Da die Daten aus UK bisher nur Effekte auf eine Subgruppe beschrieben, nämlich bei 10- bis 11-jährigen Mädchen, bei allen anderen Mädchen und Jungen nicht, wären wir dankbar, man würde dies in die bisher durchgeführten Modellierungen einpflegen. Eine wichtige Kontrolle wäre dann aber nicht nur die berechnete Gewichtsentwicklung in UK, sondern zusätzlich die tatsächliche in sozial und wirtschaftlich vergleichbaren Ländern ohne diese Besteuerung. Konsequenterweise müsste man dann überlegen, ob eine Maßnahme, die nur bei 10- bis 11-jährigen Mädchen vielleicht (!) etwas nutzt, über alle Deutschen verfügt werden darf.

Das Hindernis Nummer 1:

Ein Modell bildet keinen Fakt ab, sondern nur eine gewisse Wahrscheinlichkeit für ein Ergebnis, das davon abhängt, welche Daten man in das Modell einpflegt. Egal wie elaboriert man ein Modell rechnet, wie viele pathophysiologisch relevante Daten man einpflegt, es bleibt ein Modell. Kausalität lässt sich aus Korrelationen nicht beweisen, auch wenn ein Modell durchaus die Wirklichkeit abzubilden vermag.

Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Modellierung den Effekt einer Therapie richtig vorhersagt, gilt vor allem für große und starke Effekte, wie z. B. den Effekt des Rauchens auf die Gesundheit. Je multifaktorieller eine Erkrankung ist (bei den hier besprochenen Erkrankungen zählen wirtschaftliche, psychische und soziale Faktoren mindestens ebenso wie medizinische), desto unsicherer bleibt das Modellieren. Das gilt sowohl für die Aussage „wirkt“, als auch die Aussage „wirkt nicht“.

Das Hindernis Nummer 2:

Unüberbrückbar ist für uns als (ehemals) klinisch tätige Ärzte der Unterschied zwischen Surrogat-Parametern wie z. B. Gewicht (und Laborwerten, die Risiken beschreiben) und klinisch relevanten Erkrankungen. Eine Maßnahme, deren Effizienz hauptsächlich durch Effekte auf Surrogat-Parameter begründet wird, sollte (außer in Notsituationen oder Situationen, in denen keine Therapiestudien möglich sind) immer durch eine die Intervention testende Studie mit klinisch relevanten Erkrankungen als Endpunkt bestätigt werden.

Dies ist bei der besprochenen Fragestellung eindeutig möglich. Beispiele für nicht nur die Ernährung betreffende kontraintuitive Ergebnisse sind in unserem Review aufgeführt.

2. Handelt es sich um nur gegensätzliche Auffassungen von Wissenschaftlern, die unterschiedliche Methoden für ihre Studien einsetzen, oder sind die unüberbrückbaren Hindernisse für jeden relevant?

Ginge es nur um den zwischen Epidemiologen und praktisch tätigen Ärzten unterschiedlichen Blick, nämlich einerseits den bevölkerungsbasierten, andererseits den Blick auf das Individuum, hätten wir den Review nicht geschrieben. Da jedoch die Interpretation dieser Modellierungen zu politischen Forderungen führt, schrieben wir den Review mit Blick auf die Frage: Wie gut muss eine Maßnahme als wirksam bewiesen sein, bevor der Staat das Recht zu Eingriffen erhält? Reicht eine Vermutung, oder haben wir Bürger das Anrecht auf einen Beweis?

Reicht ein nur möglicher, bisher unbewiesener Effekt auf eine kleine Subgruppe, ohne harte Daten zu klinisch relevanten Endpunkten, um eine Steuer einzuführen? Oder überschreiten Wissenschaftler, die mit den bisher vorhandenen Daten die Einführung einer weiteren Steuer (die alle betrifft) fordern, ihre Kompetenzen?

Zusammenfassung

Einst wurde im Kaiserreich die Schaumweinsteuer erhoben, um eine Flotte aufzubauen. Als der Krieg verloren, der Kaiser außer Landes war, wurde die Steuer nicht abgeschafft. Glaubt jemand ernsthaft, dass nach Einführung einer Zuckersteuer ihr Effekt hinterfragt wird und sie im Falle einer Unwirksamkeit oder fehlender Notwendigkeit (da andere Süßstoffe das Zuckerproblem gelöst haben) abgeschafft wird?

Jeder sollte sich seine Antwort auf folgende Fragen überlegen:

1. Welche Beweiskraft muss ein Staat vorlegen, ehe er in das Leben seiner Bürger durch Erfinden neuer Steuern eingreift?
2. Welche Beweiskraft müssen Wissenschaftler von ihren eigenen Daten fordern, ehe sie Politikern Empfehlungen geben? <<

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

DKVF 2025: Call for Abstracts bis zum 25.03.2025

24. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung am UKE in Hamburg

Der 24. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) findet unter dem Motto „Zukunftskompetenz für ein resilientes Gesundheitssystem“ vom 22. bis 24. September 2025 am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf statt. Zur Einreichung von Beiträgen laden der Kongresspräsident Prof. Dr. Horst Christian Vollmar und das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) herzlich ein. Die Deadline zur Beitragseinreichung ist der 25.03.2025.

>> Der 23. DKVF 2024 hat eindrucksvoll gezeigt, welche Chancen eine enge Zusammenarbeit von Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung mit sich bringt. Darüber hinaus wurde deutlich, dass unser Gesundheitssystem resilienter werden muss, um mit Hinblick auf Herausforderungen durch den demografischen Wandel, Digitalisierung, Fachkräftemangel, Klimawandel, Pandemien und militärische Auseinandersetzungen auch zukünftig eine gute Versorgung zu gewährleisten.

Auf dem 24. DKVF 2024 möchten wir, so Kongresspräsident Prof. Dr. Horst Christan Vollmar, mit dem Fokus Gesundheit und Gesundheitsversorgung an unserer Zukunftskompetenz arbeiten. Deswegen freuen wir uns, den DKVF erstmalig zusammen mit dem Netzwerk Zukunftsforschung zu gestalten, welches zeitgleich seine Jahrestagung durchführen wird. Das Netzwerk Zukunftsforschung fördert die Wissenschaft und Forschung, den fachlichen Austausch und die Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Zukunftsforschung im deutschsprachigen Raum.

Der 24. DKVF ermöglicht einen intensiven Austausch der Versorgungsforschung mit der Zukunftsforschung. Durch die Förderung der Zukunftskompetenz kann nicht nur die Resilienz des Gesundheitssystems gesteigert, sondern auch eine proaktive, zuversichtliche Haltung gegenüber zukünftigen Herausforderungen entwickelt werden. Diese ermöglicht es, innovative Lösungen zu finden und nachhaltige Veränderungen herbeizuführen.



Kongresspräsident Prof. Dr. Horst Christian Vollmar, Leiter der Abteilung für Allgemeinmedizin an der Ruhr-Universität Bochum

Der Kongresspräsident und das DNVF laden alle herzlich ein, an Zukunftsentwürfen für eine gute Gesundheitsversorgung aktiv mitzuarbeiten und daraus tragfähige Lösungen für ein resilientes Gesundheitssystem abzuleiten. Folgende inhaltliche Stränge sind dabei vorgesehen:

1. Strang: Megatrends

Megatrends beeinflussen die Gesundheitsversorgung in vielfältiger Weise. Hier geht es um zukunftsorientierte Beiträge, die sich mit

Kommentar



Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann
Vorsitzender DNVF

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

unser Kerngeschäft sind die wissenschaftlichen Grundlagen für die Gesundheitsversorgung. Wir wollen aber auch ganz konkrete Lösungen für die aktuellen Probleme in der Versorgung liefern. Dazu brauchen wir nicht nur die fachliche und methodische Kompetenz, sondern auch die Handlungskompetenz, dieses Wissen in den Versorgungsalltag zu integrieren. Das DNVF begrüßt in diesem Sinne die Krankenhausreform als Schritt in die richtige Richtung. Unser stellv. Vorsitzender Prof. Jochen Schmitt hat in der „Regierungskommission Krankenhaus“ mitgewirkt. Die Versorgungsforschung bietet an, die Umsetzung deutschlandweit zu monitorieren und die Auswirkungen der Änderungen im Krankenhaussystem auf die Versorgung in Deutschland zu untersuchen.

Die beiden neuen Arbeitsgruppen „Kausale Inferenz in der Versorgungsforschung“ und „Implementierungswissenschaft und -praxis in der Versorgungsforschung“ sowie die Fachgruppe „Notfallversorgung“ sind mit großer Beteiligung gestartet. Alle sind herzlich eingeladen, hier mitzuarbeiten.

Vom 17. bis 20. März 2025 findet die DNVF Spring School in Berlin statt. Sie bietet wie gewohnt ein vielfältiges Programm. Ganz herzlichen Dank an die wissenschaftliche Leitung Prof. Juliane Köberlein-Neu und Prof. Falk Hoffmann sowie an Luca Pabst von der Geschäftsstelle für die hervorragende Organisation.

Am 07. Mai 2025 laden wir Sie herzlich nach Berlin zum 13. Forum Versorgungsforschung ein. Thema ist „Wie vermeiden wir Über-, Unter- und Fehlversorgung im letzten Lebensjahr?“. Und wir freuen uns auf den 24. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung vom 22. bis 24. September 2025 in Hamburg mit dem Motto „Zukunftskompetenz für ein resilientes Versorgungssystem“. Der Kongresspräsident Prof. Horst Vollmar hat mit seinem Team ein spannendes Programm zusammengestellt. Der Call for Abstracts hat begonnen!

Mit allen guten Wünschen für Sie, Ihre Familien und Mitarbeiter:innen für ein gesundes und gutes neues Jahr 2025

Herzliche Grüße

Ihr

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann

den Auswirkungen des demografischen Wandels, des Fachkräftemangels insbesondere in der Pflege, mit der Arbeit in multiprofessionellen Teams und mit sektorübergreifender, regionaler Versorgung befassen. Weitere Themen sind innovative Ansätze zum "Gender Shift" unter den Versorgenden, der Partizipation verschiedener Bevölkerungsgruppen, zur Klimakrise und der Anpassung an ihre Folgen, Resilienz gegenüber Pandemien, Wirtschaftskrisen und geopolitischen Konflikten sowie zu Herausforderungen und Lösungen der Versorgung im Kontext Migration, Integration und Inklusion.

2. Strang: Digitale Transformation – Digital Health

Die digitale Transformation bietet enorme Potenziale für die Gesundheitsversorgung. Beiträge, die sich mit Künstlicher Intelligenz (KI), digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) und digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) befassen, sind hier ebenso gefragt wie Abstracts zur elektronischen Patientenakte (ePA), zur Forschungsdateninfrastruktur und weiteren Schlüsselressourcen für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung.

3. Strang: Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung

Gesundheit ist ein zentrales Politik- und Zukunftsthema. Eine evidenzbasierte Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik sind unerlässlich, um die bestmöglichen Ergebnisse für die Bevölkerung zu erzielen. Themen hier sind bspw. der Einsatz von versorgungsnahen Daten zur Nutzenbewertung, Wege zum „lernenden Gesundheitssystem", psychische Gesundheit, aber auch Modelle und konkrete Maßnahmen zur Prävention, Inklusion und Partizipation.

4. Strang: Methoden der Versorgungsforschung und Zukunftsforschung

Die Methoden der Versorgungsforschung und Zukunftsforschung sind vielfältig und entwickeln sich ständig weiter. In diesem Strang können Beiträge zu kausaler Inferenz, qualitativen Methoden, Mixed Methods und neuen Entwicklungen im Bereich der Registerforschung etc. eingereicht werden. Zudem werden Workshops mit Methoden der Zukunftsforschung wie Future Lab und Szenario-Technik in diesem Strang angeboten. Die vorgestellten Methoden bieten wertvolle Werkzeuge, um zukunftsweisende Lösungen für die komplexen Fragestellungen der Versorgungsforschung zu entwickeln.

5. Strang: Zukunft gestalten

In diesem Strang sollen abgeschlossene, aktuell laufende und neu zur Förderung angenommene Projekte insbesondere aus dem Innovationsfonds und andere vielversprechende Projektideen präsentiert und diskutiert werden. Der Nachwuchs spielt hier eine zentrale Rolle.

Deadline für die Abstract-Einreichung: 25.03.2025

Das Kongressprogramm wird wesentlich aus den eingereichten Beiträgen gestaltet, die bis zum 25.03.2025 in deutscher und englischer Sprache eingereicht werden können. Um internationale Sitzungen zusammenstellen zu können, sind explizit englischsprachige Abstracts gewünscht. Das Programmkomitee wird das Programm im Anschluss an den Begutachtungsprozess zusammenstellen. Dem Programmkomitee gehören zahlreiche Arbeits- und Fachgruppensprecher:innen sowie die Vorstandsmitglieder und Mitglieder des DNVF an.

Danken möchte ich dem lokalen Organisationsteam vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf für die tatkräftige Unterstützung vor Ort. Darüber hinaus werden Wissenschaftler:innen der Ruhr-Universität Bochum, des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und des Netzwerks Zukunftsforschung aktiv an der Programmgestaltung und Organisation des Kongresses beteiligt sein. Einreichen können Sie die Abstracts unter www.dkvf.de/abstracts.html.

Der DKVF lebt durch seine unterschiedlichen Beitragsarten mit Plenarsitzungen, Symposien, Podiumsdiskussionen, Postersessions, interaktiven Workshops und Science Slams, die spannende Kongresstage garantieren. Weitergeführt werden sollen zudem die Reihen „State of the art" und „Debate". Erstmalig werden Workshops mit Methoden aus der Zukunftsforschung wie Future Labs und Szenarien durchgeführt. Alle sind aufgerufen, den Kongress zur Präsentation ihrer Forschungsergebnisse, zur Diskussion und zum fachlichen Austausch und nicht zuletzt zum Voneinander-Lernen zu nutzen.

Der DKVF ist eine wichtige und lebendige Plattform für den wissenschaftlichen Austausch in der Versorgungsforschung. Er bietet eine gute Möglichkeit, neue persönliche Kontakte zu knüpfen und zukünftige Forschungskooperationen zu initiieren, die beim Kongress oft angebahnt werden.

Nutzen Sie diese Chance! <<

Informationen zur Abstract-Einreichung stehen auf der Kongresswebseite bereit:
https://www.dkvf.de/de/abstracts.html
oder als Kurzlink:
https://t1p.de/6yll7

News

>> 13. Spring-School des DNVF findet 2025 vom 17. bis 20.03.2025

Insgesamt 26 Module werden bei der viertägigen Veranstaltung an der in der Europäischen Fachhochschule Berlin zu unterschiedlichen Themenbereichen der Versorgungsforschung angeboten. Die Spring-School richtet sich an Nachwuchswissenschaftler:innen und Expert:innen. Die Module werden in den Schwierigkeitsstufen basic und advanced angeboten. Die Spring-School startet am Montag, den 17.03.2025, traditionsgemäß mit dem Modul „Einführung in die Gesundheitsversorgungsforschung und methodische Grundlagen". Vier neue Module zu den Themen Wissenschaftskommunikation, organisationsbezogene Versorgungsforschung, Advanced Mixed Methods sowie Publizieren qualitativer und Mixed Methods Studien angeboten. Auch 2025 wird es wieder einen spannenden Vortragsabend geben.

Am 18.03.2025 wird Prof. Dr. Peter Falkai, der Kongresspräsident des DKVF 2022, zum Thema „Versorgungsforschung aus der klinischen Praxis" referieren. Nutzen Sie die Gelegenheit zum Austausch, Kennenlernen und Diskutieren! Außerdem wird die AG Nachwuchsförderung am 19.03.2025 erstmals ein Get-together organisieren.

Mehr Infos: https://t1p.de/xkely

Bericht zur Pre-Conference auf dem DKVF 2024

„Innovation in der Versorgungsforschung. Theoretische und empirische Perspektiven auf ein hybrides Konzept“

Die aktuelle Diskussion um Innovationsbegriffe, wie etwa die Differenzierung von Pfaff und Schmitt (2024) nach Struktur- und Produktinnovationen und die viel diskutierten Notwendigkeiten des Wandels, stellt die Versorgungsforschung zunehmend vor Herausforderungen und brachte das Motto des 23. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung (DKVF) „Implementierungswissen schafft innovative Versorgung“ hervor.

>> Nicht zuletzt der Innovationsfonds institutionalisiert die Suche nach innovativen Lösungen für gesellschaftliche Probleme. Während die Entwicklung und Implementierung von Innovationen auf der einen Seite zu modernen Imperativen erklärt wird (Bormann, 2011; Rammert, 2024), zeigt sich auf der anderen Seite die Schwierigkeit den Innovationsbegriff theoretisch und empirisch greifbar zu machen und zu einem einheitlichen Verständnis zu gelangen (Bormann, 2011). Innovation soll reparieren, was kaputt ist, und lösen, was ein Problem ist. Doch die Innovationserwartung bleibt in der Versorgungsforschung häufig unerfüllt, sie muss erneuert, an Anpassungserfordernisse des gesellschaftlichen und technologischen Wandels angepasst werden oder wirkt schlichtweg nicht zufriedenstellend (z. B. aufgrund nicht-intendierter Folgen rationalen Handelns). Wann also wird eine Innovation eigentlich innovativ und wie sehen solche Implementierungsprozesse aus?

Zur Diskussion dieser Fragen und zur Einstimmung auf den DKVF 2024 hat die Arbeitsgruppe Theorien in der Versorgungsforschung des DNVF eine Pre-Conference zum Thema „Innovation in der Versorgungsforschung. Theoretische und empirische Perspektiven auf ein hybrides Konzept“ durchgeführt. Ziel der Veranstaltung war es, den Diskurs in der Versorgungsforschung mit Erkenntnissen aus anderen Bereichen zu konfrontieren und Anschlussmöglichkeiten zu identifizieren. Es konnten zwei Referenten aus unterschiedlichen Fachbereichen gewonnen werden, die in ihren Vorträgen den Innovationsbegriff und Implementierungsvorgänge theoretisch wie empirisch diskutierten: Dr. Ronald Staples (Institut für Soziologie, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg) und Dr. Alexander Haarmann (Institut für Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Brandenburg).

Nach einer Begrüßung durch die AG-Sprecher:innen, eröffnete AG-Mitglied und Mitorganisator Michael Schaller die Veranstaltung mit dem Vortrag „Innovation – Magic Buzzword oder leerer Signifikant?“. Hierin wurde der aktuelle Diskurs um Innovationen in der Versorgungsforschung skizziert und die Veranstaltung verortet. Was verhandeln wir unter dem Begriff „Innovation“ und welche Bedeutungen leiten sich daraus ab? Er zeigte verschiedene Perspektiven auf die in manchen Fällen konfligierenden oder gar fehlenden (Be-) Deutungen des Begriffs.

Auf die Frage nach Möglichkeiten der organisationalen Implementierung wurde in der Pre-Conference mit dem organisationssoziologischen Beitrag von Ronald Staples „Wie Organisationen Innovation vermeiden – eine konzeptionelle Rekonstruktion“ eine Antwort gesucht. Staples unterschied zwischen drei Dimensionen von Innovation: zeitlich, sachlich und sozial. Diese lassen sich aus der Definition von Rammert (2010) ableiten: Innovationen werden als kreative oder zufällige Veränderungen beschrieben, die erst ex post als Verbesserung gedeutet werden können (zeitliche Dimension) und die Gesellschaft nachhaltig beeinflussen. Bei dem Diskurs um Innovation werden Erwartungshaltungen verhandelt, die aus der Reflexion der Vergangenheit („Das haben wir schon immer so gemacht.“) heraus in der gegenwärtigen Situation den Anspruch an Gestaltbarkeit einer vollendeten Zukunft – „modo futuri exacti“ (n. Schütz 2003) – stellen. Innovationen in Form von Wissen, Artefakten oder Verfahren (sachliche Dimension) erfordern oft strukturelle Veränderungen innerhalb von Organisationen oder Gesellschaften und damit Anpassungsmöglichkeiten (soziale Dimension). Besonders reizvoll scheinen Innovationen aufgrund dieser notwendigen Aufwände für Organisationen zunächst nicht. Kein Wunder also, dass wir häufig Innovationen beobachten, die bei genauerer Betrachtung dasselbe machen wie die Idee

Literatur

Bormann, I. (2011). Zwischenräume der Veränderung – Innovationen und ihr Transfer im Feld von Bildung und Erziehung. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Haarmann, Alexander (2024): Innovationen für den Versorgungsalltag – eine karge Spielwiese für Theorien in der Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung. Vortrag im Rahmen der Pre-Konferenz des 23. Deutschen Kongresses Versorgungsforschung, Potsdam.

Luhmann, N. (1981): Soziologische Aufklärung 3. Soziales System, Gesellschaft, Organisation. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Pfaff, H., & Schmitt, J. (2024): Shifting from theoretical best evidence to practical best evidence: an approach to overcome structural conservatism of evidence-based medicine and health policy. Das Gesundheitswesen, 86(S 04), S239-S250.

Rammert, W. (2010): Die Innovationen der Gesellschaft. In: Howaldt, J., Jacobsen, H. (Hrsg.): Soziale Innovation. VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92469-4_2

Rammert, W. (2024). Innovation: Von kreativen Variationen über multikontextuelle Innovationen zu wertkonfliktären gesellschaftlichen Transformationen. In: Peer, C.,Semlitsch, E., Güntner, S., Haas, M., Bernögger, A. (Hrsg.): Urbane Transformation durch soziale Innovation: Schlüsselbegriffe und Perspektiven (S. 89–98). TU Wien Academic Press. https://doi.org/10.34727/2024/isbn.978-3-85448-064-8_12

Schütz, A. (2003). Teiresias oder unser Wissen von zukünftigen Ereignissen. In: Endreß, M. & Srubar, I. (Hrsg.): Alfred Schütz Werkausgabe (ASW) V – Theorie der Lebenswelt. 1 Die pragmatische Schichtung der Lebenswelt, S. 249-284, Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

Staples, R. (2024): Wie Organisationen Innovation vermeiden – eine konzeptionelle Rekonstruktion. Vortrag im Rahmen der Pre-Konferenz des 23. Deutschen Kongresses Versorgungsforschung, Potsdam.

vor einigen Jahren – diesmal nur unter anderem Namen. Nach Luhmann (1981) beginnen Innovationen vor dem Prozess der Implementierung: „Die Sprache, mit der die Innovation begründet wird, wird bereits in der Analyse benutzt, die Werte, die durch die Innovation gefördert werden sollen, werden als anerkannt vorausgesetzt; bereits erfolgte Zustimmungen werden erschlossen und ausgebaut; Einrichtungen werden vor ihrer Änderung bereits anders bezeichnet, so daß die Innovation nur noch als Vollzug einer bereits beschlossenen Sache aufzutreten braucht." Sind Innovationen also ‚nur' der durch Institutionalisierungen durchgesetzte Vollzug von bestehenden Verhältnissen?

Alexander Haarmann knüpfte in seinem Vortrag „Innovationen für den Versorgungsalltag – eine karge Spielwiese für Theorien in der Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung" an diese Frage mit anwendungsbezogenen Überlegungen aus der Versorgungsforschung an. Anhand verschiedener Projekteinblicke wurde dargestellt, dass wir hohe grenzüberschreitende Übereinstimmungen von Herausforderungen und Ideen für Innovationen beobachten können. Wir können also aus anderen Bereichen in Bezug auf Herausforderungen und Potenzial für Scheitern viel lernen. In Projekten dargestellte Innovationen erweisen sich bei näherer Betrachtung als wenig oder kaum neuartig – vielleicht sogar veraltet? Die zeitliche und räumliche Differenz von Ideengenerierung und Umsetzung gelte es, stärker zu berücksichtigen. Zentral dabei ist, dass Innovationen unterschiedlicher Genese sein können. Sie können in Form von Objekten, Prozessen, Organisationen, aber auch Outcomes auftreten. Sie bergen Potenzial, sind aber gleichermaßen als Problem zu betrachten. Eine Innovation kann erst dann wirksam werden, wenn zur technischen Innovation auch eine organisationale Innovation kommt. Eine technische Innovation in alten Organisationsstrukturen führt zu einer kostspieligen alten Organisation, aber nicht zur Umsetzung innovativer Ansätze.

