

„Mut, Dinge zu tun, obw noch nicht im Gesetz st

„NAVIGATION", „ProReVers", „ErwiN" und das Krankenhaus in Seelow, das zu einem Campus der Gesundheitsversorgung umgebaut wird: Kommt man mit Daniela Teichert, der Vorstandsvorsitzenden der AOK Nordost, ins Gespräch, fallen ihr jede Menge Innovationsfonds- und sonstig geförderte Projekte ein, die schon jetzt zeigen, dass eine andere, eine neue Art der Primärversorgung schon heute möglich ist. Doch möglich heißt nicht automatisch bereits effizient funktionierend, weil die aktuelle Gesetzgebung nur begrenzt flexibel ist. Generell vermisst sie bei Politik wie Kassen „den Mut, Dinge zu tun, obwohl sie vielleicht noch nicht explizit in einem Gesetz stehen, aber bereits erlaubt und damit möglich wären".

Im Interview: Daniela Teichert, Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost

>> Stellen wir uns das Jahr 2040 vor, in dem Deutschland über ein nahezu perfekt funktionierendes Gesundheitssystem verfügt. Welche zentralen Errungenschaften sehen Sie aus Sicht einer Krankenkasse?

Aus Sicht der Krankenkassen läuft es genau nach unserem Wunsch. Wir sind im Jahr 2040 – also in nicht einmal 15 Jahren – im internationalen Vergleich endlich nicht mehr das Schlusslicht, was die meisten Arzt- und Patientenkontakte sowie ambulant mögliche Eingriffe betrifft. Das sind Bereiche, in denen wir momentan wirklich ganz hinten rangieren.

Wie begründen Sie diesen Optimismus?

Wir haben bis 2040 hoffentlich ein Planungssystem für die gesundheitliche Versorgung, in dem alle Ebenen der Gesundheitsversorgung – Krankenhäuser, Arztpraxen, Pflege, Therapieeinrichtungen und psychosoziale Beratungsstellen – miteinander und aufeinander abgestimmt werden. Dieses System basiert jedoch nicht auf bloßen Annahmen, sondern auf validen Erhebungen, Analysen und allen schon heute verfügbaren Daten, aus denen die konkreten Bedarfe abgeleitet werden. Das hilft uns dabei, die personellen, diagnostischen und finanziellen Ressourcen effizient einzusetzen. Dadurch schaffen wir unter anderem die Basis für eine leicht zugängliche, spezialisierte und interdisziplinäre ambulante Primärversorgung. Gut vernetzte, digital unterstützte Strukturen und eine gute Infrastruktur sorgen dafür, dass die Patientinnen und Patienten jederzeit Zugang zu der Versorgung haben, die sie gerade benötigen. Wir haben außerdem einen sorgfältigen Umgang mit Arztterminen sichergestellt, wobei ich hier eher von Praxiskontakten sprechen möchte. Denn in einer aktuellen Forsa-Umfrage des AOK-Bundesverbandes wurde festgestellt, dass Patientinnen und Patienten – unsere Versicherten – sich schon heute eine bessere Steuerung ihrer Versorgung wünschen.

wohl sie
tehen"

Diese Aussage erstaunt, weil die Patientenschaft doch angeblich die freie Arztwahl bevorzugt, um möglichst direkt einen Facharzt aufsuchen zu können. Ihre Umfrage legt nun anscheinend nahe, dass sich die Patientenschaft tatsächlich eine stärkere Steuerung und Lotsenfunktion wünscht?

In erster Linie wünschten sich die Befragten, zum richtigen Zeitpunkt in die richtige Versorgungsstufe – zum Beispiel Facharztpraxis, Krankenhaus, Rehaklinik oder Therapieeinrichtung – gesteuert zu werden. Genau das erleben viele Betroffene heute nicht, weil sie beispielsweise enorm lange Wartezeiten für Facharzttermine in Kauf nehmen müssen.

„Wir brauchen Richtlinien, die strukturelle, personelle und qualitative Anforderungen in interprofessionellen Teams definieren."

Welche politischen und strukturellen Weichenstellungen benötigen wir, damit das von Ihnen kurz angerissene Szenario in nicht einmal 15 Jahren Wirklichkeit werden kann?

Wir brauchen vor allen Dingen die Einführung eines sektorenübergreifenden Planungssystems, das stationäre, ambulante, pflegerische und therapeutische – am besten auch gleich soziale – Versorgung einschließt. Hierfür sind klare Strukturmerkmale nötig, die aber nicht ständig verändert werden dürfen. Außerdem ist es dringend notwendig, dass wir keine Strukturen mehr aufrechterhalten müssen, die nicht evident und stellenweise auch gar nicht mehr notwendig sind. Schon heute sehen wir, dass in einer gut abgestimmten Primärversorgung viele stationäre Maßnahmen bei gleicher Qualität auch ambulant durchgeführt werden könnten. Was wir ebenfalls brauchen, sind Richtlinien, die strukturelle, personelle und qualitative Anforderungen in interprofessionellen Teams definieren.

„Monitor Versorgungsforschung" hat in Ausgabe 06/25 ein Interview mit der Gesellschaft Gesundheit Österreich GmbH geführt, die vor genau zehn Jahren ein Primärversorgungssystem in Österreich eingeführt hat. Inzwischen wurden in unserem Nachbarland landesweit über 100 Primärversorgungseinheiten aufgebaut, gefördert durch 100 Millionen Euro der EU. Diese Förderung könnte sich auch Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern als Modellprojekt für Deutschland sichern.

Es gibt immer Lösungen, man muss sie nur wollen und dann mutig umsetzen. Wir sind dabei. In unserem Innovationsfondsprojekt NAVIGATION beispielsweise werden Patientinnen und Patienten schon jetzt in einem Primärversorgungszentrum von einem Team aus Community Health Nurses, Hausärztinnen und -ärzten, Psychologen und Psychologinnen sowie Sozialarbeiterinnen und -arbeitern versorgt. Gemeinsam entwickeln die Fachkräfte einen individuell abgestimmten Versorgungspfad, der auch soziale Faktoren berücksichtigt. Die Community Health Nurses sind speziell ausgebildete Pflegefachkräfte, die in dem Projekt nicht nur Teil des interprofessionellen Teams sind, sondern die klinische Leitung und zentrale Steuerungsfunktion haben. Darin unterscheidet sich NAVIGATION von anderen Primärversorgungsansätzen, wo diese Rolle beispielsweise von Hausärztinnen und -ärzten übernommen wird. Die Primärversorgungszentren, die wir anstreben, sind nicht arztzentriert.

Sondern?

Wir plädieren für eine gut abstimmte Versorgung durch ein interprofessionelles Team. Das Primärversorgungszentrum, wie wir es denken, bündelt die Kompetenzen verschiedenster Gesundheitsberufe unter einem Dach und geht über das Portfolio eines Hausarztes weit hinaus. Natürlich wird es immer eine Hausärztin oder einen Hausarzt geben und sie werden auch immer genug zu tun haben.

Doch sollten wir delegierbare Leistungen und Aufgaben definieren, die auch speziell ausgebildete nichtärztliche Fachkräfte eigenständig übernehmen können – zum Beispiel eben Community Health Nurses oder ein gut ausgebildeter Physician Assistent, kurz PA. Das ist aber nur wirtschaftlich, wenn dann auch eine gewisse Anzahl von Patientenkontakten – sagen wir ein Drittel – vom Arzt weg verlagert werden kann. Das wird der Ärztin oder dem Arzt vor Ort die Möglichkeit eröffnen, sich genau um die Fälle zu kümmern, die ihre beziehungsweise seine volle Aufmerksamkeit und Zeit erfordern – was besonders im Rahmen der Ambulantisierung und bei der Behandlungsqualität eine wichtige Voraussetzung sein wird. Mit den aktuellen Vorgaben wird es allerdings recht schwierig, von der Arztzentrierung weg und hin zu einer interprofessionellen Steuerung zu kommen.

