www.monitor-versorgungsforschung.de www.m-vf.de 03/25 18. Jahrgang

monitor VERSORGUNGSFORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Titelinterview mit Professorin Dr. Sinja H. Meyer-Rötz, Pflegebeauftragte des Landes Berlin: „Eine starke Stimme der Pflegebedürftigen in Berlin“

„sphin-X: Weil ein gemeinsamer Weg viel besser ist” (Bader/Hübner)

„Die Modernisierung der EU-Gesundheitssysteme im Fokus“ (Häussler/Rittweger)

„Gemessene Werte stärker mit PRO verknüpfen“ (Wörmann)

ISSN 1866-0533

monitor VERSORGUNGS FORSCHUNG

03/25 18. Jahrgang

Editorial

„Pflege am Limit" 4
Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Redaktion

„Eine starke Stimme der Pflegebedürftigen in Berlin" 6
Titelinterview mit Prof. Sinja H. Meyer-Rötz, Pflegebeauftragte des Landes Berlin

Viele konkrete Handlungsempfehlungen 12
Weißbuch „Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

sphin-X: Weil ein gemeinsamer Weg viel besser ist 14
Im Interview: Maro Bader (Roche Pharma)/Michael Hübner (Sana Kliniken)

Wie genau muss eine Krankenkasse nun informieren? 20
Zur schwierigen Umsetzung des § 25b SGB V

Die Modernisierung der EU-Gesundheitssysteme 22
Interview: Prof. Dr. Bertram Häussler (IGES)/Dr. Roman-Marcus Rittweger (athagoras)

Gesundheitskosten steigen stärker als das BIP 26
SFS-Whitepaper „Kostenanstieg im Gesundheitswesen"

Höchstmöglicher ESMO-Wert vs. kein Zusatznutzen 28
Zur unterschiedlichen Bewertung von ESMO und IQWiG über Pembrolizumab/„Keytruda"

Gemessene Werte stärker mit PRO verknüpfen 30
Interview mit Prof. Dr. Bernhard Wörmann (DGHO)

Standort für diversitätssensible Versorgungsforschung 34
Serie „VF made in..." (47): Abteilung für Versorgungsforschung an der RUB

WISSEN (Peer-Review)

Digitale Prävention in der Hypertonieversorgung 38
Handlungsempfehlungen aus dem Projekt DiPaH

Problem in der ambulanten Versorgung 40
Eine Langzeitbetrachtung von Dr. med. Manfred Eissler

Herausforderungen und gesellschaftlicher Wert 44
Gesundheitsökonomische Bewertung des Impfens von Plath et al.

STANDARDS

Impressum 2 News 33, 39, 51, 52

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 53–56

WISSENSCHAFT (Peer-Review)

Dr. jur. Dr. rer. med. Thomas Ruppel 57
Dr. jur. Laura Mertens
Rechtliche Implikationen der Stratifizierung des Versichertenklientels nach § 25b SGB V – Anforderungen an Patienteninformation & KI-Einsatz
Kranken- und Pflegekassen müssen stets nachvollziehbar begründen können, wie sie zu ihren Ergebnissen gekommen sind und weshalb sie welche Informationsentscheidung getroffen haben. Diese rechtlichen Anforderungen limitieren den Einsatz von künstlicher Intelligenz soweit und solange diese nicht ihre Verfahren und Ergebnisse transparent und nachvollziehbar machen können.

Prof. Dr. Viviane Scherenberg / Melanie Preuß MA 64
AOK Herzgesundheit digital: Fördernde und hemmende Faktoren digitaler Präventionsinterventionen
Ziel der Studie (mit drei Erhebungswellen) war es, Faktoren aus der Perspektive der Teilnehmenden zu identifizieren, die eine (dauerhafte) Nutzung solcher Interventionen fördern bzw. hemmen.xwertet wurden.

Prof. Dr. rer. med. Karel Kostev / Dipl.-Biol. Sabine Kluge MS / Dr. med. Corinna Doege MHA 69
Medikamentöse Therapie der Migräne bei Kindern durch Kinderärzte in Deutschland – welche Rolle spielen Rabattverträge?
Daten über die Nutzung von medikamentösen Migränetherapien bei Kindern im Praxisalltag sind begrenzt. Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Muster in der Verordnung von akuten Migränetherapien in niedergelassenen Kinderarztpraxen in Deutschland zu analysieren und zu bewerten. Die retrospektive Querschnittsstudie umfasst Kinder im Alter von 2–12 Jahren mit einer Migränediagnose, die zwischen Januar 2015 und Dezember 2023 von einem der 250 teilnehmenden Kinderärzte diagnostiziert wurden.

Prof. Dr. rer. oec. Alexander Alscher / Prof. Dr. phil. Christian Wissing / Dr. rer. medic. Johannes Pollmanns 74
Videosprechstunden im kinderärztlichen Notdienst: Fallstudie zu Technologienutzung und Zufriedenheit
Diese Studie behandelt die flächendeckende Gesundheitsversorgung mittels Digital Health. Anhand einer Fallstudie wird der Einsatz von Videosprechstunden zur Kinder-heilkunde-Notversorgung in Nordrhein untersucht. Es werden die Technologienutzung und die Zufriedenheit der Patient:innen analysiert. Daraus werden Empfehlungen zur Optimierung der Gesundheitsversorgung abgeleitet.

Marie Schluttig MSc / Simon Maria Kremer MSc / Dr. med. Thomas Assmann / Jana Schachtzabel BA / Prof. Dr. rer. pol. Clarissa Kurscheid 81
Neugestaltung eines Versorgungspfades durch digitale Integration
Angesichts des steigenden Pflegebedarfs und Personalmangels in Deutschland sind innovative digitale Lösungen zur Optimierung der Zusammenarbeit notwendig. Bisherige Prozesse im Austausch von Vitaldaten und Medikations plänen sind zeitaufwendig und fehleranfällig, was die Sicherheit und Effizienz der Versorgung beeinträchtigt. Ziel des Projekts Docs & Care Network war es, Standards für den strukturierten Datenaustausch zu entwickeln und eine nahtlose digitale Integration zu fördern, die es ermöglicht, Vitaldaten und Medikationspläne zeitnah und sicher zu übertragen.

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

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

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

Institute/Stiftungen

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

Akteure

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



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

Pflege am Limit

Titelinterview mit Professorin Dr. Sinja H. Meyer-Rötz, Berliner Pflegebeauftragte > S. 6 ff.
„Die gesamte deutsche Pflegelandschaft steht vor einem multiplen Krisenszenario, das sich durch demografische Verschiebungen, strukturelle Versorgungsbrüche und ökonomische Schieflagen zuspitzt.“ So Professorin Meyer-Rötz, die Pflegebeauftragte des Landes Berlin, im Titelinterview. In Zukunft soll verstärkt auf Caring Communitys gesetzt werden.

Interview mit Maro Bader, Roche Pharma, und Michael Hübner, Sana Kliniken > S. 14 ff.
Gesundheitsdaten sinnvoll nutzen. Eine gute Idee, aber schwierig umzusetzen, wie die aktuelle (und schon 20 Jahre dauernde) Diskussion zur E-Patientenakte wieder zeigt.

Interview mit Prof. Dr. Bertram Häussler, IGES-Gruppe, und Dr. Roman-Marcus Rittweger, athagoras > S. 22 ff.
Wir befragen die beiden Chefs ihrer Beratungsunternehmen zu den Entwicklungen im und ihren Visionen für den Markt der europäischen Gesundheitssysteme.

Interview mit Prof. Dr. Bernhard Wörmann, DGHO
Professor Wörmann nimmt zur Methodik der Nutzenbewertung von Arzneimitteln im lernenden AMNOG-Verfahren Stellung. > S. 30 ff.

MVF-Serie „Versorgungsforschung made in …“ (Teil 47)
Diesmal sind wir bei **Prof. Dr. Ina Otte** und ihren Mitarbeiterinnen in der Abteilung für Versorgungsforschung des Instituts für Diversitätsmedizin an der Ruhr-Universität Bochum. > S. 34 ff.

Herausgeberbeirat
Wir bedanken uns bei **Prof. Dr. Edmund Neugebauer**, Medizinische Hochschule Brandenburg, anlässlich seiner feierlichen Verabschiedung für seine stete Unterstützung unserer Zeitschrift von Anfang an. > S. 3, 39 Ebenso bedanken wir uns herzlich bei **Harald Möhlmann,** Berater des Vorstands der AOK Nordost, der in seinen wohlverdienten Ruhestand geht. > S. 3 Seine Funktion im MVF-Beirat übernimmt die Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost, **Daniela Teichert**. Herzlich willkommen. > S. 3

Rubrik Wissen
Bruch u. a. untersuchen digitale Präventionsmaßnahmen bei Bluthochdruck. Diese bieten zwar Potenzial, es bestehen aber Defizite bei Reichweite, Akzeptanz und Wirksamkeit. > S. 38 ff.
Eissler analysiert die zeitliche Entwicklung verschiedener Kennzahlen zur ambulanten Versorgung, um die Ursachen der aktuellen Entwicklung zu erkennen. > S. 40 ff.
Plath et al. nehmen eine gesundheitsökonomische Bewertung des Impfens vor. > S. 44 ff.

Wissenschaftliche Beiträge
Ruppel und **Mertens** analysieren die rechtlichen Anforderungen an den Einsatz von künstlicher Intelligenz zur Auswertung von Versichertendaten. > S. 57 ff.
Scherenberg und **Preuß** präsentieren die Ergebnisse des Modellprojekts „AOK Herzgesundheit digital“ zur Nutzung digitaler Präventionsangebote. > S. 64 ff.
Kostev, Kluge und **Doege** analysieren die Verordnungsmuster akuter Migränetherapien für Kinder in deutschen Kinderarztpraxen. > S. 69 ff.
Alscher, Wissing und **Pollmanns** zeigen am Beispiel der kinderärztlichen Notversorgung in Nordrhein, dass Videosprechstunden ein hohes Potenzial für eine effektive, ortsunabhängige und patientenzentrierte Gesundheitsversorgung bieten. > S. 74 ff.
Schluttig u. a. entwickeln Standards für den sicheren, strukturierten Austausch von Vitaldaten und Medikationsplänen zwischen Pflege und Hausarztpraxis. > S. 80 ff.

Ich wünsche Ihnen einen schönen Sommer und wieder interessante Lektüre mit vielen Informationen, die für Ihre Arbeit nützlich sind.

Reinhold Roski

Ihr Professor Dr. Reinhold Roski

Bitte anmelden zum 8. Onlinekongress Impfstatus 2025 von „Monitor Versorgungsforschung“

Melden Sie sich an, die Teilnehmerzahl ist kontingentiert: https://t1p.de/vmjek



INSIGHT HEALTH
Our passion - your success

Daten für eine bessere Arzneimittelversorgung

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

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

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

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

www.insight-health.de



„Eine starke Stimme der bedürftigen in Berlin“

Nach dem Saarland, das bereits im Mai 2013 die Funktion eines Pflegebeauftragten einführte, und Bayern, das im November 2013 das Amt eines Patienten- und Pflegebeauftragten installierte, hat seit Juni 2024 auch das Land Berlin eine Pflegebeauftragte. Zwar steht die endgültige Stellenbesetzung noch aus, doch hat kommissarisch Prof. Dr. Sinja H. Meyer-Rötz das neu geschaffene Amt übernommen, womit die Senatsverwaltung einen wichtigen Punkt seines Koalitionsvertrags umsetzte, explizit eine Ansprechpartner:in für Pflegebedürftige und deren Angehörige zu benennen. „Diese Aufgabe hat für mich höchste Priorität und ist mir persönlich eine Herzensangelegenheit“, erklärt Prof. Meyer-Rötz in ihrem ersten Monitoringbericht (1).

Im Interview: Professorin Dr. Sinja H. Meyer-Rötz, Pflegebeauftragte des Landes Berlin

>> Frau Professorin Meyer-Rötz, was genau sind Ihre Aufgaben?

Meine oberste Priorität ist es, im Rahmen der Ausübung dieses Amtes die Belange von Pflegebedürftigen und (pflegenden) An- und Zugehörigen in den Mittelpunkt meiner Arbeit zu stellen. Dazu gehört es, die Politik, die Verwaltung sowie die Öffentlichkeit auf die zahlreichen und vielschichtigen Herausforderungen und Problemlagen im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit aufmerksam zu machen.

„Wir gehen – Stand 2023 – einstweilen geschätzt von rund 280.000 pflegenden An- und Zugehörigen in Berlin aus. Damit sind in der Hauptstadt mittlerweile insgesamt knapp 500.000 Menschen unmittelbar von Pflege betroffen."

Warum gerade Pflegebedürftige und (pflegende) An- und Zugehörige und nicht auch die professionelle Pflege?

Pflege ist vielfältig. Natürlich ist die professionelle Pflege in den Alten- und Pflegeheimen sowie in ambulanten Pflegediensten außerordentlich wichtig und die dort Beschäftigten verdienen unseren großen Respekt. Dennoch ist Pflege nach wie vor zum Großteil in familiären oder familienähnlichen Strukturen zu verorten. So wird in Berlin jede zweite pflegebedürftige Person ausschließlich durch An- und Zugehörige versorgt. Um deutlich zu machen, was informelle Pflege leistet: 2023 wurden insgesamt 87 Prozent der Berliner Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt! Die gesamte deutsche Pflegelandschaft steht vor einem multiplen Krisenszenario, das sich durch demografische Verschiebungen, strukturelle Versorgungsbrüche und ökonomische Schieflagen zuspitzt.

Pflege-

Mit über 5,69 Millionen Pflegebedürftigen im Jahr 2024 – Tendenz steigend auf prognostizierte 7,6 Millionen bis 2055 – zeigt das System fundamentale Schwächen, die jenseits kurzfristiger Reparaturmaßnahmen eine umfassende Reform erfordern.

Da macht Berlin überhaupt keine Ausnahme. Laut dem Amt für Statistik Berlin-Brandenburg waren 211.999 Berliner:innen zum Stichtag 15. Dezember 2023 im Sinne der Pflegeversicherung pflegebedürftig, was einem Bevölkerungsanteil von 5,6 Prozent entspricht. Damit ist der Anteil von pflegebedürftigen Berliner:innen stark gestiegen – gegenüber 2021 um mehr als 26.000 Personen sowie um mehr als 53.500 Personen gegenüber 2019. Zudem gehen demografische Modellierungen davon aus, dass die Fallzahlen pflegebedürftiger Berliner:innen in den nächsten Jahren weiterhin kontinuierlich ansteigen werden.

Dabei sprechen wir hier „nur" von den zu Pflegenden selbst, nicht von der Vielzahl derer, die die nötige Pflege in Familien oder familienähnlichen Strukturen wahrnehmen.

Wer genau als pflegender An- und Zugehöriger gilt, ist noch nicht einheitlich geklärt. Das wäre eine ganz wichtige Aufgabe für die Pflegewissenschaft und Versorgungsforschung. Aufgrund verschiedener Definitionen gibt es bislang keine valide Datengrundlage, um eine belastbare Aussage zur Anzahl der pflegenden An- und Zugehörigen in Deutschland oder speziell in Berlin zu treffen. Wir gehen – Stand 2023 – einstweilen geschätzt von rund 280.000 pflegenden An- und Zugehörigen in Berlin aus. Damit sind in der Hauptstadt mittlerweile insgesamt knapp 500.000 Menschen unmittelbar von Pflege betroffen, weil sie Pflege entweder brauchen oder sie informell ausüben. Damit sind die aktuellen Prognosen der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege für das Jahr 2040 bereits jetzt übertroffen.

Wobei diese Zahl real noch viel höher sein wird, weil in modernen Gesellschaften die 1:1-Betreuung meist gar nicht mehr funktioniert.

Pflegende Angehörige waren und sind meist weiblich und haben für diese Tätigkeit entweder ihre Freizeit genutzt oder auf einen Teil ihrer Erwerbstätigkeit verzichtet, was für sie persönlich im Alter Probleme bereiten wird, weil damit Rentenansprüche minimiert werden. Dazu kommt, dass in der Metropole Berlin die Singlehaushaltsquote bei mehr als 50 Prozent liegt und der nächste Verwandte, der pflegen könnte, vielleicht gar nicht im selben Stadtteil oder noch nicht mal in der Stadt selbst wohnt. Hier sind Caring Communitys gefragt, die meist aus viel mehr als einer Person bestehen, womit sich die eben genannte Zahl der rund 280.000 pflegenden An- und Zugehörigen deutlich erhöhen dürfte.

Doch gibt es dazu leider weder genaue Zahlen, noch Beschreibungen von Ausformungen derartiger Caring Communitys.

Stimmt. Ich hoffe hier auf die immer stärker werdende Pflegewissenschaft, die uns auch an dieser Stelle weiterhelfen könnte.

Was ist dabei Ihre Funktion?

Man könnte behaupten, dass sich Pflegebedürftige und Pflegende wie andere gesellschaftliche Gruppen eigentlich ganz gut selbst vertreten können. Das stimmt jedoch nicht, weil beide Gruppen schon genug damit zu tun haben, ihrer beider Leben zu organisieren und auch zu finanzieren. Darum weise ich in meinem eben erschienenen ersten Monitoringbericht unter anderem darauf hin, dass gerade die Pflegebedürftigen keine starke Stimme haben. Sonst hätten sie längst Vereine oder Interessenvertretungen gegründet, die es aber nun mal nicht gibt.

Warum ist das so?

Zu pflegende Menschen sind oft stark eingeschränkt und zudem durch ihre Pflegebedürftigkeit emotional belastet, womit sie diese Vertretungsrolle, mit der sie für sich und ihre Interessen selbst einstehen können, gar nicht wahrnehmen können. Gleiches gilt im Übrigen auch bei den pflegenden An- und Zugehörigen, die mit so vielen Dingen konfrontiert sind, dass sie für Lobbyarbeit in eigener Sache oft gar keine Zeit aufbringen können. Das beginnt bereits mit der Sicherstellung der Pflege als solche, für die viele Anträge ge-

stellt werden müssen – hier wäre Bürokratieabbau ein wahrer Segen. Dazu kommen emotional sehr belastende Themen, wie beispielsweise bei einer Demenzerkrankung einer zu pflegenden Person oder Trauer nach dem Verlust des Partners oder der Partnerin. Sich quasi jeden Tag mit herausforderndem Verhalten konfrontiert zu sehen, kann durchaus dazu führen, durch das Raster des Hilfesystems zu fallen. Und da soll man noch Zeit, Kraft und Muße finden, sich einer Interessenvertretung zu widmen?

„Ich bin froh, dass sich die Berliner Senatsverwaltung entschieden hat, ein eigenes Amt zu schaffen, um für das Recht von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen zu kämpfen."

Darum gibt es ja nun Ihr Amt.

Genau. Dieses Amt sieht vor, dass ich eine starke Stimme der Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen bin. Ich will dafür sorgen, dass man die Interessen der beiden Zielgruppen in der Politik, in der Verwaltung und in der Öffentlichkeit wahrnimmt und das, was informelle Pflege braucht, klar benennt und adressiert. Wir reden allein hier in Berlin immerhin von circa einer halben Million Menschen, die selbst pflegebedürftig sind oder in der Form von An- und Zugehörigkeit von Pflege mitbetroffen sind. Das ist bei aktuell knapp vier Millionen Berliner Einwohnenden schon eine sehr relevante und große Zielgruppe. Von daher bin ich froh, dass sich die Berliner Senatsverwaltung entschieden hat, ein eigenes Amt zu schaffen, um für das Recht von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen zu kämpfen, anstatt dies wie in anderen deutschen Bundesländern irgendwo anders einzugliedern. Ich bin übrigens auch eine Verfechterin davon, das Bundesgesundheitsministerium in ein Gesundheits- und Pflegeministerium umzubauen, weil damit die Chance steigt, dass Pflege gleich vor vorneherein überall mitgedacht wird – Gleiches gilt natürlich auch für alle Länderministerien. Dadurch würde man dem Stellenwert von Pflege deutlich Ausdruck verleihen. Dass man hier in Berlin einen sehr innovativen, stringenten und ebenso offenen, ehrlichen und transparenten Weg geht, begrüße ich sehr.

Sie sind nun seit Juni letzten Jahres die Berliner Pflegebeauftragte. Was haben Sie in diesen zwölf Monaten getan, um eine möglichst wirkungsvolle Pflegebeauftragte zu sein und zu werden?

Ich habe die ersten Monate intensiv genutzt, um mich natürlich in der Berliner Pflegelandschaft zu vernetzen. Viele der Akteur:innen kenne ich seit Langem, weil ich nicht erst seit gestern in der Pflegelandschaft in Berlin aktiv bin. Aber es ist doch etwas anderes, in dieser neuen Rolle und in diesem Amt unterwegs zu sein, um Kooperationen zu etablieren. Mit einigen dieser Kooperationspartner gibt es schon regelmäßige Jour fixes, weil wir festgestellt haben, dass wir nicht nur viele gleiche oder ähnliche Themenschwerpunkte sowie Begegnungsräume haben, sondern auch einen gemeinsamen Resonanzraum brauchen, um uns über Themen auszutauschen und weiterzuentwickeln. Das Zweite war, dass wir für mein neues Amt eine Ansprechbarkeit für die Öffentlichkeit hergestellt haben und seitdem telefonisch, per E-Mail und über ein Kontaktformular auf unserer Website erreichbar sind. Ebenso haben wir ein Beschwerdemanagement etabliert und die Struktur für ein regelmäßiges Monitoring aufgesetzt, dessen erster Bericht eben erschienen ist.

Ihre Stelle der Pflegebeauftragten fungiert, wie eben von Ihnen erwähnt, auch als Beschwerdestelle. Welche wiederkehrenden Mängel melden Pflegebedürftige und Angehörige, und wie überträgt diese Feedbackschleife Beschwerden in konkrete Handlungsempfehlungen?

Um eine möglichst zeitnahe und kleinteilige Bearbeitung von pflegerelevanten Themen angehen zu können, wurde für 2025 ein neues Format etabliert, das sich Bezirksimpuls Pflege nennt. Im Rahmen des Bezirksimpulses werde ich einmal pro Monat die jeweiligen etablierten Unterstützungs- und Politikstrukturen, Bezirksstadträte und Akteur:innen, aber auch Good-Practice-Beispiele und Leuchtturmprojekte aufsuchen und mit ihnen über die Weiterentwicklung von Pflegebelangen, aber auch über die meinem Amt zugetragenen Hemmnisse und Probleme diskutieren. Da die Stadt Berlin nun einmal zwölf Bezirke hat, bin ich praktischerweise in 12 Monaten einmal durch.

Mit welchen Anliegen melden sich Berliner:innen bei Ihnen? Welche Themen werden besonders häufig genannt?

Häufig geht es schlichtweg um Versorgungsengpässe, jedoch nicht immer, wie man annehmen könnte, um die reine Verfügbarkeit von Pflegedienstleistungen, sondern um viel trivialere, meist strukturelle Hemmnisse. Nehmen wir einen bekannten Berliner Bezirk, in dem es nicht wenige Hochhäuser gibt. In einige dieser in die Jahre gekommenen Wohnsilos mit sieben, acht oder noch mehr Stockwerken fallen ab und an die Fahrstühle aus und werden oft nur – wenn überhaupt – nach Wochen und Monaten repariert. Nun finden Menschen, die etwas weiter oben wohnen, oft keinen ambulanten Pflegedienst, weil deren Anbieter ziemlich genau wissen, was auf sie zukommt. Die nehmen deshalb bei bestimmten postalischen Adressen überhaupt keine Aufträge mehr an, weil sie ein absolut nachvollziehbares Problem haben: Sie müssen erst einmal eine Pflegefachkraft finden, die willens oder auch kräftig genug ist, dort hinzugehen und bis in den siebten oder auch zehnten Stock hoch- und wieder herunterzulaufen. Das braucht Zeit, die keiner zahlt. Wenn selbst körperlich eingeschränkte Pflegekräfte eingesetzt werden, fallen diese sowieso aus, weil eine beispielsweise 55-jährige Pflegekraft mit körperlichen Einschränkungen oder Adipositas bei – sagen wir – 35 Grad im Sommer ggf. nicht bis in den zehnten Stock hochsteigen könnte, selbst wenn sie es wollte. Von daher führen solche architektonisch-baulichen Probleme zu Versorgungsengpässen, die eigentlich auf einer ganz anderen Ebene der kommunalen Fürsorge gelöst werden müssten, weil Bauträger und Kommunen es schlichtweg schaffen müssen, auch in solchen Häusern eine Barrierefreiheit herzustellen.

Sie sprechen von strukturellen Wohnraumproblemen, die dazu führen, dass Pflegebedürftige keinen Pflegedienst finden. Was aber macht ein Pflegebedürftiger alleine im 10. Stock ohne Aufzug?

Es gibt durchaus Menschen, die seit Monaten nicht in der Lage sind, ihr Haus zu verlassen, nur weil der Fahrstuhl nicht funktioniert. Das ist im Übrigen auch ein Problem für Rettungsdiensteinsätze, die in Berlin von der Feuerwehr geleistet werden: Die laufen dann mit

einer Trage in den 10. Stock hinauf und wieder hinunter. Wir hatten gerade mal wieder einen Fall, bei dem es um ein zweijähriges, mehrfach behindertes Kind ging. Da musste der Vater, selbst schwer krebskrank, sein Kind samt Spezialrollstuhl und Sauerstoffflasche rund ein halbes Jahr sieben Stockwerke runter regelmäßig in Arztpraxen und zu Therapien schleppen und danach wieder hoch. Bei solchen Fällen gehen bei uns ganz verzweifelte Anrufe ein.

Was können Sie tun?

Wir versuchen, was originär gar nicht unsere Aufgabe ist, Druck auf die jeweiligen Wohnungsbau- oder Vermietungsgesellschaften auszuüben. Im eben genannten Fall hat es unser Einwirken immerhin geschafft, dass der Fahrstuhl in dem betreffenden Haus innerhalb von drei Wochen repariert worden ist.

Ältere Menschen, die noch gar nicht pflegebedürftig sein müssen, kommen mit einer Mobilitätseinschränkung doch schon nicht mehr aus dem zweiten oder dritten Stock heraus.

Stimmt. Geschweige denn aus Berliner Altbauwohnungen, in denen viele Treppen ausgetreten oder einfach nicht mehr ganz so in Schuss sind. Dann wird es schwierig. Woran man aber ganz gut sieht, dass Pflege ein gesamtgesellschaftliches wie strukturelles Problem hat.

Mal angesehen von sowieso existierenden Versorgungsengpässen.

Das gilt für ganz Deutschland, aber auch speziell für Berlin. Denken Sie beispielsweise an Versorgungssituationen am Rande der Großstadt. So ragt zum Beispiel der Süden Köpenicks quasi wie eine kommunale Halbinsel nach Brandenburg hinein. In solchen Randgebieten ist es noch schwieriger als anderswo, pflegerische Versorgung zu organisieren, weil ambulante Pflegedienste aufgrund zu geringer Kundendichte einfach nicht vorhanden sind. Es lohnt sich für sie schlichtweg nicht, bei rund zehn Minuten Grundpflege überlange Fahrtzeiten auf sich zu nehmen. Also finden dort viele ältere Menschen keine ambulante Pflegedienste. Eine andere Problemstellung finden wir hingegen in Marzahn-Hellersdorf, einem Berliner Bezirk mit großen Trabanten-Hochhausgebieten mit extrem wenig Parkraum. Der war früher wegen



Prof. Dr. Sinja H. Meyer-Rötz

hat am 1. September 2024 kommissarisch das neu geschaffene Amt der Pflegebeauftragten des Landes Berlin übernommen. Sie ist ebenso Honorar-Professorin an der Alice Salomon Hochschule Berlin (ASH).

Davor war sie seit 2020 als Gruppenleiterin in der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege tätig. Nach dem Abschluss des Gerontologie-Studiums in Vechta erhielt Frau Meyer-Rötz einen Master of Health Administration der Universität Bielefeld und promovierte 2015 erfolgreich an der Universität Duisburg-Essen. Während ihres einschlägigen Karrierewegs im Gesundheitsmanagement und im öffentlichen Dienst Berlin lehrte sie an den Universitäten in Vechta und Göttingen.

anderer Wohnstrukturen und Lebensumstände einfach nicht eingeplant, weil nicht jeder ein eigenes Auto besaß. Der Rettungsdienst macht schlicht das Baulicht an und versperrt die Straße, doch wo soll der ambulante Pflegedienst parken? Gleiches gilt übrigens für Berlin-Mitte mit einem ganz enormen Parkraumproblem. Sie sehen, dass mein Amt mit ganz unterschiedlichen Problemstellungen konfrontiert ist und ich von daher mit vielen unterschiedlichen Akteur:innen sprechen muss, die zudem oft direkt gar nichts mit Pflege an sich zu tun haben.

Wo sehen Sie die strukturellen Probleme in Berlin besonders ausgeprägt?

Personalknappheit und ungleiche Versorgungsverteilung gibt es eigentlich überall, an der Stelle ist Berlin mit vielen anderen Städten Deutschlands vergleichbar. Was indes in unserer Stadt aktuell auffällt, ist ein deutliches Machtgefälle im Markt. Menschen trauen sich bei schlechter oder unzureichender Versorgung nicht, sich beim Pflegedienst selbst zu beschweren oder gar Rechtsschritte einzuleiten, weil sie Angst vor einer Kündigung und dann nicht mal mehr eine „schlechte“ Pflege haben. Das kommt schlichtweg von einer zu hohen Nachfrage bei gleichzeitig zu geringem Angebot entsprechender Dienstleistungen, was wiederum mit der allgemeinen Fachkräfteproblematik korreliert. Das heißt für mein Amt: Genau hinschauen und bei Beschwerdeanrufen genau hinhören, damit dieses real existente Machtgefälle nicht einen zu großen Raum einnimmt und wir frühzeitig dabei helfen können, damit der Verbraucher:innen mit all ihren Rechten nicht allzu sehr ins Hintertreffen geraten. Es ist ein ganz wichtiges Thema, im Sinne der Entlastung von pflegenden An- und Zugehörigen dafür zu sorgen, dass ausreichende Unterstützungsstrukturen vorgehalten werden können. Möglicherweise kann es für Berlin überaus sinnvoll sein, dafür eine ganz andere Finanzierungsmodalität zu schaffen.

Und das bei einer überaus prekären Haushaltssituation.

Das kommt erschwerend hinzu. Da viele gute Mitarbeitende in den vielen Unterstützungsstrukturen immer nur Jahres- oder oft genug nur Mehrmonatsverträge bekommen, ist es doch absolut verständlich, dass sich dies auf die Personalgewinnung und –bindung auswirkt. Damit gehen uns auch einige der Expert:innen verloren, die hier tätig sind, und mit jedem und jeder, der oder die geht, wird eine weitere Unterstützungsstruktur geschwächt und geht vielleicht irgendwann ganz verloren. Wir müssen in Berlin die über

80 Prozent der häuslichen Pflegesettings unterstützten und entlasten und damit einen wichtigen Beitrag zum Verbleib in der eigenen Häuslichkeit leisten, was dem Wunsch zahlreicher Bürger:innen entspricht.

„Die Politik muss ein ganz wichtiges Signal aussenden: Wir kümmern uns um alle, auch und ganz speziell um vulnerable Gruppen unserer Gesellschaft."

Wie?

Pflegende An- und Zugehörige benötigen eine gute Beratung sowie eine ebensolche Begleitung und Unterstützung, die wir staatlicher- und auch städtischerseits sicherstellen müssen. Nur durch frühzeitig in Anspruch genommene Beratungen und Hilfsangebote werden wir es schaffen, den oft enormen Belastungsgrad der An- und Zugehörigen senken zu können und damit vor allem auch Pflegeheimaufnahmen deutlich nach hinten zu verschieben. Das heißt für mich, dass der Auf- und Ausbau von Unterstützungsstrukturen für An- und Zugehörige unsere höchste Priorität sein muss, weil nun einmal das Zuhause-Gepflegtwerden das am deutlichsten nachgefragte, aber auch ökonomischste Pflegesetting – nicht jeder kann und möchte sich bspw. eine stationäre Versorgung leisten – und Versorgungsmodell ist. Dazu gibt es seit 2018 übrigens eine Berliner Strategie zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen, die auf einen bereits 2015 von der Fachstelle für pflegende Angehörige gemeinsam mit Verwaltung und anderen Akteur:innen erarbeiteten „Maßnahmenplan pflegende Angehörige" (2) aufsetzt. Diese Strategie müssen wir erneuern und an die aktuell absehbaren Trends anpassen sowie die Politik davon überzeugen, dass sie ein deutliches Signal setzen muss, pflegende Angehörige so gut es geht zu unterstützen.

Ist es Ihre Aufgabe, solche Aktionen und Strategien anzustoßen oder anzuregen, was doch eigentlich originäre Aufgabe der Kommunalpolitik wäre? Sie haben doch überhaupt keine Durchgriffsfähigkeit, oder?

Stimmt. Mein Amt ist aktuell noch mit keiner Durchgriffsfähigkeit ausgestattet. Daran arbeiten wir aber gerade im Hintergrund und prüfen ob und welche rechtliche Verankerung dieser Rolle in den aktuellen Gesetzesvorhaben erhalten soll. Das halten wir für ganz wichtig.

Wobei sicher niemand gerne sagen lassen möchte, dass da wieder mal eine Strategie – wir denken einmal insbesondere an Corona – in der Schublade liegt und nie hervorgeholt wird.

Es kommt wie immer im Leben auf den Ton an. Von daher nehme ich meinen Einfluss, den ich momentan habe, eher weich wahr. Dennoch stehen im eben erschienenen Monitoringbericht klare Forderungen, zum Beispiel eben die Berliner Strategie zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen nicht nur an die aktuelle Situation anzupassen, sondern sie auch zukunftsfest auszugestalten.

Was sicher im Hinblick auf die derzeitige Stimmung im Land nicht ganz unwichtig ist.

Die Politik muss ein ganz wichtiges Signal aussenden: Wir kümmern uns um alle, auch und ganz speziell um vulnerable Gruppen unserer Gesellschaft. Hier würde es beispielsweise auch in Berlin helfen, wie in Hamburg mit dem Pflegenottelefon eine Unterstützungsstruktur zu installieren. Ich werbe dafür, dass wir uns auch in Berlin damit beschäftigen, ob es nicht eine solche Struktur auch für Berlin geben könnte.

Die welche Aufgabe hätte?

Wenn es beispielsweise um häusliche Konflikte mit einer involvierten pflegebedürftigen Person oder einem krankheits- oder unfallbedingten Ausfall einer pflegenden Person geht, wo ruft man da an? Bei der Polizei? Der Feuerwehr? Dem Notarzt? Klar, werden diese Institutionen helfen, weil sie es müssen, doch werden damit meist parallele Krankenhauseinweisungen ausgelöst, die es nur deshalb gibt, weil schlichtweg zu wenig niedrigschwelligere Unterstützungsangebote vorhanden sind.

Nehmen wir ein Beispiel: Was passiert, wenn ein pflegender Angehöriger morgens in der Dusche stürzt, sich den Oberschenkelhals bricht und seine an Demenz erkrankte Ehefrau pflegen muss?

Was dann häufig passiert, ist die eben angesprochene parallele Krankenhauseinweisung. Der Ehemann wird wegen seines Oberschenkelhalsbruches eingewiesen, die demente Ehefrau wegen eines entgleisten Diabetes oder einer Bluthochdrucksituation, beides vielleicht sogar ausgelöst durch akuten Stress, aber eigentlich falsch codiert, nur um eine Pflegesituation zu sichern.

Gut gemeint …

… aber völlig falsch in ein teures System gesteuert, wobei Akut-Krankenhäuser nicht den primären Auftrag haben, notfallmäßig Personen aufzunehmen, die Langzeitpflege und schon gar nicht Langzeitbetreuung benötigen. Darum müssen wir dahin kommen, für solche Fälle andere Strukturen vorzuhalten, wie etwa die Etablierung einer dauerhaften 24/7-Kurzzeitpflege, in der Pflegebedürftige auch nachts in Akutsituationen aufgenommen werden können. Natürlich kostet die Vorhaltung viel Geld, aber der Krankenhausaufenthalt wahrscheinlich noch mehr und gleichzeitig sind die genannten Personen dort vollkommen falsch. Wir sehen uns demografisch bedingt einer zahlenmäßig immer größer werdenden Gruppen an älteren pflegebedürftigen Menschen gegenüber: Für diese Population müssen wir Antworten haben und uns vorbereiten, weil ansonsten die Babyboomer die Krankenhäuser „verstopfen" werden, die doch eigentlich einen ganz anderen Versorgungsauftrag haben. Von daher brauchen wir ein Verständnis der Krankenhäuser und der Ärzte darüber, was in der Pflege passiert und welche Strukturen da vorherrschen. Und wir brauchen ein Verständnis in der Pflege dafür, was in Krankenhäusern, in Arztpraxen und MVZ vor sich geht. Jedem wird dann einleuchten, dass es nicht angehen kann, die jeweils andere Seite zu belasten, nur weil wir strukturelle Probleme auf der einen Seite haben. Und dann müssen wir uns überlegen, wie wir die Systeme viel besser verzahnen können. Akademisierte Pflegefachpersonen könnten an der Stelle ganz viel übernehmen, weil für viele dieser Pflege-Akutfälle in erster Linie keine Ärzt:in notwendig ist. Da hilft eine gut ausgebildete Pflegefachkraft, die sehr genau beurteilen kann, was gerade das Problem ist. Damit könnte man das Gesamtsystem beginnend bei der Rettungsstelle noch mal anders denken und auf die auf uns zukommenden Anforderungen anpassen.

Gibt es ökonomische Daten, wie hoch dieser Versorgungsaufwand in Krankenhäusern für diese Mitversorgung ist?

Es gibt nur grobe Schätzungen. Sachdienliche Hinweise erhält man in Gesprächen mit Rettungsstellen. Das gestaltet sich allerdings schwierig, weil sich immer irgendeine Diagnose finden lässt, mit der ein solcher Kasus als eigener Fall zulasten der Krankenkasse aufgenommen werden kann. Den Rettungssanitätern vor Ort kann man das jedenfalls nicht vorwerfen: Sie sind mit prekären Lagen konfrontiert und müssen schnell eine Lösung finden – dabei werden sie sehr kreativ. Das mag gut und hilfreich im aktuellen Fall sein, aber bestimmt keine probate Lösung auf Dauer. Eine Möglichkeit wäre es, die Pflegestützpunkte, die wir in Berlin haben, weiter in Richtung einer Notfallstruktur auszubauen; eine andere, ambulante Pflegedienste für derartige Notfälle vorzuhalten – die Diskussionen dazu sind breit und den notwendigen Raum für diese Diskussionen sollten wir uns auch zugestehen, um entscheidende und nachhaltige Lösungen zu finden.

Und obendrauf eine Art Case-Management im Sinne eines Sozialpiloten zu satteln.

Das tun wir schon jetzt, nennen es nur noch nicht so. Wir suchen bei Fällen, die uns zugetragen werden, nach Erteilung einer Einverständniserklärung im System die richtigen Ansprechpartner und leiten diese Personen dann durch das System. Das aber nicht einseitig: Wir melden beispielsweise einem nahen Pflegestützpunkt, dass es einen neuen Klienten gibt, und bitten seinerseits um Kontaktaufnahme. Wenn die Beratung stattgefunden hat, bitten wir wiederum den Klienten, sich wieder bei uns melden. Dann gehen wir gemeinsam den nächsten Baustein an. So begleiten wir einige Klient:innen einige Tage, manchmal aber auch über sechs oder acht Wochen hinweg, bis eine zufriedenstellende Lösung gefunden ist.

Wie viele Klient:innen melden sich denn in Ihrem Amt?

Wir haben im letzten Jahr – vom Start im September bis Dezember – 88 Fälle bearbeitet und hatten in diesen Fällen 199 sogenannte Kontaktpunkte. Manchmal gibt es nur einen Kontaktpunkt, wenn zum Beispiel mit einem Anruf das an uns herangetragene Problem gelöst werden kann, oder zwei oder drei, wenn wir bei der Kranken- beziehungsweise der Pflegekasse anrufen müssen, um einen Sachverhalt zu verstehen und Lösungsmöglichkeiten zu eruieren.

Das scheint wie ein klassisches Case-Management aufgebaut.

Durchaus, aber immer nur für den Einzelfall, der dies benötigt. Wir verstehen uns eher als Lotsen im System und die Befähigung der Klient:innen hat oberste Priorität: Kompetenzen vermitteln und aufbauen, um selbst kompetent im System agieren zu können, das ist dabei das Ziel.

Warum sind es so wenige Fälle?

Wir müssten die Daten von September bis Dezember auf ein Jahr hochrechnen. Doch auch dann wären es angesichts von rund einer halben Million potenzieller Zielgruppe noch zu wenig. Das liegt aber nur daran, dass einerseits unser Team noch nicht vollständig besetzt ist und wir die Ansprechbarkeit beispielsweise durch Sprechzeiten derzeit noch etwas reduzieren müssen und dass andererseits mein Amt noch nicht bekannt genug ist. Daran arbeiten wir. Wir haben bspw. noch keine Flyer oder Plakate und müssen noch viel mehr Pressearbeit machen und auch Social-Media-Kanäle bedienen können, auch wenn letztere nicht unbedingt direkt unsere Hauptzielgruppen ansprechen, aber deren Kinder und Enkel.

Was machen Sie mit bildungsferneren Subgruppen, die weder Tageszeitungen lesen oder die rbb24-Abendschau sehen, aber dennoch in bestimmten Versorgungssettings leben?

Das ist ein großes Problem, für das wir noch keine Patentlösung gefunden haben. Vielleicht könnte man über die involvierten Pflegedienste eine Art Kommunikationsplattform installieren. Aber so weit sind wir leider noch lange nicht, was zum einen daran liegt, dass es sehr viele Anbieter mit monetären Interessen gibt, die zum anderen unterschiedliche IT-Steuerungsmodelle haben, die meist mit der Telematik-Infrastruktur nicht kompatibel sind. Dabei soll Mitte des Jahres die IT-Anbindung der Pflege umgesetzt werden, wo doch bekannt ist, dass das nur bei 40 Prozent der Pflegeeinrichtungen überhaupt technisch möglich ist, bei ambulanten Pflegediensten hat meines Wissens niemand eine Übersicht.

Volkswirtschaftlich gesehen spricht man vom Pflegemarkt.

Es wird zwar Markt genannt, aber ist ein absoluter Freiraum. Praktisch kann jeder machen, was er will. Wie soll man da die Verpflichtung zur Anbindung an die Telematik-Infrastruktur realisieren? Die hier tätigen Unternehmen können sich damit alle Zeit der Welt lassen, was für die Pflegeeinrichtung selbst gilt, aber auch für die IT-Unternehmen, die die entsprechenden Schnittstellen programmieren, wenn sie es selbst wollen. Auf dieser Basis wird es keine durchgängigen Pflegeberichte geben, weil einige Teilhaber dieser Dokumentation einfach nicht online dokumentieren können.

Wahrscheinlich einfach darum, weil das von der gematik nicht mitgedacht worden ist.

Kein Wunder, wenn man alles aus Arztsicht denkt. Die Ärzteschaft hat nun einmal eine viel bessere Lobby als die Pflege. Dieses Ungleichgewicht macht leider viel kaputt in der Pflege, weil die Arztzentriertheit immer nur einen kleinen Teil der Versorgung abbildet. Gut ist, dass endlich die Pflege im G-BA einen Sitz mit Stimmrecht bekommen soll, wie es im Positionspapier der Koalitionsparteien vorgesehen ist. Das soll dann mit dem 100-Tage-Programm und dem Pflegekompetenzgesetz umgesetzt werden. Das wäre schon einmal ein entscheidender Fortschritt.

Frau Professorin Meyer-Rötz, danke für das Gespräch. <<

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

Link zum Pflegemonitor:
1: https://t1p.de/uzbuw

Zitationshinweis

Meyer-Rötz, S., Roski, R., Stegmaier, P.: „Eine starke Stimme der Pflegebedürftigen in Berlin“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/25), S. 6–11. http://doi.org/10.24945/MVF.03.25.1866-0533.2711

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Viele konkrete Handlungsempfehlungen", in „Monitor Versorgungsforschung" (03/25), S. 12. http://doi.org/10.24945/MVF.03.25.1866-0533.2712

Weißbuch „Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen – Versorgungssituation in Deutschland"

Viele konkrete Handlungsempfehlungen

„Es ist eine Orientierungshilfe auf dem Weg zu einer besseren Versorgungssituation", erklärte Prof. Dr. Stephan Baldus, Direktor der Medizinischen Klinik III für Innere Medizin am Universitätsklinikum Köln, der als Schirmherr an der Vorstellung des eben erschienenen neuen Weißbuchs „Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen – Versorgungssituation in Deutschland" (1) teilnahm. Das Weißbuch, finanziert von Novo Nordisk Pharma, verfolgt „einen wissenschaftlichen Ansatz, ist neutral und produktunabhängig", wie Hans-Holger Bleß (_fbeta) bei der Präsentation der Ergebnisse des Weißbuchs betonte. Der Dritte im Bunde der Buchpräsentation, Prof. Dr. Ulrich Laufs, Klinik und Poliklinik für Kardiologie am Universitätsklinikum Leipzig und Co-Autor des Weißbuchs, gab einen Hinweis darauf, warum sich Novo Nordisk hier engagiert. Er sagte: „Wir müssen die kardiovaskuläre Inflammation als bedeutsamen Risikofaktor stärker in den Blick nehmen. Hier liegt eine große Chance für eine effektivere Behandlung von kardiovaskulären Erkrankungen."

>> Das forschende Pharmaunternehmen Novo Nordisk, das sich seit über 100 Jahren für Menschen mit schweren chronischen Erkrankungen, insbesondere Diabetes, engagiert, weitet sein Engagement nun auch auf andere Krankheitsbereiche aus. Ein Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf der klinischen Entwicklung innovativer Arzneimittel zur Behandlung von Menschen mit kardiovaskulären Erkrankungen (CVD), atherosklerotisch kardiovaskulären Erkrankungen (ASCVD) und Herzinsuffizienz. Aktuell befinden sich zahlreiche Substanzen zur Behandlung kardiovaskulärer Erkrankungen in allen Phasen der klinischen Erprobung. Unter anderem wird derzeit der Anti-IL-6-Ligand-Wirkstoff Ziltivekimab in Phase-3-Studien („Artemis", „Hermes", „Zeus") untersucht.

Für Laufs hat das Inflammasom, das Botenstoffe wie z. B. Interleukin-1-Beta oder Interleukin-6 freisetzt – für Entzündungen in den Gefäßen verantwortlich – eine hohe Praxisrelevanz. Zumindest dann, wenn mittels der „Revolution der Arzneimittelentwicklung durch die modernen Antikörpertechnologien und RNA-basierten Therapien die neuen Targets angehbar" sind. Damit würde eine zusätzlich Domäne – die Inflammation – adressierbar werden, die, so Laufs, „uns helfen könnte, die Morbidität und Mortalität von Herz-Kreislauf-Erkrankung zu beeinflussen". Studien zeigten, dass antiinflammatorische Therapieansätze das Potenzial hätten, die Prävention und Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen grundlegend zu ändern. „Wir müssen die kardiovaskuläre Inflammation als bedeutsamen Risikofaktor stärker in den Blick nehmen", betonte Laufs.

Genau hier setzt das eben erschienene Weißbuch an. So sind – wie Bleß, Managing Partner von _fbeta, zu Protokoll gab – Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache in Deutschland: Sie stellten im Jahr 2023 mit 33,9% aller Sterbefälle die führende Todesursache dar, noch vor Krebserkrankungen (23,2%). In der gesundheitsökonomischen Betrachtung sind denn auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen Kostenfaktor Nummer 1 in Deutschland: mit 13,1% oder 56,73 Milliarden Euro der gesamten Krankheitskosten sind sie hierzulande eine der größten Kostenquellen im Gesundheitswesen.

Auf diese Zahl ging Baldus in einem Vortrag ein: Während 13% der Gesundheitsausgaben jährlich für die Behandlung investiert würden, machten Präventionsmaßnahmen weniger als 1% aller Gesundheitsausgaben aus, die Hälfte davon allein seien Krebsvorsorgeuntersuchungen. Mit ein Grund dafür ist nach Baldus, dass es keine adäquate Früherkennung für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gebe. Man könne zwar die Politik kritisieren, dass sie so wenig dagegen unternehme, doch würden Politiker meist auch nur auf Motivationswellen der Bevölkerung reagieren. Baldus: „Man muss zur Kenntnis nehmen, dass die Sorge vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Bevölkerung sehr gering ist." Wenn, dann hätten Menschen Angst vor Krebs- und neurologischen Erkrankungen. Deshalb sei es auch nicht verwunderlich, dass das Forschungsbudget, das in Herz-Kreislauf-Erkrankungen investiert werde, entsprechend niedriger ausfalle. „Um für die Zukunft grundlegend etwas zu verändern, müssen wir sowohl Krankheitslast als auch Sterblichkeit senken – und zwar durch zielgerichtete Prävention, Diagnose und Behandlung", forderte Baldus.

„Das Weißbuch enthält zahlreiche konkrete Handlungsempfehlungen, darunter den Einsatz von Gesundheitslotsen, die Patient:innen je nach individuellem Bedarf durch die präventiven, diagnostischen und therapeutischen Angebote führen und damit eine indikationsübergreifende Patientenbegleitung ermöglichen", erläuterte Bleß. Hier sei eine Weiterentwicklung der DMP nötig, um diese zu einem Fallmanagement ausbauen zu können, damit Lots:innen bereitstehen, um eine indikationsübergreifende Fallsteuerung zu übernehmen, die Patient:innen durch das System steuern und Versorgungsbrüche schließen können. Eine frühzeitige Diagnose und Behandlung von Risikofaktoren verbessere die Patientenversorgung und entlaste langfristig das deutsche Gesundheitssystem.

Außerdem müssten digitale Technologien tatsächlich in der Versorgung ankommen. Bleß weiter: „Um gezielt mit Präventionsmaßnahmen gegensteuern zu können, brauchen wir eine einheitliche Datenerhebung sowie regelmäßig und systematisch erfasste Prävalenzdaten." Darüber hinaus sei der flächendeckende Ausbau niedrigschwelliger Screening-Angebote unerlässlich, um Risiken frühzeitig zu identifizieren. Sein Petitum: „Lassen Sie uns gemeinsam dafür eintreten, die Früherkennung zu fördern, damit wir niedrigschwellige Angebote schaffen, um Patient:innen frühzeitig zu erkennen und behandlungsfähig zu machen." <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Link:
1: https://t1p.de/zh4x0



Europas größtes Forschungsgebiet:

Wir investieren weltweit über 13 Milliarden Euro in Forschung und Entwicklung – und wollen Deutschland zu unserer Nr. 1 in Europa für klinische Forschung machen.

Deutschland.

Führend in der klinischen Forschung

In Deutschland sponsern wir rund 250 aktive klinische Studien, an denen etwa 900 Zentren und an die 1.000 Prüfärzt:innen beteiligt sind. Und es könnten noch viel mehr sein. Wir wollen Deutschland zu unserem wichtigsten Land für klinische Forschung in Europa entwickeln und die Anzahl unserer Studienaktivitäten in den nächsten Jahren verdoppeln. Was es braucht, ist eine belastbare Infrastruktur, um gemeinsam einen wichtigen Unterschied für das Leben von Millionen von Patient:innen zu machen.

DE-80225/03-25

#WhatScienceCanDo
astrazeneca.de

AstraZeneca





„sphin-X: Weil ein gemei
Weg einfach viel besser

Im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung" führen Maro Bader (Excellence Lead Digital Transformation von Roche Pharma) und Michael Hübner (Manager Innovationen und Digitalisierung, Unternehmensentwicklung der Sana Kliniken) aus, warum sie den Branchenverein sphin-X gegründet beziehungsweise sich ihm angeschlossen haben. Miteinander sprechen, Vertrauen aufbauen, zielführende Vereinbarungen schließen, neue Standards setzen, wo es noch keine gibt und dann: einfach mal machen. So will sphin-X einzelne Use-Cases als Blaupausen entwickeln und so wiederverwendbare Bausteine, Services und Standards einer Infrastruktur erproben, auf der sich viele IT-Projekte leichter realisieren lassen.

Im Interview: Maro Bader (Roche Pharma, linkes Bild) und Michael Hübner (Sana Kliniken)

>> Wenn man bei Google den Begriff „One data space for health“ eingibt, werden als die ersten beiden Treffer Seiten von sphin-X (1) genannt, danach gleich eine Seite der EU-Kommission zur European Health Data Space Regulation (2). Wenn man weiter recherchiert, stößt man fast ebenso schnell auf GAIA-X (3). Herr Bader, wie grenzt sich sphin-X von beiden ab?

Bader: Es gibt viele Initiativen und Projekte, die auf ein ähnliches oder auf das gleiche Ziel wie wir hinarbeiten, das eines gemeinsamen Datenraums. Das übrigens nicht nur im Bereich der Gesundheit: Viele andere großen Branchen sind in Europa und auf der ganzen Welt seit Längerem dabei, den digitalen Unterboden zu schaffen, auf dem alle möglichen Anwendungen einzeln oder miteinander digital agieren und interagieren können.

Hübner: Alle Branchen brauchen ein interoperables, von allen nutzbares Fundament, das als eine Art Blaupause fungiert und vieles entwickelt und definiert: Wie können solche Ökosysteme von der Architektur her designt und umgesetzt werden? Wie müssen die Spielregeln formuliert werden? Welche Bausteine braucht es überhaupt? Wie wird der Datenschutz geregelt? Wie Eigentums- und Nutzungsrechte? In vielen Branchen gibt es Initiativen wie unserer, die sich solche und ähnliche Fragen stellen und nach und nach darangehen, einen gemeinsam nutzbaren Datenraum – ihrer jeweiligen Vision entsprechend – umzusetzen.

Bader: Wenn wir im Gesundheitssystem bleiben, wird es noch viel detaillierter, weil es darum gehen muss, die vieler Orts existenten Gesundheitsdatenökosysteme zusammenzuführen, die der ambulanten und stationären Primärversorgung, die der Pflege und Reha bis hin zu individuell erhobenen Gesundheitsdaten aus beispielsweise Trackern und Handys. In jedem dieser Bereiche gibt es wiederum mehrere Initiativen und Aktivitäten, die versuchen, ihre jeweiligen Daten – beispielsweise aus der Primärversorgung – für die Forschung und Sekundärnutzungszwecken zu extrahieren und in einem rechtssicheren, interoperabel strukturierten Datenraum verfügbar zu machen.

„Es ist Fakt, dass wir technologisch bei Weitem noch nicht da sind, wo wir sein müssten, um sinnvolle Daten auch sinnvoll nutzbar zu machen, auszuwerten und in Gänze und longitudinal zu verknüpfen und dann auch noch im Kontext darzustellen.“
Michael Hübner, Sana Kliniken

nsamer
ist”

Wie etwa die European Health Data Space Regulation.

Hübner: Die EHDS ist ein Datenraum von vielen. Es gibt aber auch in Deutschland das zurzeit im Aufbau befindliche Forschungsdatenzentrum, aber ebenso unterschiedliche Netzwerke der universitär basierten Medizin, dazu die Medizininformatikinitiative und zum Beispiel große Krankenhausketten wie Sana: Alle versuchen, ihre oft sehr großen Datenmengen für diverse Zwecke sicher zu extrahieren und für die Sekundärnutzung zur Verfügung zu stellen.

Klingt nach vielen kleinen oder größeren Silos mit noch größerer Hoffnung auf Interoperabilität.

Bader: Was wir mit sphin-X anstreben, ist ein größerer Rahmen, weil Gesundheitsversorgung diesseits und jenseits von inneren Sektorenkreisen stattfindet. Uns geht es darum, alle verfügbaren Daten aller industriellen und institutionellen Akteure gemeinsam zu nutzen. Bevor man jedoch an Datenkonvergenz und Interoperabilität herangehen kann, ist es wichtig, dass man überhaupt erst einmal miteinander spricht und damit Vertrauen und gegenseitiges Verständnis aufbaut. Das ist enorm wichtig, weil wir die Probleme, die vor uns stehen, nur gemeinsam werden lösen können.

Nun ist sphin-X als ein aus der Industrie heraus getriebener Verein mit dem Ziel angetreten, die Entwicklung des gesamten Gesundheitsdatenökosystems zu unterstützen.

Bader: Überall da, wo wir aktiv zur Umsetzung beitragen können, stehen wir gerne bereit, uns einzubringen, um möglichst viele unterschiedlichen Datenanwendungen realisieren zu können.

Was, Herr Hübner, hat ein Krankenhauskonzern wie Sana davon?

Hübner: Wir produzieren als großer Gesundheitsversorger sehr viele unterschiedliche Daten, wobei wir bisher ungefähr nur so um die 3 bis 5 Prozent dieser Daten für die Gesundheitsversorgung und -forschung tatsächlich nutzen. Damit haben wir definitiv noch viel Potenzial nach oben. Das Problem dabei ist, dass unsere Daten wie auch die der meisten anderen Gesundheitsversorger in relativ unstrukturierten Datensilos gespeichert sind, womit sie nicht so richtig gut verwertbar sind.

Kurze Zwischenfrage: 3 oder auch 5 Prozent klingen nicht gerade sehr viel.

Hübner: Auf den ersten Blick sicher. Tatsächlich ist es aber so, dass die größten Datenmengen in der diagnostischen Bildgebung mit oft terabytegroßen Datenmengen pro Patient:in erzeugt werden. Dass da nicht jedes erzeugte Bild für die medizinische Versorgung genutzt wird, ist logisch, von daher ist die rein quantitative Betrachtung von genutzten Datenmengen irreführend. Dennoch ist es Fakt, dass wir technologisch bei Weitem noch nicht da sind, wo wir sein müssten, um sinnvolle Daten auch sinnvoll nutzbar zu machen, auszuwerten und in Gänze und longitudinal zu verknüpfen und dann auch noch im Kontext darzustellen. Hierzu gibt es bei uns erste Ansätze auch mit KI-gestützter Big-Data-Analytics, um unsere eigenen Daten systemübergreifend, harmonisiert und strukturiert mit einer vernünftigen Datenstruktur und zudem einer guten Datenqualität nutzbar zu machen. Das zu tun, ist jedoch sehr aufwendig. Genau hier versprechen wir uns über eine partnerschaftliche Zusammenarbeit eine Unterstützung, die vorhandenen Daten zu harmonisieren

und zusammenzubringen und Use-Case-getrieben nutzbar zu machen – sowohl für die primäre Datennutzung in unserer Gesundheitsversorgung als auch für sekundäre Datennutzung in der Forschung.

In Kooperation mit der Pharmaindustrie.

Hübner: Aber sicher. Wir haben verstanden, dass es nur gemeinsam geht. Und dass vor allem die Pharmaunternehmen ihre Produkte auch mit der Hilfe unserer Daten erforschen und weiterentwickeln müssen, weil wir diese täglich in der Patientenversorgung nutzen. Das Ziel, unseren Patient:innen bessere Medizin zur Verfügung zu stellen, kann nur gemeinsam gelingen – hier sind Daten Mittel zum Zweck. Genau dafür wollen wir unseren Beitrag leisten. Denken wir kurz zurück an die Corona-Pandemie: Zu der Zeit mussten wir Daten aus Israel einkaufen, weil wir selbst unsere Daten nicht nutzbar machen konnten oder wollten.

Bader: Es darf nicht länger so sein, dass der Datenschutz, so wichtig er ist, über dem Wert von Menschenleben gehandelt werden darf, wenn man das einmal etwas plakativ und überspitzt formulieren will. Lange Zeit hat man sich sehr dogmatisch mit dem Datenschutz beschäftigt und mit dessen Hilfe immer wieder Vorwände gefunden, irgendwelche theoretischen Risiken mit unterster Eintrittswahrscheinlichkeit zu konstruieren, um die verfügbaren Daten doch nicht zu nutzen. Das ist keine Argumentation gegen den Datenschutz an sich, den wir alle sehr ernst nehmen. Es ist jedoch ein Petitum dafür, die Datennutzung als Chance zu erkennen, um Menschenleben zu schützen, ein wenig lebenswerter zu machen oder gar zu retten. Dieses generelle kulturelle Umdenken in allen Unternehmen und Institutionen ist ganz wichtig und passiert jetzt gerade. Dementsprechend werden wir in den nächsten Jahren einen starken Wandel erleben.

Obwohl wir gerade jetzt wieder beim Start der ePA Gegenbewegungen erleben.

Bader: Es wird immer Bewachungs- und Beharrungstendenzen geben. Medizin ist nun einmal People-Business. Am Ende werden Entscheidungen immer durch Menschen getroffen, oft leider mehr eminenz- denn evidenzbasiert. Dennoch glaube ich daran, dass uns die Daten zukünftig dabei helfen, noch besser informierte und vor allem evidenzbasierte Entscheidungen zu treffen. Was Herr Hübner eben über die Herausforderungen seines Unternehmens bezüglich der Datenverfügbarkeit gesagt hat, sind grundlegende Aufgaben, die wir alle miteinander haben, ob nun Krankenhaus, Krankenkasse oder Industrie: Wir alle haben genau die gleichen Herausforderungen, wenn es um Datenschutz, um Mentalitäten und um Kulturen geht. Wir sind jedoch zur Überzeugung gekommen, dass die bisherigen Ansätze, bei denen von einzelnen lokalen Akteuren versucht wurde, Lösungen zu schaffen, nicht zukunftsfähig genug sind, um eine möglichst schnelle Skalierung erreichen zu können. Sinnvoller ist es, die diversen Anstrengungen, von denen wirklich viele Akteure gleichsam betroffen sind, zu bündeln, zu konvergieren und sich auf gemeinsame Wege zu einigen. Derzeit ist es jedoch so, dass zumindest die Industrie nicht ausreichend in diesen Dialog eingebunden ist. So können wir als Industrie auch nicht konstruktiv dazu beitragen, sich auf gemeinsame Standards zu einigen.

> *„Sinnvoller ist es, die diversen Anstrengungen, von denen wirklich viele Akteure gleichsam betroffen sind, zu bündeln, zu konvergieren und sich auf gemeinsame Wege zu einigen."*
> ***Maro Bader, Roche Pharma***

Was ist dabei der Anspruch von sphin-X?

Hübner: Unser aller Anspruch ist es, entscheidend dazu beizutragen, dass diese unterschiedlichen Anstrengungen, die mit hohem Einsätzen von Kapital und Human Ressources einhergehen, harmonisiert werden.

Bader: Daher freut es uns natürlich unglaublich, dass wir mit den Sana-Kliniken kooperieren und dadurch ein sehr produktiver Dialog und ein Nukleus entsteht, mit möglichst vielen anderen Partnern und Kliniken gemeinsam Daten nutzen und forschen zu können.