In der an die Vorträge anschließenden, von AG-Mitglied Christoph Ohneberg moderierten Diskussion konnten wir viele theoretische Erkenntnisse auf die Versorgungsforschung anwenden und die Einblicke mit in den Kongress tragen. Wir bedanken uns herzlich bei den Referenten und den 28 Teilnehmer:innen für die inspirierenden Einblicke und den spannenden Austausch, den wir beim informellen Ausklang im Restaurant fortsetzen durften. <<

von:
Larissa Burggraf, Christoph Ohneberg, Michael Schaller, Helge Schnack*

* für die AG Theorien in der Versorgungsforschung des DNVF

News

>> Projekt REGINT präsentiert erste Ergebnisse auf dem Swedish Register-Based Research Summit 2024 in Stockholm

Am 2. Dezember 2024 präsentierte Hannah Grillmaier M.Sc. erste Ergebnisse des DNVF-Projekts „Registerbasierte Interventionsstudien in Deutschland (REGINT)" auf dem Swedish Register-Based Research Summit in Stockholm. Der Kongress, der sich auf registerbasierte Forschung konzentrierte, bot Einblicke in Projekte, die Registerdaten aus den Bereichen Wirtschafts-, Epidemiologie-, Public-Health- und Sozialforschung nutzen und verknüpfen.

Das REGINT-Projekt widmet sich der Verbesserung registerbasierter Forschung in der deutschen Versorgungsforschung. Ziel unserer Teilnahme war es, das Projekt vorzustellen, Rückmeldungen zu erhalten und den internationalen Austausch zu fördern. Wir konnten wertvolle Einblicke in die Praktiken und Herausforderungen der Registerforschung anderer europäischer Länder gewinnen. Besonders inspirierend waren Beiträge aus Schweden, das für seine hohe Registerqualität bekannt ist, sowie das niederländische ODISSEI-Projekt, das von Tom Emery (Erasmus Universität Rotterdam, Keynote Speaker) vorgestellt wurde.

ODISSEI dient als nationale Forschungsinfrastruktur der niederländischen Sozialwissenschaften und bietet umfassende Unterstützung für die Nutzung komplexer Daten. Dazu gehören gemeinsamer Datenzugang für Mitgliedsinstitutionen (z. B. Microdata von Statistics Netherlands oder das LISS-Panel), eine Code-Bibliothek für Datenaufbereitung und -analyse, sichere Rechenumgebungen und fachliche Beratung über die SoDa-Expertengruppe. ODISSEI ist somit eine von allen Mitgliedern mitfinanzierte zentrale Anlaufstelle für Forscherinnen und Forscher in den Niederlanden, um [staatlich erhobene] Daten zu finden, auf sie zuzugreifen und sie effektiv für ihre Forschungsprojekte zu nutzen.

In ihrer Präsentation erläuterte Hannah Grillmaier die Ziele, Struktur und ersten Ergebnisse von REGINT. Im Sommer 2024 führte das REGINT-Team eine Onlineumfrage unter Expert:innen der registerbasierten Forschung durch, um die deutsche Forschungslandschaft zu analysieren. Die Ergebnisse zeigten Herausforderungen wie langwierige bürokratische Prozesse, mangelnde Strukturen und Datenqualität sowie unzureichende Finanzierung. Wir präsentierten zudem Lösungsansätze, etwa den Zugang zu weiteren Datenquellen und die Förderung methodischer Kompetenzen.

Die Rückmeldungen zu unserer Präsentation waren sehr positiv und führten zu spannenden Gesprächen über die unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den europäischen Ländern. Häufig wurden Themen wie die unterschiedlichen Möglichkeiten der Datenverknüpfung und Registerstrukturen diskutiert, denn hier sind uns andere Länder weit voraus, aber andere Teilnehmer:innen stellten auch fest, dass die deutsche Vorsicht beim Thema Datenschutz auch ihre Vorteile hat. Gemeinsamkeiten, wie lange Wartezeiten für Datenzugang, wurden ebenfalls thematisiert. Zu den rund 40 Teilnehmenden gehörten vor allem Forschende aus Gesundheitswissenschaften und Machine Learning, aber auch einige Industrievertreter:innen.

Die Teilnahme am Treffen war äußerst bereichernd. Besonders beeindruckend waren die Potenziale effizienter Datenverknüpfungen und innovativer Ansätze wie „Datenspenden" aus den Niederlanden. Der Austausch motiviert uns, künftige Kooperationen zu fördern und den internationalen Dialog fortzusetzen.

Wir danken den Organisatoren für diese wertvolle Gelegenheit, spezifische Anforderungen registerbasierter Forschung zu diskutieren.

DNVF

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

E-Mail: info@dnvf.de

Andrea Feldhus MA
Christopher Bühler MSc
Prof. Dr. rer. oec. Leonie Sundmacher

Versorgungsbedarf durch Apotheken in Bayern

Operationalisierung einer Schätzung und Ergebnisse einer Expertenbefragung

Die Anzahl öffentlicher Apotheken in Deutschland ist seit dem Jahr 2009 rückläufig und wies im Jahr 2022 mit 18.068 Filialen die geringste Apothekenanzahl seit Beginn der 1980er-Jahre auf (ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V., 2023). Um vor diesem Hintergrund auch zukünftig eine angemessene Versorgung mit Arzneimitteln und sonstigen Apothekenleistungen sicherstellen zu können, hat das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) ein Projekt zur Analyse der Apothekenversorgung in Bayern ausgeschrieben. Im Rahmen eines Teilprojekts soll dabei unter anderem der Bedarf für Apothekenleistungen in Bayern anhand von Merkmalen der Bevölkerung geschätzt werden. Voraussetzung dafür ist die Ermittlung und Operationalisierung von Kenngrößen und Besonderheiten des Apothekenmarktes, die bei einer Bedarfsschätzung berücksichtigt werden müssen.

Zusammenfassung

Seit 2009 verzeichnet Deutschland einen Rückgang öffentlicher Apotheken, welcher das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention (StMGP) dazu veranlasste, ein Projekt zur Analyse der Apothekenversorgung in Bayern zu beauftragen, welches vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) fachlich-administrativ begleitet wird. Ein Teilprojekt befasst sich dabei mit der Schätzung des Bedarfs an Apotheken und Apothekenpersonal basierend auf Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung. Um für die Bedarfsschätzung relevante Besonderheiten des Apothekenmarktes zu erfassen, wurden sieben semi-strukturierte Interviews mit Akteuren der Selbstverwaltung und Leistungserbringenden geführt und anschließend induktiv kodiert.

Insgesamt erachteten die Expert:innen die Kenngröße der Anzahl der zulasten der gesetzlichen Krankenkasse abgegebenen Arzneimittel als geeignet, um die Leistungen einer Apotheke zu quantifizieren. Sie empfahlen jedoch die Berücksichtigung bestimmter Zusatzleistungen, wie zum Beispiel die Abgabe von Over-the-Counter-Arzneimitteln oder andere zeitlich aufwendige Tätigkeiten, wie die Zubereitung von Rezepturen oder Zytostatika. Darüber hinaus erachteten die Expert:innen es als sinnvoll, alle öffentlichen Apotheken unabhängig von ihrem Zusatzversorgungsauftrag zu berücksichtigen. Die personelle Zusammensetzung von Apotheken wurde aufgrund der Vielzahl an Einflussfaktoren als hochgradig individuell bezeichnet und eine Abgrenzung der Verordnungstätigkeit zwischen pharmazeutisch-technischen Assistent:innen und approbierten Apotheker:innen als komplex erachtet. Die Expert:innen betonten außerdem die Bedeutung der Erreichbarkeiten für die Bedarfsschätzung und erachteten Zeitspannen bis 30 Minuten als maximal zumutbar. Als alternativen Ansatz der Bedarfsschätzung bewerteten die Interviewpartner:innen die Festlegung einer Verhältniszahl der Einwohner:innen, die eine Apotheke bedienen kann, als schwierig ad hoc zu beziffern und außerdem stark abhängig von bevölkerungs- und apothekenbezogenen Faktoren. Um der potenziell durch die Bedarfsschätzung identifizierten Unterversorgung in einzelnen Regionen entgegenzuwirken, sprachen sich die Befragten insbesondere für finanzielle Anreize aus.

Der Großteil der befragten Expert:innen befürwortete die angestrebte Methode einer Bedarfsschätzung und konnte durch die Hervorhebung von Besonderheiten des Apothekenmarktes zusätzliche wertvolle Einblicke liefern.

Schlüsselwörter

Apotheken, Bedarfsschätzung, qualitative Expertenbefragung, Routinedaten

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2685

Hintergrund

Analog zu den bundesweiten Entwicklungen ist auch in Bayern seit einigen Jahren ein Rückgang an öffentlichen Apotheken zu verzeichnen. Während im Jahr 2009 noch 3.439 öffentliche Apotheken die bayerische Bevölkerung versorgten, waren im Jahr 2023 nur noch 2.786 Apotheken zuständig (BLAK – Bayerische Landesapothekerkammer, 2023). Gleichzeitig steigen bundesweit die Anzahl der Besucher:innen pro Apotheke sowie das Verbrauchsvolumen bezogener Arzneimittel durch die Bevölkerung (Kuhn und Zollikofer, 2022; Schröder et al., 2023).

Laut § 1 Abs. 1 Apothekengesetz (ApoG) verantworten Apotheken „die im öffentlichen Interesse gebotene Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln". Neben der Arzneimittelabgabe gehören unter anderem Beratung und Information der Kund:innen sowie die Zubereitung von Rezepturen zum Aufgabenbereich des Apothekenpersonals (BAK – Bundesapothekerkammer, 2016). Während erwartungsgemäß das Verbrauchsvolumen konsumierter Arzneimittel demografiebedingt weiter ansteigen wird, lässt die Zunahme des Anteils älterer Apotheker:innen (60 Jahre und älter) aufgrund der nahenden Verrentungen dieser angebotsseitig einen weiteren Rückgang erwarten (Schröder et al., 2023; Bundesagentur für Arbeit, 2024).

>> Die Basis der Bedarfsschätzung bilden Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Um den Versorgungsbedarf durch Apotheken hieraus direkt zu schätzen, bedarf es im ersten Schritt einer Approximation des mit den Apothekenleistungen verbundenen Zeitaufwands für das beschäftigte Personal. In diesem Zuge soll die Frage geklärt werden, ob sich die Menge der zulasten der GKV abgegebenen verschreibungspflichtigen Arzneimittel für die Quantifizierung der Apothekenleistungen eignet, ob sich der Zeitaufwand zwischen Abgaben unterscheidet und ob relevante Leistungen durch Heranziehen dieser Kenngröße unberücksichtigt bleiben. Eine Besonderheit stellt die (Mit-)Berücksichtigung des durch die Apotheken zu erbringenden Nacht- und Notdienstes im Rahmen einer Bedarfsschätzung dar.

Um von der geschätzten Menge der abgegebenen Arzneimittel auf die Anzahl benötigter Apothekenangestellter schließen zu können, ist zudem ein Verständnis der Personalstruktur von Apotheken sowie der jeweiligen Zuständigkeiten der einzelnen Berufsgruppen erforderlich.

Des Weiteren stellt sich die Frage, ob Apotheken, die bisher nicht öffentlich zugänglich sind, in der Bedarfsschätzung berücksichtigt werden sollen. So soll beispielsweise die Relevanz der für ambulante Patient:innen unzugänglichen Krankenhausapotheken evaluiert werden (Penter und Augurzky, 2014).

Für eine zusätzliche indirekte Herangehensweise an die Bedarfsschätzung soll eine sogenannte Verhältniszahl beziffert werden, die die Anzahl der Einwohner:innen angibt, die eine Apotheke

bzw. das Apothekenpersonal versorgen kann (G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss, 2023). Neben einer Schätzung der Größe des in Einwohner:innen ausgedrückten Einzugsgebietes wird zudem die Notwendigkeit der Berücksichtigung von möglichen Einflussfaktoren auf eine regionale Differenzierung dieser Verhältniszahl erfragt.

Um die Ansätze der Bedarfsschätzung ganzheitlich zu verfolgen, muss der Zugang zur Gesundheitsversorgung im Allgemeinen betrachtet werden. Dieser wird in der Literatur unterschiedlich definiert (Aday und Andersen, 1974). Neben Verfügbarkeit (Anzahl und Art der Anbietenden) und Organisation (Öffnungszeiten) spielt dabei unter anderem auch die Erreichbarkeit der Einrichtungen eine Rolle (Penchansky und Thomas, 1981). So betrifft auch die Sicherstellung des Zugangs zu Apotheken insbesondere in Flächenstaaten ebenfalls nicht nur das Verhältnis der Einwohner:innen und Apotheken, sondern auch die Wegzeiten bis zur nächstgelegenen Apotheke. Aus diesem Grund stellt sich neben der Frage nach dem Bedarf an Apothekenleistungen basierend auf entsprechenden Indikatoren ergänzend die Frage nach der maximal zumutbaren Erreichbarkeit von Apotheken für die Bevölkerung.

Als Resultat können im Rahmen einer Bedarfsschätzung unter- oder überversorgte Regionen definiert werden. Das Ziel der Analyse wird dabei nicht in einer konkreten Bedarfsplanung liegen. Das Projekt soll sich stattdessen der Frage widmen, welche Maßnahmen bei Feststellung einer Unterversorgung getroffen werden können, um auch in aktuell unterversorgten Regionen eine ordnungsgemäße Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln und sonstigen Apothekenleistungen sicherzustellen.

Methodik

Befragungsdesign

Zur Beantwortung dieser Forschungsfragen wurden im Zeitraum vom 01. Februar bis 19. März 2024 semistrukturierte Interviews mit sieben Expert:innen des Apothekenmarktes geführt. Die Zielgruppe für die Interviews bildeten Akteure der Selbstverwaltung sowie der Leistungserbringenden. Die befragten Expert:innen setzten sich aus Vertreter:innen der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, der AOK Bayern, des Bayerischen Apothekerverbands, der Bayerischen Krankenhausgesellschaft, der Bayerischen Landesapothekerkammer, des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern zusammen. Die Gespräche orientierten sich an einem Interviewleitfaden, auf jeweilige Rückmeldungen der Expert:innen konnte aber situativ eingegangen werden, weshalb ergänzende Nachfragen teilweise voneinander abweichen konnten. Die Dauer der Interviews lag etwa zwischen 40 und 75 Minuten. Die Gespräche erfolgten virtuell und die Tonspur wurde aufgezeichnet.

Auswertung

Die realisierten Interviews wurden in Form einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) mithilfe der Webapplikation QCAmap ausgewertet. Im ersten Schritt wurde das Interviewmaterial verbatim transkribiert und die Transkripte wurden anschließend durch zwei Mitarbeitende des Fachgebiets für Gesundheitsökonomie der Technischen Universität München unabhängig voneinander induktiv kodiert. Unterschiede in den Kodierungen der beiden Mitarbeitenden wurden anschließend mündlich besprochen und finale Codes konsentiert. Die konsentierten Kodierungen wurden anschließend zu Oberkategorien getätigter Aussagen zusammengefasst und für eine weitere Strukturierung des Interviewmaterials erneut übergeordneten Dimensionen zugewiesen. Um die den befragten Expert:innen zugesicherte Anonymität in Bezug auf ihre Aussagen zu wahren, beschränkt sich die Quantifizierung getätigter Aussagen auf die folgende Einteilung: Nennung durch 1–3 Expert:innen: Aussagen einzelner/vereinzelter (Expert:innen); 4–7 Rückmeldungen: Aussagen der Mehrheit (der Expert:innen). Die Darstellung der Ergebnisse der Befragung erfolgt strukturiert nach der jeweiligen Forschungsfrage.

Ergebnisdarstellung

Bewertung der Kenngröße

Die Abgabemenge verschreibungspflichtiger Arzneimittel erachtete die Mehrheit der Expert:innen als sinnvolle Kenngröße für die Quantifizierung von Apothekenleistungen und des mit diesen verbundenen Zeitaufwands für das Apothekenpersonal. Einzelne Expert:innen sprachen sich für alternative Ansätze, beispielsweise über Kundenzahlen anstelle der Abrechnungen, aus, um Leistungen über die Abgabe verschreibungspflichtiger und durch die gesetzliche Krankenversicherung erstattete Arzneimittel und Dienstleistungen hinaus mitberücksichtigen zu können.

Neben der grundsätzlich positiven Bewertung der Kenngröße wurden einige Zusatzleistungen sowie andere Aufwandstreiber durch die Expert:innen genannt, die zusätzlich zur reinen Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel in einer Bedarfsschätzung zu berücksichtigen seien, um die Apothekenleistungen und den damit verbundenen Aufwand adäquat darzustellen. Die Mehrheit der Expert:innen sprach sich dabei dafür aus, die Abgabe von Over-the-Counter-(OTC-)Arzneimitteln zu berücksichtigen, welche einen Teil des Apothekenumsatzes ausmacht, allerdings nicht regelhaft durch die gesetzlichen Krankenkassen erstattet wird und entsprechend nicht in den Routinedaten ersichtlich ist. Einzelne Expert:innen erachteten OTC-Arzneimittel allerdings als nicht versorgungsrelevant und sprachen sich wiederum dagegen aus. Weiterhin empfand die Mehrheit der Expert:innen es als wichtig, den mit der Bearbeitung bei Arzneimittellieferengpässen verbundenen Zeitaufwand zu berücksichtigen. Die Mehrheit der Expert:innen nannte zudem die Herstellung (individueller) Rezepturen, darunter als Sonderfall die Zubereitung von Zytostatika, als zusätzlichen Zeitfaktor für das Apothekenpersonal, welcher adäquat zu berücksichtigen sei. Vereinzelte Expert:innen klassifizierten zudem einzelne Arzneimittel(-gruppen) als besonders bearbeitungsaufwendig, wie beispielsweise Betäubungsmittel, und betonten die Relevanz, auch Zusatzleistungen abseits der reinen Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel, wie z. B. pharmazeutische Dienstleistungen, im Rahmen einer Bedarfsschätzung zu berücksichtigen. Die durch die Expert:innen genannten Zusatzleistungen und Aufwandstreiber sind in Gänze in Tabelle 1 dargestellt.

Insgesamt erachtete die Mehrheit der Expert:innen es als relevant, zwischen Arzneimittelabgaben und weiteren Apothekenleistungen anhand des mit diesen verbundenen Zeit- bzw.

Beratungsaufwands zu differenzieren. Nur Einzelne sahen diese Differenzierung als kritisch an. Die Mehrheit sprach sich dabei für eine Differenzierung von Erst- und Folgeverordnungen von Arzneimitteln aus, da die Erstverordnungen mit einer zeitintensiveren Beratung durch das Apothekenpersonal einhergehen als wiederholte Abgaben. Weiterhin sah die Mehrheit der Expert:innen einen Differenzierungsansatz im zu bedienenden Patientenklientel. Die Morbiditätsstruktur, soziodemografische Merkmale sowie die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung wurden dabei als relevante Differenzierungsmerkmale angesehen, die sich auf die Beratungsintensität und den damit verbundenen Zeitaufwand in Apotheken auswirken würden. Des Weiteren sei die geografische Lage der Apotheke entscheidend für ihr Leistungsspektrum und die mit diesem verbundenen Aufwendungen für das Apothekenpersonal. Weitere durch einzelne Expert:innen vorgeschlagene Differenzierungsansätze sind in Tabelle 1 dargestellt.

Berücksichtigung des Nacht- und Notdienstes

Eine separate Schätzung von Apothekenleistungen, die während des Nacht- und Notdienstes der Apotheken erbracht werden, wurde von der Mehrheit der Expert:innen befürwortet. Als Begründungen für die Relevanz einer separaten Betrachtung der Abgaben

Bewertung der Kenngröße		
Dimension	**Kategorie**	**Quantifizierung**
Bewertung der Kenngröße und Alternativen	Alternativer Ansatz über Kundenzahlen	*Einzelne* Expert:innen
	Sinnvolle Kenngröße	*Mehrheit* der Expert:innen
Differenzierungsansätze	Applikations-/Darreichungsform	*Einzelne* Expert:innen
	Arzneimittelklassifikation (PZN-/ATC-Code)	
	Arzneimittelpreis	
	Keine Differenzierung nach Applikations-/Darreichungsform	
	Keine Differenzierung nach Zeit-/Beratungsaufwand	
	Erst-/Folgeverordnung	*Mehrheit* der Expert:innen
	Morbiditätsstruktur (Sonderfall chronische Erkrankungen)	
	Patientenklientel (z. B. Demografie, Sozioökonomie, Gesundheitskompetenz)	
	Regionalität, Lage	
	Zeit-/Beratungsaufwand (unspezifiziert)	
Zusatzleistungen und andere Aufwandstreiber	Antibiotika	*Einzelne* Expert:innen
	Arzneimitteltherapiesicherheit	
	Betäubungsmittelrezepte	
	Dokumentation, Logistik	
	Hilfsmittelbereich	
	Keine Berücksichtigung OTC-Arzneimittel	
	Kosmetika	
	Kostenerstattung	
	Kühlpflichtige Arzneimittel	
	Liefer-/Botendienst	
	Off-Label-Prüfung	
	Pharmazeutische/zusätzliche Dienstleistungen	
	PKV-Versicherte	
	Rabattverträge	
	Sichtbezug Opioidsubstitution	
	T-/Sonderrezepte	
	Verblisterung	
	Versandhandel	
	(individuelle) Rezepturen (Sonderfall Zytostatika)	*Mehrheit* der Expert:innen
	Lieferengpässe	
	OTC-Arzneimittel	

Tab. 1: *Bewertung der Kenngröße. Legende: Quantifizierung: Nennung durch 1–3 Expert:innen: Einzelne Expert:innen; 4–7 Rückmeldungen: Mehrheit der Expert:innen. Quelle: eigene Darstellung.*

des Nacht- und Notdienstes nannten Einzelne entweder Unterschiede im Leistungsspektrum und Abgabeverhalten der Apotheke oder in der Nachfrage bzw. des Inanspruchnahmeverhaltens der Kund:innen verglichen mit den regulären Öffnungszeiten. Zudem erachteten einzelne Expert:innen regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme des Nacht- und Notdienstes als besonders berücksichtigungswert. Nur Vereinzelte sahen dagegen keine Notwendigkeit einer separaten Betrachtung der Abgaben des Nacht- und Notdienstes.

Personelle Zusammensetzung der Apotheken

Hinsichtlich der personellen Ausstattung der Apotheke gab die Mehrheit der Expert:innen an, dass diese stark reglementiert sei. So müsse beispielsweise zu jeder Zeit ein:e approbierte:r Apotheker:in in der Apotheke anwesend sein. Die Zusammensetzung des weiteren Personals hängt aus Sicht der Mehrheit von einer Vielzahl von Einflussfaktoren ab, so beispielsweise der Größe des Einzugsgebiets und der Frequentierung des Apothekenstandortes. Einzelne Expert:innen nannten zudem die individuelle Spezialisierung der Apotheke, z. B. auf die Herstellung und Abgabe von Rezepturen (Sonderfall Zytostatika), als Einflussfaktor für den jeweiligen Personalbedarf. Personalkosten spielten aus ihrer Sicht bei der Personalkalkulation ebenfalls eine relevante Rolle. Außerdem sei die innerbetriebliche Organisation der Apotheke, darunter auch der Grad der Digitalisierung, ein Treiber für den Personalbedarf. Der Fachkräftemangel in entsprechenden Berufsgruppen innerhalb bestimmter Regionen bzw. die lokale Konkurrenzsituation zwischen potenziellen Arbeitgeber:innen für pharmazeutische Arbeitskräfte spiele dabei ebenfalls eine Rolle in der Stellenbesetzung.