Warum sollte ein Arzt oder ein PA in einem Primärversorgungszentrum arbeiten und nicht woanders?

Weil diese neuen Primärversorgungszentren attraktiv für sie sind. Viele Gesundheitsberufe werden es anerkennen, wenn ihre Kompetenzen anders gefordert, gefördert und mehr als bisher geschätzt werden, etwa durch eigenverantwortliche Tätigkeiten. Es geht dann aber auch darum, dies in ein Konzept und Umfeld einzubauen, dass sich die Patienten daran gewöhnen und es auch schätzen. Das wird uns gelingen, wenn den Patientinnen und Patienten das Gefühl gegeben wird: „Es ist keine schlechtere Behandlung, nur weil es nicht mehr der Arzt macht." Das muss man adäquat kommunizieren. Und natürlich in der konkreten Umsetzung immer wieder beweisen.

Ist das nicht auch eine Chance für eine höhere Attraktivität vieler Professionen im Gesundheitsbereich?

Aber sicher. Ein großer Vorteil wird sein, dass wir wieder junge Menschen in diese Berufe holen können, die diese aktuell vielleicht ausschließen, weil sie nicht so wertgeschätzt werden, wie es sein sollte. Dort, wo Praxen bereits so ähnlich arbeiten, sehen wir jedenfalls, dass sie weder Nachwuchs- noch Rekrutierungsprobleme haben.

Bei alldem drängt sich die Frage auf: Wo ist der berühmte Haken?

Das Risiko aus unserer Sicht ist, dass Primärversorgung kein eigener neuer Sektor werden darf. Unserer Vorstellung nach muss ein neues Primärversorgungssystem in die sektorübergreifende Gesamtplanung eingebunden werden und rein aus der Bedarfsnotwendigkeit heraus entstehen. Es wird damit immer eine bedarfsgerechte Alternative sein, aber es darf – das muss ich betonen – kein neuer Sektor geschaffen werden, weil sich in den anderen Sektoren dann nichts, aber absolut gar nichts ändern wird.

Wieso?

Nehmen wir das Beispiel ambulanter Operationen im Krankenhaus: Wenn Kliniken ambulante Operationen mit den gleichen Operateuren und im gleichen Setting durchführen sollen wie bisher, haben sie schlicht ein Kostenproblem, weil sie es dann genauso machen, wie sie es gelernt und immer schon gemacht haben. So wird man aber nie Effizienzvorteile herausarbeiten können, wie sie in rein ambulanten Einrichtungen durchaus möglich sind, die dabei keine schlechtere Qualität liefern. Will heißen: Wenn ein neuer Sektor entsteht, wird der vielleicht funktionieren, aber die anderen werden weiterarbeiten wie bisher. Wie soll so Innovation in die Regelversorgung kommen?

Die Gefahr könnte jedoch darin bestehen, dass die Patientenschaft Primärversorgung als Sparmaßnahme begreift und sagt: „Jetzt wird alles noch schlechter."

Es liegt in unserer Hand, das zu verhindern: indem die Qualität nicht schlechter, sondern sogar besser wird. Unser Innovationsfondsprojekt „ErwiN – Erweiterte Übertragung von arztentlastenden Tätigkeiten in ArztNetzen" zeigt, dass die Patientinnen und Patienten zufrieden sind, wenn sie von einer qualifizierten Pflegekraft bei bestimmten Indikationen vollumfänglich – und in Abstimmung mit einem Arzt – versorgt werden. Wohlgemerkt: Im häuslichen Umfeld und ohne dafür in die nächste Stadt in eine Arztpraxis fahren zu müssen.

„Ich vermisse den Mut in der Politik, klar zu sagen: ‚Unsere Strukturen müssen sich verändern, und das ist gut so, weil die Versorgung dadurch nicht schlechter, sondern besser wird.'"

Wie erkennt man denn, welche Patient:innen eigentlich nicht in die Arztpraxis gehören?

Im bisherigen System ist das leider gar nicht möglich. Patientinnen und Patienten haben im Moment ein medizinisches oder vielleicht auch ein soziales Versorgungsproblem, das sie nur gelöst bekommen, wenn sie in eine Arztpraxis gehen. Das sollte nicht mehr so sein.

Wo sehen Sie die größeren Schwierigkeiten, was notwendige Veränderungen betrifft: beim fehlenden Mut der Politik, eine wirkliche Strukturveränderung herbeizuführen? Oder beim Beharrungsvermögen der tätigen Akteure? Oder vielleicht in der seit Jahrzehnten etablierten Kultur unseres Gesundheitswesens?

Der Politik ist schon klar, dass sich die Strukturen verändern müssen, um die Versorgung zu sichern und auch besser zu machen. Leider ist unser Gesundheitswesen sehr sektoral aufgestellt. Gerade wird die Krankenhausreform umgesetzt, jetzt folgt die Notfallreform und bald die Primärversorgung. Das muss sinnvollerweise eigentlich aus einem Guss kommen und in gemeinsamen Planungs- und Versorgungsprozessen abgebildet werden. Und natürlich braucht es den Mut, Prozesse und Strukturen dann auch wirklich zu verändern. Stattdessen werden wichtige Strukturinnovationen immer wieder durch Bewahrungstendenzen und finanzielle Partikularinteressen konterkariert. Ich vermisse aber auch die breite Basis der Ärzteschaft, die sagt: „Wir können so nicht weitermachen. Wir müssen uns und unsere Praxisorganisation anpassen, mehr delegieren und substituieren." Das gilt ebenso für die Einbeziehung weiterer Akteure, wie etwa die Apotheken und die Pflege. Die Bereitschaft,

Aufgaben in der Region anders zu verteilen, erlebe ich bisher nur sehr selten und meist nur regional, nämlich dort, wo die Schmerzpunkte am größten sind. Wo auch der Letzte endlich verstanden hat: Mit den bestehenden Strukturen schaffen wir das nicht mehr. Dabei ist Veränderungsbereitschaft überall notwendig, nicht nur in unterversorgten oder ländlichen Strukturen. Auch in urbanen Strukturen gibt es Probleme und nicht erfüllte Bedarfe.

Wie kommt man aus diesem ermüdenden Kreislauf heraus, der fast zwangsläufig zu einem immer schlechteren Ergebnis führen muss?

Wir brauchen den Mut, Dinge zu tun, obwohl sie vielleicht noch nicht explizit in einem Gesetz stehen, aber bereits erlaubt und damit möglich wären. Das ist übrigens auch bei uns Kassen so: Man möchte etwas tun, aber weil die gesetzliche Grundlage fehlt, wird erst einmal nichts oder nicht das eigentlich bereits Mögliche getan. Ich bewundere den Mut einiger Akteure in der Gesundheitsversorgung, Projekte wie die Umwandlung eines Krankenhauses in ein Ambulant-Stationäres Zentrum einfach anzugehen und zu sagen: „Wir finden schon irgendwie eine Lösung." Wir müssen viel mehr über solche positiven Beispiele und Ansätze sprechen, denn das macht Mut und kann vielleicht ein Stück weit die aktuell spürbare Lähmung und Mutlosigkeit der Politik auffangen.

Neben Mut und Gestaltungswillen: Was braucht es noch?

Ein regelmäßiger Austausch zwischen allen relevanten Akteuren ist enorm wichtig. Das Land Brandenburg zum Beispiel hat mit dem Projekt "Versorgungsbedarfsanalysen Brandenburg" die Strukturen in fünf Versorgungsregionen analysieren lassen und über regionale Foren und Projektgruppen erste Gespräche mit den Akteuren vor Ort angestoßen. Nur so werden wir weiterkommen. Wir müssen den Akteuren vor Ort eine Idee zur Umsetzung geben, wie sie die Prozesse in den Praxen oder Einrichtungen übergreifend verändern und an die realen Bedarfe anpassen können.