Hübner: Wir können uns es einfach auch nicht mehr leisten, individuelle Projekte, Technologien und Datenschutzkonzepte nebeneinander zu entwickeln. Interoperabilität werden wir nur gemeinsam erzeugen können. Aus diesem Grund werden wir mit sphin-X gemeinsam mit allen Partnern einzelne Use-Cases als Blaupausen entwickeln und so wiederverwendbare Bausteine, Services und Standards einer Infrastruktur erproben, auf der sich viele solcher Projekte leichter realisieren lassen.

Sie erhoffen sich demnach Skalierungsvorteile, indem Prozesse optimiert werden, mit deren Hilfe man schneller, sicherer und besser mit Daten umgehen kann.

Bader: In Analogie zu unserem Straßennetz. Nur gibt es im digitalen Datenökosystem noch kein eigenes Straßennetz mit eigenen Spielregeln, gemeinsam akzeptierten Straßenschildern, etablierten Tankstellen, Parkhäusern und Rastplätzen und einem TÜV, der alles abnimmt, was darauf fährt. Eine andere Analogie ist das Eisenbahnschienennetz: Hier haben sich Streckenanbieter und Zughersteller auf eine Schienenbreite geeinigt, statt zu versuchen, jeweils eigene durchzusetzen. Das klingt absurd, aber ist durchaus die Realität in vielen Bereichen des Gesundheitswesens. Wir sind von daher angetreten, überall da, wo es kein Alleinstellungsmerkmal oder kein Differenzierungspotenzial gibt, zu hinterfragen, ob der eigene Weg der richtige ist oder ein gemeinsamer Weg nicht viel besser wäre.

Hübner: Dabei ist es uns schon fast egal, welcher Standard sich durchsetzt. Es ist viel wichtiger, dass es überhaupt mal einen Standard gibt, an dem man sich orientieren kann. Wenn wir uns mit vielen Playern – von Kassen über Kliniken bis hin zur Industrie – gemeinsam auf solche Standards einigen können, dann wird das ganz automatisch zu einer Skalierung der Datenverfügbarkeit und -nutzung beitragen.

Was passiert denn, wenn EHDS und Gaia-X ebensolche Standards setzen?

Bader: Wer als Erstes da ist, setzt sich wahrscheinlich durch. Oder auch nicht.

Wie man am Formatkrieg diverser konkurrierender und nebeneinander existierender Videokassettensysteme der 1970er- und 1980er-Jahre gesehen hat. Von VHS, Betamax und Video 2000 hat sich nur das VHS-Format weltweit durchgesetzt.

Bader: Und ist inzwischen so was von veraltet und seit über 20 Jahren durch DVD abgelöst. Da ist es doch weit sinnvoller, von vorneherein an einem Strang zu ziehen und an gemeinsam akzeptierten Standards zu arbeiten. Unser aller Bestrebung ist es, sehr abgestimmt zu agieren. Wir stehen von daher mit allen Initiativen im deutschen und europäischen Raum im Austausch. So entwickeln wir beispielsweise auch keine neuen Standards, wenn es bereits internationale Standards gibt, an die wir uns halten können.

Hübner: Unserer Überzeugung nach kann es sich keiner mehr leisten, redundant zu arbeiten. Das Thema ist aber auch die nötige Geschwindigkeit, die wir brauchen und uns wünschen.

In Puncto Zeit und Geschwindigkeit: Die EHDS-Verordnung (2) trat im März 2025 in Kraft. Bis März 2031 soll eine Primärnutzung möglich sein, mit der Gesundheitsdaten (medizinische Bilder, Laborergebnisse und Krankenhausentlassungsberichte) in allen EU-Mitgliedstaaten ausgetauscht werden können, ab März 2034 sollen dann auch Drittländer und internationale Organisationen die Teilnahme an HealthData@EU für die Sekundärnutzung beantragen können. Wann wollen Sie mit sphin-X denn am Ziel sein?

Bader: So richtig am Ziel werden wir nie sein. Es wird immer eine kontinuierliche Weiterentwicklung geben. Doch ist das erste Etappenziel, das wir uns gesetzt haben, jenes, dass wir noch in diesem Jahr eine Infrastruktur mit technologischen Lösungen haben wollen, mit deren Hilfe wir demonstrieren können, dass es zwischen zwei juristischen Personen – zum Beispiel einer Krankenhausgruppe und einem Pharmaunternehmen – möglich ist, Daten gemeinsam zu nutzen.

Hübner: Das mag trivial klingen, ist es jedoch nicht. Dafür müssen unglaublich viele grundlegende Dinge entwickelt werden: beginnend bei juristischen Vereinbarungen auf unterschiedlichen Ebenen, den nötigen Datenmodellen, der grundlegenden Infrastruktur und endend beim Datenschutzkonzept. sphin-X ist dabei der Rahmen, der diese Vision vorantreiben soll, doch findet die Implementierung immer in separaten Werkbankprojekten statt. Der Betrieb der Infrastruktur wird zudem unabhängig vom Verein in mehrere separate Betreibergesellschaften ausgelagert. All das mussten wir im ersten Jahr unseres Bestehens erst einmal ins Leben rufen.

Bader: Das zweite Ziel wird es in den nächsten Jahren sein, die Dateninfrastruktur der einzelnen Lösungen kontinuierlich weiterzuentwickeln, damit sie noch mehr und noch kompliziertere Use-Cases unterstützen können.



Maro Bader

ist Experte für Digitale Transformation im Gesundheitswesen im deutschen Politikteam des Pharmaunternehmens Roche und Vorstandsvorsitzender des sphin-X e. V. Sein Schwerpunkt liegt auf dem Aufbau eines vernetzten und interoperablen Gesundheitsdatenökosystems. Mit sphin-X treibt er gemeinsam mit allen relevanten Akteuren aus der Industrie heraus einen entscheidenden Beitrag zur Realisierung dieses Ziels voran. Maro Bader hat Informatik an der Freien Universität Berlin studiert und verfügt über mehr als 16 Jahre Berufserfahrung an der Schnittstelle von Technologie, Politik und Gesundheitsversorgung.

Bis der Datenschutz zuschlägt.

Hübner: Darum beginnen wir pragmatisch mit weniger sensiblen und weniger problematischen Daten, mit denen wir gemeinsam die nötige Infrastruktur aufbauen und erproben können. Unser Fokus ist es derzeit, den Beweis zu erbringen, dass es zwischen juristischen Personen im Gesundheitswesen überhaupt möglich ist, Daten sicher auszutauschen. Dafür schaffen wir gerade die Grundlagen. Wenn das geschafft ist, wagen wir uns an komplizierter zu behandelnde Daten und Skalierungen.

Bader: Ich vergleiche das mit der Luftfahrtbranche. Heutzutage kann man von jedem Internetcafe oder jedem Handy aus ein Ticket buchen, zudem das Menü, das Getränk und den Sitzplatz auswählen und sich dann selbst das Ticket ausdrucken, das weltweit eingesetzt werden kann. Hier wurde für eine Aktivität eine allgemein akzeptierte Logik entwickelt und durchgesetzt. Und alle können sich dabei absolut sicher sein, dass der gesamte Prozess rechts- und datenschutzsicher gehandhabt wird. Das Ganze ist ein real funktionierendes Datenökosystem, das wir uns in ähnlicher Weise auch für Gesundheitsdaten wünschen – natürlich immer eingedenk dessen, dass es sich bei Gesundheitsdaten um höchst sensible Daten handelt. Was aber Bank- und Flugdaten auch sind.

Hübner: Es ist für uns alle wichtig, dass wir Use-Case-getrieben vorgehen. Wir versuchen gerade nicht, möglichst viele Daten einfach so verfügbar zu machen, sondern immer nur jene, die wir benötigen, um ein genau umrissenes Projektziel anhand eines individuellen Anwendungsszenarios zu erreichen. Aber: immer eins nach dem anderen. Dann evaluieren, lernen und das nächste angehen. Am Ende werden so viele Use-Cases existieren, für die man sicher auch patientenindividuelle Daten braucht, die aber dann in absolut datenschutzrechtlicher Form nutzbar sein werden.

Was sagt denn das Topmanagement der Sana Kliniken dazu?

Hübner: Unser Topmanagement findet grundsätzlich das Thema der Gesundheitsdatennutzung sehr wichtig. Bei Sana haben wir hier übrigens mannigfaltige Themen zu bearbeiten, beginnend beim Einkauf, der Logistik, über die Gesundheitsversorgung bis hin zur Forschung.

Wer hatte denn die Idee zu sphin-X?

Bader: Das war ich vor mittlerweile dreieinhalb Jahren, als ich für Roche die Erfahrungen aus vielen Foschungskooperationen bündeln konnte. Es waren oft sehr teure langwierige individuelle Projekte mit einer eigenen Ethik und eigenen Datenschutzfreigaben und sehr komplizierten und teuren Verfahren. Am Ende eines Workshops von Gaia-X, welches genau diese Probleme auch mitlösen sollte, habe ich die Frage gestellt: Ihr habt doch schon lange eine Datenarchitektur, warum nutzt ihr sie denn nicht in der Realität? Da ist mir klar geworden, dass solche Institutionen nicht in der Lage sind, solche Aktivitäten auf die Straße zu bringen und umzusetzen. Ich wurde an das Fraunhofer-Institut für Software- und Systemtechnik ISST und dessen Leiter, Professor Dr.-Ing. Boris Otto, verwiesen, der das wirklich lesenswerte Buch „Designing Data Spaces" (4) geschrieben hat. Das Buch handelt davon, wie Akteure, die sich eigentlich nicht vertrauen, dennoch gemeinsam ein Projekt umsetzen können. Aus dieser Grundidee entstand sphin-X, die „**s**ecure **p**latform for **h**ealth **i**nformation e**X**change".

Herr Bader und Herr Hübner, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte Chefredakteur Peter Stegmaier.

Links:
1: https://sphin-x.de
2: https://t1p.de/agyzr
3: https://gaia-x-hub.de
4: https://t1p.de/ui8xe

Zitationshinweis

Bader, M., Hübner, M., Stegmaier, P.: „sphin-X: Weil ein gemeinsamer Weg einfach viel besser ist", in „Monitor Versorgungsforschung" (03/25), S. 14–18. http://doi.org/10.24945/MVF.03.25.1866-0533.2713



Michael Hübner

ist seit mehr als 17 Jahren auf verschiedenen Positionen im Gesundheitswesen tätig. Er ist studierter Gesundheitsökonom (M.Sc.). Bei der Sana Kliniken AG ist er seit November 2021 als Manager im Bereich Digitalisierung tätig. In seiner Funktion leitet er innovative Digitalisierungsprojekte im gesamten Konzern und entwickelt Strategien und neue Geschäftsfelder im Rahmen der digitalen Transformation.

Seit November 2024 ist Hübner Vorstandsmitglied des Gesundheitsindustrieverbands sphin-x e. V., dessen Ziel die Schaffung eines kollaborativen Gesundheitsdatenraums in Deutschland ist. Bevor er zur Sana Kliniken AG wechselte, hat er international Unternehmen in der Gesundheitswirtschaft für die KMPG beraten. Davor war er Account- und Projektmanager für ein Digital-Health-Startup und hat ein interdisziplinäres Team in einem Konsortialprojekt mit der Charité und dem Fraunhofer-Institut geleitet.

EHDS: 2022 bis 2034

>> Die EHDS-Verordnung, wie sie zunächst im März 2022 von der Europäischen Kommission vorgeschlagen wurde, war Gegenstand umfassender Verhandlungen, bevor sie vom Europäischen Parlament und vom Rat angenommen wurde. Nunmehr wird ihre Umsetzung schrittweise und strukturiert durchgeführt, um einen reibungslosen Übergang zu gewährleisten. Am 5. März 2025 wurde die Verordnung über den europäischen Raum für Gesundheitsdaten im Amtsblatt der Europäischen Union veröffentlicht. Sie trat am 26. März 2025 in Kraft und markiert damit den Beginn der Übergangsphase zur Anwendung. Der Europäische Raum für Gesundheitsdaten (EHDS) ist einer der Eckpfeiler der europäischen Gesundheitsunion und stellt den ersten gemeinsamen EU-Datenraum in einem spezifischen Bereich dar, der aus der EU-Datenstrategie hervorgeht.

Wichtige Meilensteine auf dem Weg zur vollständigen Umsetzung:

- **März 2025:** Die EHDS-Verordnung tritt mit dem Beginn des Übergangszeitraums in Kraft.
- **März 2027:** Frist für den Erlass mehrerer wichtiger Durchführungsrechtsakte durch die Kommission mit genauen Vorschriften für die Operationalisierung der Verordnung
- **März 2029:** Die wichtigsten Elemente der EHDS-Verordnung treten in Kraft, darunter der Austausch der ersten Gruppe vorrangiger Kategorien von Gesundheitsdaten (Patientenkurzakten, elektronische Verschreibungen/elektronische Verabreichungen) für die Primärnutzung in allen EU-Mitgliedstaaten. Die Vorschriften über die Sekundärnutzung gelten ab dann auch für die meisten Datenkategorien (z. B. Daten aus elektronischen Patientenakten).
- **März 2031:** Für die Primärnutzung sollte der Austausch der zweiten Gruppe vorrangiger Kategorien von Gesundheitsdaten (medizinische Bilder, Laborergebnisse und Krankenhausentlassungsberichte) in allen EU-Mitgliedstaaten funktionieren. Die Vorschriften über die Sekundärnutzung gelten dann auch für die meisten Datenkategorien.
- **März 2034:** Drittländer und internationale Organisationen können die Teilnahme an HealthData@EU für die Sekundärnutzung beantragen. <<

Link: https://t1p.de/agyzr

Anzeige



Erfolgreiches Innovationsfondsprojekt

Cardiolotse soll auch an andere Krankenhäuser kommen

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

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

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

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

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

AOK Nordost. Die Gesundheitskasse.

AOK

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Wie genau muss eine Krankenkasse nun informieren?", in „Monitor Versorgungsforschung" (03/25), S. 20–21. http://doi.org/10.24945/MVF.03.25.1866-0533.2714

Zur schwierigen Umsetzung des § 25b SGB V

Wie genau muss eine Krankenkasse nun informieren?

„Wir haben ihn nicht genutzt." Dieses knappe Fazit zur Umsetzung des § 25b SGB V zieht die Mehrheit der Krankenkassen in der aktuellen MVF-Umfrage (1). Die SBK sah bisher keinen Anlass, auf die Rechtsgrundlage zurückzugreifen. Auch die Techniker Krankenkasse, eine der treibenden Kräfte hinter dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG), kam bislang nur auf eine einzelne Maßnahme. Die MVF-Umfrage lief bereits seit Februar – also noch vor dem Rundschreiben des BfDI vom 1. April 2025 zu Informationspflichten der Kranken- und Pflegekassen hinsichtlich des Widerspruchsrechts, das die Anforderungen an die Kassen deutlich verschärfte und von einer „Mehrzahl an Informationsmaßnahmen" sowie „denkbaren Bausteinen" spricht.

>> Das BfDI-Schreiben vom 1. April, das manche als bösen Aprilscherz abtaten, ist es nicht. Eher im Gegenteil. Es ist das Bemühen um Klarheit, wie Philipp Oster vom BfDI-Referat 13 „Kranken- und Pflegeversicherung, Grundsatzfragen SGB", in seinem recht ausführlichen Schreiben an „Monitor Versorgungsforschung" erklärt: „In meinem Rundschreiben hatte ich ausgeführt, dass § 25b Abs. 3 S. 2 SGB V nach meiner Bewertung dahin gehend zu verstehen ist, dass die Kassen ihre Informationsplicht durch eine öffentliche Information an die Versicherten erfüllen können. Entscheidend ist – so sieht es auch das BMG – die **wirklichkeitsnahe Möglichkeit zur Kenntnisnahme**."

Was ist nun diese „wirklichkeitsnahe Möglichkeit", bei der sich BfDI und BMG einig sein sollen?

Im BfDI-Rundschreiben (2) vom 1. April steht dazu: „Nach meiner derzeitigen Einschätzung müssen eine **Mehrzahl an Informationsmaßnahmen** ergriffen werden, damit eine öffentliche Information geeignet im Sinne des § 25b Abs. 3 SGB V sein kann." Denkbare Bausteine der Gesamtmaßnahme können laut BfDI sein:

- gut sichtbarer Hinweis auf der Homepage der Kasse
- gut sichtbare Aushänge in allen Geschäftsstellen
- Prominenter Hinweis in versendeten Mitgliedermagazinen
- Hinweise in ohnehin versendeter Dialogpost, beispielsweise in Form einer beigelegten Faltbroschüre
- Hinweise in ohnehin (postalisch) versendeten Werbebroschüren
- Hinweise per E-Mail-Newsletter
- versichertenindividuelle Information unter Einbeziehung elektronischer Postfächer (soweit vorhanden). Mit flächendeckender Einführung der ePA 3.0 dürfte zudem die Nutzung der kassenspezifischen digitalen Service-Portale und die Nutzung der elektronischen Postfächer noch weiter zunehmen. Diesbezüglich bietet es sich an, zu prüfen, ob auf diesem Wege zukünftig eine versichertenindividuelle Information gelingen kann.
- In Zukunft dürften unter Einbindung des TI-Messengers noch mehr Versicherte erreichbar sein. Dadurch werden noch datenschutzfreundlichere Maßnahmen zur Versicherteninformation zur Verfügung stehen.

Was nun: **Müssen etwa alle Maßnahmen genutzt werden, um der vom Gesetzgeber explizit gewollten Informationspflicht** der Kassen gegenüber den Versicherten nachkommen zu können?

Der Gesetzgeber schreibt im § 25b (3) lediglich, dass die Versicherten **„in geeigneter Weise öffentlich** über das Bestehen des Widerspruchsrechts zu informieren" sind. Er ließ aber offen, welche allgemein zugänglichen Kanäle im Sinne der Norm geeignet sind.

Auch die BfDI bleibt an der Stelle in ihrem Rundschreiben vage, wird aber etwas ausführlicher. Sie schreibt: „Die Geeignetheit der öffentlichen Information ist im Einzelfall im Wege einer **Gesamtschau** zu beurteilen. Zu berücksichtigen wird dabei sein, dass selbst Versicherte, die digitale Dienste nutzen, allenfalls äußerst selten die Internetpräsenz ihrer Krankenkasse besuchen dürften. Sogenannte ‚Offliner' und vulnerable Gruppen werden durch diese Informationsmaßnahme gar nicht erreicht. Ein Informationskanal, der die **Sphäre der Versicherten** nicht erreichen kann, ist nicht geeignet."

Im Einzelfall sei außerdem zu prüfen, ob sich die Information über das bestehende Widerspruchsrecht in dem Internetauftritt an prominenter Stelle befindet oder aufgrund der gewählten Platzierung leicht übersehen werden kann. Die BfDI weiter: „Vergleichbare Herausforderungen bietet eine Information in Mitgliederzeitschriften. Versicherte rechnen nicht damit – und müssen auch nicht damit rechnen –, dass innerhalb eines kostenlos übersendeten Magazins Informationen (ggf. lediglich einmalig) übermittelt werden, die für die Wahrung ihres Rechts auf informationelle Selbstbestimmung relevant sind. **Diese Erwägungen lassen den Schluss zu, dass öffentliche Einzelmaßnahmen mangels Kenntnisnahme bzw. mangels der Möglichkeit zur Kenntnisnahme in der Regel nicht geeignet sind, um die Informationspflicht aus § 25b Abs. 3 SGB V zu erfüllen**."

Um hier etwas mehr Licht ins Dunkel zu bringen, wandte sich „Monitor Versorgungsforschung" an das BMG. Hanno Kautz, Leiter des Referats L 7 im BMG, schreibt in einer E-Mail an die Redaktion, dass sein Amt „sehr daran interessiert" ist, dass die neuen Möglichkeiten, die § 25b SGB V den Krankenkassen eröffnet, umfangreich genutzt werden. Die gesetzlich angelegten Transparenzvorschriften, einschließlich der öffentlichen Information nach § 25b Absatz 3 Satz 2 SGB V, seien vom Gesetzgeber ganz bewusst in dieser niedrigschwelligen Form formuliert worden.

Im Rundschreiben der BfDI werde gefordert, dass die Information nach § 25b Absatz 3 Satz 2 „in geeigneter Weise" erfolgen soll. Dieses Anliegen, so Kautz, „ist grundsätzlich nachvollziehbar". Doch sollte die „gesetzgeberisch beabsichtigte **Niedrigschwelligkeit der Information** hierbei allerdings nicht durch **eine vom Gesetzgeber nicht intendierte Auslegung aufgehoben** werden".

Insbesondere eine versichertenindividuelle Information kann laut Kautz von den Krankenkassen unserer Ansicht nach nicht eingefordert werden. Der Gesetzgeber habe „gerade eine **öffentliche Information und keine individuelle Information** jedes Versicherten vorschreiben" wollen. Dies wird in der Gesetzesbegründung zu § 25b Absatz 3 Satz 2 SGB V deutlich und wiederholt zum Ausdruck gebracht. Daher wären die Krankenkassen nach § 25b Absatz 3 Satz 2 SGB V damit **nicht verpflichtet, ihre Versicherten individuell** zu informieren. Kautz: „Nach unserem Verständnis liegt die von der BfDI geforderte ‚Mehrzahl an Informationsmaßnahmen' bereits vor, wenn Krankenkassen **zwei Maßnahmen zur Information** ergreifen." Zur unbürokratischen Umsetzung der Verpflichtung würde damit bereits eine Information auf der Homepage der Krankenkasse in Verbindung mit Aushängen in der Geschäftsstelle genügen. Letzteres ermögliche auch Menschen ohne Internetzugang die Kenntnisnahme.

Werden damit aus 7 nur 2 Maßnahmen? Was meint die BfDI dazu?

Dazu erklärt Philipp Oster vom BfDI-Referat 13 „Kranken- und Pflegeversicherung, Grundsatzfragen SGB", in seinem ausführlichen Schreiben an MVF (4). Er verstehe unter einer „wirklichkeitsnahen Möglichkeit zur Kenntnisnahme" Folgendes; er erläutert dies am Beispiel der Informationskanäle „Mitgliedermagazin" und „Homepagehinweis": „Die Gruppe der von einer Auswertung betroffenen Personen wird sich in den meisten Fällen aus einer größeren Gruppe von Personen zusammensetzen. Einige dieser Personen werden einen Internetzugang haben, andere nicht. Einige werden die Mitgliederzeitschrift ihrer Kasse erhalten, andere nicht. Je größer und je heterogener die Gruppe, desto größer auch die Wahrscheinlichkeit, dass einige weder einen Internetzugang haben noch eine Mitgliederzeitschrift beziehen. Wird also die Information nur über ein oder zwei Kanäle ausgespielt, steigt die Wahrscheinlichkeit, einzelne Personen nicht erreichen zu können, mit zunehmender Größe der Gruppe an. Aus diesem Grunde habe ich in meinem Rundschreiben ausgeführt, dass **eine alleinige Information auf der Internetpräsenz der Kasse oder in der Mitgliederzeitschrift als Einzelmaßnahme nicht geeignet erscheint.**" Allerdings: „Wenn die Kasse sicherstellen kann, dass alle von einer Auswertung betroffenen Personen bei einer Information über **nur ein oder zwei Kanäle auch über wenigstens einen dieser Kanäle die wirklichkeitsnahe Möglichkeit zur Kenntnisnahme** haben, so wäre § 25b SGB V erfüllt." Im Rundschreiben vom 1. April 2025 hatte er dazu wie folgt ausgeführt: „Entscheidend ist, dass für jeden Betroffenen zumindest die wirklichkeitsnahe Möglichkeit besteht, durch **einen Baustein der Informationsmaßnahme tatsächlich erreicht** zu werden."

Aus zweien wird doch wieder eine Maßnahme? Aber die zwangsweise per Post?

Auf die Nachfrage von MVF „Was verstehen Sie unter dem Satz ‚muss … auf zweiter Stufe auf die versichertenindividuelle Information zurückgegriffen werden'? Eine Ansprache zwangsweise per Brief oder auch per sonstigen Informationskanälen (E-Mail, Social Media etc.)?" antwortete Oster: „Eine versichertenindividuelle Widerspruchsinformation ist eine Information über einen Kanal der Individualkommunikation (z. B. per Briefpost oder Nachricht in den elektronischen Postkorben). Eine versichertenindividuelle Kommunikation muss lediglich erfolgen, **wenn die Kasse im Rahmen ihrer Prüfung feststellt, dass keine geeigneten öffentlichen Informationsmaßnahmen zur Verfügung** stehen, um alle von der Auswertung Betroffenen zu erreichen."

Das steht wiederum im Gegensatz zu dem, was Christoph Wagenblast, Juristischer Referent im Referat 511 „Grundsatzfragen neue Technologien und Datennutzung" des Bundesministeriums für Gesundheit, beim WISO-Impfkongress am 2. April dieses Jahres im begleitenden Chat zu Protokoll gab: „Die Information muss mindestens per Brief erfolgen. Weitere Informationswege sind nach dem Gesetz zusätzlich möglich." Er folgt damit dem Wortlaut des 4. Absatzes des Gesetzestexts (3), in dem steht: „Die Hinweise nach Satz 1 erfolgen schriftlich und können, soweit erforderlich, zusätzlich in einer anderen geeigneten Form erfolgen."

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Links:
1: https://t1p.de/nycdc
2: https://t1p.de/x85le
3: https://t1p.de/g4qpf
4: https://t1p.de/yze1z

Kurzinterview mit Gertrud Demmler (SBK)



>> Sehr geehrte Frau Demmler, Ihre Kasse, die SBK Siemens-Betriebskrankenkasse, die Sie als Vorständin leiten, hat bisher noch keine einzige §-25b-Aktivität durchgeführt. Warum?

Unsere Herangehensweise ist bewusst anders. Wir haben nicht reagiert, nur weil es eine neue gesetzliche Möglichkeit gibt – sondern wir handeln dann, wenn wir für unsere Versicherten echten Mehrwert sehen. Aktuell arbeiten wir an mehreren datenbasierten Projekten mit anonymisierten Informationen. Sobald wir so weit sind, dass eine individuelle Ansprache sinnvoll und im Interesse unserer Versicherten ist, prüfen wir die passende rechtliche Grundlage. Der § 25b kann dann durchaus der richtige Rahmen sein.

Was waren die Haupthinderungsgründe?

Es gab keine Hinderungsgründe – wir haben uns schlichtweg nicht gegen etwas entschieden. Es hat sich bisher kein Anlass ergeben, bei dem der § 25b für uns das geeignete Instrument gewesen wäre. Wenn dieser Anlass kommt, handeln wir entsprechend.

Planen Sie für das Jahr 2025 überhaupt Aktionen dieser Art?

Das hängt ganz von der Entwicklung unserer Projekte ab. Sobald wir sehen, dass wir mit einem datenbasierten Impuls einen spürbaren Nutzen für unsere Versicherten schaffen können, ist der § 25b für uns definitiv eine Option.

MVF-Onlinekongress „Impfstatus 2025" am 18.6.2025

>> Es gibt indes noch weitere Problemfälle, wenn eine Kasse den § 25b SGB V nutzen möchte. „Werden die Schwellen der konkreten Gefahr oder der Impfindikation aus Sicht von Medizin und Versorgungsforschung nicht erreicht, dann ist die Versicherteninformation weder geboten noch erlaubt." Dies erläutern Dr. jur. Dr. rer. med. Thomas Ruppel (Rechtsanwalt und Inhaber einer auf die Beratung von Leistungserbringern im Gesundheitswesen spezialisierten Kanzlei in Lübeck) und Dr. jur. Laura Mertens (Richterin am Verwaltungsgericht Schwerin) in einem gemeinsamen wissenschaftlichen Beitrag in dieser MVF-Ausgabe. Zudem wird Ruppel seine Erkenntnisse in seinem Vortrag anlässlich des 8. Onlinekongresses „Impfstatus 2025" am 18.6. vertiefen.

Melden Sie sich an, die Teilnehmerzahl ist kontingentiert: **https://t1p.de/vmjek**
oder **per QR-Code:**



„Die Modernisierung der Gesundheitssysteme im E

Im Interview: Prof. Dr. Bertram Häussler (Leiter der IGES Gruppe, links im Bild) und Dr. Roman-Marcus Rittweger (Geschäftsführer von athagoras)

„IGES kann die Marke für gesundheitspolitische Analysen in den wichtigsten kontinentaleuropäischen Ländern werden" (Häussler). „Nun haben wir mit IGES die fast einzigartige Gelegenheit, uns noch stärker zu internationalisieren und noch enger zusammenzuarbeiten" (Rittweger). Der Leiter der IGES Gruppe und der Geschäftsführer von athagoras haben große Visionen, welche Bedeutung ihre beiden Beratungsunternehmensgruppen künftig im europäischen Markt einnehmen sollen. So will Prof. Dr. Bertram Häussler, Leiter der IGES Gruppe, schon in nur fünf Jahren „einer der führenden Anbieter von Dienstleistungen im Gesundheitsbereich sein".

>> Herr Dr. Rittweger, auf der Website von athagoras (1) ist Folgendes zu lesen: „athagoras ist eine Gruppe führender Serviceprovider, die sich gemeinsam einem Ziel verschrieben haben – Patienten auf der ganzen Welt eine neue Perspektive zu geben." Wie viele Unternehmen und Mitarbeitende bilden diese Gruppe? Wo sind die Schwerpunkte?

„Nun haben wir mit IGES die fast einzigartige Gelegenheit, uns noch stärker zu internationalisieren und noch enger zusammenzuarbeiten. Damit können wir selbst den größten Wettbewerbern Paroli bieten."
Dr. Roman-Marcus Rittweger

Rittweger: Wir sind im Kern noch ein europäisches Unternehmen, wobei die Betonung auf dem Adverb „noch" liegt. Wir haben durchaus die Ambition, unser Know-how, unsere Services und unsere Dienstleistungen auch auf anderen Kontinenten und deren Märkten anzubieten. Doch vorerst fokussieren wir uns auf den weiteren Ausbau in Europa. Die Handlungsfelder von athagoras teilen sich derzeit auf die Säulen Zulassung, Pharmakovigilanz und Marktzugang/ Real-World-Evidence auf. Im Prinzip geht es bei unserer Beratungstätigkeit immer darum, welche Innovationen wie auf den Markt kommen, wie sie bepreist werden und wie sie die für sie optimale Position im Markt finden, sichern und ausbauen können. Das alles machen wir zurzeit in Europa mit rund 350 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in fünf Unternehmen, vor allem in den EU-Kernländern, aber auch in den nordischen Ländern. Dabei helfen wir, dass Innovationen aus Europa, den USA und aus Asien im europäischen Markt ihren Platz finden. Dazu haben wir in den vergangenen Jahren eine starke Gruppe aufbauen können, wobei mit der IGES nun das mit Abstand größte Unternehmen dazugekommen ist.

r EU-
Fokus"

Größtes Unternehmen deshalb, weil die IGES Gruppe (2) alleine circa 200 Mitarbeitende in 13 Einzelunternehmen in 8 Ländern einbringt.

Rittweger: IGES hat quasi unsere eigene Internationalisierungsstrategie für Europa schon ein wenig vorweggenommen. Aus eigener Kraft in acht Ländern mit eigenen Organisationen aktiv zu sein, ist schon eine Leistung für sich.

Herr Prof. Häussler, IGES liefert seit mehr als 40 Jahren Forschung und Beratung: Analysen, Gutachten, Studien, Konzepte und Strategien für europäische Institutionen im Bereich Gesundheit. In diesen 4 Dekaden wurden rund 6.000 Projekte mit etwa 200 Mitarbeitenden in 13 Unternehmen in 8 Ländern durchgeführt. Wagen Sie einen Blick in die berühmte Kristallkugel: Was erwarten Sie für das Jahr 2030? Wo wollen Sie in fünf Jahren stehen?

Häussler: Mein Anspruch ist es, bis dahin einer der führenden Anbieter von Dienstleistungen im Gesundheitsbereich zu sein, die sich mit der Erstattung und dem Marktzugang sowie mit der medizinischen und gesundheitsökonomischen Bewertung von Therapien beschäftigen. Das aber nicht nur in bestimmten, sondern in allen Sparten von pharmazeutischen, biotechnologischen, medizintechnischen und digitalen Therapien und Gesundheitsprodukten. Als Teil der athagoras-Gruppe ist unsere finanzielle Kraft, in Know-how, Ressourcen und Strukturen zu investieren, massiv gewachsen. Schon jetzt hat sich mithilfe der bestehenden athagoras-Unternehmen unser Kompetenzspektrum in die Bereiche Zulassung und Pharmakovigilanz erweitert. Damit verlängert sich die sprichwörtliche Werkbank enorm – von der ersten klinischen Studie, über Datenzugänge und -auswertungen und die Erstellung von Dossiers, die die EMA benötigt, aber auch all das, was nach der Zulassung im Zuge der Realversorgung folgt. Es wird künftig viel mehr als bisher möglich und auch nötig sein, einmal zugelassene Therapien über viele Jahre hinweg zu beobachten und feinzusteuern. Die gesamthafte Wertschöpfungskette werden wir aus einer Hand – ob mit IGES-eigenen Unternehmen oder mithilfe der von athagoras – anbieten können. Wenn das alles so kommt, wie wir das planen, werden wir binnen weniger Jahre eines der großen europäischen Analyse-, Strategie- und Beratungsunternehmen im Bereich Health sein. Unsere Operationsbasis wird immer Europa sein – dafür haben wir uns schon in der Vergangenheit ganz gut aufgestellt, werden das aber nun intensiveren.

Wie finden Sie die Träger der dafür nötigen Kompetenzen und wie arbeiten diese am sinnvollsten, strukturiertesten und effektivsten zusammen?

Rittweger: Meine persönliche Historie ist geprägt von einer ganzen Reihe von erfolgreichen Start-ups, wobei ich auch athagoras noch als solches bezeichnen möchte. Nun bin ich alt genug geworden, ein großes Maß an Verständnis für die einzelnen Beteiligten in so einer Gruppe zu haben, und weiß ziemlich genau, wie eine optimale Zusammenarbeit funktionieren kann.

Ein kleiner Ausflug in die Managementtheorie …

Rittweger: … viel profaner: in persönliche Erfahrungsevidenz. Es gibt im Prinzip nur zwei Modelle, wie man erfolgreich größere Firmen aufbaut. Das erste Modell ist das des großen Tankers, welches wir alle nicht so mögen, weil kleinere Unternehmen aufgekauft, geschluckt und aufgespaltet werden – hier gehen oft Firmenkulturen und damit auch viele gute Mitarbeitende verloren. Unser Modell ist zwar auch auf Größe ausgelegt, aber auf erhalten bleibende Identitäten und Kulturen. Darum achten wir darauf, dass wir in die athagoras-Gruppe nur erfolgreiche Unternehmen mit etablierten Marken und Portfolios aufnehmen, weil es letztlich die einzelnen führenden Köpfe in diesen Unternehmen sind, die den Erfolg für ihre Kunden ausmachen. Nun haben wir mit IGES die fast einzigartige Gelegenheit, uns noch stärker zu internationalisieren und noch enger zusammenzuarbeiten. Damit können wir selbst den größten Wettbewerbern Paroli bieten und werden schon mittelfristig eine ähnliche geografische Abdeckung

erreichen, die die wirklich großen, weltweit tätigen Klienten benötigen.

Sie klingen hier überaus überzeugt.

Rittweger: Bin ich auch. Natürlich werden wir bei alldem den ein oder anderen Fehler machen, aber hoffentlich nie den gleichen zweimal. Wir haben jedoch den enormen Vorteil, dass es bei unserem Finanzierungspartner, der Investmentgesellschaft Greenpeak Partners (3), ähnlich gelagerte Plattformen mit ähnlicher Philosophie gibt. Damit können wir die Erfahrung anderer Plattformen, die ähnliche Konzepte verfolgen, nutzen und müssen daher auch nie bei null beginnen: Die Kunst ist es, bereits erfolgreiche erprobte Strukturen und Konzepte auf den jeweiligen Kontext anzupassen. Genau das tun wir.

Häussler: Einen ähnlichen Weg ist auch IGES gegangen. Wir haben aus Deutschland und aus eigener Kraft heraus ein europäisches Unternehmen mit immerhin acht Länderorganisationen aufgebaut, geformt und immer wieder zugekaufte Unternehmen und deren Mitarbeitende integriert. Ein Teil des Erfolgs macht es aus, zu versuchen, ein Gleichgewicht zu halten zwischen gemeinsam anzugehenden Aufgaben und dafür aufzubauenden Strukturen und dem Erhalt einzelner starker Identitäten. Auf diesem Wissen und diesen Erfahrungen können wir nun weiter aufbauen, wobei wir jetzt schlichtweg mehr Kapital zur Verfügung haben. In der Vergangenheit haben wir uns – überspitzt formuliert – unsere Wachstumsstrategie vom Munde abgespart, indem wir entweder über den Cashflow agiert oder Fremdkapital von Banken aufgenommen und immer wieder brav zurückgezahlt haben. Doch ist diese Form des Eigenwachstums irgendwann begrenzt. Von daher sind wir froh, über die athagoras-Gruppe an andere Kapital-Pipelines heranzukommen.

„Nun haben wir die große Chance, die wir auch ergreifen werden, diese Art der Analysen und darauf aufsetzenden Beratungsleistungen nach Europa zu tragen. Damit kann IGES die Marke für gesundheitspolitische Analysen in den wichtigsten kontinentaleuropäischen Ländern werden."
Prof. Dr. Bertram Häussler

In welchen Aufgabengebieten und Spezialisierungen wollen Sie weiterhin wachsen und diese länderspezifisch ausbauen?

Häussler: Diese Frage möchte ich mit einem Blick in die Anfangsjahre von IGES beantworten: Uns allen liegt von Beginn an der Blick auf das Gesundheitssystem am Herzen, auch wenn wir uns mit der Bewertung von Therapien und Innovationen befassen. So haben wir schon im Jahr 1980 die erste Studie erstellt und daraus den guten Ruf der „IGES-Studie" geschaffen. Diese Studien waren bekannt dafür, dass sie gesundheitspolitisch und gesundheitsökonomisch relevante Themen analysierten und daraus Ratschläge für Politik, Institutionen, Verbände und Gesellschaft abgeleitet haben. Dies immer mit dem Ziel, die Grundlagen für eine Modernisierung unseres Gesundheitssystems zu schaffen. Wohlgemerkt: nur des deutschen! Nun haben wir die große Chance, die wir auch ergreifen werden, diese Art der Analysen und darauf aufsetzenden Beratungsleistungen nach Europa zu tragen. Damit kann IGES die Marke für gesundheitspolitische Analysen in den



Zitationshinweis

Häussler, B., Rittweger, R., Stegmaier, P.: „Die Modernisierung der EU-Gesundheitssysteme im Fokus", in „Monitor Versorgungsforschung" (03/25), S. 22–25. http://doi.org/10.24945/MVF.02.25.1866-0533.2715

wichtigsten kontinentaleuropäischen Ländern werden, auch dort, wo wir bislang noch nicht tätig sind, wie etwa den wichtigen Kernmärkten Frankreich und Benelux.

Gibt es dafür ein Vorbild?

Häussler: Sicher. Man könnte sich beispielsweise an der RAND Corporation orientieren, ein Thinktank in den USA, 1946 kurz nach Ende des Zweiten Weltkriegs gegründet, um öffentiche Forschungs- und Entwicklungsentscheidungen evidenzbasiert zu unterstützen und dabei auch die vielfältigen Methoden zu nutzen, die in den Kriegsjahren entstanden sind. Lassen wir den militärischen Hintergrund und die typisch US-amerikanische Sichtweise mal beiseite: Europa braucht unserer Ansicht nach einen Thinktank, der – ähnlich dem IGES-Institut – unabhängige und gesamteuropäische Gesundheitssystemanalysen erstellen und daraus Handlungsempfehlungen für die EU-Kommission, die WHO und Länderregierungen ableiten kann.

Das klingt nach einer großen Vision.

Häussler: Man muss große Pläne und ein ebenso großes Ziel vor Augen haben, sonst wird es langweilig. Wer das nicht hat, aber ein gewisses Alter erreicht, kommt ansonsten unweigerlich an einen Punkt, an dem man nicht mehr weiß, was man warum machen soll.

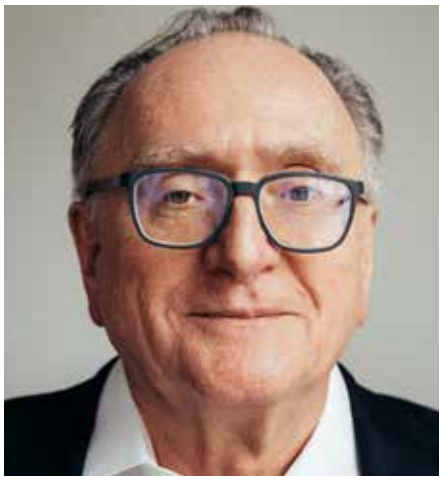
Damit geraten Sie in die Einflusssphären sehr großer, weltweit tätiger und zudem oft börsennotierter Beratungsdienstleister.

Häussler: Sicher. Doch sind das ausgemachte Institute für Gesundheitssystemforschung und gesundheitspolitische Analysen? Wohl eher nicht. Aber wir stehen letztlich auch mit den genannten Anbietern hier und da in Konkurrenz.

Rittweger: Und das sicherlich im Bereich der Zulassung und des Market Access. Hier wollen wir einer der großen europäischen Wettbewerber werden.

Demnach fokussieren Sie eher weniger auf die pharmazeutische Industrie denn auf die europäische Gesundheitspolitik?

Rittweger: Auf beides. Die athagoras-Gruppe hat dafür auch ein ebenfalls neu akquiriertes, nordeuropäisches Unternehmen namens Quantify Research (4) im Portfolio. Das Unternehmen mit Standorten in Stockholm, Chandigarh, Kopenhagen, Helsinki und Oslo wurde erst 2011 gegründet, betreut aber immerhin bereits 19 der 20 weltweit führenden Pharmaunternehmen in drei Kernbereichen: Real-World Evidence and Analytics (RWEA), Modelling, Access & Strategy (MAS) und Evidence Review & Synthesis (ERS). Damit steht athagoras durchaus in Konkurrenz.



Prof. Dr. Bertram Häussler

ist Leiter der IGES Gruppe, eines Verbundes von Forschungs- und Beratungsunternehmen aus den Bereichen Infrastruktur und Gesundheit. Das IGES Institut leitet er seit 2006 als Vorsitzender, seit 1990 als Geschäftsführer.



Dr. Roman-Marcus Rittweger

ist CEO von athagoras. Davor war er Gründer und Vorstandsvorsitzender der ottonova Holding AG und von ArztPartner almeda. Er studierte Medizin und erwarb einen MBA am INSEAD in Fontainebleau.

Häussler: Doch habe ich vornehmlich die zukünftige Fokussierung der IGES-Gruppe im Sinn. Denken Sie nur an die bundesdeutsche Krankenhausreform, zu der wir übrigens mit unserer allerersten IGES-Studie die ersten Vorarbeiten geleistet haben: Reformen der Krankenhaus- und auch der Krankenversicherungssysteme sind in fast allen europäischen Ländern im Gange. Viele EU-Länder werden von Analysen, Benchmarks und evidenzbasierten Entscheidungshilfen aus einer Hand enorm profitieren können.

So wird alsbald athagoras und IGES 2.0 als Konsortialführer die großen WHO- und EU-Programme für sich gewinnen können?

Rittweger: Schon jetzt können wir große europäische Projekte übernehmen und erfolgreich abschließen – von daher sind wir auf einem guten Weg. Wenn wir weiterhin unser Dienstleistungsangebot mit der nötigen geografischen Abdeckung und vor allem dem dafür notwendigen Know-how und der Kompetenz formen, wird das umso mehr so sein. Wir arbeiten jedenfalls daran.

Was ist Ihr nächstes Ziel?

Rittweger: Frankreich als ein Markt, der sehr national denkt. Dort werden wir, dort müssen wir demnächst vertreten sein. Aber auch in Italien und Spanien werden wir die von IGES initiierten Stützpunkte weiter ausbauen. Doch nicht zu jedem Preis: Wir schauen wirklich genau hin, welches dort tätige Unternehmen zu uns passt und welches nicht.

Herr Prof. Häussler, Herr Dr. Rittweger, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur:

1: https://athagoras.com/ueber-uns/
2: https://www.iges.com/
3: https://www.greenpeak-partners.com/
4: https://quantifyresearch.com/

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Gesundheitskosten steigen weit stärker als das BIP", in „Monitor Versorgungsforschung" (03/25), S. 26. http://doi.org/10.24945/MVF.03.25.1866-0533.2716

SFS-Whitepaper „Kostenanstieg im Gesundheitswesen – Lösungsansätze für eine komplexe Herausforderung"

Gesundheitskosten steigen weit stärker als das BIP

Um die Divergenz von Kosten und Ressourcen im Gesundheitswesen zu verdeutlichen, hat Siemens Financial Services (SFS) einen Index der Gesundheitsausgaben erstellt und mit den Indizes der Inflation sowie des BIP verglichen. Das Ergebnis: Die Kosten für die Gesundheitsversorgung sind in den letzten acht Jahren weltweit deutlich stärker gestiegen als das Bruttoinlandsprodukt der jeweiligen Länder. Zudem steigen diese Kosten schneller als die allgemeine Inflation. Daraus folgt, so die Autor:innen des Whitepapers „Kostenanstieg im Gesundheitswesen – Lösungsansätze für eine komplexe Herausforderung" von Siemens Financial Services (SFS), „dass die Gesundheitsversorgung weltweit zunehmend unerschwinglich wird: Die Finanzierungslücke wächst, Reformen sind dringend erforderlich."

>> Die SFS-Analyse zur Diskrepanz zwischen anfallenden Kosten und verfügbaren finanziellen Kapazitäten zeigt, dass die Kosten für die Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen in den letzten acht Jahren weltweit gestiegen sind und das Wachstum des entsprechenden Bruttoinlandsprodukts (BIP) – ein Schlüsselindikator für die Möglichkeiten eines Landes zur Finanzierung von Gesundheitsausgaben – nach wie vor übersteigen.

Dies setzt laut SFS einen langfristigen Trend fort. Zudem habe sich das Tempo dieses Kostenwachstums deutlich über die Inflationsrate hinaus beschleunigt. Zu den in allen Gesundheitssystemen einheitlichen Kostentreibern gehören, so das SFS-Whitepaper:

- eine alternde Bevölkerung,
- die Zunahme chronischer Erkrankungen,
- Personalmangel,
- wachsende Regulierungs- und Nachhaltigkeitsanforderungen,
- steigende Energiekosten und die
- allgemeine Preissteigerung sowie Erweiterungen des Krankenversicherungsschutzes.

Um Gesundheitssysteme langfristig zu sichern, ist es nach Ansicht der SFS-Autor:innen höchste Zeit für geeignete Reaktionen auf all diese Entwicklungen. Technischer Fortschritt gelte als ein wichtiger Faktor zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Moderne Medizintechnik und sogenannte Smart Hospitals erlaubten neben neuen Behandlungsmöglichkeiten auch kosteneffizientere Prozesse. Die technologische Reform der Gesundheitssysteme weltweit erfordere jedoch umfangreiche Investitionen. Wenn sich die Kapitalbelastung durch den Erwerb neuer Technologien reduziert und wertvolle finanzielle Mittel nicht in Abschreibungen gebunden werden, könnten die Effizienzsteigerungen schneller umgesetzt werden. Hier kämen die Vorzüge spezialisierter Finanzdienstleistungen ins Spiel. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Steigende medizinische Kosten im Vergleich zum BIP und zur Inflation

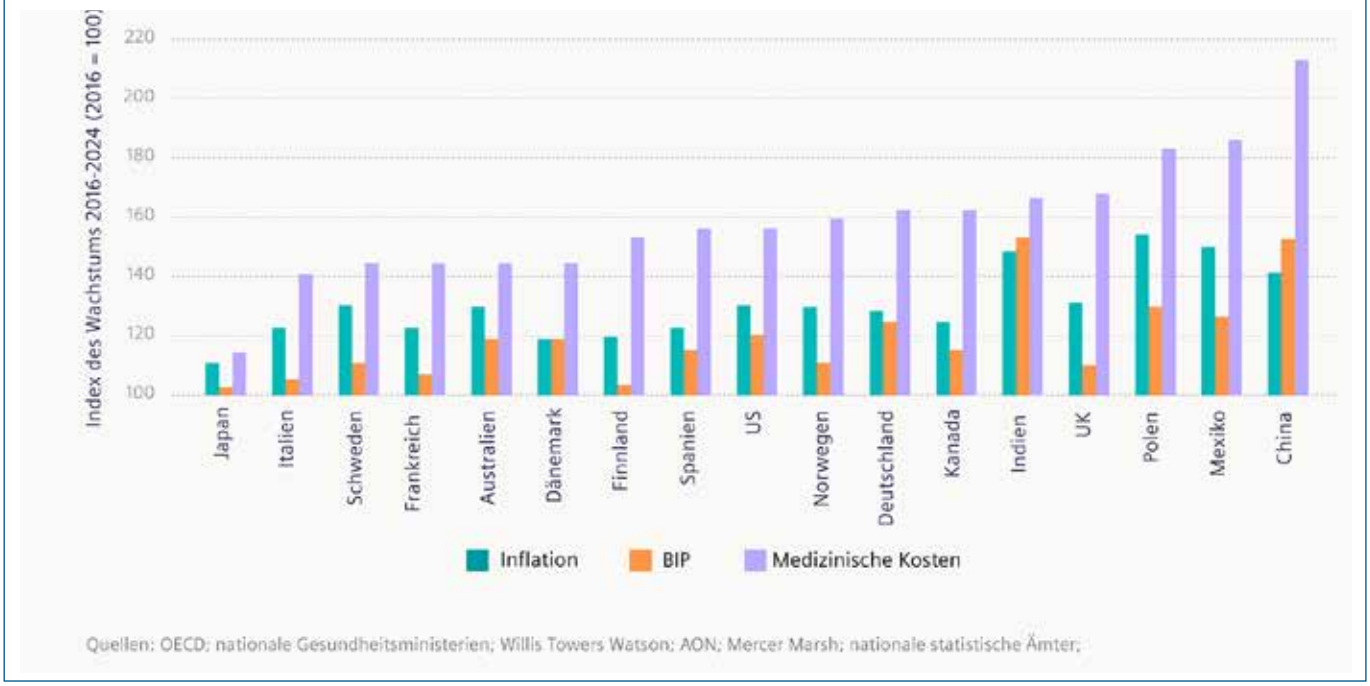


Abb. 1: Steigende medizinische Kosten im Vergleich zum BIP und zur Inflation. Quelle: Whitepaper „Kostenanstieg im Gesundheitswesen – Lösungsansätze für eine komplexe Herausforderung", von Siemens Financial Services, München. Link zum Whitepaper: https://t1p.de/q2ic6



Wir nehmen Gesundheit persönlich.

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

Unser Anspruch: Leading where medicine is going.

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

Johnson&Johnson

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Höchstmöglicher ESMO-Wert vs. kein Zusatzznutzen", in „Monitor Versorgungsforschung" (03/25), S. 28. http://doi.org/10.24945/MVF.03.25.1866-0533.2717

Zur unterschiedlichen Bewertung von ESMO und IQWiG über Pembrolizumab/„Keytruda"

Höchstmöglicher ESMO-Wert vs. kein Zusatzznutzen

Im Titelinterview mit „Monitor Versorgungsforschung" (02/25) ging Dr. med. Thomas Kaiser, Institutsleiter des IQWiG, kurz auf die Nutzenbewertung des Wirkstoffs Pembrolizumab und des MSD-Arznemittels „Keytruda" ein (1): Auf die Frage „Wie kommt es, dass das IQWiG in einer Bewertung einen geringeren Nutzen sieht, die ESMO, eine europäische Fachgesellschaft, hingegen die höchstmögliche Bewertung?" (2) antwortete Kaiser folgendes: „In der ESMO-Bewertung spielt allein der beobachtete Vorteil in Bezug auf Rezidive eine Rolle." Das IQWiG habe in seiner Nutzenbwertung (3) den Vorteil des Wirkstoffs für Rezidive auch beschrieben, aber anders als die ESMO (4) gewichtet. MVF versprach in diesem Interview, diesem doch erheblichen Widerspuch in der Auslegung von Evidenz nachzugehen.

>> Kaisers Worten zufolge mache es schon Sinn, sich „nicht nur 30 Prozent der Evidenz" anzuschauen, weil man immer 100 Prozent der Evidenz berücksichtigen sollte, wenn sie denn schon einmal vorliege. Zudem sei eine Abwägung der Vor- und Nachteile in der ESMO-Bewertung nicht sichtbar, obwohl teilweise lebensbedrohliche oder gar mit Hospitalisierung verbundene Nebenwirkungen aufgetreten seien. Zudem stehe den erzielten Rezidiven ein hoher Anteil schwerer und schwerster Nebenwirkungen gegenüber.

Die Interviewaussage des IQWiG-Leiters, die ESMO habe sich nur 30 Prozent der Evidenz angeschaut und die unerwünschten Ereignisse bei der Abwägung gar nicht berücksichtigt, finden von MVF zu dieser Causa befragte Market-Access-Expert:innen durchaus interessant. Der Grund: In der ESMO-Bewertung sei unter dem Punkt **„Adjustments-Toxicity Comment"** (in der Abbildung rot gekennzeichnet) ersichtlich, dass dieser Punkt berücksichtigt wurde und im Rahmen der Abwägung durchaus eine Rolle gespielt habe. Nur habe dieser Fakt nicht zu einer solchen Abwertung wie beim IQWiG geführt, da für die Fachgesellschaft die großen Vorteile bei Rezidiven in einem kurativen Setting so wichtig sind. So steht in der Nutzenbeweertung des IQWiG (3): „Auf der Seite der positiven Effekte zeigt sich ausschließlich für den Endpunkt Rezidive ein Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen. Demgegenüber stehen für zahlreiche Endpunkte der Kategorie Nebenwirkungen Anhaltspunkte für einen höheren Schaden mit unterschiedlichem, teils erheblichem Ausmaß. Auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Behandlung auf 1 Jahr begrenzt ist, überwiegen diese negativen Effekte von teils erheblichem Ausmaß den geringen positiven Effekt deutlich." Das Fazit des IQWiG: „Es ergibt sich für das Gesamtüberleben kein Anhaltspunkt für einen Zusatznutzen von Pembrolizumab im Vergleich zu beobachtendem Abwarten, ein Zusatznutzen ist damit nicht belegt."

Nahezu konträr argumetierte Prof. Dr. med. Bernhard Wörmann im Rahmen des mündlichen Stellungnahmeverfahrens beim G-BA (5). Der medizinische Leiter der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. (DGHO) gab folgendes zu Protokoll: „In der ESMO-Magnitude of Clinical Benefit Scale bekommt diese Pembrolizumab-Indikation ein A." Das sei die höchstmögliche Bewertung für eine kurative Therapie und spiegelt das wider, was er und seine Kolleg:innen aus klinischer Sicht sehen würden: „Das ist ein neuer Standard geworden. Wenn Patienten wie hier mit einer signifikanten Rate nach zwei und drei Jahren krankheitsfrei überleben, ist das das Größte, was wir in dieser Situation schaffen können." Diese Aussage stellt Wörmann im MVF-Interview auf den folgenden Seiten in einen größeren Zusammenhang, indem er grundlegende Fragen zur Methodik und Priorisierung von Therapieparametern aufwirft. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

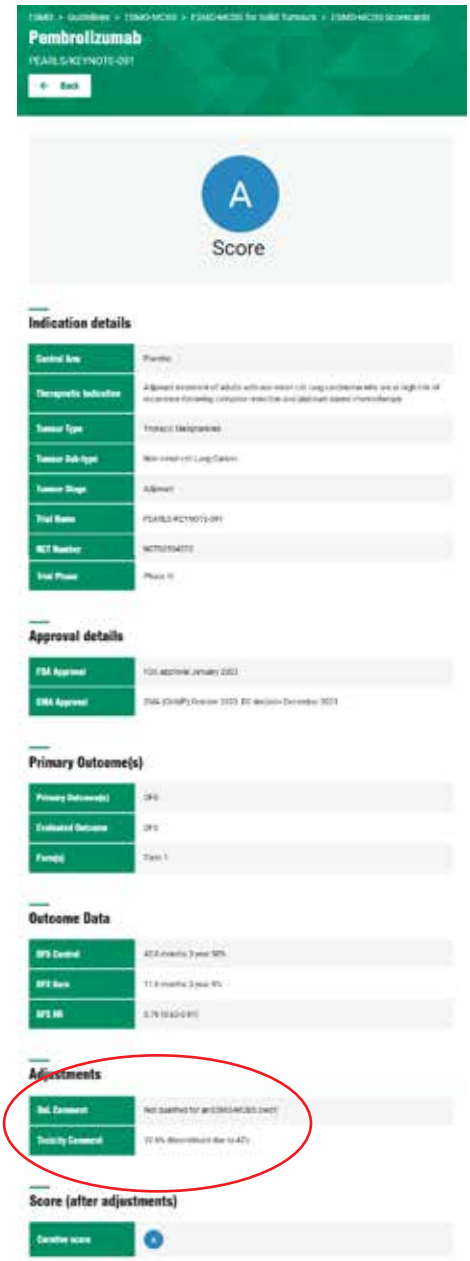


Abb. 1: ESMO-MCBS Scorecard für Pembrolizumab. Quelle: ESMO (4).

Literatur:
1: https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/1026/
2: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/staerkerer-fokus-auf-die-methoden-der-studiendurchfuehrung/
3: https://www.g-ba.de/downloads/92-975-7660/2024-05-01_Nutzenbewertung-IQWIG_Pembrolizumab_D-1058.pdf
4: https://www.esmo.org/guidelines/esmo-mcbs/esmo-mcbs-for-solid-tumours/esmo-mcbs-scorecards/scorecard-373-1
5: https://www.g-ba.de/downloads/91-1031-1026/2024-09-09_Wortprotokoll_Pembrolizumab_D-1058.pdf

Wir bringen Licht ins Dunkel



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

Thomas Carlyle
schottischer Philosoph und Historiker
(1795 - 1881)

Am besten, Sie abonnieren gleich*:

Kurzlink: https://t1p.de/dnovh

oder per Mail: abo@m-vf.de

monitor VERSORGUNGS FORSCHUNG

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


© Charité

„Wir müssen gemessene stärker mit PRO verknüpf

Im Interview: Prof. Dr. med. Bernhard Wörmann, der medizinische Leiter der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. (DGHO)

Die unterschiedliche Nutzenbewertung von Pembrolizumab („Keytruda") durch das IQWiG und die ESMO, auf die Institutsleiter Dr. med. Thomas Kaiser im „Monitor-Versorgungsforschung"-Titelinterview der Ausgabe 02/25 einging, wirft grundlegende Fragen zur Methodik und Priorisierung von Therapieparametern auf. Im Zentrum steht die Gewichtung von Rezidivprävention versus Toxizität – ein Spannungsfeld zwischen onkologischer Wirksamkeit und patientenzentrierter Sicherheitsbewertung. Über diese Dualität sprach MVF mit Prof. Dr. med. Bernhard Wörmann, dem medizinischen Leiter der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. (DGHO).

Werte fen”

„Für Patient:innen und Behandler:innen ist es evident, dass das Ansprechen auf eine Behandlung eine positive Botschaft ist, die das gesamte Lebensgefühl und auch die Lebensplanung beeinflusst.”

>> Herr Professor Wörmann, als medizinischer Leiter der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) sind Sie maßgeblich an der Bewertung und Weiterentwicklung der onkologischen und hämatologischen Versorgung beteiligt. Die frühe Nutzenbewertung von Onkologika und Hämatologika hat gezeigt, dass das Verhältnis von Nutzen und Risiken, insbesondere die Handhabung und Kommentierung von Toxizitäten, eine zentrale Rolle spielt. Inwieweit sehen Sie die aktuellen Verfahren zur Berücksichtigung von Dosisanpassungen oder Therapieabbrüchen aufgrund von Toxizitäten in den Dossiers der pharmazeutischen Unternehmer und in den Bewertungen des IQWiG als ausreichend und adäquat an?

Grundsätzlich steht für den erkrankten Menschen die Heilung oder zumindest die Linderung der Symptome an erster Stelle. Entsprechend sind konzeptionell die Arzneimittel zu differenzieren, die Krankheiten direkt bekämpfen, von Arzneimitteln zur Vorbeugung von Erkrankungen oder von Rückfällen. Bei der Abwägung von Nutzen gegenüber einem möglichen Schaden nähert sich die Nutzenbewertung der klinischen Realität an. Bei jeder Arzneimitteltherapie, insbesondere in der Onkologie, geht es in der patientenindividuellen Versorgung um diese Abwägung. In der Praxis haben wir den Vorteil, dass wir individuell auf eingetretene und erlebte Nebenwirkungen, z. B. durch Dosisanpassungen, reagieren können. In der Nutzenbewertung wird das Kollektiv der Patientinnen und Patienten aus den Zulassungsstudien als Gesamtheit gesehen, was selbstverständlich der Heterogenität nicht gerecht werden kann. Die Berücksichtigung der Vielfalt ist in den letzten Jahren bei den Zulassungsstudien noch herausfordernder geworden, nachdem wir zunehmend auf ethnische – und auch genetische – Vielfalt achten. Das betrifft zum Beispiel auch die Metabolisierung von Arzneimitteln.

Im Hinblick auf die Berücksichtigung von Toxizitäten: Gibt es spezifische Aspekte, bei denen Sie aus fachlicher Sicht der DGHO Verbesserungsbedarf sehen, sowohl in der Darstellung durch die Unternehmen als auch in der Bewertung durch das IQWiG? Dies könnte beispielsweise die Standardisierung der Berichtspfade unerwünschter Ereignisse oder die Gewichtung verschiedener Schweregrade von Toxizitäten betreffen.

Die in Studien eingesetzten, standardisierten Skalen für die Erfassung von unerwünschten Ereignissen ermöglichen eine Graduierung innerhalb des jeweiligen Symptoms. Das ist eine Stärke, weil sie die Standardisierung und damit Vergleichbarkeit ermöglichen. Die große Schwäche dieses Vorgehens ist, dass nicht zwischen „gemessenen” und „erlebten” Nebenwirkungen differenziert wird. Konkret: Eine Thrombozytopenie mit Werten zwischen 25.000 und 50.000 wird als Schweregrad 3 klassifiziert, ist aber in der Regel asymptomatisch und fast immer transient. Dagegen kann beispielsweise eine sensorische oder motorische Polyneuropathie im Grad 2 bei einem Musiker zur Berufsunfähigkeit führen. Die Grundregel „wir behandeln nicht Laborwerte, sondern Menschen” gilt auch für Nebenwirkungen. Hier müssen gemessene Werte stärker mit Elementen des Patient-Reported-Outcome, kurz PRO, verknüpft werden.