Während sich die Zuständigkeitsprofile des Apothekenpersonals in Teilen gut abgrenzen lassen, sei eine Differenzierung in anderen Bereichen schwierig. So liegt nach Aussagen der Mehrheit der Expert:innen der Zuständigkeitsbereich der pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten (PKA) im Bereich der Abgabe und Beratung freiverkäuflicher Produkte, der Warenwirtschaft sowie weiterer organisatorischer Aufgaben im Backoffice. Sie würden in Bereichen eingesetzt, in denen es anstelle pharmazeutischer Beratung und Abgabe (verschreibungspflichtiger) Arzneimittel ausschließlich kaufmännischer Abwicklung bedarf. Die Differenzierung innerhalb des pharmazeutischen Personals wurde von der Mehrheit der Expert:innen als schwierig empfunden. Zwar trage das approbierte Personal in Apotheken die Verantwortung und werde bei komplizierteren Fällen mit Bedarf an höherer pharmazeutischer Expertise zurate gezogen, allerdings sei das Tagesgeschäft, das hauptsächlich in der Abgabe von Arzneimitteln und Beratung der Kund:innen liegt, schwer von dem ihrer pharmazeutisch-technischen Assistent:innen (PTA) abzugrenzen.

Relevanz weiterer Apothekentypen

Abseits klassischer öffentlicher Apotheken wurde die Relevanz weiterer Apothekentypen für eine Bedarfsschätzung evaluiert. Die Mehrheit der Expert:innen diskutierte dabei den (Nicht-)Einbezug von Apotheken aus dem Krankenhaus- und Pflegeheimbereich. Die Mehrheit sprach sich dabei gegen die Berücksichtigung von Krankenhausapotheken für eine Bedarfsschätzung aus, da sich der Versorgungsauftrag dieser von dem der öffentlichen Apotheken unterscheide und Kund:innen im ambulanten Bereich keinen Zugang zu einer Versorgung durch diese haben. Allerdings dürfen nach Aussagen einzelner Expert:innen Krankenhausapotheken die öffentlichen Apotheken mit Zytostatika-Zubereitungen beliefern und somit in die ambulante Versorgung eingreifen. Krankenhaus- sowie heimversorgende Apotheken sind aus Sicht der Mehrheit der Expert:innen wiederum mit zu berücksichtigen, da es sich bei diesen um reguläre öffentliche Apotheken mit einem zusätzlichen Versorgungsauftrag zur Belieferung von Krankenhäusern bzw. Pflegeheimen handelt. Es sprachen sich jedoch auch jeweils einzelne Expert:innen gegen die Berücksichtigung von Apothekentypen abseits klassischer öffentlicher Apotheken, wie der krankenhaus- sowie heimversorgenden Apotheken und Versandapotheken, aus. Zwar sei eine relative Gleichverteilung dieser wichtig, eine Vermischung im Rahmen einer Bedarfsschätzung allerdings nicht sinnvoll.

Verhältniszahl

Die Frage nach einer Verhältniszahl, also der Anzahl der Einwohner:innen, die eine Apotheke schätzungsweise versorgen kann, erachtete die Mehrheit der befragten Expert:innen als schwierig ad hoc zu beziffern. Einzelne schätzten das in Einwohner:innen ausgedrückte Mindesteinzugsgebiet auf etwa 3.000, vereinzelte Expert:innen erachteten diese Größe allerdings wiederum als Unterschätzung. Die Bezifferung einer solchen Verhältniszahl ist allerdings aus Sicht der Mehrheit der Expert:innen von der Bevölkerungsstruktur abhängig. Aus ihrer Sicht sind dabei demografische Merkmale sowie die Morbiditätsstruktur der Einwohner:innen im jeweiligen Einzugsgebiet Einfluss nehmend. Einzelne erachteten zudem sozioökonomische Merkmale der Bevölkerung als berücksichtigungswert bei der Bestimmung einer Verhältniszahl. Neben bevölkerungsbezogenen Kenngrößen wurden zudem apothekenbezogene Faktoren genannt, die die Größe des Mindesteinzugsgebiets für Apotheken beeinflussen. Die Mehrheit der Expert:innen erachtete die grundsätzliche Infrastruktur sowie weitere lagebedingte Faktoren der Apotheken als relevante Einflussgrößen. So wirke sich beispielsweise die ärztliche Versorgung in unmittelbarer Umgebung der Apotheke auch auf deren Umsatz aus und beeinflusse entsprechend die erforderliche Größe ihres Einzugsgebietes. Zudem spielen aus Sicht Einzelner die Betriebskosten für die Apotheken, wie beispielsweise Mietausgaben, eine Rolle bei der Bestimmung einer Verhältniszahl. Einzelne Expert:innen sprachen sich wiederum gegen eine zu starke Differenzierung/ Gewichtung der zu bestimmenden Verhältniszahl aus.

Maximal zumutbare Erreichbarkeit

Auf die Frage nach der maximal zumutbaren Erreichbarkeit der Apotheken für die Bevölkerung machten jeweils einzelne Expert:innen Zeitangaben zwischen 15 und 30 Minuten zu den regulären Öffnungszeiten oder ohne weitere Spezifizierung und Angaben zwischen 20 und 30 Minuten für die Erreichbarkeit der Apotheken im Nacht- und Notdienst. Allgemein sprach sich die Mehrheit der Expert:innen für eine Differenzierung zwischen der maximal zumutbaren Erreichbarkeit zu regulären Öffnungszeiten und während des Nacht- und Notdienstes der Apotheken aus. Einzelne sahen diese Differenzierung als wenig relevant an. Die zum Zeitpunkt der Befragung geltenden kilometergebundenen Vorgaben für die

Erreichbarkeit notdienstleistender Apotheken wurden aus Sicht einzelner Expert:innen zudem als nicht mehr zeitgerecht erachtet. Die Mehrheit der Expert:innen war außerdem der Auffassung, dass die maximal zumutbare Erreichbarkeit von den jeweiligen regionalen Verhältnissen abhänge und eine pauschale Angabe ohne Differenzierung zwischen beispielsweise städtischem und ländlichem Raum schwer zu treffen sei. Viele Expert:innen bezogen sich dabei allerdings auf Kilometerangaben. Allgemein muss aus Sicht Vereinzelter sichergestellt werden, dass insbesondere im Nacht- und Notdienst die Öffnungszeiten der Apotheken und die entsprechende Finanzierung des dafür notwendigen Apothekenpersonals zur Sicherstellung dieser in einem angemessenen Verhältnis zur Nachfrage durch die Bevölkerung nach Apothekenleistungen stehen.

Maßnahmen zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Versorgung

Hinsichtlich der Frage nach potenziellen Maßnahmen, die bei Feststellung einer Unterversorgung in bestimmten Gebieten ergriffen werden können, erachtete die Mehrheit der Expert:innen finanzielle Anreize für die Niederlassung in unterversorgten, beispielsweise ländlichen Gebieten als sinnvoll. Einzelne sahen zudem einen Anreiz in der Erweiterung des Dienstleistungsportfolios der Apotheker:innen beispielsweise durch Aufhebung bestimmter Arztvorbehalte (z. B. bei Impfungen) in unterversorgten Gebieten als zusätzliche Einnahmequelle für Apotheken und Entlastung für die Ärzteschaft. Andere kritisierten wiederum den Ansatz, immer wieder neue Einnahmequellen für Apotheken zu erschließen, da diese von der Kerntätigkeit der Apotheken ablenken würden und zu interprofessionellen Konflikten führen könnten. Einzelne Expert:innen erachteten zudem eine Flexibilisierung der Öffnungsvoraussetzungen von Apotheken, wie der erforderlichen Mindestfläche und der Öffnungszeiten dieser, als Anreiz für die Niederlassung in einem unterversorgten Gebiet. Auch Kontextfaktoren wie die Sicherstellung einer Kinderbetreuung für Eltern, wurden genannt.

Neben der Schaffung von Anreizen für das Apothekenpersonal, in unterversorgten Gebieten zu arbeiten, sah die Mehrheit der Expert:innen Potenzial in telepharmazeutischen Maßnahmen, wobei einzelne Maßnahmen, wie die Videozuschaltung der Apotheker:innen anstelle der Anwesenheit derer in Präsenz, von Einzelnen auch kritisiert wurde.

Weitere Vorschläge einzelner Expert:innen bezogen sich auf für öffentliche Apotheken entlastende Maßnahmen, die den Zugang zu Arzneimitteln auch in unterversorgten Gebieten sicherstellen sollen. Darunter wurden die Erschließung zusätzlicher Rezeptsammelstellen, Ausweitung von Liefer- und Botendiensten und der Versandhandel diskutiert. Zudem wurde die unmittelbare Versorgung der Bevölkerung (im ambulanten Bereich) durch Krankenhausapotheken in Erwägung gezogen. Eine weitere Idee war, die Anzahl der Filialapotheken, die ein:e Inhaber:in einer Hauptapotheke zusätzlich innehaben darf, zu erhöhen. Auch die zentralisierte Herstellung beispielsweise von Rezepturen anstelle der Anfertigung in jeder öffentlichen Apotheke selbst wurde als potenziell arbeitserleichternd angesehen. Außerdem wurden elektronische Hilfestellungen wie Arzneimittelabgabeautomaten als sinnvolle Ergänzung zur Rezeptbearbeitung durch das Apothekenpersonal erachtet.

Allgemein sei neben der Relevanz, den Mangel an Apothekenpersonal zu beheben, auch die Sicherstellung von ärztlicher Versorgung in unterversorgten Gebieten genannt, da diese aus Sicht einzelner Expert:innen auch einen Nachfragetreiber für Apotheken darstelle.

Diskussion

Die Ergebnisse der Experteninterviews dienen der Operationalisierung einer kleinräumigen Schätzung des Bedarfs für Apothekenleistungen und Apotheken im Rahmen des Projektes „Analyse der Apothekenversorgung in Bayern“ basierend auf GKV-Routinedaten. Die in den Daten enthaltene Anzahl an abgegebenen verschreibungspflichtigen Arzneimittelpackungen soll dabei als Kerntätigkeit der Apotheken die Leistungsmenge dieser quantifizieren. Der Großteil der befragten Expert:innen erachtete die Kenngröße als sinnvollste objektive und datengestützte Annäherung an das Leistungsgeschehen in Apotheken, empfand eine alleinige Betrachtung der Abgabemenge verschreibungspflichtiger Arzneimittel jedoch als unzureichend. Zum einen fehlten aus Sicht der befragten

Literatur

[1] ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (2023): Die Apotheke - Zahlen, Daten, Fakten. In: https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ZDF/ZDF-2023/ABDA_ZDF_2023_Broschuere.pdf (abgerufen am 31.05.2024).
[2] Aday, L./Andersen, R. (1974): A framework for the study of access to medical care. In: Health Services Research, 1974, 9, 3: 208–220.
[3] BAK – Bundesapothekerkammer (2016): Das Berufsbild der Apothekerin und des Apothekers. In: https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Ausbildung_Studium_Beruf/Berufsbild_BAK-MV_16_06_16.pdf (abgerufen am 04.06.2024).
[4] BLAK – Bayerische Landesapothekerkammer (2023): Statistische Daten der bayerischen Apotheken. In: https://www.blak.de/fileadmin/Download_PDF/Ihre_BLAK/Statistische_Daten/Statistische_Daten_2023.pdf (abgerufen am 02.06.2024).
[5] Bundesagentur für Arbeit (2024): Fachkräfteengpassanalyse 2023. In: https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html?nn=27096&topic_f=fachkraefte-engpassanalyse (abgerufen am 09.09.2024).
[6] Deutsches Ärzteblatt (2022): Bayern: Ausbildungsprogramm für Ärzte in ländlichen Regionen verlängert. In: https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/137129/Bayern-Ausbildungsprogramm-fuer-Aerzte-in-laendlichen-Regionen-verlaengert (abgerufen am 20.06.2024).
[7] G-BA - Gemeinsamer Bundesausschuss (2023): Bedarfsplanungs-Richtlinie. In: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3160/BPL-RL_2023-03-16_iK-2023-06-03.pdf (abgerufen am 21.06.2024).
[8] Gensthaler, B. (2023a): IT-System soll Notdienstpläne verschlanken. In: https://www.pharmazeutische-zeitung.de/it-system-soll-notdienstplaene-verschlanken-140804/ (abgerufen am 06.09.2024).
[9] Gensthaler, B. (2023b): Notdienste werden komplett neu geregelt. In: https://www.pharmazeutische-zeitung.de/notdienste-werden-komplett-neu-geregelt-143544/ (abgerufen am 20.06.2024).
[10] Kuhn, J./Zollikofer, S. (2022): Themenfeld 06: Einrichtungen des Gesundheitswesens. 06.21 Apotheken, Bayern im Regionalvergleich. In: https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/themenfeld06/indikator0621.htm (abgerufen am 02.06.2024).
[11] Mayring, P. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim Basel: Beltz Verlag.
[12] Penchansky, R./Thomas, J. (1981): The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. In: Medical care, 1981, 19, 2: 127–140. DOI: 10.1097/00005650-198102000-00001.
[13] Penter, V./Augurzky, B. (2014): Anbieter. In: Gesundheitswesen für Praktiker. System, Akteure, Perspektiven.: 49–153.
[14] Schröder, H./Thürmann, P./Telschow, C./Schröder, M./Busse, R. (Hrsg.) (2023): Arzneimittel-Kompass 2022. Qualität der Arzneimittelversorgung. Berlin: Springer-Verlag.

Expert:innen dabei Apothekenleistungen, die nicht in den Routinedaten der Krankenkassen ersichtlich sind, wie beispielsweise die Abgabe von OTC-Arzneimitteln, zum anderen betonten sie, dass bestimmte abrechenbare Apothekenleistungen, wie beispielsweise die Herstellung und Abgabe von Zytostatika, mit einem erhöhten Bearbeitungsaufwand einhergehen, welcher ebenfalls nicht über die reine Anzahl abgegebener verschreibungspflichtiger Arzneimittel widerspiegelt wird. Diese Besonderheiten des Apothekenmarktes könnten bei einer Bedarfsschätzung insbesondere bei der Umrechnung in relevante Kapazitäten bedeutsam sein und sollten adäquat berücksichtigt werden.

Um ausgehend von der Anzahl geschätzter Verordnungen auf notwendige personelle Ressourcen schließen zu können, ist ein Verständnis der Personalstruktur sowie der Zuständigkeitsbereiche der Berufsgruppen erforderlich. In den Interviews zeigte sich, dass die Aufgabenprofile approbierter Mitarbeitender und PTA, die nach Angabe der Expert:innen primär für die Abgabe von Arzneimitteln sowie die damit verbundene Beratung der Kund:innen verantwortlich sind, schwer zu unterscheiden sind. Zudem unterscheide sich sowohl die personelle Zusammensetzung als auch die Zuständigkeiten stark zwischen verschiedenen Apotheken. Eine nach Berufsgruppen differenzierte Schätzung des erforderlichen Apothekenpersonals basierend auf Bedarfsindikatoren der Bevölkerung scheint dementsprechend nur schwer umsetzbar. Die für die Abgabe und Beratung der Kund:innen verantwortlichen Angestellten (Approbierte und PTA) müssten diesen Angaben folgend gemeinsam bzw. synonym betrachtet werden.

Hinsichtlich der Apothekentypen zusätzlich zur „klassischen" öffentlichen Apotheke lässt sich Aussagen der Expert:innen folgend zwischen zwei Typen unterscheiden: öffentliche Apotheken, die einen zusätzlichen Versorgungsauftrag haben (z. B. zur Versorgung umliegender Krankenhäuser, zur Herstellung und Abgabe von Zytostatika), und Apotheken mit abweichendem Versorgungsauftrag (z. B. Krankenhausapotheken, die nicht für die ambulante Bevölkerung zugänglich sind). Während Apotheken mit zusätzlichem Sonderauftrag basierend auf den Interviewergebnissen im Rahmen der Bedarfsschätzung als öffentliche Apotheken mitberücksichtigt werden sollten, ist noch zu evaluieren, inwiefern Apotheken mit einem abweichenden Versorgungsauftrag adäquat Berücksichtigung finden können.

Eine Verhältniszahl der Einwohner:innen, die eine Apotheke bedienen kann, ist eine weitere Herangehensweise an die Schätzung des Versorgungsbedarfs durch Apotheken in bestimmten Regionen analog zur Herangehensweise der Bedarfsplanung im vertragsärztlichen Bereich (G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss, 2023). Dieses Verhältnis ist aus Sicht der Befragten abhängig von bevölkerungsbezogenen (z. B. der Morbiditätsstruktur) wie auch weiteren apothekenbezogenen (z. B. lagebedingten) Faktoren. Die Auswahl zu berücksichtigender Faktoren bei Ermittlung einer Verhältniszahl sollte allerdings wohlbegründet sein, da eine zu stark differenzierte Verhältniszahl weniger stabil ist und langfristige Strategien erschweren könnte.

Aus den Interviews geht hervor, dass in der Bedarfsschätzung zwischen der regulären Versorgung und dem Nacht- und Notdienst zu differenzieren ist, da sich das Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung stark unterscheide und die Diensteinteilung seitens der Landesapothekerkammern einen von den regulären Dienstzeiten grundlegend abweichenden Charakter habe. Außerdem wurde die aktuelle turnusmäßige Gestaltung des Nacht- und Notdienstes kritisiert. Diese soll in Bayern jedoch Anfang des Jahres 2025 durch eine arrhythmische Verplanung basierend auf Algorithmen ersetzt werden. Dabei ermöglichen entsprechende Parameter unabhängig von aktuell festgelegten Notdienstkreisen durch die Berücksichtigung beispielsweise minimaler und maximaler Entfernung zwischen Apotheken einen Kompromiss zwischen der Anzahl zu leistender Notdienste pro Apothekeninhaber:in und der Erreichbarkeit für die Bürger:innen. Dadurch soll eine Entlastung aktuell häufig notdienstleistender Apotheken ermöglicht werden (Gensthaler, 2023a, 2023b). Die Auswirkungen dieser Neueinführung sollten anschließend erneut evaluiert werden.

Die maximal zumutbare Erreichbarkeit von Apotheken ist aus Sicht der Expert:innen im Rahmen einer Bedarfsschätzung zu berücksichtigen. Zwar wurden Zeitspannen von 15 bis 30 Minuten genannt, die Umsetzbarkeit konkreter Erreichbarkeitsfristen müsse allerdings datenbasiert getestet werden. Zudem sollte sowohl eine regionale Differenzierung als auch eine Unterscheidung zwischen Erreichbarkeiten im Nacht- und Notdienst und der Regelversorgung erfolgen.

Die durch die befragten Expert:innen am häufigsten erwähnten Maßnahmen zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Versorgung in aktuell unterversorgten Gebieten beziehen sich auf finanzielle Anreize für die Niederlassung von approbierten Apotheker:innen in entsprechenden Regionen. Im vertragsärztlichen Bereich in Bayern hat sich eine Förderprämie für Landärztinnen und -ärzte, die die Attraktivität einer Niederlassung in ländlichen Gebieten steigern soll, bereits etabliert und wurde seit ihrer Einführung bis zum Jahr 2022 bereits über 1.000 Mal in Anspruch genommen (Deutsches Ärzteblatt, 2022). Die beabsichtigten Vorteile einer entsprechenden Prämie im Apothekenbereich müssten allerdings gegen potenziell auftretende Mitnahmeeffekte abgewogen werden.

Limitationen dieser Arbeit

Das Panel befragter Expert:innen setzte sich aus Vertreter:innen der Selbstverwaltung und der Leistungserbringenden des Gesundheitswesens zusammen und bildete damit ein heterogenes Sample an Expert:innen des Apothekenmarktes. Allerdings ist die Anzahl durchgeführter Interviews mit sieben Gesprächen gering, was die Generalisierbarkeit der Interviewergebnisse einschränkt. Die durchgeführten Interviews dienen insbesondere als Vorbereitung für eine quantitative Analyse des Versorgungsbedarfs durch Apotheken basierend auf Routinedaten. Sie verfolgen dementsprechend nicht das Ziel, die gesamte Vielfalt der Perspektiven auf dieses Thema vollständig zu erfassen, sondern vielmehr von Expert:innen in diesem Gebiet zu „lernen" und dadurch den Ansatz zur Berechnung des Bedarfs an Apothekenleistungen zu präzisieren.

Fazit

Basierend auf qualitativen Interviews mit sieben Expert:innen des Apothekenmarktes konnten Kenngrößen für eine routinedatenbasierte Schätzung des Bedarfs an Apothekenleistungen in Bayern erörtert

werden. Der Großteil der befragten Expert:innen befürwortete die angestrebte Herangehensweise einer Bedarfsschätzung und konnte diese durch Herausarbeiten weiterer Besonderheiten des Apothekenmarktes schärfen. <<

Supply needs of pharmacies in Bavaria – Operationalization of an estimate and results of an expert survey

Since 2009, Germany has experienced a decline in public pharmacies, prompting the Bavarian State Ministry of Health, Care and Prevention (StMGP) to initiate a project analyzing pharmacy supply in Bavaria, under professional and administrative support from the Bavarian Health and Food Safety Authority (LGL). A subproject focuses on estimating the demand for pharmacies and pharmacy personnel based on routine data from statutory health insurance. To refine the approach by identifying specific characteristics of the pharmacy market, seven semi-structured interviews with representatives of self-regulatory bodies and service providers were conducted and coded inductively.

Most experts considered the number of dispensed prescriptions covered by statutory health insurance a suitable metric for quantifying pharmacy services. However, they recommended also considering additional services, such as over-the-counter medications and other workload drivers like individual formulations or cytostatics. Experts mainly suggested including all public pharmacies, except hospital pharmacies which are inaccessible to ambulatory patients. They described the staffing composition of pharmacies not only as highly individual but also complex to distinguish between the roles of pharmaceutical-technical assistants and licensed pharmacists when it comes to dispensing activity. Experts also emphasized the importance of accessibility for demand estimation, mentioning time spans of up to 30 minutes as the maximum tolerable. Determining a resident-to-pharmacy ratio was seen as challenging and highly dependent on population and pharmacy-related factors. To address potential under-supply identified by demand estimation in certain regions, most experts supported financial incentives.

Most experts endorsed the proposed demand estimation method and provided valuable insights by highlighting specific characteristics of the pharmacy market.