Und wie wollen Sie diese realen Bedarfe herausfinden?

Dafür haben wir beispielsweise das Innovationsfondsprojekt ProReVers – Prospektive Regionale sektorenübergreifende Versorgungsplanung – ins Leben gerufen. Es verfolgt die zentrale Fragestellung: Wie kann die Gesundheitsversorgung – insbesondere in einer stark ländlich geprägten Region – bei immer knapper werdenden Ressourcen stabilisiert werden? Das lässt sich nur dann fundiert beantworten, wenn die gegenwärtige Problemlage gut analysiert und beschrieben ist. Hier zeigt sich in ProReVers, dass eine Befragung der Versorgenden und der Bevölkerung vor Ort zu ihren Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung wichtige zusätzliche Erkenntnisse liefert. Auf Basis dieser Analyse zur regionalen Problemlage hat man sich in sogenannten regionalen Planungskonferenzen mit den Akteuren vor Ort getroffen und gemeinsam konkrete Empfehlungen für versorgungsstrukturelle Anpassungen – in sektorenübergreifender Sicht – entwickelt. Die Möglichkeiten und regionalen Herausforderungen für die Ambulantisierung von Leistungen standen dabei besonders im Fokus. Aber nicht nur der Austausch ist sehr wichtig.

Was noch?

In den ländlichen Gebieten von Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern – aber auch in anderen Bundesländern – gibt es beispielsweise immer wieder Krankenhäuser, die kurz vor der Insolvenz stehen oder deren Gesellschafter aus ökonomischen Gründen oder wegen Anforderungen aus der Krankenhausreform ganz oder aber einzelne Abteilungen schließen wollen. Darauf gibt es in der Politik und in den Kommunen vor Ort meist sofort die reflexartige Gegenreaktion: „Das geht auf keinen Fall, wir müssen die bestehenden Strukturen aufrechterhalten." Egal ob das sinnvoll ist oder nicht. Die Reaktion ist auch nachvollziehbar. Die Menschen haben Angst, dass im Zweifel ihre medizinische Versorgung nicht mehr gewährleistet ist oder sie in Zukunft dafür sehr weite Wege in Kauf nehmen müssen. Die Ärzteschaft und andere Gesundheitsberufe befürchten vielleicht negative Auswirkungen auf ihre eigene Arbeit. Die Landes- und Kommunalpolitik möchte ihrer Daseinsvorsorgepflicht gerecht werden und die Wählerinnen und Wähler nicht vor den Kopf stoßen. Deshalb muss man bei solchen Veränderungsprozessen alle Beteiligten vor Ort von Anfang an einbinden und eine gute Alternative aufzei-



Daniela Teichert

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

gen. Damit sie wissen, da wird nicht nur einfach etwas dichtgemacht, sondern da wird etwas Besseres entstehen.

Haben Sie ein Beispiel, wie das gut funktionieren kann?

Wie das gehen kann, zeigt gerade das Krankenhaus in Seelow. Dort haben wir mit allen Akteuren gesprochen und gemeinsam eine Lösung erarbeitet. An diesem Standort wird nun ein Campus der Gesundheitsversorgung aufgebaut. Der wird nicht mehr nur stationär agieren, sondern viel breiter aufgestellt sein, multiprofessionell, inklusive Kurzzeitpflege, Apotheke und Sanitätshaus. Damit wird eine neue, zukunftsfähige Struktur aufgebaut, die eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung ermöglicht.

Könnte das ein Modell für alle Regionen in Deutschland sein?

Sicher. Die Idee des bedarfsgerechten Umbaus von Krankenhäusern kann eigentlich überall umgesetzt werden, wenn man es denn wirklich will. Damit würde auch die Krankenhausreform besser funktionieren, als wenn immer gleich von Standort- oder Abteilungsschließung gesprochen wird. Wichtig ist vor allem die positive Botschaft einer bedarfsgerechten Veränderung.

Neben Seelow haben Sie vorhin das Innovationsfondsprojekt „ErwiN“ als ein solches Beispiel für eine bedarfsgerechte Veränderung genannt. Können Sie da noch etwas mehr zu sagen?

Genau, ErwiN steht wie gesagt für die erweiterte Übertragung von arztentlastenden Tätigkeiten in Arztnetzen. In der Projektlaufzeit soll eine staatlich anerkannte Zusatzausbildung für Spezialisierte Pflegefachpersonen, kurz SPFP, entwickelt und umgesetzt werden. Wir bekommen das Feedback von den Patientinnen und Patienten, dass sie sich in dem Projekt sehr gut versorgt fühlen, weil sie nicht mehr unbedingt die Arztpraxis aufsuchen müssen, sondern – nach Abstimmung mit dem behandelnden Arzt – von speziell ausgebildeten Pflegekräften im häuslichen Umfeld versorgt werden. Aber das Projekt hat uns auch Grenzen aufgezeigt, die eigentlich nicht sein müssten.

Welche wären das?

Bei den teilnehmenden Patientinnen und Patienten handelt es sich oft um ältere Menschen, von denen viele in ländlichen Gebieten mit schlechter Infrastruktur wohnen. Denen hilft es schon enorm, sich nicht mehr ständig darum kümmern zu müssen, wie sie überhaupt zum nächsten Arzt kommen. Doch diese Menschen stellen dann eben mitunter die durchaus nachvollziehbare Frage: „Können Sie mich nicht gleich auch impfen?“ Das aber muss dann die gut ausgebildete Pflegekraft derzeit ablehnen, da Impfen nur in einer Arztpraxis erlaubt ist, obwohl auch dort der Arzt nicht immer persönlich anwesend ist.

Müsste man hier nicht stärker auf die Landes- statt auf die Bundespolitik setzen, oder ist es immer gleich eine SGB-V-Frage?

Beim genannten Beispiel geht es explizit um eine notwendige Änderung des entsprechenden Paragrafen. Genau deshalb setzen wir uns an mehreren Stellen für eine Änderung des SGB V ein, nicht nur in Bezug auf die Impfsituation, sondern insbesondere bei der sektorübergreifenden Versorgungsplanung. Dafür braucht es jedoch den politischen Willen. Nur so kommen wir weg von den vielen Modellvorhaben, die zwar gut gemeint sind, aber immer an die harte Realität der Gesetzesnormen stoßen. Solange die Politik nicht explizit festlegt, dass positiv evaluierte Ergebnisse in die Regelversorgung aufgenommen werden müssen, wird wenig oder gar nichts geschehen.

Sie haben demnächst die ersten Ergebnisse des Projekts „ProReVers – Prospektive regionale sektorenübergreifende Versorgungsplanung“ auf dem Tisch. Was erhoffen Sie sich davon?

Wir hoffen, dass die im Forschungsprojekt ProReVers entwickelten Instrumente und Verfahrensweisen auch für weitere Regionen Anwendung finden. Bedingung ist, dass sich in einer Region Willige finden, die bereit sind, neue Wege zu gehen. Und natürlich müssen die Rahmenbedingungen so sein, dass in den Regionen abweichende beziehungsweise neue Versorgungsansätze vereinbart und umgesetzt werden können. Eine Vielzahl von Lösungen wäre bereits gesetzlich möglich, schafft es aber momentan aufgrund der Starrheit der Systeme nicht in die Umsetzung. Auch dafür werden im Projekt Vorschläge formuliert. Dank ProReVers können wir mit den Versorgenden vor Ort konkrete Ideen entwickeln, wie die kommunalen und lokalen, oft recht unterschiedlichen Bedarfe in Zukunft gedeckt werden können. Wir sollten aber künftig nicht mehr nur auf Arztpraxis, Versorgungszentrum und Krankenhaus schauen, sondern wir müssen auch andere Versorgungsstrukturen betrachten und hinzuziehen. Dazu braucht es eine gesetzliche Öffnung der Delegation und Substitution. Dann darf es aber auch kein Nebeneinander, sondern es muss immer ein Miteinander sein. Es muss zudem absolut klar sein, wer was macht und wer verantwortlich ist. All das kann nur funktionieren, wenn dieses System auf einem Vertrauensverhältnis aufgebaut ist.