Inwieweit spielen patientenberichtete Endpunkte (PRO) bei der Erfassung und Kommentierung von Toxizitäten in der Nutzenbewertung von Onkologika und Hämatologika überhaupt eine Rolle? Sehen Sie hier ungenutztes Potenzial, um die Patientenperspektive bezüglich der Verträglichkeit von Therapien stärker in die Bewertung einfließen zu lassen? Die FDA empfiehlt beispielsweise die Entwicklung von Patient Reported Outcome Measures (PROMs) unter Beteiligung von Patienten.

Die Beteiligung der Patient:innen ist unerlässlich. Im G-BA hat die Patientenschaft eine institutionalisierte Vertretung mit hochengagierten Mitarbeiter:innen, die eng mit der Selbsthilfe interagieren. Mit großer Sorge haben wir in den letzten Jahren beobachtet, dass fast alle Berichte des IQWiG in der Hämatologie und Onkologie ohne Patientenbeteiligung erstellt wurden. Hier ist dringend eine Korrektur erforderlich: Patient:innen müssen integriert werden und sich auch inhaltlich in den finalen Dokumenten wiederfinden. Spannend wird es sein, ob diese Integration jetzt auch auf der EU-HTA-Ebene gelingt. Hier haben sich sehr viele Patientenvertretungen für das Stakeholder-Netzwerk beworben, haben die regulatorischen Voraussetzungen erfüllt und sind aufgenommen worden. Damit sind auch hohe Erwartungen verbunden. In deutschen Leitlinien ist dieser Integrationsprozess bereits erfolgreich.

Wo genau können PRO hier helfen?

Bei der frühen Nutzenbewertung im Rahmen des deutschen AMNOG-Verfahrens könnten PROs helfen, eine inhaltliche Lücke zu schließen: Das progressionsfreie Überleben (PFÜ, PFS) wird vom G-BA nicht als valider Endpunkt bewertet, das IQWiG hat hierfür keine Methodik. Das ist problematisch, weil viele Studien auf diesen Endpunkt gepowert sind. Konkret hat etwa ein Drittel der onkologischen Zulassungsstudien das PFÜ als primären Endpunkt. Er wird regelhaft von allen Ethikkommissionen der beteiligten Studienzentren in Deutschland als relevant akzeptiert.

Was spräche denn dagegen?

Inhaltliches Argument gegen PFÜ sind Bedenken, dass Parameter zur Erfassung von Progress in den meisten Studien nur auf Bildgebung und/oder Laboranalysen beruhen, und diese seien nicht patientenrelevant. Für Patient:innen und Behandler:innen ist es evident, dass das Ansprechen auf eine Behandlung eine positive Botschaft ist, die das gesamte Lebensgefühl und auch die Lebensplanung beeinflusst. Eine Brücke zwischen den Positionen ist eine Verknüpfung des PFÜ mit PRO-Parametern wie Symptomlinderung, Stabilisierung

und/oder Verbesserung der Lebensqualität und/oder Reduktion von therapieassoziierter Toxizität. Wir bezeichnen das als „PFÜ plus".

Woher kommen diese unterschiedlichen Sichtweisen?

Die frühe Nutzenbewertung beim G-BA ist Grundlage der Preisbildung in Deutschland. In den Verfahren und auch in den Anhörungen hat sich relativ schnell nach dem Start 2011/2012 eine Blockbildung ergeben. Auf der einen Seite steht der pharmazeutische Unternehmer, der die Daten so positiv wie möglich darstellt, indem er zum Beispiel noch Ergebnisse eines neuen, aber nicht präspezifizierten Datenschnitts o. Ä. präsentiert. Auf der anderen Seite steht der HTA-Bericht, der Schwachstellen sucht, PFÜ ignoriert und beispielsweise noch eine methodisch korrekte, aber inhaltlich nicht fundierte Interaktion als Basis einer weiteren Subgruppenbildung vorschlägt.

Wie kann man diesen gordischen Knoten durchschlagen?

Mit mehr Evidenz und Bezug zum aktuellen Stand des Wissens. Anstelle eines weiteren Methodenpapiers haben wir für die Onkologika bereits im Jahr 2017 eine Kooperation mit Prof. Nathan Cherny vom Department of Medical Oncology, Shaare Zedek Medical Center, Jerusalem (Israel) etabliert. Professor Cherny war federführend in der Entwicklung und Validierung eines Instruments zur klinischen Nutzenbewertung neuer Arzneimittel. Dieses war Grundlage der Magnitude of Clinical Benefit Scale der European Society for Medical Oncology (ESMO MCBS), zuerst 2015 publiziert (1). Sie wurde zwischenzeitlich weiterentwickelt (2) und zuletzt durch ein eigenes Bewertungsinstrument für hämatologische Neoplasien ergänzt (3). Die Evaluation differenziert nach kurativer und nicht-kurativer Intention. Entscheidende Parameter bei Therapie in kurativer Intention sind (4):

- Steigerung der Gesamtüberlebensrate nach 3 Jahren
- Verbesserung des krankheitsfreien Überlebens
- Reduktion der Toxizität oder Verbesserung der Lebensqualität
- Kostenreduktion bei gleichen Therapieergebnissen.

Entscheidende Parameter bei Therapie in nicht-kurativer Intention sind (5)

- Verlängerung der medianen Gesamtüberlebenszeit, differenziert nach der Überlebenszeit im Kontrollarm, d. h. orientiert am nicht-gedeckten medizinischen Bedarf
- Verlängerung des progressionsfreien Überlebens, differenziert nach der PFÜ im Kontrollarm
- Verbesserung in anderen Endpunkten, z. B. Symptomen oder Transfusionsbedarf
- Verbesserung der Lebensqualität, basierend auf CONSORT-PRO, SPIRIT-PRO und SISAQOL
- Reduktion der therapieassoziierten Toxizität.

Unterschiede zwischen der hohen Relevanz von Toxizität in der ESMO MCBS auch im Vergleich zu anderen Instrumenten sind publiziert (6).


© Charité

Prof. Dr. med. Bernhard Wörmann

studierte Humanmedizin in Münster und Montpellier. Anschließend absolvierte er seine Facharztausbildung zunächst in der Pathologie (Münster) und der Radiologie (Dortmund), dann auch in der Inneren Medizin (München, Münster), ergänzt durch ein Post Doc Fellowship in Immunologie (Minneapolis, MN, USA). Neben der wissenschaftlichen Tätigkeit mit Habilitation in Münster setzte er seine Weiterbildung in Hämatologie und Onkologie (Münster, Göttingen) fort. Professor Wörmann war Chefarzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie im Städtischen Klinikum Braunschweig. Seit 2010 ist er medizinischer Leiter der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) und seit 2011 ärztlich im ambulanten Gesundheitszentrum am Campus Virchow, Klinik für Hämatologie, Onkologie und Tumorimmunologie tätig.

In der klinischen Praxis werden Therapieentscheidungen in der Onkologie und Hämatologie immer individuell getroffen. Inwieweit gelingt es den standardisierten Verfahren der frühen Nutzenbewertung, die klinische Relevanz von Toxizitätsunterschieden zwischen Therapien adäquat abzubilden und für die Versorgungspraxis relevante Informationen zu generieren?

Das ist eine große Herausforderung, die wir bisher nicht angemessen meistern. Am deutlichsten können wir das am Allgemeinzustand darstellen, erfasst mittels des ECOG-Status. Viele Studien beschränken sich auf Patient:innen im ECOG-Status 0/1. Gerade viele ältere Patient:innen haben jedoch einen schlechteren Allgemeinzustand, i. e. ECOG-Status 2/3 mit einem höheren Risiko für belastende Nebenwirkungen. Die hierfür erforderlichen Daten können wir nur durch gezielte Studien in diesem Patientenkollektiv und/oder durch Register generieren.

Eine auch innerhalb der Fachgesellschaften diskutierte Option ist die eigenständige Bewertung von Therapieabbrüchen als Maß für nicht akzeptable Toxizität, wir sehen aber auch die Limitationen. Seitens der Patient:innen basiert die Entscheidung/Zustimmung zu einem Therapieabbruch auf sehr unterschiedlichen Grundlagen. Ein Parameter ist die objektive, in einer Skala gemessene Toxizität. Relevanter ist die empfundene Toxizität, siehe die oben diskutierte Differenzierung zwischen gemessenen und erlebten Nebenwirkungen. Noch entscheidender ist allerdings die Gesamtsituation der Patient:innen, beispielhaft dokumentiert bei den Immuncheckpoint-Inhibitoren (CPI). Durchgehend ist die Abbruchquote beim sel-

ben CPI höher in der adjuvanten Situation mit 20 bis 30% als in der nicht-kurativen Situation mit 10 bis 20%. Dahinter stehen die subjektive Wahrnehmung und Akzeptanz von Nebenwirkungen in Abhängigkeit von der Perspektive. Patient:innen sind eher bereit zur Fortsetzung einer auch nebenwirkungsbelasteten Therapie, wenn ihre Lebenszeit direkt davon abhängt. Wenn sie die Therapie aber „nur" zur Senkung der Rezidivwahrscheinlichkeit erhalten und möglicherweise bereits langfristig geheilt sind, ist die Perzeption von Nebenwirkungen anders.

Die Bereitschaft zum Therapieabbruch hängt auch davon ab, ob Alternativen zur Verfügung stehen. Hier ist die Situation in Deutschland grundlegend anders als in Ländern, in denen nur wenige der neu zugelassenen Onkologika auch auf dem jeweiligen Markt eingeführt wurden. Ein weiteres Argument gegen die Bewertung von Therapieabbrüchen außerhalb des spezifischen Behandlungskontextes ist die zunehmende Verwendung auch neuer Arzneimittel im Rahmen von Kombinationstherapien. Hier tragen mehrere Faktoren zur Toxizität bei. Je nach Kombinationspartner kann die Abbruchrate beim selben CPI um den Faktor 3 variieren.

Ihr Fazit?

Die Nutzenbewertung neuer Arzneimittel ist nur im Kontext umfassender, fachlicher Expertise in der jeweiligen Indikation sinnvoll. Diese Expertise wird heute in Netzwerken abgebildet. Das lernende AMNOG-Verfahren hat dies erkannt und die gesetzlichen Regelungen angepasst (7). Die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung des G-BA ist eine zeitliche und logistische Herausforderung für die Fachgesellschaften. Aktuell sind wir daran beteiligt, dieses Erfolgsmodell auf die EU-Ebene zu transferieren.

Herr Prof. Wörmann, wir bedanken uns herzlich für Ihre Expertise und Ihre Bereitschaft, diese Fragen zu diskutieren. <<

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

Literatur:

1. Cherny NI, Sullivan R, Dafni U et al.: A standardised, generic, validated approach to stratify the magnitude of clinical benefit that can be anticipated from anti-cancer therapies: the European Society for Medical Oncology Magnitude of Clinical Benefit Scale (ESMO-MCBS). Ann Oncol 26:1547-1573, 2015. DOI: 10.1093/annonc/mdv249
2. Cherny NI, Dafni U, Bogaerts J et al.: ESMO-Magnitude of Clinical Benefit Scale version1.1. Ann Oncol 28:2340-2366, 2017. DOI: 10.1093/annonc/mdx310
3. Kiesewetter B, Dafni U, de Vries EGE et al.: ESMO-Magnitude of Clinical Benefit Scale for haematological malignancies (ESMO-MCBS:H) version 1.0. Ann Oncol 34:734-771, 2023. DOI: 10.1016/j.annonc.2023.06.002
4. ESMO-MCBS-version-1-1-Evaluation-Form-1 (2).pdf
5. ESMO-MCBS for Solid Tumours | ESMO
6. Cherny NI, de Vries EGE, Dafni U et al.: Comparative Assessment of Clinical Benefit Using the ESMO-Magnitude of Clinical Benefit Scale Version 1.1 and the ASCO Value Framework Net Health Benefit Score. J Clin Oncol 37336-349, 2019. DOI: 10.1200/JCO.18.00729
7. Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung, 2019. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/GSAV_bgbl119_S.1202_150819.pdf

Zitationshinweis

Wörmann, B., Roski, R., Stegmaier, P.: „Wir müssen gemessene Werte stärker mit PRO verknüpfen", in „Monitor Versorgungsforschung" (03/25), S. 30–33. http://doi.org/10.24945/MVF.03.25.1866-0533.2718

SBK pro Primärarztsystem

>> Ein Passus der aktuellen Koalitionsvereinbarung sieht vor, ein Primärarztsystem einzuführen: GKV-Versicherte sollen im Krankheitsfall zunächst in ihre Hausarztpraxis gehen, in der eine Ersteinschätzung stattfindet, um anschließend bei Bedarf an die Facharztpraxen überwiesen zu werden. Zudem sollen Möglichkeiten geschaffen werden, die Ersteinschätzung auch digital oder telemedizinisch durchzuführen. Dieser Vorschlag ist zu kurz gedacht, findet Dr. Gertrud Demmler, Vorständin der Siemens-Betriebskrankenkasse SBK. Auch die Ressource der Hausärzt:innen sei ein knappes Gut. Statt nur eine Arztgruppe als Einstieg in die Versorgung zu etablieren, sollte nach Ansicht Demmlers auf ein Primärversorgungssystem gesetzt werden. Demmler: „Darin arbeiten hausärztliche und fachärztliche Praxen, nichtärztliches Personal und digitale Tools zusammen. Sie haben die wichtige Aufgabe, die Versorgung zu organisieren und zunächst zu klären, ob ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt überhaupt nötig ist."

Dennoch liefert ihrer Meinung nach das Koalitionspapier einen sinnvollen Ansatz: Es soll die Möglichkeit einer digitalen Ersteinschätzung geschaffen werden. „Das ist gut. Und geht trotzdem nicht weit genug", erklärt die SBK-Vorständin. Aus ihrer Sicht braucht es eine Verpflichtung dazu. Um diese umsetzen zu können, benötigten Patient:innen die Wahl zwischen verschiedenen Kanälen – von App bis zur (Video-)Telefonie. Im weiteren Verlauf einer Behandlung müssten zudem analoge und digitale Methoden sinnvoll ineinandergreifen.

Außerdem sei es notwendig, medizinischem Personal mehr Kompetenzen zu geben, was zwar nicht im Koalitionspapier stehe, aber dennoch dringend notwendig sei. Demmler: „Wir müssen medizinisches Fachpersonal viel stärker in den Versorgungsprozess einbinden. So müsse eine Ersteinschätzung zum Beispiel nicht immer von approbiertem Personal vorgenommen werden. Eine Umfrage des GKV-Spitzenverbandes habe dazu jüngst gezeigt, dass die Versicherten dem durchaus positiv gegenüberstehen.

Als dritten Punkt spricht sich Demmler für eine Stärkung der Gesundheitskompetenz aus: Das erleichtere allen Versicherten – ganz unabhängig von der Ersteinschätzung – die Entscheidung, wann ein Arztbesuch überhaupt nötig ist und wann nicht. <<

inside VERSORGUNGS FORSCHUNG

made in Bochum



© RUB, Marquard

Serie (Teil 47): Abteilung für Versorgungsforschung des Instituts für Diversitätsmedizin an der Ruhr-Universität Bochum

Der perfekte Standort für diversitätssensible Versorgungsforschung

Die Abteilung für Versorgungsforschung der Ruhr-Universität Bochum wurde mit der Berufung von Dr. sc. med. Ina Otte Dipl.-Soz. auf die Professur für Versorgungsforschung am 15. Januar 2025 neu gegründet. Angesiedelt ist die Abteilung am Institut für Diversitätsmedizin, welches vor knapp zwei Jahren, am 1. Juli 2023, etabliert wurde und so in seiner Art einzigartig in Deutschland ist. Der Grund: Am Institut für Diversitätsmedizin wird gemeinsam mit der Abteilung von Prof. Marie von Lilienfeld-Toal (Schwerpunkt Krebsmedizin) der Einfluss von Diversitätsfaktoren (wie sozioökonomischer oder ethnischer Herkunft, Geschlecht, Alter, Sexualität etc.) auf die Patientenversorgung erforscht.

>> Eines der wichtigsten Ziele ist dabei das vertiefte Verständnis und die Systematisierung medizinisch relevanter Diversitätsfaktoren, um Menschen individualisiert und kontextbewusst behandeln zu können. Die 17 Mitarbeiter:innen des Instituts fokussieren sich nicht nur auf singuläre Faktoren wie beispielsweise das Geschlecht, sondern möchten im ersten Schritt analysieren und definieren, welche Diversitätsfaktoren im medizinischen Kontext eine relevante Rolle spielen, um diese dann im zweiten Schritt bezüglich ihrer Auswirkungen gezielt erforschen zu können. Hierbei ist die inter- und transdisziplinäre Kombination aus biologischen und soziologischen Dimensionen sowie die Möglichkeit einer intersektionalen Verschränkung der einzelnen Faktoren von besonderer Wichtigkeit. Professorin Ina Otte: „Dazu suchen wir jederzeit den Austausch mit Patient:innen und Erfahrungsexpert:innen, beziehen Betroffenenverbände und -vertretungen in unsere Forschung ein und achten auch bei der Besetzung unseres Teams auf vielfältige biografische Hintergründe und Lebensrealitäten. So ermöglichen wir anwendungs- und realitätsnahe Forschung und tragen dazu



Prof. Dr. sc. med. Ina Otte Dipl.-Soz. ist seit Januar 2025 Inhaberin der Professur für Versorgungsforschung der Abteilung für Versorgungsforschung des Instituts für Diversitätsmedizin an der Ruhr-Universität Bochum. Sie beschäftigt sich mit der (Weiter-)Entwicklung partizipativer Forschungskonzepte sowie der Adaption empirischer Methoden mit dem Ziel, Forschung inklusiver und diverser zu gestalten. Zu ihren weiteren Forschungsschwerpunkten gehören die Identifikation von Fehlversorgung sowie die Reduktion von Bias in klinischen Versorgungssettings sowie Forschungsfragen, die besonders die ambulante Versorgung von Patient:innen mit neurodegenerativen Erkrankungen oder am Lebensende betreffen.

Stationen:
2004 bis 2010: Universität Bielefeld, Studium der Soziologie mit Nebenfach Sozialpsychologie
2010 bis 2015: Promotion in Bio- und Medizinethik am IBMB, Universität Basel
2015 bis 2020: Postdoc an der Abteilung für Medizinethik und Geschichte der Medizin, RUB
2020 bis 2025: Juniorprofessorin für Versorgungsforschung an der Abt. für Allgemeinmedizin, RUB

bei, eine Wissenschaft zu fördern, welche allen nützt. Auch ist für uns die enge Zusammenarbeit mit klinisch tätigen Kolleg:innen essenziell, denn nur so können wir sicherstellen, dass wir mit unserer Forschung in der Praxis einen wirkungsvollen Beitrag leisten und einen gelungenen Praxis-Theorie-Transfer sicherstellen können."

Ina Otte möchte mit ihrer Forschung dazu beitragen, medizinische Versorgung gerechter zu gestalten. Lange Zeit seien medizinische Studien mit sehr homogenen Gruppen an Teilnehmer:innen durchgeführt worden: oft männlich, *weiß*, gebildet, Mittelschicht. Dies führt Otte zufolge zu einem Mangel an evidenzbasierten Daten in der medizinischen Versorgung von Personen, die nicht dieser Bevölkerungsgruppe angehören. Im schlimmsten Fall führe dieser Mangel sogar zu falschen Diagnosen oder zu Fehlbehandlungen. „Um hier den Grundstein für eine gesundheitliche Gleichstellung aller Menschen zu legen, setze ich mich dafür ein, dass Studien in der Versorgungsforschung vielfältigere Gruppen an Teilnehmer:innen berücksichtigen", erklärt Ina Otte gegenüber „Monitor Versorgungsforschung". Dazu arbeitet sie gemeinsam mit ihrem Team an neuen Forschungskonzepten und stellt sich dabei immer wieder der Frage, wie verschiedene Zielgruppen erreicht werden können: Wo sind sie ansprechbar? Welche Informationen brauchen sie? Wie gestalten wir Studien, damit Vertrauen und Motivation zur Teilnahme entstehen?

Doch nicht nur der Einschluss neuer Personengruppen kann herausfordernd sein – auch Studiendesigns und Erhebungsinstrumente, die so konzipiert sind, dass relevante Merkmale, die Einfluss auf die Versorgung nehmen können, verlässlich abgefragt werden können, sind aktuell noch in der Entwicklung. Hier ist das Ziel von Ina Otte, ihre Expertise in qualitativer und quantitativer Sozialforschung und Medizinethik für die entsprechenden Weiter- und Neukonzeptionen einzusetzen, um Versorgungsfragen zukünftig gerechter sowie inklusiver denken und erforschen zu können.

Schon während ihres Soziologiestudiums an der Universität Bielefeld interessierten sie besonders medizinsoziologische Fragestellungen. Diese konnte sie während ihrer Promotion in Bio- und Medizinethik an der Universität Basel um medizinethische Komponenten ergänzen. Dabei standen besonders die Themen Autonomie und Selbstbestimmung, informierte Aufklärung und Einwilligungsprozesse in ihrem Fokus.

Ihre Forschung zu diesen Themen führte sie schlussendlich immer wieder zu Fragestellungen, die klassischerweise der Versorgungsforschung zugeordnet werden: Wie kann medizinische Versorgung gerecht gestaltet werden, sodass alle Bevölkerungsgruppen einen fairen Zugang zu ihr haben und gleichberechtigt sowie selbstbestimmt von ihr profitieren können?

Während der Beschäftigung mit diesen medizinethischen Kernfragen ist ihr – erklärt Ina Otte – immer klarer geworden, dass nicht nur der Informationsprozess für selbstbestimmte Entscheidungen herausfordernd sein kann – wie bspw. verständliche Sprache und ausreichende, aber nicht überfordernde Informationsmenge –, sondern auch der biografische und sozioökonomische Hintergrund der Person eine immens wichtige Rolle im Entscheidungsprozess spielt.

In der tagtäglichen Arbeit beschäftigt sich das Team des Instituts mit kontext- und diversitätssensiblen Versorgungsfragen aller Fachbereiche der Humanmedizin und bildet dabei einen multiperspektivischen und interdisziplinären Blick darauf ab. Damit dies gelingt, werden im Team Ärzt:innen, Pflegefachpersonen und -wissenschaftler:innen, Soziolog:innen, Gesundheitswissenschaftler:innen und weitere Fachbereiche aus ganz unterschiedlichen Karrierestufen zusammengebracht, um gemeinsam an den aktuellen Herausforderungen der Diversitätsmedizin in Deutschland zu arbeiten.

Für alle diese Forschungsfragen bietet Bochum als Stadt respektive das Ruhrgebiet als Standort ein hervorragendes Forschungsumfeld. Oft wird das Ruhrgebiet als Schmelztiegel bezeichnet: Viele unterschiedliche Bevölkerungsgruppen leben auf kompaktem Raum zusammen und viele von ihnen vereinen eine große Vielfalt an biografischen und sozioökonomischen Prägungen sowie unterschiedlichen Lebensrealitäten. Ina Otte: „Für jemanden wie mich, der sich für die Auswirkungen individueller und gesamtgesellschaftlicher sowie biografischer Hintergründe auf die Gesundheitsversorgung interessiert, ist hier der perfekte wissenschaftliche Standort. Darüber hinaus bin ich der Ruhr-Universität Bochum und der Medizinischen Fakultät für die Offenheit gegenüber diesem Forschungsthema sehr dankbar. Hier wird Vielfalt nicht nur toleriert, sondern aktiv gelebt und gefördert."

Obwohl das Institut als auch die Abteilung für Versorgungsforschung erst seit Kurzem bestehen, können bereits erste Erfolge verzeichnet werden. Neben medialer Präsenz, ersten Publikationen und aktiven Konferenzbeiträgen freut sich das Institut besonders über das erfolgreiche erste Bochumer Symposium Diversitätsmedizin, das im vergangenen Jahr auf große Resonanz stieß. Aktuell laufen die Vorbereitungen, um auch in diesem Jahr erneut das Bochumer Symposium für Diversitätsmedizin an der RUB auszurichten.

Darüber hinaus wird gemeinsam mit inno3 ab 2026 ein zweites jährliches Symposium geplant, das sich sowohl an die Allgemeinbevölkerung als auch an Akteur:innen im Gesundheitswesen richtet.

Zusätzlich folgten in diesem Jahr die ersten Förderzusagen – unter anderem für ein umfangreiches Projekt, das durch den Innovationsfonds des G-BA gefördert wird: iDEM-Support. Ziel des Projekts ist das Empowerment pflegender Zugehöriger von Menschen mit Demenz durch eine kulturell angepasste und erweiterte Version der E-Health-Plattform iSupport der Weltgesundheitsorganisation. Das Projekt startete Anfang des Jahres und ist mit einer Fördersumme von 1,4 Millionen Euro das erste größere Forschungsvorhaben der neuen Abteilung für Versorgungsforschung.

Ein weiterer Meilenstein ist das Institutsprojekt „acadim – Akademie für Diversitäts- und Individualmedizin". Als universitäre Ausgründung verfolgt acadim das Ziel, eine gemeinnützige Plattform für den deutschlandweiten Wissenschaftstransfer zu etablieren. Dabei stehen sowohl der Aufbau eines bundesweiten Netzwerks für diversitätssensible Medizin als auch die Verknüpfung von Forschung und Fortbildung im Fokus. Acadim soll aktuelle Erkenntnisse der Diversitätsmedizin gezielt in die medizinische Aus- und Fortbildung für Gesundheitsfachberufe und in die breite Bevölkerung tragen. Ina Otte: „Um diese Ziele zu verwirklichen, konnten wir bereits erste Kooperationen etablieren – unter anderem mit der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie – und wir hoffen natürlich, dass noch viele weitere Kooperationen folgen." <<



Amelie Meibeck, M.A., wissenschaftliche Mitarbeiterin

>> Warum arbeiten/studieren Sie im Bereich Versorgungsforschung am Institut für Diversitätsmedizin?

Ich arbeite in der Abteilung für Versorgungsforschung am Institut für Diversitätsmedizin, weil ich als Soziologin verstehen möchte, wie gesellschaftliche Strukturen die Gesundheitsversorgung beeinflussen und wie wir sie gerechter gestalten können. Die interdisziplinäre und praxisnahe Forschung an der Abteilung schafft dafür den idealen Rahmen: Diversitätsfaktoren werden hier differenziert analysiert, um Versorgung so zu gestalten, dass sie allen Menschen, unabhängig von Herkunft, sozialem Status oder Lebenslage, gerecht wird.

Was zeichnet in Ihren Augen den Bereich Versorgungsforschung aus?

Die Abteilung für Versorgungsforschung am Institut für Diversitätsmedizin zeichnet sich für mich vor allem durch ihre interdisziplinäre Ausrichtung und den Fokus auf praxisnahe, gesellschaftlich relevante Themen aus. Besonders beeindruckt mich die enge Zusammenarbeit mit Patient:innen und Kliniker:innen, die es ermöglicht, konkrete Lösungen für Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung zu entwickeln und so eine gerechtere und nachhaltigere Versorgung zu fördern.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Aktuell konzentriere ich mich im Rahmen des vom Innovationsfonds geförderten Projekts „iDEM-Support“ insbesondere auf das Empowerment von pflegenden Zugehörigen von Menschen mit Demenz. Ziel unseres Projekts ist es, die digitale Plattform „iSupport“ der Weltgesundheitsorganisation an den deutschen Versorgungskontext anzupassen und um ein Modul zur digitalen Gesundheitskompetenz zu erweitern. Damit wollen wir die psychische Belastung pflegender Zugehöriger verringern und die Versorgungsqualität von Menschen mit Demenz verbessern.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

In der Versorgungsforschung möchte ich mit meiner soziologischen Perspektive dazu beitragen, eine gerechtere Gesundheitsversorgung zu gestalten. Es treibt mich an, die gesellschaftlichen Strukturen zu durchdringen, die den Zugang zu gesundheitsbezogenen Angeboten bestimmen, und herauszufinden, wie wir systematische Ungleichheiten abbauen können. Besonders fasziniert mich die Herausforderung, durch innovative Versorgungskonzepte echte Veränderungen herbeizuführen, die Menschen zugutekommen, die besonderen gesundheitlichen oder sozialen Herausforderungen gegenüberstehen. <<



Maike Kömp M.Sc., wissenschaftliche Mitarbeiterin

>> Warum arbeiten Sie im Bereich Versorgungsforschung am Institut für Diversitätsmedizin?

Ich arbeite in der Abteilung für Versorgungsforschung, weil ich dazu beitragen möchte, Forschungslücken zu identifizieren und zu schließen, insbesondere in Bereichen, die bisher wenig Beachtung gefunden haben. Als Gesundheitswissenschaftlerin liegt es mir besonders am Herzen, die Vielfalt von Lebensrealitäten in meiner Forschung abzubilden und somit zu einer inklusiveren Versorgung beizutragen. Die Kombination aus gesellschaftlicher Relevanz, wissenschaftlicher Neugier und dem Wunsch, konkrete Veränderungen anzustoßen, macht diese Arbeit für mich besonders wertvoll.

Was zeichnet in Ihren Augen den Bereich Versorgungsforschung am Institut für Diversitätsmedizin der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum aus?

Unsere Abteilung ist geprägt von einer interdisziplinären Zusammenarbeit auf Augenhöhe, in der verschiedene fachliche Perspektiven zusammengeführt werden. Den engen kollegialen Austausch empfinde ich dabei als besonders bereichernd. Gemeinsam verfolgen wir das Ziel, die gesundheitsbezogene Versorgung nachhaltig zu verbessern. Im Zentrum stehen dabei besonders Menschen, deren Perspektiven im Gesundheitssystem häufig übersehen werden. Wir widmen uns auch sensiblen und kontroversen Themen und hinterfragen bestehende Strukturen auf Grundlage empirischer Erkenntnisse. Unser Anspruch ist es, Versorgung so weiterzudenken, dass sie die gesellschaftliche Vielfalt mit abbildet.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Derzeit beschäftige ich mich im Rahmen eines vom Innovationsfonds geförderten Projekts mit der Bewertung der Versorgungsqualität von Menschen mit Delir in Altenpflegeeinrichtungen. Im Mittelpunkt steht die Perspektive von Pflegefachpersonen und (Haus-) Ärzt:innen in Bezug auf ihre Einschätzung der Versorgungsqualität und die Wahrnehmung bestehender Defizite. Ein weiteres Vorhaben, gefördert durch das InnovationsFoRUM der Medizinischen Fakultät, widmet sich dem Einfluss kognitiver Denkmuster auf die ärztliche und pflegerische Erhebung sowie Beurteilung akuter und chronischer Schmerzen bei erwachsenen Patient:innen.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Besonders wichtig ist mir, dass die Forschung einen konkreten und anwendbaren Mehrwert für die Praxis schafft. Ich möchte dazu beitragen, dass die Bedürfnisse marginalisierter Gruppen stärker in den Fokus rücken und in der gesundheitlichen Versorgung selbstverständlich mitgedacht werden. Versorgungsforschung kann helfen, bestehende Ungleichheiten sichtbar zu machen – und zu verändern. Mein persönliches Ziel ist es, dass alle Menschen – unabhängig von ihren Persönlichkeitsmerkmalen oder Lebensrealitäten – einen gleichwertigen Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung erhalten. <<



Werden Sie Teil unseres Teams!

Wir suchen
Projektleitung für Evaluationen im Gesundheitswesen (m/w/d)

Ihre Aufgaben

Sie unterstützen unser hochqualifiziertes interdisziplinäres Team in eigenverantwortlicher Arbeit mit Ihrer wissenschaftlichen Expertise sowie Ihrer Erfahrung in der Leitung von Projekten. Dazu zählen u. a. folgende Aufgabenbereiche:

- Strategische Kunden- und Projektberatung für Evaluationsvorhaben
- Leitung und wissenschaftliche Durchführung von gesundheitsökonomischen Evaluationen (z. B. in Innovationsfondsprojekten) sowie von Begleitevaluationen und Versorgungsforschungsstudien
- Fachliche, projektbezogene Leitung von interdisziplinären wissenschaftlichen Teams (drei bis fünf Mitarbeitende)
- Entwicklung von Evaluationskonzepten für innovative Versorgungsformen, je nach Anforderung als quantitative, qualitative oder Mixed-Methods-Studien
- Ergebnispublikation in wissenschaftlichen Fachzeitschriften

Die vollständige Stellenausschreibung für diese und weitere Positionen finden Sie hier:

inav-berlin.de/das-inav/#karriere

Die inav GmbH

Wir gehören zu den führenden Instituten für die wissenschaftliche und praktische Begleitung von Innovationen im Gesundheitswesen. Durch Evaluationen, Datenanalysen und Beratung unterstützen wir unterschiedlichste Akteure bei Entscheidungs- und Umsetzungsprozessen. In unserem 25-köpfigen Team bündeln wir Kompetenzen aus Wissenschaft, Wirtschaft und Politik.

inav

inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH
Schiffbauerdamm 12 · D-10117 Berlin
Tel. +49 (0)30 24 63 12 22
personal@inav-berlin.de

Handlungsempfehlungen aus dem Projekt DiPaH

Digitale Prävention in der Hypertonieversorgung

Die Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen ist ein zentrales Anliegen der Versorgungsforschung – nicht zuletzt, weil Bluthochdruck trotz guter Behandelbarkeit eine der führenden Ursachen für Morbidität und Mortalität in Deutschland bleibt. Insbesondere bei älteren Menschen sowie in ländlichen Regionen sind Versorgungslücken evident. Digitale Gesundheitstechnologien, von Gesundheits-Apps bis hin zu Onlinekursen, versprechen eine niedrigschwellige Ergänzung zur klassischen Prävention. Doch in der Praxis bleiben Reichweite, Akzeptanz und Wirksamkeit oft hinter den Erwartungen zurück. Vor diesem Hintergrund untersuchte das vom Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderte Projekt DiPaH – Digitale Präventionsmaßnahmen bei arterieller Hypertonie, wie digitale Gesundheitstechnologien gezielt in die Versorgung integriert werden können – mit einem besonderen Fokus auf altersspezifische und regionale Unterschiede.

>> Das Projekt verfolgte einen Mixed-Methods-Ansatz. Es wurden qualitative Interviews und Fragebogenerhebungen bei Versicherten der AOK Nordost, Nutzenden von Onlinepräventionskursen und Nutzenden einer Hypertonie-Apps sowie Hausärzt:innen und Kardiolog:innen durchgeführt und um Fokusgruppen mit Stakeholdern ergänzt. Zusätzlich wurden Routinedaten der AOK Nordost mit den Daten der Fragebogenerhebungen der Versicherten zusammengeführt und ausgewertet. In kollaborativen Workshops wurden die Ergebnisse diskutiert und gemeinsam Handlungsempfehlungen für die Versorgungspraxis erstellt.

Zentrale Fragestellungen des Projekts waren:

- Welche Bevölkerungsgruppen lassen sich mit digitalen Präventionsangeboten erreichen - und welche nicht?
- Welche strukturellen, individuellen und technischen Barrieren bestehen in der Nutzung?
- Wie unterscheiden sich Bedarfe und Präferenzen je nach Altersgruppe und Wohnorttyp (urban vs. ländlich)?

Ergebnisse und Erkenntnisse

Die Analyse zeigte, dass digitale Präventionsangebote derzeit nur von einem kleinen Teil der Patient:innen mit Hypertonie aktiv genutzt werden. Besonders ältere Personen weisen einen deutlich geringeren Digitalisierungsgrad und eine niedrigere Gesundheitskompetenz auf und nutzen digitale Gesundheitstechnologien weniger häufig. Zudem offenbarten sich systemische Barrieren: Digitale Gesundheitstechnologien sind häufig nicht in bestehende Versorgungspfade eingebunden. Es fehlen anerkannte Qualitätskriterien und sichtbare Orientierungshilfen für Patient:innen und Leistungserbringende. Technologische Herausforderungen durch unterschiedliche Systeme und Schnittstellen sind noch immer zentrale Herausforderungen, die es zu überwinden gilt. Gleichzeitig wurden auch förderliche Faktoren identifiziert: Eine gezielte ärztliche Empfehlung, niederschwellige Zugangsmöglichkeiten, eine klare Nutzenkommunikation sowie die Einbettung in bestehende Lebenswelten können die Akzeptanz und Nutzung digitaler Angebote deutlich erhöhen.

Handlungsempfehlungen für die Praxis

Aus den Erkenntnissen hat das Konsortium ein Whitepaper mit konkreten Handlungsempfehlungen für Akteur:innen im Gesundheitswesen und in der Politik erarbeitet.

Die zentralen Empfehlungen lauten: zielgruppenorientierte Entwicklung und Ansprache: Digitale Präventionsangebote sollten an den Bedürfnissen spezifischer Bevölkerungsgruppen – insbesondere älterer Menschen – ausgerichtet sein.

Dazu gehören auch Angebote in einfacher Sprache, barrierefreie Gestaltung und persönliche Begleitstrukturen. Förderung digitaler Gesundheitskompetenz: Prävention muss digitale Befähigung mitdenken. Bildungs- und Unterstützungsangebote auf kommunaler Ebene (z. B. über Gesundheitslots:innen) sollten ausgebaut werden. Integration in die Regelversorgung: Digitale Angebote sollten stärker in klassische Versorgungspfade eingebunden werden, z. B. über Verordnungs-



Abb. 1: *Präsentation des Whitepapers „Digitale Präventionsansätze in der Hypertonieversorgung".*

Zitationshinweis

Bruch et al.: „Digitale Prävention in der Hypertonieversorgung: Handlungsempfehlungen aus dem Projekt DiPaH", in „Monitor Versorgungsforschung" (03/25), S. 38–39. http://doi.org/10.24945/MVF.03.25.1866-0533.2719

fähigkeit, Schnittstellen zu elektronischen Patientenakten und eine aktivierende Rolle der Hausärzt:innen. Qualitätsentwicklung und -sicherung: Die Entwicklung standardisierter, evidenzbasierter Kriterien für digitale Prävention kann Orientierung für Leistungserbringende und Versicherte schaffen.

Fazit und Ausblick

Das Innovationsfondsprojekt DiPaH leistet einen wichtigen Beitrag zum Verständnis der Voraussetzungen für eine digitale Prävention im Kontext der Hypertonieversorgung. Die Studie macht deutlich: Digitale Angebote entfalten ihr Potenzial erst dann, wenn sie gezielt an den Bedürfnissen und Lebensrealitäten der Nutzer:innen ausgerichtet und in bestehende Versorgungsstrukturen integriert werden. Das Projekt zeigt exemplarisch, wie Handlungsempfehlungen aus Forschung und Praxis gemeinsam entwickelt und disseminiert werden können – ein Ansatz, der für andere chronische Erkrankungen übertragbar ist. Die Herausforderung besteht nun darin, die formulierten Empfehlungen in konkreten Versorgungspfaden zu operationalisieren und strukturell abzusichern. <<

von:
Dunja Bruch MSc[1]
(ORCID: 0000-0002-9511-8487)
Dr. rer. medic. Felix Mühlensiepen, PhD, MPH[2]
(ORCID: 0000-0001-8571-7286)
Susann May MPH[2]
(ORCID: 0000-0003-3847-4861)
Prof. Dr. med. Sebastian Spethmann[3]
(ORCID: 0000-0003-0987-8007)

1: Department of Cardiovascular Surgery, Heart Center Brandenburg, Brandenburg Medical School Theodor Fontane, Bernau bei Berlin
2: Zentrum für Versorgungsforschung, Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane
3: Klinik für Kardiologie, Angiologie und Intensivmedizin, Deutsches Herzzentrum der Charité, Berlin

Links

Das Whitepaper mit allen Empfehlungen kann unter folgendem Link abgerufen werden:
https://t1p.de/i07h8

Weitere Informationen zum Projekt:
www.mhb-fontane.de/dipah

MHB verabschiedet Prof. Edmund Neugebauer



Abb. 1: Abschiedssymposion der MHB für Prof. Neugebauer (Foto: Stephanie Timm).

>> Prof. Dr. Edmund Neugebauer, Past-Präsident und Seniorprofessor für Versorgungsforschung an der MHB, wurde Anfang April diesen Jahres im Rahmen eines wissenschaftlichen Symposiums von rund 50 anwesenden Kolleg:innen, Wegbegleiter:innen und Freund:innen feierlich verabschiedet.

Edmund Neugebauer gilt als inhaltlicher Pionier und als einer der prägendsten und wichtigsten Versorgungsforscher seiner Generation. Er hat mehr als 1.000 wissenschaftliche Artikel publiziert, davon über 600 als Originalarbeiten, zahlreiche Bücher geschrieben und herausgegeben, die nicht nur die Wissenschaft adressiert haben, sondern auch als Wissensquelle, Handlungsanleitung und Inspiration für Verantwortungsträger:innen im öffentlichen Gesundheitswesen und in der Politik Beachtung fanden. Er war Mitgründer und langjähriger Vorsitzender des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung und ist Herausgeber von zwei zentralen Lehrbüchern zur Versorgungsforschung. 2016 wurde er zunächst zum Dekan und akademischen Geschäftsführer der MHB gewählt. Mit dem Wachstum der MHB und dem Aufbau weiterer Fakultäten wurde er 2019 vom Senat zum Präsidenten der MHB gewählt. Von 2022 bis heute war er dann Seniorprofessor für Versorgungsforschung an der MHB.

„Die Forschungsleistung von Prof. Neugebauer ist international anerkannt und hatte großen Einfluss auch auf die Entwicklung der MHB. Die MHB hat Edmund Neugebauer sehr viel zu verdanken und wäre ohne ihn und sein unermüdliches Engagement heute nicht so aufgestellt, wie sie es ist. Prof. Edmund Neugebauer hat maßgeblich die Profilbildung der Forschung an der MHB geprägt. Nicht umsonst hat die MHB einen Forschungsschwerpunkt in der Versorgungsforschung. Der Aufbau von Forschungszentren und fachübergreifenden integrierten Arbeitsgruppen geht wesentlich auf seine Initiative zurück. Dass wir uns heute hier in Rüdersdorf treffen können, liegt vor allem daran, dass wir hier ein Zentrum für Versorgungsforschung gegründet haben, welches eine interdisziplinäre und translationale Plattform für den Austausch von Wissenschaftler:innen bildet und das wesentlich mit zur Sichtbarkeit der Versorgungsforschung an der MHB beiträgt. Auch der Start des in dieser Form einzigartigen Masterstudiengangs Versorgungsforschung haben wir dem Durchhaltevermögen und dem persönlichen Einsatz von Edmund Neugebauer zu verdanken. Das sind alles große Erfolge und Errungenschaften der MHB, die ohne das Wirken von Edmund Neugebauer nicht möglich gewesen wären", sagte Prof. Dr. Hans-Uwe Simon, aktueller Präsident der MHB und in diesem Amt der Nachfolger von Prof. Neugebauer, in seiner Laudatio.

Zahlreiche Wegbegleiter:innen und Kolleg:innen – einschließlich der jetzigen und früheren Vorsitzenden des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung – waren erschienen, um gemeinsam einzelne Stationen seines umfangreichen Schaffens und Wirkens in und zwischen Gesundheit, Wissenschaft und Gesellschaft Revue passieren zu lassen und um insgesamt sein beachtliches Lebenswerk zu würdigen. <<

Link:
1: https://t1p.de/jgb98

Eine Langzeitbetrachtung

Warum gibt es in Deutschland ein Problem in der ambulanten Versorgung?

Trotz steigender Arztzahlen und Arztdichte im ambulanten Bereich hat sich in Deutschland in den vergangenen Jahren ein Versorgungsproblem entwickelt. Offensichtlich wird es für Patienten immer schwerer, einen Termin bei einem Facharzt zu bekommen oder einen Haus- oder einen Kinderarzt zu finden. Demgegenüber klagen Ärzte über eine zunehmende Inanspruchnahme, die sie nicht mehr leisten könnten. Viele Presseartikel, politische und berufspolitische Stellungnahmen und wissenschaftliche Arbeiten gibt es dazu [1, 2, 3]. Als Ursache werden z. B. genannt: der Hausarztmangel, die zunehmende Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen aufgrund der Demografie, zu wenig Medizinstudienplätze, die Work-Life-Balance der jungen Generation und anderes. Beim Gesundheitssystem generell und speziell auch der ambulanten Versorgung handelt es sich um ein System mit langen zeitlichen Latenzen in Bezug auf die verschiedenen (berufs-) politischen Maßnahmen und Steuerungsversuche, die in der Vergangenheit stattgefunden haben. Deshalb wird hier die zeitliche Entwicklung verschiedener Kennzahlen über mehrere Jahrzehnte dargestellt und analysiert in Bezug auf die heutigen Versorgungsprobleme.

>> Anhand von öffentlich zugänglichen Daten, insbesondere den Honorarberichten der KBV [4] und den Ärztestatistiken der BÄK [5], wird die Entwicklung der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung der letzten Jahrzehnte aufgearbeitet und dargestellt. Zur Vereinfachung wird im Folgenden vom Hausarzt(HA)-Bereich und vom Facharzt(FA)-Bereich gesprochen, obwohl auch alle hausärztlich tätigen Ärzte seit 1996 die Facharztanerkennung haben müssen.

Neben der Entwicklung der Arztzahlen insgesamt und dem Vergleich der Arztzahlen im stationären Bereich zum ambulanten Bereich ist vor allem die Entwicklung der Arztzahlen im HA-Bereich im Vergleich zum FA-Bereich seit 1980 ein aufschlussreicher Parameter. Weitere wichtige Parameter sind die Entwicklung der Arztdichte, die Fallzahlentwicklung, speziell die Fallzahl pro Arzt, wobei den Auswertungen soweit möglich die Arztzahlen nach Teilnahmeumfang und nicht die Arztzahlen nach „Köpfen" zugrunde gelegt werden.

In den Honorarberichten der KBV werden diese erst ab 2013 aufgeführt. Allerdings ist davon auszugehen, dass davor der Unterschied nur marginal sein dürfte. Ferner wird die Honorarentwicklung im Vergleich der beiden Bereiche betrachtet. Zu den Fallzahlentwicklungen werden die historischen (berufs)-politischen Entscheidungen und Maßnahmen dargestellt, die möglicherweise einen Einfluss auf die Arztzahlentwicklung in dem jeweiligen Bereich gehabt haben könnten. Ferner werden die verschiedenen Maßnahmen, die das Ziel hatten und haben, die hausärztliche Versorgung zu stärken, aufgeführt und ein möglicher Zusammenhang diskutiert. So wird versucht, Ursachen für die derzeitigen Probleme in der ambulanten Versorgung herauszuarbeiten.

Ergebnisse

Die Gesamtzahl der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte hat sich in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich erhöht (Abb.1). Kamen 1960 noch 786 Einwohner auf einen Arzt, so sind das 2023 nur noch 197.

Ab 2010 steigen die Arztzahlen im stationären Bereich stärker als im ambulanten Bereich (Abb.1). D. h., ab 2010 sind relativ mehr Ärzte und Ärztinnen im stationären Bereich verblieben und weniger häufig in den ambulanten Bereich gewechselt. Der Anteil der Ärztinnen hat deutlich zugenommen von ca. 10 Prozent 1960 auf derzeit über 50 Prozent. Im ambulanten Bereich hat sich in den letzten Jahrzehnten eine dramatische

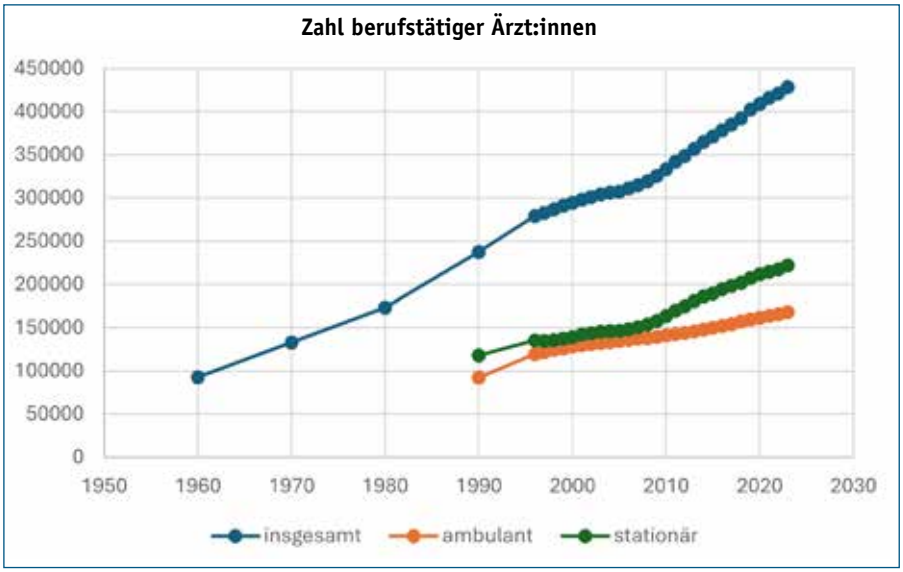


Abb. 1: Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte insgesamt und nach Tätigkeitsort stationär oder ambulant (Quelle: eigene Darstellung).

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

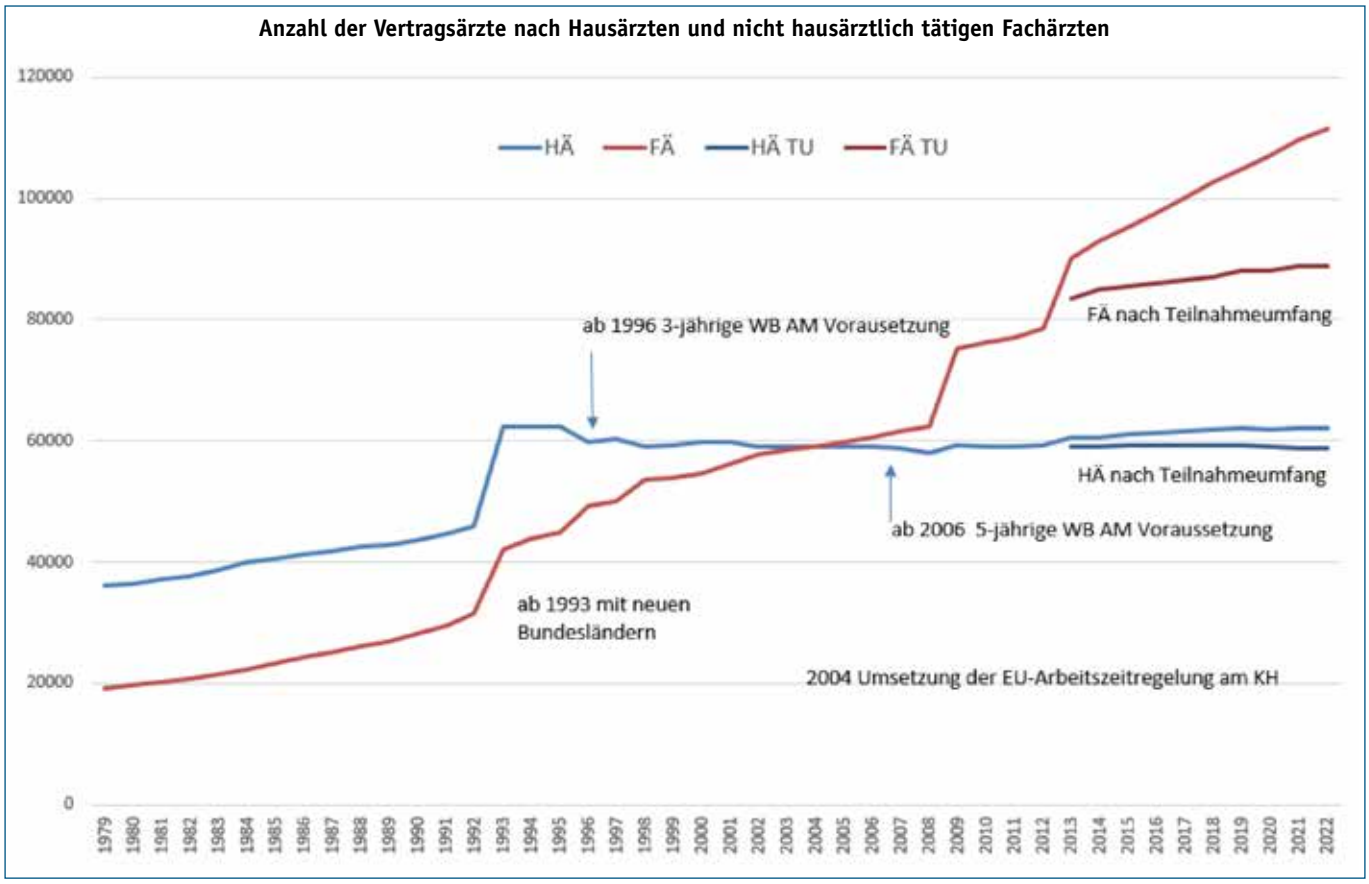


Abb. 2: Anzahl der Vertragsärzte nach Hausärzten und nicht hausärztlich tätigen Fachärzten. (Quelle: eigene Darstellung).

Entwicklung abgespielt: Wie Abb. 2 zeigt, betrug 1980 der Anteil der Hausärzte (HÄ) 65 Prozent und der Anteil der Fachärzte (FÄ) lag bei 35 Prozent. Im Jahr 2022 beträgt der Anteil der HÄ 40 Prozent und der Anteil der FÄ liegt bei 60 Prozent. Bis 1993 verlief die Zunahme bei den HÄ und FÄ ziemlich parallel. Nach einer kurzen Plateau-Phase kam es 1996 dann allerdings zu einer Verringerung der Zahl der HÄ, die sich in den Folgejahren noch fortsetzt. Erst ab 2012 ist ein leichter Anstieg zu beobachten, allerdings nur in Bezug auf die Anzahl der „Köpfe". Betrachtet man den Teilnahmeumfang an der Versorgung, so sind die Zahlen bei den HÄ weiter rückläufig, während sie bei den FÄ weiter ansteigen. Seit 1996 entscheiden sich also immer mehr Ärztinnen und Ärzte, die in den ambulanten Bereich gehen, für eine Facharzttätigkeit und gegen die Tätigkeit als Hausarzt oder Hausärztin. Dies spiegelt sich auch in dem Anteil der Facharztanerkennungen für das Fach Allgemeinmedizin an allen Facharztanerkennungen (Abb. 3).

Diese Entwicklung wurde bereits im Gutachten des SVR 2014 [6] beschrieben, ohne dass nachhaltige Maßnahmen ergriffen wurden. Ein wichtiger Parameter in Bezug auf die Versorgung ist die Anzahl der Behandlungsfälle. Diese steigt kontinuierlich an mit einem Knick während der Corona-Pandemie, in den letzten zehn Jahren um 7,2 Prozent. Der Anstieg liegt deutlich über der Zunahme der Bevölkerung von 4,3 Prozent im gleichen Zeitraum.

Differenziert man nach HÄ und FÄ, so zeigt Abbildung 4, dass bei den HÄ trotz stagnierender Arztzahlen die Zahl der Behandlungsfälle je Arzt (nach Teilnahmeumfang) eine steigende Tendenz aufweist, während die Zahl der Behandlungsfälle bei den FÄ (ohne die Behandlungsfälle der Laborärzte und Radiologen) tendenziell eher rückläufig ist. Betrachtet man die Honorarentwicklung,



Abb. 3: Anteil der Facharztanerkennung in Allgemeinmedizin an allen Facharztanerkennungen (Quelle: eigene Darstellung).

so zeigt sich, dass die fachärztlichen Honorare in den letzten zehn Jahren etwas stärker angestiegen sind als im hausärztlichen Bereich. Allerdings konnte die zunehmende Honorierung im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nicht berücksichtigt werden, da es dazu keine öffentlich zugänglichen Daten gibt. Geschätzt dürfte die Mehrhonorierung im Rahmen der HZV derzeit bundesweit im Durchschnitt noch unter 4 Prozent des KV-Honorars liegen. Dabei ist zu bedenken, dass die Praxiskosten insbesondere bei den FÄ sehr unterschiedlich sind. Auch die Einnahmen außerhalb des KV-Bereichs sind sehr unterschiedlich, über alle Fachgruppen machen die KV-Honorare ca. 72% der Praxiseinnahmen aus, bei den Hausarztpraxen beträgt dieser Anteil ca. 90% [7].

Relevante berufspolitische Entscheidungen wurden in Abb. 2 eingefügt:

- 1992 Gesundheitsstrukturgesetz „Lahnstein“: Einführung von Zulassungsbeschränkungen, Altersgrenze für Kassenärzte (68 Jahre, später wieder aufgehoben), Facharzt Voraussetzung für die Zulassung als Vertragsarzt [8].
- Ab 1993 3-jährige Weiterbildungszeit für den FA in Allgemeinmedizin.
- Ab 2004 Umsetzung der neuen EU-Arbeitszeitregelungen an den Krankenhäusern.
- Ab 2006 5-jährige Weiterbildungszeit für den FA in Allgemeinmedizin.

Maßnahmen zur Stärkung der Allgemeinmedizin:

- Auf- und Ausbau des Faches Allgemeinmedizin an den medizinischen Fakultäten, Errichtung von Lehrstühlen.
- Änderungen der Approbationsordnung: seit 2004 2-wöchiges Pflicht-Blockpraktikum Allgemeinmedizin, Famulatur in Allgemeinmedizin, Wahlfach Allgemeinmedizin, PJ-Tertial in AM.
- Finanzielle Förderung der Weiterbildung in Allgemeinmedizin seit 2010, bisherige Gesamtfördersumme ca. 2,1 Milliarden Euro (bis inkl. 2022).

Diskussion und Schlussfolgerungen

Bis 1992 verlief die Entwicklung der Anzahl der HÄ und der FÄ in etwa parallel, der Anteil der HÄ betrug konstant ca. 65 Prozent, der Anteil der FÄ 35 Prozent (Abb. 2). Ab dem Jahr 1993 ist eine drastische Änderung bei der Entwicklung der Zahl der HÄ zu beobachten. Nach einer kurzen Plateau-Phase kommt es zu einem leichten Rückgang, der mit geringen Schwankungen bis heute anhält. Die Zahl der FÄ steigt dagegen weiterhin konstant an. Wurde die HA-Medizin unattraktiver oder die FÄ-Tätigkeit attraktiver? Welche Faktoren könnten diese Entwicklung bestimmt haben [9, 10, 11]?

Trotz der vielfältigen, zahlreichen und kostenintensiven Maßnahmen (siehe oben) ist es nicht gelungen, seit 1993 die Anzahl der hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte relevant zu erhöhen. Inwieweit diese Maßnahmen einen weiteren Rückgang verhindert haben, muss spekulativ bleiben. Die Einführung der Regelung, dass man sich nur noch als Facharzt/Fachärztin niederlassen kann im GSG 1992 und den nachfolgenden Beschlüssen der Ärztekammern, dass die Weiterbildungszeit in Allgemeinmedizin ab 1996 drei Jahre und ab 2006 fünf Jahre beträgt, könnte eine wesentliche Ursache dafür sein, dass sich viele Ärztinnen und Ärzte gegen eine Weiterbildung zum FA für Allgemeinmedizin entschieden haben und auch heute noch entscheiden.

Dafür spricht auch die Entwicklung bei den Facharztanerkennungen (Abb. 3), die jeweils einen Peak in dem Jahr vor der Einführung der 3-jährigen bzw. 5-jährigen Weiterbildung als Voraussetzung für die Zulassung als Vertragsarzt zeigen und dann in den Folgejahren bis 2013 weiter rückläufig sind. Danach steigen die Zahlen wieder langsam an, allerdings

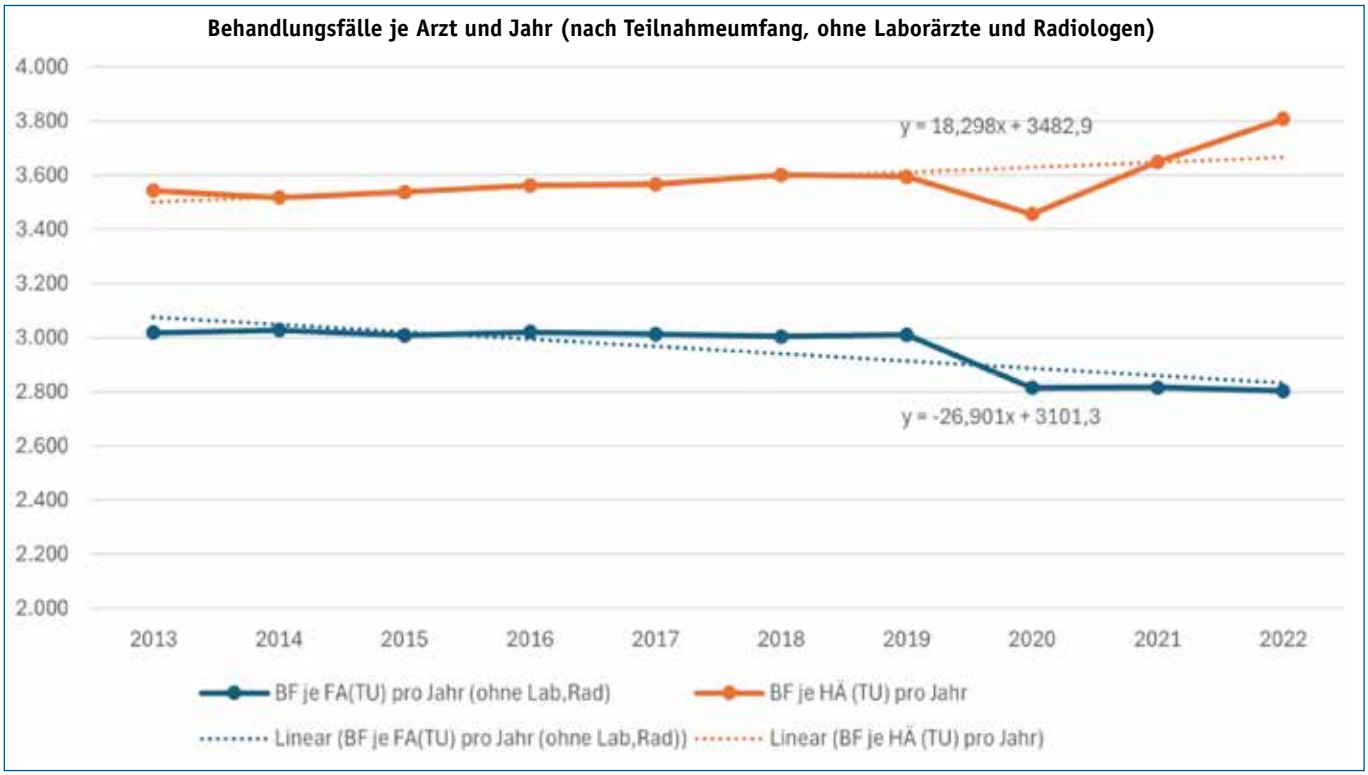


Abb. 4: Behandlungsfälle je Arzt und Jahr (nach Teilnahmeumfang, ohne Laborärzte und Radiologen). (Quelle: eigene Darstellung).