Keywords

Pharmacy, Demand Estimation, Expert Survey, Routine Data

Zitationshinweis

Feldhus, A., Bühler, C., Sundmacher, L.: „Versorgungsbedarf durch Apotheken in Bayern – Operationalisierung einer Schätzung und Ergebnisse einer Expertenbefragung“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF 01/25), S. 61–67. http://doi.org/10.24945/MVF.01.25.1866-0533.2685

Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Andrea Feldhus MA ORCID: 0009-0002-4660-4021

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachgebiet für Gesundheitsökonomie der Technischen Universität München von Frau Prof. Sundmacher. Zuvor studierte sie im Bachelor Betriebswirtschaftslehre an der Ludwig-Maximilians-Universität München sowie im Master Management in der Gesundheitsversorgung an der Hochschule Osnabrück. Kontakt: Andrea.Feldhus@tum.de



Christopher Bühler MSc ORCID: 0009-0007-7363-234X

ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Fachgebiet für Gesundheitsökonomie der Technischen Universität München von Frau Prof. Sundmacher. Zuvor studierte er im Bachelor Betriebswirtschaftslehre und im Master Management an der Universität Mannheim und der ESSEC Business School in Paris.
Kontakt: Christopher.Buehler@tum.de



Prof. Dr. rer. oec. Leonie Sundmacher ORCID: 0000-0001-6057-8363

leitet das Fachgebiet für Gesundheitsökonomie an der TUM School of Medicine and Health 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



Prof. Dr. rer. med. Karel Kostev
Prof. Dr. med. Matthias Kalder

Häufigkeit von sexuell übertragbaren Infektionen in deutschen Facharztpraxen

Eine retrospektive Datenbankanalyse

Zusammenfassung

Ziel dieser Studie ist die Analyse der Häufigkeit von sexuell übertragbaren Krankheiten (STI) in dermatologischen, urologischen und gynäkologischen Praxen in Deutschland. Die Daten hierfür sind der bundesweiten IQVIA-Disease-Analyzer-Datenbank entnommen. In die vorliegende Querschnittsstudie wurden 6.535 Patient:innen im Jahr 2014 und 6.491 Patient:innen im Jahr 2023 mit der gesicherten Diagnose einer sexuell übertragbaren Krankheit in 69 Hautarzt-, 148 Gynäkologen- und 55 Urologenpraxen einbezogen.
Die Zahl der Patient:innen, die in diesen Praxen wegen einer Geschlechtskrankheit behandelt wurden, hat sich zwischen 2014 und 2023 nur minimal verändert. Im Durchschnitt behandelte jede dermatologische Praxis im Jahr 2023 31 Patient:innen mit STI, jede gynäkologische Praxis 21 Patient:innen und jede urologische Praxis 23 Patient:innen. Anogenitalwarzen waren die am häufigsten diagnostizierte Geschlechtskrankheit in allen Fachgebieten, wobei die Prävalenz je nach Fachgebiet variierte. Interessanterweise stieg die Zahl der Patient:innen pro Praxis mit Anogenitalwarzen in dermatologischen und urologischen Praxen zwischen 2014 und 2023 leicht an, während sie in gynäkologischen Praxen zurückging. Das Durchschnittsalter der behandelten Patient:innen ist zwischen 2014 und 2023 angestiegen.

Zusammenfassend unterstreicht diese Studie, dass STI trotz der Impfbemühungen und Aufklärungskampagnen in verschiedenen medizinischen Fachbereichen die Patientenzahlen nahezu gleich bleiben und STI somit weiterhin eine anhaltende und in der älter werdenden Patientenpopulation eine zunehmende Herausforderung darstellt.

Die Ergebnisse erfordern weitere Initiativen im öffentlichen Gesundheitswesen und eine Anpassung des Praxisalltags an die besonderen Bedürfnisse dieser Patientengruppen.

Schlüsselwörter

Sexuell übertragbaren Krankheiten, Anogenitalwarzen, Gynäkologie, Urologie, Dermatologie

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.01.25.1866-0533.2694

Jeden Tag werden weltweit mehr als eine Million sexuell übertragbare Infektionen (STI) diagnostiziert [1]. Für 25% der jährlich weltweit diagnostizierten STI sind Chlamydien, Gonorrhoe, Syphilis und Trichomoniasis verantwortlich. Die Inzidenz bakterieller STI nimmt in der Europäischen Union stetig zu (Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten, 2022). Die Prävalenz von STI bei Männern in Deutschland wurde in den letzten zehn Jahren nur in wenigen Studien untersucht. Bremer et al. berichteten, dass im Jahr 2015 insgesamt 6.834 Syphilis-Infektionen registriert wurden, was einem Anstieg von 149% seit 2009 entspricht. Jacob et al. fanden heraus, dass bei etwa 1,25% der Männer, die zwischen 2013 und 2015 in urologischen Praxen in Deutschland untersucht wurden, mindestens eine STI diagnostiziert wurde (Jacob et al., 2018). Derselbe Autor hat gezeigt, dass die häufigste Infektion in gynäkologischen Praxen Chlamydien waren (Prävalenz: 0,59%) und die seltenste Syphilis (Prävalenz: 0,01%). Es wurden keine Studien veröffentlicht, in denen untersucht wurde, wie viele Personen mit STI in den ärztlichen Praxen diagnostiziert werden. Ziel dieser Studie ist es, die Häufigkeit von sexuell übertragbaren Krankheiten (STI) in dermatologischen, urologischen und gynäkologischen Praxen in Deutschland zu analysieren.

>> Für die vorliegende Studie wurden Daten aus der bundesweiten IQVIA-Disease-Analyzer-Datenbank verwendet. Die in dieser Datenbank enthaltenen demografischen, klinischen und pharmazeutischen Daten wurden aus einer bundesweiten Stichprobe von Allgemein- und Facharztpraxen gewonnen [Rathmann et al., 2018]. Die Qualität der Informationen wird regelmäßig von IQVIA bewertet, und die Repräsentativität der Disease-Analyzer-Datenbank für niedergelassene Ärzt:innen wurde bereits in früheren Arbeiten unterstrichen [Rathmann et al., 2018].

In dieser Studie wurden Patient:innen aus 69 Hautarzt-, 148 Gynäkologen- und 55 Urologenpraxen in den Jahren 2014 und 2023 untersucht. Es wurden nur Praxen mit kontinuierlicher Datenerfassung von 2014 bis 2023 eingeschlossen. Das Outcome der Studie ist die Anzahl der Personen, bei denen 2014 und 2023 mindestens eine STI (ICD-10: A54-A64) diagnostiziert wurde. Als STI wurden Infektionen mit Chlamydien (ICD-10: A55, A56), Gonokokken (A54), Anogenitalwarzen (A63.0), anogenitaler Herpes (A60), Trichomoniasis (A59), Ulcus molle (A57), Syphilis (A50-A53) und zusätzlich der ICD-Code für andere, nicht definierte Infektionen (A64) eingeschlossen.

Bei der Studie handelt es sich um eine deskriptive Arbeit ohne statistische Analysen.

Ergebnisse

In die vorliegende Querschnittsstudie wurden 6.535 Patient:innen im Jahr 2014 und 6.491 Patient:innen im Jahr 2023 mit der gesicherten Diagnose einer STI in 69 Hautarzt-, 148 Gynäkologen- und 55 Urologenpraxen einbezogen. Im Jahr 2023 behandelte jede Hautarztpraxis im Durchschnitt 31 Patient:innen, eine Frauenarztpraxis 21 Patientinnen und eine Urologenpraxis 23 Patient:innen mit einer STI. Die Zahl der Patient:innen pro Praxis hat sich im Jahr 2023 im Vergleich zu 2014 nicht wesentlich verändert (Abb. 1).

Die häufigste sexuell übertragbare Krankheit ist im Jahr 2023 die Anogenitalwarze, die bei 75,3% aller Patient:innen verglichen mit allen STI in dermatologischen Praxen gefunden wurde. Gefolgt davon diagnostizieren diese STI 54,7% urologische Praxen und 31,8% gynäkologische Praxen. Die Anzahl der Patient:innen pro Praxis mit dieser Diagnose stieg in dermatologischen Praxen von 22 im Jahr 2014 auf 23 im Jahr 2023, in urologischen Praxen waren es um die 12 geblieben, während sie in gynäkologischen Praxen

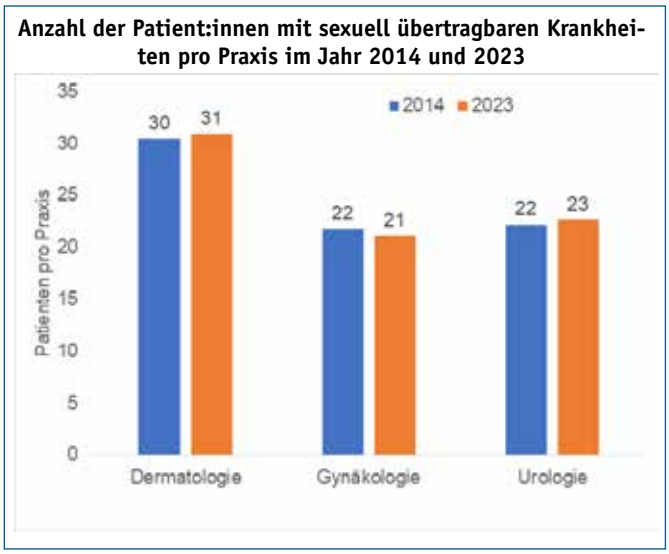


Abb. 1: *Anzahl der Patient:innen mit sexuell übertragbaren Krankheiten pro Praxis im Jahr 2014 und 2023. Quelle: eigene Darstellung.*

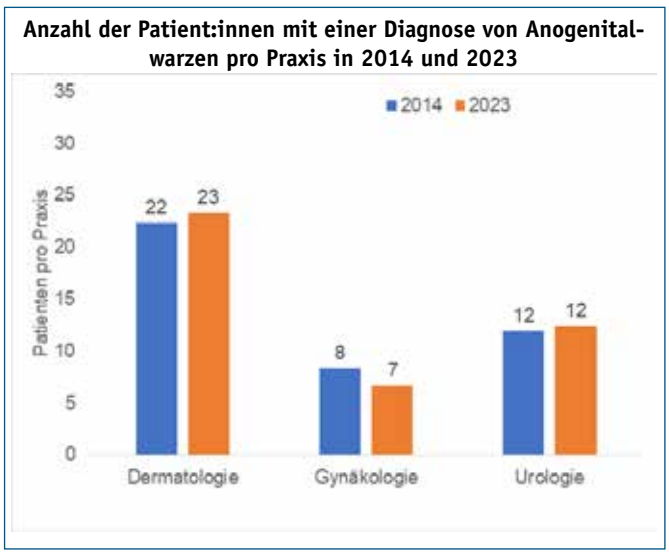


Abb. 2: *Anzahl der Patient;innen mit einer Diagnose von Anogenitalwarzen pro Praxis in 2014 und 2023. Quelle: eigene Darstellung.*

von 8 auf 7 sank (Abb. 2).

Ein weiteres Ergebnis der Studie ist ein Anstieg des durchschnittlichen Patientenalters. In dermatologischen Praxen stieg das Alter von 40,3 auf 44,3 Jahre, in gynäkologischen Praxen von 34,8 auf 37,6 Jahre und in urologischen Praxen von 35,2 auf 38,6 Jahre (Abb. 3).

Diskussion

Die Zahl der Patient:innen, die in dermatologischen, gynäkologischen und urologischen Praxen wegen Geschlechtskrankheiten behandelt wurden, hat sich zwischen 2014 und 2023 nur minimal verändert. Im Durchschnitt behandelte jede dermatologische Praxis im Jahr 2023 310 Patient:innen mit STI, jede gynäkologische Praxis 21 Patientinnen und jede urologische Praxis 23 Patienten.

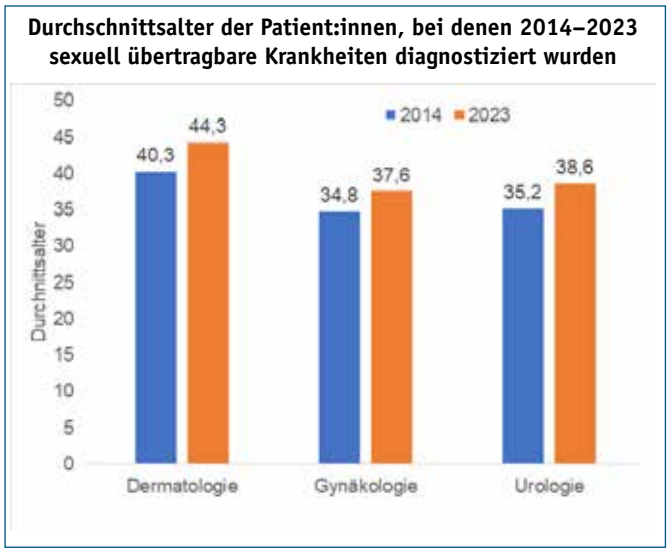


Abb. 3: Durchschnittsalter der Patient:innen, bei denen 2014–2023 sexuell übertragbare Krankheiten diagnostiziert wurden. *Quelle: eigene Darstellung.*

Die Konstanz der Patientenzahlen im Zeitverlauf deutet darauf hin, dass der Bedarf nach Gesundheitsleistungen im Zusammenhang mit Geschlechtskrankheiten in diesen Fachgebieten weiterhin hoch ist.

Dieser doch hohe Bedarf spiegelt die anhaltenden Herausforderungen der Verringerung der STI-Inzidenz im Zusammenhang mit der STI-Prävention, -Screening und -Behandlung wider. Das Fortbestehen dieser Fallzahlen unterstreicht die Notwendigkeit anhaltender und möglicherweise zu verstärkender Maßnahmen im Bereich des öffentlichen Gesundheitssystems.

Anogenitalwarzen waren die am häufigsten diagnostizierte Geschlechtskrankheit in allen Fachgebieten, wobei die Prävalenz je nach Fachgebiet variierte. Interessanterweise stieg die Zahl der Patient:innen pro Praxis mit Anogenitalwarzen in dermatologischen und urologischen Praxen zwischen 2014 und 2023 geringfügig an, während sie in gynäkologischen Praxen leicht zurückging. Der Anstieg in dermatologischen und urologischen Praxen könnte allgemeinere epidemiologische Trends widerspiegeln, wie z. B. steigende Infektionsraten mit humanen Papillomaviren (HPV) in Bevölkerungsgruppen, die häufig von diesen Spezialist:innen behandelt werden. Der Rückgang in den gynäkologischen Praxen kann jedoch auf mehrere Faktoren zurückgeführt werden, unter anderem auf den Erfolg der HPV-Impfprogramme, die genau auf das Virus abzielen, das für die meisten Fälle von Anogenitalwarzen verantwortlich ist. Osmani et al. untersuchten die HPV-Impfraten von 2008 bis 2018 und die Auswirkungen der HPV-Impfung auf Anogenitalwarzen und präkanzeröse Läsionen bei jungen Frauen in Bayern und zeigten einen vielversprechenden Rückgang von Anogenitalwarzen und präkanzerösen Läsionen bei geimpften jungen Frauen (Osmani et al, 2022).

Ein bemerkenswertes Ergebnis dieser Studie ist der Anstieg des Durchschnittsalters bei Patient:innen, in allen drei Fachgebieten zwischen 2014 und 2023 aufgrund einer STI in Behandlung waren. Diese Verschiebung hin zu älteren Patientengruppen könnte mehrere Erklärungen haben. Erstens könnte das zunehmende Alter ein Zeichen für eine höhere Lebenserwartung und Lebensqua-

lität in der älteren Bevölkerung sein, was eine Fortsetzung der sexuellen Aktivität bis ins hohe Alter ermöglicht. Darüber hinaus könnten diese Ergebnisse darauf hindeuten, dass das Bewusstsein für Geschlechtskrankheiten und deren Diagnose bei älteren Menschen zunimmt, die in der Vergangenheit in den Statistiken über Geschlechtskrankheiten unterrepräsentiert waren, weil sie seltener getestet wurden oder aufgrund der Stigmatisierung den Untersuchungen fernblieben. Dieser Anstieg des Alters hat wichtige Auswirkungen für den klinischen Alltag.

Ältere Patient:innen weisen möglicherweise komplexere Begleiterkrankungen auf, die die Behandlung von STI erschweren können. Außerdem benötigen sie möglicherweise andere Aufklärungs-, Präventions- und Behandlungsansätze als jüngere Bevölkerungsgruppen. Folglich werden Gesundheitsdienstleister sich auf diese veränderte Situation einstellen müssen, um den besonderen Bedürfnissen einer älter werdenden Patientenpopulation gerecht zu werden und gleichzeitig die Risiken einer STI-Übertragung in dieser Patientengruppe zu berücksichtigen.

Die Ergebnisse dieser Studie unterstreichen, wie wichtig es ist, bei der Behandlung von STI in dermatologischen, gynäkologischen und urologischen Praxen weiterhin wachsam zu sein. Trotz öffentlicher Gesundheitskampagnen und der Verfügbarkeit von Präventivmaßnahmen und einem wirksamen HPV-Impfstoff macht die Persistenz von STI wie z. B. die Anogenitalwarzen deutlich, dass weiterhin kontinuierliche Anstrengungen im Gesundheitswesen erforderlich sind. Hier gilt es, die Aufklärung zu sicheren Sexualpraktiken, die Verbesserung der Durchimpfungsrate und die regelmäßigen Früherkennungsuntersuchungen zu fördern.

Zusammenfassend unterstreicht diese Studie, dass STI trotz der Impfbemühungen und Aufklärungskampagnen in verschiedenen medizinischen Fachbereichen die Patientenzahlen nahezu gleich bleiben und STI somit weiterhin eine anhaltende und in der älter werdenden Patientenpopulation eine zunehmende Herausforderung darstellt. Die Ergebnisse erfordern weitere Initiativen im öffentlichen Gesundheitswesen und eine Anpassung des Praxisalltags an die besonderen Bedürfnisse dieser Patientengruppen. <<

Literatur

Bremer V, Dudareva-Vizule S, Buder S, An der Heiden M, Jansen K. Sexuell übertragbare Infektionen in Deutschland: die aktuelle epidemiologische Lage [Sexually transmitted infections in Germany: The current epidemiological situation]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2017 Sep;60(9):948-957

European Centre for Disease Prevention and Control. HIV and AIDS. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2016. ECDC 2018. (2022). Available online at: https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER_for_2016-HIV-AIDS.pdf

Jacob L, Böhler F, Kalder M, Kostev K. Prevalence and treatment of sexually transmitted diseases in gynecological practices in Germany: A retrospective study with more than 1,000,000 patients. Int J Clin Pharmacol Ther. 2018 May;56(5):212-216. doi: 10.5414/CP203173

Jacob L, Duse DA, Kostev K. Prevalence and treatment of sexually transmitted infections in men followed by urologists in Germany - a cross sectional study with 347,090 men. Ger Med Sci. 2018 Aug 13;16:Doc03. doi: 10.3205/000265

Osmani V, Fett S, Tauscher M, Donnachie E, Schneider A, Klug SJ. HPV vaccination leads to decrease of anogenital warts and precancerous lesions of the cervix uteri in young women with low vaccination rates: a retrospective cohort analysis. BMC Cancer. 2022 Dec 9;22(1):1293. doi: 10.1186/s12885-022-10214-1

Rathmann W, Bongaerts B, Carius HJ, Kruppert S, Kostev K. Basic characteristics and representativeness of the German Disease Analyzer database. Int J Clin Pharmacol Ther. 2018 Oct;56(10):459-466. doi: 10.5414/CP203320

World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs). 2022. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)

Frequency of sexually transmitted diseases in dermatological, gynecological, and urological practices in Germany: a retrospective database analysis

The aim of this study is to analyze the incidence of sexually transmitted infections (STI) in dermatological, urological, and gynecological practices in Germany. Data from the nationwide IQVIA Disease Analyzer database was used for this study. This cross-sectional study included 6,535 patients in 2014 and 6,491 patients in 2023 with an insured diagnosis of a sexually transmitted disease in 69 dermatology, 148 gynecology and 55 urology practices. The number of patients treated for sexually transmitted diseases in these practices changed only minimally between 2014 and 2023. On average, each dermatology practice treated 31 patients with STIs in 2023, each gynecology practice treated 21 patients and each urology practice treated 23 patients. Anogenital warts were the most commonly diagnosed STI in all specialties, with prevalence varying by specialty. Interestingly, the number of patients per practice with anogenital warts increased slightly in dermatology and urology practices between 2014 and 2023, while it decreased in gynecology practices. The average age of patients treated for STDs increased between 2014 and 2023 In summary, this study highlights that despite vaccination efforts and awareness campaigns in various medical specialties, STI patient numbers remain almost the same and thus STI continues to be a persistent and increasing challenge in the ageing patient population. The findings call for further initiatives in the public health sector and an adjustment of everyday practice to the special needs of these patient groups. .

Keywords

sexually transmitted infection, anogenital warts, gynecology, urology, dermatology

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Kostev, K., Kalder, M.: „Häufigkeit von sexuell übertragbaren Infektionen in dermatologischen, gynäkologischen und urologischen Praxen in Deutschland: Eine retrospektive Datenbankanalyse“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF 01/25), S. 68–71. http://doi.org/10.24945/MVF.01.25.1866-0533.2694

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



Prof. Dr. med. Matthias Kalder ORCID: 0000-0002-1710-8451

ist stellvertretender Direktor der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Universitätsklinikum Gießen und Marburg – Standort Marburg. Er hat Humanmedizin studiert und ist in Klinik, Forschung und Lehre an der Philipps-Universität Marburg engagiert. Einer seiner Arbeitsschwerpunkte ist die Versorgungsforschung im Bereich der Frauenheilkunde.
Kontakt: Kalder@med.uni-marburg.de



Priv.-Doz Dr. med. Jürgen Rech
Prof. Dr. med. Diamant Thaçi*

Entzündungsmedizin: Optimierte intersektorale Zusammenarbeit als ein Schlüsselfaktor

Zusammenfassung

Die Versorgungslandschaft von Patienten mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen in Deutschland erscheint, auch was die intersektorale Versorgung angeht, sehr heterogen. Starke Unterschiede in der interdisziplinären Zusammenarbeit bestehen vor allem hinsichtlich deren Struktur und Organisation. Einheitliche Standards und verbindliche Qualitätskriterien, wie sie von und für die Entzündungszentren gefordert werden, fehlen auch im niedergelassenen Bereich. In Einzelinterviews und Webkonferenzen mit Fachärzten aus Entzündungszentren sowie niedergelassenen Fachärzten aus den Bereichen Dermatologie, Rheumatologie und Gastroenterologie wurden Empfehlungen erarbeitet, wie die intersektorale Zusammenarbeit optimiert werden könnte. Die Ergebnisse bestätigen insbesondere die Erfahrung, dass ein unkomplizierter Austausch zwischen den in Entzündungszentren und in der Niederlassung tätigen Fachärzten essenziell ist. Ein fester Ansprechpartner in den Entzündungszentren sowie einheitliche Zugangswege standen eindeutig an Platz 1 der Handlungsempfehlungen.

Schlüsselwörter

Chronisch-entzündliche Erkrankungen, Entzündungszentren, Zusammenarbeit, intersektoral, Versorgungsforschung

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.01.25.1866-0533.2695

Chronisch-entzündliche Erkrankungen, wie z. B. Psoriasis (PSO), Psoriasis Arthritis (PsA), rheumatoide Arthritis (RA), Spondylitis Ankylosans (SpA), Morbus Crohn (MC), Colitis ulcerosa (CU) und Kollagenosen, werden anhand ihrer primären Organmanifestationen klassifiziert und zunächst den darauf spezialisierten Fachdisziplinen zugeordnet. In der Regel handelt es sich jedoch um Systemerkrankungen, die sich häufig nicht nur auf ein Organsystem begrenzen (vgl. Abb. 1), mit überlappendem polygenetischem Hintergrund und insbesondere sehr ähnlicher Pathophysiologie (1–3). Sich überschneidende Krankheitsmanifestationen und assoziierte Komorbiditäten mit ähnlichen Risikoprofilen sind häufig und erfordern ein interdisziplinäres Vorgehen (4–10). Zudem treten häufig Begleiterkrankungen auf, etwa ein metabolisches Syndrom bei Patienten mit Psoriasis (11). Je nachdem, welche und wie viele chronisch-entzündlichen Erkrankungen vorliegen, welchen Schweregrad sie haben und mit welchen Begleiterkrankungen sie einhergehen, kann die Lebensqualität Betroffener erheblich eingeschränkt und die Mortalität erhöht sein (12, 13). Daher ist insbesondere in komplexen Fällen eine funktionierende interdisziplinäre Zusammenarbeit von immenser Relevanz. Um die Versorgung von Patienten mit komplexen chronisch-entzündlichen Erkrankungen flächendeckend zu verbessern, haben 8 Entzündungszentren aus ganz Deutschland mit Unterstützung von Johnson & Johnson die Inflammation Center Initiative (ICI) gegründet. Inzwischen gehören ihr Dermatologen, Gastroenterologen und Rheumatologen von 12 Entzündungszentren an (vgl. Abb. 2, Stand Oktober 2023).