Und wie sieht es mit Anreizen aus?

Sicher. Die brauchen wir auch. Aber die gibt es bereits. Wir haben zum Beispiel die Entbudgetierung in der hausärztlichen Versorgung. Eine niedergelassene Ärztin oder ein niedergelassener Arzt könnte demnach viel mehr Patienten als bislang versorgen. Aber sie erkennen dann: Das schaffe ich ja allein gar nicht. Also wird beispielsweise ein Physician Assistant eingestellt. Das bedeutet aber auch: Man muss auf einmal Delegation oder Substitution organisieren, weil sich das Ganze sonst nicht lohnt. Das heißt: Die Ärztin oder der Arzt wird aus rein finanziellem Eigeninteresse bestimmte Leistungen abgeben, wenn sie oder er es denn darf.

Dieses System kann doch heute schon funktionieren.

Durch die Entbudgetierung dürfte es für die hausarztzentrierte Versorgung kein Problem geben. Bei den Fachärzten ist es ein Thema der Verteilung. Deshalb sage ich: Es darf keinen separaten Sektor geben. Das Geld ist nur einmal da. Solange das auf der Basis von Daten und realen Bedarfen passiert, kann jedoch der Verteilmechanismus anders organisiert werden. Was aber auch heißt, dass gewisse Besitzstände infrage gestellt werden.

Können Sie diese Bereitschaft bereits erkennen?

Wir haben noch einen weiten Weg vor uns. Aber zumindest in Brandenburg haben wir schon weit mehr als den berühmten ersten, schwierigsten Schritt getan. Durch die im Rahmen von „ProReVers“

initiierten Regionalkonferenzen haben wir zum ersten Mal überhaupt alle Stakeholder für eine Versorgungsregion an einen Tisch bringen können. Vorher gab es zwar separate Planungsstrukturen für die stationäre und die ambulante Schiene, aber es gab keine Abstimmung untereinander. Nun aber sind wir in der Lage, eine sektorenübergreifende Sicht einzunehmen und die in der Region vorhandenen personellen Ressourcen entsprechend einzusetzen – bedarfsgerecht und effizient.

Fehlt da nicht nur noch ein Konzept, wie die vielen nötigen Primärversorgungszentren am besten strukturiert werden können, um angehende Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte zu begeistern?

Das wäre natürlich die Krönung des Ganzen. Wir sind schon froh, wenn wir miteinander reden, gemeinsam die Daten analysieren, zu einem Konsens kommen und dann gemeinsam für die Zukunft planen.

Woran würden Sie den Erfolg festmachen, wenn diese Primärversorgungszentren einmal eingeführt sind?

Ein Indikator wären beispielsweise weniger Arzt-Patienten-Kontakte bei zumindest gleichbleibender – wenn nicht gar besserer – Versorgungsqualität mit zeitnaher Terminvereinbarung und hoher Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten. Laufende Befragungen der Patientinnen und Patienten und der Leistungserbringenden müssen uns zeigen, dass gesteuerte Versorgung besser funktioniert. Wenn das nicht der Fall sein sollte, dann müssten wir etwas nachsteuern.

Es ist doch schade: Wir investieren so viel Geld in die Gesundheitsversorgung, aber wir messen so wenig das Ergebnis.

In jeder anderen Branche wird das getan: Wer investiert, will sehen, wie es um den Return on Investment steht. Im Gesundheitssystem hingegen wird immer mehr Geld in die gleichen Strukturen gegeben, ohne zu fragen, warum eigentlich. Daher ist mein Wunsch: Lasst uns statt der bisherigen Gießkannen-Budgets nur noch in bedarfsgerechte Strukturen investieren, die wirklich die Regelversorgung verändern. Das sollen keine Sparmaßnahmen sein, sondern ganz ausdrücklich qualitätsverbessernde Maßnahmen. Wir müssen glaubwürdig vermitteln, dass Effizienz in der Versorgung gleichzeitig auch Prozessoptimierung ist.

Frau Teichert, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Zitationshinweis

Teichert, D., Stegmaier, P.: „Mut, Dinge zu tun, obwohl sie noch nicht im Gesetz stehen", in „Monitor Versorgungsforschung" (06/25), S. 6–11. http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2790

Telemedizin: Chancen und Hürden

>> Die pädiatrische Versorgung steht vor einem digitalen Umbruch. Während die Telemedizin während der Covid-19-Pandemie aus der Notwendigkeit heraus einen massiven Schub erlebte, untersuchen Expert:innen nun, wie Virtuelle Visiten (VVs) dauerhaft und effektiv in den klinischen Alltag integriert werden können. Eine aktuelle spanische Studie (1) eines Forscherteams um Isabel Castro Garrido vom Department of Pediatrics des Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, zeichnet ein klares Bild: Die Bereitschaft der über 300 befragten Fachkräfte ist hoch, doch die technische Infrastruktur und die digitale Kompetenz hinken vielerorts noch hinterher.

Die Akzeptanz unter Kinderärzten und Pflegepersonal ist beeindruckend: fast 90% der Befragten befürworten, dass ihr Arbeitsplatz virtuelle Visiten anbieten sollte. Dabei wird die Technologie primär als Ergänzung zur persönlichen Betreuung und nicht als Ersatz gesehen. Besonders nützlich werden nach Einschätzung der Befragten VVs bei der Besprechung von Testergebnissen (81,6%), bei Nachsorgeterminen (74,5%) und der Überwachung chronischer Erkrankungen eingestuft. Dabei variiert der wahrgenommene Nutzen stark mit dem Alter der Patient:innen: Während VVs für Jugendliche als sehr geeignet (86,5%) empfunden werden, sieht das Fachpersonal bei Säuglingen (39,7%) aufgrund der Notwendigkeit körperlicher Untersuchungen deutlich engere Grenzen.

Trotz der positiven Grundstimmung identifiziert die Studie signifikante Hindernisse. An erster Stelle stehen technische Probleme wie instabile Internetverbindungen (52,6%) und Bedenken hinsichtlich der Datensicherheit (37,4%). Ein weit tieferliegendes Problem ist jedoch das menschliche Element: Etwa ein Viertel der Fachkräfte gab an, dass ihnen das Vertrauen im Umgang mit digitalen Werkzeugen fehlt.

Damit die digitale Transformation gelingt, fordern die Autor:innen der in dem Open Access-Medium „Children" veröffentlichten Studie gezielte Maßnahmen: Immerhin über 72% der Fachkräfte signalisieren Interesse an spezifischen Schulungsprogrammen. <<

Link: 1: https://doi.org/10.3390/children13010031

Was passiert, wenn ChatGPT Health kommt?

>> „Strukturwandel mit ChatGPT Health – ein Startschuss für Substitution und Produktivitätssprung?", lautet der Titel eines neuen Linkedin-Beitrags von Prof. Dr. Axel Mühlbacher, Professor für Health Economics und Health Care Management an der Hochschule Neubrandenburg. In seinem Artikel befasst er sich mit der Ankündigung des US-Unternehmens OpenAI mit „ChatGPT Health" (zunächst ohne EWR/Schweiz/UK) einen separaten Gesundheitsbereich in ChatGPT aufzubauen, in dem Nutzer Gesundheitsfragen stellen und (je nach Region) Unterlagen sowie Daten aus Apps anbinden können.