Zitationshinweis

Eissler, M.: „Warum gibt es in Deutschland ein Problem in der ambulanten Versorgung?“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/25), S. 40–43. http://doi.org/10.24945/MVF.03.25.1866-0533.2720

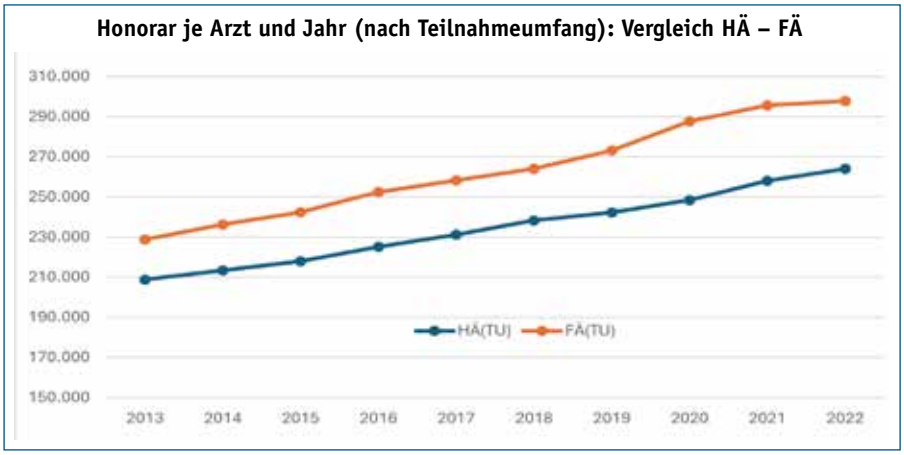


Abb. 5: Honorar je Arzt und Jahr (nach Teilnahmeumfang): Vergleich HÄ – FÄ. (Quelle: eigene Darstellung).

ohne dass sich das bei den Zahlen der hausärztlichen Vertragsärzte in einer Zunahme bemerkbar macht. Entweder bleiben diese FÄ für Allgemeinmedizin an den Kliniken, an denen es zunehmend Stellen für Allgemeinärzte gibt, oder sie arbeiten in Teilzeit im ambulanten Bereich (oder zeitweise gar nicht).

Dabei ist zu beachten, dass mit diesen Maßnahmen auch positive Effekte verbunden waren: Die Reputation des Fachgebiets Allgemeinmedizin und die Qualität der hausärztlichen Tätigkeit haben sicherlich zugenommen.

Die unterschiedliche Entwicklung in der Honorierung (Abb. 5) dürfte bei gleich langer Weiterbildungszeit ebenfalls die Entscheidung für eine fachärztliche Weiterbildung und gegen die Niederlassung als HA beeinflussen. Die Tatsache, dass die Zahl der Hausärzte in den letzten 20 Jahren stagnierte, ist sicherlich ein wesentlicher Grund für die aktuellen Versorgungsprobleme, da im hausärztlichen Bereich ein großer Teil der akuten ambulanten Versorgung, aber auch die kontinuierliche Langzeitbehandlung von chronisch kranken Patienten stattfindet und die Nachfrage nach ambulanten Versorgungsleistungen aus verschiedenen Gründen zugenommen hat.

Diese Nachfrage kann durch die deutliche Zunahme der Arztzahlen im FA-Bereich offensichtlich nicht kompensiert werden. Ein weiterer Aspekt ist die Frage, inwieweit aufgrund der Zunahme von regelmäßig durchzuführender Programme wie der Gesundheitsuntersuchung, weiterer Präventionsprogramme, der DMPs, der Kindervorsorgeuntersuchungen u. ä. die Termine für die Akutpatienten „verstopft“ werden. Diese Programme sollten – soweit noch nicht geschehen – einer kritischen Evaluation unterzogen werden. Auch die Wiedereinbestellungspraktiken in manchen FA-Gebieten sollten bezüglich ihrer Sinnhaftigkeit hinterfragt und soweit möglich anhand der Daten von KBV und Krankenkassen evaluiert werden.

Da die vielfältigen Maßnahmen zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung bisher nicht den gewünschten Effekt hatten, sollte über neue Konzepte nachgedacht werden, wie die Entscheidung für die Allgemeinmedizin und die Tätigkeit als Hausarzt oder Hausärztin attraktiver gemacht werden können. Ein Ansatz könnte sein, die Voraussetzungen für eine Zulassung als Vertragsarzt so zu ändern, dass bereits nach einer Weiterbildung von 3 Jahren, eventuell mit einem „Facharzt Hausarztmedizin“, eine Zulassung möglich wäre. Dies wäre europarechtlich unproblematisch, da in einigen europäischen Ländern die Weiterbildungszeit auch nur drei Jahre beträgt. Nach einer Tätigkeit von weiteren 2 Jahren in der Hausarztpraxis unter Supervision könnte dann der „Facharzt Allgemeinmedizin“ erworben werden.

Ein anderer Ansatz wäre, für alle Facharztgebiete ein obligates „Hausarztjahr“ einzuführen, d. h. ein Jahr Pflichtweiterbildung in einer Hausarztpraxis, ähnlich einem „Landarztjahr“, wie es das schon einmal vor vielen Jahrzehnten gab. Allerdings stellt sich hier die Frage der Finanzierung. Alternativ oder ergänzend sollten die Abrechnungsregeln so novelliert werden, dass die Akutversorgung im hausärztlichen Bereich attraktiver wird. Auf jeden Fall sind neue Ideen gefragt, da offensichtlich die bisherigen Ansätze keine Verbesserung der Versorgung gebracht haben und Ansätze wie die „Landarztquote“ frühestens nach 12 oder 15 Jahren sich in der Versorgung werden auswirken können. <<

von: Dr. med. Manfred Eissler[1]

1: Facharzt für Allgemeinmedizin, ZB Umweltmedizin (ORCID: 0000-0002-0174-6678)

Literatur

1. Bundesgesundheitsministerium. Ärztliche Versorgung. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/aerztliche-versorgung.html. Stand 17.11.2024
2. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die ambulante Versorgung in Deutschland – Hochgeschätzt und doch in Gefahr. https://www.kbv.de/html/68886.php. Stand 17.11.2024
3. Ärzteblatt. Weiter steigende Inanspruchnahme ambulanter Leistungen. 07.11.2023. https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/147167/Weiter-steigende-Inanspruchnahme-ambulanter-Leis. Stand 17.11.2024
4. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Honorarberichte. https://www.kbv.de/html/honorarbericht.php; Stand: 12.09.2024
5. Bundesärztekammer. Ergebnisse der Ärztestatistik. https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/2023. Stand 28.08.2024
6. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. Sachverständigenrat zur Beobachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf; Stand 12.11.2024
7. DESTATIS. Arztpraxen erzielten 2021 knapp 72% ihrer Einnahmen aus Kassenabrechnung. Pressemitteilung Nr. 346 vom 31. August 2023. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/08/PD23_346_52911.html. Stand 17.11.2024
8. AOK. Gesundheitsstrukturgesetz (GSG). https://www.aok.de/pp/reform/gsg/#c18634. Stand 07.11.2024
9. Schäfer M, Donnachie E, Gerlach R et al. Entwicklung der hausärztlichen Versorgung innerhalb der letzten Jahrzehnte – eine Analyse des Basisdatensatzes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Das Gesundheitswesen 2022; 84(04): 326 – 332. DOI: 10.1055/a-1330-7969
10. van den Bussche H. Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. Bundesgesundheitsblatt 2019; 9: https://www.springermedizin.de/allgemeinmedizin/die-zukunftsprobleme-der-hausaerztlichen-versorgung-in-deutschla/17075924; Stand 15.11.2024
11. Natanzon I, Ose D, Szecsenyi J. et al. Berufsperspektive Allgemeinmedizin: Welche Faktoren beeinflussen die Nachwuchsgewinnung? DMW 2010; 135: 1011-1015

Verbesserung der Impfstoffversorgung

Aktuelle Herausforderungen und gesellschaftlicher Wert der Impfprävention

Schutzimpfungen sind eine wirksame Präventivmaßnahme vor Infektionskrankheiten. Hohe Impfquoten schützen verschiedene Bevölkerungsgruppen vor dem Eintritt von Erkrankungen und schweren Krankheitsverläufen. Neben der Reduzierung von Erkrankungsfällen können Impfungen zu direkten Kosteneinsparungen durch weniger Hospitalisierungen, Arztbesuche und Komplikationen sowie zu indirekten Einsparungen aus gesellschaftlicher Perspektive führen. Bei den ab 60-Jährigen in Deutschland ist laut Robert Koch-Institut etwa jeder Fünfte gegen Gürtelrose (Q1 2024) und rund zwei von fünf Personen gegen die saisonale Influenza (Saison 2023/24) geimpft. Die Herstellung, Zulassung und der Vertrieb von Impfstoffen unterliegen strengen Reglementierungen. Die STIKO-Empfehlungen sowie die Vertragsverhandlungen für die Kostenübernahme durch die Gesetzliche Krankenversicherung sind oft langwierig. Potenziale für eine Verbesserung der Impfstoffversorgung bietet die Digitalisierung durch elektronische Impfausweise und datengestützte Erinnerungssysteme. Ebenso führen niedrigschwellige Angebote, insbesondere das Impfen in Apotheken, zu einer Zunahme der Impfquoten bei hoher Zufriedenheit der Geimpften. Bei der gesundheitsökonomischen Bewertung von Impfstoffen werden langfristige gesellschaftliche Effekte nur unzureichend berücksichtigt, weshalb diskutiert wird, wie eine breitere Bewertung den umfassenden Wert von Impfungen einbeziehen kann.

>> Schutzimpfungen zählen zu den wirksamsten Maßnahmen, um vor Infektionskrankheiten zu schützen (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2024a). Sie können das erworbene Immunsystem gezielt trainieren, indem sie eine Infektion imitieren, und können vor schweren Krankheitsverläufen und Folgeerkrankungen schützen (BMG 2024b).

Impfstoffarten und -technologien

Welcher Impfstoff am besten zur Prävention der jeweiligen Erkrankung geeignet ist, hängt von den Eigenschaften des Krankheitserregers ab (BMG 2024b). Zum Schutz vor Infektionskrankheiten kommen unterschiedliche Impfstoffarten und -technologien zum Einsatz. Diese unterscheiden sich u. a. mit Blick auf

- ihre Bestandteile und die Reaktion, die sie beim Immunsystem auslösen (BMG 2024b),
- den Grad der Aufspaltung (Schilling 2008),
- die Art der Herstellung (Leroux-Roels et al. 2011; Strugnell et al. 2011),
- die Frequenz, in der sie geimpft werden müssen, um einen ausreichenden Schutz aufzubauen (BMG 2024b).

Aufgrund von Virusmutationen, wie bei der Influenza, gibt es auch saisonale Impfstoffe, die jede Saison an die zirkulierenden Virusvariationen angepasst werden (BMG 2024b). Für eine Vielzahl von Erregern steht trotz jahrelanger Forschung noch kein Impfstoff zur Verfügung. Forscher:innen arbeiten daran, durch neue Technologien wirksame Impfstoffe zu entwickeln (BMG 2024b). Allerdings handelt es sich bei der Entwicklung neuer Impfstoffarten um ein aufwändiges, kompliziertes und mehrstufiges Verfahren (Leroux-Roels et al. 2011).

Notwendigkeit hoher Impfquoten

Impfungen können vor Erkrankungen schützen oder zu Krankheitsverläufen mit weniger stark ausgeprägten Beschwerden führen. Die Wahrscheinlichkeit für eine Ansteckung anderer Personen wird deutlich reduziert. Bei einer hohen Impfquote entsteht ein „Gemeinschaftsschutz", der auch diejenigen Personen vor einer Ansteckung schützt, die nicht geimpft sind oder bei denen sich keine Immunreaktion zum Schutz aufbaut (BMG 2024b). Schutzimpfungen bieten vor allem für Risikopersonen, wie z. B. ältere und chronisch kranke Menschen, ein großes Potenzial zur Vermeidung von Infektionskrankheiten und damit verbundenen schweren Krankheitsverläufen (BMG 2024b; Kwetkat 2023). Zusätzlich kann mithilfe von Schutzimpfungen die Anzahl ärztlicher Behandlungen aufgrund schwerer Krankheitsverläufe reduziert werden (Deutsches Ärzteblatt 2024).

Impfquoten

Um Impfprogramme zielgerichtet umsetzen, evaluieren und optimieren zu können, werden Impfquoten in Deutschland im Rahmen der KV (Kassenärztliche Vereinigung)-Impfsurveillance durch das Robert Koch-Institut (RKI) bundesweit aufbereitet und bereitgestellt (RKI 2024a). In diesem Kapitel werden deutsche und internationale Impfquoten an den Beispielen der Impfung zum Schutz vor Herpes zoster (Gürtelrose) und Influenza (Grippe) dargestellt.

Impfquoten am Beispiel der Herpes-zoster-Impfung

Herpes zoster, umgangssprachlich auch Gürtelrose genannt, wird durch das Varizella-zoster-Virus verursacht. Nach einer überstandenen Windpockenerkrankung verbleibt das Virus lebenslang in den Nervenzellen. Zu einem späteren Zeitpunkt kann es schließlich zu einer Reaktivierung des Virus und zum Auftreten von Herpes zoster kommen (RKI 2018a). Eine Erkrankung führt bei den Betroffenen teilweise zu starken Schmerzen

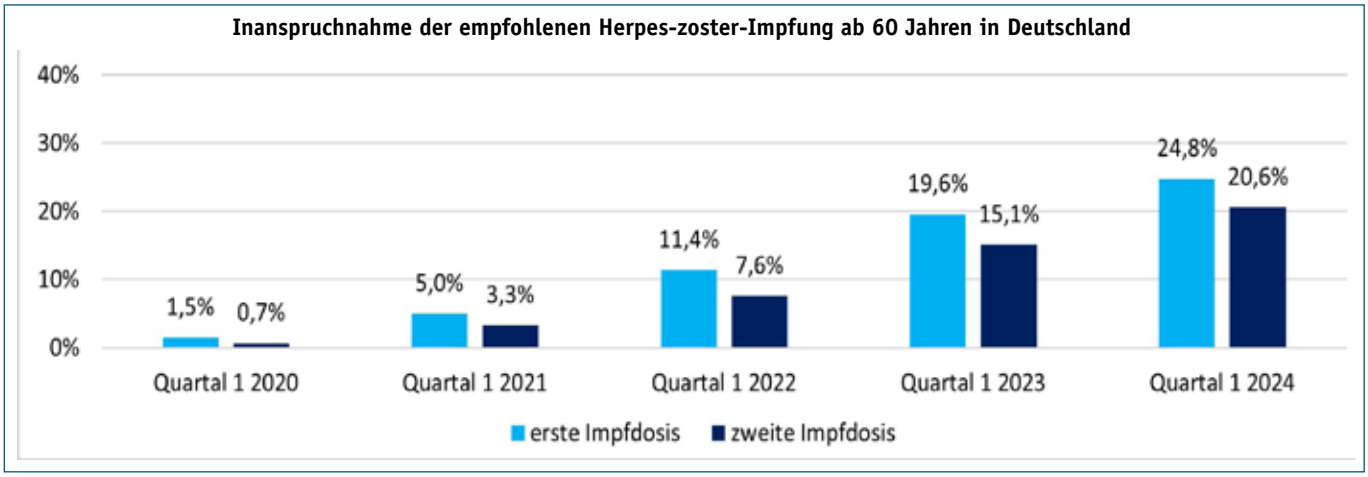


Abb. 1: Inanspruchnahme der empfohlenen Herpes-zoster-Impfung in Deutschland ab 60 Jahren (in Anlehnung an (RKI 2025), Datenstand 23.04.2025). Quelle: eigene Darstellung.

(RKI 2017). Die Impfung mit dem inaktivierten Herpes-zoster-Impfstoff wird von der ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) als Standardimpfung für Personen ab 60 Jahren und als Indikationsimpfung für Personen ab 50 Jahren mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung empfohlen (RKI 2018b). Seit März 2019 ist die Impfung Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen (RKI 2022).

Während die Impfquote im ersten Quartal 2020 bei 0,7% lag, stieg sie bis zum ersten Quartal 2024 geringfügig, aber kontinuierlich auf einen Wert von 24,8% an (RKI 2025) (Datenstand 23.04.2025). Die Entwicklung der Herpes-zoster-Impfquoten in Deutschland seit dem ersten Quartal 2020 ist in Abbildung 1 erkennbar.

Derzeit wird die Herpes-zoster-Impfung in 11 der 27 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) empfohlen (Auswärtiges Amt 2024; European Centre for Disease Prevention and Control 2024). Einer 2023 veröffentlichten Befragung von 3.613 Personen ≥50 Jahren in neun europäischen Ländern zufolge lag die Herpes-zoster-Impfrate mit 23% in Großbritannien am höchsten (International Longevity Centre UK 2023). Für die Impfquoten in anderen Ländern konnte keine übergreifende Übersicht, wie beispielsweise für die Influenza-Impfquoten in Europa (Europäische (EU-) Kommission 2024), identifiziert werden. Für verschiedene Länder sind Herpes zoster-Impfquoten veröffentlicht, allerdings unterscheiden sich diese hinsichtlich ihrer Datengrundlage, was einen Vergleich erschwert.

Impfquoten am Beispiel der Influenza-Impfung

Die echte Grippe, auch Influenza genannt, wird durch Tröpfchen oder über einen direkten Kontakt zu kontaminierten Oberflächen übertragen. Zu den häufigsten Symptomen zählen Fieber, Husten, Hals- sowie Muskel- und Kopfschmerzen. Weitere mögliche Beschwerden sind allgemeine Schwäche, Schweißausbrüche, Nasenausfluss, Übelkeit, Erbrechen und Durchfall. Auch schwere Verläufe mit Lungen- und weiteren Komplikationen sind möglich (RKI 2018c). Für Risikopersonen empfiehlt die STIKO jährlich im Herbst eine Impfung gegen die saisonale Influenza (RKI 2022).

In den Saisons 2008/09 und 2009/10 war laut RKI bei etwa der Hälfte der Menschen ab 60 Jahren eine Influenza-Impfung dokumentiert. Bis zur Saison 2012/13 sanken die Impfquoten und blieben dann auf einem Niveau, auf dem rund jeder Dritte ab 60 Jahren eine saisonale Influenza-Impfung erhalten hat. In der Saison 2020/21 lässt sich ein deutlicher Anstieg der Impfquote feststellen, in den darauf folgenden Saisons zeigt sich ein sinkender Trend (RKI 2022). Der Verlauf der

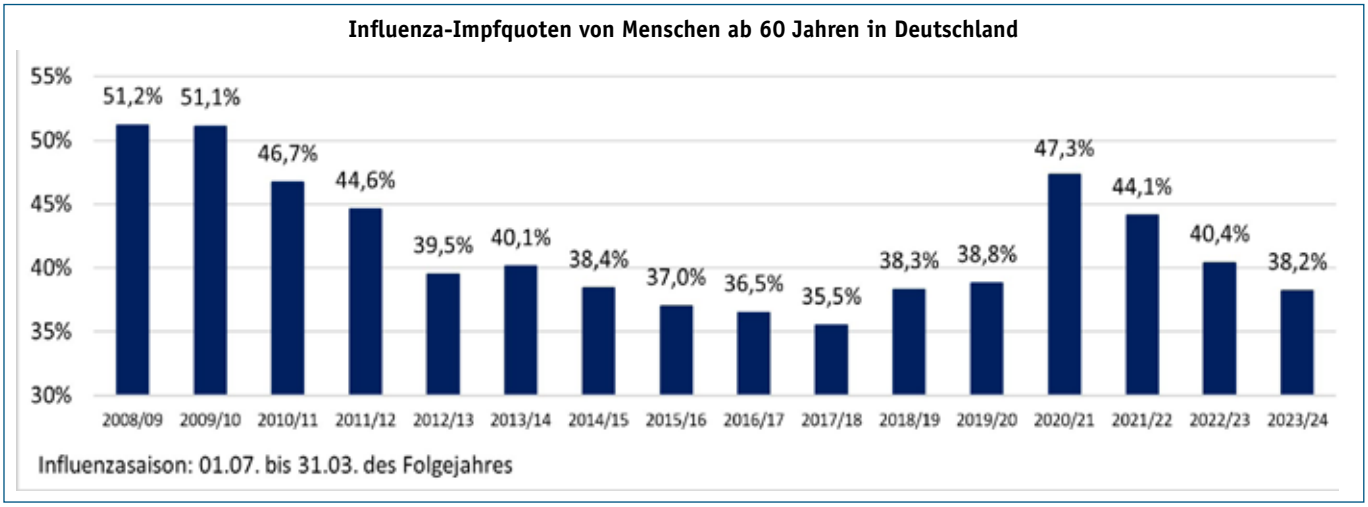


Abb. 2: Influenza-Impfquoten von Menschen ab 60 Jahren in Deutschland (in Anlehnung an (RKI 2025), Datenstand 23.04.2025). Quelle: eigene Darstellung.

Quote bei den ≥ 60-Jährigen seit der Influenzasaison 2008/09 wird in Abb. 2 deutlich.

Die Influenza-Impfquoten werden in den meisten EU-Staaten erst ab einem Alter von 65 Jahren erfasst, dies erschwert einen direkten Vergleich mit den Daten aus Deutschland (EU-Kommission 2024). Auf Basis der Eurostat-Datenbank (Datenstand 11.12.2024) sind in Abbildung 3 die Impfquoten ab 65 Jahren im Jahr 2022 in den EU-Staaten dargestellt, für die Daten zur Influenza-Impfquote vorliegen. Es wird deutlich, dass die Influenza-Impfquote der älteren Menschen in Deutschland im Jahr 2022 leicht unter dem Durchschnitt der 27 EU-Länder liegt (EU-Kommission 2024).

Gesundheitlicher und ökonomischer Wert von Impfstoffen am Beispiel der Herpes-zoster-Impfung

Die Evidenz zum gesundheitlichen und ökonomischen Wert von Impfungen wird am Beispiel der Herpes-zoster-Impfung dargestellt. Berücksichtigt wird hierbei die durch die STIKO empfohlene Standard- und Indikationsimpfung mit dem inaktivierten Herpes-zoster-Impfstoff (RKI 2018b).

Gesundheitlicher Nutzen der Herpes-zoster-Impfung

Für die Herpes zoster-Inzidenz in Deutschland, die die Anzahl an Neuerkrankungen ausdrückt (Kuhn/Bolte 2024), ermittelten Hillebrand et al. (2015) eine jährliche standardisierte Inzidenzrate in den Jahren 2006 bis 2009 zwischen 10,4 und 10,9 pro 1.000 Personenjahren. Dabei wurden ambulante und stationäre Fälle aus Routinedaten berücksichtigt. Die Inzidenzrate war bei immunsupprimierten Menschen rund 75% höher als bei immunkompetenten Personen (Hillebrand et al. 2015). Im Zuge der Auswertung von Ultsch et al. wurde deutlich, dass die Inzidenz sowie die Anzahl der Herpes-zoster-Fälle, die zu einer Hospitalisierung führten, mit zunehmendem Alter ansteigen (Ultsch et al. 2011).

Die Wirksamkeit (efficacy) einer Impfung wird mithilfe von kontrollierten klinischen Studien erfasst (WHO 2021). Im Rahmen der ZOE-50-Studie wurde bei Personen ab 50 Jahren eine Wirksamkeit von 97,2% festgestellt (Lal et al. 2015). Bei den Personen ab 70 Jahren zeigten die Ergebnisse der ZOE-70-Studie eine Wirksamkeit von 89,8% und bei Personen ab einem Alter von 80 Jahren 89,1% (Cunningham et al. 2016). Die Ergebnisse der ZOE-LTFU-Studie, eine Follow-up-Studie der ZOE-50- und ZOE-70-Studien, zeigten, dass auch neun Jahre nach der Impfung mit dem inaktivierten Herpes-zoster-Impfstoff eine Wirksamkeit von 72,7% erzielt wurde (Strezova et al. 2022).

Die Effektivität (effectiveness) einer Impfung gibt an, wie gut Impfstoffe in der realen Welt unter realistischen Bedingungen vor einer Erkrankung schützen (WHO 2021). Eine systematische Literaturübersicht mit Netzwerk-Metaanalyse zeigte für den inaktivierten Herpes-zoster-Impfstoff eine Impfeffektivität von 70 % bei immunkompetenten Personen verglichen mit keiner Impfung (Xia et al. 2022).

Die Modellierung von Curran et al. zeigt, dass in Deutschland in der Altersgruppe ab 50 Jahren rund zwei Millionen Herpes-zoster-Erkrankungsfälle durch die Impfung mit dem inaktivierten Herpes-zoster-Impfstoff verhindert werden könnten. Zusätzlich könnten nach der Modellierung 104.586 Hospitalisierungen, 11.154.298 Hausarztbesuche und 248.159 Komplikationen in der verbleibenden Lebenszeit verhindert werden.

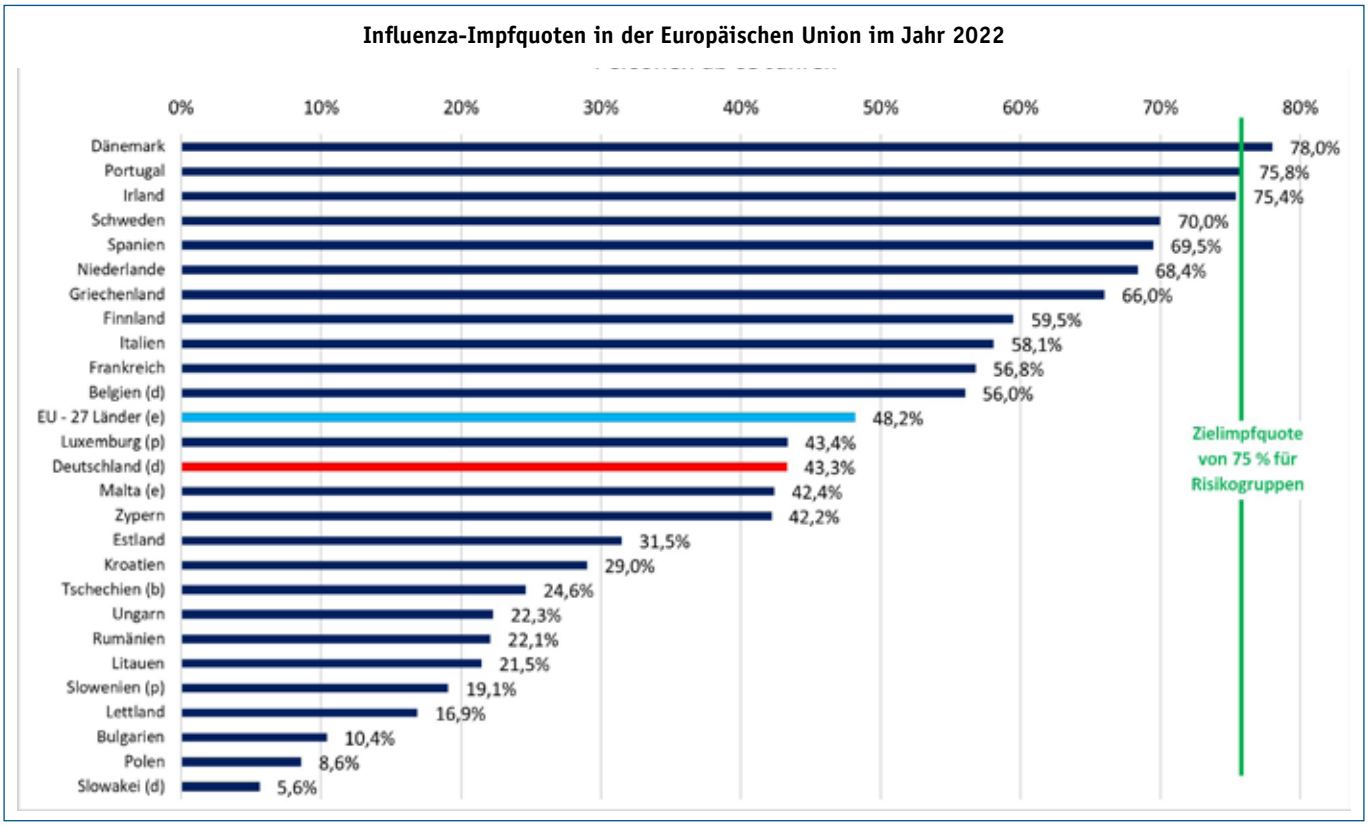


Abb. 3: Influenza-Impfquoten in der Europäischen Union im Jahr 2022 bei Personen ab 60 Jahren (in Anlehnung an (EU-Kommission 2024), Stand 11.12.2024; Quellen zur Zielimpfquote: (RKI 2009; RKI 2022; World Health Organization (WHO) 2003). Legende: b = Zeitreihenbruch, d = abweichende Definition, e = geschätzt, p = vorläufig. Quelle: eigene Darstellung.

Die Modellierung basiert auf der Annahme, dass 40% der Personen ab 50 Jahren die erste Impfdosis erhalten haben und die Inanspruchnahme der zweiten Impfdosis bei 70% liegt. Die Angaben beziehen sich auf die deutsche Population in der jeweiligen Altersgruppe (Curran et al. 2021).

Durch die Herpes-zoster-Impfung vermiedene Kosten

Vor dem Hintergrund des Anstiegs der durchschnittlichen Krankheitstage pro Arbeitnehmer:in in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2025) und den damit verbundenen Schäden für die deutsche Volkswirtschaft (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2024) wird die Relevanz von krankheitspräventiven Maßnahmen deutlich.

In der Modellierung von Van Oorschot et al. wurden die Kosten ermittelt, die durch Impfungen mit dem inaktivierten Herpes-zoster-Impfstoff pro eine Million Personen ab 60 Jahren in der deutschen Bevölkerung eingespart werden könnten. Diese Modellierung basiert auf der Annahme, dass 40% der Personen ab einem Alter von 60 Jahren die erste Impfdosis erhalten haben und die Inanspruchnahme der zweiten Impfdosis bei 70% liegt. Die Ergebnisse zeigten, dass über die verbleibende Lebenszeit der Kohorte (1 Million Personen ab 60 Jahren) rund 14,9 Millionen Euro direkte (Kostenträger-Perspektive, diskontiert) und rund 2,8 Millionen Euro indirekte Kosten (gesellschaftliche Perspektive, diskontiert) verhindert werden könnten (Van Oorschot et al. 2019).

Für die Kosteneffektivität der Herpes-zoster-Impfung in Deutschland wurde im Rahmen der Modellierung von Curran et al. das inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Verhältnis (ICER; incremental cost-effectiveness ratio) ermittelt (Curran et al. 2021). Es wurde berechnet, welcher Geldbetrag für die Gewinnung eines qualitätsadjustierten Lebensjahres (QALY, quality adjusted life years) investiert werden müsste: Bei einer Impfung der ab 50-Jährigen läge der Wert bei 30.710 Euro pro QALY, bei einer Impfung der ab 60-Jährigen bei 32.139 Euro pro QALY und bei einer Impfung der ab 70-Jährigen bei 39.107 Euro pro QALY. Unter der Annahme eines Schwellenwerts von 50.000 Euro pro QALY wurde diese Intervention von den Autor:innen durch die Durchführung von Sensitivitätsanalysen als kosteneffektiv bezeichnet (Curran et al. 2021).

Regulatorische Rahmenbedingungen

Die Zulassung von Impfstoffen in Deutschland und Europa folgt einem streng geregelten Verfahren. Impfstoffe dürfen nur dann in Verkehr gebracht werden, wenn eine nationale Zulassung oder eine Genehmigung durch die Europäische Union (EU) vorliegt [§ 21 AMG]. Dabei müssen sowohl die Wirksamkeit als auch ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis nachgewiesen werden [§ 25 AMG]. In Deutschland ist das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) als Bundesoberbehörde zuständig [§ 77 AMG]. Für EU-weite Zulassungen gibt es das Verfahren der gegenseitigen Anerkennung, das dezentrale Verfahren [§ 25b AMG] und das zentrale Verfahren über die European Medicines Agency (EMA) (Europäische Union (EU) 2004). Nach der Zulassung überwacht das PEI die Impfstoffe kontinuierlich [§ 64 AMG].

Die STIKO spricht Empfehlungen für Impfungen aus [§ 20 IfSG]. Auf dieser Grundlage entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) über die Aufnahme der Impfungen in die Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) 2024) und damit in den Pflichtkatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) [§ 20i SGB V]. Seit 2007 zählen Schutzimpfungen zu den Pflichtleistungen der GKV, wodurch ihre Kostenübernahme für Versicherte garantiert ist (Bundesgesetzblatt (BGBl) 2007). Über Verträge zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) wird eine flächendeckende Versorgung sowie die Vergütung gewährleistet [§ 132e SGB V].

Faktoren für eine gute Versorgungssicherheit

Die Impfstoffherstellung ist ein hochkomplexer Prozess, der strengen nationalen und internationalen Regelungen wie der Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung (AMWHV) unterliegt (Jung et al. 2020). Weil Impfstoffe weltweit in vernetzten Strukturen produziert werden, sind stabile Lieferketten entscheidend (Grömling/Kirchhof 2020). Allerdings befinden sich rund 68% der Wirkstoffproduktion in Asien (Verband Forschender Arzneimittelhersteller 2022), was bei Störungen zu erheblichen Risiken führen kann (Kagermann 2021). Deutschland könnte durch bessere industriepolitische Rahmenbedingungen, schnellere Genehmigungsverfahren und Zugang zu internationalen Produktionsnetzwerken seine Standortattraktivität steigern (Kirchhoff 2021a, 2021b).
Auch die EU stuft komplexe Produktionsprozesse als Risikofaktor für Lieferengpässe ein (EU 2018). So waren 2023 zwölf Impfstoffe von Engpässen betroffen (Paul-Ehrlich-Institut 2024). Hauptgrund ist eine erhöhte Nachfrage, die flexible Nachlieferungen erschwert (Miranda-García et al. 2022). Eine moderne Industriepolitik könnte helfen, die Widerstandsfähigkeit der Versorgungsketten zu stärken (Kirchhoff 2021a).

Impfungen und Digitalisierung

Im Erwachsenenalter ist die Impfquote in Deutschland weiterhin niedrig (RKI 2022). Etwa 72% der Bevölkerung haben in den letzten zwei Jahren keine Impfberatung in Anspruch genommen (Horstkötter et al. 2017). Zudem fehlt bislang ein umfassendes Erinnerungssystem (Schrörs/Zollmann 2020). Die Bundesregierung will daher die Möglichkeiten der Digitalisierung zur gezielten Ansprache der Versicherten für Impfungen vorantreiben (Bundestagsdrucksache 20/9046 2023). Seit 2024 können Krankenkassen durch das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) gezielt auf Impflücken hinweisen [§ 25b SGB V]. Mit dem Digital-Gesetz (DigiG) wird zusätzlich die elektronische Impfdokumentation in die elektronische Patientenakte (ePA) integriert (BGBl 2024), sodass Impflücken frühzeitig erkannt und adressiert werden können (Bitkom 2023).

Die Covid-19-Pandemie hat deutlich gemacht, wie wichtig ein funktionierendes digitales Impfmanagement ist. Bisher werden Impfquoten mit erheblicher Verzögerung erfasst [§ 13 IfSG]. Während der Pandemie griff das RKI auf telefonische Befragungen zurück, um Daten zu erhalten (RKI 2021). Ein digitales Impfregister könnte künftig wesentlich zur schnellen Reaktion bei Ausbrüchen beitragen (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen 2019). Durch DigiG und GDNG wird ein zeitnahes Impfmonitoring ermöglicht (Verband Forschender Arzneimittelhersteller 2023), wodurch die Umsetzung gesundheitspolitischer Maßnahmen zukünftig auf Basis wissenschaftlich gesicherter und aktueller Erkenntnisse erfolgen kann (Jochimsen 2022).

Niedrigschwelliges Impfen

Niedrigschwellige Impfangebote wie in Apotheken haben sich während der COVID-

Literatur

Auswärtiges Amt. (2024): Welche Länder sind Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU), welche Länder umfasst der Europäische Wirtschaftsraum (EWR)? In: https://www.auswaertiges-amt.de/de/service/fragenkatalog-node/02-ewr-eu/606444 (abgerufen am 26.11.2024)

Beck, E./Biundo, E./Devlin, N./Doherty, T. M./Garcia-Ruiz, A. J./Postma, M./Sheikh, S./Smela, B./Toumi, M./Wasem, J./Nolan, T./Salisbury, D. (2022): Capturing the value of vaccination within health technology assessment and health economics: Literature review and novel conceptual framework. In: Vaccine 2022, 40, 30: 4008-4016

Bitkom. (2023): Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz). In: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP20/DigiG/stellungnahme_bitkom.pdf (abgerufen am 10.10.2024)

Biundo, E./Dronova, M./Chicoye, A./Cookson, R./Devlin, N./Doherty, T. M./Garcia, S./Garcia-Ruiz, A. J./Garrison, L. P./Nolan, T./Postma, M./Salisbury, D./Shah, H./Sheikh, S./Smith, R./Toumi, M./Wasem, J./Beck, E. (2024): Capturing the Value of Vaccination within Health Technology Assessment and Health Economics—Practical Considerations for Expanding Valuation by Including Key Concepts. In: Vaccines 2024, 12, 7: 773

Bundesamt für Soziale Sicherung. (2024): Verfahrensbeschreibung für die Stufeneinteilung und die Ermittlung der Höhe der Pauschalen im Zuweisungsverfahren für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen nach § 270 Abs. 4 SGB V i. V. m. § 15 RSAV für das Ausgleichsjahr 2024. In: https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/verfahrensbestimmungen/ (abgerufen am 05.12.2024)

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (2024): Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit. In: https://www.baua.de/DE/Themen/Monitoring-Evaluation/Zahlen-Daten-Fakten/Kosten-der-Arbeitsunfaehigkeit#:~:text=Mit%20einer%20durchschnittlichen%20Arbeitsunf%C3%A4higkeit%20von,insgesamt%20128%20Milliarden%20Euro%20bzw (abgerufen am 18.02.2025)

Bundesgesetzblatt. (2007): Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). In: http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl107s0378.pdf (abgerufen am 10.10.2024)

Bundesgesetzblatt. (2010): Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG). In: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl110s2262.pdf#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl110s2262.pdf%27%5D__1728573386024 (abgerufen am 10.10.2024)

Bundesgesetzblatt. (2017): Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz – AMVSG). In: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl117s1050.pdf#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s1050.pdf%27%5D__1728573614326 (abgerufen am 10.10.2024)

Bundesgesetzblatt. (2021): Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie. In: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl121s5162.pdf#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl121s5162.pdf%27%5D__1728571386398 (abgerufen am 10.10.2024)

Bundesgesetzblatt. (2022): Gesetz zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (Pflegebonusgesetz). In: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl122s0938.pdf#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl122s0938.pdf%27%5D__1728572009829 (abgerufen am 10.10.2024)

Bundesgesetzblatt. (2024): Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG). In: https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2024/101/VO.html (abgerufen am 10.10.2024)

Bundesministerium für Gesundheit. (2024a): Schutzimpfungen und spezifische Vorsorge. In: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/impfungen/schutzimpfungen.html (abgerufen am 16.04.2025)

Bundesministerium für Gesundheit. (2024b): Ratgeber Impfen. Alles, was Sie zum Thema Impfen wissen sollten. In: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/BMG_Ratgeber_Impfen_bf.pdf (abgerufen am 10.10.2024)

Bundesministerium für Gesundheit. (2024c): Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes für eine Apothekenhonorar- und Apothekenstrukturreform (Apotheken-Reformgesetz – ApoRG). In: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/A/ApoRG-Apotheken-Reformgesetz_RefE.pdf (abgerufen am 10.10.2024)

Bundestagsdrucksache 19/13452. (2019): Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz). In: https://dserver.bundestag.de/btd/19/134/1913452.pdf (abgerufen am 10.10.2024)

Bundestagsdrucksache 20/9046. (2023): Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten (Gesundheitsdatennutzungsgesetz – GDNG). In: https://dserver.bundestag.de/btd/20/090/2009046.pdf (abgerufen am 10.10.2024)

Bundestagsdrucksache 20/12696. (2024): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/12485 – Aktuelle Impfquoten und Impfdaten sowie Erfahrungen zu Impfungen in Apotheken. In: https://dserver.bundestag.de/btd/20/126/2012696.pdf (abgerufen am 10.10.2024)

Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände. (2021): STELLUNGNAHME der ABDA –Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. zum Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie (BT-Drucksache 20/188) vom 8. Dezember 2021. In: https://www.bundestag.de/resource/blob/870672/2c6f3a0db3cdb43097936b1b3060cd68/Stellungnahme-ABDA.pdf (abgerufen am 10.10.2024)

Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände. (2024): Impfungen in der Apotheke. In: https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ZDF/Zahlen-Daten-Fakten-24/ZDF_2024_96_Impfungen_in_der_Apotheke.pdf (abgerufen am 16.04.2025)

Cunningham, A. L./Lal, H./Kovac, M./Chlibek, R./Hwang, S.-J./Diez-Domingo, J./Godeaux, O./Levin, M. J./McElhaney, J. E./Puig-Barberà, J./Abeele, C. V./Vesikari, T./Watanabe, D./Zahaf, T./Ahonen, A./Athan, E./Barba-Gomez, J. F./Campora, L./de Looze, F./Downey, H. J./Ghesquiere, W./Gorfinkel, I./Korhonen, T./Leung, E./McNeil, S. A./Oostvogels, L./Rombo, L./Smetana, J./Weckx, L./Yeo, W./Heineman, T. C. (2016): Efficacy of the Herpes Zoster Subunit Vaccine in Adults 70 Years of Age or Older. In: New England Journal of Medicine 2016, 375, 11: 1019-1032

Curran, D./Van Oorschot, D./Matthews, S./Hain, J./Salem, A. E./Schwarz, M. (2021): Long-term efficacy data for the recombinant zoster vaccine: impact on public health and cost effectiveness in Germany. In: Human Vaccines & Immunotherapeutics 2021, 17, 12: 5296-5303

Deogaonkar, R./Hutubessy, R./van der Putten, I./Evers, S./Jit, M. (2012): Systematic review of studies evaluating the broader economic impact of vaccination in low and middle income countries. In: BMC Public Health 2012, 12, 1: 878

Deutsches Ärzteblatt. (2024): Hausärzte warnen vor Überlastung durch Infektionswelle. In: https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/154637/Hausaerzte-warnen-vor-Ueberlastung-durch-Infektionswelle?rt=3d61aa1ec0403fdf9fa9ff766cb62179 (abgerufen am 16.10.2024)

Dooling, K. L./Guo, A./Patel, M./Lee, G. M./Moore, K./Belongia, E. A./Harpaz, R. (2018): Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices for Use of Herpes Zoster Vaccines. In: Morbidity and Mortality Weekly Report 2018, 67, 3: 103-108

Drösler, S./Garbe, E./Hasford, J./Schubert, I./Ulrich, V./van de Ven, W./Wambach, A./Wasem, J./Wille, E. (2017): Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. In: https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/20180125Sondergutachten_Wirkung_RSA_2017_korr.pdf (abgerufen am 11.10.2024)

Europäische Kommission. (2024): Grippeschutzimpfungen im Alter von 65 Jahren und mehr. In: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ps_immu/default/table?lang=de (abgerufen am 16.10.2024)

Europäische Union. (2004): VERORDNUNG (EG) Nr. 726/2004 DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 31. März 2004 zur Festlegung von Gemeinschaftsverfahren für die Genehmigung und Überwachung von Human- und Tierarzneimitteln und zur Errichtung einer Europäischen Arzneimittel-Agentur. In: https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:2004R0726:20130605:DE:PDF (abgerufen am 10.10.2024)

Europäische Union. (2009): COUNCIL RECOMMENDATION of 22 December 2009 on seasonal influenza vaccination. In: https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2009:348:0071:0072:EN:PDF (abgerufen am 24.10.2024)

Europäische Union. (2018): EMPFEHLUNG DES RATES vom 7. Dezember 2018 zur verstärkten Zusammenarbeit bei der Bekämpfung von durch Impfung vermeidbaren Krankheiten. In: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2018:466:FULL (abgerufen am 10.10.2024)

European Centre for Disease Prevention and Control. (2024): Herpes Zoster: Recommended vaccinations. In: https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Scheduler/ByDisease?SelectedDiseaseId=51&SelectedCountryIdByDisease=-1 (abgerufen am 16.10.2024)

European Medicines Agency. (2018): Bexsero (Impfstoff gegen Meningokokken der Gruppe B [rDNA, Komponenten, adsorbiert]). Übersicht über Bexsero und Gründe für die Zulassung in der EU. In: https://www.ema.europa.eu/de/documents/overview/bexsero-epar-summary-public_de.pdf (abgerufen am 11.10.2024)

European Medicines Agency. (2020): Shingrix (Herpes-Zoster-Impfstoff, rekombinant, adjuvantiert). Übersicht über Shingrix und warum es in der EU zugelassen ist. In: https://www.ema.europa.eu/de/documents/overview/shingrix-epar-medicine-overview_de.pdf (abgerufen am 11.10.2024)

Folaranmi, T./Rubin, L./Martin, S. W./Patel, M./MacNeil, J. R. (2015): Use of Serogroup B Meningococcal Vaccines in Persons Aged ≥10 Years at Increased Risk for Serogroup B Meningococcal Disease: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, 2015. In: Morbidity and Mortality Weekly Report 2015, 64, 22: 608-612

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2024): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL). In: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3582/SI-RL_2024-09-03_iK-2024-09-27_AT-26-09-2024-B5.pdf (abgerufen am 10.10.2024)

Grömling, M./Kirchhof, J. (2020): Produktions-und Zulieferstrukturen der deutschen Pharmaindustrie: Wie abhängig ist die Branche vom Ausland? In: IW-Trends - Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung 2020, 47, 4: 23-44

Hillebrand, K./Bricout, H./Schulze-Rath, R./Schink, T./Garbe, E. (2015): Incidence of herpes zoster and its complications in Germany, 2005–2009. In: Journal of Infection 2015, 70, 2: 178-186
Hillienhof, A. (2012): Impfstoffe: Kassen setzen weiter auf Rabattverträge. In: Deutsches Ärzteblatt 2012, 50, 109: A 2494
Horstkötter, N./Müller, U./Ommen, O./Platte, A./Reckendrees, B./Stander, V./Lang, P./Thaiss, H. (2017): INFEKTIONSSCHUTZ. Einstellungen, Wissen und Verhalten von Erwachsenen und Eltern gegenüber Impfungen – Ergebnisse der Repräsentativbefragung 2016 zum Infektionsschutz. In: https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/infektionsschutzstudie_2016--f4f414f596989cf814a77a03d45df8a1.pdf (abgerufen am 10.10.2024)
International Longevity Centre UK. (2023): Painfully unaware. Improving older people's understanding of shingles vaccination in an ageing society. In: https://ilcuk.org.uk/wp-content/uploads/2024/04/ILC-Painfully-Unaware.pdf (abgerufen am 16.10.2024)
Jochimsen, B. (2022): Klare Entscheidungsstrukturen im Föderalismus und nachhaltige Digitalisierung. In: Ifo Schnelldienst 2022, 75, 3: 7-10
Jung, T./Fischer, D./Breitenbach, J. (2020). Menschen, Prozesse, Material – die Produktion. In: D. Fischer & J. Breitenbach (Eds.) (2020): Die Pharmaindustrie: Einblick - Durchblick - Perspektiven. 217-256. Berlin: Springer Spektrum
Kagermann, H. (2021): Resilienz der Gesundheitsindustrien: Qualität und Versorgungssicherheit in komplexen Wertschöpfungsnetzwerken. In: https://www.researchgate.net/profile/Jorg-Koerner/publication/351372614_acatech_IMPULS_-_Resilienz_der_Gesundheitsindustrien_Qualitat_und_Versorgungssicherheit_in_komplexen_Wertschopfungsnetzwerken/links/6095055ea6fdccaebd125395/acatech-IMPULS-Resilienz-der-Gesundheitsindustrien-Qualitaet-und-Versorgungssicherheit-in-komplexen-Wertschoepfungsnetzwerken.pdf (abgerufen am 11.10.2024)
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein. (2024): KVNO Praxisinformation. 4. Juli 2024. Nr. 317. In: https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/praxisinformationen/praxisinformation_20240704.pdf?v=1720087682 (abgerufen am 11.10.2024)
Kirchhoff, J. (2021a): Mehr Arzneimittel 'made in Germany' über internationale Vernetzung: Industriepolitische Handlungsempfehlungen für eine zukunftsfähige Pharmaindustrie. In: https://www.econstor.eu/bitstream/10419/244390/1/1774484714.pdf (abgerufen am 10.10.2024)
Kirchhoff, J. (2021b): Die Rolle des Staates in der Impfstoffproduktion: Technologische Restriktionen und ökonomische Ableitungen. In: https://www.econstor.eu/bitstream/10419/231401/1/1749543303.pdf (abgerufen am 10.10.2024)
Kuhn, J./Bolte, G. (2024): Epidemiologie und Sozialepidemiologie. In: https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/epidemiologie-und-sozialepidemiologie/ (abgerufen am 26.11.2024)
Kwetkat, A. (2023): Impfen ab 60: Alle Jahre wieder! Warum gerade auch im Alter Impfungen wichtig sind. In: https://www.laekh.de/heftarchiv/ausgabe/artikel/2023/oktober-2023/impfen-ab-60-alle-jahre-wieder (abgerufen am 16.04.2025)
Lal, H./Cunningham, A. L./Godeaux, O./Chlibek, R./Diez-Domingo, J./Hwang, S.-J./Levin, M. J./McElhaney, J. E./Poder, A./Puig-Barberà, J./Vesikari, T./Watanabe, D./Weckx, L./Zahaf, T./Heineman, T. C. (2015): Efficacy of an Adjuvanted Herpes Zoster Subunit Vaccine in Older Adults. In: New England Journal of Medicine 2015, 372, 22: 2087-2096
Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen. (2019): Masern-Leitfaden für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen. Management von Fällen, Kontaktpersonen und Ausbrüchen. In: https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/service/Pub/2018_df/masernleitfaden_2018.pdf (abgerufen am 10.10.2024)
Leroux-Roels, G./Bonanni, P./Tantawichien, T./Zepp, F. (2011): Vaccine development. In: Perspectives in Vaccinology 2011, 1, 1: 115-150
Miranda-García, M. A./Hoffelner, M./Stoll, H./Ruhaltinger, D./Cichutek, K./Siedler, A./Bekeredjian-Ding, I. (2022): A 5-year look-back at the notification and management of vaccine supply shortages in Germany. In: Euro Surveillance 2022, 27, 17: 1-10
Paul-Ehrlich-Institut. (2024): Archiv nicht mehr bestehender Lieferengpässe von Human-Impfstoffen (2023). In: https://www.pei.de/DE/arzneimittel/impfstoffe/lieferengpaesse/archiv-lieferengpaesse-humanimpfstoffe/2023/archiv-2023-inhalt.html?nn=175332 (abgerufen am 26.11.2024)
Pfizer. (2024): Impfen in Apotheken. Mit einfachen Angeboten Impflücken schließen. In: https://www.lobbyregister.bundestag.de/media/be/78/314179/Stellungnahme-Gutachten-SG2406210060.pdf (abgerufen am 10.10.2024)
Pharma Deutschland e.V. (2025): Impfen muss einfacher werden: Pharma Deutschland fordert unbürokratischen Zugang zu Meningokokken B–Impfung. In: https://www.pharmadeutschland.de/newsroom/news/artikel/impfen-muss-einfacher-werden-pharma-deutschland-fordert-unbuerokratischen-zugang-zu-meningokokken-b-impfung/ (abgerufen am 05.03.2025)
Pronker, E. S./Weenen, T. C./Commandeur, H./Claassen, E. H. J. H. M./Osterhaus, A. D. M. E. (2013): Risk in Vaccine Research and Development Quantified. In: PLOS ONE 2013, 8, 3: e57755
Rahim, M. H. A./Dom, S. H. M./Hamzah, M. S. R./Azman, S. H./Zaharuddin, Z./Fahrni, M. L. (2024): Impact of pharmacist interventions on immunisation uptake: a systematic review and meta-analysis. In: Journal of Pharmaceutical Policy and Practice 2024, 17, 1: 21-47
Robert Koch-Institut. (2017): Windpocken (Varizellen), Gürtelrose (Herpes zoster). In: https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/RKI-Ratgeber/Ratgeber/Ratgeber_Varizellen.html?nn=16777040#doc16805198bodyText7 (abgerufen am 13.02.2025)
Robert Koch-Institut. (2018a): Gürtelrose (Herpes zoster): Antworten auf häufig gestellte Fragen zu Erkrankung und Impfung. Was ist Herpes zoster? In: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/Herpes_zoster/FAQ-Liste.html (abgerufen am 17.10.2024)
Robert Koch-Institut. (2018b): Mitteilung der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim RKI. Wissenschaftliche Begründung zur Empfehlung einer Impfung mit dem Herpes zoster-subunit-Totimpfstof. In: Epidemiologisches Bulletin 2018b, 50, Dez 3: 541-570
Robert Koch-Institut. (2018c): Influenza (Teil 1): Erkrankungen durch saisonale Influenzaviren. In: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Influenza_saisonal.html#Start (abgerufen am 17.10.2024)
Robert Koch-Institut. (2021): COVID-19 Impfquoten-Monitoring in Deutschland (COVIMO) – 1. Report. In: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/COVIMO_Reports/covimo_studie_bericht_1.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 10.10.2024)
Robert Koch-Institut. (2022): Impfquoten bei Erwachsenen in Deutschland – Aktuelles aus der KV-Impfsurveillance. In: https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/10490/EB-49-2022-Impfquoten-Erwachsene.pdf?sequence=1&isAllowed=y (abgerufen am 16.10.2024)
Robert Koch-Institut. (2024a): KV-Impfsurveillance: Auswertung von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen. In: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Impfstatus/kv-impfsurveillance/kvis_node.html (abgerufen am 16.10.2024)
Robert Koch-Institut. (2024b): STIKO: Standardimpfung von Säuglingen gegen Meningokokken der Serogruppe B. In: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2024/Ausgaben/03_24.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 11.10.2024)
Robert Koch-Institut. (2025): VacMap - Dashboard zum Impfgeschehen in Deutschland. In: https://www.rki.de/vacmap (abgerufen am 18.02.2025)
Schilling, J. (2008): Impfstoffe und Fachbegriffe: Was bedeutet rekombinant, subunit, lebend oder tot? In: https://www.rosenfluh.ch/media/doxmedical/2008/02/DoXVaccine-Impfstoffe-und-Fachbegriffe-Was-bedeutet-rekombinant-subunit-lebend-oder-tot.pdf (abgerufen am 16.10.2024)
Schrörs, H.-J./Zollmann, J. (2020): Digitales Impfmanagement mit ImpfDocNE für die Regelversorgung. Digitaler Impfpass und Impfmanagement in der Praxis erhöhen die Impfraten signifikant. In: https://publikumspreis-2020.msd.de/wp-content/uploads/sites/7/2020/06/ImpfDocNE.pdf (abgerufen am 10.10.2024)
Schwartz, J. L./Mahmoud, A. (2016): When Not All That Counts Can Be Counted: Economic Evaluations And The Value Of Vaccination. In: Health Affairs 2016, 35, 2: 208-211
Spinks, J./Bettington, E./Downes, M./Nissen, L./Wheeler, A. (2020): Does policy change to allow pharmacist provision of influenza vaccination increase population uptake? A systematic review. In: Australian Health Review 2020, 44, 4: 582-589
Statistisches Bundesamt. (2025): Krankenstand. In: https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-2/krankenstand.html (abgerufen am 17.04.2025)
Steutel, H. (2021). Hochpreisige Arzneimittel: Mehr Perspektive als Herausforderung – Anmerkungen zu Preisen, Gewinnen und Fortschritten in der Arzneimitteltherapie. In: H. Schröder, P. Thürmann, C. Telschow, M. Schröder, & R. Busse (Eds.) (2021): Arzneimittel-Kompass 2021: Hochpreisige Arzneimittel – Herausforderung und Perspektiven. 209-223. Berlin: Springer
Strezova, A./Diez-Domingo, J./Al Shawafi, K./Tinoco, J. C./Shi, M./Pirrotta, P./Mwakingwe-Omari, A. (2022): Long-term Protection Against Herpes Zoster by the Adjuvanted Recombinant Zoster Vaccine: Interim Efficacy, Immunogenicity, and Safety Results up to 10 Years After Initial Vaccination. In: Open Forum Infectious Diseases 2022, 9, 10: ofac485
Strugnell, R./Zepp, F./Cunningham, A./Tantawichien, T. (2011): Vaccine antigens. In: Perspectives in Vaccinology 2011, 1, 1: 61-88
Tunder, R./Ober, J. (2020). Value-based Health Care – Impulse und Implikationen für den deutschen Arzneimittelmarkt. In: R. Tunder (Ed.), (2020): Market Access Management für Pharma- und Medizinprodukte: Instrumente, Verfahren und Erfolgsfaktoren. 103-123. Wiesbaden: Springer
Ultsch, B./Damm, O./Beutels, P./Bilcke, J./Brüggenjürgen, B./Gerber-Grote, A./Greiner, W./Hanquet, G./Hutubessy, R./Jit, M./Knol, M./von Kries, R./Kuhlmann, A./Levy-Bruhl, D./Perleth, M./Postma, M./Salo, H./Siebert, U./Wasem, J./Wichmann, O. (2016): Methods for Health Economic Evaluation of Vaccines and Immunization Decision Frameworks: A Consensus Framework from a European Vaccine Economics Community. In: Pharmacoeconomics 2016, 34, 3: 227-244
Ultsch, B./Siedler, A./Rieck, T./Reinhold, T./Krause, G./Wichmann, O. (2011): Herpes zoster in Germany: Quantifying the burden of disease. In: BMC Infectious Diseases 2011, 11, 173: 1-8
Van Oorschot, D./Anastassopoulou, A./Poulsen Nautrup, B./Varghese, L./von Krempelhuber, A./Neine, M./Lorenc, S./Curran, D. (2019): Cost-effectiveness of the recombinant zoster vaccine in the German population aged ≥60 years old. In: Human Vaccines & Immunotherapeutics 2019, 15, 1: 34-44

19-Pandemie bewährt. Apotheker:innen erhielten die Erlaubnis, COVID-19-Impfungen durchzuführen (BGBl 2021). Wichtige Gründe für die Impfung in der Apotheke sind flexible Öffnungszeiten, kurze Wartezeiten und gute Erreichbarkeit (Pfizer 2024). Seit 2022 sind auch Grippeschutzimpfungen in Apotheken möglich (BGBl 2022). Bis Anfang 2024 wurden so über 600.000 Impfungen in Apotheken durchgeführt (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) 2024). Eine Befragung ergab, dass 94% der Patient:innen auch künftig Apothekenimpfungen nutzen würden (Werthner et al. 2025). Auch international tragen Impfangebote in Apotheken dazu bei, Impfquoten zu erhöhen (Rahim et al. 2024; Spinks et al. 2020).

Mit dem Referentenentwurf für ein Apotheken-Reformgesetz (ApoRG) plante die Bundesregierung, Apothekenimpfungen weiter auszuweiten, um die Durchimpfungsrate in der Bevölkerung zu verbessern. Apotheker:innen sollten zusätzlich berechtigt werden, Personen ab 18 Jahren weitere Impfungen anzubieten (BMG 2024c). Aus Sicht der Bundesregierung hat sich das ergänzende Impfangebot bewährt (Bundestagsdrucksache 20/12696 2024). Bei vielen Gesetzesvorhaben ist nach dem Ende der Ampelkoalition zurzeit unklar, inwiefern sie weiterverfolgt werden. Politisch bleibt abzuwarten, ob die nächste Regierung den Ausbau niedrigschwelliger Impfangebote fortführen wird.

Impfstoffpreise in Deutschland

Impfstoffe unterliegen besonderen Preisregelungen. 2011 wurde ein Referenzpreissystem für Impfstoffe eingeführt (BGBl 2010). Kernbestandteil des EU-Referenzpreissystems ist der Vergleich der Abgabepreise für Impfstoffe in Deutschland mit den Durchschnittspreisen (Referenzpreise) der Impfstoffe innerhalb des europäischen Wirtschaftsraums. Ist der Preis eines Impfstoffs je Mengeneinheit in Deutschland höher als der Referenzpreis, erstatten die Impfstoffhersteller den Apotheken den von diesen an die Krankenkassen in Höhe der Differenz geleisteten Abschlag [§ 130a SGB V]. Dieser Abschlag gilt für alle von den Krankenkassen finanzierten Impfungen. Weitere Einzelheiten sind in den Regelungen des Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) zur Umsetzung des Herstellerabschlags für Impfstoffe geregelt (BGBl 2021).

Im Jahr 2023 lagen die Ausgaben für Schutzimpfungen bei 2,3 Milliarden Euro, was 4,6% der gesamten Arzneimittelausgaben entspricht (Bundestagsdrucksache 19/13452). Frühere Rabattverträge haben zu Engpässen in der Versorgung geführt (Hillienhof 2012). Um das Risiko von Lieferengpässen zu verringern (ABDA 2021), sind Rabattverträge für Impfstoffe mittlerweile verboten (BGBl 2017).

Hürden

Anders als bei anderen Arzneimitteln gibt es keine zeitliche Vorgabe für die STIKO, neue Impfstoffe zu bewerten. Für den inaktivierten Herpes-zoster-Impfstoff vergingen 9 Monate zwischen EMA-Zulassung und STIKO-Empfehlung (European Medicines Agency (EMA) 2020; RKI 2018b). Bei dem Impfstoff gegen Meningokokken der Serogruppe B (MenB) 4CMenB dauerte es sogar 11 Jahre (EMA 2018; RKI 2024b). Im Vergleich dazu hat das ACIP bereits 2015 eine erste Empfehlung für den Einsatz von 4CMenB ausgesprochen (Folaranmi et al. 2015). Die Empfehlung für den inaktivierten Herpes-zoster-Impfstoff erfolgte in den USA sogar bereits nach 5 Tagen (Dooling et al. 2018).

Nach der STIKO-Empfehlung dauert es zudem, bis Impfungen als Sachleistung verfügbar sind. In der Praxis hat sich gezeigt, dass der Abschluss der Verhandlungen zwischen Krankenkassen und KVen mehrere Monate in Anspruch nehmen kann (Pharma Deutschland e. V. 2025). Bis dahin muss die Verordnung auf einem Privatrezept erfolgen und die ärztliche Impfleistung privat abgerechnet werden. Die Rechnung kann zwar bei der Krankenkasse zur Erstattung eingereicht werden (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein 2024), allerdings erhöhen Kostenerstattungen die finanzielle Belastung für Versicherte (Wasem 2000).