>> Eine Reihe von wissenschaftlichen Aktivitäten erfolgte, um den Stand und die Entwicklungsperspektiven einer interdisziplinären Entzündungsmedizin zu charakterisieren.

Status quo Untersuchungen, wie Patienten mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen bislang versorgt worden sind

In Zusammenarbeit mit der IGES Institut GmbH, Berlin, wurden strukturierte Interviews mit Dermatologen, Gastroenterologen und Rheumatologen der beteiligten Entzündungszentren durchgeführt sowie von der Healthcare Consulting GmbH (HGC), Düsseldorf, eine umfangreiche Analyse von Krankenkassendaten vorgenommen. Dabei handelt es sich um eine Querschnittsanalyse (Auswertung von Real-World-Daten zur ambulanten medizinischen Versorgungssituation von knapp 4 Millionen gesetzlich Versicherten) und eine Längsschnittanalyse zum Krankheits- und Therapieverlauf auf Basis der Real-World-Daten über 4 Jahre (Tab. 1) (14–16).

Interdisziplinäre Zusammenarbeit in Entzündungszentren

Gemeinsam mit den Dermatologen, Gastroenterologen und Rheumatologen aus den 12 Entzündungszentren, die an der Initiative beteiligt sind, wurde zudem herausgearbeitet, wie die Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachdisziplinen bei der Versorgung von Patienten mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen weiter verbessert und erweitert werden kann, einschließlich der Diagnostik und der Therapiesteuerung chronisch-entzündlicher Folgeerkrankungen. Dabei wurde ein Konsens herbeigeführt, wie ein „ideales Entzündungszentrum" aussehen könnte und welche einheitlichen Qualitätskriterien dafür sinnvoll wären (vgl. Tab. 2) (17).

Die erhobenen Daten bestätigen nach Ansicht der Autoren die klinische Beobachtung, dass Patienten mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen zum Teil unterversorgt sind und nicht immer leitlinienkonform behandelt werden (14–16). Der Grund dafür dürfte hauptsächlich in einer noch nicht ausreichenden interdisziplinären Betreuung dieser Patienten liegen.

Intersektorale Zusammenarbeit

Hier stand die Frage im Fokus, wie die Zusammenarbeit zwischen Entzündungszentren und den niedergelassenen und anderen Fachärzten optimiert werden kann. Im Folgenden werden die diesbe-

**Stellvertretend für die Autorengruppe: Dr. med. Konstantin Ertner / Prof. Dr. med. Stefan Beissert / Dr. med. Urs Hartmann / Dr. med. Johannes von Keller / Prof. Dr. med. Gabriela Riemekasten / Prof. Dr. med. Knut Schäkel / Prof. Dr. med. Stefan Schreiber / Dr. med. Renate Schmelz / Prof. Dr. med. Nils Venhoff*

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde in dem Beitrag auf das Gendern verzichtet und immer nur die männliche Form gewählt. Wir weisen darauf hin, dass hiermit ausdrücklich alle Geschlechter gemeint sind.

 This article was published under the license CC BY 4.0 and can be used

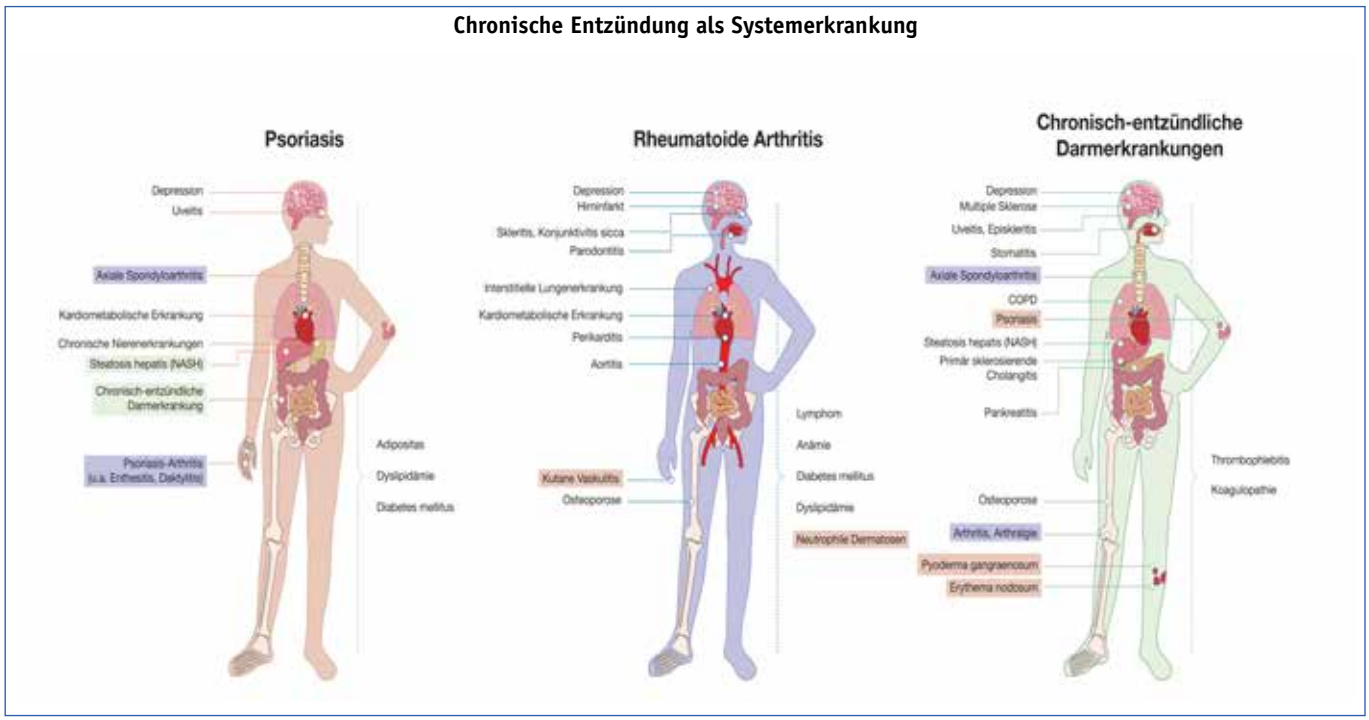


Abb. 1: *Beispielhafte Auflistung häufiger und wichtiger Komorbiditäten sowie assoziierter Systemmanifestationen bei drei chronisch-entzündlichen Erkrankungen (4–10). Erkrankungen der jeweils anderen Fachgebiete (Dermatologie, Rheumatologie, Gastroenterologie) sind farbig markiert. Legende: NASH = Nicht-alkoholische Steatohepatitis.*

züglichen Ergebnisse und erarbeiteten Empfehlungen vorgestellt.

Methodik

Die Empfehlungen zur Optimierung der intersektoralen Zusammenarbeit wurden in 5 Schritten (Einzelinterviews sowie in 4 Webkonferenzen mit jeweils 20 bis 40 Teilnehmenden) erarbeitet:

1: Vom IGES Institut GmbH, Berlin, durchgeführte Interviews mit niedergelassenen Fachärzten zum Status quo der intersektoralen Zusammenarbeit und Verbesserungsvorschlägen.
2: Vorstellen des Projekts und der in Schritt 1 erhobenen Ergebnisse an Fachärzte aus Entzündungszentren. Diskussion dieser Ergebnisse sowie Zusammenstellung erster Empfehlungen in Bezug auf folgende Punkte: Was muss bei der Zuweisung ins Zentrum sowie bei der Rücküberweisung an die/den Erstbehandelnden optimiert werden? Wie kann der intersektorale Austausch besser gestaltet werden?
3: Vorstellen des Projekts und der Ergebnisse an niedergelassene Fachärzte. Ausarbeitung der von den Fachärzten der Entzündungszentren in Schritt 2 erarbeiteten Empfehlungen.
4: Gemeinsame Formulierung konkreter Empfehlungen von Fachärzten aus den Entzündungszentren und niedergelassenen Fachärzten.
5: Onlinebefragung (Microsoft Forms) von Fachärzten aus Entzündungszentren und niedergelassenen Fachärzten zur Gewichtung der in Schritt 4 ausgearbeiteten Empfehlungen/Anforderungen an die intersektorale Zusammenarbeit.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Schritte 4 und 5 zusammengefasst und diskutiert.

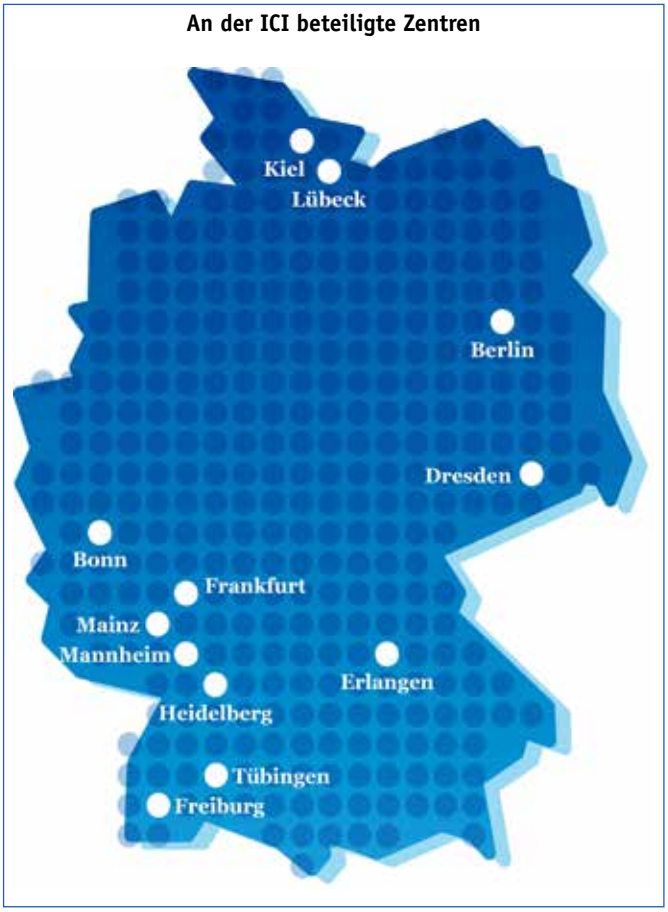


Abb. 2: *An der ICI sind inzwischen Dermatologen, Gastroenterologen und Rheumatologen aus 12 Entzündungszentren beteiligt.*

Ergebnisse

Ausarbeiten konkreter Empfehlungen von Fachärzten aus den Entzündungszentren und den beratend beteiligten niedergelassenen Fachärzten

Die konkreten Empfehlungen wurden unter Berücksichtigung der jeweils als besonders relevant erachteten Aspekte in folgende 5 Untergruppen unterteilt:

1. Optimierte Kommunikationsorganisation

- Feste Ansprechpartner in Entzündungszentren
- Erreichbarkeit der Niedergelassenen
- Einheitliche Zugangswege, sowohl intra- als auch intersektoral
- Jour fixe / Versand von Links und Einladungen zu Entzündungsboards
- Etablierte Spezialsprechstunde zwischen den Entzündungsboards für akute Fälle der einzelnen Fachdisziplinen | schnelle Kontaktmöglichkeiten

2. Optimierte Kommunikationsinhalte

- Klare Definitionen von Zugangs- und Rücküberweisungskriterien
- Transparentere und großflächigere Kommunikation des Entzündungsboards über gängige Kanäle (Mail/Telefon/Brief)
- Informations- und Fortbildungsveranstaltungen, Qualitätszirkel (CME)
- Erstantrag bei Off-Label-Therapie von den Entzündungszentren, Folgeanträge in Praxen

Querschnittsanalyse
Prävalenz chronisch-entzündlicher Erkrankungen
Vorliegen mindestens einer weiteren zusätzlichen chronisch-entzündlichen Erkrankung
Krankenhausaufnahmen im Vergleich zur Referenzpopulation
Konsultation eines Facharztes im Vergleich zur Referenzpopulation
Kombinationen chronisch-entzündlicher Erkrankungen
Auftreten weiterer Begleiterkrankungen
Längsschnittanalyse
Verlauf chronisch-entzündlicher Erkrankungen nach der initialen Diagnose
Einfluss des Krankheitsverlaufs auf das weitere therapeutische Vorgehen

Tab. 1: *Fokus der Krankenkassendatenanalysen (14–16)*

- *Breite interdisziplinäre Expertise in der Behandlung komplexer chronisch-entzündlicher Systemerkrankungen, einschließlich sehr seltener Krankheitsbilder.*
- *Mehrjährige Erfahrung belegt durch die entsprechend dokumentierten Zahlen interdisziplinär behandelter Patienten.*
- *Durchführung interdisziplinärer Besprechungen und deren Dokumentation. SOPs (standard operating procedures), die für alle sichtbar niedergelegt sind.*
- *Dokumentierte Erfahrung und verfügbare Ressourcen für eine wissenschaftliche Auswertung der Arbeit im Entzündungszentrum sowie aktive Teilnahme an multizentrischen / interdisziplinären, klinischen Studien, um innovative Therapien früh zugänglich zu machen.*
- *Regelmäßige gemeinsame Veranstaltungen des Entzündungszentrums sowohl für interne als auch für externe Zuweiser und Kooperationspartner.*
- *Sektorenübergreifende ambulante und stationäre Betreuung.*

Tab. 2: *Qualitätskriterien für Entzündungszentren (17)*

3. Materialien

- Fragebögen/Checklisten
- Übermittlung eines „Vordrucks" an Entzündungszentren (inkl. Angabe Kontakt für Rückruf/-frage)
- Zuverlässige Abschlussbriefe der Spezialambulanzen oder Beschluss aus Entzündungsboard (mind. 1x pro Quartal)
- Patient sollte Kurzarztbrief und benötigte Informationen zum Austausch mitbringen

4. Digitale Lösungen

- DSGVO-konforme Onlineplattform zur Terminfindung und zum Austausch zwischen Entzündungszentren und Niedergelassenen

5. Optimierung der Versorgungsstruktur

- Digitale Krankenakte
- Case Manager (Koordinator)

Ergebnisse der Onlinebefragung

- Die Gewichtung der oben aufgeführten Punkte in der Onlinebefragung ergab, dass eine Optimierung der Kommunikationsorganisation mit Abstand als wichtigster Punkt erachtet wird.

Eindeutig am wichtigsten waren für die Befragten:

- Feste Ansprechpartner in den Entzündungszentren (23) sowie
- das Schaffen einheitlicher Zugangswege (20).

An zweiter Stelle folgten die Punkte:

- Klare Definitionen von Zugangs- und Rücküberweisungskriterien (14)
- Spezialsprechstunde zwischen den Entzündungsboards für akute Fälle | schnelle Kontaktmöglichkeiten (13)
- Erstantrag für Off-Label-Therapie von den Entzündungszentren, Folgeanträge in den Praxen (13)

Platz drei nahmen folgende Aspekte ein:

- Informations- und Fortbildungsveranstaltungen, Qualitätszirkel (CME) (12)
- DSGVO-konforme Onlineplattform zur Terminfindung und zum Austausch zwischen Entzündungszentren und Niedergelassenen (12)
- Zuverlässige Abschlussbriefe der Spezialambulanzen oder Beschluss aus Entzündungsboard (mind. 1x pro Quartal) (11)
- Case Manager (Koordinator) (11)
- Kurzarztbrief / benötigte Informationen bei der Vorstellung des Patienten (10)

5- bis 6-mal unter den wichtigsten Aspekten wurde eine gute Erreichbarkeit der Niedergelassenen (6x), die transparentere und großflächigere Kommunikation der Entzündungsboards über klassische Kanäle (5x), die Übermittlung eines „Vordrucks" an Entzündungszentren (5x) sowie die digitale Krankenakte (5x) aufgeführt. Mit jeweils nur 3 Nennungen bildeten Jour fixe zu Zeiten, die für beide Seiten passen, der vermehrte Versand von Links und Einladungen zu Entzündungsboards an die Niedergelassenen sowie der Punkt Fragebögen/Checklisten das Schlusslicht.

Die einzelnen Ergebnisse sind in Abbildung 3 bis 5 zusammengestellt (Gesamtübersicht der Nennungen, prozentuale Übersicht



Abb. 3: *Die am häufigsten aufgeführten Handlungsempfehlungen der Teilnehmenden (Onlinebefragung). Möglich waren pro Teilnehmendem 5 Nennungen. Zur besseren Lesbarkeit wurden die Empfehlungen stichpunktartig aufgegriffen.*

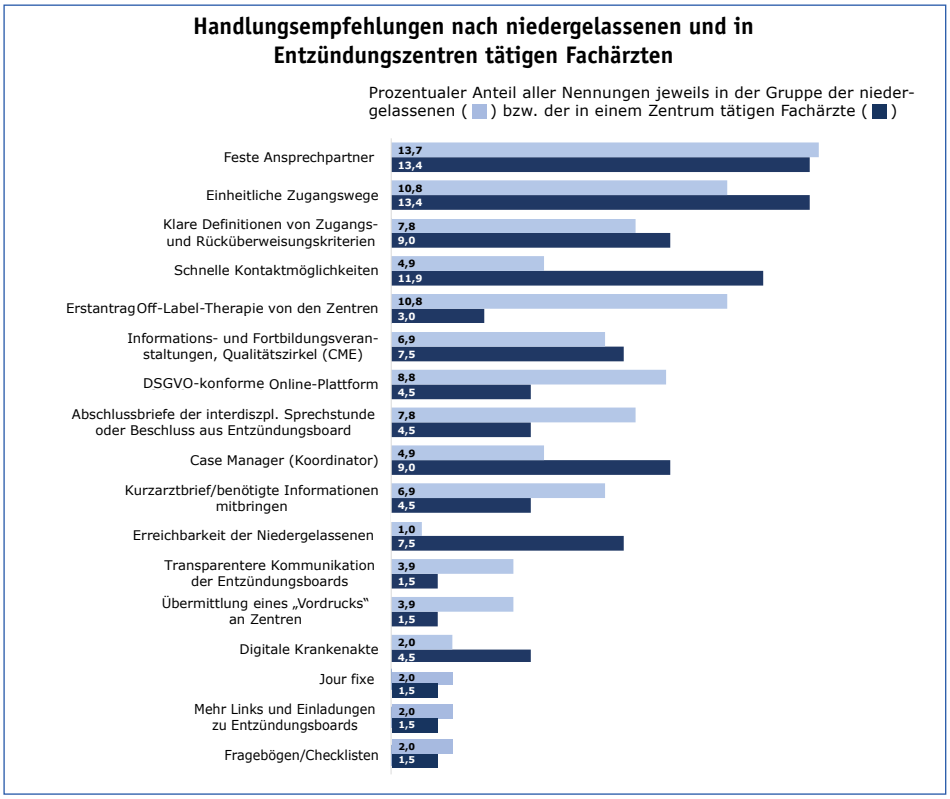


Abb. 4: Die Abbildung zeigt auf, welchen Anteil die jeweilige Handlungsempfehlung bezogen auf die Gesamtheit aller Nennungen der niedergelassen bzw. der in einem Zentrum tätigen Fachärzte hatte. Zur besseren Übersicht sind die Handlungsempfehlungen analog zu Abb. 3 angeordnet und die Empfehlungen stichpunktartig aufgegriffen.

der Nennungen von niedergelassenen im Vergleich zu in Entzündungszentren tätigen Fachärzten sowie prozentuale Auswertung nach Fachdisziplinen. Angegeben wurde jeweils nur die Anzahl der Ärzte, die diesen Punkt unter den ersten 5 angegeben haben.). Auf die sich hier zeigenden unterschiedlichen Einschätzungen wird in der Diskussion genauer eingegangen.

Diskussion

Die Versorgungslandschaft von Patienten mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen in Deutschland, auch was die intersektorale Versorgung angeht, erscheint sehr heterogen. Besonders hinsichtlich Struktur und Organisation gibt es starke Unterschiede in der interdisziplinären Zusammenarbeit. Zudem hängt insbesondere im niedergelassenen Bereich die Situation sehr stark von der Region, der individuellen Vernetzung sowie der Vorerfahrung/Spezialisierung der niedergelassenen Kollegen ab. Einheitliche Standards und verbindliche Qualitätskriterien, wie sie von und für die Entzündungszentren gefordert werden, fehlen auch im niedergelassenen Bereich.

Übergeordnetes Ziel des Projekts ist die Erarbeitung von Empfehlungen zur Schnittstelle zwischen niedergelassenen Fachärzten und Entzündungszentren. Die vorgestellte Befragung, auch wenn es sich um eine Stichprobe handelt, die keinen Anspruch auf Repräsentanz erhebt, erlaubt wichtige Einblicke, welche Faktoren für eine optimierte intersektorale Versorgung von Patienten mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen von besonderer Bedeutung sind. Hervorgehoben werden kann, dass sich die Situation weitgehend mit den von den Entzündungszentren geschilderten Erfahrungen und den in den Krankenkassendatenanalysen erhobenen Daten deckt.

Die Daten bestätigen insbesondere die Erfahrung, dass ein unkomplizierter Austausch zwischen Entzündungszentren und den Fachärzten in der Niederlassung essenziell ist. Ein fester Ansprechpartner in den Entzündungszentren sowie einheitliche

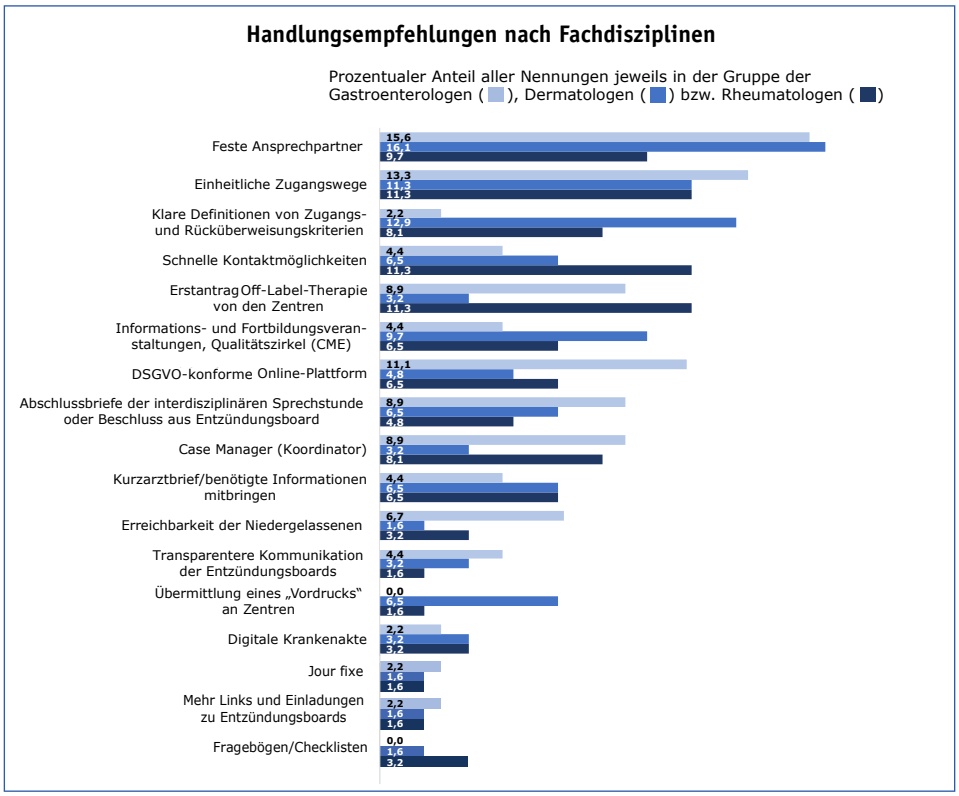


Abb. 5: Die Abbildung zeigt auf, welchen Anteil die jeweilige Handlungsempfehlung bezogen auf die Gesamtheit aller Nennungen einer Fachdisziplin hatte. Zur besseren Übersicht sind die Handlungsempfehlungen analog zu Abb. 3 angeordnet und die Empfehlungen stichpunktartig aufgegriffen.