„ChatGPT Health" soll als eigener Bereich innerhalb von ChatGPT angelegt werden, getrennt von normalen Chats, mit erhöhten Datenschutzvorkehrungen. Nutzer sollen dort z. B. Laborwerte besser verstehen, sich auf Arztgespräche vorbereiten oder Muster über die Zeit erkennen. Mühlbacher: „Disruption heißt nicht ‚KI ersetzt Ärzte oder menschliches Know How'. Disruption heißt: Ein neuer Player übernimmt große Teile der Vor- und Nebenarbeit rund um Versorgung – und verschiebt Macht, Prozesse, Rollen und Wertschöpfung." <<


© Svea Pietschmann/G-BA

„Wächterfunktion im Hi
auf Qualität und Sicherh

Einen wahren Parforceritt durch aktuelle Themen der Qualitätssicherung gibt Karin Maag, seit Juli 2021 unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses, im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung". Die Themen reichen von Mindestmengenregelung, Qualitätsindikatoren wie plan.QI und DeQS, die Nutzung von Routine- und Registerdaten bis hin zur Abschaffung anlassbezogener Kontrollen durch das KHVVG. Dabei betont die ehemalige Bundestagsabgeordnete und als solche gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion mehrmals und sehr entschieden: „Es bleibt bei unserer Wächterfunktion für die Patientensicherheit."

Im Titelinterview: Karin Maag, unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses

>> Frau Maag, einer der aktuell viel diskutierten Punkte ist das bereits im November 2024 vom Bundesrat gebilligte und auf Betreiben der Bundesländer nachjustierte Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), neue Leistungsgruppen und Level-1i-Häuser seien hier genannt. Gerade der GKV-Spitzenverband macht sich Sorgen um Qualitätskriterien, die – so eine oft medial verbreitete Ansicht – zu sehr verwässert werden könnten. Dabei ist ein Ziel der zum 1. Januar 2025 in Kraft getretenen Krankenhausreform gerade die Weiterentwicklung der Qualität, zumindest in den nach einer Umstrukturierungsphase verbleibenden Häusern. Was kann der G-BA tun, damit die Qualitätskriterien nicht verwässert, sondern tatsächlich berücksichtigt werden?

Aus unserer Sicht üben wir natürlich weiter die Wächterfunktion im Hinblick auf Qualität und Patientensicherheit im gesamten Gesundheitssystem aus. Der Gesetzgeber hat uns davon auch nicht durch die Krankenhausreform entbunden. Darüber hinaus haben wir mit Freude gesehen, dass beispielsweise ein Teil unserer Strukturrichtlinien durch die Reform im künftigen System der Leistungsgruppen übernommen werden. Abzuwarten bleibt, wie sich die Reform in Abstimmung von Bund und Ländern weiterentwickelt.

Was aber kann der G-BA tun?

Der G-BA ist weiterhin gesetzlich beauftragt, Mindestanforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen, soweit wir uns damit nicht in einem Widerspruch zu Qualitätskriterien der Leistungsgruppen befinden. Ich meine, das wird sicher nicht passieren.

Die vom G-BA in seinen Strukturrichtlinien festgelegten Mindestanforderungen sichern die Qualität der jeweiligen konkreten Leistungserbringung im Krankenhaus, sie sind bestmöglich evidenzbasiert und rechtlich bindend. Die mit den Leistungsgruppen verknüpften Qualitätskriterien sind im Gegensatz dazu weder auf besonders risikobehaftete Eingriffe ausgerichtet noch basieren sie auf einer Evidenzgrundlage. Sie folgen einer anderen Systematik, da sie nach krankenhausplanerischen Maßstäben zusammengefasste Leistungen bündeln. Sie werden sich damit auch am Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V orientieren und sollen zur Konzentration von Versorgungsstrukturen führen. Immer wieder werden Mindestvorgaben als Teil der Leistungsgruppen mit den Mindestmengen verwechselt. Es handelt sich aber trotz der Ähnlichkeit im Namen um völlig verschiedene Instrumente. Von daher bleibt es bei unserer Wächterfunktion für die Patientensicherheit. Wir werden, wie vom Gesetzgeber beauftragt, weiterhin gemeinsam mit unseren zwei wissenschaftlichen Instituten, dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und dem Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), weiter daran arbeiten, dass evidenzbasierte Qualität in unserem Gesundheitssystem hochgehalten wird.

„Mindestmengen sind weiterhin eines unserer wichtigsten Instrumente zur Qualitätssicherung."

Sehen Sie keine Gefahr durch neue politische Pläne oder mangelnde Durchsetzungskraft?

Ich sehe nicht, dass das Bundesministerium für Gesundheit, Fraktionen oder einzelne Bundestagsabgeordnete die Aufgaben, die dem G-BA per Gesetz übertragen wurden, infrage stellen.

Es gibt drei Bundesländer, die gerichtlich gegen die Mindestmengen vorgehen. Damit wird ein zentrales Qualitätssicherungsinstrument angegriffen, weil sich die Länder in ihrer Gestaltungshoheit behindert fühlen.

Mindestmengen sind weiterhin eines unserer wichtigsten Instrumente zur Qualitätssicherung. Da geht es um Routine, die der G-BA für planbare und besonders schwierige, komplexe Operationen und Prozeduren verlangt. Die Klage richtet sich voraussichtlich gegen die Bundesrepublik Deutschland, nicht gegen den G-BA. Was genau Gegenstand der Klage ist, weiß ich nicht, da weder dem Bundeskanzleramt noch dem BMG oder auch uns bisher eine Klageschrift vorliegt. Ich kenne nur Presseerklärungen, in denen beispielsweise die Gesundheitsministerin aus Schleswig-Holstein erklärt, dass sie das Instrument Mindestmengen im eigentlichen Sinne gar nicht angreifen möchte, sondern nur Probleme mit einer bestimmten Mindestmenge hat.

Lassen Sie uns raten: die Frühchen.

Exakt. Es geht ihr um die Mindestmengenregelung für stark untergewichtige Frühgeborene. Gerade diese Mindestmenge wird in medizinischen Fachkreisen für unverzichtbar gehalten. Ich verweise auf die Statements aller Fachgesellschaften im Bereich der Perinatalversorgung. Sie stützen diese Mindestmenge ausdrücklich und haben wörtlich mit absolutem Unverständnis auf die Klage reagiert. Diese Mindestmenge schützt das Leben einer besonders vulnerablen Gruppe. Insofern bin ich sehr zuversichtlich, dass das Bundesverfassungsgericht das ähnlich sieht.

Die Länder verlieren durch das KHVVG die für sie durchaus planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI) als Steuerungsinstrument. Bieten die Daten aus den G-BA-Qualitätsindikatoren (wie DeQS) einen echten Mehrwert für die Krankenhausplanung der Länder, oder bräuchte man mehr?

Das Instrument plan. QI sollte den Ländern ermöglichen, auch die Versorgungsqualität einzelner Krankenhäuser bei den Planungsentscheidungen besser zu berücksichtigen. Das Instrument wurde

von den Ländern aber nie wirklich angenommen. Nur sieben oder acht Bundesländer haben sich die Ergebnisse überhaupt zeigen lassen. Damit konnte die zugehörige G-BA-Richtlinie ihren Sinn nicht erfüllen. Der G-BA hat diese Richtlinie aber auch deshalb aufgehoben, weil wir beispielsweise für die unterschiedlichen Abteilungszuschnitte der Krankenhäuser in Deutschland keine allgemeingültigen evidenzbasierten Qualitätsvorgaben machen konnten. Davon getrennt zu betrachten sind die Qualitätsindikationen, die bei der datengestützten Qualitätssicherung verwendet werden. Die hier relevante Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) ermöglicht den Vergleich der Leistungserbringer untereinander, ist aber kein Instrument, das für die Krankenhausplanung geschaffen wurde.