Zur Förderung von Präventionsleistungen erhalten Krankenkassen Pauschalen. Die Höhe dieser Pauschalen wird in drei Stufen eingeteilt, Schutzimpfungen werden dabei der niedrigsten Stufe zugeordnet [§ 15 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV)]. Für einen Versicherten, der in einem Jahr eine Schutzimpfung bekommen hat, erhielt eine Krankenkasse in 2023 eine Zuweisung von 95 Cent (Bundesamt für Soziale Sicherung 2024). Diskussionen um den Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) zeigen, dass die Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs die Präventionsanreize für Krankenkassen verringert (Drösler et al. 2017). Es besteht das Risiko, dass die Ausgaben für präventive Maßnahmen reduziert werden, da das Interesse der Kassen an Prävention verloren gehe, weil mit zunehmender Erkrankung der Versicherten die Zuweisungen steigen (Wanek/Schreiner-Kürten 2021).

Value4money

Pharmaunternehmen finanzieren Forschung und Entwicklung durch Einnahmen aus dem Verkauf ihrer Produkte (Steutel 2021). Die Entwicklung neuer Impfstoffe dauert im Schnitt 10,7 Jahre bei einer Erfolgswahrscheinlichkeit von nur 6% (Pronker et al. 2013). Angesichts der Bedeutung von Impfungen fordert die WHO daher innovationsfreundliche Rahmenbedingungen, um Investition zu fördern (WHO 2024). Impfungen gelten als Investitionen in die Gesundheit und die Wirtschaft, die ein längeres und besseres Leben für alle ermöglichen können (Steutel 2021).

Nach Tunder sind europäische Referenzpreise für die Festlegung des Erstattungsbetrags ungeeignet, da sie keine Rückschlüsse auf den Nutzen zulassen (Tunder/Ober 2020). Bewertungen neuer Impfstoffe sollten nicht nur Kosten, sondern auch den umfassenden Nutzen berücksichtigen. Derzeit wird dieser in gängigen Kosten-Nutzen-Analysen noch zu wenig erfasst (Beck et al. 2022). Neben ökonomischen Aspekten sollten daher auch soziale und ethische Effekte berücksichtigt werden (Schwartz/Mahmoud 2016). Effekte, wie eine gesteigerte Produktivität im späteren Leben nach der Impfung, bessere kognitive Fähigkeiten, höherer Bildungsstand, gesundheitliche Vorteile auf Gesellschaftsebene durch Gemeinschaftsschutz und sogar die politische Stabilität könnten berücksichtigt werden, um den Wert von Impfungen widerzuspiegeln (Deogaonkar et al. 2012). Die WHO hat ihre Leitlinien im Jahr 2019 angepasst, um langfristige Vorteile von Impfungen besser abzubilden, da Impfstoffe das Potenzial haben, viele langfristige gesundheitliche und nicht-gesundheitliche Vorteile zu generieren (WHO 2019). Zusätzliche Forschung trägt dazu bei, Entscheidungsträgern mit Informationen über den tatsächlichen Wert von Impfungen zu einem besseren Verständnis zu verhelfen, der derzeit in der Kosten-Effektivitäts-Analyse unterschätzt werden könnte (Biundo et al. 2024).

Fazit und Handlungsempfehlungen

Impfungen zählen zu den wirksamsten und kosteneffizientesten Maßnahmen zur Krankheitsprävention. Sie schützen nicht nur Geimpfte, sondern auch deren Umfeld und können zur Ausrottung von Krankheiten beitragen. Ihr Nutzen zeigt sich allerdings oft erst langfristig, was in der ökonomischen Bewertung bislang unzureichend berücksichtigt wird. Die kurzfristig anfallenden Kosten stehen langfristigen gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Effekten gegenüber, die häufig nicht in vollem Umfang einbezogen werden (Ultsch et al. 2016). Impfstoffe gelten daher in gesundheitsökonomischen Modellen oft als benachteiligt (Weber et al. 2021). Um ihren tatsächlichen Wert abzubilden, braucht es umfassendere Bewertungsansätze, die eine gesamtgesellschaftliche Betrachtung einbeziehen.

Trotz des hohen Werts bestehen weitere Herausforderungen, die das Impfwesen in Deutschland beeinflussen. Regulatorische Rahmenbedingungen, Preisbildungsmechanismen und Versorgungsstrukturen spielen eine entscheidende Rolle in der Impfstoffverfügbarkeit. Für eine zukunftsfähige Impfversorgung in Deutschland lassen sich vier zentrale Strategien ableiten:

1. Ganzheitliche Bewertung von Impfungen.
2. Stärkung der öffentlichen Akzeptanz durch transparente Kommunikation.
3. Digitalisierung als Treiber für Impfmanagement und Monitoring.
4. Ausbau niedrigschwelliger Angebote, um Zugänge zu erleichtern und das Gesundheitssystem zu entlasten. <<

von:
Elisabeth Plath MA[1] (ORCID: 0009-0008-0058-3732) /
Michael Minor MA[1] (ORCID: 0009-0007-2138-0304) /
Dr. rer. pol. Christian Speckemeier[1]
(ORCID: 0000-0001-7507-4432) /
Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Wasem[2] (ORCID: 0000-0001-9653-168X) /
Dr. rer. medic. Anna Bußmann[1] (ORCID: 0000-0002-9827-9083)

1: Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement (EsFoMed) GmbH
2: Lehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen

Autorenerklärung

Das dem Beitrag zugrunde liegende Forschungsprojekt wurde von GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG finanziert. Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Zitationshinweis

Plath et al.: „Aktuelle Herausforderungen und gesellschaftlicher Wert der Impfprävention“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/25), S. 44–51. http://doi.org/10.24945/MVF.03.25.1866-0533.2727

Was Kassen für Impfungen erstatten

>> Das unabhängige Vergleichsportal www.gesetzlichekrankenkassen.de macht darauf aufmerksam, dass es bei der Kostenerstattung für Schutzimpfungen teils große Unterschiede zwischen den gesetzlichen Krankenkassen gibt. „Es lohnt sich, die eigene Kasse daraufhin zu überprüfen“, empfiehlt Geschäftsführer Thomas Adolph, der die Leistungen der 94 gesetzlichen Krankenkassen vergleicht. Wie groß diese Unterschiede sein können, zeigt das Vergleichsportal exemplarisch im Überblick anhand von drei relevanten Schutzimpfungen: Gürtelrose (Herpes zoster), Humane Papillomviren (HPV) sowie der FSME-Impfung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis.

Beispiel Herpes zoster:

Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt ab dem Alter von 60 Jahren und für bestimmte Risikogruppen ab 50 Jahren eine entsprechende Schutzimpfung. Über diese kostenlose Regelleistung hinaus bieten einige Krankenkassen aber schon unterhalb der Altersgrenzen Kostenerstattungen an: Laut Vergleichsportal übernehmen dafür neun Kassen die Kosten vollständig und einige Kassen bis zu einem bestimmten Maximalbetrag bzw. zu einem bestimmten Anteil. Ein jährlich abrufbares Globalbudget zur Verfügung stellen demnach insgesamt neun Krankenkassen. Bis maximal 200 Euro der Kosten übernimmt ein Anbieter zu 100%, bis maximal 250 Euro erstatten zwei Kassen vollständig, bis maximal 300 Euro eine Kasse. Zwei weitere Anbieter steuern bis höchstens 400 Euro bei, sogar bis 500 Euro erstatten drei Anbieter – davon zwei vollständig und eine zu 80%.

Beispiel HPV

Zum Schutz empfiehlt die STIKO die HPV-Impfung für Mädchen und Jungen ab neun Jahren. Spätestens bis zum Alter von 17 Jahren sollte diese erfolgen. „Auch für junge Frauen und Männer ab 18 Jahren übernehmen einige Krankenkassen die Impfkosten, teilweise sogar vollständig“, erklärt Adolph. Bei Frauen ab 18 Jahren zum Beispiel erstatten 45 Krankenkassen komplett (ohne Maximalbetrag). Im Rahmen des jährlichen Globalbudgets steuern zudem manche Kassen bis zu bestimmten Höchstbeträgen bei – von 100 bis hin zu 500 Euro. Bei Männern ab 18 Jahren sind es 41 Anbieter, die komplett sowie unbegrenzt die Impfkosten übernehmen. Und auch hier erstatten einige Krankenkassen im Rahmen eines Globalbudgets von 100 bis zu 500 Euro.

Beispiel FSME

Die FSME-Viren lösen bei einem Teil der Infizierten Entzündungen des Gehirns sowie der Hirnhäute aus und werden vor allem durch Zecken übertragen. Da die Tierchen wärmere Temperaturen mögen, kommen durch den Klimawandel immer mehr Risikogebiete dazu. „Wer in einem solchen Gebiet oft in der Natur ist, sollte eine Impfung in Betracht ziehen. Besonders Bayern, Baden-Württemberg, Südhessen, Südost-Thüringen, Sachsen und Südost-Brandenburg sind als Risikogebiete bekannt“, weiß Adolph. Gesetzlich Versicherte, die in einem Risikogebiet wohnen, bekommen die Impfung als Regelleistung komplett erstattet. Zahlreiche Kassen übernehmen die Kosten oder einen Teil davon aber auch für Versicherte, die lediglich in ein deutsches Risikogebiet reisen: 44 Kassen übernehmen die Kosten vollständig und eine Kasse zu 100 Prozent bis max. 500 Euro. Im Rahmen des abrufbaren jährlichen Globalbudgets bieten 15 Kassen eine Kostenerstattung an. Bis maximal 200 Euro der Kosten übernehmen drei Anbieter zu 100%, bis maximal 250 Euro erstatten drei Kassen vollständig, bis maximal 300 Euro ebenfalls drei Kassen. Zwei andere Krankenkassen steuern bis höchstens 400 Euro bei, sogar bis 500 Euro übernehmen vier Anbieter – davon zwei vollständig und zwei zu 80%. <<

SpiFa setzt sich für einen gesetzlichen Rahmen der Zusammenarbeit ein

>> „Eine reine hausärztliche Primärversorgung, ungeachtet ob diese im Kollektivvertrag oder selektivvertraglich durch die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) erfolgt, greift zu kurz und ist als Instrument zur Gewährleistung einer zielgerichteten und bedarfsgerechten ärztlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten allein nicht geeignet." Dies postuliert der Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa) in einem aktuellen Positionspapier, überschrieben mit dem Titel „Patientensteuerung in der Regel- sowie Akut- und Notfallversorgung".

Es ist, so die Ansicht der SpiFa-Autor:innen, angesichts der enormen Zahl der heute ohne ärztliche Überweisung in die Facharztpraxen strömenden Patientinnen und Patienten schlichtweg unmöglich, dass diese ausschließlich über Hausärztinnen und Hausärzte ihren Zugang zur ärztlichen Versorgung erlangen und gesteuert werden sollen. Die hausärztliche Versorgung mit ihren 55.500 Hausärztinnen und Hausärzten wäre mit diesen ca. 112 Millionen zusätzlichen Arztfällen bereits aus Kapazitätsgründen völlig überfordert. Ein solcher hausärztlicher Flaschenhals wäre ein versorgungspolitischer Supergau. Aus diesem Grund ist nach Ansicht des SpiFa sowohl im Rahmen der Kollektivverträge als auch bei selektivvertraglichen Regelungen „ein gesetzlicher Rahmen für eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzt:innen mit dem Ziel einer am medizinischen Bedarf der einzelnen Patientinnen und Patienten ausgerichteten gemeinsamen ärztlichen Gesundheitsversorgung erforderlich." <<

Link: https://t1p.de/igynf

KI soll medizinische Berichte lesen

>> Rund 80% der klinischen Daten liegen in unstrukturierten Formaten vor. Hier setzt das italienische Start-up-Unternehmen ReportAId an, das mittels KI die Gesundheitsversorgung verbessern und die Einnahmen von Krankenhäusern um bis zu 25% steigern will, indem es bisher unstrukturierte medizinische Berichte in umsetzbare Behandlungspläne umwandelt. Dazu arbeitet das in Mailand ansässige Unternehmen mit dem größten Krankenhaus des Landes zusammen. Ebenso wurde aktuell eine Pre-Seed-Finanzierung in Höhe von 2,2 Millionen Euro abgeschlossen. Als Nächstes plant ReportAId, die Integration in bestehende IT-Systeme zu verbessern und die KI-Fähigkeiten für spezialisierte medizinische Bereiche zu erweitern. <<

Link: https://www.reportaid.ai/

Gesundheitsforen Leipzig führen gemeinsam mit der Clinische Studien Gesellschaft eine Erprobungsstudie durch

>> Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Rahmen einer bundesweiten Ausschreibung die Gesundheitsforen Leipzig gemeinsam mit der Clinische Studien Gesellschaft mbH (CSG) mit einer Erprobungsstudie zum Einsatz des medikamentenbeschichteten Ballondilatationskatheters (BALDIKA) beauftragt. Dabei handelt es sich um eine spezielle Therapie, die bei Verengungen der Harnröhre eingesetzt wird. Für das Leipziger Unternehmen ist es der erste Auftrag zur Durchführung einer Erprobungsstudie seitens des G-BA.

Mit den Studienergebnissen will der G-BA evidenzbasiert den medizinischen Nutzen dieser neuartigen Methode bewerten und klären, ob die Behandlung mit einem medikamentenbeschichteten Ballondilatationskatheter dem der Harnröhrenschlitzung überlegen ist. Martin Grohmann, Leiter des Fachbereichs Medizin und Versorgung bei den Gesundheitsforen sowie Projektleiter, ist begeistert: „Dieses Mandat ist ein weiterer bedeutender Meilenstein für uns als Fachbereich und natürlich auch als eigene Clinical-Research-Organisation. Wir freuen uns jetzt sehr auf die Zusammenarbeit mit unserem Partner CSG und dem G-BA, dem wir bereits durch zahlreiche weitere Projekte verbunden sind." <<

Link: https://t1p.de/vt5wr

Krankenhaus-Report 2025: Immer mehr Hochbetagte im Krankenhaus

>> Die Krankenhäuser in Deutschland müssen in den kommenden Jahren mit weniger Personal eine deutlich steigende Zahl hochaltriger Patientinnen und Patienten versorgen. Auf diese doppelte demografische Herausforderung sind die Kliniken bisher nur unzureichend vorbereitet. Das zeigt der aktuelle Krankenhaus-Report 2025 zum Thema „Versorgung Hochbetagter".

Ein Schlüssel zur Lösung des Problems und zur Verbesserung der Behandlung Hochaltriger liegt aus Sicht der Autor:innen in einer besseren ambulanten Versorgung pflegebedürftiger Patientinnen und Patienten: Dadurch könnten nach einer Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) rund 1,4 Millionen Krankenhausaufenthalte pro Jahr vermieden werden. Nach dem Vorbild anderer europäischer Länder sollte zudem die vor- und nachklinische Versorgung hochaltriger Menschen verbessert werden.

Laut Krankenhaus-Report ist der Anteil der Menschen über 80 Jahren an allen Krankenhausfällen in den letzten knapp 20 Jahren kontinuierlich gestiegen – von 13 Prozent im Jahr 2005 auf 22 Prozent im Jahr 2023. Bei den Hochaltrigen liegen meist mehrere Erkrankungen gleichzeitig vor. Zudem haben sie beispielsweise infolge von Demenz oder starker Gebrechlichkeit oft einen besonders hohen medizinischen und pflegerischen Bedarf, auf den die Kliniken in vielen Fällen nur unzureichend vorbereitet sind.

„Insgesamt sehen wir bei diesen Patientinnen und Patienten ein hohes Risiko für Komplikationen, Versorgungslücken oder Brüche in der Versorgung", betonte Dr. Carola Reimann, Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, bei der Vorstellung des Reports.

Die Besonderheiten der Versorgung Hochaltriger spiegeln sich auch in der ökonomischen Betrachtung dieser Fälle wider: Die Krankenhausverweildauer ist bei den Hochbetagten über 80 Jahren mit durchschnittlich 8,1 Tagen fast doppelt so hoch wie bei den Menschen unter 60. Die durchschnittlichen Krankenhaus-Kosten waren bei den über 80-Jährigen mit 3.351 Euro im Jahr 2023 fast siebenmal so hoch wie bei den unter 60-Jährigen mit 470 Euro. „Mit dem Eintritt der geburtenstarken Jahrgänge ins Rentenalter werden die Herausforderungen durch die Versorgung Hochaltriger im Krankenhaus in den nächsten Jahren noch wachsen", warnte Reimann. <<

Link: https://t1p.de/84n40

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V.

24. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung: 2. Plenarsitzung

Was unsere Zukunft beeinflusst – Demografie und Digitalisierung

Wie können wir zukunftsweisende Lösungen für die komplexen und dringenden Fragestellungen unseres Gesundheitssystems als Versorgungsforschende entwickeln und so die Zukunft gestalten? Diese Fragestellung diskutieren wir zusammen mit Zukunftsforscher:innen in den Plenarsitzungen des 24. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung (DKVF). Die zweite Plenarsitzung setzt sich mit dem folgenden Thema auseinander: „Was unsere Zukunft beeinflusst – Demografie und Digitalisierung".



Campus Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE)

>> Die demografische Entwicklung – insbesondere die Verlängerung der individuellen Gesundheits- und Lebensspanne – sowie die digitale Transformation zählen zu den Megatrends, die das Gesundheitssystem der Zukunft maßgeblich beeinflussen werden. Im Rahmen dieses Themenfelds wird Prof. Dr. Malaz Boustani, Geriater aus Indiana-polis, evidenzbasierte Konzepte zur Implementierung einer wertorientierten Gesundheitsversorgung (Value-based Healthcare) vorstellen. Seine Ansätze dienen als Blaupausen für die strukturelle Weiterentwicklung des Gesundheitssystems vor dem Hintergrund des demografischen Wandels.

Parallel dazu gewinnt die Künstliche Intelligenz (KI; engl. Artificial Intelligence, AI) innerhalb der digitalen Transformation zunehmend an Bedeutung. Insbesondere in den vergangenen drei Jahren hat sich KI zu einem der dominierenden Themen im Gesundheitswesen entwickelt.

Ob darin tatsächlich ein nachhaltiges Transformationspotenzial liegt, wird Dr. Sandra Bobersky vom Zentrum für KI, Medizininformatik und Datenwissenschaften (ZKIM) der Knappschaft Kliniken am Universitätsklinikum Bochum analysieren. Sie wird aufzeigen, in welchen Bereichen der Gesundheitsversorgung zukünftig mit einem nutzenbringenden Einsatz von KI-Technologien zu rechnen ist -und worauf wir dabei achten müssen.

Der Rekord von über 800 eingereichten Abstracts zeigt, dass mit dem übergeordneten Kongressthema „Zukunftskompetenz für ein resilientes Gesundheitssystem", die Interessen und Wünsche der Beteiligten im Handlungsfeld der Versorgungsforschung getroffen wurden, sodass im September ein spannender und fruchtbarer Austausch zu erwarten ist. Die Anmeldung zum Kongress ist eröffnet – für alle „frühen Vögel" gibt es wie immer einen Frühbucherrabatt.

Interessierte nutzen bitte diese URL: https://www.dkvf.de/de/anmelden <<

Kommentar



Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann
Vorsitzender DNVF

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

der 24. DKVF findet in diesem Jahr vom 22. bis 24. September auf dem Gelände des UKE in Hamburg zum Thema „Zukunftskompetenz für ein resilientes Gesundheitssystem" statt.

In dieser Ausgabe stellen wir den Schwerpunkt der 2. Plenarsitzung „Was unsere Zukunft beeinflusst – Demografie und Digitalisierung" vor. Derzeit arbeiten das Programmkomitee und die Organisationsteams auf Hochtouren, um aus den über 800 eingereichten Abstracts (Rekord!) das bestmögliche Programm zusammenzustellen. Stellvertretend für die Teams in Hamburg, Berlin und Bochum geht mein besonderer Dank an unseren Kongresspräsidenten Prof. Horst Christian Vollmar.

Ebenso herzlich danke ich unserem neuen DNVF-Ehrenmitglied Prof. Edmund Neugebauer, ohne den die heute so vielfältige und kompetente Community der Versorgungsforschung in Deutschland nicht denkbar wäre! Von seiner Lehre als Chemielaborant bis zum Präsidenten der Medizinischen Hochschule Brandenburg zeichnen wir in dieser Ausgabe seinen Werdegang nach und berichten auch von den inhaltlichen und organisatorischen Impulsen, die er unserem Fach gegeben hat.

Darüber hinaus berichten wir in dieser Ausgabe von den Inhalten und Ergebnissen des DNVF-Forums Versorgungsforschung, das am 7. Mai zum Thema „Wie vermeiden wir Über-, Unter- und Fehlversorgung im letzten Lebensjahr?" in Berlin stattfand. Das Forum, welches das DNVF in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) ausrichtete, verantworteten PD Dr. Christoph Kowalski (DNVF-Fachgruppe Onkologie) und PD Dr. Kerstin Kremeike (DNVF-Fachgruppe Letztes Lebensjahr). Unter den ca. 50 Anwesenden entwickelte sich eine engagierte Diskussion – insbesondere zum Potenzial der Versorgungsforschung für die Gestaltung dieses Handlungsfeldes. Ich freue mich auf die weitere gemeinsame Arbeit für dieses so wichtige Feld der Versorgungsforschung.

Der neuen Gesundheitsministerin Nina Warken wünsche ich einen guten Start – das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung freut sich, die Politik weiterhin mit evidenzbasierten und praxisrelevanten Vorschlägen und Konzepten zu unterstützen – für ein zukunftskompetentes und resilientes Gesundheitssystem!

Ihr
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann
Vorsitzender DNVF. e. V.

Ehrenmitgliedschaft im DNVF

Ehrenmitgliedschaft für Prof. Dr. Edmund Neugebauer

Als prägende Figur der Versorgungswissenschaft in Deutschland erhält Prof. Edmund Neugebauer die Ehrenmitgliedschaft des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF).

>> Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund A.M. Neugebauer, ehemaliger Seniorprofessor für Versorgungsforschung an der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB), wurde am 8. April dieses Jahres im Rahmen eines wissenschaftlichen Symposiums von rund 50 anwesenden Kolleg:innen, Wegbegleiter:innen und Freund:innen feierlich verabschiedet. Edmund Neugebauer gilt als inhaltlicher Pionier und als einer der prägendsten und wichtigsten Versorgungsforscher seiner Generation.

Nach einer Lehre als Chemielaborant am Max-Planck-Institut für biophysikalische Chemie in Göttingen und einem Fachhochschulstudium zum Diplomingenieur (FH) am Fachbereich Chemie der FH Aachen studierte er an der Philipps-Universität Marburg Chemie/Biochemie. 1982 promovierte er zum Dr. rer. nat. und studierte parallel außerdem mehrere Semester Humanmedizin und legte erfolgreich das Physikum ab. 1988 habilitierte er im Fach Theoretische Chirurgie. 1989 übernahm er die Leitung der Biochemischen und Experimentellen Abteilung am II. Chirurgischen Lehrstuhl der Universität Köln und wurde dort 1995 zum außerplanmäßigen Professor ernannt. 2005 folgte Edmund Neugebauer einem Ruf auf den Lehrstuhl für Chirurgische Forschung der Universität Witten/Herdecke und baute das Institut für Forschung in der Operativen Medizin (IFOM) auf, welches zum Zeitpunkt seiner Emeritierung 50 Mitarbeitende beschäftigte.

Edmund Neugebauer war von 2007 – 2009 Vorstandsmitglied des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierter Medizin (DNEbM). Er gehörte zum Gründungsvorstand des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung und war von 2006 bis 2010 dessen Hauptgeschäftsführer. 2010 bis 2012 fungierte er als stellvertretender Vorsitzender und von 2012 bis 2018 als Vorsitzender des DNVF. Von 2018 bis 2022 gehörte er als Mitglied weiterhin dem Vorstand des DNVF an.

Am 1. September 2016 wurde Neugebauer zum Dekan und akademischen Geschäftsführer der Medizinischen Hochschule Brandenburg gewählt. Mit dem Wachstum der MHB und dem Aufbau weiterer Fakultäten wurde er 2019 vom Senat zum Präsidenten der MHB gewählt und hatte diese Funktion bis 2021 inne. Ihm ist es zu verdanken, dass an der MHB der Studiengang Versorgungsforschung eingerichtet wurde. Von 2022 – 2024 war er schließlich Seniorprofessor für Versorgungsforschung an der MHB. 2024 gelang ihm auch an dieser Wirkungsstätte zusammen mit zahlreichen Kolleg:innen der Medizinischen Hochschule die Gründung der brandenburgischen Patientenuniversität.

„Eddy" Neugebauer hat mehr als 1.000 wissenschaftliche Artikel publiziert, davon über 600 als Originalarbeiten, zahlreiche Bücher geschrieben und herausgegeben, die nicht nur die Wissenschaft adressiert haben, sondern auch als Wissensquelle, Handlungsanleitung und Inspiration für Verantwortungsträger im öffentlichen Gesundheitswesen und in der Politik Beachtung fanden. 2006 erhielt Neugebauer die Ehrenprofessur (Prof. h. c.) der Southern Medical School in Guangzhou (China) und 2016 wurde ihm ein Ehrendoktorat der Universität Málaga (Spanien) verliehen. 2016 wurde er zum Ehrenmitglied der Niederrheinisch-westfälischen Chirurgen und 2017 zum Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ernannt.

Er war als Herausgeber der beiden Standardwerke der Versorgungsforschung beteiligt, an der Erst- (2010) und Zweitauflage des Lehrbuchs Versorgungsforschung (2017) im Schattauer Verlag sowie der gänzlich neu bearbeiteten Auflage des Lehrbuchs Versorgungsforschung (2024) im Springer Verlag. Er ist Initiator/Mitautor von Memoranden, Positionspapieren und Stellungnahmen des DNVF. Sein Motto lautet: „Versorgungsforschung sichtbar machen, eine bessere Versorgung für Patient:innen erlangen und Versorgungsforschung für eine evidenzgeleitete Gesundheitspolitik nutzen".

Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung würdigt Edmund Neugebauer als enthusiastischen Versorgungsforscher, hoch dekorierten Wissenschaftler und Kollegen, als kritischen Analysten und engagierten Lösungssucher sowie konsequenten Unterstützer für mehr Patientenorientierung im Gesundheitswesen.

Im Rahmen seiner Verabschiedung wurde ihm am 8. April 2025 vom Vorsitzenden des Netzwerkes, Prof. Wolfgang Hoffmann, für seine Verdienste um die Versorgungsforschung die Ehrenmitgliedschaft des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung verliehen. <<

Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund A.M. Neugebauer



12. Forum Versorgungsforschung am 7. Mai 2025 in Berlin

„Wie vermeiden wir Über-, Unter- und Fehlversorgung im letzten Lebensjahr?“

Die Versorgungsforschung ist mit ihren Forschungsmethoden und -ergebnissen ein wichtiger Akteur der evidenzbasierten und bedarfsgerechten, patientInnenorientierten Gestaltung der Palliativversorgung in Deutschland.

>> Als gemeinsame Veranstalter begrüßten Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Vorsitzender DNVF), PD Dr. Christoph Kowalski (DNVF-Fachgruppe Onkologie) und PD Dr. Kerstin Kremeike (DNVF-Fachgruppe Letztes Lebensjahr) die ca. 50 Anwesenden im Karl-Storz-Haus – auch im Namen des Kooperationspartners Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP).

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Universitätsmedizin Greifswald) gab mit seinem Beitrag „Forschung für eine gute Versorgung am Lebensende“ eine Einführung ins Thema und benannte den Umgang mit Versorgungs- und Abrechnungsdaten, die Ermittlung des individuellen Versorgungsbedarfs, die Datenerhebung und Partizipation in analytischen und interventionellen Studien sowie die Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsformen, Sektoren und Gesundheitsberufe als wichtige Herausforderungen der Versorgungsforschung im letzten Lebensjahr. Dabei ging er auch auf das Memorandum der DNVF-Fachgruppe „Letztes Lebensjahr” ein – in dem ein umfassendes Forschungsprogramm skizziert wird.

Im Anschluss berichtete Rika Jurkschat von der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V. (ADT) im Rahmen ihres Beitrags „Über-, Unter- und Fehlversorgung im letzten Lebensjahr in der Onkologie“ von ihrer Analyse von Krebsregisterdaten. Die anschließende Diskussion zeigte, was für ein wichtiger Ausgangspunkt Krebsregisterdaten für die Evidenzgenerierung bezüglich Über-, Unter- und Fehlversorgung sein können – ihren Dank an die anwesenden Kliniker:innen verband sie mit einem Appell, bei den Meldungen an die Krebsregister auf größtmögliche Vollständigkeit und Qualität zu achten.

Prof. Dr. Claudia Bausewein von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) e. V. (LMU München) ging in ihrem Beitrag auf die „Über-, Unter- und Fehlversorgung im letzten Lebensjahr in der Hospiz- und Palliativversorgung“ ein.

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

Die Anmeldung ist geöffnet! Jetzt Frühbucher-Tarif bis 20.08.2025 sichern.
Alle wichtigen Informationen finden Sie auf der Kongresswebseite unter www.dkvf.de.

VERSORGUNGSPRAXIS | VERSORGUNGS- UND ZUKUNFTSFORSCHUNG | GESUNDHEITSPOLITIK

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.
DKVF.DE

Sie stellte u. a. den aktuellen Stand der Versorgung in Palliativstationen, Palliativdiensten in Krankenhäusern, stationären Hospizen sowie SAPV-Teams (spezialisierte ambulante Palliativversorgung) vor und zeigte aktuelle Entwicklungen auf.

Mit ihrem Beitrag „Ethische Aspekte der Über-, Unter- und Fehlversorgung brachte Prof. Dr. Dr. Eva Winkler vom Nationalen Zentrum für Tumorerkrankungen Heidelberg eine weitere Perspektive ein. Ausgehend von den vier Prinzipien der medizinischen Ethik ordnete sie die Aspekte der Diskussion entlang der Dimensionen „Nicht-Schaden", „Fürsorge" sowie „Respekt vor der Autonomie" und „Gerechtigkeit" ein.

Mit ihrem Beitrag „Gesundheitspolitische Relevanz der Versorgung am Lebensende" fügte Kathleen Nducha-Lauer vom AOK Bundesverband dem Forum eine weitere Perspektive hinzu. Sie ging in ihrem Beitrag auf die Differenzen zwischen Wunsch und Wirklichkeit hinsichtlich der Sterbeorte von Palliativpatienten ein und beschrieb das Prinzip des Advance Care Planning (ACP), welches in Deutschland bisher kaum umgesetzt wird. Erhebliches Verbesserungspotenzial verspreche zudem die Einbindung der „Caring Communities".

Den Stellenwert dieser Caring Communities stellte Prof. Dr. Raymond Voltz (Universitätsklinik Köln) in den Mittelpunkt seines Vortrags zum Thema „Caring Communties, Death and Grief Literacy". Er plädierte für die systematische Einbeziehung der Zivilgesellschaft in die Versorgung und Begleitung im letzten Lebensjahr und bezog sich dabei auf den „Bürger-Profi-Mix" nach Prof. Klaus Dörner.

Prof. Dr. Ute Lewitzka von der Goethe-Universität Frankfurt thematisierte die „Suizidprävention im Kontext des letzten Lebensjahres". Lewitzka berichtete, dass Menschen im letzten Lebensjahr zu einer Risikogruppe für Suizidalität zählen. Sterbewünsche würden bei diesen Menschen häufig fehlgedeutet und erfordern eine bessere Aufmerksamkeit.

Daran anknüpfend behandelte PD Dr. Kerstin Kremeike in ihrem Vortrag das Thema „Umgang mit Todeswünschen und Anfragen nach Suizidassistenz". Sie verwies darauf, dass Todeswünsche komplex sind und man ihnen häufig mit einer optimalen körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimension erfolgreich begegnen kann.

In der abschließenden Podiumsdiskussion, moderiert von Dr. Birgit Weihrauch und Prof. Dr. Ulrich Wedding, wurde mit allen Vortragenden erörtert, was zu tun ist, um die Palliativversorgung in Deutschland weiter zu verbessern und was die nächsten Schritte sein können. Im Fokus der Diskussion stand u. a. die Frage, wie die Perspektive der Betroffenen gestärkt werden kann, z. B. durch den Einsatz von Instrumenten der Versorgungsforschung, wie PROMs (Patient Reported Outcome Measures) oder die Einbeziehung von Registerdaten. Weitgehende Übereinstimmung bestand zudem darin, dass die Caring Communities stärker einbezogen werden müssen. In diesem Zusammenhang sollten auch die Selbstverantwortung der Bürger:innen sowie die Kompetenzen, insbesondere von Kindern und Jugendlichen, im Umgang mit Leben und Sterben gestärkt werden. Der Beitrag der Versorgungsforschung wird insbesondere in der Entwicklung von Kriterien zur Beurteilung der Situation in der Palliativversorgung gesehen.

Prof. Bausewein und Prof. Hoffmann betonten in ihrem gemeinsamen Fazit, dass die herausgearbeiteten Themen durch das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung und insbesondere durch die Fachgruppe Letztes Lebensjahr weiterverfolgt werden sollten. Um das System der Versorgung im letzten Lebensjahr zu verbessern, ist es notwendig, dass die beteiligten Akteure gemeinsam an die neue Bundesregierung herantreten. Dies sollte jedoch auf der Grundlage von evidenzbasierten Ergebnissen erfolgen, die das System von Struktur- und Prozess- weiter in Richtung auf Ergebniskriterien entwickeln. <<



Referent:innen des DNVF-Forums.

News

>> DNVF auf den Registertagen 2025

Hannah Grillmayer vom DNVF stellte auf den TMF-Registertagen 2025 erste Ergebnisse des REGINT-Projekts vor: „Registerbasierte Studien zu Interventionseffekten in Deutschland (REGINT) – Herausforderungen, Lessons Learned und Perspektiven für die Zukunft"

Dr. Esther Seidel-Jacobs vom Deutschen Diabetes Zentrum (DDZ) stellte als Absolventin der Fortbildung Registerbasierte Forschung „REGIBA" die Ergebnisse ihrer Befragung „Interdisziplinäre Peergroups: Erfahrungen und Erkenntnisse aus sechs Monaten wissenschaftlicher Kollaboration im Rahmen der Fortbildung Registerbasierte Forschung (REGIBA)"vor. Sie bekräftigte, dass die Teilnahme an der REGIBA-Fortbildung unbedingt empfehlenswert sei!

DNVF

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

E-Mail: info@dnvf.de

Dr. jur. Dr. rer. med. Thomas Ruppel
Dr. jur. Laura Mertens

Rechtliche Implikationen der Stratifizierung des Versichertenklientels nach § 25b SGB V – Anforderungen an Patienteninformation und KI-Einsatz

Seit dem Jahr 2024 gibt es eine neue Leistung der Kranken- und Pflegeversicherung: Diese können datengestützte Auswertungen zur Erkennung von u. a. seltenen Erkrankungen, Krebserkrankungen, von Impfindikationen und noch nicht festgestellter Pflegebedürftigkeit vornehmen (§ 25b Abs. 1 SGB V). Sofern bei einer dieser Auswertungen eine konkrete Gesundheitsgefährdung, das konkrete Risiko einer Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit oder das Vorliegen einer Impfindikation identifiziert wird, ist der Versicherte hierüber umgehend zu informieren (§ 25b Abs. 4 Satz 1 SGB V). Aus dieser Aufgabe der Kranken- und Pflegeversicherungen ergeben sich zwei Fragen: Welche rechtlichen Anforderungen sind an die Stratifizierung des Versichertenklientels sowie die Entscheidung, bestimmte Versicherte (nicht) zu informieren, zu stellen? Und welche rechtlichen Anforderungen folgen daraus für den Einsatz künstlicher Intelligenz (KI) bei der Stratifizierung?

>> Der Inhalt und die rechtlichen Anforderungen der sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften wurden durch Anwendung der juristischen Auslegungsmethoden, hier insbesondere der Auslegung nach dem Wortlaut[1] und dem Telos[2] sowie der historischen[3] und der verfassungskonformen[4] Auslegung, ermittelt. Mit gleicher Methodik wurden die verfassungsrechtlichen Anforderungen an die Stratifizierung ermittelt. Die juristischen Datenbanken Beck-Online und Juris wurden zur Suche nach Veröffentlichungen zu den untersuchten Vorschriften verwendet. Schließlich wurden die so ermittelten rechtlichen Anforderungen subsumiert, interpretiert und versorgungs- sowie rechtswissenschaftliche Schlussfolgerungen gezogen.

Ergebnisse

Bei den Kranken- und Pflegekassen sind eine Vielzahl versichertenbezogener Gesundheitsdaten gespeichert. Zur besseren Verwendung dieses Datenschatzes hat der Gesetzgeber im Zuge des Gesundheitsdatennutzungsgesetzes auch die Versicherten im Blick gehabt und entschieden, dass Kranken- und Pflegekassen diese Daten auswerten können (so ausdrücklich § 25b Abs. 1 Satz 1 SGB V).

1. Sozialrechtliche Anforderungen an die Stratifizierung

Kranken- und Pflegekassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts (§ 4 Abs. 1 SGB V/ § 46 Abs. 2 SGB XI) und als solche Behörden. Sie sind als solche umfassend an Recht und Gesetz gebunden (Art. 20 Abs. 3 Grundgesetz [GG]).

Im Rahmen der Datenauswertung nach § 25b Abs. 1 Satz 1 SGB V steht ihnen ein Entschließungsermessen[5] zu, d. h., sie können entscheiden, ob sie überhaupt diese Datenauswertungen vornehmen oder nicht. Gründe für eine sogenannte Ermessensreduzierung auf null[6], d. h. eine Pflicht zur Datenauswertung aus dem Grund, dass alle anderen behördlichen Entscheidungen rechtswidrig wären, sind von Rechts wegen nicht ersichtlich. Denn der Gesetzgeber hat das „Ob" der Datenauswertung bewusst in die Entscheidungsfreiheit der Kranken- und Pflegekassen gestellt.

Wenn jedoch eine Kranken- oder Pflegekasse eine Datenauswertung vornimmt und dabei eine konkrete Gesundheitsgefährdung, das konkrete Risiko einer Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit oder das Vorliegen einer Impfindikation identifiziert wird, **muss** sie den betroffenen Versicherten hierüber umgehend informieren (§ 25b Abs. 4 Satz 1 SGB V). Während hinsichtlich der Datenauswertung noch ein Entschließungsermessen bestand, besteht dieses im Hinblick auf die Information des Versicherten nicht. Die Kranken- und Pflegekassen sind **verpflichtet**, diese Information vorzunehmen. Das Gesetz führt weiter aus, wie diese Information zu erfolgen hat, und konkretisiert damit das Auswahlermessen, d. h. das „Wie" der Information[7]. Gemäß § 25b Abs. 5 SGB V ist auch die **Datengrundlage** der danach erteilten Information bekannt zu machen.

Indes muss nicht über jedes Ergebnis informiert werden, son-

Zusammenfassung

Kranken- und Pflegekassen können Versichertendaten auswerten. Aus der Datenauswertung können verschiedene Informationspflichten resultieren. Sie bestehen zunächst beim Erkennen einer konkreten Gesundheitsgefährdung des Versicherten. Diese setzt voraus, dass es eine hinreichende Wahrscheinlichkeit von gesundheitlichen Schäden gibt. Kranken- und Pflegekassen müssen auch dann informieren, wenn sie durch ihre Datenauswertung erkennen, dass es eine in überschaubarer Zukunft bestehende Möglichkeit (nicht Wahrscheinlichkeit) einer Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit, die aus den individuellen (Lebens-)Umständen eines einzelnen Versicherten herrührt, gibt. Ob diese Schwellen jeweils erreicht sind, wird letztlich durch die medizinische Wissenschaft und die Versorgungsforschung bestimmt.

Kranken- und Pflegekassen müssen stets nachvollziehbar begründen können, wie sie zu ihren Ergebnissen gekommen sind und weshalb sie welche Informationsentscheidung getroffen haben. Diese rechtlichen Anforderungen limitieren den Einsatz von künstlicher Intelligenz soweit und solange diese nicht ihre Verfahren und Ergebnisse transparent und nachvollziehbar machen können.

Verstöße gegen diese Anforderungen können Auskunfts- und Schadensersatzansprüche gegen die Kranken- bzw. Pflegekassen nach sich ziehen.

Schlüsselwörter

Krankenkassen, Stratifizierung, Versichertenklientel, § 25b SGB V, Patienteninformation, KI-Einsatz

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.03.25.1866-0533.2721

dern erst, wenn die Schwelle zum „konkreten" Krankheits- bzw. Pflegerisiko überschritten ist bzw. eine Impfindikation erkannt wird. Denn wie hoch die Wahrscheinlichkeit für einen Schaden beim Versicherten sein muss, um die Schwelle zur Pflicht zur Information zu überschreiten, konkretisiert dabei das Gesetz bereits selbst und ermöglicht so die Rückversicherung bei Medizin und Versorgungswissenschaft. Der § 25b Abs. 4 Satz 1 SGB V fordert eine „konkrete Gesundheitsgefährdung" oder das „konkrete Risiko einer Erkrankung oder einer Pflegebedürftigkeit" oder das „Vorliegen einer Impfindikation". Die Begriffe der „konkreten Gefahr" und des „konkreten Risikos" wurden vom Gesetzgeber nicht weiter erläutert.

Der Begriff der „konkreten Gefahr" ist jedoch in verschiedenen Rechtsgebieten bekannt: Eine Gefahr ist eine hinreichende Wahrscheinlichkeit eines Schadens für ein geschütztes Rechtsgut (im Polizeirecht etwa die öffentliche Sicherheit oder Ordnung, hier die Gesundheit, da das Gesetz auf eine „konkrete Gesundheitsgefährdung" abstellt).

Fraglich ist nun, was eine konkrete Gefahr sein soll. Naheliegend wäre zu denken, dass eine konkrete Gefahr wahrscheinlicher ist als eine abstrakte Gefahr. Das Bundesverwaltungsgericht nimmt eine andere Differenzierung vor und meint, dass abstrakte und konkrete Gefahr sich nicht nach dem Grad der Wahrscheinlichkeit eines schädigenden Ereignisses unterscheiden würden.[8] Es meint vielmehr, dass auch die „bloße Wahrscheinlichkeit" eines Schadenseintritts indes sowohl zur abstrakten als auch zur konkreten Gefahr gehören würden; „beide Gefahrenbegriffe stellen, was den zu erwartenden Eintritt eines Schadens anlangt, die gleichen Anforderungen der Wahrscheinlichkeit."[9] Der Unterschied liege – so das Bundesverwaltungsgericht – „nur in der Betrachtungsweise, bei der konkreten Gefahr „konkret", d.h. auf den Einzelfall, bei der abstrakten Gefahr „abstrakt-generell", also auf den typischen Fall bezogen".[10] Eine konkrete Gefahr liege demnach vor,

„wenn in dem zu beurteilenden konkreten Einzelfall irgendwann, freilich in überschaubarer Zukunft, mit dem Schadenseintritt hinreichend wahrscheinlich gerechnet werden muß; eine abstrakte Gefahr ist gegeben, wenn eine generell-abstrakte Betrachtung für bestimmte Arten von Verhaltensweisen oder Zuständen zu dem Ergebnis führt, daß mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Schaden im Einzelfall einzutreten pflegt".[11]

Die Instanzrechtsprechung folgt dem bis heute und meint, dass bereits die „entfernte Möglichkeit eines Schadenseintritts zur Annahme einer konkreten Gefahr aus[reiche]."[12]

Der Gesetzgeber des SGB V hat sich, wie gesehen, nicht die Mühe gemacht, den Begriff der „konkreten Gesundheitsgefährdung" zu definieren. Dem verwaltungsrechtlichen Begriff der „konkreten Gefahr" ist zumindest zu entnehmen, dass für eine konkrete Person ein konkreter Schadenseintritt in „überschaubarer Zukunft" drohen muss, und zwar dergestalt, dass es eine „hinreichende Wahrscheinlichkeit" eines Schadenseintrittes gibt.

Hieran können Versorgungsforschung und Medizin anknüpfen. Werden die Schwellen der konkreten Gefahr oder der Impfindikation aus Sicht von Medizin und Versorgungsforschung nicht erreicht, dann ist die Versicherteninformation weder geboten noch erlaubt.

Dies gilt umso mehr, als auch im Rahmen des § 25b Abs. 4 SGB V das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V bzw. § 29 SGB XI gilt.[13] Demnach müssen alle Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich im engeren Sinne sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Nicht notwendige bzw. unwirtschaftliche Leistungen können Versicherte nicht beanspruchen und dürfen Kranken- bzw. Pflegekassen nicht bewilligen.[14]

Das bedeutet: **Wenn aus Sicht der Medizin keine ausreichenden Anhaltspunkte vorliegen, dann ist der Verzicht auf die Information des Versicherten nicht nur möglich, sondern sogar geboten.**

Das Recht folgt insoweit der Medizin bzw. der Versorgungsforschung. Beispielsweise kann die Information eines hochbetagten Mannes über das Vorliegen eines Prostata-CA medizinisch unsinnig sein, wenn und weil eine andere Erkrankung mit hoher Wahrscheinlichkeit vorher zum Tode führt – wenn die Behandlung mithin nicht erforderlich im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes ist, ist auch die Patienteninformation nicht erforderlich und kann unterbleiben. **Folgerichtig haften die Krankenkassenvorstände mit ihrem Privatvermögen, wenn sie hätten wissen müssen, dass die Krankenkasse eine unwirtschaftliche Leistung erbringt** (§ 12 Abs. 3 SGB V).

Eine Informationspflicht besteht gemäß § 25b Abs. 4 S. 1 SGB V auch beim Vorliegen eines konkreten Risikos einer Erkrankung oder einer Pflegebedürftigkeit. Auch diesen Begriff hat der Gesetzgeber nicht weiter definiert. Auch juristischen Datenbanken ist der Begriff des „konkreten Risikos" unbekannt. Aus der Gesetzesbegründung lässt sich schon nicht entnehmen, ob der Gesetzgeber hier wirklich eine Unterscheidung zwischen Gefahr und Risiko treffen wollte.

Ein Risiko ist weniger als eine Gefahr, also ein Ablauf, der noch unwahrscheinlicher als die hinreichende Wahrscheinlichkeit des Eintritts einer Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit ist. Ein Risiko ist das, was eine Gesellschaft bereit ist, hinzunehmen, wenn sie potenziell gefährliche Tätigkeiten erlaubt; erst bei der Überschreitung der Schwelle zur „Gefahr" greift das Recht ein. Der Gesetzgeber möchte aber nun, dass bereits bei Bestehen eines konkreten Risikos gewarnt wird.

Hinsichtlich des Begriffs des „konkreten" in Abgrenzung zum „abstrakten" Risiko sei auf die dargestellte Abgrenzung des Bundesverwaltungsgerichts verwiesen. Da das Risiko konkret sein muss und nicht etwa die Erkrankung, kommt es auch nicht darauf an, dass sich eine bestimmte Erkrankung anbahnen kann; zugleich muss das Risiko eben für den konkreten Einzelfall bei dem konkreten Versicherten bestehen – eine kaum sinnvolle Unterscheidung.

Der Gesetzgeber unterscheidet zugleich nicht nur hinsichtlich „Risiko" und „Gefahr", sondern auch im zweiten Tatbestandsmerkmal: Die Gefahr (konkret: Gefährdung) soll für die „Gesundheit" vorliegen, während das Risiko hinsichtlich des Eintritts einer „Erkrankung" bzw. der „Pflegebedürftigkeit" gegeben sein muss.

Wenngleich der Wortlaut anderes suggeriert, scheint es vor dem Telos, d. h. dem Sinn und Zweck der vom Gesetzgeber verfolgten Regelung, keinen Grund zu geben, hier zwischen diesen zu unterscheiden. Letztlich wird man die Tatbestandsmerkmale des konkreten Risikos einer Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit dahin gehend verstehen müssen, dass Kranken- und Pflegekassen beim Erkennen einer in überschaubarer Zukunft bestehenden Möglichkeit (nicht

Wahrscheinlichkeit) einer Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit, die aus den individuellen (Lebens-)Umständen eines einzelnen Versicherten herrühren, diesen informieren müssen.

2. Anforderungen des Verfassungsrechts an die Stratifizierung

Neben den Anforderungen des einfachen Rechts, mithin des SGB V, an die Kranken- und Pflegekassen ist darüber hinaus auch das Verfassungsrecht in den Blick zu nehmen und darauf zu untersuchen, welche Grundrechte betroffen sein können und ob und wenn in welcher Form sich hieraus ebenfalls Anforderungen an die Kranken- und Pflegekassen im Hinblick auf die Stratifizierung, den Einsatz von künstlicher Intelligenz und die Entscheidung über die Information der Versicherten ergeben.

Die Datenauswertung und die Versicherteninformation betreffen mehrere Grundrechte der Versicherten:

a) Allgemeiner Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz

Der Allgemeine Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG verlangt von einer Behörde, wesentlich gleiche Sachverhalte gleich, wesentlich ungleiche Sachverhalte ungleich zu behandeln. Es handelt sich mithin nicht nur um ein Verbot der Ungleichbehandlung, sondern auch gerade um ein Gebot derselben.[15]

Dies setzt zunächst die Bildung von Vergleichsgruppen[16] voraus, die sich in tatsächlicher Hinsicht kaum unterscheiden. Erst wenn innerhalb einer Vergleichsgruppe die Sachverhalte ungleich behandelt werden, ist die Anwendung des Allgemeinen Gleichheitssatzes überhaupt erst eröffnet. Dies bedeutet konkret, dass der Allgemeine Gleichheitssatz im hier untersuchten Zusammenhang erst dann verletzt sein kann, wenn beispielsweise bei zwei Versicherten mit einem identischen durch die Stratifizierung identifizierten „Risiko" bzw. einer identischen identifizierten „Gefahr" einer der beiden Versicherten über das „Risiko" bzw. die „Gefahr" informiert wird, der andere hingegen nicht.

Daraus folgt, dass Kranken- und Pflegekassen zur Einhaltung des Allgemeinen Gleichheitssatzes des Art. 3 Abs. 1 GG **gerade nicht über sämtliche im Rahmen der Datenanalyse erkannten Risiken informieren** müssen. Die Frage, wann eine Information zu erfolgen hat, wie hoch und konkret die Risiken sind, wird wie oben bereits gezeigt durch Versorgungsforschung und Medizin bestimmt. Wenn aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht ein Risiko weitgehend vernachlässigbar ist, dann ist es nicht geboten, Versicherte mit einem bestehenden, aber vernachlässigbaren Risiko zu informieren.

Der Allgemeine Gleichheitssatz gebietet jedoch, die Anforderungen an die Risiken im Hinblick auf die Information bei allen Versicherten gleichermaßen anzuwenden. Wenn mithin bei mehreren Versicherten ein bestehendes, aber vernachlässigbares Risiko vorliegt, **dürfen nicht etwa einige der Versicherten hierüber informiert werden und andere nicht**. Andersherum muss die Information über ein konkretes Risiko grundsätzlich bei allen Versicherten erfolgen, bei denen ein solches identifiziert worden ist.

Letztlich kann jedoch auch die Gleichbehandlung wesentlich ungleicher Sachverhalte bzw. die Ungleichbehandlung wesentlich gleicher Sachverhalte gerechtfertigt werden, sodass es im Ergebnis selbst in diesem Fall nicht zu einer Grundrechtsverletzung kommt. Rechtsprechung und Rechtswissenschaft haben hierfür mehrere Modelle entwickelt, die von einer reinen Kontrolle auf Willkürlichkeit der behördlichen Entscheidung bis hin zu einer strengen Verhältnismäßigkeitsprüfung reichen.[17]

Im Rahmen der strengen Verhältnismäßigkeitsprüfung ist eine Ungleichbehandlung wesentlich gleicher Sachverhalte bzw. die Gleichbehandlung wesentlich ungleicher Sachverhalte nur dann gerechtfertigt, wenn die Ungleichbehandlung bzw. Gleichbehandlung einen legitimen Zweck verfolgt, geeignet, erforderlich (im Sinne des Fehlens eines weniger (un-)gleichbehandelnden, aber gleich wirksamen Verwaltungshandelns) und angemessen im engeren Sinne eines Übermaßverbotes ist. Ob eher der strengere Maßstab der Verhältnismäßigkeitsprüfung anzuwenden ist oder der Behörde ein weiterer Spielraum zukommt, wird mittlerweile danach bestimmt, ob die behördliche Maßnahme an Persönlichkeitsmerkmale anknüpft, ob Freiheitsgrundrechte betroffen sind und inwieweit der Betroffene die Möglichkeit hat, durch sein Verhalten die Verwirklichung der Differenzierungskriterien zu beeinflussen.[18] Dabei gilt, dass der Staat bei der Gewährung von (freiwilligen) Leistungen einen weiteren Spielraum hat als beim Eingriff in Rechtspositionen des Bürgers (etwa im Polizeirecht).

Vorliegend spricht viel dafür, die strengeren Maßstäbe der Verhältnismäßigkeitsprüfung auf etwaige Entscheidungen von Kranken- und Pflegekassen im Rahmen der Stratifizierung einerseits, der Versicherteninformation andererseits anzuwenden. Denn wenn sich eine Kranken- und Pflegekasse einmal zur Datenanalyse entschieden hat, ist sie zur Information verpflichtet. Hinzu kommt, dass es sich hier gerade um Persönlichkeitsmerkmale – nämlich Krankheiten, persönliche Dispositionen usw. – handelt und der Einzelne nicht in der Lage ist, sein Verhalten gegenüber der Kranken- oder Pflegekasse so anzupassen, dass er beeinflussen könnte, ob er informiert wird oder nicht.

Ob der Allgemeine Gleichheitssatz durch ausbleibende oder angepasste Informationen möglicherweise verletzt ist, wenn die Kranken- oder Pflegekasse wesentlich gleiche Sachverhalte (Ergebnisse der Datenauswertungen/Versicherte, Entscheidungen zur Information oder nicht) ungleich behandelt, bemisst sich mithin danach,

- ob die Entscheidung der Kranken- oder Pflegekasse einen legitimen Zweck verfolgt (dies kann durchaus auch eine Verwaltungsvereinfachung oder Kostenersparnis sein);
- ob die Kranken- oder Pflegekasse mit dem Ausbleiben der jeweiligen Versicherteninformation einen Schritt zur Erreichung dieses Ziels geht;
- ob es für die Kranken- und Pflegekasse einfachere Mittel gäbe, dieses Ziel zu erreichen, als die Nichtinformation (beim Ziel der Verwaltungsvereinfachung etwa eine digitale Versicherteninformation) und
- ob die angestrebten Vereinfachungen aufseiten der Kranken- und Pflegekasse im Verhältnis zu den Nachteilen des Versicherten stehen.

Angesichts dessen, dass dem Versicherten konkrete Gesundheitsgefahren drohen, sind die Hürden für letztere Entscheidung besonders hoch. Welche – um im Beispiel zu bleiben – Verwaltungsvereinfachung kann schon eine konkrete Gesundheitsgefahr eines Versicherten aufwiegen?

Nur wenn all diese Anforderungen kumulativ vorliegen, wäre die

Entscheidung der Kranken- oder Pflegekasse zur Nichtinformation, obwohl in vergleichbaren Sachverhalten eine Information erfolgt (ist), vor dem Allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG gerechtfertigt und damit legal.

b) Grundrecht auf Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit – Art. 2 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz

Grundrechte sind zunächst vor allem Abwehrrechte gegen staatliche, eingreifende Maßnahmen.[19] Indes können Grundrechte – ausnahmsweise – auch leistungsrechtlichen Charakter haben. Knapp 90% der Bevölkerung sind in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert, die meisten davon als Pflichtmitglieder. Ihre finanziellen Mittel reichen regelmäßig nicht aus, um daneben noch in der privaten Krankenversicherung eine Vollversicherung abzuschließen. Hieraus kann sich unter Umständen ergeben, dass durch eine fehlerhafte oder mangelnde Leistungsgewährung der gesetzlichen Krankenversicherung der leistungsrechtliche Gehalt des Grundrechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit, teils gemeinsam mit dem Sozialstaatsprinzip des Art. 20 Abs. 1 GG, berührt wird.

Anerkannt ist zumindest, dass der Staat die Pflicht hat, ein tragfähiges Gesundheits- und Krankenversicherungssystem zu schaffen.[20]

Konkrete Leistungen werden aus dem Grundgesetz indes grundsätzlich nicht abgeleitet[21]; bekannte Ausnahme ist der sog. Nikolausbeschluss des Bundesverfassungsgerichts, wonach ein unmittelbarer Anspruch auf Leistungen bei lebensbedrohlichen oder wertungsmäßigen Erkrankungen bestünde.[22] Im Übrigen konkretisiert das einfache Recht – hier § 25b Abs. 1, 4 SGB V – die Rechte der Versicherten und die Pflichten der Kranken- und Pflegeversicherung und damit den Gehalt des Grundrechts.

Die Kranken- und Pflegekassen greifen durch unterlassene oder fehlerhafte Informationen damit nicht in das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit des Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG ein.

Selbst wenn man annehmen würde, dass die einfach-rechtliche Konkretisierung der Informationspflichten der Kranken- und Pflegekassen zugleich zu einer grundrechtlichen Pflicht im identischen Umfang führen würde – was keineswegs naheliegt – gelten die oben gemachten Ausführungen: Wird die Schwelle einer konkreten Gesundheitsgefahr (oder einer „einfachen" Impfindikation) aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht nicht erreicht, so müssen die Kranken- und Pflegekassen nicht informieren, besteht weder ein einfach-rechtlicher noch gar ein verfassungsrechtlicher Anspruch hierauf.

c) Grundrecht auf Datentransparenz – Art. 19 Abs. 4 Grundgesetz

Bereits aus den obigen Ausführungen ist deutlich geworden, dass die Kranken- oder Pflegekasse **begründen können** muss, wie sie die Stratifizierung vornimmt und wie sie ihre Entscheidungen getroffen hat.

Rechtlich wird dies zudem vom Grundrecht auf Datentransparenz (Art. 19 Abs. 4 GG) gefordert.

Mittlerweile ist nach ständiger Rechtsprechung und der herrschenden Ansicht in der rechtswissenschaftlichen Forschung anerkannt, dass aus Art. 19 Abs. 4 GG folgt, dass ein Normunterworfener grundsätzlich einen Anspruch darauf hat, staatliche Maßnahmen in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht vollständig überprüfen zu können.[23]

Das Transparenzgebot wurde vom Bundesverfassungsgericht zunächst im Kontext staatlicher Überwachungsmaßnahmen entwickelt. Danach stellt der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz Anforderungen an Transparenz, individuellen Rechtsschutz und aufsichtliche Kontrolle der Datenverarbeitung.[24] Die Transparenz der Datenverarbeitung soll dazu beitragen, dass Vertrauen und Rechtssicherheit entstehen können und der Umgang mit Daten in einen demokratischen Diskurs eingebunden bleibt. Zugleich ermöglicht sie den Bürgerinnen und Bürgern, sich entsprechend zu verhalten.

Gegenüber den Betroffenen bildet sie überdies die Voraussetzung für einen wirksamen Rechtsschutz. Indem sie ihnen Kenntnis hinsichtlich der sie betreffenden Datenverarbeitung verschafft, versetzt sie sie in die Lage, die Rechtmäßigkeit der entsprechenden Maßnahmen – erforderlichenfalls auch gerichtlich – prüfen zu lassen und etwaige Rechte geltend zu machen.[25] Denn bei einer Datenverarbeitung mit grundrechtsrelevanter Wirkung – wie hier – müssen die verwendeten Daten zumindest so weit konserviert werden, dass dem Betroffenen die gerichtliche Überprüfung der Maßnahme erhalten bleibt.

Zu Recht wird davon ausgegangen, dass ein Rechtsschutzbegehren nur dann wirklich umfassend und eigenständig in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht von Gerichten geprüft werden könne, wenn der Sachverhalt offen zutage liege.[26] Dies sei eine Vorwirkung der Rechtsschutzgarantie.[27] Ein Gericht muss Exekutivakte – wie etwa Entscheidungen von Kranken- und Pflegekassen – vollständig eigenverantwortlich nachprüfen können.[28]

Diese aus dem Grundgesetz abgeleiteten Rechtsansprüche der Versicherten haben unmittelbare Auswirkungen auf die behördlichen Entscheidungsprozesse in der Kranken- und Pflegekasse und auf den Einsatz von künstlicher Intelligenz.

Künstliche Intelligenz kann **nur** zum Einsatz kommen, wenn ihre Methodik, die von ihr verwendeten Quellen, die Berechnungen und Gewichtungen **transparent und nachvollziehbar** sind. Die derzeit bekannten KI-Modelle bieten die Möglichkeit, Ergebnisse zu überprüfen, hervorzuheben, auf bestimmte Ergebnisse von eingelesenen Quellen zu springen. Teilweise unbekannt sind hingegen die Lösungs- und Recherchewege, diese kennen teilweise nur die KI-Entwickler und sie werden den Anwendern nicht preisgegeben. Unbekannt bleiben teilweise auch negative Ergebnisse und weshalb die KI diese nicht auswirft (etwa weshalb keine Impfempfehlung gegeben wird oder weshalb keine Warnung zu einer konkreten Krankheit erfolgt).

Damit müssen sämtliche positiven wie negativen Ergebnisse des Einsatzes Künstlicher Intelligenz letztlich an nachvollziehbaren, dokumentierten Kriterien menschlich überprüft werden. Ein für das jeweilige Ergebnis nicht einzeln nachgeprüfter Einsatz von KI kommt aus Rechtsgründen damit erst dann in Betracht, wenn der Lösungsweg der KI dokumentiert und nachgeprüft wurde – gerade hinsichtlich der Entscheidung, bestimmte Versicherte nicht zu informieren – und dies reproduzierbar ist.

3. Erkennung und Folge von Rechtsverstößen

Im deutschen Recht reicht eine Rechtsverletzung allein nicht aus, um sich gegen diese wehren zu können. Vielmehr muss die

durch die Behörde verletzte Norm gerade nicht nur dem öffentlichen Interesse dienen, sondern auch dem Interesse des Einzelnen (sog. Schutznormtheorie, vgl. § 42 VwGO). Juristen müssen mithin untersuchen, ob die Norm auch gerade dem Interesse des einzelnen Versicherten dienen soll. Dies ist bei § 25b Abs. 4 SGB V offenkundig der Fall. Denn der Gesetzgeber hat hier gerade die Gesundheitsinteressen des individuellen Versicherten in den Schutzzweck und Mittelpunkt der Norm gestellt.

Soweit ein Hinweis nach § 25b Abs. 4 SGB V erteilt wird, haben der Versicherte bzw. sein Vertreter gemäß § 25b Abs. 5 SGB V einen Anspruch darauf, die Datengrundlage zu erfahren. Dies kann eine Überprüfung falsch-positiver Mitteilungen ermöglichen.