Zugangswege standen eindeutig an Platz 1 der Handlungsempfehlungen, wobei von den niedergelassenen Fachärzten der feste Ansprechpartner als noch wichtiger erachtet wurde als die einheitlichen Zugangswege. Gerade für besonders kritische Fälle ist eine interdisziplinäre Sprechstunde sehr wichtig.

Ein wesentliches Element in der Organisation eines Entzündungszentrums sollte, wenn möglich, neben dem Zentrumsleiter auch ein Koordinator (in der Umfrage als Case Manager bezeichnet) sein, der den primären Ansprechpartner für die Kontaktaufnahme von außen darstellt sowie sowohl die ambulante Versorgung als auch eventuelle stationäre Aufnahmen intern koordiniert. Dieser sollte engen Kontakt mit dem oder den ärztlichen Ansprechpartnern haben, und es sollten regelmäßig Rücksprachen und eine entsprechende Planung erfolgen (vgl. Abb. 6).

Um eine möglichst gute Selektion der Patienten und ein niederschwel-

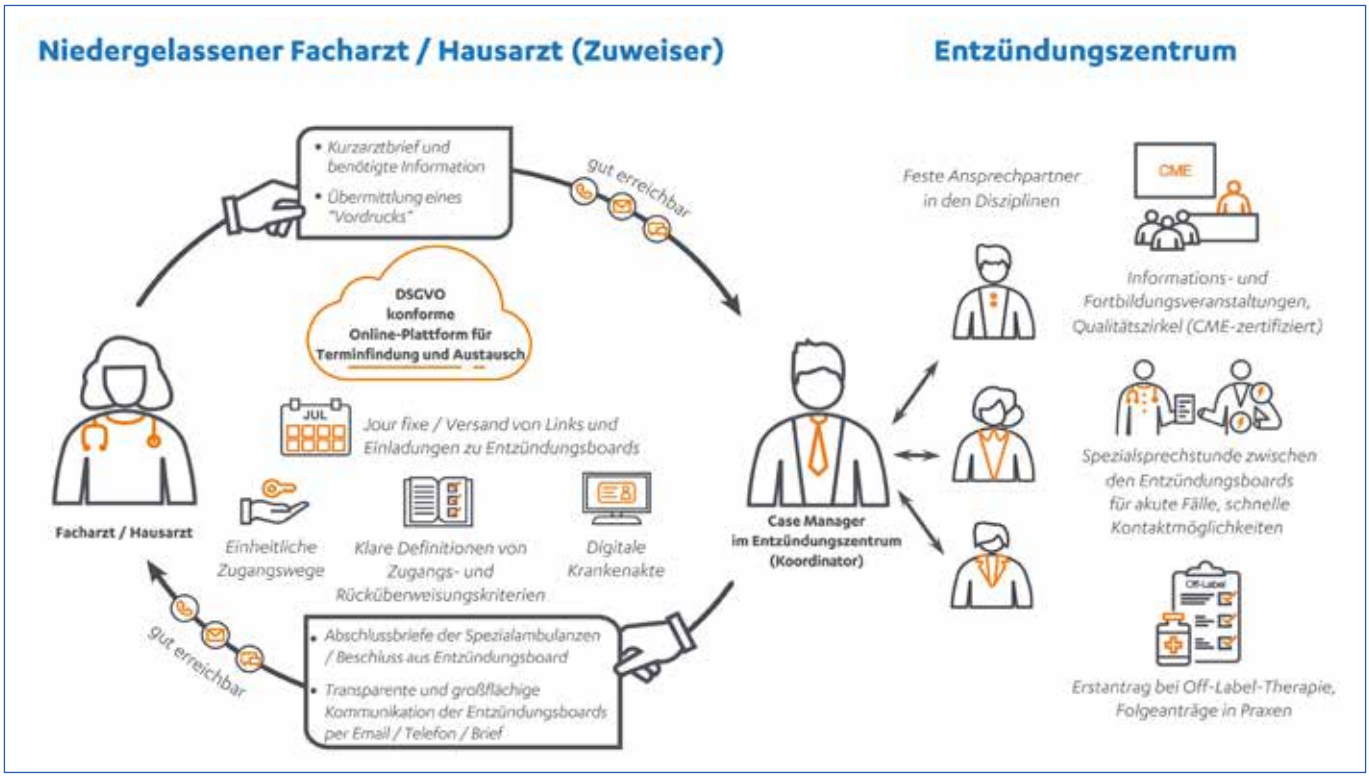


Abb. 6: Empfehlungen zur Optimierung der intersektoralen Zusammenarbeit.

liges Angebot für die Niedergelassenen vorzuhalten, steht im Idealfall sowohl ein Koordinator für die Organisation als auch ein ärztlicher Ansprechpartner im Entzündungszentrum bereit. Die Autoren gehen davon aus, dass insbesondere der Koordinator angesichts der rasanten Weiterentwicklung der Künstlichen Intelligenz künftig in vielen Punkten entlastet werden kann.

Ein von niedergelassenen Kollegen geäußertes Anliegen war, dass eine eventuell notwendige Off-Label-Behandlung in der Klinik begründet, begonnen und bei entsprechender Empfehlung in der Praxis lediglich fortzuführen ist. Dem können Entzündungszentren Rechnung tragen. Abhilfe geschaffen werden sollte umgekehrt auch dafür, dass es sich für Entzündungszentren in Einzelfällen als problematisch erweisen kann, eine Praxis zu finden, die bereit ist, schwierige Fälle weiter zu betreuen.

Ein mit der Überalterung zunehmendes Problem ist die Tatsache, dass es in vielen Regionen nicht genügend auf chronisch-entzündliche Erkrankungen spezialisierte Fachärzte gibt. Daher müssen Patienten unter Umständen lange auf einen Termin warten, wodurch

Literatur

1. Ellinghaus, D., Jostins, L., Spain, S. L., Cortes, A., Bethune, J., Han, B., Park, Y. R., Raychaudhuri, S., Pouget, J. G., Hübenthal, M., Folseraas, T., Wang, Y., Esko, T., Metspalu, A., Westra, H. J., Franke, L., Pers, T. H., Weersma, R. K., Collij, V., D'Amato, M., … Franke, A. (2016). Analysis of five chronic inflammatory diseases identifies 27 new associations and highlights disease-specific patterns at shared loci. Nature genetics, 48(5), 510–518. https://doi.org/10.1038/ng.3528
2. Ellinghaus, D., Ellinghaus, E., Nair, R. P., Stuart, P. E., Esko, T., Metspalu, A., Debrus, S., Raelson, J. V., Tejasvi, T., Belouchi, M., West, S. L., Barker, J. N., Kõks, S., Kingo, K., Balschun, T., Palmieri, O., Annese, V., Gieger, C., Wichmann, H. E., Kabesch, M., … Franke, A. (2012). Combined analysis of genome-wide association studies for Crohn disease and psoriasis identifies seven shared susceptibility loci. American journal of human genetics, 90(4), 636–647. https://doi.org/10.1016/j.ajhg.2012.02.020
3. Meier, K., Schloegl, A., Poddubnyy, D., & Ghoreschi, K. (2020). Skin manifestations in spondyloarthritis. Therapeutic advances in musculoskeletal disease, 12, 1759720X20975915. https://doi.org/10.1177/1759720X20975915
4. Harbord, M., Annese, V., Vavricka, S. R., Allez, M., Barreiro-de Acosta, M., Boberg, K. M., Burisch, J., De Vos, M., De Vries, A. M., Dick, A. D., Juillerat, P., Karlsen, T. H., Koutroubakis, I., Lakatos, P. L., Orchard, T., Papay, P., Raine, T., Reinshagen, M., Thaci, D., Tilg, H., … European Crohn's and Colitis Organisation (2016). The First European Evidence-based Consensus on Extra-intestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease. Journal of Crohn's & colitis, 10(3), 239–254. https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjv213
5. Augustin, M., Spehr, C., Radtke, M. A., Boehncke, W. H., Luger, T., Mrowietz, U., Reusch, M., Strömer, K., Wozel, G., von Kiedrowski, R., Rustenbach, S. J., Purwins, S., & Reich, K. (2014). German psoriasis registry PsoBest: objectives, methodology and baseline data. Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft = Journal of the German Society of Dermatology : JDDG, 12(1), 48–57. https://doi.org/10.1111/ddg.12233
6. Gullick, N. J., & Scott, D. L. (2011). Co-morbidities in established rheumatoid arthritis. Best practice & research. Clinical rheumatology, 25(4), 469–483. https://doi.org/10.1016/j.berh.2011.10.009
7. Coates, L. C., FitzGerald, O., Helliwell, P. S., & Paul, C. (2016). Psoriasis, psoriatic arthritis, and rheumatoid arthritis: Is all inflammation the same?. Seminars in arthritis and rheumatism, 46(3), 291–304. https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.05.012
8. Kojanova, M., Fialova, J., Cetkovska, P., Gkalpakiotis, S., Jircikova, J., Dolezal, T., Arenberger, P., & BIOREP study group (2017). Characteristics and risk profile of psoriasis patients included in the Czech national registry BIOREP and a comparison with other registries. International journal of dermatology, 56(4), 428–434. https://doi.org/10.1111/ijd.13543
9. Argollo, M., Gilardi, D., Peyrin-Biroulet, C., Chabot, J. F., Peyrin-Biroulet, L., & Danese, S. (2019). Comorbidities in inflammatory bowel disease: a call for action. The lancet. Gastroenterology & hepatology, 4(8), 643–654. https://doi.org/10.1016/S2468-1253(19)30173-6
10. Vadstrup, K., Alulis, S., Borsi, A., Jørgensen, T. R., Nielsen, A., Munkholm, P., & Qvist, N. (2020). Extraintestinal Manifestations and Other Comorbidities in Ulcerative Colitis and Crohn Disease: A Danish Nationwide Registry Study 2003-2016. Crohn's & colitis 360, 2(3), otaa070. https://doi.org/10.1093/crocol/otaa070.
11. Gerdes, S., Mrowietz, U., & Boehncke, W. H. (2016). Komorbidität bei Psoriasis vulgaris [Comorbidity in psoriasis]. Der Hautarzt; Zeitschrift fur Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete, 67(6), 438–444. https://doi.org/10.1007/s00105-016-3805-3
12. Russell, A. S., Gulliver, W. P., Irvine, E. J., Albani, S., & Dutz, J. P. (2011). Quality of life in patients with immune-mediated inflammatory diseases. The Journal of rheumatology. Supplement, 88, 7–19. https://doi.org/10.3899/jrheum.110899.
13. Olén, O., Askling, J., Sachs, M. C., Neovius, M., Smedby, K. E., Ekbom, A., & Ludvigsson, J. F. (2020). Mortality in adult-onset and elderly-onset IBD: a nationwide register-based cohort study 1964-2014. Gut, 69(3), 453–461. https://doi.org/10.1136/gutjnl-2018-317572.
14. Riemekasten, G., Schmelz, R., Schäkel, K., Thaçi, D., Schreiber, S., Röcken, M., Bartz, H., Ploner, T., Liao, X., Weber, V., Manz, K. C., Burkhardt, H., & Leipe, J. (2023). Epidemiologische Daten und medizinische Versorgungssituation von Patienten mit chronischen Entzündungserkrankungen in Deutschland: Real-World-Evidenz zu Prävalenz, Erkrankungskombinationen, Versorgung [Epidemiological data and medical care situation of patients with chronic inflammatory diseases in Germany: Real-world evidence on prevalence, disease combinations, care]. Zeitschrift fur Rheumatologie, 10.1007/s00393-023-01459-7. Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s00393-023-01459-7.
15. Leipe, J., Schmelz, R., Riemekasten, G., Thaçi, D., Henes, J., Schäkel, K., Pinter, A., Sticherling, M., Wegner, J., Fusco, S., Linke, M., Weber, V., Manz, K. C., Bartz, H., Roecken, M., Schmidt, S., & Hoyer, B. F. (2024). Chronische Entzündungserkrankungen in Deutschland : Eine Querschnittanalyse über Begleiterkrankungen und Arzneimitteleinsatz [Immune-mediated inflammatory diseases in Germany: A cross-sectional analysis of comorbidities and pharmacotherapy]. Zeitschrift fur Rheumatologie, 83(3), 200–209. https://doi.org/10.1007/s00393-022-01306-1.
16. Haibel, H., Blumenstein, I. (2023). Längsschnittanalyse von Psoriasis, rheumatoider Arthritis, Psoriasis-Arthritis, axialer Spondyloarthritis und chronischen Darmerkrankungen. Monitor Versorgungsforschung, 02, 71-78. http://doi.org/10.24945/MVF.02.23.1866-0533.2497.
17. Schreiber, S., Burkhardt, H., Schmelz, R., Thaçi, D, Riemekasten, G., Schäkel, K. (2022): Zentrenbildung: Chronische Entzündungen interdisziplinär behandeln. Deutsches Ärzteblatt, 199: A-1408/B-1179.
18. Knevel, R., & Hügle, T. (2022). E-health as a sine qua non for modern healthcare. RMD open, 8(2), e002401. https://doi.org/10.1136/rmdopen-2022-002401
19. Hügle, T., & Grek, V. (2023). Digital transformation of an academic hospital department: A case study on strategic planning using the balanced scorecard. PLOS digital health, 2(11), e0000385. https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000385
20. Mollard, E., & Michaud, K. (2020). Self-Management of Rheumatoid Arthritis: Mobile Applications. Current rheumatology reports, 23(1), 2. https://doi.org/10.1007/s11926-020-00968-7
21. Beauvais, C., Pham, T., Montagu, G., Gleizes, S., Madrisotti, F., Lafourcade, A., Vidal, C., Dervin, G., Baudard, P., Desouches, S., Tubach, F., Le Calvez, J., de Quatrebarbes, M., Lafarge, D., Grange, L., Alliot-Launois, F., Jeantet, H., Antignac, M., Tropé, S., Besset, L., … Therapeutic patient education group of the French Society of Rheumatology and Club Rhumatismes et Inflammations (2022). Development and real-life use assessment of a self-management smartphone application for patients with inflammatory arthritis. A user-centred step-by-step approach. PloS one, 17(9), e0272235. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272235

sich die Diagnose und Behandlung verzögern. Andererseits stellen sich immer wieder Patienten bei Fachärzten vor, die ebenso gut vom Hausarzt versorgt werden könnten.

Die Autoren halten es daher für unabdingbar, dass Hausärzte und bisher nicht auf die Erkrankungen spezialisierte Fachärzte, wie etwa bei rheumatologischen Erkrankungen die Orthopäden, besser in der Basisversorgung von Patienten mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen geschult sowie in die Betreuung der Betroffenen integriert werden sollen. Denkbar wäre hier z. B. ein Curriculum, das dazu führt, dass rechtzeitig eine Einordnung der Patienten in dringlich vs. nicht dringlich stattfindet, sodass gezielt Fälle mit speziellen Fragestellungen an die niedergelassenen Spezialisten überwiesen werden.

Letztere wiederum sollten sich bei Fragen zu Patienten mit komplizierten, komplexen Krankheitsbildern unkompliziert an ein Entzündungszentrum wenden können. Ebenso wie bei der Zusammenarbeit von Hausärzten und niedergelassenen Spezialisten sind dafür klare Definitionen von Zugangs- und Rücküberweisungskriterien vonn öten. Dabei sind regionale Besonderheiten und die sich zuspitzenden Versorgungsengpässe insbesondere im niedergelassenen Bereich zu berücksichtigen. Zudem müssen einheitliche Strukturen erarbeitet werden, wie die Nachbeobachtung der Patienten erfolgen und koordiniert werden soll.

Die Autoren regen zudem an, das medizinische Fachpersonal stärker in die Versorgung einzubeziehen. Hier ergibt sich eine gute Schnittstelle zu den Betroffenen, die so bereits im Vorfeld viele Fragen klären könnten.

Zudem müssen alle Entscheidungsträger aus der Politik, Krankenkassen und Rentenversicherung dafür sensibilisiert werden, nicht nur die direkten, sondern auch die indirekten Kosten zu berücksichtigen. Aus sozioökonomischer Sicht (weniger Krankheitstage, weniger Fehlzeiten, weniger Krankenhausaufenthalte, weniger Folgeerkrankungen etc.) lohnen sich die Systemtherapien mit innovativen, wenn auch teuren Medikamenten, wie z. B. Biologika. Obwohl sie effektiv und wirtschaftlich sind, werden sie vielfach aber noch immer zu spät oder gar nicht verordnet.

Einen breiten Raum in der gemeinsamen Diskussion, wie die Versorgungsstruktur optimiert werden kann, nahm auch die Verabschiedung von Kommunikationsaufgaben und -inhalten ein sowie die Frage, welche Materialien zur Verfügung gestellt werden sollten

Supplement

Wortlaut der Formulierungen in der Abfrage

Konsens der Fachärzte aus den Zentren sowie der Niedergelassenen. Die zu beachtenden Punkte wurden in 5 Untergruppen gegliedert und jeweils die für diese Gruppe als besonders relevant erachteten Aspekte berücksichtigt:

1. Optimierte Kommunikationsorganisation

- Feste Ansprechpartner in Zentren
- Erreichbarkeit der Niedergelassenen ist wichtig
- Einheitliche Zugangswege schaffen (sowohl intra- als auch intersektoral)
- Jour fixe zu Zeiten, die für beide Seiten passen
- Links und Einladungen zu Entzündungsboards werden teils schon an die Niedergelassenen gesendet (erhöhen)
- Spezialsprechstunde zwischen den Entzündungsboards für akute Fälle –> schnelle Kontaktmöglichkeiten

2. Optimierte Kommunikationsinhalte

- Klare Definitionen von Zugangs- und Rücküberweisungskriterien
- Transparentere und großflächigere Kommunikation der Entzündungsboards über klassische Kanäle: online/telefonisch/Papier
- Informations- und Fortbildungsveranstaltungen, Qualitätszirkel (CME) –> Aufklärung ist wichtig
- Bei Off-Label-Therapie: Erstantrag sollte auf jeden Fall von den Zentren gestellt werden. Folgeanträge in Praxen

3. Materialien

- Fragebögen/Checklisten
- Übermittlung eines „Vordrucks“ (z. B. per Fax) an Zentren (inkl. Angabe Kontakt für Rückruf/-frage)
- Zuverlässige Abschlussbriefe der Spezialambulanzen oder spez. Berichte aus Entzündungsboard (mind. 1x pro Quartal)
- Patient sollte Kurzarztbrief/benötigte Informationen zum Austausch mitbringen

4. Digitale Lösungen

- DSGVO-konforme Onlineplattform zur Terminfindung und Austausch zwischen Entzündungszentren und Niedergelassenen –> Informationen zum Patienten + Rücküberweisung und Nachbetreuung (z. B. Silio)

5. Optimierung der Versorgungsstruktur

- Digitale Krankenakte
- Case Manager
- Besondere Logistik notwendig (z. B. Indira)

 This article was published under the license CC BY 4.0 and can be used

und welche digitalen Lösungen möglich sind. Hier wurde u.a. herausgestrichen, wie wichtig es ist, dass der Patient die benötigten Informationen zum Austausch mitbringt und welche Vorteile die digitale Krankenakte bringen kann. Für eine bessere und leichtere Zusammenarbeit empfehlen die Autoren, Lösungen für die digitalen Schnittstellen zwischen den Praxen und den Entzündungszentren zu erarbeiten, sodass deren Soft- und Hardware kompatibel sind, bzw. sich entsprechend abzusprechen (weiterführende Literatur siehe Literaturangaben 18–21).

Insgesamt hat sich bestätigt, wie wichtig der gemeinsame Austausch und die Vernetzung von niedergelassenen und in den Entzündungszentren tätigen Fachärzten ist. In mehreren Webkonferenzen wurden Aspekte herausgearbeitet, die als besonders wichtig für eine optimierte intersektorale Zusammenarbeit erachtet wurden. Im nächsten Schritt geht es nun darum, die zusammengestellten Empfehlungen, soweit es geht, umzusetzen. Dabei sind alle Kollegen gefordert.

Die Autoren sind daher für Anregungen und Rückmeldung der Leser dankbar. <<

Inflammation medicine: Optimized intersectoral collaboration as a key factor

The healthcare landscape for patients with chronic inflammatory diseases in Germany appears to be very heterogeneous, also in terms of intersectoral care. There are major differences in interdisciplinary cooperation, particularly in terms of structure and organization. Uniform standards and obligatory quality criteria, as demanded by and for the inflammation centers, are also lacking in the ambulatory practice sector. In individual interviews and web conferences with specialists from inflammation centers and practising specialists from the fields of dermatology, rheumatology and gastroenterology, recommendations were developed on how intersectoral collaboration could be optimized. In particular, the results confirm the experience that an uncomplicated exchange between specialists working in inflammation centers and those working as resident doctors is essential. A defined contact person in the inflammation centers and standardized access routes were clearly number one on the list of recommendations for action.

Keywords

Chronic inflammatory diseases, inflammation centres, collaboration, intersectoral, health services research

Danksagung

Für die redaktionelle Unterstützung bedanken wir uns bei Dr. M. Vogt von der dk Life Science GmbH. Diese Tätigkeit wurde von J&J Innovative Medicine honoriert.

Autorenerklärung

Die Autor:innen erhalten u.a. von Johnson & Johnson Vortrags- und Beratungshonorare. Die Interpretation und Diskussion der Ergebnisse im vorliegenden Artikel erfolgte unentgeltlich.

Zitationshinweis

Rech, J., Thaçi, D.: „Entzündungsmedizin: Optimierte intersektorale Zusammenarbeit als ein Schlüsselfaktor“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (01/25), S. 72–79. http://doi.org/10.24945/MVF.01.25.1866-0533.2695

Priv.-Doz. Dr. med. Jürgen Rech ORCID: 0000-0002-2569-2029

ist Mitgründer und ständiges Mitglied des Entzündungsboards des Deutschen Zentrums Immuntherapie, Uniklinik Erlangen. Er ist als Oberarzt an der Medizinischen Klinik 3 – Rheumatologie und Immunologie des Uniklinikums Erlangen tätig. Dort leitet er die Spezialsprechstunden „Autoinflammation – AOSD, FMF, Gicht“ sowie „Transition“ und ist Sprecher des Zentrums für Periodische Systemische Autoinflammatorische Erkrankungen. Kontakt: Juergen.Rech@uk-erlangen.de



Prof. Dr. med. Diamant Thaçi ORCID: 0000-0001-8513-550X

ist Direktor und ordentlicher Universitätsprofessor am Institut für Entzündungsmedizin der Universität zu Lübeck. In der Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie leitet er die Sektion für entzündliche Erkrankungen. Er ist Vorsitzender des Entzündungsboards und leitet das Exzellenzzentrum am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck. Darüber hinaus ist er als Studienleiter und nationaler und internationaler Forschungsleiter tätig. Kontakt: Diamant.Thaci@uksh.de



Prof. Dr. rer medic. Florian Kron / Johanna Röder / Katja Heße / Dr. rer. medic. Sebastian Wingen-Heimann / Prof. Dr. rer. pol. Björn Maier / Dr. rer. nat. Nils Keiner / Prof. Dr. med. Oliver Cornely

Innovative Antimykotika-Therapie und Versorgungssteuerung entlang der transsektoralen Patient-Journey

Die Ausbreitung invasiver Pilzinfektionen stellt insbesondere Krankenhäuser aufgrund der Komplexität der Behandlung und der damit assoziierten langen stationären Verweildauer vor große Herausforderungen. Innovative Arzneimitteltherapien eröffnen dabei Potenziale für eine transsektorale Patientenbehandlung und eine optimierte Steuerung entlang der Patient-Journey.