„Die Krankenhausreform ist in der aktuell immer noch nicht endgültigen Form in meinen Augen nicht zwingend eine Qualitätsverbesserung."

Ist der Wegfall von plan. QI kein großer Rückschritt?

Die Planungshoheit liegt bei den Ländern. Dem Bundesgesetzgeber fehlt meines Erachtens die Regelungskompetenz, um Qualitätsvorgaben für die Krankenhausplanung der Länder zu machen. Aus meiner Sicht ist der Verzicht auf dieses Verfahren aus den oben erwähnten Gründen aber unschädlich.

Wie sieht es mit der Nutzung von Routinedaten aus, um standortbezogene Versorgung jenseits reiner Fallzahlen messbar zu machen?

Wir sind dabei, die DeQS-Richtlinie auf mehreren Ebenen zu überarbeiten, um die datengestützte Qualitätssicherung effizienter und effektiver zu gestalten. Das heißt, dass wir jedes Verfahren überprüfen, z. B. auch die Qualitätsindikatoren überarbeiten, zielgenauer ausrichten sowie den Dokumentationsaufwand insgesamt reduzieren. Daneben nutzen wir verstärkt weitere Instrumente, wie etwa Routinedaten der Kassen oder Ergebnisse aus Patientenbefragungen.

Wie steht es um Registerdaten?

Die DeQS-Richtlinie soll künftig auch mit Registerdaten, z. B. aus Krebsregistern, arbeiten. Die Nutzung von Registerdaten hat das IQTIG grundsätzlich entwickelt, hier ist jedoch noch kein Verfahren abgeschlossen.

Hätten Sie dafür ein Beispiel?

Das Verfahren QS Prostatakarzinom wird das erste Verfahren sein, in dem Krebsregisterdaten mit einfließen. Wir erwarten hierzu die Beschlussfassung in diesem Jahr.

Welche Erfahrungen haben Sie denn bisher mit der Nutzung von Kassendaten gemacht?

Daten, die für die Abrechnung medizinischer Leistungen mit einer Krankenkasse ohnehin dokumentiert werden, haben den Vorteil, dass sie bei den Einrichtungen keinen zusätzlichen Aufwand auslösen, d. h., sie ermöglichen für die Leistungserbringer schlankere Verfahren und insgesamt auch ein besseres Aufwand-Nutzen-Verhältnis. Durch die Verwendung von Sozialdaten können beispielsweise auch Folgeaufenthalte und -eingriffe berücksichtigt werden, unabhängig davon, ob diese in demselben oder einem anderen Krankenhaus stattgefunden haben. Eine abschließende Evaluation zum Einsatz von Kassendaten steht aber noch aus, vermutlich wird die bis Mitte 2026 vorliegen. Generell versprechen wir uns davon ein wesentlich runderes Bild.

Die Krankenhausreform wird oft als reine Sparmaßnahme wahrgenommen. Wie kann man der Öffentlichkeit vermitteln, dass Ihre Arbeit eine Qualitätsverbesserung ist?

Ich möchte zwischen der Krankenhausreform und den Aufgaben zur Qualitätssicherung, die dem G-BA übertragen wurden, trennen. Die Krankenhausreform ist in der aktuell immer noch nicht endgültigen Form in meinen Augen nicht zwingend eine Qualitätsverbesserung. Das ursprüngliche Ziel war es sicher, u. a. mit einer Strukturreform zugleich auch die Qualität zu verbessern. Wie bereits gesagt, hat der Gesetzgeber aber eben auch Wirtschaftlichkeitsfragen im Blick. Der G-BA hat hingegen den gesetzlichen Auftrag, solche Vorgaben zu definieren, damit Patientinnen und Patienten evidenzbasiert nicht nur in Krankenhäusern, sondern z. B. auch in Arzt- und Zahnarztpraxen qualitativ hochwertig und auf dem neuesten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse versorgt werden.

Die Leistungsgruppen haben im Gesetz ausdrücklich die Wirtschaftlichkeit als Treiber (§ 12 SGB V).

Stimmt, die Mindestvorhaltezahlen der Leistungsgruppen sind Ausfluss des Wirtschaftlichkeitsgebotes gemäß § 12 SGB V. Bei der Qualitätssicherung des G-BA ist Wirtschaftlichkeit jedoch kein Kriterium, das wir bedienen müssen. Wir fokussieren uns auf die evidenzgestützten Qualitätsvorgaben. Übrigens: Das IQWiG hat in einem ersten Methodenvorschlag für Mindestvorhaltezahlen in den Leistungsgruppen ausdrücklich betont, dass Qualität wichtiger sein muss als Wirtschaftlichkeit.

Ein kritischer Punkt des KHVVG ist die Abschaffung anlassbezogener Kontrollen (137 Abs. 3 SGB V). Wie kann der G-BA sicherstellen, dass Qualitätsmängel weiterhin aufgedeckt werden?

Ich sage das jetzt sehr deutlich und noch einmal: Wir werden unsere Wächterfunktion weiterhin ausüben und hochhalten. Wir werden unsere Themen, wie die DeQS- oder die MD-QK-Richtlinie, die die Qualitätskontrollen durch den Medizinischen Dienst regelt, weiterbearbeiten. Der Gesetzgeber hat uns diese Kompetenz nicht genommen, auch wenn es Grauzonen geben mag. Ich bin jedoch entschlossen, unser Regelwerk im Sinne des gesetzlichen Auftrages, bundesweit für Qualität und Patientensicherheit zu sorgen, aufrechtzuerhalten, solange uns das niemand ausdrücklich verbietet.

Zum Thema Stichprobenprüfungen statt Einzelfallprüfungen bei der Abrechnung: Was sind die Voraussetzungen, damit das funktioniert?

Eigentlich sieht der Gesetzgeber für den G-BA die Stichprobe als Regelinstrument vor. Eine Vollerhebung müssen wir hingegen begründen.

Im Krankenhausbereich geht es bei der Umstellung auf Stichproben politisch darum, endlich das „Wettrüsten" zwischen Kodierabteilungen der Kliniken und Prüfabteilungen der Kassen zu beenden. Das ist aber weniger ein G-BA-Thema, sondern betrifft die Abrechnungsprüfung. Unsere Qualitätssicherungsstichproben haben andere Hintergründe.

Der strukturierte Dialog soll Qualitätsverbesserungen bringen, aber oft werden rechnerische Auffälligkeiten nicht als echte Qualitätsprobleme identifiziert. Wie kann man das verbessern?

Wir haben das IQTIG damit beauftragt, entsprechende Vorschläge zu erarbeiten. Eine rein rechnerische Auffälligkeit bedeutet nicht automatisch, dass es ein Qualitätsproblem gibt. Zwischen einer rechnerischen Auffälligkeit und der Feststellung eines echten Qualitätsdefizits liegt ein weites Feld. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird geprüft, ob tatsächlich ein Qualitätsdefizit vorliegt.

Ein Beispiel bitte.

Nehmen wir die Femurfraktur: Der Indikator verlangt eine Operation innerhalb von 24 Stunden. Wenn eine Patientin oder ein Patient aber z. B. zusätzlich einen Herzinfarkt hat, ist es für mich als Juristin vermutlich medizinisch korrekt, nicht sofort die Hüfte zu operieren, sondern eine lebensbedrohliche Situation zu verhindern. Rein rechnerisch taucht die „verspätete" Operation als ein auffälliges Ergebnis in den Messungen auf, also als „Fehler". Es ist aber kein „reales" Defizit, sondern gute Medizin. Diese Differenzierung lässt sich nur im strukturierten Dialog unter Fachleuten klären. Soweit ich das verfolge, läuft dieses Verfahren vor Ort sehr gut und überaus kooperativ ab.