Außerdem unterliegen alle Kranken- und Pflegekassen den jeweiligen Informationsfreiheitsgesetzen der Länder bzw. (die Kassen unter Bundesaufsicht) dem Informationsfreiheitsgesetz (IFG) des Bundes, womit ohnehin ein abstraktes Auskunftsrecht über die Voraussetzungen sowie die Art und Weise der Datenauswertungen besteht. So hat gemäß § 1 Abs. 1 IFG Bund jedermann Anspruch auf Zugang zu amtlichen Informationen. Amtliche Informationen sind gemäß § 2 Nr. 1 IFG Bund alle amtlichen Zwecken dienenden Aufzeichnung, unabhängig von der Art ihrer Speicherung. **Dazu gehören auch die Planungen und Maßnahmen zur Umsetzung des § 25b Abs. 1 SGB V, d. h. der Stratifizierung.**

Versicherte können zudem von der jeweiligen Kranken- und Pflegekasse verlangen, Auskunft darüber zu erhalten, zu welchen Zwecken ihre Daten verarbeitet werden (Art. 15 Abs. 1 lit. a) Datenschutzgrundverordnung [DSGVO]). Zu diesen Zwecken gehören auch Verarbeitungstätigkeiten wie die nach § 25b Abs. 1 SGB V mögliche Datenanalyse[29] und auch, ob die Kranken- oder Pflegekasse KI-Anwendungen einsetzt. Denn für „automatisierte Entscheidungsfindungen"[30] sieht Art. 15 Abs. 1 lit. h) DSGVO i.V.m Art. 22 DSGVO ausdrücklich ein Auskunftsrecht vor, welches auch „aussagekräftige Informationen über die involvierte Logik sowie die Tragweite und die angestrebten Auswirkungen einer derartigen Verarbeitung für die betroffene Person" umfasst.

Sowohl die abstrakten Auskunftsansprüche nach den Informationsfreiheitsgesetzen als auch die konkreten Auskünfte über die Datenverarbeitung des jeweiligen Versicherten können gerichtlich (vor den Verwaltungs- bzw. Sozialgerichten) durchgesetzt werden.

In der Praxis ist es denkbar, dass Versicherte durch Dritte – andere Versicherte, Selbsthilfegruppen usw. – erfahren, dass sie und ihre Daten anders behandelt wurden, etwa dass sie bestimmte Hinweise nach § 25b Abs. 4 SGB V von der Kranken- und Pflegekasse nicht erhalten haben (falsch-negativ), was auf Ungleichbehandlungen oder Fehler im Auswerteprozess (sei er KI-basiert oder nicht) hinweisen kann.

Wie dargestellt ist § 25b Abs. 4 SGB V drittschützend, d. h., der einzelne Versicherte kann sich auf die Norm berufen und ihre Anwendung verlangen. Soweit Versicherte rechtswidrig nicht informiert wurden, können sie diesen sog. Primäranspruch – mithin die Information durch die Kranken- oder Pflegekasse – geltend machen. Dieser ist auf schlichtes Verwaltungshandeln, die Herausgabe der Information bzw. Begründung, weshalb eine Information des Versicherten nicht notwendig war, gerichtet. Auch hier wird wieder deutlich, dass die Kranken- und Pflegekasse jederzeit selbst wissen muss, wie sie zu der jeweiligen Entscheidung gekommen ist. Auch hier gilt: **Kann die Kranken- oder Pflegekasse ihre Abläufe und Entscheidungen nicht medizinisch-wissenschaftlich begründen, wird sie unterliegen**. Gerichtlich können diese Ansprüche vor den Sozialgerichten durchgesetzt werden.

Soweit den Versicherten eine nach § 25b Abs. 4 SGB V erfolgte Information seiner Kranken- oder Pflegekasse **zu spät** erreicht und er hierdurch einen kausalen Gesundheitsschaden erleidet, kann der Versicherte Schadensersatz im Wege der Amtshaftung (§ 839 Bürgerliches Gesetzbuch [BGB], Art. 34 GG) geltend machen. Denkbar sind etwa Gesundheitsschäden durch verzögerte Behandlungen oder unterlassene Impfungen mit der Realisierung des gesundheitlichen Risikos, vor dem die Impfung hätte schützen sollen.

Den Versicherten dürfte es aber außerordentlich schwerfallen, die Kausalität zwischen der unterlassenen bzw. verspäteten Information durch die Kranken- oder Pflegekasse und dem jeweiligen Gesundheitsschaden zu beweisen, denn es erscheint schwer vorstellbar, dass es keine naheliegenderen Hinweise auf diese Gesundheitsgefahren als die bei der jeweiligen Kranken- oder Pflegekasse vorhandenen Daten gab. Gelingt ihm dies indes, gehören zu den ersatzfähigen Schäden etwa Verdienstausfallschäden, krankheitsbedingte Mehraufwendungen, Schmerzensgeldansprüche usw. Diese können gerichtlich vor den Landgerichten geltend gemacht werden.

Diskussion und Schlussfolgerung

Kranken- und Pflegekassen können datengestützte Auswertungen vornehmen. Eine Informationspflicht besteht zunächst beim Erkennen einer konkreten Gesundheitsgefährdung des Versicherten. Diese setzt voraus, dass es eine hinreichende Wahrscheinlichkeit von gesundheitlichen Schäden gibt. Zugleich hat der Gesetzgeber in kaum verständlicher Form gefordert, dass Kranken- und Pflegekassen bei Vorliegen eines konkreten Risikos für Erkrankungen oder Pflegebedürftigkeit informieren müssen. Unklar bleibt, ob an die Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts für den Versicherten hier wirklich andere Anforderungen zu stellen sind als bei der ersten Tatbestandsvariante. Will man differenzieren, kann man annehmen, dass Kranken- und Pflegekassen beim Erkennen einer in überschaubarer Zukunft bestehenden Möglichkeit (nicht Wahrscheinlichkeit) einer Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit, die aus den individuellen (Lebens-)Umständen eines einzelnen Versicherten herrühren, hierüber informieren müssen.

Ob diese Schwellen jeweils erreicht sind, wird letztlich durch die medizinische Wissenschaft und die Versorgungsforschung bestimmt. Sind die Gefahr bzw. das Risiko aus medizinischer Sicht nicht groß genug, gibt es auch rechtlich keinen Grund für eine **Versicherteninformation**.

Zudem muss bei Erkennung einer Impfindikation einer STIKO-Impfung informiert werden. Es wird deutlich, dass die gesetzliche Formulierung und Differenzierung weder kongruent noch konsequent ist.

Kranken- und Pflegekassen müssen von Rechts wegen nachvollziehbar begründen können, wie sie zu ihren Ergebnissen gekommen sind und weshalb sie welche Informationsentscheidung getroffen haben. Diese rechtlichen Anforderungen ergeben sich aus dem Allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG, aber auch

aus dem Grundrecht auf Datentransparenz. Diese Anforderungen entstehen aber auch aus den Beweislastregelungen des jeweiligen Prozessrechts, denn die Kranken- und Pflegekassen würden sowohl im Primär- (Informationsverlangen) als auch im Sekundäranspruch (Schadensersatzverlangen) vor Gericht verlieren, wenn sie ihre Entscheidungen nicht begründen könnten.

Diese rechtlichen Anforderungen limitieren den Einsatz von Künstlicher Intelligenz soweit und solange diese nicht ihre Verfahren und Ergebnisse, vor allem auch ihre Entscheidungen, bestimmte Konstellationen nicht als „konkrete Gefahr" für einen Versicherten zu werten, transparent und nachvollziehbar machen kann. Erst wenn künstliche Intelligenz diese Anforderungen erfüllt, kann sie auch für Stratifizierungen nach § 25b Abs. 1 SGB V und die Entscheidung über die Versicherteninformationen nach § 25b Abs. 4 SGB V eingesetzt werden. <<

Literatur

1: Der Wortlaut ist die äußerste Grenze jeder Auslegung, vgl. BVerfG, Beschluss vom 22.10.1985 – 1 BvL 44/83; BVerfG, Beschluss vom 23.10.1985 – 1 BvR 1053/82. Allerdings darf man die Bedeutung des Wortlautes auch nicht verabsolutieren. Denn „die nicht zu leugnende starke Indizwirkung des Wortlauts darf nicht zu einer Überbewertung des semantischen Auslegungsarguments oder gar zum ‚Wortfetischismus' führen. Gerade Laieninterpretationen und Interpretationen schlechter Juristen sind durch naive Wortgläubigkeit gekennzeichnet. Es werden Interpretationen aus dem blossen Gesetzeswortlaut abgeleitet, die keineswegs zwingend sind. Solche zuweilen geradezu rabulistischen ‚Wortklaubereien' sind von vornherein nicht überzeugend, wenn der Wortlaut – nüchtern betrachtet – durchaus Interpretationsspielräume offen lässt, namentlich entweder eher restriktiv oder eher extensiv interpretiert werden kann.", Kramer, Juristische Methodenlehre, 6. Aufl. 2019, S. 72.
2: „Telos' bedeutet Zweck, Ziel; die teleologische Interpretationsmethode ist somit [...] die Auslegungsmethode, die nach dem legislativpolitischen (rechtspolitischen) Zweck, nach der ‚Finalität', nach der ‚ratio legis' [...] einer Norm fragt.", Kramer, Juristische Methodenlehre, 6. Aufl. 2019, S. 130.
3: Larenz/Canaris, Methodenlehre der Rechtswissenschaft, 3. Auflage, 1995, 145ff.
4: Larenz/Canaris, Methodenlehre der Rechtswissenschaft, 3. Auflage, 1995, 159ff.
5: Detterbeck, Allgemeines Verwaltungsrecht, 21. Auflage 2023, Rn. 314
6: Detterbeck, Allgemeines Verwaltungsrecht, 21. Auflage 2023, Rn. 336.
7: Zum Auswahlermessen Detterbeck, Allgemeines Verwaltungsrecht, 21. Auflage 2023, Rn. 315.
8: BVerwG, Urteil vom 26.06.1970 – IV C 99.67, Rn. 14 – Juris.
9: BVerwG, Urteil vom 26.06.1970 – IV C 99.67, Rn. 14 – Juris.
10: BVerwG, Urteil vom 26.06.1970 – IV C 99.67, Rn. 14 – Juris.
11: BVerwG, Urteil vom 26.06.1970 – IV C 99.67, Rn. 14 – Juris.
12: VG Mainz, Urteil vom 24.04.2007 – 3 K 618/06.MZ, Rn. 29 – Juris.
13: BT-Drs. 20/9046, 61.
14: Zum Wirtschaftlichkeitsgebot etwa auch Barkow-von Creytz, in: Spickhoff, Medizinrecht, 4. Auflage 2022, § 12 SGB V, Rn. 2ff.
15: statt aller Kischel, in: BeckOK Grundgesetz, Epping/Hillgruber, 60. Edition, Stand: 28.12.2024, Art. 3 GG, Rn. 14, 16.
16: Kischel, in: BeckOK Grundgesetz, Epping/Hillgruber, 60. Edition, Stand: 28.12.2024, Art. 3 GG, Rn. 15
17: statt aller Kischel, in: BeckOK Grundgesetz, Epping/Hillgruber, 60. Edition, Stand: 28.12.2024, Art. 3 GG, Rn. 24, Darstellung der Rechtsprechung aaO, Rn. 28.
18: statt aller Kischel, in: BeckOK Grundgesetz, Epping/Hillgruber, 60. Edition, Stand: 28.12.2024, Art. 3 GG, Rn. 45 mwN.
19: Vgl. etwa Rixen, in: Sachs, Grundgesetz, 10. Auflage 2024, Art. 2 GG, Rn. 18.
20: Vgl. etwa BSG, Beschluss vom 15. Juni 2005 – B 1 KR 111/04 B.
21: BSG, Beschluss vom 15. Juni 2005 – B 1 KR 111/04 B.
22: BVerfG, Beschluss vom 06. Dezember 2005 – 1 BvR 347/98.
23: BVerfGE 103, 142, 156; BVerfGE 129, 1, 20; 133, 1, vgl. etwa Sachs/von Coelln, in: Sachs. Grundgesetz, 10. Aufl. 2024, Art. 19, Rn. 145.
24: grundlegend BVerfG, Urteil vom 02.03.2010 – 1 BvR 256/08; BVerfG, Urteil vom 20.4.2016 – 1 BvR 966/09.
25: BVerfG, Urteil vom 24.04.2013 – 1 BvR 1215/07.
26: Enders in: Epping/Hillgruber, BeckOK GG, 56. Ed. Art. 19, Rn. 76.
27: Enders in: Epping/Hillgruber, BeckOK GG, 56. Ed. Art. 19, Rn. 76.
28: BVerfG-K, NJW 2010, 2864.
29: Eßer, in: Eßer/Kramer/von Lewinksi (Hrsg), DSGVO, 8. Aufl. 2024, Art. 4 DSGVO, Rn. 33, 50, 51.
30: Dazu Herbst, in: Eßer/Kramer/von Lewinksi (Hrsg), DSGVO, 8. Aufl. 2024, Art. 22 DSGVO, Rn. 5.

Legal implications of the stratification of the insured clientele according to Section 25b SGB V – Requirements for patient information and AI use

Statutory health and long-term care insurance may analyse insurance data. The data analysis can result in various information obligations. Firstly, they exist when a specific health risk to the insured person is recognised. This presupposes that there is a sufficient probability of damage to health. They must also provide information if they recognise through their data analysis that there is a foreseeable future possibility (not probability) of illness or a need for long-term care arising from the individual (life) circumstances of a single insured person. Whether these thresholds are reached in each case is ultimately determined by medical science and healthcare research.
Statutory health and long-term care insurance must always be able to justify in a comprehensible manner how they arrived at their results and why they made which information decision. These legal requirements limit the use of artificial intelligence insofar and as long as it cannot make its procedures and results transparent and comprehensible.
Violations of these requirements can result in claims for information and damages against the health and care insurance fundss.

Keywords

Health insurance companies, stratification, insured clientele, Section 25b SGB V, patient information, AI use

Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Ruppel, T., Mertens, L.: „Rechtliche Implikationen der Stratifizierung des Versichertenklientels nach § 25b SGB V – Anforderungen an Patienteninformation und KI-Einsatz“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF 03/25), S. 57–63. http://doi.org/10.24945/MVF.03.25.1866-0533.2721

Dr. jur. Dr. rer. med. Thomas Ruppel ORCID: 0000-0002-7211-1813
ist Fachanwalt für Medizinrecht und Habilitand am Institut für Community Medicine der Universität Greifswald. Er ist Inhaber einer auf die Beratung von Leistungserbringern im Gesundheitswesen spezialisierten Kanzlei, die an Projekten des Innovationsfonds und weiteren Versorgungsforschungsprojekten an der Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine, Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health, beteiligt ist.
Kontakt: kanzlei@gesundheitsrecht.de



Dr. jur. Laura Mertens ORCID: 0009-0008-7518-471X
ist Richterin am Verwaltungsgericht Schwerin. Sie begann ihre richterliche Laufbahn in der hessischen Verwaltungsgerichtsbarkeit. Der Beitrag gibt ihre persönliche Meinung wieder.

Prof. Dr. Viviane Scherenberg
Melanie Preuß MA

AOK Herzgesundheit digital: fördernde und hemmende Faktoren digitaler Präventions-interventionen

Zusammenfassung

Hintergrund: Ein Drittel der deutschen Bevölkerung ist von Bluthochdruck betroffen. Digitale Präventionsinterventionen eignen sich besonders, um einen gesunden Lebensstil zu fördern. Um Patient:innen mit Hypertonie zu unterstützen, wurde das Modellprojekt „AOK Herzgesundheit digital" initiiert.

Methodik: Ziel der Studie (mit drei Erhebungswellen) war es, Faktoren aus der Perspektive der Teilnehmenden zu identifizieren, die eine (dauerhafte) Nutzung solcher Interventionen fördern bzw. hemmen.

Ergebnisse: Das subjektive Selbst-/Krankheitsmanagement, der allgemeine Gesundheitszustand und die Gesundheitskompetenz konnten verbessert werden. Insbesondere die persönliche Beratung erwies sich als förderlich und motivierend. Als Barrieren konnten technische und motivationale Barrieren identifiziert werden.

Konklusion: Die Ergebnisse zeigen, dass persönliche Komponenten den Erfolg digitaler Interventionen maßgeblich beeinflussen können.

Schlüsselwörter

App, digital, Herzgesundheit, Hypertonie, körperliche Aktivität, Selbstmanagement

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.03.25.1866-0533.2723

Die Nationale Versorgungsleitlinie zur Hypertonie empfiehlt eine regelmäßige körperliche Aktivität für Patient:innen, die an Bluthochdruck leiden (Bundesärztekammer et al. 2023: 21). Es stellt sich daher die zentrale Frage, welche förderlichen und hemmenden Faktoren für den Erfolg digitaler Präventionsinterventionen zur positiven Beeinflussung der Herzgesundheit verantwortlich sind. Die folgenden Evaluationsergebnisse des Modellprojekts „AOK Herzgesundheit digital" sollen einen Beitrag leisten, um Faktoren zu identifizieren, die positiv auf das Gesundheitsverhalten, die Gesundheitskompetenz und das Selbst-/Krankheitsmanagement wirken und eine (dauerhafte) Nutzung solcher Interventionen fördern bzw. dieser entgegenstehen können.

Hintergrund

Im Jahr 2022 waren in Deutschland rund 30 % der Bevölkerung (29,14% Frauen, 30,82% Männer) von Bluthochdruck bzw. (arterieller) Hypertonie betroffen (WIdO 2024). Dieser hohe Anteil an Bluthochdruckerkrankten geht mit einem erhöhten Risiko für Folgeerkrankungen einher, zu denen bspw. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfälle und Nierenschäden zählen (WIdO 2024). Im Jahr 2023 gingen die meisten Todesfälle (348.312) auf das Konto von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Statistisches Bundesamt 2024). Vor diesem Hintergrund sind präventive Interventionen zur Reduzierung des Bluthochdrucks von großer Relevanz. Insbesondere mHealth-Interventionen zur Förderung des Selbstmanagements bei Bluthochdruck (z. B. Mobiltelefone, Patientenüberwachungsgeräte, drahtlose Geräte) (Li et al. 2020: 2) eignen sich, um das Medikamentenmanagement und die Selbstwirksamkeit Betroffener zu verbessern. Zudem können mithilfe von digitalen Präventionsinterventionen (z. B. Gesundheits-Apps) ein gesunder Lebensstil gefördert, das Wissen über die Hypertonie verbessert (Israfil et al. 2022: 233; Li et al. 2020: 10) und gesundheitliche Verhaltensweisen positiv beeinflusst werden (Gray et al. 2022: S. 15). In Bezug auf gesundheitliche Verhaltensweisen ist anzumerken, dass Bewegungsmangel zu den häufigsten Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen zählt (Bundesärztekammer et al. 2023: 7).

Methodik

Intervention AOK Herzgesundheit digital

>> Im Rahmen des Projekts „AOK Herzgesundheit digital" wurde Patient:innen im Alter von 20 bis 75 Jahren, die an hypertonieassoziierten Folgeerkrankungen nach ICD I10-I10.91 leiden, eine Teilnahme ermöglicht. Das Projekt umfasste drei Komponenten: 1.) die Gesundheits-App „myHeartHealth", 2.) ein Blutdruckmessgerät (Tel-O-Graph) und 3.) eine telefonische Beratung durch eine:n Sportwissenschaftler:in. Hauptziel war es, den Blutdruck der Teilnehmenden zu senken, indem u. a. ihre körperliche Aktivität gefördert werden sollte. Zu Programmbeginn wurde ein Telefonat mit einem/einer Sportwissenschaftler:in geführt, in dem der aktuelle Fitnesszustand, Bewegungsvorlieben und -barrieren identifiziert wurden. Aufbauend wurde ein persönlicher Trainingsplan, der sowohl Kraft- als auch Ausdauerübungen enthielt, erstellt und in der App hinterlegt. Die App enthielt eine Auswahl an Videos, die verschiedene Kraftübungen mit und ohne Hilfsmittel (z. B. Hanteln, Bälle) für unterschiedliche Fitness-Niveaus beinhaltete. Das Schwierigkeitsspektrum war vielfältig und umfasste Aktivitäten wie das Verlassen der Sitzposition oder das Ausführen eines einarmigen Liegestützes. Zudem bestand die Option, an einem Ausdauer-programm teilzunehmen, bei dem die Teilnehmenden verschiedene Aktivitäten (z. B. Radfahren, Dauerlauf, Tempolauf, Walking, Spazieren) ausführen konnten. Dabei trugen sie einen Brustgurt, über den die ermittelten Pulswerte an die App übertragen wurden. Die App beinhaltete zudem einen „digitalen Coach", der während des Trainings akustische Anweisungen erteilte, um einen optimalen Pulsbereich zu gewährleisten. Neben der Pulsmessung dokumentierte die App weitere Daten (z. B. Höhenmeter, Geschwindigkeit, Kalorienverbrauch, zurückgelegte Distanz). In Bezug auf den individuellen Fortschritt fanden neben dem ersten telefonischen Beratungstermin weitere Telefonate nach zwei, sechs und zehn Wochen statt, um den Trainingsplan individuell anzupassen. Die Teilnehmenden hatten die Möglichkeit, ihren Blutdruck mithilfe eines bereitgestellten Messgeräts zweimal täglich zu messen. Die Bereitstellung der Komponenten erfolgte für einen geplanten Zeitraum von 52 Wochen (Start: 01.08.2021), der aufgrund der Covid-19-Pandemie auf 183 Wochen (Ende: 31.01.2025) verlängert wurde. Insgesamt nahmen 20 Arztpraxen am Modellprojekt teil, mit deren Hilfe und zusätzlichen AOK-Veranstaltungen 223 Teilnehmende (Dropouts: 29) in das Programm eingeschrieben wurden.

Studiendesign und Stichprobe

Die Evaluation erfolgte aus der Perspektive der Teilnehmenden.

Die Selbsteinschätzungen wurden mittels Fragebögen über das Online-Tool „SoSci Survey“ erhoben. Die Durchführung der Online-Befragung erfolgte anonym und unter strikter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Dazu wurde den Teilnehmenden nach einem Pretest 1.) nach 5 Wochen, 2.) nach 10 Wochen und 3.) nach 20 Wochen Programmteilnahme ein Online-Link zur Verfügung gestellt. Die Rücklaufquoten waren mit 25,7% bis 37,5% außergewöhnlich hoch (Welle 1: 169 Links und 62 Teilnehmende, Welle 2: 160 Links und 60 Teilnehmende, Welle 3: 144 Links und 37 Teilnehmende). Die deskriptive Auswertung erfolgte mit SPSS 29. Der Anteil männlicher Proband:innen lag mit 56,0% geringfügig über dem Anteil weiblicher (42,8% weiblich, 0,6% divers, 0,6% keine Angabe). Die meisten Proband:innen waren zwischen 50 und 59 Jahre alt (22,6% 50 bis 54 Jahre, 23,9% 55 bis 59 Jahre, 15,1% 60 bis 64 Jahre, 18,2% 65 bis 69 Jahre). Außerhalb dieser Altersklasse waren 3,1% im Alter von 25 bis 29 Jahren, 1,9% 35 bis 39 Jahre, 5,0% 40 bis 44 Jahre, 5,7% 45 bis 49 Jahre und 4,4% 70 bis 75 Jahre. Die überwiegende Mehrheit war verheiratet (78,0%) oder lebte in einer Partnerschaft. 10,1% der Proband:innen waren ledig, 8,8% geschieden und 5% waren verwitwet. Der soziokulturelle Hintergrund zeichnet sich durch einen überdurchschnittlich hohen Bildungshintergrund aus, wobei 27,7% einen Realschulabschluss, 22,0% einen Hochschulabschluss und 19,5% die Hochschulreife bzw. das Abitur vorweisen konnten. Zudem ist anzumerken, dass die Mehrheit der Proband:innen über langjährige Krankheitserfahrung verfügt, bei 28,9% liegt die Diagnose bereits mehr als 10 Jahre zurück.

Ergebnisse

a.) Übergreifende Befunde

Das Projekt erreichte insgesamt eine sehr hohe Zufriedenheit. Die Mehrheit der Proband:innen würde nach Projektende gerne weiter am Programm teilnehmen und das Projekt Dritten weiterempfehlen (Welle 1: 75,8%, Welle 2: 81,4%, Welle 3: 94,6%). Mit zunehmender Teilnahmedauer steigt die Zufriedenheit. Dies lässt auf eine gestiegene Mehrwertwahrnehmung schließen. 69,5% (Welle 1) bis 81,0% (Welle 3) bewerteten das Angebot insgesamt als „eher nützlich“ bis „sehr nützlich“.

b.) Befunde zur Programmteilnahme

Die überwiegende Anzahl der Einschreibungen (35,5%) erfolgte auf Empfehlung der Ärztin bzw. des Arztes. Drei Viertel der Teilnehmenden (Welle 1: 77,4%, Welle 2: 73,3%, Welle 3: 75,7%) hatten vor der Teilnahme am Programm noch keine Erfahrung mit Gesundheits-Apps und die Mehrheit hat von ihrem Arzt bzw. ihrer Ärztin keine Apps zur Verbesserung ihres Gesundheitsverhaltens empfohlen bekommen. Nur 31,1% der männlichen und 37,9% der weiblichen Teilnehmenden (im Alter von überwiegend 55 bis 64 Jahren) haben vor der Teilnahme oder auf Empfehlung des Arztes bzw. der Ärztin eine Gesundheits-App genutzt. Personen, die keine Gesundheits-App nutzen, verfügten eher über einen niedrigeren Bildungsgrad (z. B. Hauptschulabschluss). Erstaunlicherweise wurden nach eigenen Aussagen ausschließlich weiblichen Proband:innen Gesundheits-Apps empfohlen, wobei diese Empfehlung von den betreffenden Personen in der Regel befolgt wurde.

c.) Befunde im Hinblick auf die Programmelemente

Die telefonische Beratung sowie die Zusendung des Blutdruckmessgeräts erwiesen sich als mit Abstand wichtigste wahrgenommene Unterstützung (Abb. 1). Die telefonische Beratung wurde von mehr als der Hälfte der Teilnehmenden (59,1%), unabhängig von der Geschlechtszugehörigkeit, als sehr motivierend empfunden. Im Hinblick auf die App ist anzumerken, dass insbesondere ältere Personen ab 60 Jahren diese im Vergleich zu jüngeren Teilnehmenden als weniger hilfreich empfunden haben. Am häufigsten genutzt wurde das Blutdruckmessgerät, gefolgt von der MyHeartHealth-App, die mehrmals pro Woche verwendet wurde. Die Dokumentationsfunktion stellt die am häufigsten genutzte Funktionalität der App dar (35,4%), die von 30,2% als sehr motivierend wahrgenommen wurde. Die Nutzungsintensität der App nahm im Projektverlauf ab. Diese Befunde stehen im Einklang mit anderen wissenschaftlichen Befunden (Lee et al. 2018: 4; Rasche et al. 2018: 5), die belegen, dass die Nutzung von Apps mit der Zeit signifikant sinkt. Geschlechts- und Bildungsunterschiede konnten hinsichtlich der App-Nutzung nicht beobachtet werden. Die persönliche Komponente (telefonische Beratung) kann als Erfolgskomponente des Projektes angesehen werden, wie es bei anderen Interventionen ebenfalls belegt wurde (Cheah et al. 2024; Choo et al. 2023; Wong et al. 2023).

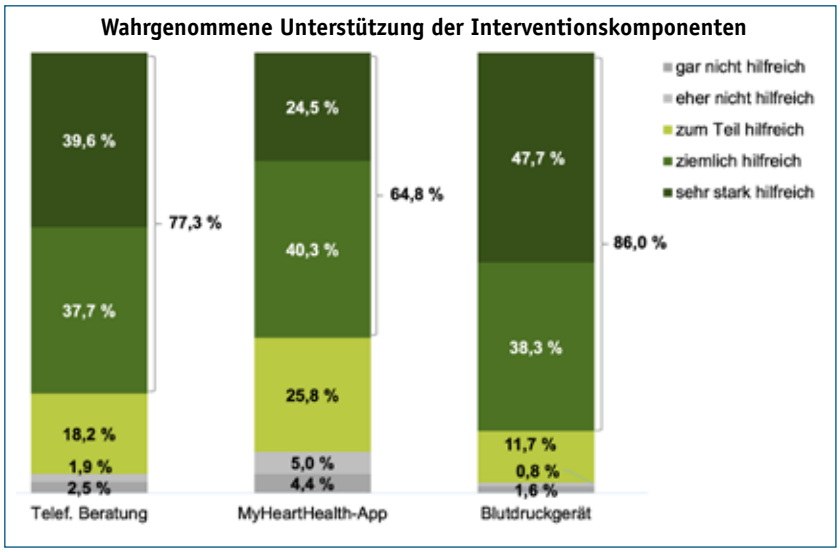


Abb. 1: Wahrgenommene Unterstützung der Interventionskomponenten (in Prozent). Eigene Darstellung.

d.) Befunde im Hinblick auf gesundheitsbezogene Verbesserungen

Es konnte eine Verbesserung im Bereich des subjektiven Selbst-/Krankheitsmanagements beobachtet werden, insbesondere in Bezug auf das Wissen über das eigene Krankheitsbild. Darüber hinaus wurde eine Steigerung der Ausdauer, des allgemeinen Gesundheitszustandes und der Lebensqualität der Teilnehmenden

bekundet. Rund 15% bzw. 16% der Teilnehmenden geben an, dass sich ihre Ausdauer und ihr Gesundheitszustand verbessert haben. Auch das Selbstmanagement hat sich verbessert. Der Vergleich zwischen den Wellen 1 und 2 (sowie 3) zeigt, dass das Selbst-/Krankheitsmanagement, insbesondere das Wissen über das eigene Krankheitsbild, verbessert wurde. Während die Verbesserung der Ausdauer und Fitness von beiden Geschlechtern als wichtigster Nutzen wahrgenommen wurde, sind es bei den Frauen zusätzlich die regelmäßige Medikamenteneinnahme und der Kraftzuwachs. Es konnte zudem festgestellt werden, dass der empfundene Nutzen mit zunehmender Dauer der Programmteilnahme anstieg. Die gesteigerte Gesundheitskompetenz hatte darüber hinaus eine positive Beeinflussung der Einstellung gegenüber der Erkrankung zur Folge. Denn die gesteigerte Gesundheitskompetenz erwies sich insbesondere als förderlich für die Erkenntnis der Eigenverantwortlichkeit im Hinblick auf das individuelle Gesundheitsverhalten, die Identifikation potenziell schädlicher Gewohnheiten sowie die Förderung einer positiven Einstellung gegenüber der Erkrankung (Abb. 2).

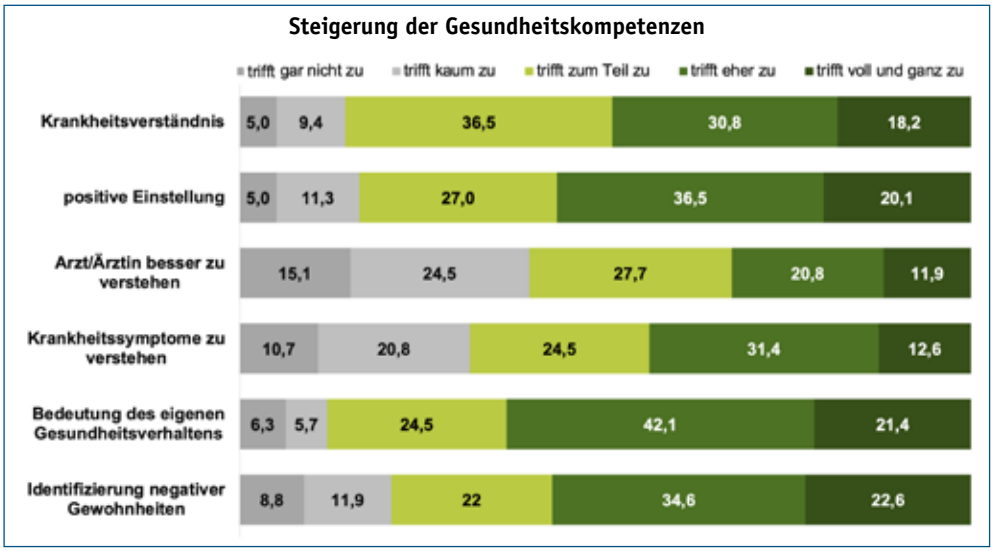


Abb. 2: Steigerung der Gesundheitskompetenzen (in Prozent). Eigene Darstellung.

e.) Befunde im Hinblick auf hinderliche und förderliche Faktoren

Es konnte festgestellt werden, dass die Teilnehmenden die telefonische Beratung als besonders unterstützend empfanden. Eine offene Frage nach unterstützenden Faktoren (Tab. 1) zeigt deutlich, dass die persönliche Beratung und Begleitung am häufigsten genannt wurden. Als Barrieren wurden insbesondere Probleme und Schwierigkeiten bei der Bedienung der MyHeartHealth-App oder des Brustgurts genannt. Diese technischen Barrieren stellten insbesondere für ältere Menschen eine Herausforderung dar. Auf der Verhaltensebene wurden Zeitmangel (54,1%), körperliche Einschränkungen (24,6%), Lustlosigkeit (13,2%) sowie mangelnde Motivation (13,2%) als größte Barrieren identifiziert, die „eher zutreffen" und „voll und ganz zutreffen". Die Trainingseinheiten selbst wurden mit zunehmender Teilnahmedauer von einem Drittel als leicht angesehen und stellten kein Hindernis dar.

Limitation

Bei der Interpretation der Ergebnisse sind folgende Limitationen zu berücksichtigen. Aufgrund der Verlängerung des Projektes kam es zu verschiedenen Erhebungs- und Startzeitpunkten bei den Teilnehmenden, die externe Faktoren (z. B. Covid-19-Pandemie, Lockdown) mit sich bringen konnten. Diese Faktoren könnten das Verhalten der Teilnehmenden beeinflusst und dadurch zu Verzerrungen in den erhobenen Daten geführt haben. Innerhalb des Erhebungszeitraums wurde die App optimiert. Die Verbesserungen könnten das Verhalten der Nutzer:innen und damit die Erhebungsergebnisse beeinflusst haben. Die geringe Stichprobengröße und die Abnahme der Stichproben der einzelnen Wellen schränkt die Aussagekraft der zeitlichen Trends ein. Die veränderte Stichprobengröße innerhalb der Wellen sowie die Zusammensetzung der Stichprobe könnte durch Änderungen bei der Rekrutierung der Teilnehmenden während der Studie beeinflusst worden sein. Trotz all dieser Einschränkungen liefert die Studie wichtige Impulse für zukünftige digitale Interventionen zur Herzgesundheit.

Fazit und Handlungsempfehlungen

Insgesamt können aktuelle Studien (Rowland et al. 2024), die belegen, dass digitale Gesundheitsinterventionen zur Verbesserung der kardiorespiratorischen Fitness einen wirksamen Beitrag leisten können, bestätigt werden. Für die Akzeptanz solcher Interventionen ist es allerdings notwendig, dass Ärzt:innen verstärkt über Potenziale verhaltensunterstützender Apps informiert werden. Denn in Bezug auf die Akzeptanz und das Vertrauen in Gesundheits-Apps nehmen Ärzt:innen eine Schlüsselposition ein (Jiang/Lau 2023: 4). Übereinstimmend mit früheren Forschungen (Cheah et al. 2024; Choo et al. 2023; Wong et al. 2023) sollten angesichts des positiven Feedbacks zur telefonischen Beratung Interventionen immer hybrid angelegt werden. Die persönliche Komponente der Motivation ist bei derartigen Maßnahmen bedeutend. Zudem äußerten die Teilnehmenden den Wunsch, sich mit anderen auszutauschen. Eine App-Community oder die Möglichkeit des niedrigschwelligen Austauschs via Videokonferenz könnte zur Steigerung der Motivation und Nutzung der App selbst beitragen. Den Teilnehmenden sollten zudem Methoden zur Stärkung der Selbstmotivation, zum Aufbau von Gewohnheiten und zur Rückfallprophylaxe vermittelt werden. Psychologische Aspekte (Abbau von Ängsten, Schuldgefühlen etc.) sollten hierbei berücksichtigt werden, bspw. durch kurze Videosequenzen oder bestehenden Content (der GKVn, z. B. YouTube-Kanäle). Der App-Content sollte dabei vorzugsweise mit und von gleichen Altersgruppen umgesetzt werden, um eine bessere Identifikation mit der Zielgruppe zu gewährleisten.

Darüber hinaus sollten sich die körperlichen Aktivitäten an den Bedürfnissen der Teilnehmenden orientieren und weitere Verhaltensaspekte (z. B. Ernährung, Stressbewältigung) berücksichtigen, um die Herzgesundheit ganzheitlich zu fördern. Dazu gehören auch Erinnerungen (z. B. optionale Push-Nachrichten zur Medikamenteneinnahme oder Blutdruckmessung). Solche Push-Nachrichten bzw. sanfte Anstöße (Nudges) und Ermutigungen zu gesundheitsbezogenen Verhaltensänderungen sind entscheidend, um Lustlosigkeit und mangelnder Motivation entgegenzuwirken. Insbesondere verhaltensbezogene Aspekte (z. B. Tipps zur Etablierung gesundheitsförderlicher Gewohnheiten im Alltag) stellen Erfolgskomponenten dar, während technische Barrieren durch die Einbindung potenzieller (älterer) Teilnehmerinnen und Teilnehmer in die Entwicklung solcher Projekte (z. B. App-Redesign, Video-Anleitungen) entscheidend sind. Eine hohe digitale Gesundheitskompetenz kann als Schlüsselfaktor für die Ausschöpfung des Potenzials der digitalen Transformation des Gesundheitswesens angesehen werden (vgl. Dratva et al. 2024). Aus diesem Grund sind die gemäß § 20k SGB V gesetzlich geforderten Maßnahmen zur Steigerung der digitalen Gesundheitskompetenz der GKVn von besonderer Relevanz, um die Akzeptanz und die positive Beeinflussung digitaler Präventionsinterventionen zu gewährleisten. Insbesondere Menschen aus niedrigen Bildungs- und Sozialschichten weisen einen hohen Bedarf auf, da sie einerseits über eine besonders niedrige digitale Gesundheitskompetenz verfügen (Schaeffer et al. 2021) und bei ihnen andererseits altersbedingt das größte Präventionspotenzial schlummert. <<

Hinderliche und unterstützende Faktoren		
	Hinderliche Faktoren	**Unterstützende Faktoren**
Erste Nennung	• (technische) Probleme mit der App und/oder dem Blutdruckgerät (49) • Brustgurt (5) • *Programm*: Einstieg, verlegtes Startdatum, Dauer bis zum Start bzw. zur Gerätezusendung (5)	• (telefonische) Beratung, Begleitung und Erläuterung (46) • *Daten (Messung/Geräte)*: Messung, Überwachung, Kontrolle, Dokumentation, Verbesserung (22) • Training: Sport/Übungen, Trainingsplan, Trainingsanleitung mit Videos (7)
Zweite Nennung	• (technische) Probleme mit der App und/oder den anderen Geräten (33) • *Training*: Sport mit App-/Handy-Begleitung, Trainingsplan, unflexibel im Hinblick auf „eigenen" Sport (6) • (eigene) Fitness/Ausdauer (3)	• *Daten (Messung/Geräte)*: Dokumentation, Auswertung, Verlauf, Kontrolle, (Wochen-)Berichte (20) • (technische) Beratung, Begleitung und Erläuterung (17) • *Training*: Vorschläge/Plan, Einführung in sportliche Betätigung, Ausdauertraining, (Lauf-)Übungen, einfache Übungen, Videos, Trainingserfolg zu Hause (15)
Dritte Nennung	• (technische) Probleme mit der App und/oder den anderen Geräten (14) • *Training*: Gestaltung der Übungen, (geringe) Auswahl der Sportarten (4) • nachlassende Motivation (2), Zeit(mangel) (2)	• (technische) Beratung, Begleitung und Erläuterung (17) • *App an sich, App-Inhalte*: Anleitungen, Analyse (Laufen), Erinnerungen, kostenlos, Videos (9) • *Training*: Bewegung, Übungen, Plan, Aufbau, Steigerung, Cardiotraining (9)

Tab. 1: Hinderliche und unterstützende Faktoren (kategorisierte offene Antworten und Anzahl der Nennungen). Eigene Darstellung.

Literatur

Bundesärztekammer/Kassenärztliche Bundesvereinigung/Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2023): Nationale VersorgungsLeitlinie. Hypertonie. Kurzfassung. In: https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-009k_S3_Hypertonie_2023-06.pdf (abgerufen am 19.02.2025)

Cheah, K./Manaf, Z./Ludin, A./Razalli, N. (2024): Potential role of hybrid weight management intervention: A scoping review. In: Digital Health 2024, 10. https://doi.org/10.1177/20552076241258366

Choo, J./Noh, S./Shin, Y. (2023): Abstract P147: A Community-Based, Heart-Healthy Lifestyle-Promoting Program Using Hybrid Behavioral Strategies: Study Protocol of a Three-Group Randomized Controlled Trial. In: Circulation 2023, 147, 1. https://doi.org/10.1161/circ.147.suppl_1.p147

Dratva, J./Schaeffer, D./Zeeb, H. (2024): Digitale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Aktueller Stand, Konzepte und Herausforderungen. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2024, 67, 3: 277–284. https://doi.org/10.1007/s00103-024-03841-5

Gray, R./Indraratna, P./Lovell, N./Ooi, S.-Y. (2022): Digital health technology in the prevention of heart failure and coronary artery disease. In: Cardiovasc Digit Health J 2022, 3, 6S: S9-S16. https://doi.org/10.1016/j.cvdhj.2022.09.002

Israfil, I./Kusnanto, K./Yusuf, A./Efendi, F. (2022): The effect of health education intervention through mobile phone on hypertension patients: A systematic review. In: Med J Malaysia 2022, 77, 2: 232-236.

Jiang, Y./Lau, A.K.W. (2023): Understanding Post-Adoption Behavioral Intentions of Mobile Health Service Users: An Empirical Study during COVID-19. In: International journal of environmental research and public health 2023, 20, 5: 3907. https://doi.org/10.3390/ijerph20053907

Lee, K./Kwon, H./Lee, B./Lee, G./Lee, J./Park, Y./Shin, S. (2018): Effect of self-monitoring on long-term patient engagement with mobile health applications. In: PLoS ONE 2018, 13. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201166

Li, R./Liang, N./Bu, F./Hesketh, T. (2020): The Effectiveness of Self-Management of Hypertension in Adults Using Mobile Health: Systematic Review and Meta-Analysis. In: JMIR Mhealth Uhealth 2020, 8, 3: e17776. https://doi.org/10.2196/17776

Rasche, P./Wille, M./Bröhl, C./Theis, S./Schäfer, K./Knobe, M./Mertens, A. (2018): Prevalence of Health App Use Among Older Adults in Germany: National Survey. In: JMIR mHealth and uHealth 2018, 6. https://doi.org/10.2196/mhealth.8619

Rowland, S./Bach, C./Simon, K./Westmark, D./Sperling, E. (2024): Effectiveness of digital health interventions to increase cardiorespiratory fitness: A systematic review and meta-analysis. Digital Health, 10. https://doi.org/10.1177/20552076241282381

Schaeffer, D./Berens, E.-M./Gille, S./Griese, L./Klinger, J./de Sombre, S./Vogt, D./Hurrelmann, K. (2021): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2. Bielefeld: Universität Bielefeld, Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung. https://doi.org/10.4119/unibi/2950305

Statistisches Bundesamt (2024): Todesursachen. Anzahl der Gestorbenen nach Kapiteln der ICD-10 und nach Geschlecht für 2023. In: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/gestorbene_anzahl.html (abgerufen am 19.02.2025)

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2024): Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems. Bluthochdruck. In: https://www.gesundheitsatlas-deutschland.de/erkrankung/arterielle_hypertonie?activeValueType=praevalence&activeLayerType=state (abgerufen am 18.02.2025)

Wong, A./Bayuo, J./Wong, F./Chow, K./Wong, S./Lau, A. (2023): The Synergistic Effect of Nurse Proactive Phone Calls With an mHealth App Program on Sustaining App Usage: 3-Arm Randomized Controlled Trial. In: Journal of Medical Internet Research 2023, 25. https://doi.org/10.2196/43678

AOK Herzgesundheit digital: Promoting and inhibiting factors of digital prevention interventions

Background: One-third of the German population suffers from high blood pressure. Digital interventions are particularly suitable for promoting a healthy lifestyle. The model project "AOK Herzgesundheit digital" (AOK Digital Heart Health) was initiated to support patients with hypertension.

Methodology: The aim of the study (with three survey waves) was to identify factors from the participants' perspective that promote or inhibit the (long-term) use of such interventions.

Results: The subjective self-/disease management, the general state of health and health literacy could be improved. In particular, the personal counseling proved to be beneficial and motivating. Technical and motivational barriers could be identified.

Conclusion: The results show that personal components can have a significant influence on the success of digital interventions.

Keywords:

app, digital, heart health, hypertension, physical activity, self-management

Danksagung

Die Autorinnen danken der AOK Bremen/Bremerhaven und damit Herrn Matti von Harten für die Ermöglichung des Projektes. Herzlichen Dank auch für den ausdrücklichen Wunsch der AOK Bremen/Bremerhaven, die zentralen Ergebnisse zur Optimierung digitaler Interventionen einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung stellen zu dürfen.

Autorenerklärung

Prof. Dr. Viviane Scherenberg und Melanie Preuß sind Mitarbeiterinnen der APOLLON Hochschule in Bremen. Die Evaluation wurde im Rahmen eines Drittmittelprojektes für die AOK Bremen/Bremerhaven in Bremen durchgeführt.

Zitationshinweis

Scherenberg, D., Preuß, M.: „AOK Herzgesundheit digital: fördernde und hemmende Faktoren digitaler Präventionsinterventionen", in: „Monitor Versorgungsforschung" (MVF 03/25), S.64–68. http://doi.org/10.24945/MVF.03.25.1866-0533.2723

Prof. Dr. PH Viviane Scherenberg MPH ORCID: 0000-0001-5902-4363
ist Dekanin des Fachbereichs Public Health und Umweltgesundheit an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen. Forschungsschwerpunkte: digitale Prävention, onlinebasierte Gesundheitskommunikation, (digitale und umweltbezogene) Gesundheitskompetenzen
Kontakt: Viviane.Scherenberg@apollon-hochschule.de



Melanie Preuß MA ORCID: 0000-0001-5158-3814
ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich Public Health und Umweltgesundheit der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen. Sie hat ein Masterstudium in Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention in Bremen absolviert. Forschungsschwerpunkt: Geschlechtersensible Prävention.
Kontakt: Melanie.Preuss@apollon-hochschule.de



Prof. Dr. rer. med. Karel Kostev
Dipl.-Biol. Sabine Kluge MS
Dr. med. Corinna Doege MHA

Medikamentöse Therapie der Migräne bei Kindern durch Kinderärzte in Deutschland – welche Rolle spielen Rabattverträge?

Zusammenfassung

Daten über die Nutzung von medikamentösen Migränetherapien bei Kindern im Praxisalltag sind begrenzt. Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Muster in der Verordnung von akuten Migränetherapien in niedergelassenen Kinderarztpraxen in Deutschland zu analysieren und zu bewerten.

Die retrospektive Querschnittsstudie umfasst Kinder im Alter von 2–12 Jahren mit einer Migränediagnose, die zwischen Januar 2015 und Dezember 2023 von einem der 250 teilnehmenden Kinderärzte diagnostiziert wurden.

10,9% der Kinder im Alter von 2–5 Jahren und 18,3% der Kinder im Alter von 6–12 Jahren erhielten ein Rezept für Migränemedikamente. Der am häufigsten verschriebene Wirkstoff war Ibuprofen (75,4% bzw. 75,9%), der in verschiedenen Darreichungsformen angeboten wird. Unter den Kindern im Alter von 2–5 Jahren, die eine Ibuprofen-Verordnung erhielten, bekamen 68,2% Ibuprofen als Suspension, 16,3% als rektale Zäpfchen und 15,5% als Schmelztabletten. In der Altersgruppe 6–12 Jahre war die Suspension (36,3%) die am häufigsten verschriebene Darreichungsform, gefolgt von Schmelztabletten (31,8%) und festen Tabletten (29,9%).

Der Anteil der Schmelztabletten war bei privat versicherten Patienten deutlich höher als bei gesetzlich versicherten Patienten (53,7% vs. 31,0%) und im Jahr 2015 im Vergleich zu 2024 höher (40,5% vs. 24,8%). Anscheinend sind Schmelztabletten die bevorzugte Darreichungsform für Kinder, aber sie können aufgrund von Rabattverträgen nicht immer verordnet werden.

Schlüsselwörter

Kinder, Pädiater, Migräne, Ibuprofen, Rabattverträge

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.03.25.1866-0533.2724

Migräne und andere Kopfschmerzen stellen ein erhebliches Gesundheitsproblem bei Kindern und Jugendlichen dar und beeinträchtigen die Lebensqualität. Obwohl sie häufig mit Erwachsenen in Verbindung gebracht werden, beginnen Kopfschmerzerkrankungen wie Migräne und Spannungskopfschmerzen oft bereits in der Kindheit oder Jugend (Blankenburg et al., 2019). Besonders das Krankheitsbild Migräne bei Kindern und Jugendlichen stellt eine diagnostische und therapeutische Herausforderung dar, da junge Patienten ihre Symptome möglicherweise ungenügend beschreiben oder untypische Symptome zeigen (Silveira Bianchim et al., 2024). Die Leitlinien der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft sowie der Gesellschaft für Neuropädiatrie empfehlen Ibuprofen in einer Einzeldosis von 10 mg/kg Körpergewicht als Mittel der ersten Wahl zur Behandlung der akuten Kopfschmerzen bei Kindern, die im Rahmen einer Migräne oder des Spannungskopfschmerzes auftreten. Paracetamol in einer Einzeldosis von 15 mg/kg Körpergewicht wird als zweite Wahl empfohlen. Für Migräneanfälle, die nicht auf Analgetika oder nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) ansprechen, sollten Triptane bei Jugendlichen eingesetzt werden (Diener et al., 2019). In seltenen Ausnahmefällen oder bei individuellen Indikationen werden Triptane auch außerhalb der Zulassung bei Kindern unter 12 Jahren angewendet. Acetylsalicylsäure wird in Deutschland für Kinder unter 12 Jahren aufgrund des Risikos eines Reye-Syndroms generell nicht empfohlen (Mund et al., 2015). Es besteht eine deutliche Forschungslücke in dem Wissen, wie akute Migränetherapien bei Kindern und Jugendlichen tatsächlich verordnet werden.

>> Katsuki et al. untersuchten die Migränetherapie bei Kindern und Jugendlichen in Japan und stellten fest, dass 99% der Patienten im Alter von 6–11 Jahren und 91% der Jugendlichen im Alter von 12–17 Jahren NSAR erhielten. Zudem erhielten 9% der Jugendlichen Triptane, entweder als Monotherapie oder zusätzlich zu NSAR (Katsuki et al., 2024). In Deutschland gibt es bisher nur wenige Studien zur Anwendung und Häufigkeit der verschiedenen Migränemedikamente bei Kindern und Jugendlichen. Folglich sind Daten zur tatsächlichen Nutzung dieser Therapien in der Praxis, einschließlich altersabhängiger Unterschiede in den Verordnungsgewohnheiten, rar.

Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Akuttherapie der Migräne in deutschen pädiatrischen Praxen zu untersuchen, einschließlich der verordneten Medikamente, Dosierungen und Darreichungsformen.

Methoden

Die vorliegende Studie verwendete Daten aus der IQVIA Disease Analyzer-Datenbank. Diese Datenbank wurde bereits in der Literatur beschrieben und als repräsentativ für die Versorgung im niedergelassenen Bereich in Deutschland (deutsche Privatpraxen) eingestuft (Rathmann et al., 2018). Sie enthält Daten aus etwa 3000 allgemein- und fachärztlichen Praxen in Deutschland, darunter grundlegende demografische Informationen, Diagnosen und Verordnungen.

In die Studie wurden Kinder im Alter von 2–12 Jahren eingeschlossen, die zwischen Januar 2015 und Dezember 2024 von einem von 250 niedergelassenen Kinderärzten in Deutschland mit Migräne (ICD-10: G43) diagnostiziert wurden. Der Studienendpunkt war der Anteil der Kinder, die am Tag der Diagnose mindestens eine Verordnung für eine medikamentöse Therapie gegen Migräne erhielten. In die Analyse wurden alle Medikamente einbezogen, die mit einer Migränediagnose verordnet wurden, darunter NSAR, Acetylsalicylsäure, Triptane und Mentha piperita zur topischen Anwendung.

Für NSAR wurden die Anteile der verschiedenen Wirkstoffe (d. h.

Ibuprofen, Metamizol, Paracetamol), Darreichungsformen (d. h. normale Tabletten, Schmelztabletten, Suspensionen und andere) sowie Dosierungen (d. h. <200 mg, 200 mg, 400 mg, >400 mg) weiter untersucht.

Die vorliegende Querschnittsstudie umfasste deskriptive Analysen zur Darstellung der Anteile, ohne Hypothesentests durchzuführen.

Ergebnisse

Insgesamt wurden zwischen den Jahren 2015 und 2024 21.315 Kinder (1.539 im Alter von 2–5 Jahren und 19.776 im Alter von 6–12 Jahren) erstmals mit Migräne diagnostiziert.

168 (10,9%) der Kinder im Alter von 2–5 Jahren und 4.620 (18,3%) der Kinder im Alter von 6–12 Jahren erhielten eine Verordnung für Migränemedikamente. Der am häufigsten verschriebene Wirkstoff war Ibuprofen (75,4% in der Altersgruppe 2–5 Jahre und 75,9% in der Altersgruppe 6–12 Jahre), gefolgt von Paracetamol (19,8% in der Altersgruppe 2–5 Jahre und 11,2% in der Altersgruppe 6–12 Jahre). Andere Therapien wurden selten verordnet (Abb. 1).

Abbildung 2 zeigt die Verteilung der Ibuprofen-Dosen. In der Altersgruppe 2–5 Jahre wurden ausschließlich Dosen von <200 mg (36,0%) und 200 mg (64,0%) verschrieben. Die Dosis von 200 mg war auch in der Altersgruppe 6–12 Jahre am häufigsten (66,7%), gefolgt von 400 mg (20,5%) und <200 mg (9,2%). Höhere Dosen (>400 mg) wurden selten verschrieben (3,6%).

Unter den Kindern im Alter von 2–5 Jahren, die eine Ibuprofen-Verordnung erhielten, bekamen 68,2% Ibuprofen als Suspension, 16,3% als rektale Zäpfchen und 15,5% als Schmelztabletten. In der Altersgruppe 6–12 Jahre war die Suspension (36,3%) die am häufigsten verschriebene Darreichungsform, gefolgt von Schmelztabletten (31,8%) und regulären Tabletten (29,9%) (Abb. 3).

Diskussion

Die vorliegende Studie liefert Erkenntnisse zum Versorgungsmanagement der Migräne bei pädiatrischen Patienten

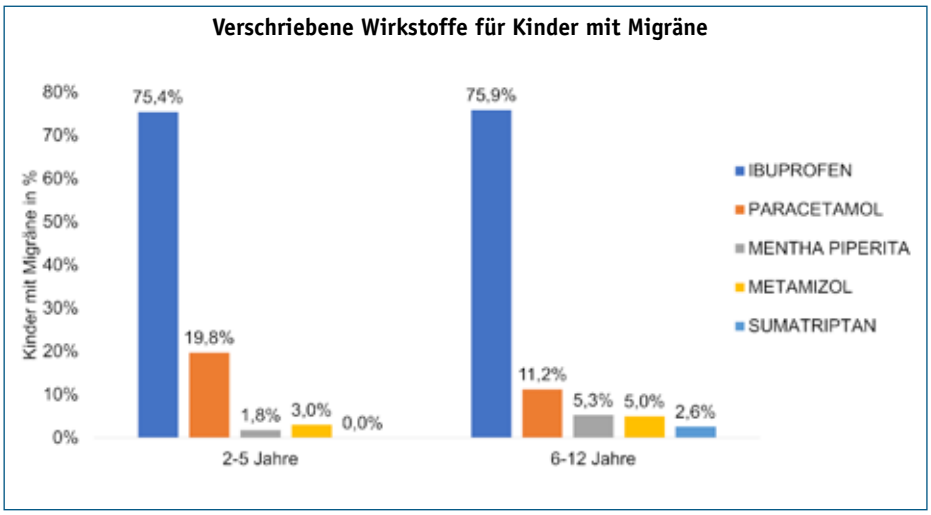


Abb. 1: Von Kinderärzten in Deutschland verschriebene Wirkstoffe für Kinder mit Migräne.

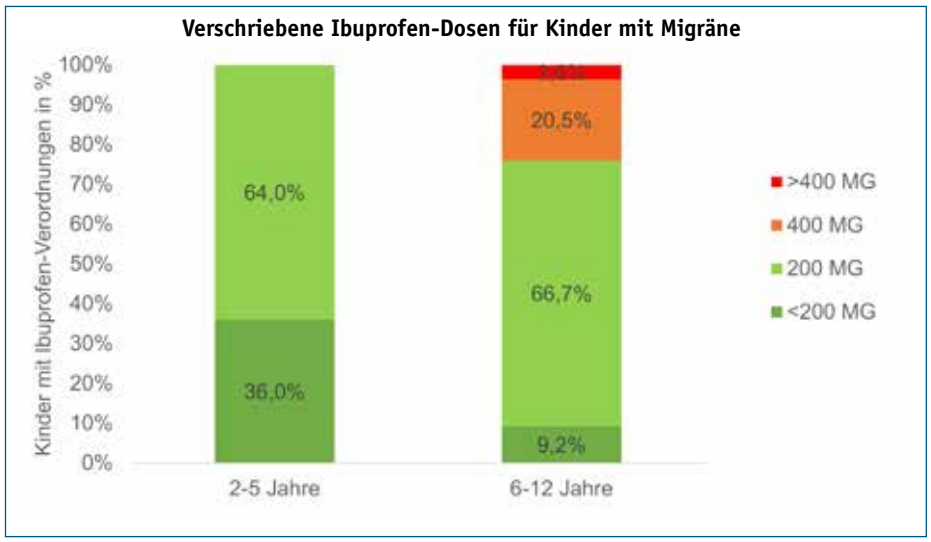


Abb. 2: Von Kinderärzten in Deutschland verschriebene Ibuprofen-Dosen für Kinder mit Migräne.

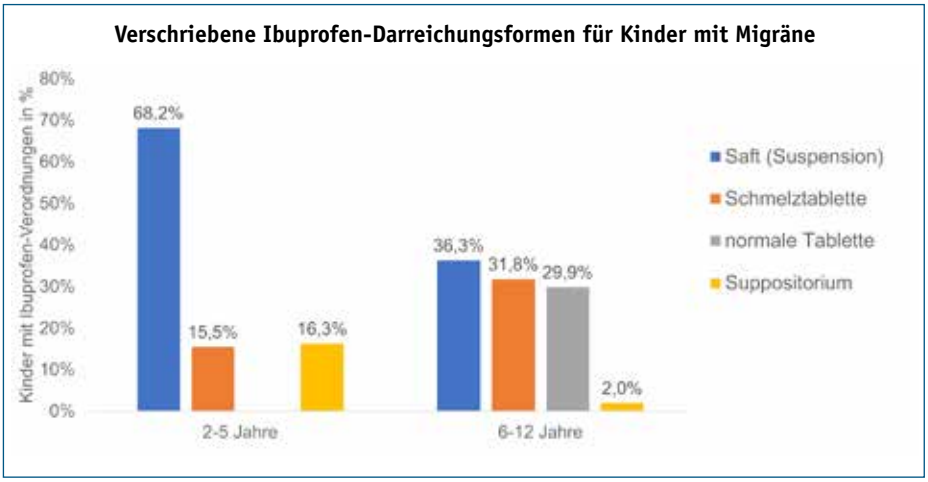


Abb. 3: Von Kinderärzten in Deutschland verschriebene Ibuprofen-Darreichungsformen für Kinder mit Migräne.

in Deutschland auf Basis von Real-World-Daten, die zwischen 2019 und 2023 erhoben wurden. Das Behandlungskonzept für akute Migräneattacken bei Kindern umfasst allgemeine Maßnahmen wie lokale Kühlung, Ruhe, Abschirmung von Reizen und, wenn möglich, Schlaf. Diese Maßnahmen sind oft ausreichend, sodass eine medikamentöse Therapie gar nicht erforderlich wird (Baglioni et al., 2024). Dieses Konzept der nicht-pharmakologischen Behandlung konnte in der vorliegenden Studie nicht berücksichtigt werden, da diese sich auf die Pharmakotherapie konzentriert.

Verschriebene Ibuprofen-Darreichungsformen für Kinder mit Migräne nach Zeitraum und Krankenversicherungsstatus



Abb. 4: Von Kinderärzten in Deutschland verschriebene Ibuprofen-Darreichungsformen für Kinder mit Migräne nach Zeitraum und Krankenversicherungsstatus.

Pharmakologische Therapien wurden häufiger bei älteren Kindern im Alter von 6–12 Jahren verschrieben als bei jungen Kindern im Alter von 2–5 Jahren. Diese Diskrepanz könnte die Zurückhaltung von Kinderärzten widerspiegeln, sehr jungen Kindern Medikamente zu verschreiben. Zudem sind die Schmerzattacken in dieser Altersgruppe oft kürzer und können häufig durch elterliche Fürsorge sowie die oben genannten allgemeinen Maßnahmen kontrolliert werden.

Unter den verordneten Wirkstoffen war Ibuprofen in beiden Altersgruppen die am häufigsten eingesetzte Therapie, gefolgt von Paracetamol. Dies entspricht den aktuellen deutschen Leitlinien.

Die Präferenz für Ibuprofen in unserer Studie stimmt mit dessen etablierter Wirksamkeit und Sicherheitsprofil in der pädiatrischen Migränebehandlung überein (Jeric et al., 2018).

In beiden Altersgruppen wurde die 200-mg-Dosis am häufigsten verschrieben. Höhere Dosierungen (400 mg) wurden häufiger bei älteren Kindern verordnet, was wahrscheinlich Unterschiede im Körpergewicht und in der Verträglichkeit widerspiegelt. Wichtig ist, dass Dosierungen über 400 mg selten verschrieben wurden, was mit den Leitlinien übereinstimmt, die eine vorsichtige Dosierung in pädiatrischen Populationen empfehlen, um Nebenwirkungen zu minimieren.

Hinsichtlich der Darreichungsformen wurden Suspensionen am häufigsten für jüngere Kinder verschrieben, vermutlich aufgrund der einfacheren Verabreichung in dieser Altersgruppe. Im Gegensatz dazu erhielten Kinder im Alter von 6–12 Jahren häufiger Schmelztabletten, aber auch normale Tabletten, was ihre größere Fähigkeit zur Einnahme fester Darreichungsformen widerspiegelt. Schmelztabletten bieten mehrere Vorteile für Kinder, insbesondere bei der Behandlung von Erkrankungen wie Migräne. Sie lösen sich schnell auf der Zunge auf, ohne dass Wasser erforderlich ist, was sie ideal für Kinder macht, die Schwierigkeiten beim Schlucken traditioneller Tabletten oder Kapseln haben oder auch Medikamente nur sehr ungern einnehmen. Diese Form ist besonders vorteilhaft in Situationen, in denen Wasser nicht leicht verfügbar ist. Aufgrund ihrer einfachen Anwendung und ihres oft angenehmen Geschmacks sind sie allgemein eine beliebte Darreichungsform in der Kindermedizin. Das Schlucken großer Tabletten entfällt und es können Ängste reduziert werden, wodurch auch die Therapietreue verbessert wird.