Zusammenfassung

Invasive Pilzinfektionen wie Candidämie und invasive Candidiasis erfordern häufig langwierige stationäre Behandlungen aufgrund des kontinuierlichen Therapiebedarfs und gehen mit hohen Sterblichkeitsraten einher. Sie stellen somit das Gesundheitswesen im Allgemeinen und Krankenhäuser im Besonderen vor große Herausforderungen. Im Gegensatz zur notwendigen täglichen Infusion herkömmlicher Antimykotika eröffnen innovative Antimykotika wie Rezafungin die Möglichkeit einer frühzeitigen Ambulantisierung. Durch die Verlagerung in den ambulanten Versorgungssektor können sowohl stationäre Ressourcen entlastet als auch die Versorgungseffizienz im Sinne der Patienten gesteigert werden. Insbesondere im Kontext der geplanten Krankenhausreform sind neue transsektorale Versorgungsmodelle entscheidend, um als Leistungserbringer den steigenden ökonomischen Druck zu bewältigen. Dafür ist die enge Zusammenarbeit aus klinischer, pharmazeutischer und auch ökonomischer Sicht erforderlich, um innovative Therapien erfolgreich in die Patientenversorgung zu integrieren.

Schlüsselwörter

Ambulantisierung, Antimykotika, Gesundheitsökonomie, interdisziplinäre Versorgungssteuerung, invasive Pilzinfektion, transsektorale Patientenversorgung

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.01.25.1866-0533.2696

>> Invasive Pilzerkrankungen, wie invasive Candidiasis und Candidämie, sind lebensbedrohliche Infektionen mit einer Sterblichkeitsrate von bis zu 70% [1]. Die Behandlung der invasiven Candidiasis und der Candidämie während einer stationären Krankenhausbehandlung ist mit einem verlängerten Aufenthalt und folglich mit höheren Behandlungskosten verbunden [2]. Hauptgründe für die hohe Mortalität sind u. a. die Verzögerung der mikrobiologischen Diagnose und eine erhöhte Rate resistenter Candida non-albicans spp. und Fluconazol-resistenter Candida albicans spp., was oft zu einer unzureichenden antimykotischen Therapie führt [3, 4]. In klinischen Studien konnte jedoch gezeigt werden, dass sich die Ergebnisse mit der Einführung von Antimykotika der nächsten Generation verbessert haben [5–7]. Infolgedessen haben sich die hochwirksamen und gut verträglichen Echinocandine zur bevorzugten Erstlinientherapie für (kritisch) kranke Patienten entwickelt [8–10]. Die zunehmende Prävalenz von Hochrisikopatienten und die allgemeine Zunahme invasiver Pilzerkrankungen zeigen jedoch die dringende Notwendigkeit, neue Behandlungsstrategien zu entwickeln.

Künftig wird auch von Bedeutung sein, inwiefern die geplante Krankenhausreform einen Einfluss auf die stationäre Versorgung von Patienten mit invasiver Candidiasis und Candidämie haben wird, da diese schwerwiegenden Infektionen in vielen der zukünftigen Leistungsgruppen auftreten werden. Hierbei handelt es sich vor allem um klassische nosokomiale Infektionen, sodass zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme kein infektiologisches Krankheitsbild erkennbar ist, was einer direkten Zuordnung zur Leistungsgruppe 3 „Infektiologie“ im Wege steht. Sicher ist jedoch schon jetzt, dass der finanzielle Druck auf deutsche Krankenhäuser weiter steigen wird. Innovative Arzneimitteltherapien, die eine frühzeitige Ambulantisierung von Patienten fördern, könnten vermehrt einen Beitrag dazu leisten, Bettenkapazitäten abzubauen und somit hohe stationäre Behandlungskosten zu reduzieren.

Intersektorale Patient-Journey bei der Behandlung invasiver Pilzerkrankungen

Pilzerkrankungen treten häufig bei immunsupprimierten Patienten während eines stationären Krankenhausaufenthalts auf. Betrachtet man die mit einer invasiven Candidiasis oder Candidämie einhergehenden Diagnosen, zeigt sich eine äußerst heterogene Verteilung hinsichtlich der eigentlichen Grunderkrankung. Aufgrund der Breite und Komplexität der Behandlungsfälle stellt die Versorgung der Patientengruppen eine besondere Herausforderung im Krankenhaussetting dar. Bei Anzeichen von Infektionssymptomen, wie beispielsweise Fieber, werden Blutkulturen zur Identifikation möglicher Erreger und zur Sicherung der Diagnose abgenommen. Die antimykotische Therapie der invasiven Candidiasis und Candidämie wird nach der Leitlinie „Invasive Pilzinfektionen – Therapie“ der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie insbesondere bei Tumorerkrankungen mit Echinocandinen initiiert und für mindestens 14 Tage nach der letzten positiven Blutkultur fortgeführt [11]. Aufgrund der Pilzinfektion ist bei schätzungsweise der Hälfte aller Krankheitsfälle ein Aufenthalt auf der Intensivstation (ITS) notwendig, ehe die Behandlung auf der Normalstation fortgesetzt und anschließend eine ambulante Weiterbehandlung möglich wird. Ergebnisse einer klinischen Studie (Candida-III-Studie) zeigen jedoch, dass ca. 16% der Patienten mit invasiver Candidiasis und Candidämie umfassend stationär im Krankenhaus behandelt werden, um eine täglich intravenös zu verabreichende Antimykotikatherapie zu erhalten, auch wenn ansonsten eine frühere Entlassung möglich gewesen wäre [12].

Der Zeitpunkt, ab dem eine ambulante Weiterbehandlung invasiver Pilzinfektionen möglich ist, spielt somit im Versorgungssetting sowohl aus Leistungserbringer- als auch aus Patientensicht eine bedeutende Rolle und bietet Möglichkeiten zur Steuerung. Am Beispiel

 / This article was published under the license CC BY 4.0 and can be used

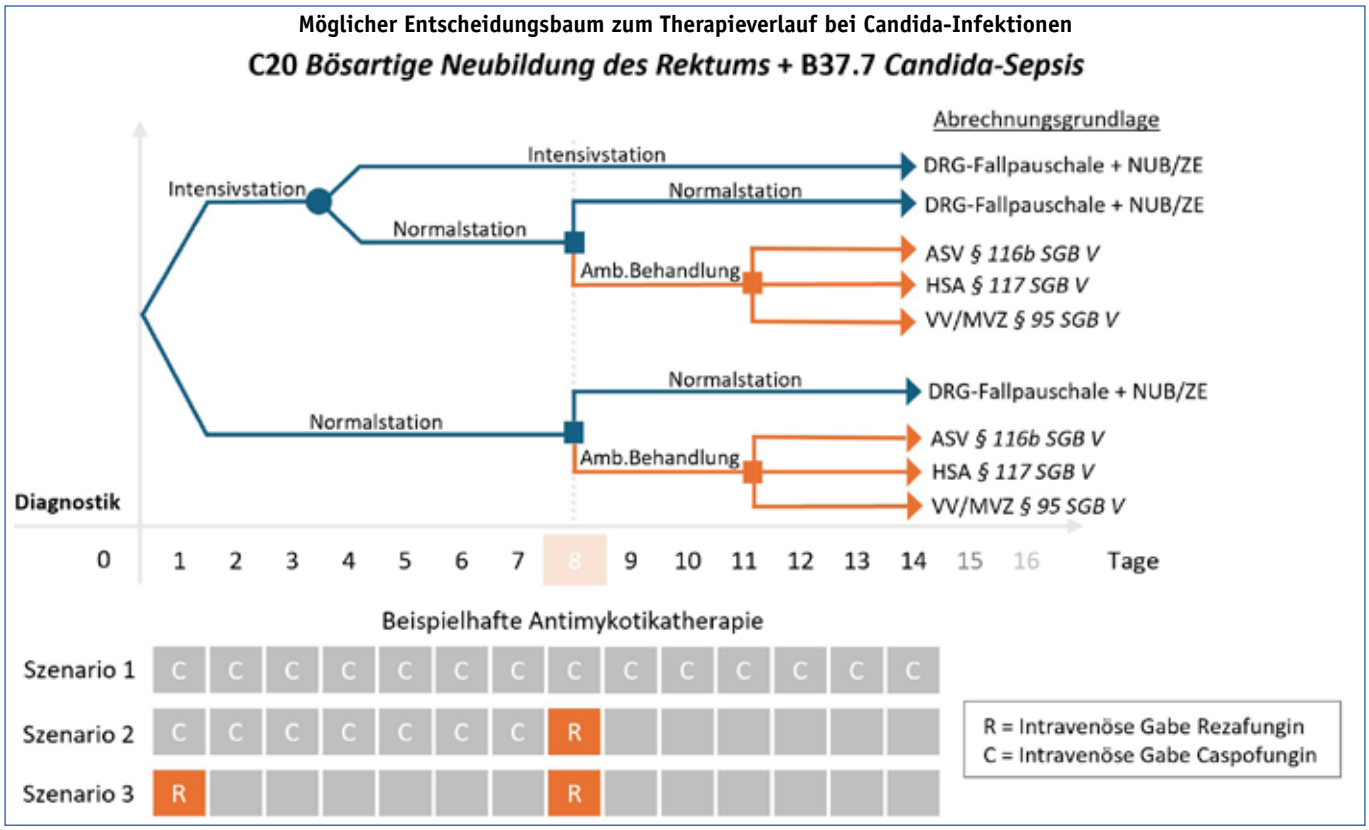


Abb. 1: *Möglicher Entscheidungsbaum zum Therapieverlauf bei Candida-Infektionen. Quelle: eigene Darstellung; Abkürzungen: NUB = Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. ZE = Zusatzentgelt. ASV = Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung. HSA = Hochschulambulanz. VV = Vertragsärztliche Versorgung. MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum.*

Antimykotikatherapien im stationären Setting und Erstattung		
Antimykotikum	**Beispielhafte DRGs**	**ZE/NUB/OPS**
Caspofungin	Intensivmedizinische DRGs: A09, A13, A11, A07 Gastrointestinale Tumore: G02, G60, G16 Infektiologie: T64, T60	ZE2025-123 (Gabe von Caspofungin, parenteral), 6-002.p
Micafungin		ZE2025-196 (Gabe von Micafungin, parenteral), 6-004.5
Anidulafungin		ZZE 2025-154 (Gabe von Anidulafungin, parenteral), 6-003.k
Rezafungin		NUB-Status 1 seit 2024, 6-00m.e Rezafungin, parenteral (neu seit 2025)

Tab. 1: *Antimykotikatherapien im stationären Setting und Erstattung [14, 15].*

des Echinocandin-Antimykotikums „Rezafungin" zeigt sich, dass u. a. innovative Arzneimitteltherapien dazu beitragen können, stationäre Ressourcen zu schonen und ambulante Behandlungspfade zu eröffnen.

Ökonomie der klassischen Patient-Journey: ein Überblick

Die Vergütung stationär behandelter Patienten mit invasiver Candidiasis oder Candidämie erfolgt über das DRG-Fallpauschalensystem. In jeder Fallpauschale sind bereits Beträge zur Deckung der Arzneimittelkosten über die Kostenartengruppen/Sachkosten „4a" Gemeinkosten Arzneimittel und „4b" Einzelkosten Arzneimittel berücksichtigt [13].

Jedoch führen neuartige Arzneimittel häufig zu einer Unterfinanzierung der vorgesehenen Pauschale. Um dennoch ein Defizit für die Leistungserbringer zu vermeiden, stehen Zusatzentgelte und Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (ZE/NUB) für Antimykotika im stationären Bereich als zusätzliche Vergütung über die DRG hinaus zur Verfügung.

Transsektorale Patient-Journey am Beispiel eines onkologischen Patienten

Onkologische und immunsupprimierte Patienten sind häufig anfällig für eine Candida-Infektion [11]. Die Abbildung illustriert verschiedene Behandlungsverläufe am Beispiel eines Darmkrebspatienten nach viszeralchirurgischer Operation. Der Entscheidungsbaum zeigt potenzielle Ambulantisierungsoptionen durch den beispielhaften Einsatz des Antimykotikums Rezafungin.

Zu Beginn der Antimykotikatherapie befinden sich die Patienten je nach Grunderkrankung und Allgemeinzustand entweder auf der

Intensivstation oder der Normalstation. Nach der Diagnose einer invasiven Candidiasis oder Candidämie erfolgt üblicherweise eine stationäre Antimykotikatherapie mit einer täglichen Infusion eines Echinocandins (Szenario 1), siehe stationäre Erstattung in Tabelle 1.

Sollte der Patient aus medizinischer Sicht stabil genug sein, um entlassen zu werden, kann es an Tag 8 zu einer strategischen Umstellung der Therapie kommen. In diesem Fall wird das täglich zu verabreichende Echinocandin (z. B. Caspofungin) auf Rezafungin umgestellt, welches nur einmal wöchentlich verabreicht werden muss und eine effektive Fortführung der Antimykotikatherapie im ambulanten Bereich ermöglicht (Szenario 2). Zusätzlich dazu konnte in der ReSTORE Phase-3-Studie gezeigt werden, dass ein frühzeitiger Einsatz von Rezafungin zu einer schnelleren mykologischen Eradikation führen kann [16]. Es bleibt abzuwarten, inwieweit sich in diesem Fall ein früherer Einsatz bereits zu Beginn der Therapie etablieren kann, sodass sich in der Folge auch der Intensivaufenthalt verkürzen kann.

Obwohl das in Abbildung 1 dargestellte rein ambulante Szenario 3 in der Praxis bislang noch nicht oder nur sehr vereinzelt umgesetzt wird, könnte es in Zukunft weiter an Bedeutung für langfristig zu therapierende invasive Pilzinfektionen, wie beispielsweise Knocheninfektionen bei ansonsten gutem Allgemeinzustand des Patienten, gewinnen. Bei derart schwerwiegenden Infektionen kann sich der Behandlungszeitraum mit notwendigen antimykotischen Infusionen von sechs Monaten bis zu einem Jahr erstrecken. In diesem Fall würde Rezafungin nicht nur den erheblichen Vorteil einer wöchentlichen Applikation zur weitestgehenden Erhaltung der Lebensqualität des Patienten, sondern gleichzeitig ein günstiges Nebenwirkungsprofil für eine langfristige ambulante Behandlung bieten.

Aktive Versorgungssteuerung im crossfunktionalen Krankenhausteam

Damit die Einführung innovativer Arzneimitteltherapien nach erfolgter Marktzulassung gelingt und diese auch weitestgehend kostendeckend eingesetzt werden können, bedarf es der interdisziplinären Zusammenarbeit insbesondere zwischen dem ärztlichen Dienst, dem Krankenhausmanagement und (Medizin-)Controlling sowie der Krankenhausapotheke. Ein zentraler Baustein der Arzneimittelversorgung im Krankenhaus ist die Arzneimittelkommission (AMK), in der alle der genannten Berufsgruppen vertreten sind. In der AMK wird das Versorgungsportfolio an Arzneimitteln nicht nur allein aus medizinischer Perspektive und aus Sicht der Arzneimitteltherapiesicherheit bewertet, sondern auch aus ökonomischer Perspektive hinsichtlich der Erstattbarkeit und Refinanzierung abgestimmt. Die AMK ist somit ein wichtiges Entscheidungsgremium zur Platzierung und Abstimmung innovativer Arzneimittel und Therapien im Krankenhaus.

In Ergänzung dazu ist der medizinische, pharmazeutische und ökonomische Austausch auch im täglichen Berufsalltag nicht mehr wegzudenken. Im Rahmen begleiteter Visiten stimmen sich behandelnde Ärzte gemeinsam mit (Stations-)Apothekern und dem Medizincontrolling zur bestmöglichen Patientenbetreuung ab. Am Beispiel der invasiven Candidiasis und Candidämie ist dazu neben der Auswahl des Antimykotikums unter Berücksichtigung möglicher Wechselwirkungen auch der Zeitpunkt der medizinisch vertretbaren Entlassung in die ambulante Weiterbehandlung als zentraler Steuerungspunkt zu nennen. Sofern keine medizinischen Kontraindikationen vorliegen und der Allgemeinzustand des Patienten es zulässt, kann die aktive Versorgungssteuerung dazu führen, dass eine Entlassung bereits an Tag 8 anstelle von Tag 14 möglich ist.

Verweildauerreduktion und ökonomische Einspareffekte durch Rezafungin

Neben den Erkenntnissen aus klinischen Studien konnten auch bereits gesundheitsökonomische Einspareffekte im deutschen Versorgungskontext durch die Gabe von Rezafungin durch eine Studie von Jeck et al. (2023) beschrieben werden [17]. Hierfür wurden monozentrische Daten des Universitätsklinikums Köln und Ergebnisse der klinischen Zulassungsstudie modelliert, mit dem Ergebnis, dass durch den Einsatz von Rezafungin mediane Einspareffekte i. H. v. 7.175 Euro pro Patient erzielt werden können. Von zentraler Bedeutung für dieses Ergebnis ist die Reduzierung der stationären Verweildauer und mögliche Verlagerung von Patienten mit Rezafungin-Therapie in den ambulanten Bereich. Dies ist nicht nur aufgrund von Kosteneinspareffekten für beispielsweise medizinische Leistungen, Personal und Verpflegung, sowie schneller frei werdenden Bettenkapazitäten für das Krankenhaus von Interesse. Auch aus Patientensicht ist eine schnellere Rückkehr in das gewohnte Umfeld möglich und kann positiv zur Lebensqualität und der weiteren Genesung beitragen.

Ambulante Versorgungs- und Abrechnungsformen nutzen

Mit Fortschreiten der Ambulantisierung wird sich künftig auch die Abrechnung der medizinischen Leistungen und Arzneimitteltherapien weg von DRG-Fallpauschalen und NUB/ZE hin zu ambulanten Erstattungsmöglichkeiten bewegen. Denkbar ist hierbei die ambulante Behandlung im Rahmen der

1. ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V mit Abrechnung von Quartals- und Einzelleistungspauschalen nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM),
2. Hochschulambulanz nach § 117 SGB V mit Abrechnung von frei verhandelten Quartalspauschalen,
3. vertragsärztlichen Versorgung bzw. im Medizinischen Versorgungszentrum nach § 95 SGB V mit der Abrechnung von Quartals- und Einzelleistungspauschalen nach EBM.

Zusätzlich zur Abrechnung der medizinischen Leistungen können für die o. g. Versorgungsformen die Kosten ambulant eingesetzter Arzneimittel im (ambulanten) Krankenhaus über ein Rezept nach § 129a SGB V direkt mit dem Kostenträger taxiert werden. Bei den o. g. Antimykotika wie z. B. Rezafungin handelt es sich wie auch bei den herkömmlichen Echinocandin-Therapien um ein Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung, das vor Einsatz rekonstituiert werden muss. Aus Gründen der Arzneimitteltherapiesicherheit und Haltbarkeit kann hierbei die zentrale Herstellung in der Krankenhausapotheke ressourcenschonend und somit von Vorteil sein. In diesem Fall können Herstellungspauschalen für die

aseptische Zubereitung zusätzlich abgerechnet werden.

Ambulantisierungspotenzial nutzen

Angesichts der aktuellen wirtschaftlichen Situation stehen immer mehr Krankenhäuser in Deutschland finanziell unter Druck. Umso wichtiger wird es künftig werden, alternative Versorgungsmodelle zur vollstationären Krankenhausbehandlung zu berücksichtigen. Das Potenzial zur Ambulantisierung der Behandlung invasiver Pilzinfektionen am Beispiel Rezafungin bietet eine vielversprechende Möglichkeit, die Versorgungseffizienz zu steigern, gleichzeitig die Patientensicherheit und die Lebensqualität zu erhöhen. Durch die einmal wöchentliche intravenöse Verabreichung von Rezafungin, im Gegensatz zu den täglich erforderlichen Infusionen herkömmlicher Echinocandine, wird die Notwendigkeit eines stationären Aufenthalts erheblich reduziert. Dies ermöglicht es, die Patienten früher aus dem Krankenhaus zu entlassen oder unter Umständen die Behandlung direkt in einem ambulanten Setting durchzuführen. Die Verlagerung hin zur ambulanten Therapie erfordert jedoch eine gezielte Anpassung der Versorgungsstrukturen und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, um eine kontinuierliche und qualitativ hochwertige Betreuung der Patienten sicherzustellen. <<

Literatur

[1] Mazi PB, Olsen MA, Stwalley D, Rauseo AM, Ayres C, Powderly WG, Spec A. Attributable Mortality of Candida Bloodstream Infections in the Modern Era: A Propensity Score Analysis. Clin Infect Dis. 2022 Sep 29;75(6):1031-1036. doi: 10.1093/cid/ciac004.

[2] Heimann SM, Cornely OA, Wisplinghoff H, Kochanek M, Stippel D, Padosch SA, Langebartels G, Reuter H, Reiner M, Vierzig A, Seifert H, Vehreschild MJ, Glossmann J, Franke B, Vehreschild JJ. Candidemia in the intensive care unit: analysis of direct treatment costs and clinical outcome in patients treated with echinocandins or fluconazole. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2015 Feb;34(2):331-8. doi: 10.1007/s10096-014-2230-8.

[3] Zilberberg MD, Kollef MH, Arnold H, Labelle A, Micek ST, Kothari S, Shorr AF. Inappropriate empiric antifungal therapy for candidemia in the ICU and hospital resource utilization: a retrospective cohort study. BMC Infect Dis. 2010 Jun 3;10:150. doi: 10.1186/1471-2334-10-150.

[4] Bassetti M, Molinari MP, Mussap M, Viscoli C, Righi E. Candidaemia in internal medicine departments: the burden of a rising problem. Clin Microbiol Infect. 2013 Jun;19(6):E281-4. doi: 10.1111/1469-0691.12155.

[5] Reboli AC, Rotstein C, Pappas PG, Chapman SW, Kett DH, Kumar D, Betts R, Wible M, Goldstein BP, Schranz J, Krause DS, Walsh TJ; Anidulafungin Study Group. Anidulafungin versus fluconazole for invasive candidiasis. N Engl J Med. 2007 Jun 14;356(24):2472-82. doi: 10.1056/NEJMoa066906.

[6] Pappas PG, Rotstein CM, Betts RF, Nucci M, Talwar D, De Waele JJ, Vazquez JA, Dupont BF, Horn DL, Ostrosky-Zeichner L, Reboli AC, Suh B, Digumarti R, Wu C, Kovanda LL, Arnold LJ, Buell DN. Micafungin versus caspofungin for treatment of candidemia and other forms of invasive candidiasis. Clin Infect Dis. 2007 Oct 1;45(7):883-93. doi: 10.1086/520980.

[7] Kuse ER, Chetchotisakd P, da Cunha CA, Ruhnke M, Barrios C, Raghunadharao D, Sekhon JS, Freire A, Ramasubramanian V, Demeyer I, Nucci M, Leelarasamee A, Jacobs F, Decruyenaere J, Pittet D, Ullmann AJ, Ostrosky-Zeichner L, Lortholary O, Koblinger S, Diekmann-Berndt H, Cornely OA; Micafungin Invasive Candidiasis Working Group. Micafungin versus liposomal amphotericin B for candidaemia and invasive candidosis: a phase III randomised double-blind trial. Lancet. 2007 May 5;369(9572):1519-1527. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60605-9.