Welche Hürden gibt es bei der Nutzung von G-BA-Strukturdaten für die Versorgungsforschung?

Keine. Es muss lediglich ein Antrag auf sekundäre Datennutzung beim IQTIG gestellt werden, der in aller Regel auch zügig überprüft und genehmigt wird. Wir behandeln derzeit etwa zwei Anträge pro Sitzung im Unterausschuss.



Karin Maag

ist seit Juli 2021 unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses. Von 2009 bis 2021 war sie Bundestagsabgeordnete, ab 2017 gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. Von 2007 bis 2009 war die Juristin Ministerialdirigentin im Landtag von Baden-Württemberg, davor Stadtdirektorin der Landeshauptstadt Stuttgart und Leiterin des Oberbürgermeisterbüros.

Und was ist mit dem Forschungsdatenzentrum?

Das ist bekanntlich beim Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte abgesiedelt. Das ist auch ein für den G-BA interessanter Datenpool, den wir gerne umfangreicher nutzen wollen. Für einen direkten Zugang wäre wohl ein Gespräch mit dem Gesetzgeber notwendig.

Zur Patientenbeteiligung: Patientenvertreter:innen haben im G-BA derzeit kein Stimmrecht. Sollte man das erweitern, um die Akzeptanz zu erhöhen?

Die Patientenvertretung macht von ihrem derzeitigen Antrags- und Mitberatungsrecht regen und vor allem qualifizierten Gebrauch. Eine Änderung der Beteiligungsrechte ist aber Sache des Gesetzgebers. Wir stehen dem aufgeschlossen gegenüber, solange Mehrheitsentscheidungen im Plenum weiterhin möglich sind. Ich persönlich fände es in Ordnung, wenn die Patientenvertretung – ähnlich wie die unparteiischen Mitglieder – durch ihr Votum erreichen könnte, dass ein Beschluss vertagt wird, um beispielsweise strittige Details erneut zu beraten. Ein volles Stimmrecht würde Begehrlichkeiten bei vielen weiteren Institutionen wecken. Stimmberechtigt sind beim G-BA aktuell bisher nur die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung, die den G-BA finanzieren und tragen.

Wie verankern Sie die Sicht der Patient:innen in den Richtlinien?

Wie gesagt, die Patientenvertretung hat bereits ein Antragsrecht, das sie auch nutzt und sie berät jede Richtlinie mit. Nehmen Sie beispielsweise die Patientenbefragung. Als Instrument der datengestützten Qualitätssicherung richtet es sich an alle Patientinnen und Patienten im Versorgungsprozess und wird sukzessive ausgeweitet, u. a. bei den Qualitätssicherungsverfahren zu Herzkathetern oder zur ambulanten Psychotherapie. Es geht uns dabei immer darum, die Perspektive der Patientinnen und Patienten auf ihre Behandlung in die Qualitätssicherung einzubauen. Sie sollen nicht nur juristisch

korrekt über Behandlungsrisiken aufgeklärt werden.

Wo sehen Sie die größte Herausforderung bei Qualitätsstandards für neue sektorenübergreifende Versorgungsformen?

Qualitätssicherung ist meist vergleichend innerhalb eines Sektors angelegt. Sektorenübergreifend wird die Zurechenbarkeit und die Risikoadjustierung schwieriger. Wir müssen jetzt vor allem die ambulanten Behandlungen in den Blick nehmen – Stichwort Ambulantisierung. Gleichgültig ob eine Leistung im Krankenhaus stationär, ambulant oder beim niedergelassenen Kardiologen – wie etwa eine Transkatheter-Aortenklappen-Implantation (TAVI) – erbracht wird, die Qualitätssicherung erfordert sektorübergreifend gleiche Qualitätsvorgaben.

Was wäre Ihr Wunsch an die Versorgungsforschung?

Ganz spontan: Wir brauchen erstklassige medizinische Leitlinien mit einem hohen Konsensgrad aus der Wissenschaft. Das macht es für uns leichter, rechtssichere Qualitätsanforderungen in unsere Richtlinien zu übernehmen oder Angebote wie die Disease-Management-Programme (DMP) weiterzuentwickeln.

Lassen Sie uns zum Schluss noch auf das Thema Primärversorgung und Notfallversorgung eingehen, die zusammengedacht werden sollen.

Auf jeden Fall. Notfallversorgung und Primärversorgung steuern stationär wie ambulant Patientinnen und Patienten in die passende Ebene im Versorgungssystem und sollten darum dieselben Instrumente nutzen. In der Notfallversorgung haben wir beispielsweise die Software SmED, was ausgeschrieben für strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland steht. Durch gezielte und strukturierte Fragen gelingt mit ihr eine fundierte medizinische Ersteinschätzung bei Notfällen, die im Krankenhaus ankommen. Jetzt darf es aber nicht passieren, dass die Primärversorgung künftig andere Instrumente nutzt, die nicht kompatibel sind. Es braucht einheitliche Vorgaben in Deutschland, die der G-BA auch erarbeiten kann bzw. bereits erarbeitet hat. Ich verweise auf die seit zwei Jahren vorliegende Richtlinie zur Ersteinschätzung in der Notfallversorgung, die das BMG aber juristisch beanstandet hatte. Hinzu kommt: Patientinnen und Patienten könnten zudem digital – idealerweise über eine App oder am Telefon (egal ob 116117 oder 112) – Zugang erhalten. Künftig müssen diese Bereiche zusammengedacht, geplant und finanziert werden. Wir dürfen nicht länger Kästchen für Kästchen nebeneinandersetzen und abhaken, sondern müssen die Systeme und Strukturen der Gesundheitsversorgung zusammendenken und integrieren.

Vielen Dank für das Gespräch, Frau Maag.

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

Zitationshinweis

Maag, K., Roski, R., Stegmaier, P.: „Wächterfunktion im Hinblick auf Qualität und Sicherheit", in „Monitor Versorgungsforschung" (01/26), S. 12–16. http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2791

CiteScore und Scopus-Validierung für MVF

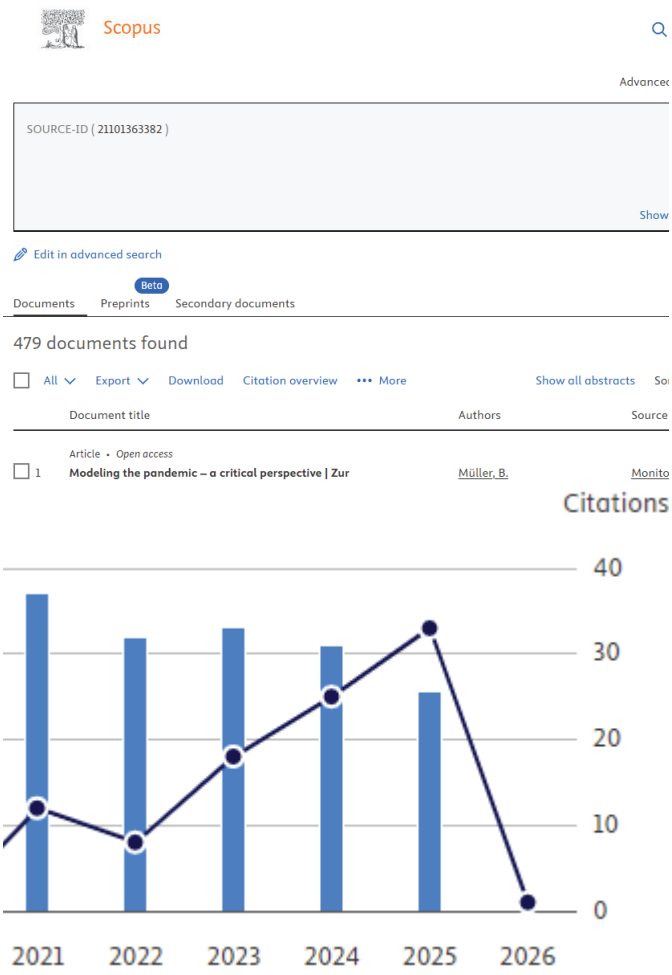
>> Seit Dezember 2025 ist das Diamond-Open-Access-Fachjournal „Monitor Versorgungsforschung" in der Scopus-Datenbank von Elsevier indexiert. Die Indexierung erfolgt rückwirkend für alle Jahrgänge, zunächst ab 2021. Zur Zeit (Stand: 22.1.26) sind damit schon knapp 500 Artikel in einer der weltweit größten Datenbanken abrufbar.