Zudem sind Schmelztabletten aufgrund ihrer kompakten Form leicht zu transportieren und in verschiedenen Umgebungen – wie in der Schule, auf Reisen oder bei Aktivitäten im Freien – einfach zu verabreichen. Für jüngere Kinder oder solche Kinder mit Schluckbeschwerden eliminieren Schmelztabletten das Risiko des Verschluckens oder Aspirierens, das mit dem Schlucken ganzer Tabletten oder Kapseln verbunden ist. Häufig werden zudem Geschmacksmaskierungstechnologien eingesetzt, um den bitteren Geschmack von Wirkstoffen wie Ibuprofen angenehmer zu gestalten. Indem sie häufige Herausforderungen bei der Medikamentengabe im Kindesalter adressieren, verbessern Schmelztabletten das Gesamterlebnis für Kinder und Betreuer und fördern eine effektive und konsequente Therapieadhärenz (Preis 2015; Alyami et al., 2018; Comoglu & Dilek Ozyilmaz, 2019; Chinwala, 2020).

Viele Kinder im Alter von 6–12 Jahren erhielten in der vorliegenden Studie Ibuprofen als orale Suspension. Das kann mit einigen Herausforderungen verbunden sein. Beispielsweise kann es für Eltern schwierig sein, die genaue Dosis mit einem Dosierbecher abzumessen. Die Dosierung basiert oft auf dem Gewicht und Alter des Kindes, was zu Unsicherheiten führen kann, wenn diese Faktoren nicht genau berücksichtigt werden. Einige Kinder mögen den Geschmack der Ibuprofen-Suspension nicht, was zu Widerstand oder Verweigerung der Medikamenteneinnahme führen kann. Ältere Kinder müssen eine größere Menge der Suspension einnehmen, was insbesondere bei migränebedingter Übelkeit unangenehm sein kann (Yin et al., 2014; Barnett & Bhatt, 2020). Schließlich besteht ein Risiko für Würgereiz oder Verschlucken, wenn das Medikament zu schnell verabreicht wird, insbesondere bei Säuglingen oder Kleinkindern. Bei diesen Kindern stellen Zäpfchen eine geeignete Alternative dar.

Beim Vergleich der Verschreibungshäufigkeit von Ibuprofen-Suspension und Schmelztabletten ist es wichtig, die gesundheitspolitische Situation zu berücksichtigen. In Deutschland sind Rabatte von Pharmaunternehmen an die gesetzlichen Krankenkassen (Rabattverträge) eine gängige Strategie zur Kontrolle der Arzneimittelausgaben. Diese Verträge dienen als ergänzende Maßnahme zur Preisregulierung, insbesondere wenn letztere die Arzneimittelkos-

ten nicht ausreichend senkt (Vogler et al., 2012; Rodwin, 2021).

In unserer Studie wurde beobachtet, dass die Ibuprofen-Suspension häufiger verschrieben wurde als die Schmelztablette. Ein wesentlicher Faktor hinter diesem Verschreibungstrend könnte das Vorhandensein von Rabattverträgen sein, zumal die Hersteller der Ibuprofen-Suspensionen in Rabattverträgen stehen und Ärzte sowie Apotheker aufgrund der allgemeinen angespannten Wirtschaftslage des Gesundheitssystems dazu angehalten sind, günstigere Präparate zu verordnen und abzugeben. Der häufige Einsatz von Suspensionen könnte damit in der Kosteneffizienz begründet sein. Dies verdeutlicht, wie finanzielle Anreize und Vereinbarungen zwischen Herstellern und Kostenträgern das Verschreibungsverhalten beeinflussen können.

Ein Beleg für diese Hypothese ist weiterhin die Tatsache, dass im Jahr 2015, Schmelztabletten die am häufigsten verschriebene Form zur Behandlung der Kindermigräne waren, obgleich auch zu diesem Zeitpunkt Suspensionen verfügbar waren. Zudem sind Schmelztabletten bei privat versicherten Patienten auch im Jahr 2024 weiterhin die häufigste Ibuprofen-Form. Der Grund dafür könnte sein, dass sowohl Ärzte als auch Eltern die Schmelztabletten bevorzugen, wenn sie ohne Einfluss von Rabattverträgen entscheiden können.

Orale Suspensionen sind für Kinder unter 5 Jahren besser geeignet, da die 200-mg-Schmelztabletten nicht in äquivalente Dosen geteilt werden können und kleinere Kinder sonst die gewichtsbasierte Ibuprofen-Dosis von 10 mg/kg überschreiten würden. Außerdem sind für kleine Kinder Paracetamol und Ibuprofen als rektale Zäpfchen erhältlich und werden in dieser Altersgruppe häufig verwendet.

Obwohl sowohl Paracetamol als auch Ibuprofen wirksame und gut verträgliche Therapieoptionen sind (Pavithra et al., 2020), wurde Ibuprofen manchmal als insgesamt bessere Alternative zur Schmerzlinderung bei Migräne angesehen (Teleanu et al., 2016). Bei der Entscheidung von Ärzten, Paracetamol oder Ibuprofen zu verschreiben, könnte deren berufliche Erfahrung eine wichtige Rolle spielen.

Hinsichtlich anderer in der vorliegenden Studie beobachteter Therapien deuten die niedrigen Verschreibungsraten von Metamizol und Mentha piperita darauf hin, dass deren Anwendung weiterhin begrenzt ist – möglicherweise aufgrund regulatorischer oder praktischer Einschränkungen sowie begrenzter Evidenz in der pädiatrischen Population (Ruiz et al., 2007; Murtey et al., 2024).

Zu den Stärken dieser Studie gehören die große Stichprobengröße und die umfassende Datenbank. Diese Ergebnisse könnten erhebliche Implikationen für die klinische Praxis und die Forschung haben.

Jedoch müssen einige Limitationen berücksichtigt werden. Erstens berücksichtigt die Studie nicht die nicht-pharmakologischen Behandlungsansätze, die eine wesentliche Rolle im Management der pädiatrischen Migräne spielen. Zweitens schränkt das Fehlen von Daten zur Schwere und den Auswirkungen der Migräne die Möglichkeit ein, Therapieentscheidungen vollständig zu kontextualisieren. Drittens lagen keine Informationen zu den Diagnosemethoden der Migräne vor, sodass es möglich ist, dass die von den Kinderärzten dokumentierten Diagnosen bereits von einem Spezialisten gestellt wurden, ohne dass der Kinderarzt am diagnostischen Prozess beteiligt war. Schließlich wurden andere Kopfschmerzarten wie Spannungskopfschmerzen in dieser Studie nicht untersucht.

Literatur

Alyami H, Koner J, Huynh C, Terry D, Mohammed AR. Current opinions and recommendations of paediatric healthcare professionals - The importance of tablets: Emerging orally disintegrating versus traditional tablets. PLoS One. 2018 Feb 28;13(2):e0193292. doi: 10.1371/journal.pone.0193292

Baglioni V, Bozza F, Beatrice A, Cameli N, Colacino Cinnante EM, Lentini G, Faedda N, Natalucci G, Guidetti V. Non-Pharmacological Treatments in Paediatric Migraine. J Clin Med. 2024 Feb 23;13(5):1278. doi: 10.3390/jcm13051278

Barnett S, Bhatt A. A chewable pediatric preparation of ibuprofen is palatable and acceptable to children. Paediatr Neonatal Pain. 2020 Feb 10;2(1):2-6. doi: 10.1002/pne2.12013

Blankenburg M, Schroth M, Braun S. Chronische Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen [Chronic Headache in Children and Adolescents]. Klin Padiatr. 2019 Jan;231(1):14-20. German. doi: 10.1055/a-0710-5014

Chinwala M. Recent Formulation Advances and Therapeutic Usefulness of Orally Disintegrating Tablets (ODTs). Pharmacy (Basel). 2020 Oct 10;8(4):186. doi: 10.3390/pharmacy8040186

Comoglu T, Dilek Ozyilmaz E. Orally disintegrating tablets and orally disintegrating mini tablets - novel dosage forms for pediatric use. Pharm Dev Technol. 2019 Sep;24(7):902-914. doi: 10.1080/10837450.2019.1615090

Jeric M, Surjan N, Jelicic Kadic A, Riva N, Puljak L. Treatment of acute migraine attacks in children with analgesics on the World Health Organization Essential Medicines List: A systematic review and GRADE evidence synthesis. Cephalalgia. 2018 Aug;38(9):1592-1607. doi: 10.1177/0333102417736902

Katsuki M, Matsumori Y, Ichihara T, Yamada Y, Kawamura S, Kashiwagi K, Koh A, Goto T, Kaneko K, Wada N, Yamagishi F. Treatment Patterns for and Characteristics of Headache in Children and Adolescents Aged 6-17 Years in Japan: A Retrospective Cross-Sectional and Longitudinal Analysis of Health Insurance Claims Data. Life (Basel). 2024 Jan 8;14(1):96. doi: 10.3390/life14010096

Mund ME, Gyo C, Brüggmann D, Quarcoo D, Groneberg DA. Acetylsalicylic acid as a potential pediatric health hazard: legislative aspects concerning accidental intoxications in the European Union. J Occup Med Toxicol. 2016 Jul 13;11:32. doi: 10.1186/s12995-016-0118-5

Murtey P, Noor NM, Ishak A, Idris NS. Essential Oils as an Alternative Treatment for Migraine Headache: A Systematic Review and Meta-Analysis. Korean J Fam Med. 2024 Jan;45(1):18-26. doi: 10.4082/kjfm.23.0106

Pavithra V, Mishra D, Behera S, Juneja M. Paracetamol versus Ibuprofen for the Acute Treatment of Migraine Headache in Children: A Blinded Randomized Controlled Trial. Indian J Pediatr. 2020 Oct;87(10):781-786. doi: 10.1007/s12098-020-03315-x

Preis M. Orally disintegrating films and mini-tablets-innovative dosage forms of choice for pediatric use. AAPS PharmSciTech. 2015 Apr;16(2):234-41. doi: 10.1208/s12249-015-0313-1

Rathmann W, Bongaerts B, Carius H-J, Kruppert S, Kostev K. Basic characteristics and representativeness of the German Disease Analyzer database. Int J Clin Pharmacol Ther 2018;56:459–66. doi: 10.5414/CP203320 .

Rodwin MA. Common Pharmaceutical Price and Cost Controls in the United Kingdom, France, and Ger-many: Lessons for the United States. Int J Health Serv. 2021 Jul;51(3):379-391. doi: 10.1177/0020731421996168.

Ruiz FB Jr, Santos MS, Siqueira HS, Cotta UC. Clinical features, diagnosis and treatment of acute primary headaches at an emergency center: why are we still neglecting the evidence? Arq Neuropsiquiatr. 2007 Dec;65(4B):1130-3. doi: 10.1590/s0004-282x2007000700007

Silveira Bianchim M, Caes L, Forbat L, Jordan A, Noyes J, Thomson K, Turley R, Uny I, France EF. Understanding how children and young people with chronic non-cancer pain and their families experience living with pain, pain management and services: a meta-ethnography. Health Soc Care Deliv Res. 2024 Jul;12(17):1-218. doi: 10.3310/UTPM7986

Teleanu RI, Vladacenco O, Teleanu DM, Epure DA. Treatment of Pediatric Migraine: a Review. Maedica (Bucur). 2016 Jun;11(2):136-143

Yin HS, Dreyer BP, Moreira HA, van Schaick L, Rodriguez L, Boettger S, Mendelsohn AL. Liquid medication dosing errors in children: role of provider counseling strategies. Acad Pediatr. 2014 May-Jun;14(3):262-70. doi: 10.1016/j.acap.2014.01.003

Vogler S, Zimmermann N, Habl C, Piessnegger J, Bucsics A. Discounts and rebates granted to public payers for medicines in European countries. South Med Rev. 2012 Jul;5(1):38-46

Fazit

Anscheinend sind Schmelztabletten die bevorzugte Darreichungsform für Kinder, aber sie können aufgrund von Rabattverträgen nicht immer verordnet werden. Studienergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit zur Entwicklung altersgerechter therapeutischer Strategien zur Verbesserung der Migräneversorgung in der pädiatrischen Population. <<

Drug treatment of migraine in children by pediatricians in Germany - What role do rebate contracts play?

Data on the real-world utilization of migraine therapies in children are limited. The aim of the present study is to evaluate the real-world patterns of acute migraine therapy in office-based pediatricians in Germany. The retrospective cross-sectional study included children aged 2-12 years with a migraine diagnosis made by one of 258 pediatricians between January 2015 and December 2023. 10.9% of children aged 2-5 years and 18.3% of children aged 6-12 years received a prescription for migraine medication.

The most frequently prescribed medication was ibuprofen (75.4% and 75.9%). Among children aged 2-5 years who received an ibuprofen prescription, 68.2% received ibuprofen as a suspension, 16.3% as rectal suppositories, and 15.5% as melting tablets. In the age group 6-12 years, the suspension (36.3%) was the most frequently prescribed dosage form, followed by melting tablets (31.8%) and regular tablets (29.9%).

The proportion of melting tablets was significantly higher in privately insured patients compared to statutory insured patients (53.7% vs. 31.0%) and higher in 2015 compared to 2024 (40.5% vs. 24.8%). Apparently, melting tablets are the preferred dosage form for children, but they cannot always be used due to rebate contracts.

Keywords

children, pediatricians, migraine, ibuprofen, rebate contracts

Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Kostev, K., Kluge, S., Doege, C.: „Medikamentöse Therapie der Migräne bei Kindern durch Kinderärzte in Deutschland – welche Rolle spielen Rabattverträge?“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF 03/25), S. 69–73. http://doi.org/10.24945/MVF.03.25.1866-0533.2724



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



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



Dr. med. Corinna Doege MHA ORCID: 0000-0001-6495-1938
studierte Humanmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover und absolvierte die Facharztausbildung für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum Heidelberg. Anschließend war sie im Norddeutschen Epilepsiezentrum für Kinder und Jugendliche in Raisdorf-Schwentinental bei Kiel tätig. Sie ist Oberärztin am Eltern-Kind-Zentrum Prof. Hess der Gesundheit Nord gGmbH – Klinikverbund Bremen.
Kontakt: Corinna.Doege@gesundheitnord.de

Prof. Dr. rer. oec. Alexander Alscher
Prof. Dr. phil. Christian Wissing
Dr. rer. medic. Johannes Pollmanns

Videosprechstunden im kinderärztlichen Notdienst: Fallstudie zu Technologienutzung und Zufriedenheit

Zusammenfassung

Diese Studie behandelt die flächendeckende Gesundheitsversorgung mittels Digital Health. Anhand einer Fallstudie wird der Einsatz von Videosprechstunden zur Kinderheilkunde-Notversorgung in Nordrhein untersucht. Es werden die Technologienutzung und die Zufriedenheit der Patient:innen analysiert. Daraus werden Empfehlungen zur Optimierung der Gesundheitsversorgung abgeleitet.

90% zufriedene Patient:innen und ein NPS von 61% belegen das große Potenzial von Videosprechstunden als erstes Mittel der ambulanten Gesundheitsversorgung. Zusätzlich sprechen eine 45% Fallabschlussquote, 73% der Fälle ohne weitere Nutzung von Notdiensten sowie eine erkennbar schnellere Diagnostik und Beratung ebenfalls dafür.

Dabei gilt die Prämisse „ehealth first" – patientenzentrierte Technologien funktionieren raumübergreifend und ortsunabhängig. Hinzu kommen interessante Potenziale von Videosprechstunden in den Bereichen Geriatrie und der Altenpflege.

Keywords

Mobile Health, Selbstmanagement, Service Experience, Telemedizin, Videosprechstunde, Videobasierte Diagnostik.

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.03.25.1866-0533.2725

Die Covid-19-Pandemie hat zu erheblichen Disruptionen auf gesundheitlicher, sozialer und ökonomischer Ebene geführt (Alscher et al. 2023). Mit zahlreichen Innovationen wurde versucht, die mannigfaltigen Konsequenzen der Pandemie einzudämmen. Neue Impfstoffe wurden angewandt, Organisations- und Managementmodelle verbessert und digitale Innovationen eingeführt (Saw et al. 2021, Smith et al. 2021, Kis et al. 2021). Allerdings haben gerade die angestoßenen Digitalisierungsoffensiven im Gesundheitswesen an Schwung verloren. So gingen z. B. Videosprechstunden im Zeitraum von 2021 bis 2023 um 40% zurück (Techniker 2024). Ein Grund dafür ist ein Mangel an länder- oder branchenübergreifenden Großprojekten. Dies erstaunt insofern, als Politik und Forschung klar zu einer umfassenden Digitalisierung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung aufrufen (Sachverständigenrat, 2021). Denn digitale Technologien helfen, Versorgungsbedarfe und -leistungen besser zu koordinieren, Diagnose- und Behandlungsfehler zu reduzieren, Krankenhausaufenthalte zu verkürzen, Zugänge zu Versorgung und Pflege zu erleichtern, die Gesundheitsforschung zu optimieren und das wichtige Selbstmanagement von Patient:innen zu verbessern (D´Onofrio, 2022).

Das Selbstmanagement von Patient:innen ist insofern ein wichtiger Faktor in erfolgreichen Gesundheitssystemen, als es die Autonomie und somit die Selbstwirksamkeit von Patient:innen signifikant fördert. Das Erleben von Selbstwirksamkeit wiederum ist eine wichtige Bedingung erfolgreicher Gesundheitsversorgung, -förderung und -prävention (Schmutte et al. 2009, Eller et al. 2018). Dementsprechend vielversprechend sind telemedizinische Technologien, die Selbstmanagement und -wirksamkeit fördern. Videosprechstunden sind eine solche Technologie. Sie fördern nicht nur das Selbstmanagement von Patient:innen, sondern erhöhen auch die Kontakthäufigkeit zum Therapeuten, vereinfachen die Möglichkeit, mit den Patient:innen in ihrem eigenen Zuhause zu interagieren, und gewähren eine genauere medizinische Überwachung sowie eine verbesserte Notfallversorgung (Frielitz et al. 2021).

>> Vor diesem Hintergrund wird die Forschungsfrage anhand eines Single-Case-Studiendesigns nach Yin (2014) untersucht, wie Videosprechstunden als flächendeckende Versorgungsform in der Gesundheitswirtschaft genutzt werden und welche Zufriedenheiten diese bei Patient:innen auslösen. Als empirische Grundlage dient das Projekt der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein über die Einführung von Videosprechstunden mit dem Ziel, Handlungsempfehlungen zu digitalen Großprojekten in der Gesundheitswirtschaft für Politik und Management abzuleiten.

Videosprechstunden als Unterstützung des Selbstmanagements

Die Diskussion von optimalen Beziehungen zwischen Therapeut:innen und ihren Patient:innen hat eine lange Tradition in der Gesundheitsforschung. Im Falle von Kindern als Patient:innen besteht die besondere Herausforderung, dass die Sorge um das Kindswohl von Therapeut:innen und den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten gemeinsam verantwortet wird (Inthorn und Paul 2017). Das Konzept der verteilten Sorge um das Kindswohl führt zu unterschiedlichen Konsequenzen auf psychologischer, sozialer, ökonomischer und rechtlicher Ebene.

Aus einer soziologischen Perspektive führt die geteilte Sorge zu kommunikativen Aushandlungsprozessen zwischen Therapeut:in und Erziehungsberechtigten einerseits und den Erziehungsberechtigten untereinander andererseits (Inthorn und Paul 2017). Ein bedeutender Aspekt in diesen Aushandlungen ist das Selbstmanagement von Patient:innen und ihren Erziehungsberechtigten. Häufig wird das mit Empowerment gleichgesetzt und hat das Ziel, das Wissen, die Fähigkeiten und die Motivation von Patient:innen und ihren Erziehungsberechtigten so zu entwickeln, dass sie in der Lage sind, aktive Beiträge zur Verbesserung der eigenen Gesundheit oder der Gesundheit ihrer Kinder zu leisten (Lorig und Holman 2003). Der Erhalt und die Verbesserung der Gesundheit liegen somit auch in der Hand der Patient:innen bzw. Erziehungsberechtigten. Dies

ist insofern eine Herausforderung, als eine Gleichstellung zwischen Müttern und Vätern noch nicht erzielt ist. Die Fürsorgearbeit wird zu großen Teilen von Müttern geleistet, wenngleich zunehmend mehr Väter eine dementsprechende Bereitschaft signalisieren (BMFSFJ 2021).

Vor diesem Hintergrund zeigt sich ein gelingendes Selbstmanagement „in gleicher Weise auf kognitiver wie emotionaler Ebene und umfasst die persönliche Einstellung zum [...] Gesundheitszustand, das soziale Umfeld, Kommunikations- und Entscheidungsprozesse bezüglich der eigenen Gesundheit sowie die Beziehungsebene zum Therapeuten" (Kemper 2019). Mit Blick auf die angesprochenen Kommunikations- und Entscheidungsprozesse fördert das Selbstmanagement die wichtige Autonomie von Patient:innen und liefert somit Ressourcen für individuelle und kollektive Prozesse der Salutogenese (Herriger 2002, Entwistle et al. 2010). Eine in der jüngeren Vergangenheit viel beachtete Ressource ist die Technologie der Videosprechstunde. Das sind telemedizinische Interventionen, die mit audiovisuellen Kommunikationstechnologien mobil, d. h. ortsunabhängig und raumübergreifend Diagnostik, Konsultation und Monitoring anbieten (BMG 2024).

Fallstudie zu Videosprechstunden im kinderärztlichen Notdienst

Hintergrund zur Datenerhebung

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KV Nordrhein) führte im Rahmen eines Pilotprojekts die Videosprechstunde im kinderärztlichen Notdienst ein, um die Notdienstpraxen zu entlasten und Patientenströme gezielt zu steuern (KVNO 2023). Das Ziel des Projekts war es, durch den Einsatz moderner telemedizinischer Lösungen eine Entlastung der Notdienstpraxen zu erreichen, indem weniger dringende Fälle in die medizinisch angemessenen Versorgungsstrukturen gesteuert werden und so die Versorgung effizienter gestaltet wird. Dies ist angesichts der Versorgungsdichte von 9,5 Millionen Menschen in Nordrhein, davon 3,31 Millionen Kinder, von hoher Bedeutung. Das Projekt wurde Ende 2023 in Zusammenarbeit mit den Partnern samedi GmbH (Plattform zur Onlineterminvergabe und Videosprechstunde), adesso SE (Projektmanagement) und Duria eG (Dokumentationssystem des KV Notdienst) umgesetzt: Am 6. September 2023 erfolgte die Beauftragung – am 1. Dezember 2023 wurde die erste Videosprechstunde im kinderärztlichen Notdienst durchgeführt. Das Pilotprojekt endete am 31. Januar 2024. Das Projekt wurde von der Abteilung Gesundheitspolitik und Strategische Sicherstellung der KV Nordrhein wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Die Evaluation des Pilotprojekts erfolgte umfassend in zwei Teilen:

(A) der Prozessevaluation im Rahmen der Leistungserbringung und
(B) der Zufriedenheits- und Selbstwirksamkeitsevaluation einer Patientenbefragung.

(A) Im Rahmen der Prozessevaluation wurde die Machbarkeit, die praktische Umsetzung sowie die Inanspruchnahme der Videosprechstunde systematisch geprüft. Hierzu wurden verschiedene Datenquellen herangezogen. Dazu gehören die Terminbuchungssoftware „samedi", die Abrechnungsdaten des Praxisverwaltungssystems Duria sowie die Berichte des telefonischen Bereitschaftsdienstes 116117. Die gewonnenen Daten dienten der deskriptiven Analyse des Patientenkollektivs, der gebuchten Termine sowie der tatsächlich durchgeführten Videosprechstunden. Ziel dieser Evaluation war es, ein umfassendes Bild darüber zu erhalten, wie gut die Implementierung der Videosprechstunde funktioniert und in welchem Umfang sie von den Patient:innen genutzt wird.

(B) Die Zufriedenheits- und Selbstwirksamkeitsevaluation wurde im Rahmen einer Patientenbefragung durchgeführt. Damit wurde die Wahrnehmung und das Ergebnis des Versorgungsprozesses aus Patientensicht erhoben. Im Mittelpunkt stand dabei die Messung der Patientenzufriedenheit und die Bewertung der Video-sprechstunde hinsichtlich der erlebten Versorgungsqualität. Die Datenerhebung erfolgte durch einen standardisierten Onlinefragebogen, der nach den Videosprechstunden an die Patient:innen versendet wurde. Die Ergebnisse der Befragung sollen Aufschluss darüber geben, inwiefern die Videosprechstunde den Bedürfnissen der Patient:innen gerecht wird und wie diese die neu eingeführte telemedizinische Versorgung bewerten.

Nutzung der Videosprechstunden

Bei der Durchführung gab es keinen signifikanten Unterschied im Geschlecht der Patient:innen (zwischen Mädchen und Jungen), für die die Videosprechstunde genutzt wurde. In der Altersverteilung der zu behandelnden Kinder lag der Mittelwert bei 3,9 Jahren mit einer Standardabweichung von 3,7 Jahren (vgl. Abb. 1).

Insgesamt wurden in der Projektphase 2.261 Videosprechstunden gebucht. Davon wurden 665 Termine online vereinbart (29,4%). Von den gebuchten Terminen wurden 2.015 durchgeführt, was einer Umsetzungsquote von 89% entspricht. Die umgesetzten Termine bilden die Grundgesamtheit der vorliegenden Untersuchung (n = 2015). Zusätzlich gab es 236 Buchungen, die vor dem Termin wieder abgesagt wurden (vgl. Abb. 2).

Die Videosprechstunden wurden in Nordrhein überregional genutzt (vgl. Abb. 3). Es hat sich gezeigt, dass die Sprechstunden vor allem in kleineren Städten und Landkreisen genutzt wurden. Die Top-3 Landkreise waren Remscheid, Oberbergischer Kreis und

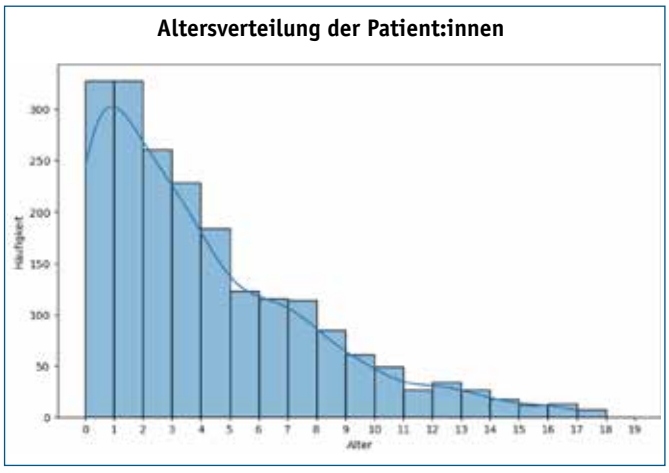


Abb. 1: Altersverteilung der Patient:innen. Eigene Darstellung.

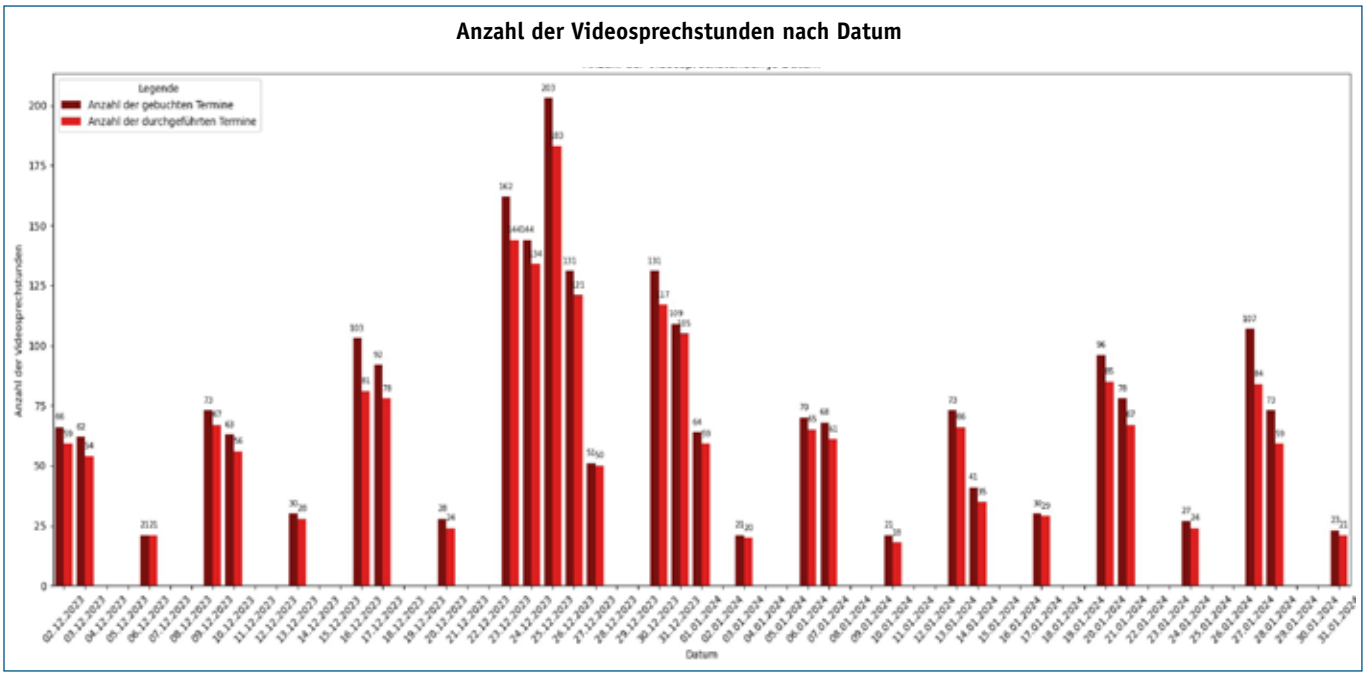


Abb. 2: Anzahl der Videosprechstunden nach Datum. Eigene Darstellung.

Kreis Kleve – in größeren Städten wie Essen, Mönchengladbach und Oberhausen wurde das Angebot weniger genutzt.

Die Anzahl der gesicherten Diagnosen lag bei 1.635, wobei die TOP-5 gesicherten Diagnosen Fieber (18%), Atemwegsinfektion (14%), Bindehautentzündung (10%), Viruserkrankung (6%) und Erbrechen/Durchfall (5%) waren. Bei 12% der gestellten Diagnosen wurde zusätzlich ein E-Rezept ausgestellt, dass die Patient:innen über die Videosprechstunde elektronisch erhielten, wovon nahezu 50% für Augentropfen/-salben (mit und ohne Antibiotikum) ausgeschrieben wurden.

Evaluationsergebnisse und Empfehlungen

Die (A) Prozessevaluation der Leistungserbringung zeigt, dass die Videosprechstunde gerade bei niederschwelligen Interventionen nahezu gleichwertig zur physischen Sprechstunde ist. Die mittlere Dauer von 7,1 Minuten der Videosprechstunden (Standardabweichung: 3,4 Minuten) liegt im Rahmen der Dauer eines durchschnittlichen Arzttermins, der in Deutschland bei 7,6 Minuten liegt (Hanke 2022). Diese digitalen Technologien stellen auch ein Mittel zur Entlastung der mütterlichen Fürsorge im Gesundheitssystem und somit zur Förderung von gemeinsamer Sorge und Gleichstellung dar. Denn das Angebot ist leichter und niederschwelliger auch für die Väter zu nutzen und damit lassen sich die Väter stärker motivieren, die Sorge um das Kindswohl in konkrete Handlungen umzusetzen. Bisherige Studien zeigen, dass Mütter 80–90% der Kinderarztbesuche übernehmen, während Väter nur in 10–20% der Fälle mit den Kindern zum Arzt gehen (BMFSFJ 2021). Daran knüpft unsere

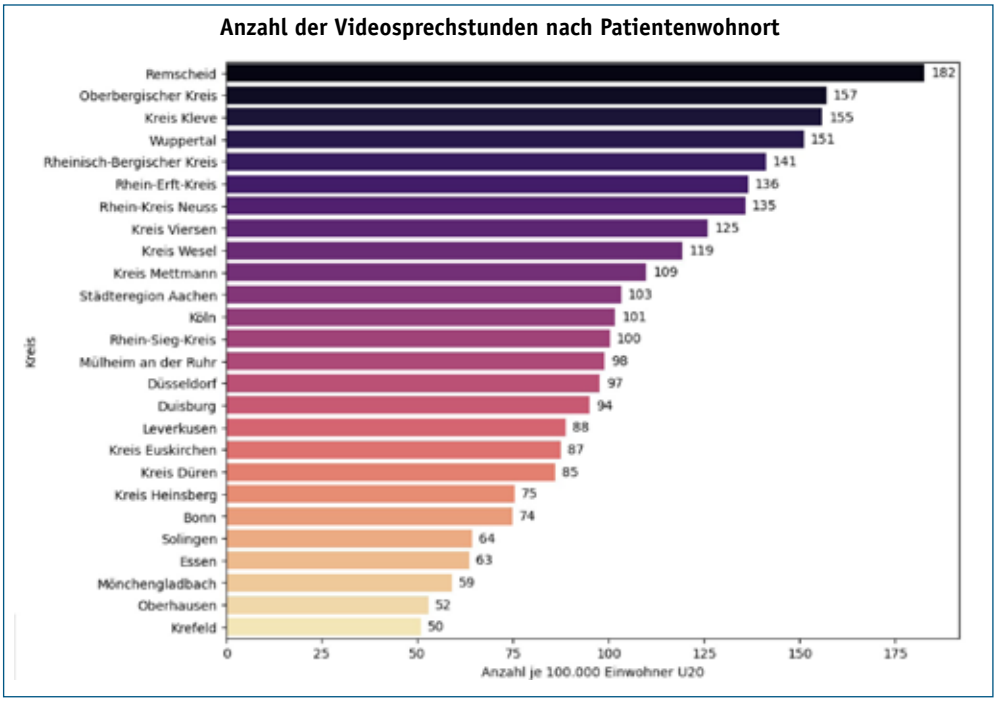


Abb. 3: Anzahl der Videosprechstunden nach Patientenwohnort (U20 und je 100k Einwohner). Eigene Darstellung.

Empfehlung an, das Angebot von Videotechnologien auszuweiten, um ausgewogenere Gleichstellungen in der gesundheit-lichen Fürsorge zu erzielen.

In der (B) Patientenbefragung zur Zufriedenheitsevaluation haben von den 653 Umfragebesuchern 595 komplett die Umfrage beantwortet, was 30% der Grundgesamtheit entspricht und eine Abschlussquote von 91% darstellt. Um an den Sprechstunden teilzunehmen, haben 65% der Erziehungsberechtigten ihr Smartphone genutzt, 10% ihr Tablet und 25% ihr Laptop oder ihren PC (mit Webcam). Dies zeigt, wie wichtig mobile, und damit flexible, ortsungebundene Technologien in der Gesundheitsfürsorge geworden sind. Die Zukunft des digitalen Gesundheitswesens ist mobil, möchten wir betonen, verbunden mit der Empfehlung, zukünftig Digitalprojekt im Gesundheitswesen mit der patientenzentrierten Prämisse: „ehealth first" zu planen.

Die durchgeführten Videosprechstunden weisen eine Abschlussquote von 45% auf. Insgesamt haben 28% der Eltern im Anschluss, mit Empfehlung aus der Videosprechstunde, einen niedergelassenen Arzt zur nächstmöglichen Sprechstunde besucht, 19% haben mit Empfehlung unmittelbar eine Notdienstpraxis aufgesucht und 8% haben keine Angabe zum weiteren Behandlungsverlauf gemacht. Lediglich 5% der Kinder wurden ohne Empfehlung aus der Videosprechstunde zusätzlich in einer Notdienstpraxis vorstellig, was die Steuerungswirkung der Intervention unterstreicht. Insgesamt führten 73% der Videosprechstunden nicht zu einer weiteren Nutzung von Notdienstpraxis/-ressourcen (d. h. 45% Abschluss plus 28% regulärer Arztbesuch). Dies stellt eine signifikante Entlastung der knappen Ressourcen im Notdienstbereich dar, auch wenn ggfs. das Angebot einer niederschwelligen Videosprechstunde auch eine angebotsinduzierte Nachfrage hervorrufen kann. Wenn diese Entlastung auch im Bereich der ambulanten Notfallversorgung von Kliniken und Krankenhäuser erreicht werden könnte, wären eine signifikante Kostenersparnis und eine deutliche Qualitätssteigerung durch die Konzentration auf die wirklichen Notfälle realisierbar – gerade an den kostenintensiven Sonn- und Feiertagen. Daher empfehlen wir eine Ausweitung von Videosprechstunden auf andere Notfallbereiche im Betrieb von Kliniken und Krankenhäusern. Speziell in der Geriatrie und der Altenpflege sehen wir interessante Potenziale gerade aufgrund der demografischen Entwicklung der Gesellschaft. Weitere Studien könnten dort die Formen des Selbstmanagements untersuchen, inwiefern die Videosprechstunde als telemedizinische Leistung auch die Erwachsenen zur gesundheitlichen Versorgung ihrer Eltern in der Altersmedizin unterstützen kann.

Die Zufriedenheit der Erziehungsberechtigten mit den Video-sprechstunden ist hoch: 86% bei der Beratungsqualität (vs. 5% neutral und 9% unzufrieden), 88% bei der Plattform-Benutzerfreundlichkeit (vs. 6% neutral und 6% unzufrieden) und 85% bei der Verbindungsqualität (vs. 7% neutral und 8% unzufrieden). Dieses Ergebnis deckt sich mit der Zufriedenheit bei physischen Arztterminen in Deutschland, die nach Erhebungen der Kassenärzt-lichen Bundesvereinigung bei 91% liegt. Allerdings ist dazu anzumerken, dass bei der physischen Sprechstunde noch ein Vertrauensvorsprung durch wiederholte Besuche besteht, der auch die Wahrnehmung zur Behandlungsqualität beeinflusst. Für die allgemeine Zufriedenheitsmessung wurde der „Net Promoter Score" (NPS) verwendet, der ein verständliches und somit bewährtes Messinstrument darstellt und eine hohe Korrelation mit dem Geschäftserfolg aufweist (Reichheld, 2003). Unter den Teilnehmenden an den Videosprechstunden wurde ein sehr positiver NPS-Score von +61,7 ermittelt (vgl. Abb. 4).

Typische NPS-Scores liegen in der öffentlichen Verwaltung zwischen 0 und +20, in der Industrie zwischen +30 und +50 und bei führenden Technologieunternehmen wie Amazon, Apple oder Microsoft bei +50 (u. a. Bain 2018), sodass der erreichte Wert von über 60 als sehr gut bzw. hervorragend eingestuft werden kann.

Digital Health – fangen wir bei den Eltern an

Diese Studie zur flächendeckenden Notfallversorgung per Videosprechstunde in der Kinderheilkunde zeigt eine hohe Zufriedenheit der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten (ca. 90% und NPS ca. 60%) und belegt die Chance einer deutlichen Verbesserung und Aufwertung der ambulanten Versorgung. Eine Fallabschlussquote von fast der Hälfte Entlastung der knappen Notdienstzeiten und eine schnelle Durchführung unter der regulären Arztsprechstundenzeit sprechen dafür. Zusätzlich kann die Technologie dazu beitragen, die mütterliche Fürsorge im Gesundheitssystem zu entlasten und die Gleichstellung durch den niederschwelligen Zugriff voranzutreiben. Hier gilt es der Prämisse „ehealth first" zu folgen – unsere Studienergebnisse sprechen klar für die hohe Bedeutung der mobilen Technologienutzung auf der Seite der Patient:innen und Fürsorgenden.

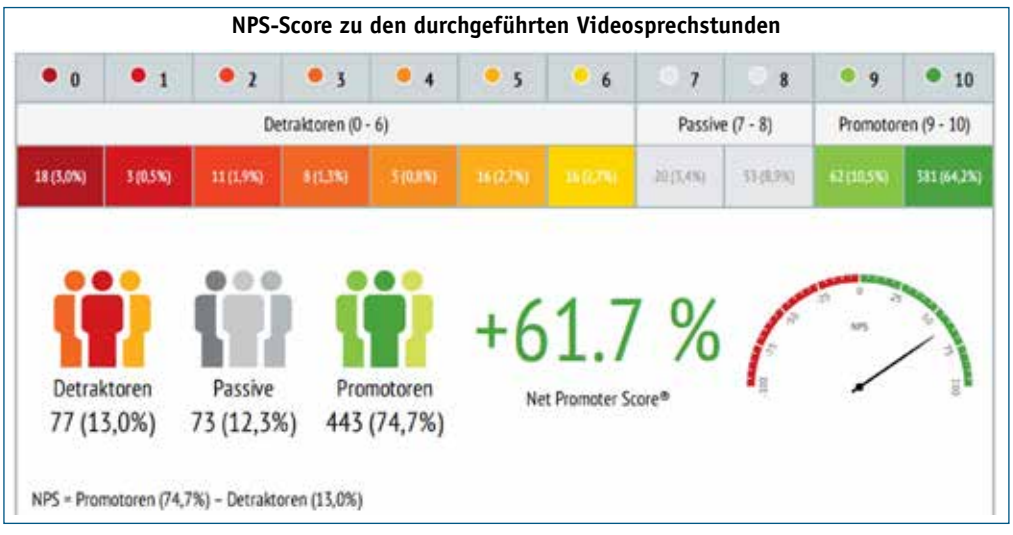


Abb. 4: NPS-Score zu den durchgeführten Videosprechstunden Eigene Darstellung.

Die Untersuchung ist zwar auf die Kinderheilkunde limitiert, aber die Ergebnisse zeigen, dass gerade in der Kinderheilkunden gemäß dem Leitprinzip „Fangen wir bei den Eltern an" eine hohe Versorgungsqualität und sehr hohe Zufriedenheit bei den Bürger:innen erreicht wird. Dies ist sowohl für die Politik, Manager:innen im Gesundheitswesen als auch für die medizinische Versorgungsforschung ein wichtiges Ergebnis.

Dies wurde vom damaligen Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach (2023) in seiner Empfehlung für das Projekt der KV Nord-rhein auf dem Kurznachrichtendienst X folgendermaßen bestätigt: ‚Die Videosprechstunde für Kinder, jetzt von der KV Nordrhein [...] angeboten, ist sehr sinnvoll. Das entlastet die Praxen stark. Auch andere KVen sollten dies nutzen."

Darüber hinaus zeigt die Studie aber deutliche Potenziale bei der Ausweitung auf andere Notfallbereiche in Kliniken, Praxen und ähnlichen Versorgungseinrichtungen. Vor allem im Bereich der Geriatrie und der Altenpflege bieten sich interessante Einsatzmöglichkeiten, weil die Alterung unserer Gesellschaft absehbar anhält und wir Ähnlichkeiten in den Fürsorgekonzepten von Eltern für Kinder und von erwachsenen Kindern für ihre Eltern sehen, um Videosprechstunden auszuweiten und die Gesundheitsversorgung mittels Digital Health zielgerichtet zu verbessern. <<

Literatur

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

Bain (2018). New Bain certified NPS Benchmarks: Companies customer love. https://media.bain.com/Images/BAIN_DIGEST_New_Bain_Certified_NPS_Benchmarks.pdf; Zugriff: 06.10.2024.

BMFSFJ (2021). Väterreport 2021: Wunsch und Wirklichkeit der partnerschaftlichen Vereinbarkeit von Familie und Beruf. https://www.bmfsfj.de/resource/blob/230374/1167ddb2a80375a9ae2a2c9c4bba92c9/vaeterreport-2023-data.pdf; Zugriff: 05.10.2024.

BMG (2024). Telemedizin. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/t/telemedizin/; Zugriff: 27.09.2024.

Constantinides, P., Henfridsson, O., & Parker, G. G. (2018). Introduction—Platforms and Infrastructures in the Digital Age. Information Systems Research 29(2): pp. 381-400. https://doi.org/10.1287/isre.2018.0794.

D'Onofrio, S. (2022). Der digitale Wandel im Gesundheitswesen. HMD 59, 1448–1460 (2022). https://doi.org/10.1365/s40702-022-00930-4.

Eller, L.S., Lev, E.L., Yuan, C., & Watkins, A.V. (2018). Describing Self-Care Self-Efficacy: Definition, Measurement, Outcomes, and Implications. Int. J Nurs. Terminol. Knowledge, 29: pp. 38-48. https://doi.org/10.1111/2047-3095.12143.

Entwistle, V.A., Carter, S.M., Cribb, A. et al. (2010). Supporting Patient Autonomy: The Importance of Clinician-patient Relationships. J. Gen. Intern. Med. 25, pp. 741–745. https://doi.org/10.1007/s11606-010-1292-2.

Frielitz, F-S., Dördelmann., J., Lemke, S., Lange, K., Hiort, O., Katalinic, A., & v. Sengbusch, S. (2021). Assessing the benefits and challenges of video consultations for the treatment of children with type 1 diabetes – A qualitative study among diabetes professionals. Exp. Clin. Endocrinol Diabetes, 129(11), pp. 831-836. DOI: 10.1055/a-1149-8814.

Hagiu, A., & Wright, J. (2015). Multi-Sided Platforms. International Journal of Industrial Organization, Vol. 43, 2015, http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2794582.

Hanke, S. (2022). Der Nächste bitte: Arzt-Patienten-Kontakte im internationalen Vergleich. https://aerztestellen.aerzteblatt.de/de/redaktion/arzt-patienten-kontakte-im-internationalen-vergleich/; Zugriff: 04.10.2024.

Herriger, N. (2002). Empowerment – Brückenschläge zur Gesundheitsförderung. http://www.empowerment.de/empowerment.de/files/Materialie-2-Empowerment-Brue ckenschlaege-zur-Gesundheitsfoerderung.pdf; Zugriff: 30.09.2024.

Inthorn, J., & Paul, N. (2017). Medizinethik in der Pädiatrie. Das Kindeswohl als leitendes Prinzip. Pädiatrie, 29(S1). pp. 6-8 https://doi.org/10.1007/s15014-017-1122-7.

Kemper, C. (2019). Selbstmanagement in der muskuloskelettalen Therapie. Manuelletherapie 2019, 209-214. DOI: 10.1055/a-1031-4364.

Kis Z., Kontoravdi C., Shattock R., & Shah N. (2021). Resources, Production Scales and Time Required for Producing RNA Vaccines for the Global Pandemic Demand. Vaccines. 2021;9(1):3. doi:10.3390/vaccines9010003.

KVNO (2023). Telemedizinisches Zusatzangebot: Wieder Videosprechstunde im kinderärztlichen Notdienst. https://www.kvno.de/meta-navigation/suche/news/nachricht/telemedizinisches-zusatzangebot-wieder-videosprechstunde-im-kinderaerztlichen-notdienst; Zugriff: 05.10.2024.

Lauterbach, Karl (2023). https://x.com/Karl_Lauterbach/status/1728752859280257247; Zugriff: 02.10.2024.

Lorig K.R. & Holman, H.R. (2003). Self-management education: history, definition, out-comes, and mechanisms. Annals of Behavioral Medicine 2003; 26: pp. 1-7.

Merritt, R. & Vogel, M. (2017). Case Studies in Formative Research. In K. Krzysztof & S. Rundle-Thiele (Hrsg.), Formative Research in Social Marketing. Innovative Methods to Gain Consumer Insights (S. 281-290). Singapore: Springer.

Pflüger, J., Pongratz, H. J. & Trinczek, R. (2017). Fallstudien in der Organisationsforschung. In: S. Liebig, M. Wenzel & S. Rosenbohm (Hrsg.), Handbuch Empirische Organisationsforschung (S. 389-414). Wiesbaden: SpringerGabler.

Reichheld, F. F. (2003). Harvard Business Review: The One Number You Need to Grow. https://hbr.org/2003/12/the-one-number-you-need-to-grow#:~:text=Growth%20strategy.%20The%20One%20Number%20You; Zugriff: 05.10.2024.

Sachverständigenrat (2021). Digitalisierung im Dienste der Gesundheit. Besseren Schutz von Leben und Gesundheit mit höherer Datensicherheit vereinbaren. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2021/2021_03_24_SVR-Pressemitteilung_Digitalisierungsgutachten.pdf; Zugriff: 04.10.2024.

Saw Y.E., Tan E.Y.Q., Liu J.S., & Liu J.C. (2021). Predicting Public Uptake of Digital Contact Tracing During the COVID-19 Pandemic: Results From a Nationwide Survey in Singapore. J. Med. Internet Res. 2021;23(2):e24730. doi:10.2196/24730.

Schmutte, T., Flanagan, E., Bedregal, L. et al. (2009). Self-Efficacy and Self-Care: Missing Ingredients in Health and Healthcare among Adults with Serious Mental Illnesses. Psychiatr. Q 80, 1–8 (2009). https://doi.org/10.1007/s11126-008-9088-9.

Smith I.M., Bayliss E., Salisbury H., & Wheeler, A. (2021). Operations management on the front line of COVID-19 vaccination: building capability at scale via technology-enhanced learning. BMJ Open Qual. 2021;10:e001372. doi:10.1136/bmjoq-2021-001372.

Techniker (2024). TK: Zahl der Videosprechstunden seit 2021 um 40 Prozent gesunken. https://www.tk.de/presse/themen/digitale-gesundheit/telemedizin/videosprechstunde-um-40-prozent-gesunken-2178314?tkcm=ab; Zugriff: 05.10.2024.

Yin, R.K. (2014). Case Study Research. Design and methods (5. Aufl.). Thousand Oaks: Sage.

Video consultations in paediatric emergency services: case study on technology use and satisfaction

This study deals with comprehensive healthcare provision using digital health. A case study is used to investigate the use of video consultations for emergency paediatric care in North Rhine. The use of technology and patient satisfaction are analysed. Recommendations for optimising healthcare are derived from this.

90% satisfied patients and an NPS of 61% demonstrate the great potential of video consultations as the first mean of outpatient healthcare. In addition, a 45% case completion rate, 73% of cases without further use of emergency services and a noticeably faster diagnosis and consultation also give clear evidence for ehealth first solutions.

The premise of ehealth first applies here - patient-centred technologies work regardless of location. There is also interesting potential for video consultations in the fields of geriatrics and geriatric care.

Keywords

ehealth, self-management, service experience, telemedicine, video consultation, video-based diagnostics

Danksagung

Die Autoren danken der KV Nordrhein und der samedi GmbH für die Unterstützung des Fallstudienteils zur vorliegenden Fallstudie.

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen. Diese Forschung erhielt keine externe Finanzierung.

Zitationshinweis

Alscher, A., Wissing, C., Pollmanns, J.: „Videosprechstunden im kinderärztlichen Notdienst: Fallstudie zu Technologienutzung und Zufriedenheit“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (03/25), S. 74–79. http://doi.org/10.24945/MVF.03.25.1866-0533.2725

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



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

Prof. Dr. phil. Christian Wissing ORCID: 0000-0003-1794-2216



ist Professor für Marketing an der Business School Berlin. Dort lehrt er zu interdisziplinären Herausforderungen der Digitalisierung und des Servicemarketings. Nach Studien der BWL sowie Managementpositionen in der Wirtschaft promovierte Prof. Wissing zu medienökonomischen Fragen an der UdK Berlin. Parallel war er wissenschaftlicher Mitarbeiter am IEB Berlin. Danach war er Consultant bei der Cisar GmbH, einer internationalen Management- sowie Technologieberatung, und zugleich Gastprofessor an der HWR Berlin. Kontakt: Christian.Wissing@businessschool-berlin.de

Dr. rer. medic. Johannes Pollmanns ORCID: 0000-0003-0394-2311



studierte Health Care Management an der Hochschule Niederrhein und war wissenschaftlicher Mitarbeiter am dortigen Kompetenzzentrum für Routinedaten im Gesundheitswesen. Er promovierte in Theoretischer Medizin an der Universität Witten/Herdecke. Dr. Pollmanns ist Senior Referent im Bereich Gesundheitspolitik & Strategische Sicherstellung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit Versorgungsanalysen sowie der Koordination, Leitung und Evaluation von Projekten zu innovativen Versorgungsformen. Kontakt: Johannes.Pollmanns@kvno.de

Marie Schluttig MSc
Simon Maria Kremer MSc
Dr. med. Thomas Assmann
Jana Schachtzabel BA
Prof. Dr. rer. pol. Clarissa Kurscheid

Neugestaltung eines Versorgungspfades durch digitale Integration

Change-Management und Prozessanpassung in der Zusammenarbeit zwischen einem ambulanten Pflegedienst und einer Hausarztpraxis

Zusammenfassung

Angesichts des steigenden Pflegebedarfs und Personalmangels in Deutschland sind innovative digitale Lösungen zur Optimierung der Zusammenarbeit notwendig. Bisherige Prozesse im Austausch von Vitaldaten und Medikationsplänen sind zeitaufwendig und fehleranfällig, was die Sicherheit und Effizienz der Versorgung beeinträchtigt. Ziel des Projekts Docs & Care Network war es, Standards für den strukturierten Datenaustausch zu entwickeln und eine nahtlose digitale Integration zu fördern, die es ermöglicht, Vitaldaten und Medikationspläne zeitnah und sicher zu übertragen. Die im Projekt angewandte Change-Management-Strategie stellt sicher, dass technische, organisatorische und zwischenmenschliche Aspekte der Digitalisierung gezielt adressiert und die Mitarbeitenden aktiv eingebunden werden. Die durchgeführten Workshops haben Prozessverbesserungen ermöglicht, die sowohl die Qualität der Patientenversorgung als auch die Effizienz der Zusammenarbeit zwischen Pflege und Hausarztpraxis steigern.

Schlüsselwörter

Change-Management, Versorgungspfad, Digitalisierung, Pflege

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.03.25.1866-0533.2726

Hintergrund

Im Jahr 2023 waren etwa 1,26 Millionen Menschen in Pflegeeinrichtungen beschäftigt (Statistisches Bundesamt 2024b). Circa 292.000 sozialversicherungspflichtig beschäftigte Pflegekräfte arbeiteten im Jahr 2023 in der ambulanten Pflege (Bundesagentur für Arbeit 2024). Bis 2049 werden voraussichtlich mindestens 280.000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt, wenn sich die derzeitigen Trends fortsetzen (Statistisches Bundesamt 2024a). Der Pflegeberuf leidet unter mangelnder gesellschaftlicher Anerkennung, eingeschränkten Entwicklungsmöglichkeiten und ungünstigen Arbeitsbedingungen wie Schichtdienst und hoher körperlicher Belastung, was die Attraktivität des Berufs verringert (Zandt 2022; Breinbauer 2020). Auch Versorgungsbarrieren und Medienunterbrechungen zwischen den verschiedenen Akteur:innen im Gesundheitssektor erschweren die Pflege, besonders im Rahmen der ambulanten Betreuung.

Aktuell gibt es in Deutschland etwa 5,7 Millionen Pflegebedürftige. Aufgrund des demografischen Wandels wird diese Zahl in Zukunft weiter ansteigen. Etwa 86% der pflegebedürftigen Personen werden zu Hause versorgt. Bei den Personen, die zu Hause versorgt werden, kümmern sich bei etwa 55% ausschließlich Angehörige um die Pflege, während etwa 19% durch ambulante Pflegedienste unterstützt werden (Statistisches Bundesamt 2024c). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Relation zwischen den Pflegebedürftigen und den in der Pflege Beschäftigten als ein kritischer Indikator für die Kapazität des Pflegesystems dar. Ein Ansatz zur Bewältigung dieser Herausforderungen liegt in der Digitalisierung, die den Personaleinsatz unterstützt und Effizienzgewinne verspricht. Digitale Plattformen ermöglichen die Automatisierung wiederkehrender Tätigkeiten, sodass Pflegekräfte mehr Zeit für die Versorgung der Patient:innen gewinnen. Besonders im ambulanten Bereich kann die Nutzung digitaler Technologien die Zusammenarbeit zwischen Pflegediensten und Hausarztpraxen verbessern, was sowohl die Sicherheit der Patient:innen als auch die Ressourcenverwendung optimiert (Auffenberg 2021). Hier setzte das Projekt Docs & Care Network an, in welchem Standards für den strukturierten Informationsaustausch von Vitaldaten und Medikationsplänen zwischen ambulanter Pflege und Hausärzt:innen erarbeitet werden sollen.

>> Das Projekt wurde vom GKV-Spitzenverband im Rahmen des Modellprogramms zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur (TI) nach § 125 SGB XI gefördert. Die TI dient der sicheren und standardisierten Vernetzung von Akteur:innen im Gesundheitswesen in Deutschland. Sie ist ein geschlossenes Netz mit Zugang ausschließlich für registrierte Nutzer:innen (Personen oder Institutionen). Durch die Trennung vom öffentlichen Internet bietet sie einen hohen Schutz. Dies wird durch ein virtuelles privates Netzwerk ermöglicht, das eine sichere Datenübertragung gewährleistet (Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik 2021). Der Datenaustausch im Projekt Docs & Care Network erfolgt über den Kommunikationsdienst Kommunikation im Medizinwesen (KIM) und soll die Zusammenarbeit erleichtern, um die Versorgung der Pflegebedürftigen zu verbessern. Durch eine kontinuierliche digitale Übertragung der Vitaldaten können Ärzt:innen regelmäßig die Werte ihrer Patient:innen einsehen und bei Auffälligkeiten ohne Verzögerung reagieren.

Doch neben den Vorteilen der Digitalisierung bestehen auch Herausforderungen. Ambulante Pflegedienste und Hausarztpraxen stoßen auf technische Barrieren, es braucht neue Arbeitsprozesse und gezielte Schulungen des Personals (Borges do Nascimento et al. 2023). Eine umfassende Change-Management-Strategie ist entscheidend, um sowohl technologische als auch menschliche und organisatorische Faktoren in Einklang zu bringen und alle Beteiligten aktiv in die Einführung digitaler Neuerungen einzubinden. Change-Management umfasst die Entwicklung und Implementierung von Strategien zur Steuerung der Veränderungsprozesse innerhalb der Organisationen. Es beinhaltet die Unterstützung und Vorbereitung der Mitarbeitenden auf die bevorstehenden Veränderungen, die Anpassung der bestehenden Arbeitsprozesse und die Sicherstellung einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung (Schneider 2019).

Um positive Ergebnisse bei der Implementierung von digitalen Diensten zu erreichen, ist die Einbeziehung der Fachkräfte in die Entscheidungsfindung von hoher Bedeutung (Ross et al. 2016; Na-

dav et al. 2021; Papoutsi et al. 2021). Deshalb wurden während des Projektes Docs & Care Network mehrere projektbegleitende Workshops durchgeführt, deren Inhalte und Ergebnisse im Folgenden dargestellt werden.

Ausgangssituation im Projekt Docs & Care Network

Die Versorgung eines pflegebedürftigen Menschen in der eigenen Häuslichkeit gestaltet sich zum einen über die (haus-)ärztlich-medizinische und zum anderen über die pflegerische Versorgung (Hovlin et al. 2022). Die ambulante Pflege führt je nach Versorgungsbedarf und entsprechender Pflegegradeinstufung der Patient:innen verschiedene Aufgaben aus. Neben den pflegerischen Maßnahmen der Grund- und Behandlungspflege nach SGB XI (soziale Pflegeversicherung) übernimmt sie auch ärztlich delegierte, verordnete Leistungen wie z. B. das Stellen der Medikamente. Für diese Tätigkeit ist ein von der Hausarztpraxis regelmäßig aktualisierter Medikationsplan die Grundlage. Dieser wird von der Pflegedienstleitung (PDL) einmal im Monat mit dem Hausarzt abgestimmt. Häufig müssen jedoch von der PDL verschiedene Medikationspläne (Haus- und Fachärzt:innen) zusammengefügt werden, um eine einheitliche Übersicht zu erhalten. Ein automatischer Datentransfer lag bisher nicht vor. Der Medikationsplanprozess vor der digitalen Integration ist in Abbildung 1 dargestellt.

Idealtypische Abläufe der Prozesse am Beispiel des Unternehmens Lebensbaum GmbH vor der digitalen Integration

Der Pflegedienst erhebt Vitaldaten zum gezielten Monitoring des Krankheitsverlaufes der Patient:innen. Diese Erhebungen werden zum Teil über ärztliche Verordnungen durchgeführt und von der gesetzlichen Krankenkasse vergütet. Über eine Medizinische Dokumentationsassistenz-App (MDA-App) werden die Daten von der Pflegefachkraft auf dem Mobiltelefon in der Häuslichkeit erfasst. Die Daten werden am Ende der Pflegetour auf den Server der Pflegeeinrichtung übertragen. Vor der Integration der digitalen Lösung wurden die übermittlungsrelevanten Daten über die jeweilige Zentralstelle der Pflegeeinrichtung ausgedruckt und an die Praxis gefaxt, die dort wiederum die Daten in eine Abrechnungsakte im Praxisverwaltungssystem digitalisieren. Der Vitaldatenprozess vor der digitalen Integration ist in Abbildung 2 dargestellt.