[8] Andes DR, Safdar N, Baddley JW, Playford G, Reboli AC, Rex JH, Sobel JD, Pappas PG, Kullberg BJ; Mycoses Study Group. Impact of treatment strategy on outcomes in patients with candidemia and other forms of invasive candidiasis: a patient-level quantitative review of randomized trials. Clin Infect Dis. 2012 Apr;54(8):1110-22. doi: 10.1093/cid/cis021.

[9] Pappas PG, Kauffman CA, Andes DR, Clancy CJ, Marr KA, Ostrosky-Zeichner L, Reboli AC, Schuster MG, Vazquez JA, Walsh TJ, Zaoutis TE, Sobel JD. Clinical Practice Guideline for the Management of Candidiasis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2016 Feb 15;62(4):e1-50. doi: 10.1093/cid/civ933.

[10] Cornely FB, Cornely OA, Salmanton-García J, Koehler FC, Koehler P, Seifert H, Wingen-Heimann S, Mellinghoff SC. Attributable mortality of candidemia after introduction of echinocandins. Mycoses. 2020 Dec;63(12):1373-1381. doi: 10.1111/myc.13177.

[11] Groll AH, Buchheidt D, Heinz W, Bellmann R, Cornely O, Höhl R, Hönigl M, Kluge S, Kurzai O, Lass-Flörl C, Lehrnbecher T, Lichtenstern C, Mendling W, Rath P-M, Rickerts V, Schwartz S, Willinger B, Ruhnke M. S1 Leitlinie Diagnose und Therapie von Candida Infektionen: Gemeinsame Empfehlungen der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft (DMykG) und der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie (PEG) ICD 10: B37.-. https://register.awmf.org/assets/guidelines/082-005l_S1_Diagnose-Therapie-Candida-Infektionen_2020-09.pdf

[12] Hoenigl M, Salmanton-García J, Egger M, Gangneux JP, Bicanic T, Arikan-Akdagli S, Alastruey-Izquierdo A, Klimko N, Barac A, Özenci V, Meijer EFJ, Khanna N, Bassetti M, Rautemaa-Richardson R, Lagrou K, Adam KM, Akalin EH, Akova M, Arsic Arsenijevic V, Aujayeb A, Blennow O, Bretagne S, Danion F, Denis B, de Jonge NA, Desoubeaux G, Drgona L, Erben N, Gori A, García Rodríguez J, Garcia-Vidal C, Giacobbe DR, Goodman AL, Hamal P, Hammarström H, Toscano C, Lanternier F, Lass-Flörl C, Lockhart DEA, Longval T, Loughlin L, Matos T, Mikulska M, Narayanan M, Martín-Pérez S, Prattes J, Rogers B, Rahimli L, Ruiz M, Roilides E, Samarkos M, Scharmann U, Sili U, Sipahi OR, Sivakova A, Steinmann J, Trauth J, Turhan O, Van Praet J, Vena A, White PL, Willinger B, Tortorano AM, Arendrup MC, Koehler P, Cornely OA; ECMM Candida III Study Group. Guideline adherence and survival of patients with candidaemia in Europe: results from the ECMM Candida III multinational European observational cohort study. Lancet Infect Dis. 2023 Jun;23(6):751-761. doi: 10.1016/S1473-3099(22)00872-6.

[13] Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung. 2016. Kalkulation von Behandlungskosten. Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern. Version 4.0. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH.

[14] aG-DRG-Fallpauschalen-Katalog 2024 nebst Anlagen (Katalog ergänzender Zusatzentgelte gem. § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG, Katalog noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen sachgerecht vergüteter Leistungen gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG, Zusatzentgelt-Katalog nach § 6 Abs. 1

[15] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Operationen- und Prozedurenschlüssel Version 2025. https://klassifikationen.bfarm.de/ops/kode-suche/htmlops2025/index.htm#code6.

[16] Thompson GR 3rd, Soriano A, Cornely OA, Kullberg BJ, Kollef M, Vazquez J, Honore PM, Bassetti M, Pullman J, Chayakulkeeree M, Poromanski I, Dignani C, Das AF, Sandison T, Pappas PG; ReSTORE trial investigators. Rezafungin versus caspofungin for treatment of candidaemia and invasive candidiasis (ReSTORE): a multicentre, double-blind, double-dummy, randomised phase 3 trial. Lancet. 2023 Jan 7;401(10370):49-59. doi: 10.1016/S0140-6736(22)02324-8.

[17] Jeck J, Jakobs F, Kurte MS, Cornely OA, Kron F; Health-economic modelling of cost savings due to the use of rezafungin based on a German cost-of-illness study of candidiasis. JAC-Antimicrobial Resistance. 2023 Jun;19; 5(3):dlad079. doi: 10.1093/jacamr/dlad079.

Autorenerklärung

Florian Kron, Johanna Röder und Katja Heße sind Mitarbeiter des Unternehmens VITIS GmbH in Köln. Sebastian Wingen-Heimann und Oliver Cornely sind Mitarbeiter des Universitätsklinikums Köln. Nils Keiner ist bei der Apotheke des Universitätsklinikums Frankfurt am Main beschäftigt. Björn Meier ist Mitarbeiter der Dualen Hochschule Baden-Württemberg in Mannheim. Das Manuskript wurde von Mundipharma Deutschland GmbH und Co. KG finanziell unterstützt.

Zitationshinweis

Kron et al.: „Innovative Antimykotika-Therapie und Versorgungssteuerung entlang der transsektoralen Patient-Journey“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (01/25), S. 80–84. http://doi.org/10.24945/MVF.01.25.1866-0533.2696

Innovative antifungal therapy and care management along the transsectoral patient journey

Invasive fungal infections such as candidemia and invasive candidiasis are associated with prolonged hospital stays due to the consistent need for treatment and high mortality rates. Consequently, they pose major challenges for the healthcare system in general and hospitals in particular. In contrast to the actual necessary daily infusion of conventional antimycotics, innovative antimycotics such as rezafungin offer potential for early outpatient treatment. By shifting treatment to the outpatient care sector at an earlier stage, both inpatient resources can be relieved, and the efficiency of care can be increased. Particularly in the context of the planned hospital reform, new trans-sectoral care models are crucial for service providers to cope with the increasing economic pressure. This requires close cooperation from a clinical, pharmaceutical as well as economic perspective to successfully integrate innovative therapies into patient care.

Keywords

Outpatient treatment, antifungals, health economics, interdisciplinary care management, invasive fungal infection, trans-sectoral patient journey

Prof. Dr. rer. medic. Florian Kron ORCID: 0000-0003-4907-7490



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

Johanna Röder MSc ORCID: 0009-0009-7098-6753



studierte Health Economics and Management an der Universität zu Köln und an der Universität Maastricht. Sie ist HEOR Consultant bei der VITIS Healthcare Group in Köln. Davor arbeitete Sie als Projektmanagerin und Referentin der Geschäftsführung in einem Kölner Krankenhaus.
Kontakt: J.Roeder@vitis-healthcare.com

Katja Heße MSc ORCID: 0009-0002-6692-9560



studierte Gesundheitsökonomie an der Universität zu Köln und arbeitet als Junior Consultant HEOR bei der VITIS Healthcare Group in Köln. Davor arbeitete Sie als studentische Hilfskraft im Bereich klinischer Studien in einem Kölner Krankenhaus.
Kontakt: K.Hesse@vitis-healthcare.com

Dr. rer. medic. Sebastian Wingen-Heimann



FOM Hochschule, Essen, Klinik I für Innere Medizin, Universitätsklinikum Köln (AöR), VITIS Healthcare Group, Köln
Kontakt: Sebastian.Wingen-Heimann@uk-koeln.de
ORCID: 0000-0002-4232-6944

Dr. rer. nat. Nils Keiner



Universitätsklinikum Frankfurt am Main, Apotheke
Kontakt: Nils.Keiner@unimedizin-ffm.de

Prof. Dr. rer. pol. Björn Maier



Studiendekan, Studiengangsleiter, Professor BWL – Gesundheitsmanagement, Duale Hochschule Baden-Württemberg Mannheim.
Kontakt: B.Maier@imcog.de

Prof. Dr. med. Oliver Cornely



Klinik I für Innere Medizin, Universitätsklinikum Köln (AöR)
Kontakt: Oliver.Cornely@uk-koeln.de
ORCID: 0000-0001-9599-3137



LEBENSQUALITÄT ENTSTEHT …

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

www.lilly.com/de

Lilly

PP-MG-DE-1794 Juli 2024

AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

Die Methode der Funktionalen Resonanzanalyse als Instrument zur Bewältigung der Komplexität im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen ist ein Beispiel für ein komplexes soziotechnisches System mit dem Ziel der individuell bestmöglichen Behandlung bei kosteneffizientem Einsatz moderner Technik. Die Fehleranfälligkeit, insbesondere bei der Versorgung kritisch kranker Patienten, ist hoch. Um unerwünschte Ereignisse im Sinne einer Qualitätsoptimierung zu reduzieren und zu vermeiden, werden Instrumente des klinischen Risikomanagements wie zum Beispiel Critical Incident Reporting Systeme oder Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen eingesetzt. Der klassische Ansatz zur Optimierung der Patientensicherheit konzentriert sich dabei auf die Vermeidung inakzeptabler Risiken und die Reduktion inakzeptabler Ergebnisse. Patientensicherheit wird in diesem Verständnis als Abwesenheit unerwünschter Ereignisse definiert. Ein hohes Sicherheitsniveau ist erreicht, wenn wenige oder keine unerwünschten Ereignisse oder Schäden auftreten (Safety-I).

Bis heute steht das retrospektive Lernen aus Fehlern und Zwischenfällen im Vordergrund. Trotz vieler Fortschritte ist die Zahl vermeidbarer unerwünschter Ereignisse im deutschen Gesundheitswesen nach wie vor sehr hoch; systemweite Veränderungen werden nur begrenzt umgesetzt. Laut Weißbuch wird die Zahl der vermeidbaren Todesfälle von Patientinnen und Patienten in Deutschland auf 20.000 pro Jahr geschätzt. Fehler und Zwischenfälle machen im medizinischen Alltag nur einen geringen Anteil aus, verglichen mit gut bewältigten schwierigen Aufgaben, positiven Verläufen und Überraschungen (Abbildung 1). Diese Erkenntnis bedeutet, dass der Fokus auf positive Ereignisse und erfolgreiche Patientenbehandlungen gelegt werden sollte. Dieser Ansatz liegt Safety-II zugrunde und betont das Lernen aus erfolgreichen Alltagssituationen. Dieser Perspektivenwechsel wird durch die zunehmende Komplexität der Versorgung notwendig. Die Einhaltung von Leitlinien und Prozessen ist bei Routinetätigkeiten durchaus möglich. In der Patientenversorgung wird dies jedoch durch die zunehmende Komplexität deutlich erschwert. Das Gesundheitssystem ist hochkomplex und wird durch eine Vielzahl von Elementen bestimmt, die in zahlreichen, teilweise unvorhersehbaren Wechselwirkungen stehen. Es ist gekennzeichnet durch ein soziotechnisches System, das komplexe organisatorische Abläufe durch interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit als soziales Subsystem umfasst, und ein technisches Subsystem, das moderne technische Geräte, Automatisierung und technisierte Behandlungsmethoden umfasst. Die optimale Integration beider Teilsysteme ist entscheidend für die Gesamtleistung. Die Schwere der Erkrankungen der Patientinnen und Patienten (Multimorbidität) sowie die damit einhergehende Mehrfachmedikation (Polypharmazie) erhöhen die Komplexität zusätzlich. In der täglichen Praxis zeigt sich, dass auch außerhalb von Akutsituationen trotz klarer Ablaufvorgaben entscheidende Maßnahmen nicht oder nicht rechtzeitig durchgeführt werden. Die Gründe hierfür sind vielfältig, z. B. ein Überangebot an unterschiedlichen Leitlinien und komplizierte Handlungsanweisungen. Eine immer stärkere Standardisierung menschlichen Handelns allein erscheint daher nicht erfolgversprechend. Soziotechnische Systeme wie das Gesundheitswesen müssen lern- und anpassungsfähig sein.

Neuere Ansätze verfolgen einen systemischen Ansatz, der beispielhaft in den beiden Publikationen von Speer und Mitarbeitern (1, 2) dargestellt wird. Sie fokussieren auf die Ursachen der überwiegend positiven klinischen Prozesse. Mit der Methode der funktionalen Resonanzanalyse (FRAM) wird die tatsächliche Arbeit im Vergleich zur geplanten Arbeit modelliert. Durch ein besseres Prozessverständnis sollen Maßnahmen abgeleitet werden, die die Fähigkeit des Systems stärken, seine Ziele auch bei Veränderungen und Störungen zu erreichen. Ein zentraler Indikator für Komplexität ist die Differenz zwischen Vorstellungen über Versorgungsprozesse ('work-as-imagined', WAI) und der realen Vorgänge ('work-as-done', WAD). Bei der Planung, dem Design, dem Management oder der Analyse von Systemen wird oft stillschweigend davon ausgegangen, dass die Vorgänge im System bekannt und verstanden sind. Diese Überzeugung beruht auf bisherigen Erfahrungen, dem Vergleich mit anderen Systemen und der Beschreibung in Dokumenten wie Layouts, Organigrammen, Stellenbeschreibungen oder Standards. Vorstellungen über das System (WAI) sind vereinfacht und veralten mehr oder weniger schnell. WAD hingegen beschreibt - näherungsweise - die tatsächlichen Abläufe im System. Obwohl WAI und WAD nie exakt übereinstimmen, spielt dies in einer einfachen, nicht komplexen Arbeitswelt praktisch keine Rolle, da die Abweichungen tolerierbar sind. In komplexen Systemen kann der Unterschied zwischen WAI und WAD jedoch erheblich sein. Ein wesentlicher Grund für den Unterschied liegt in den ständigen Anpassungen der Handlungen an die situativen Gegebenheiten im System. Diese Anpassungen werden ausgelöst durch sich ständig ändernde Anforderungen und Rahmenbedingungen wie Personalwechsel, technische Ausfälle, Wartezeiten auf Leistungen und Lieferungen oder unerwartetes Patientenverhalten sowie unvollständige und widersprüchliche Informationen.

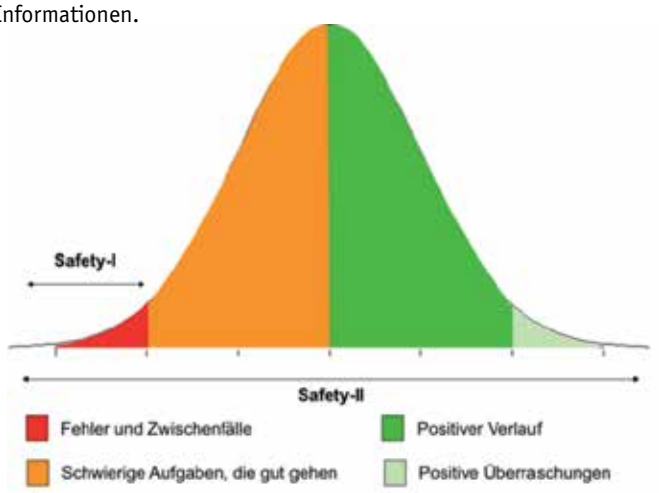


Abbildung 1: Lernen aus dem Alltag

Die FRAM ist eine etablierte Methode aus der Sicherheitsforschung, die explizit für komplexe soziotechnische Systeme entwickelt wurde und sowohl prospektiv zur Systemanalyse als auch retrospektiv zur Störfallanalyse bereits im Gesundheitswesen sowie in vielen anderen Industriezweigen (u.a. Schiffsverkehr, Luftfahrt, Öl- und Gasindustrie) eingesetzt wurde. Beispiele für die erfolgreiche Anwendung der FRAM im Gesundheitswesen beziehen sich u.a. auf die Arbeit in der Notaufnahme, die Einführung klinischer Leitlinien und die intravenöse Flüssigkeitstherapie auf einer Intensivstation. Die Methode basiert auf der Kernidee der Erfassung von Alltagshandlungen (WAD). WAD ist grundsätzlich durch Variabilität gekennzeichnet, da ständig Anpassungen an situative Gegebenheiten erforderlich sind.

Das Vorgehen zur Durchführung einer FRAM gliedert sich in folgende Schritte:

1. Definition, Abgrenzung, Erkundung und Dokumentation des Prozesses,
2. Identifikation der Funktionen des Prozesses,
3. Interviews,
4. Auswertung, Dokumentation und Modellierung,
5. Kommunikative Validierung des Modells.

Interviews mit Personen, die die betreffende Funktion im Rahmen ihrer Tätigkeit regelmäßig ausüben, bilden den Kern der Datenerhebung zur Erweiterung der Informationsbasis. Sie werden als halboffene, leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Ihnen gehen in der Regel Ortsbegehungen, Dokumentenanalysen und ggf. in-situ-Simulationen voraus. Die FRAM modelliert die gesammelten Informationen des Prozesses als nach außen abgrenzbare Systeme miteinander verbundener Funktionen, die durch hexagonale Symbole darstellt werden. Jede Ecke des Hexagons repräsentiert einen bestimmten Aspekt. Die Aspekte bilden zusammen die Eigenschaften einer Funktion: Input (I), Start einer Funktion; Output (O), Ergebnis einer Funktion; Precondition (P, Vorbedingung), Vorbedingung für den Start einer Funktion; Resource (R, Ressource), Ressourcen, die für die Durchführung einer Funktion benötigt werden (Material, Geräte, Personal); Time (T, Zeit), alle zeitlichen Aspekte; Control (C, Kontrolle), alle Einflüsse, die den Ablauf der Funktion steuern. Die spätere Evaluation der FRAM erfolgt durch die befragte Zielgruppe (also z.B. die Mitarbeitenden der betreffenden Abteilung) in einem moderierten Workshop (kommunikative Validierung).
Die modellhafte grafische Darstellung der Ergebnisse aus den Interviews mit den Mitarbeitenden verdeutlicht, wie vielfältig die untersuchten Funktionen miteinander verknüpft sein können und welche Abhängigkeiten sich bei Veränderungen einzelner Funktionen für den Gesamtprozess ergeben. Dadurch können für einzelne Funktionen Abweichungen zwischen dem tatsächlichen Alltagshandeln (WAD) und der vorgestellten Handlung (WAI) identifiziert werden. Die FRAM ermöglicht wertvolle Einblicke in die Funktionsweise komplexer soziotechnischer Systeme, die weit über klassische lineare Methoden hinausgehen. Durch die gewonnene Sensibilisierung für betriebliche Abläufe und die damit mögliche dynamische Betrachtung der Wechselwirkungen innerhalb des Systems ist es möglich, spezifische Maßnahmen abzuleiten, die resilientes Verhalten fördern und kritische Variabilität reduzieren und somit einen Beitrag zur Erhöhung der Patientensicherheit und Effizienz leisten können. Statt immer umfangreicherer Standardisierung und der Jagd nach menschlichen Fehlern müssen wir die Quellen für Resilienz identifizieren und sie in unseren Prozessen stärken. Ein erprobtes Hilfsmittel dafür ist die FRAM aus dem Methodenrepertoire von Safety-II.

Das strategische Ziel des Patientensicherheitsplans der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für den Zeitraum 2021-2030 ist das Konzept hochzuverlässiger Systeme. Der Leitgedanke dieses Konzepts ist die Resilienz. Diese wird definiert als die Fähigkeit einer Organisation, vor, während oder nach einer Störung einen stabilen und sicheren Zustand aufrechtzuerhalten oder zumindest schnellstmöglich in diesen zurückzukehren. Resiliente Organisationen sind demnach besonders geeignet, die Patientensicherheit in einem komplexen Arbeitsumfeld zu gewährleisten. Der systemische Ansatz von Safety-II ist eine notwendige Antwort auf die zunehmende Komplexität im Gesundheitswesen. Um effektiv entscheiden und handeln zu können, ist es entscheidend, Komplexität zu verstehen und zu bewältigen. Die Resilienz medizinischer Behandlungsteams ermöglicht es ihnen, Krisen zu bewältigen und die Funktion des soziotechnischen Systems auch bei Störungen und unerwarteten Umständen entschlossen aufrecht zu erhalten. Die Anwendungsmöglichkeiten von Safety-II erstrecken sich dabei über Notfall- und Krisensituationen hinaus auf den gesamten Bereich der Gesundheitsversorgung. Safety-I und Safety-II ergänzen sich und sollten idealerweise zu einer Gesamtlösung kombiniert werden.

Fazit

In einer komplexen Welt vertragen sich hohe Anforderungen und Erwartungen an die Versorgung nicht mehr mit überkommenen Lösungsansätzen. Sicherheit bedeutet nicht nur die Abwesenheit unerwünschter Ereignisse, sondern gerade auch die aktive Fähigkeit, Sicherheit zu erzeugen, insbesondere in unerwarteten kritischen Situationen und unter Druck. Statt immer umfangreicherer Standardisierung und der Jagd nach menschlichen Fehlern müssen wir die Quellen für Resilienz identifizieren und sie in unseren Prozessen stärken. Ein erprobtes Hilfsmittel dafür ist die FRAM aus dem Methodenrepertoire von Safety-II. Dabei erweitert die Durchführung einer FRAM das Verständnis der Funktionsweise komplexer soziotechnischer Systeme erheblich und stellt damit ein wertvolles neues Instrument zur Identifikation von spezifischen Ansatzpunkten zur Erhöhung der Resilienz dar.

Literatur
1. Speer, T., Mühlbradt, T., Fastner, C. et al. (2023) Safety II: ein systemischer Ansatz für ein effektives klinisches Risikomanagement. Anaesthesiologie 72, 48–56.
2. Speer, T., Mühlbradt, T., Unger, H. et al. (2024) Komplexe Prozesse besser verstehen – eine alltagsbezogene Fallstudie zur Erhöhung der Patientensicherheit und Effektivität in einem Zentral-OP. Anaesthesiologie 73, 232–243.

Eine kompakte Einführung und Übersicht zu Safety-II bietet das Buch von Mühlbradt, T., Schröder, S., Speer, T. (2024) Safety-II: Neue Wege zur Patientensicherheit. Strategien, Methoden und praktische Erfahrungen. Wiesbaden: Springer Gabler.

Korrespondierender Autor:
Prof. Dr. med. Stefan Schröder, MHBA
Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie
Artemed Krankenhaus Düren
stefan.schroeder@krankenhaus-dueren.de

Grußwort

Liebe Kolleg:innen, liebe Leser:innen,

das Gesundheitswesen steht vor der Herausforderung, in einem hochkomplexen und dynamischen Umfeld täglich eine sichere und qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten. Vor diesem Hintergrund rückt die Methode der Funktionalen Resonanzanalyse (FRAM) als vielversprechendes Instrument aus dem Methodenrepertoire von Safety II in den Fokus. Mit ihrer Fähigkeit, komplexe Prozesse in ihrer gesamten Vernetzung zu erfassen, bietet sie eine neue Perspektive für die Gestaltung sicherer Systeme. Der vorliegende Beitrag soll dazu anregen, über bestehende Strukturen hinauszuschauen, neue Wege zu gehen und die Patientensicherheit weiter zu stärken.

Ihr Prof. Dr. med. Stefan Schröder
Aktionsbündnis Patientensicherheit, Berlin, Deutschland



V.i.S.d.P.: Dr. Ruth Hecker



Revolutionen

erfordern Leidenschaft.

Seit über hundert Jahren setzen wir als forschendes Unternehmen durch Diagnostika und Medikamente neue Standards im Gesundheitswesen. Heute versprechen neue Datenquellen und Analysemöglichkeiten für Patienten die passende Behandlung zum richtigen Zeitpunkt zu finden. Daran müssen wir gemeinsam arbeiten. Damit Fortschritt dem Menschen dient. Und nicht umgekehrt.

Roche