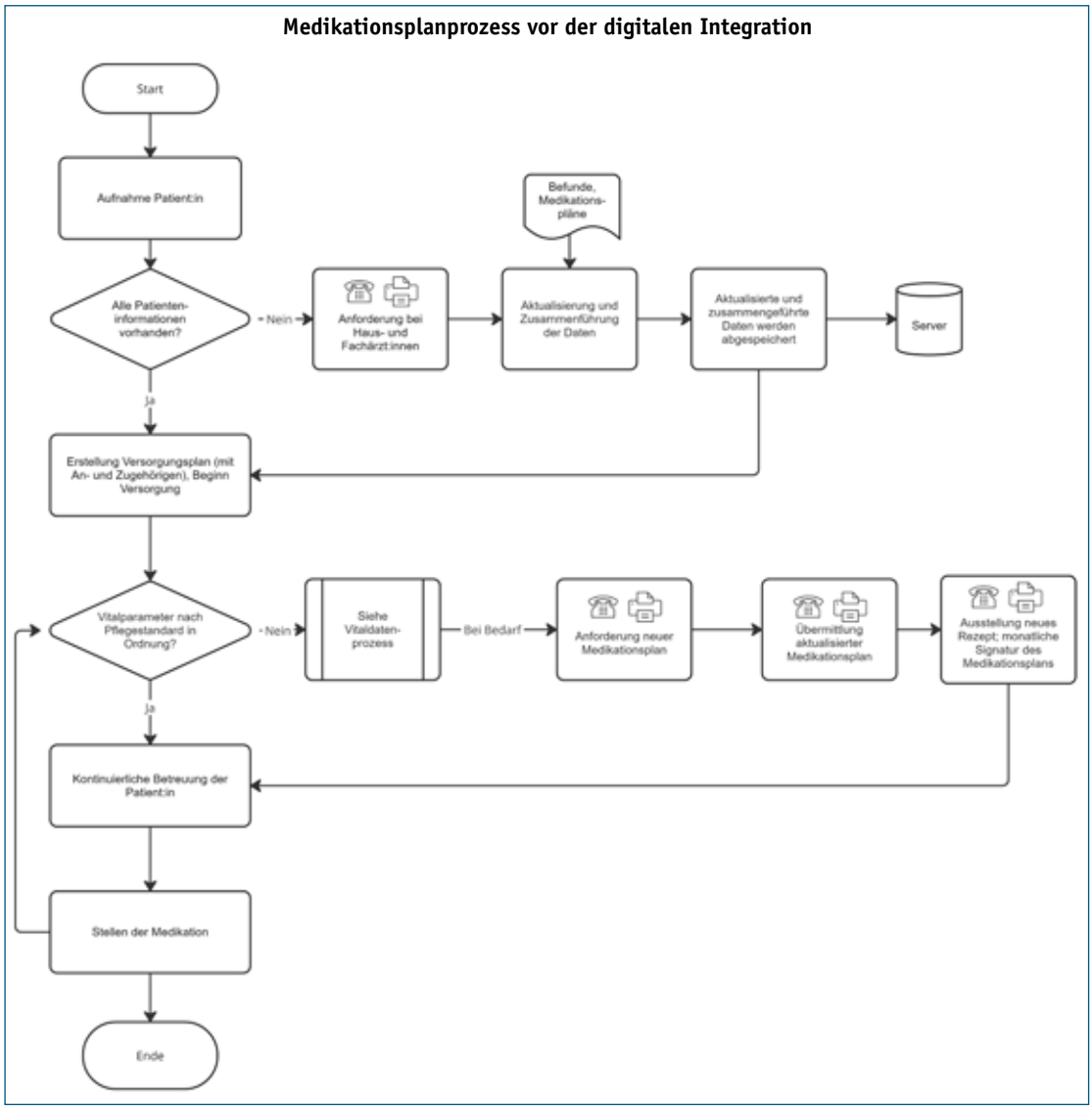


Abb. 1: Medikationsplanprozess vor der digitalen Integration (Quelle: eigene Darstellung).

Im regelmäßigen Betreuungsablauf als auch bei kurzfristig veränderter medizinischer oder pflegerischer Versorgungssi-' tuation der Patient:innen müssen sowohl der Medikationsplan als auch die Vitaldaten mit der Hausarztpraxis ausgetauscht werden. Aufgrund der begrenzten Erreichbarkeit der Hausärzt:innen im Praxisbetrieb benötigte die PDL im Durchschnitt mindestens zwei Kontakte, um Aktualisierungen über die Praxis absichern lassen zu können. Dies führte zu einem hohen zeitlichen und organisatorischen Aufwand der PDL, zumal Fax und Telefon hierbei immer noch

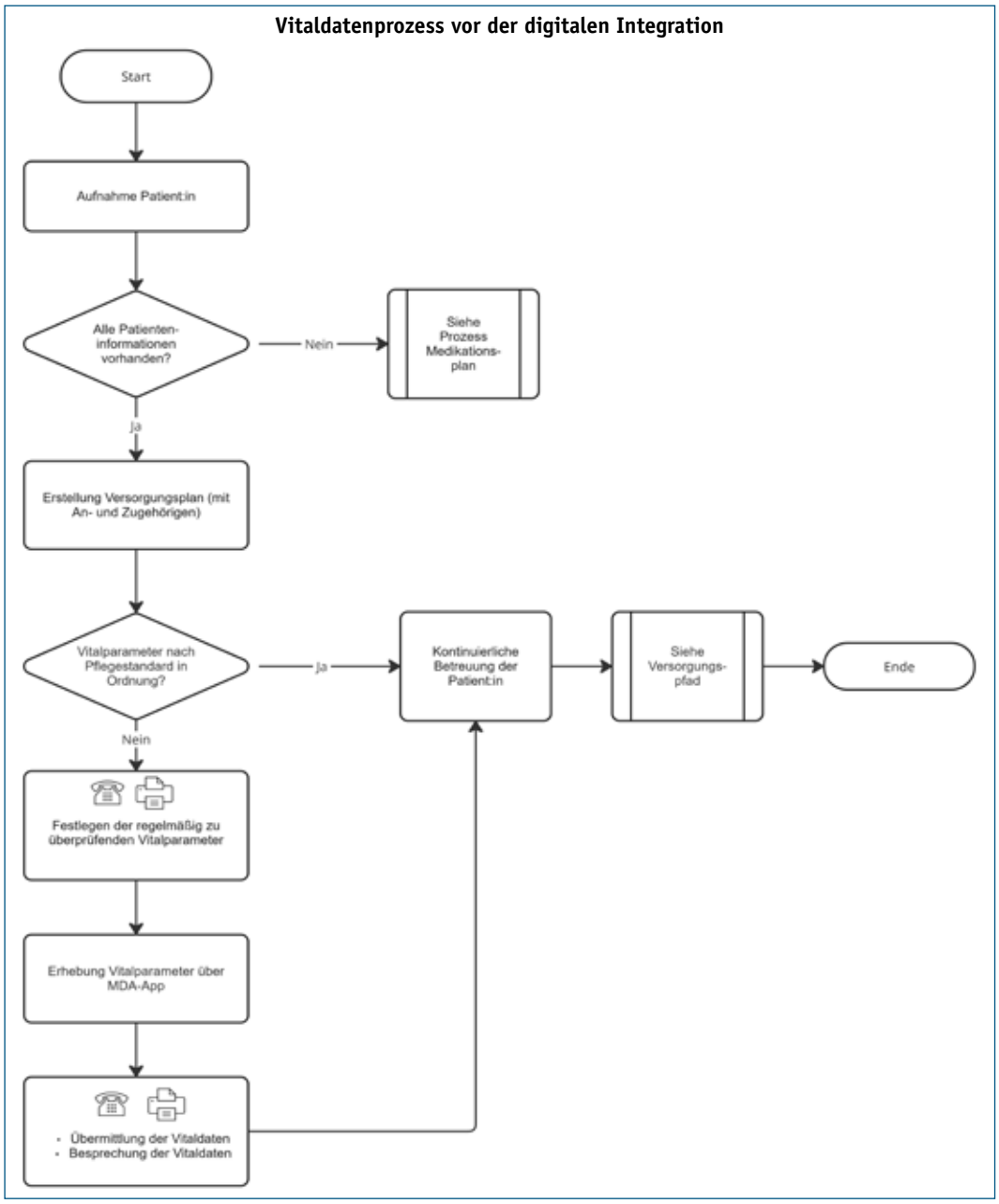


Abb. 2: Vitaldatenprozess vor der digitalen Integration (Quelle: eigene Darstellung).

die Kommunikationsmittel der ersten Wahl sind. Neben dem hohen organisatorischen Aufwand des Pflegedienstes zur Anfrage notwendiger Patientendaten in der Arztpraxis, können Übertragungsfehler in der Informationsweiterleitung entstehen, die wiederum zu Missverständnissen in der Behandlung und schlimmstenfalls zu falschen Therapieentscheidungen auf der ärztlichen Seite führen (Foronda et al. 2016). Ein strukturierter elektronischer Datenaustausch fand bisher nicht statt.

Aufgrund der Pflegebedürftigkeit und Immobilität der Patient:innen werden von Ärzt:innen für Behandlungen teilweise Hausbesuche durchgeführt. Vor dem Hintergrund des absehbaren Hausärztemangels bei gleichzeitig wachsendem Bedarf an (haus-) ärztlichen und pflegerischen Leistungen nimmt die Delegation ärztlicher Leistungen an weitere Gesundheitsberufe, zumeist an speziell ausgebildete medizinische Fachangestellte (MFA), immer mehr an Bedeutung zu (Goetz et al. 2017). Unter verschiedenen Qualifikationsmodellen sind die Weiterbildungen für medizinische Fachangestellte VERAH (Versorgungsassistent:in der Hausarztpraxis) und NäPa (nicht ärztliche Praxisassistent:in) aufgrund der Einbindung und Finanzierung in selektivvertragliche Versorgungsmodelle sowie in der Regelversorgung bedeutsam (Mergenthal und Güthlin 2021). Die/Der Versorgungsassistent:in führt die delegierten Leistungen in häufig zeitlich aufwendigen Hausbesuchen durch, in denen sie/er unter anderem Vitalwerte erhebt als auch den Medikationsplan prüft. Die Kontrolle der Medikationspläne und der Vitaldaten verursachten häufig Doppeluntersuchungen und -dokumentationen.

Vorgehen in den Workshops

Um den Change und die Prozessänderungen in der Praxis und der ambulanten Pflege aktiv zu begleiten, wurden sechs Workshops im Verlauf des Projekts durchgeführt (siehe Tab. 1).

Veränderte Prozesse und Rollen nach der Implementierung der digitalen Lösung

Im Folgenden wird in zeitlicher Reihenfolge der Projektumsetzung zuerst auf den Vitaldatenprozess, dann auf den Medikationsplanprozess und anschließend auf die Entwicklung des Versorgungspfades und die Aufteilung der Rollen eingegangen.

Vitaldatenprozess

Im Verlauf des Projekts wurde die Möglichkeit geschaffen, die von den Pflegefachkräften in der Software erfassten Vitalparameter direkt über die TI mittels KIM in das Praxisverwaltungssystem der hausärztlichen Praxis zu übermitteln. In begleitenden Workshops und Retrospektiven äußerte die Praxis den Wunsch, die übermit-

Ziele und Methodiken der Workshops			
Workshop	**Ziele**	**Methode**	**Teilnehmende**
1	Identifikation der Kommunikationswege zwischen ambulanter Pflege und hausärztlicher Praxis und auftretender Schnittstellenprobleme sowie relevanter Vitalparameter und Erhebungshäufigkeit	Gruppendiskussion (Vogl 2014)	Pflege, Medizin, IT, Projektmanagement
2	Reflexion und Diskussion der Vitaldaten und Kommunikations- und Arbeitsprozesse; Verdeutlichung Kommunikations- und Arbeitsworkflow zwischen Pflege und Praxis; Ableitung Digitalisierungspotenziale	Gruppendiskussion (Vogl 2014)	Pflege, Medizin, IT, Projektmanagement
3	Darstellung Ablaufprozesse Medikationsmanagement und Kooperationsprozesse der beiden Berufsgruppen; Entwicklung Lösungsansätze in der Kommunikation	Interviews (qualitative Inhaltsanalyse, (Mayring und Fenzl 2022); Gruppendiskussion (Vogl 2014); Walt-Disney-Methode (van Aerssen und Buchholz 2018)	Interviews: Pflege, Medizin Workshop: Pflege, Medizin, IT, Projektmanagement
4	Entwicklung Soll-Prozess im Medikationsmanagement, Retrospektive des Vitaldatenprozesses	Prozessmapping (Kostka und Kostka 2013); Sailboat Retrospektive (Gonçalves und Linders 2016)	Pflege, Medizin, Medizinische Fachangestellte
5	Zusammenführung der bisher erarbeiteten Prozesse; Entwicklung eines Versorgungspfades; Festlegung der Kommunikationsdeterminanten	Gruppendiskussion (Vogl 2014); Prozessmapping (Kostka und Kostka 2013); RACI-Matrix (Lohmann 2021)	Pflege, Medizin, IT, Projektmanagement
6	Finalisierung des Versorgungspfades sowie der Rollen und Verantwortlichkeiten entlang des Versorgungspfades; Reflexion der Projekterfahrungen	Gruppendiskussion (Vogl 2014); Prozessmapping (Kostka und Kostka 2013); RACI-Matrix (Lohmann 2021); 4L-Retrospektive (Gottesdiener 2010)	Pflege, Medizin, IT, Projektmanagement

Tab. 1: *Ziele und Methodiken Workshops (Quelle: eigene Darstellung).*

telten Parameter mithilfe eines Ampelsystems darzustellen, sodass kritische Werte sofort erkennbar sind. Dies wurde von den Entwicklern des Praxisverwaltungssystems entsprechend umgesetzt.

Durch die digitale Integration änderte sich der Vitaldatenprozess wie folgt (siehe Abb. 3). Nach der initialen Aufnahme der Patient:innen und der Zusammenführung aller relevanten Befunde und Medikationspläne durch die Pflegefachkraft beginnt die Versorgung. Die Vitalparameter werden weiterhin über die Software erfasst. Nach der Übermittlung in das Praxisverwaltungssystem erfolgt nun eine Überwachung der Werte durch die Hausärzt:innen, wodurch telefonische Rücksprachen und die Übermittlung per Fax deutlich reduziert werden konnten. Rückfragen können nun auch über eine E-Nachricht mittels KIM gestellt werden.

Medikationsplanprozess

In einem zweiten Schritt wurde auch die Übermittlung des Medikationsplans von der Hausarztpraxis zum ambulanten Pflegedienst ermöglicht. Nach der initialen Aufnahme der Patient:innen durch die Pflegefachkraft wird auf Vollständigkeit der Unterlagen geprüft. Sollte diese nicht gegeben sein, erfolgt eine digitale Anforderung der Informationen per KIM bei der Hausarztpraxis. Nach der Aktualisierung und Zusammenführung der Daten wird der aktuelle Medikationsplan digital über die TI an die Hausarztpraxis übermittelt. Die ambulante Pflege überträgt anschließend die Daten in ihrer Software und die Daten werden an den Server übertragen. Nach der Erstellung des Versorgungsplans und dem Beginn der Versorgung wird bei der pflegerischen Versorgung eine Prüfung der Vitalparameter nach dem Pflegestandard ausgeführt. Falls die Vitalparameter nicht in Ordnung sind, greift der Vitaldatenprozess (siehe Abb. 3). Es wird bei der Hausarztpraxis per KIM (über eine E-Nachricht) ein neuer Medikationsplan angefordert. In der Hausarztpraxis wird der Medikationsplan anschließend digital angepasst und über TI an den Pflegedienst übermittelt sowie eine neue Verordnung ausgestellt (siehe Abb. 4).

Versorgungspfad

Der in Abbildung 5 dargestellte Versorgungspfad beschreibt nach Zusammenführen der beiden Prozesse den Ablauf in der Zusammenarbeit zwischen der ambulanten Pflege und einer Hausarzt- bzw. Facharztpraxis. Der Versorgungspfad ist in mehrere Phasen unterteilt, in denen Verantwortlichkeiten, Handlungsschritte und erforderliche Dokumente definiert sind (Abb. 5).

Aufteilung der Rollen

Im Rahmen der beiden letzten Workshops wurden die Rollen und Verantwortlichkeit der relevanten Akteur:innen entlang des Versorgungspfades festgelegt.

Die RACI-Matrix definiert vier Schlüsselrollen (Lohmann 2021):

1. R – Verantwortlich (Responsible): Die Person oder Organisationseinheit, die die Aufgabe ausführt und für deren Erledigung verantwortlich ist.
2. A – Zuständig (Accountable): Die Instanz, die die letztliche Verantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung der Aufgabe trägt.
3. C – Konsultiert (Consulted): Personen oder Stellen, die während der Aufgabenerfüllung zurate gezogen werden.
4. I – Informiert (Informed): Akteur:innen, die über den Fortschritt, Entscheidungen und Ergebnisse informiert werden.

Die Rollen werden im Folgenden anhand der einzelnen Akteur:innen genauer beschrieben.

- **Patient:innen und Angehörige:** Sie werden hauptsächlich in Bezug auf Informationsflüsse („I“) eingebunden, insbesondere bei der Patientenaufnahme und der Begleitung der Dauer- und Bedarfsmedikation. Zudem werden sie bei Medikationsanpassungen und bei der Erhebung von Vitalparametern informiert oder konsultiert. In einigen Fällen, wie bei der Medikamenteneinnahme, können Angehörige auch eine „R“- oder „A“-Rolle übernehmen, abhängig vom Bedarf.
- **Ambulante Pflege:** Die ambulante Pflege übernimmt in vielen Fällen eine „R“-Rolle, insbesondere bei der Zusammenstellung von Medikamenten, deren Verabreichung sowie der kontinuierlichen Begleitung der Medikation. Sie trägt zudem oft die „A“-Verantwortung bei der digitalen Anpassung von Medikationsplänen und der Prüfung von Bedarfsmedikationen. In einigen Fällen agiert sie auch als „I“, z. B. Rückmeldungen von Medikationsänderungen.
- **Hausarztpraxis:** Die Hausarztpraxis hat in vielen Prozessen sowohl eine „R“- als auch „A“-Rolle, insbesondere bei der Überprüfung und Aktualisierung von Befunden und Medikationsplänen sowie der Ausstellung von neuen Verordnungen (E-Rezept). Sie ist auch aktiv in der kontinuierlichen Begleitung der Medikation involviert.
- **Facharztpraxis:** Die Facharztpraxis hat in den meisten Fällen eine beratende oder unterstützende Funktion („C“), wird jedoch bei der Ausstellung von neuen Verordnungen („R“) auch direkt involviert.
- **Apotheke:** Die Apotheke übernimmt die Rolle der Verantwortlichen („R“) bei der Medikamentenbereitstellung und ist teilweise für den Ausdruck und die Ablage von Medikationsplänen verantwortlich.

Auswirkungen auf die Versorgung der Patient:innen

Die Digitalisierung des Austausches von Vitaldaten und Medikationsplänen zwischen Hausarztpraxis und ambulantem Pflegedienst birgt Potenzial zur Verbesserung der Versorgung von Patient:innen. Durch die schnellere und sicherere Übermittlung von Vitaldaten wird eine zeitnahe Reaktion auf gesundheitliche Veränderungen der Patient:innen ermöglicht, da durch das Ampelsystem kritische Werte hervorgehoben werden. Studien zeigen, dass eine engmaschige Überwachung von Vitalparametern, beispielsweise bei Patient:innen mit chronischen Erkrankungen, zu besseren Gesundheitsoutcomes führt (Omboni et al. 2020; Dinesen et al. 2016). Die regelmäßige Übertragung von Vitaldaten, wie sie in diesem Projekt implementiert wurde, ermöglicht eine frühere Intervention bei sich verschlechternden Werten. Eine Metaanalyse von Sakima et al. aus dem Jahr 2024 bestätigt, dass die telemedizinische Überwachung von Vitalparametern bei Patient:innen mit Bluthochdruck signifikant zur Reduzierung von kardiovaskulären Ereignissen beiträgt (Sakima et al. 2024). Dieses Beispiel verdeutlicht, dass die Über-

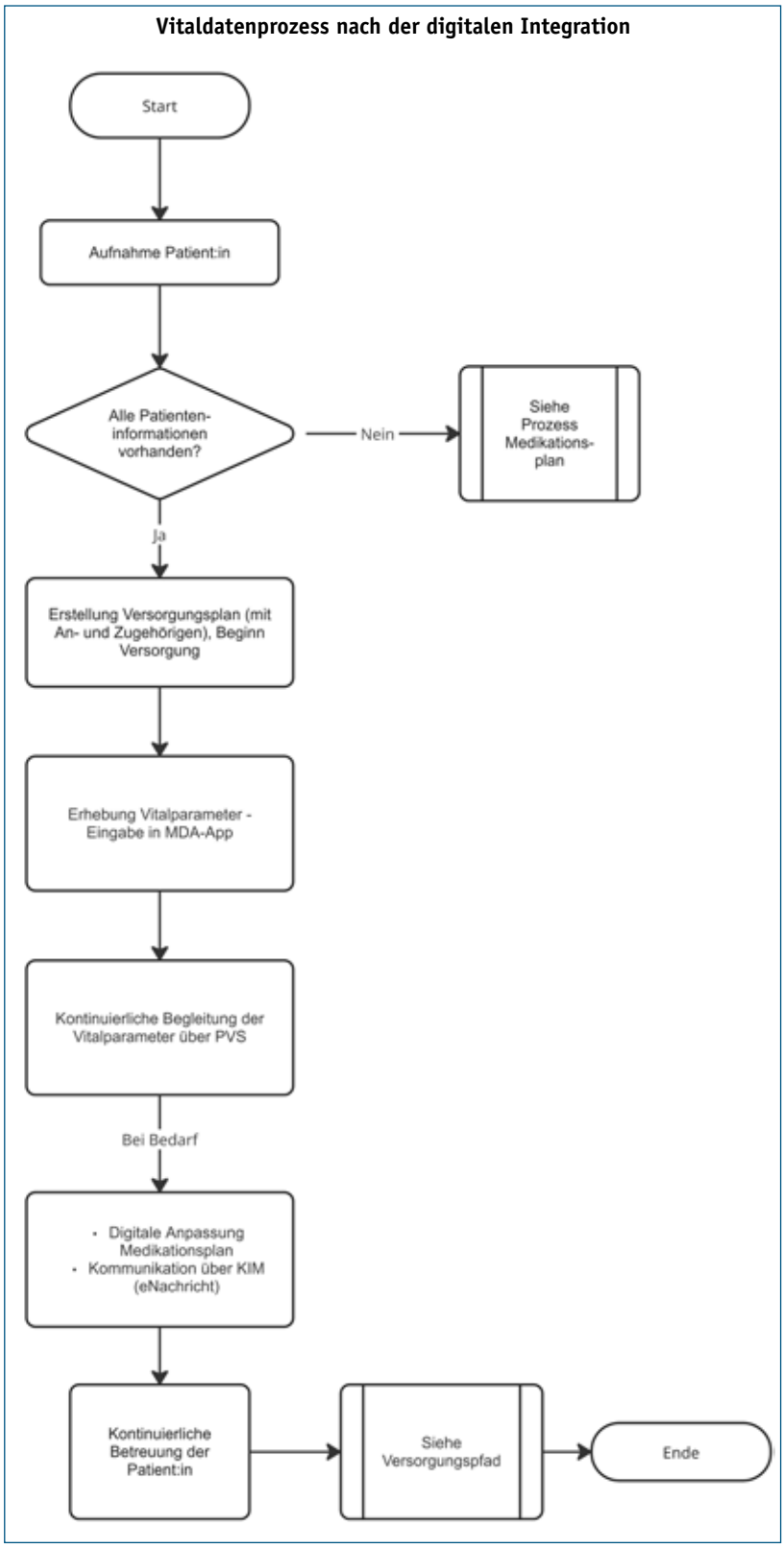


Abb. 3: Vitaldatenprozess nach der digitalen Integration (Quelle: eigene Darstellung).

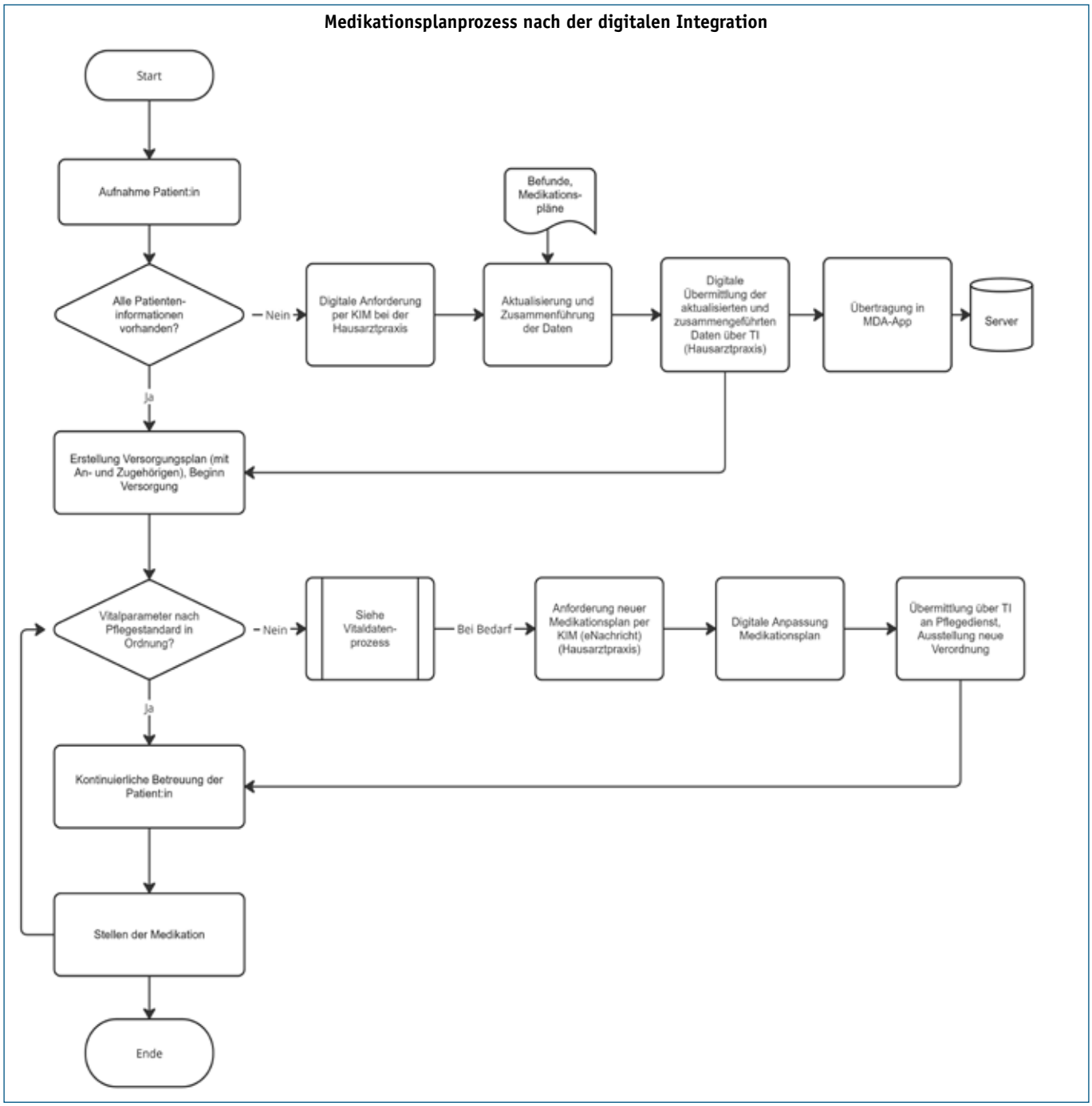


Abb. 4: Medikationsplanprozess nach der digitalen Integration (Quelle: eigene Darstellung).

tragung von Vitalwerten, insbesondere in der ambulanten Pflege, das Risiko schwerer Komplikationen verringern kann. Zweitens verbessert die digitale Übermittlung von Medikationsplänen die Arzneimitteltherapiesicherheit. Eine der häufigsten Ursachen für unerwünschte Arzneimittelereignisse ist die fehlerhafte oder verspätete Anpassung von Medikationsplänen (Bourgeois et al. 2010). Durch die Implementierung eines standardisierten digitalen Austauschs von Medikationsinformationen zwischen den verschiedenen Versorgenden im Gesundheitswesen wird die Wahrscheinlichkeit von Übertragungsfehlern reduziert. Eine Studie von Osmani et al. (2023) zeigt, dass die elektronische Übermittlung von Medikationsplänen zu einer signifikanten Reduktion von Medikationsfehlern und zu einer verbesserten Therapietreue führt (Osmani et al. 2023).

Das kontinuierliche Monitoring von Vitalparametern wie Blutdruck und Sauerstoffsättigung ermöglicht eine zeitnahe Anpassung der Medikation und führt somit auch zu einer Vermeidung von Krankenhausaufenthalten (Stergiopoulos et al. 2024).

Außerdem trägt die Digitalisierung zur Verbesserung der Kommunikationsstrukturen zwischen den verschiedenen Akteur:innen im Gesundheitswesen bei. Denn fehlende oder verzögerte Kommunikation ist eine der Hauptursachen für Versorgungsbrüche und vermeidbare Krankenhauseinweisungen bei älteren Patient:innen

Versorgungspfad nach der digitalen Integration

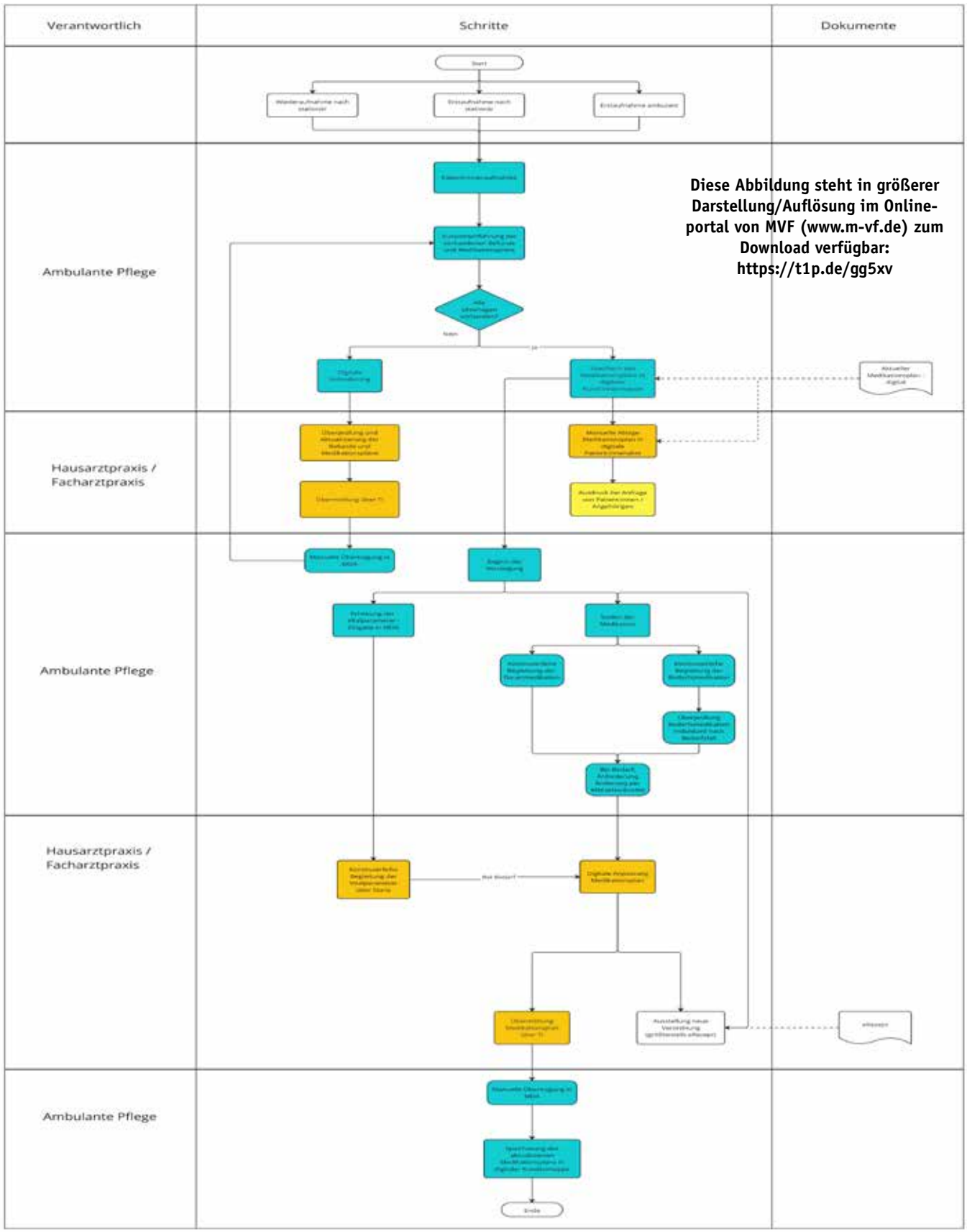


Abb. 5: Versorgungspfad nach der digitalen Integration (Quelle: eigene Darstellung).

(Sheehan et al. 2021). Durch die Einführung digitaler Kommunikationsplattformen, wie sie im „Docs & Care Network" verwendet werden, wird der Informationsaustausch beschleunigt, wodurch Pflegekräfte und Ärzt:innen schneller auf Veränderungen im Gesundheitszustand reagieren können und negative Folgen für Patient:innen vermeiden können (Campanella et al. 2016).

Fazit

Das Projekt „Docs & Care Network" zeigt, wie die Digitalisierung des Informationsaustausches zwischen der ambulanten Pflege und der hausärztlichen Versorgung einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Patientenversorgung leisten kann. Angesichts des demografischen Wandels und des steigenden Pflegebedarfs wird der Fachkräftemangel zunehmend zur Herausforderung, der durch den Einsatz digitaler Lösungen zumindest teilweise aufgefangen werden kann. Die Digitalisierung von Kommunikationsprozessen, wie dem Austausch von Vitaldaten und Medikationsplänen, reduziert nicht nur den organisatorischen Aufwand, sondern verbessert auch die Sicherheit der Patient:innen und in der Pflege.

Ein wesentlicher Faktor für den Erfolg solcher Projekte ist jedoch die politische Unterstützung. Politische Entscheidungen, etwa zur Förderung von Modellprojekten wie „Docs & Care Network" und zur Integration der TI in die Pflege, schaffen die notwendigen Rahmenbedingungen für die digitale Transformation. Ohne gezielte gesetzliche Initiativen, wie sie etwa in § 125 SGB XI festgelegt sind, wäre die flächendeckende Implementierung digitaler Lösungen in der Pflege kaum realisierbar. Bisher wird jedoch zu wenig darauf geachtet, die innerhalb solcher Projekte geschaffenen Strukturen nachhaltig zu sichern, sie auch nach Projektende weiterzuführen und auf weitere Akteur:innen auszuweiten.

Pflegedienste und Arztpraxen stehen bei der Implementierung digitaler Systeme vor Herausforderungen. Technische Barrieren, der Schulungsbedarf und die Anpassung der Arbeitsprozesse sind Beispiele für Hürden, die im Rahmen eines erfolgreichen Change-Managements adressiert werden müssen. Hier können politische Maßnahmen ebenfalls unterstützend wirken, indem sie die Begleitung solcher Projekte durch ein fachliches Prozessmanagement legitimieren.

Die digitale Integration bietet nicht nur Potenzial für eine bessere Patientenversorgung, sondern kann einerseits die Entlastung des Pflegepersonals, was die Attraktivität der Berufe im Gesundheitswesen steigern kann, und andererseits die Reduzierung von Ressourcen ermöglichen. Nur durch eine ganzheitliche Strategie, die technologische, organisatorische und politische Aspekte integriert, lässt sich eine nachhaltige Veränderung im Pflegesystem erreichen. <<

Literatur

Auffenberg, Jennie (2021): Fachkräftemangel in der Pflege? Große Potenziale wollen gehoben werden. Online verfügbar unter https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Presse/Bericht_zur_Lage_2021_Auffenberg_Fachkr%C3%A4ftemangel_in_der_Pflege.pdf, zuletzt geprüft am 23.09.2024.

Borges do Nascimento, Israel Júnior; Abdulazeem, Hebatullah; Vasanthan, Lenny Thinagaran; Martinez, Edson Zangiacomi; Zucoloto, Miriane Lucindo; Østengaard, Lasse et al. (2023): Barriers and facilitators to utilizing digital health technologies by healthcare professionals. In: NPJ digital medicine 6 (1), S. 161. DOI: 10.1038/s41746-023-00899-4.

Bourgeois, Florence T.; Shannon, Michael W.; Valim, Clarissa; Mandl, Kenneth D. (2010): Adverse drug events in the outpatient setting: an 11-year national analysis. In: Pharmacoepidemiology and drug safety 19 (9), S. 901–910. DOI: 10.1002/pds.1984.

Breinbauer, Mareike (2020): Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der Pflege. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Bundesagentur für Arbeit (2024): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Online verfügbar unter https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 23.09.2024.

Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (2021): Telematikinfrastruktur – sichere Vernetzung medizinischer Versorgung. Online verfügbar unter https://www.bsi.bund.de/DE/Themen/Unternehmen-und-Organisationen/Standards-und-Zertifizierung/E-Health/Telematikinfrastruktur/telematikinfrastruktur.html.

Campanella, Paolo; Lovato, Emanuela; Marone, Claudio; Fallacara, Lucia; Mancuso, Agostino; Ricciardi, Walter; Specchia, Maria Lucia (2016): The impact of electronic health records on healthcare quality: a systematic review and metaanalysis. In: European journal of public health 26 (1), S. 60–64. DOI: 10.1093/eurpub/ckv122.

Dinesen, Birthe; Nonnecke, Brandie; Lindeman, David; Toft, Egon; Kidholm, Kristian; Jethwani, Kamal et al. (2016): Personalized Telehealth in the Future: A Global Research Agenda. In: J Med Internet Res 18 (3), e53. DOI: 10.2196/jmir.5257.

Foronda, Cynthia; MacWilliams, Brent; McArthur, Erin (2016): Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. In: Nurse education in practice 19, S. 36–40. DOI: 10.1016/j.nepr.2016.04.005.

Goetz, Katja; Kornitzky, Anna; Mahnkopf, Janis; Steinhäuser, Jost (2017): At the dawn of delegation? Experiences and attitudes of general practitioners in Germany - a questionnaire survey. In: BMC family practice 18 (1), S. 102. DOI: 10.1186/s12875-017-0697-y.

Gonçalves, L.; Linders, B. (2016): Getting Value out of Agile Retrospectives. A Toolbox of Retrospective Exercises: Leanpub.

Gottesdiener, E. (2010): The 4L's, A Retrospective Technique. Online verfügbar unter https://www.ebgconsulting.com/blog/the-4ls-a-retrospective-technique/, zuletzt geprüft am 09.10.2024.

Hovlin, Lina; Hallgren, Jenny; Dahl Aslan, Anna K.; Gillsjö, Catharina (2022): The role of the home health care physician in mobile integrated care: a qualitative phenomenograpic study. In: BMC geriatrics 22 (1), S. 554. DOI: 10.1186/s12877-022-03211-3.

Kostka, Claudia; Kostka, Sebastian (2013): Der kontinuierliche Verbesserungsprozess. Methoden des KVP. 6. Aufl. München: Hanser (Pocket-Power, 022).

Lohmann, Ulrich (2021): Das Management von Prozessen und Projekten. In: Ulrich Lohmann (Hg.): Architekturen der Verwaltungsdigitalisierung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 73–121.

Mayring, Philipp; Fenzl, Thomas (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Nina Baur und Jörg Blasius (Hg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 691–706.

Mergenthal, Karola; Güthlin, Corina (2021): Einflussgrößen auf die Arbeitszufriedenheit von Medizinischen Fachangestellten. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualitat im Gesundheitswesen 167, S. 78–85. DOI: 10.1016/j.zefq.2021.09.006.

Nadav, Janna; Kaihlanen, Anu-Marja; Kujala, Sari; Laukka, Elina; Hilama, Pirjo; Koivisto, Juha et al. (2021): How to Implement Digital Services in a Way That They Integrate Into Routine Work: Qualitative Interview Study Among Health and Social Care Professionals. In: J Med Internet Res 23 (12), e31668. DOI: 10.2196/31668.

Omboni, Stefano; McManus, Richard J.; Bosworth, Hayden B.; Chappell, Lucy C.; Green, Beverly B.; Kario, Kazuomi et al. (2020): Evidence and Recommendations on the Use of Telemedicine for the Management of Arterial Hypertension: An International Expert Position Paper. In: Hypertension (Dallas, Tex.: 1979) 76 (5), S. 1368–1383. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15873.

Osmani, F.; Arab-Zozani, M.; Shahali, Z.; Lotfi, F. (2023): Evaluation of the effectiveness of electronic prescription in reducing medical and medical errors (systematic review study). In: Annales Pharmaceutiques Françaises 81 (3), S. 433–445. DOI: 10.1016/j.pharma.2022.12.002.

Papoutsi, Chrysanthi; Wherton, Joseph; Shaw, Sara; Morrison, Clare; Greenhalgh, Trisha (2021): Putting the social back into sociotechnical: Case studies of codesign in digital health. In: Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA 28 (2), S. 284–293. DOI: 10.1093/jamia/ocaa197.

Ross, Jamie; Stevenson, Fiona; Lau, Rosa; Murray, Elizabeth (2016): Factors that influence the implementation of e-health: a systematic review of systematic reviews (an update). In: Implementation science : IS 11 (1), S. 146. DOI: 10.1186/s13012-016-0510-7.

Sakima, Atsushi; Akagi, Yuya; Akasaki, Yuichi; Fujii, Takako; Haze, Tatsuya; Kawakami-Mori, Fumiko et al. (2024): Effectiveness of digital health interventions for telemedicine/telehealth for managing blood pressure in adults: a systematic review and metaanalysis. In: Hypertension research: official journal of the Japanese Society of Hypertension. DOI: 10.1038/s41440-024-01792-7.

Schneider, Stephan (2019): Die (R)evolution des Change Management durch die Neurowissenschaften. In: Martina Oldhafer, Stephan Schneider, Elisabeth Beil, Claudia Schmidt und Felix Nolte (Hg.): Change Management in Gesundheitsunternehmen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 5–16.

Sheehan, Jacinta; Laver, Kate; Bhopti, Anoo; Rahja, Miia; Usherwood, Tim; Clemson, Lindy; Lannin, Natasha A. (2021): Methods and Effectiveness of Communication Between Hospital Allied Health and Primary Care Practitioners: A Systematic Narrative Review. In: Journal of multidisciplinary healthcare 14, S. 493–511. DOI: 10.2147/JMDH.S295549.

Statistisches Bundesamt (2024a): Bis 2049 werden voraussichtlich mindestens 280 000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/01/PD24_033_23_12.html, zuletzt geprüft am 25.10.2024.

Statistisches Bundesamt (2024b): Personal in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/personalpflegeeinrichtungen.html, zuletzt geprüft am 18.02.2025.

Statistisches Bundesamt (2024c): Pflege. Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftigepflegestufe.html, zuletzt geprüft am 18.02.2025.

Stergiopoulos, Georgios M.; Elayadi, Anissa N.; Chen, Edward S.; Galiatsatos, Panagis (2024): The effect of telemedicine employing telemonitoring instruments on readmissions of patients with heart failure and/or COPD: a systematic review. In: Frontiers in digital health 6, S. 1441334. DOI: 10.3389/fdgth.2024.1441334.

van Aerssen, Benno; Buchholz, Christian (Hg.) (2018): Das große Handbuch Innovation. 555 Methoden und Instrumente für mehr Kreativität und Innovation im Unternehmen. Unter Mitarbeit von Nicolas Burkhardt, Ariane Ernst, Jörn Rings, Sabine Rings, Armin Schobloch, Martin Spicker et al. München: Verlag Franz Vahlen.

Vogl, Susanne (2014): Gruppendiskussion. In: Nina Baur und Jörg Blasius (Hg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 581–586.

Autorenerklärung

Marie Schluttig und Jana Schachtzabel sind wissenschaftliche Mitarbeiterinnen, Prof. Dr. rer. pol. Clarissa Kurscheid ist Geschäftsführerin der figus GmbH (Privates Forschungsinstitut für Gesundheits- und Systemgestaltung) in Köln. Simon Maria Kremer ist Mitarbeiter der Lebensbaum GmbH, und Dr. med. Thomas Assmann ist Arzt im Hausärztlichen Zentrum Angelus in Lindlar.
Marie Schluttig, Jana Schachtzabel und Prof. Dr. rer. pol. Clarissa Kurscheid haben unentgeltlich an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet. An der Interpretation waren zudem Simon Maria Kremer und Dr. med. Thomas Assmann beteiligt.
Die Analyse wurde mit finanzieller Unterstützung des GKV-Spitzenverbands im Rahmen eines Modellprojekts nach § 125 SGB XI durchgeführt und von der figus GmbH (Privates Forschungsinstitut für Gesundheits- und Systemgestaltung) in Köln umgesetzt.

Zitationshinweis

Schluttig et al.: „Neugestaltung eines Versorgungspfades durch digitale Integration: Change-Management und Prozessanpassung in der Zusammenarbeit zwischen einem ambulanten Pflegedienst und einer Hausarztpraxis“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (03/25), S. 80–89. http://doi.org/10.24945/MVF.03.25.1866-0533.2726

Redesigning a care pathway through digital integration: change management and process customisation in the collaboration between an outpatient care service and a GP practice

In view of the increasing demand for care and staff shortages in Germany, innovative digital solutions are needed to optimise collaboration. Current processes for exchanging vital data and medication schedules are time-consuming and error-prone, which impairs the safety and efficiency of care. The aim of the Docs & Care Network project was to develop standards for structured data exchange and to promote seamless digital integration that enables vital data and medication plans to be transferred promptly and securely. The change management strategy applied in the project ensures that technical, organisational and interpersonal aspects of digitalisation are addressed in a targeted manner and that employees are actively involved. The workshops held have enabled process improvements that increase both the quality of patient care and the efficiency of collaboration between nursing and GP practices.

Keywords

care pathway, digitalization, nursing

Marie Schluttig MSc ORCID: 0009-0006-9360-8462
ist wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der figus GmbH – Privates Forschungsinstitut für Gesundheits- und Systemgestaltung in Köln. Sie absolvierte eine Ausbildung zur Sozialversicherungsfachangestellten, studierte Pflege- und Gesundheitsmanagement und schloss anschließend den Master in Versorgungswissenschaft ab.
Kontakt: M.Schluttig@figus.koeln



Simon Maria Kremer MSc ORCID: 0009-0001-6630-2998
leitet den Bereich Unternehmensentwicklung, in dem er für Unternehmensübernahmen, die Eröffnung neuer Standorte sowie die Entwicklung neuer Produkte verantwortlich ist. Zudem ist er als Leiter EDV / Digitale Prozesse für die Digitalisierung der gesamten Lebensbaum-Gruppe zuständig. Er besitzt einen Bachelor in Wirtschaftsinformatik und einen Master in IT-Management and Information Systems.
Kontakt: Simon_Maria.Kremer@lebensbaum.care



Dr. med. Thomas Aßmann ORCID: 0009-0004-6658-4456
ist Facharzt für Innere Medizin, Notfallmedizin, Naturheilverfahren, Gesundheitsvorsorge und Prävention bei dem Hausärztlichen Zentrum Angelus. Das Hausärztliche Zentrum Angelus hat zwei Standorte: zum einen in Lindlar und in Engelskirchen. Insgesamt werden mit fünf Ärzt:innen in den Fachbereichen Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren und Notfallmedizin ca. 3.200 Versicherte im Quartal versorgt. Kontakt: Thomas@angelus-praxis.de



Jana Schachtzabel BA ORCID: 0009-0000-5943-0345
arbeitet als wissenschaftliche Hilfskraft bei der figus GmbH – Privates Forschungsinstitut für Gesundheits- und Systemgestaltung in Köln. Sie besitzt einen Bachelor in Gesellschaftswissenschaften und studiert derzeit Soziologie im Master.
Kontakt: J.Schachtzabel@figus.koeln



Prof. Dr. rer. pol. Clarissa Kurscheid ORCID: 0000-0002-2831-180X
ist Geschäftsführerin des Forschungsinstituts für Gesundheits- und Systemgestaltung, figus GmbH. Sie hat eine Ausbildung als Physiotherapeutin. Es folgte ein Studium der Betriebswirtschaftslehre und der Gesundheitsökonomie sowie die Promotion an der Universität zu Köln. Sie war Studiendekanin an der Hochschule Fresenius und Präsidentin der EUFH Hochschule für Gesundheit, Pädagogik und Soziales, Köln. Kontakt: C.Kurscheid@figus.koeln



AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

„Crew Resource Management-basierte Aus- und Weiterbildung macht klinische Behandlungsteams erfolgreicher“

Die Crew Resource Management (CRM) begeisterten Akut- und Notfallmediziner Dres. Lukas Drabauer, Daniel Schmitz und Prof. Stefan Schröder führten zusammen mit einer Gruppe überzeugter CRM-Trainer einen Workshop zum Thema "CRM-basierte Aus- und Weiterbildung" für Entscheidungsträger der Artemed Klinikgruppe durch. Organisiert wurde der Workshop von der Artemed Akademie.

Krankenhäuser stellen ein komplexes Arbeitsumfeld dar, in dem verschiedene Berufsgruppen und Fachdisziplinen unter Einsatz moderner technischer Geräte zusammenarbeiten und gelten daher als Hochrisikobereiche. Patientensicherheit in der medizinischen Behandlung ist dann gegeben, wenn vermeidbare Schädigungen des Patienten durch das Handeln der Behandelnden ausgeschlossen sind. Tritt ein vermeidbarer Schaden ein, spricht man von einem unerwünschten Ereignis, das den Krankenhausaufenthalt des Patienten verlängern, nach der Entlassung bleibende Schäden hinterlassen oder zum Tod führen kann. Diese Komplikationen werden nicht durch die Krankheit, sondern durch das Personal verursacht und führen zu höheren Behandlungskosten. Darüber hinaus entstehen weitere Kosten, die weniger offensichtlich sind und selten berücksichtigt werden, z.B. Regressforderungen oder höhere Versicherungsprämien (erkennbare Fehlerkosten durch Qualitätsmängel). Des Weiteren verhindern längere Verweildauern mit zusätzlichem Einsatz von Medizintechnik und verspätete Entlassungen die Neuaufnahme von Patienten in die vorhandenen Bettenkapazitäten. Diese zusätzlichen (versteckten) Fehlerkosten sind in der Regel schwer abzuschätzen und variieren individuell je nach Patient, Fehler und behandelnder Klinik. Gleiches gilt für zusätzliche Kosten, die durch fehlende Weiterempfehlungen aufgrund von Imageschäden entstehen.

Maßnahmen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse sind Teil des Risikomanagements in deutschen Krankenhäusern, das sich in kaufmännisches, juristisches und klinisches Risikomanagement gliedert. Während sich die beiden erstgenannten Bereiche mit quantifizierbaren Schäden befassen, z. B. durch die Kalkulation von Haftpflichtprämien und die Prüfung von Ansprüchen vermeintlich geschädigter Patienten, fokussiert das klinische Risikomanagement auf den Kernprozess der Patientenbehandlung mit dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung der Patientensicherheit. Voraussetzung hierfür ist die Etablierung einer Sicherheitskultur. Dazu gehört vor allem, dass Fehler und (Beinahe-) Zwischenfälle sanktionsfrei gemeldet werden können. Darüber hinaus ist es unerlässlich, die jeweiligen Ursachen zu erforschen und das eigene Handeln sowie die Organisationsstrukturen mit dem Ziel anzupassen, das Risiko einer möglichen Wiederholung zu minimieren. Ein weiterer Baustein können regelmäßige Simulationstrainings auf Basis des Crew Resource Management (CRM) sein. Diese Trainings sollen die Teilnehmenden in die Lage versetzen, kritische Ereignisse, Zwischenfälle und Komplikationen zu vermeiden bzw. effektiver zu bewältigen.

Simulationstraining ist die möglichst realitätsnahe Nachbildung von Abläufen in der Realität mit dem Ziel, einen individuellen Lerneffekt zu erzielen. Dies kann z.B. zur Vermittlung von technischen Fertigkeiten (Skill Training) oder zum Training von Algorithmen bzw. Standard Operation Procedures (SOPs) eingesetzt werden. Darüber hinaus eignen sich Simulationstrainings auch zur Provokation und Reflexion von Zwischenfällen und Fehlern, z.B. bei Reanimationstrainings. Davon abzugrenzen ist das CRM, dessen inhaltlicher Schwerpunkt auf der Vermittlung nichtmedizinischer Fertigkeiten unter Einsatz moderner Patientensimulatoren liegt, so dass das Personal in die Lage versetzt wird, unter den ungünstigen und unübersichtlichen Bedingungen eines Notfalls effektive Maßnahmen im Behandlungsteam umzusetzen. Konkret geht es dabei vor allem um Situationsbewusstsein, Planung und Antizipation sowie Entscheidungsfindung, wobei alle Elemente gleichermaßen berücksichtigt werden müssen, um im Sinne des CRM wirksam werden zu können. Auf diese Weise soll CRM eine Kultur der aktiven Sicherheit etablieren.

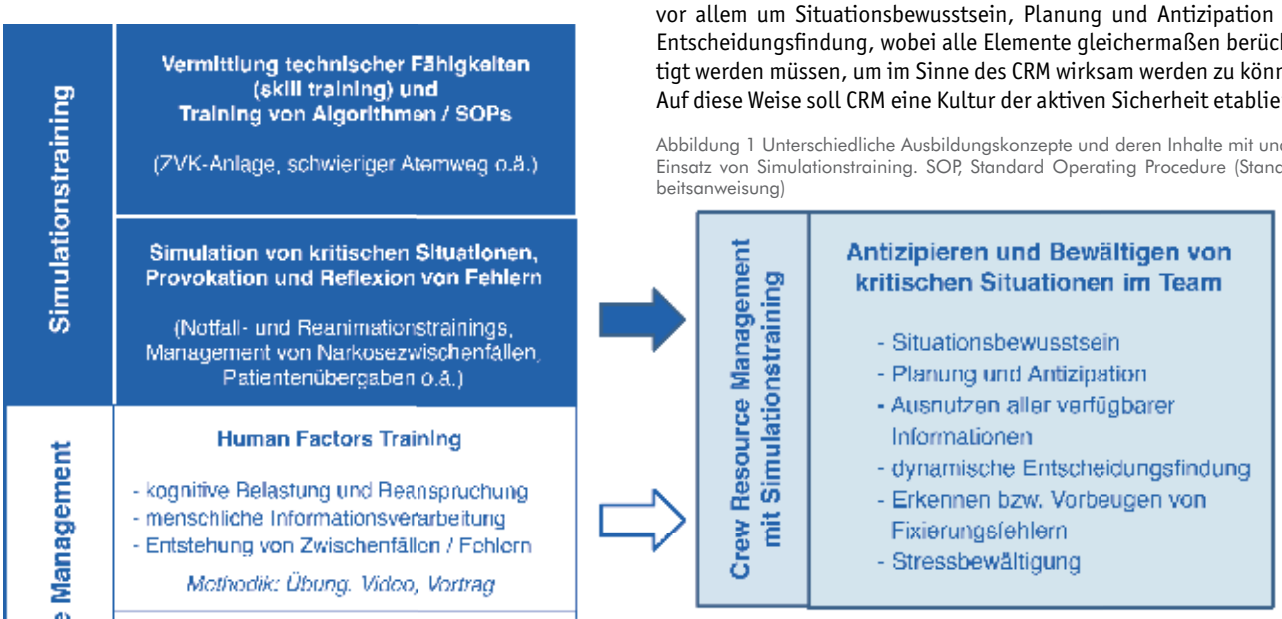


Abbildung 1 Unterschiedliche Ausbildungskonzepte und deren Inhalte mit und ohne Einsatz von Simulationstraining. SOP, Standard Operating Procedure (Standardarbeitsanweisung)

Simulationskurse auf der Basis von CRM sind mit Kosten verbunden: Bei internen Lösungen im Sinne eines eigenständigen Simulationszentrums gibt es die Minimalausstattung als einfache, kostengünstige Lösung mit einem Patientensimulator in einem leeren Patientenzimmer, einem Monitor mit Vitalparametern, der über frei im Internet verfügbare Software gesteuert werden kann, einem Smartphone zum Aufzeichnen und Abspielen der Szenarien und einem geschulten Instruktor.

Die Maximalausstattung besteht aus einem eigens errichteten Trainingszentrum mit mehreren Simulationsräumen und Patientensimulatoren sowie computergestützten physiologischen Modellen. Für beide Varianten ist eine professionelle audiovisuelle Technik für Live-Übertragungen und Nachbesprechungen ausgewählter Videosequenzen in eigenen Debriefingräumen und mit Instruktoren (Ärzte und/oder Psychologen), Technikern und Verwaltungspersonal unabdingbar. In der Kostenrechnung sind die Anschaffungskosten für den Simulator und die audiovisuelle Technik sowie deren Abschreibung aufgrund des Werteverzehrs zu berücksichtigen. Hinzu kommen die Kosten für Verbrauchsmaterialien, Dienstleistungen (u.a. Marketing, Zertifizierung und Catering), Fremdleistungen (u.a. Reinigung und Wartung) sowie Personalkosten. Letztere variieren je nachdem, ob es sich um fest angestelltes Personal oder um Honorarkräfte handelt. Alternativ können Simulationskurse bei externen Anbietern eingekauft werden. Die Kurskosten variieren je nach Inhalt und Umfang erheblich.

Die gesundheitsökonomische Argumentation für die Finanzierung von CRM-basierten Simulationstrainings ist nicht einheitlich. Es bleibt abzuwarten, ob zukünftige Studien einen langfristigen gesundheitsökonomischen Nutzen nachweisen können. Über die rein gesundheitsökonomische Betrachtung hinaus kann es sich lohnen, das alltägliche Arbeitsumfeld differenzierter zu betrachten. Vor diesem Hintergrund kommt insbesondere dem CRM-basierten Simulationstraining eine besondere Bedeutung zu. Es ermöglicht das Erleben (Simulation) und Reflektieren (Debriefing) kritischer Situationen in einer realitätsnahen Lernumgebung. Mit Hilfe von speziell geschulten CRM-Instruktoren können so Abweichungen oder gar Zielverfehlungen als Ausgangspunkt für die Entwicklung sicherer Systeme genutzt werden. Im Vordergrund steht dabei weniger das Erlernen praktischer Fertigkeiten (Skill Training), sondern vielmehr die Stärkung der Fähigkeit, Sicherheit unter widrigen, sich ständig ändernden und unbekannten Bedingungen aufrechtzuerhalten. Ein nachhaltiges Training zielt darauf ab, ein entsprechendes Bewusstsein (Mindset) im Team aufzubauen, zu fördern und dauerhaft zu etablieren. Durch die Integration des CRM-basierten Simulationstrainings in das klinische Risikomanagement sind positive Aspekte zu erwarten, wie z.B. eine höhere Mitarbeiterbindung bei gleichzeitig höherer Attraktivität für neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, ein geringerer Krankenstand sowie eine insgesamt effektivere Arbeit in Notfallsituationen und in der täglichen Routine. Dadurch kann auch eine bessere Außenwirkung gegenüber Patienten und Zuweisern erreicht werden.

Programme im Zusammenhang mit CRM-basiertem Simulationstraining müssen langfristig angelegt sein und können daher nur erfolgreich sein, wenn sie von der Krankenhausleitung bzw. dem Klinikbetreiber gewollt und gefördert werden. Entscheidend ist, dass das Gesamtsystem Krankenhaus „top down“ von der Geschäftsführung und den verantwortlichen Ärzten und Pflegekräften nachhaltig in Richtung mehr Sicherheit verändert wird. Nur dann haben CRM und Simulationstrainings eine Chance, neben der unmittelbaren Wirkung auf den individuellen Wissenserwerb und die Interaktionen der Mitarbeiter auch systemisch wirksam zu werden. Dies setzt voraus, dass CRM-basierte Simulationstrainings integraler Bestandteil des Klinikalltags werden und nicht nur vereinzelt durchgeführt werden.

Dazu müssen entsprechende Mittel regelmäßig und langfristig in die Finanzplanung des Krankenhauses eingeplant werden.

Eine gute Übersicht zum Thema bietet die Publikation von Speer, T., Mühlbradt, T., Fastner, C. et al. (2019) Simulationstraining als Teil des klinischen Risikomanagements. Anaesthesist 68: 161–170, https://doi.org/10.1007/s00101-019-0540-z

Korrespondierender Autor: Prof. Dr. med. Stefan Schröder, MHBA | Aktionsbündnis Patientensicherheit, Berlin, Deutschland | schroeder@aps-ev.de

Klinikkette positioniert sich mit eigener Akademie

Die ARTEMED AKADEMIE fungiert als klinikinternes Kompetenzzentrum der Artemed Klinikgruppe für die rund 10.000 Mitarbeitenden und hat u. a. das Thema Simulation bereits fest ins Bildungsangebot integriert. Spezialisierte Kurse, wie das Train-the-Trainer-Programm zur Ausbildung klinikinterner Simulationstrainer, schulen medizinische Fachkräfte für regelmäßige Simulationstrainings in ihren Teams. Zudem werden Praxisanleitende und Lehrkräfte geschult, um Simulationen auch in die Pflegeausbildung zu integrieren und praxisnahe, realitätsgetreue Lernbedingungen in einem geschützten Raum zu schaffen. Alle Bildungsangebote finden Sie unter: **www.artemed-akademie.de**

Grußwort

Liebe Kolleg:innen, liebe Leser:innen,

in einer immer komplexer werdenden Gesundheitswelt, in der Mensch und Technik eng miteinander verzahnt sind, kommt einer starken Sicherheitskultur eine zentrale Bedeutung zu. Hier setzt Safety Leadership an: Führungskräfte müssen Sicherheit nicht nur vorleben, sondern aktiv gestalten und fördern. Ein bewährtes Modell zur Entwicklung einer nachhaltigen Sicherheitskultur ist das Crew Resource Management (CRM). Ursprünglich in der Luftfahrt entwickelt, hat sich CRM als wirksame Methode zur Verbesserung der Teamkommunikation, der Entscheidungsfindung und der Fehlervermeidung erwiesen. Besonders effektiv ist der Einsatz von CRM-basierten Simulationstrainings. Die Integration von CRM und Simulationstrainings in die Unternehmensstrategie ist ein entscheidender Schritt hin zu einer Sicherheitskultur. Denn eine echte Sicherheitskultur entsteht nicht durch Vorschriften allein, sondern durch das Bewusstsein, dass Sicherheit eine gemeinsame Verantwortung ist. Lassen Sie uns gemeinsam daran arbeiten, Sicherheit als zentrale Führungsaufgabe zu begreifen und eine Kultur zu schaffen, die Menschen schützt, Risiken minimiert und langfristigen Erfolg sichert. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine erkenntnisreiche Lektüre.

Prof. Dr. med. Stefan Schröder, MHBA
Klinik für Anästhesiologie, Artemed-Krankenhaus Düren
Vorstand Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS)



V.i.S.d.P.: Prof. Dr. med. Stefan Schröder, MHBA

STIFTUNG
DEUTSCHE
SCHLAGANFALL
HILFE

Ein Schlaganfall dauert das ganze Leben!

Ein Risiko-Test nur 5 Minuten ...

- Bluthochdruck
- Vorhofflimmern
- Rauchen
- Bewegungsmangel
- Starker Alkoholkonsum

Ermitteln Sie
mit dem Risiko-Test
Ihr persönliches Risikoprofil.
Jetzt unter
schlaganfall-hilfe.de/test

Jedes Jahr erleiden rund **270.000** Menschen in Deutschland einen Schlaganfall. **70% der Schlaganfälle** gelten als vermeidbar, wenn die Risikofaktoren erkannt und behandelt werden. Helfen Sie uns dabei, Menschen über die Risikofaktoren aufzuklären und Schlaganfälle zu verhindern. Mit Ihrer Spende.

Spendenkonto:
Sparkasse Gütersloh-Rietberg-Versmold
IBAN: DE80 4785 0065 0000 0000 50
BIC: WELADED1GTL

Weitere Informationen:
Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe
Schulstraße 22
33330 Gütersloh

Telefon: 05241 9777-0
E-Mail: info@schlaganfall-hilfe.de
Internet: schlaganfall-hilfe.de

DZI Spenden-Siegel Geprüft seit 2006