Die nun erfolgte Aufnahme bindet „Monitor Versorgungsforschung" an über 5.000 Forschungseinrichtungen an. Der entscheidende Vorteil liegt nicht nur in der höheren Sichtbar-, sondern auch der damit möglichen quantitativen Messbarkeit: Die systematische Erfassung von Zitationen ermöglicht nach und nach die Berechnung eines CiteScores. Damit hat MVF eine international anerkannte Kennzahl für Reichweite und Einfluss der Beiträge der Autor:innen.

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und Chefredakteur Peter Stegmaier formulieren als Ziel: „Lassen Sie uns nun gemeinsam daran arbeiten, den CiteScore zu erhöhen." Denn: Sichtbarkeit und Impact deutschsprachiger Versorgungsforschung korreliert direkt mit der aktiven Rezeption in der Fach-Community. Die konsequente Zitation einschlägiger Artikel aus „Monitor Versorgungsforschung" ist der Hebel, um den Impact der Autorinnen und Autoren messbar zu steigern."

Einen institutionellen Zugang vorausgesetzt, führt der folgende Link zu den indexierten MVF-Jahrgängen und -Zitationswerten. <<

Link: https://t1p.de/8iiz9





„Datenschutz als Innovati möglicher und Vertrauens

Im Titelinterview: Prof. Dr. Louisa Specht-Riemenschneider, Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Die aktuellen Reformen im Gesundheitswesen, insbesondere das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz und die Digitalisierungsgesetze, zielen darauf ab, die Versorgung durch eine intensivere Datennutzung effizienter und qualitativ hochwertiger zu gestalten. Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit steht dabei im Spannungsfeld zwischen dem Schutz hochsensibler Gesundheitsdaten und der Ermöglichung von Innovationen. Im Titelinterview mit „Monitor Versorgungsforschung“ spricht Prof. Dr. Louisa Specht-Riemenschneider über die „BfDI-Perspektive: Datenschutz, der Innovation und Patientenzentrierung gerecht wird“.

ionser-

sanker“

>> Ist das nicht ein Widerspruch in sich: Datenschutz als Innovationsförderer? Welche aufsichtsrechtlichen und beratenden Strategien verfolgt die BfDI, um zwischen berechtigten datenschutzrechtlichen Bedenken und vorgeschobenen Argumenten zu differenzieren und Datenschutz als integralen Qualitäts- und Vertrauensfaktor statt als pauschales Innovationshemmnis zu etablieren?

„Ich habe eine neue Organisationseinheit in der Behörde etabliert, die innovative Beratungsansätze erarbeitet, um Datenverarbeiter noch zielgerichteter und passender darin unterstützen zu können, das Datenschutzrecht einzuhalten.“

Es ist mir ein besonderes Anliegen, Datenschutz als Innovationsermöglicher und Vertrauensanker zu stärken und weiter zu etablieren. Deshalb setze ich auf frühe Information und Beratung, damit Datennutzung von Anfang an datenschutzkonform sein kann. Ich habe eine neue Organisationseinheit in der Behörde etabliert, die innovative Beratungsansätze erarbeitet, um Datenverarbeiter noch zielgerichteter und passender darin unterstützen zu können, das Datenschutzrecht einzuhalten. Mehr Beratung führt zu weniger Datenschutzrechtsverletzungen. Mit diesem Ansatz ist daher allen gedient: Betroffene werden weniger in ihren Grundrechten verletzt und Datenverarbeiter erhalten größere Rechtssicherheit. Außerdem richte ich derzeit eine Datenschutzreallaborsandbox ein, das ReguLab. Dieses wird in einer neuen Abteilung mit Schwerpunkt Dialog angesiedelt und soll bei der Entwicklung von datenschutzkonformen Lösungen ganz konkret helfen.

Wo liegen die größten datenschutzrechtlichen Herausforderungen bei der praktischen Umsetzung des Gesundheitsdatennutzungsgesetzes (GDNG), insbesondere im Hinblick auf die Datenzugangs- und Koordinierungsstelle und die Wahrung von Zweckbindung und Datenminimierung bei der Zusammenführung vielfältiger Datenquellen?

Die Datenzugangs- und Koordinierungsstelle beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) soll ausweislich der Gesetzesbegründung künftig im gesamtgesellschaftlichen Interesse mehr vertrauensvolle Forschung an verknüpften Gesundheitsdatensätzen unterschiedlicher Datenhalter ermöglichen. Maßgeblich für die Verknüpfung der Daten unterschiedlicher Datenhalter ist die eindeutige Zuordnung von Informationen aus mehreren Datenquellen zu denselben Krankenversicherten. Diese Zuordnung kann im Einzelfall eine datenschutzrechtliche Herausforderung sein. Denn im Rahmen der Aufbereitung personenbezogener Gesundheitsdaten zur Sekundärnutzung müssen die Schnittmengen mehrerer Datensätze verschiedener Dateninhaber abgeglichen werden. Wenn etwa Abrechnungsdaten der Krankenkassen mit Daten aus Krebsregistern zusammengeführt werden, muss sichergestellt werden, dass dieselbe versicherte Person korrekt identifiziert wird, ohne dass zusätzliche Identifikationsmerkmale wie Name oder Anschrift offengelegt werden. Es muss sichergestellt werden, dass durch diesen Abgleich nicht auch Rückschlüsse außerhalb des Forschungsvorhabens über die Betroffenen gezogen werden, die den Betroffenen möglicherweise benachteiligen können. Eine Verknüpfung von Gesundheits- und Beschäftigtendaten könnte beispielsweise unbeabsichtigt Rückschlüsse auf krankheitsbedingte Fehlzeiten oder Leistungsfähigkeit einzelner Arbeitnehmer zulassen. Außerdem müssen die Datenverarbeitungen bei der Datenzugangs- und Koordinierungsstelle selbstverständlich mit dem Grundsatz der Datensparsamkeit und der Verpflichtung zu technisch-organisatorischen Maßnahmen im Einklang stehen. So sollte etwa bei der Bereitstellung von Forschungsdatensätzen eine datenschutzkonforme Pseudonymisierung erfolgen, bei der direkte Identifikatoren entfernt und der Zugriff auf Entschlüsselungslisten getrennt protokolliert wird.

Wie stellt die BfDI sicher, dass die Prinzipien „Privacy by Design“ und „Privacy by Default“ von Anfang an bei der Konzeption neuer, zentraler Gesundheitsdatensammlungen – wie der Datenbank des Medizinischen Dienstes im Rahmen des KHVVG – implementiert werden?

Eine Sicherstellung von sicheren und datenschutzfreundlichen Lösungen geschieht auf verschiedenen Stufen. Erstens berate ich den Gesetzgeber im Vorfeld von Legislativmaßnahmen. Das gehört zu meinen gesetzlichen Aufgaben. Ich sensibilisiere ihn für datenschutzrechtliche Herausforderungen und zeige ihm datenschutzrechtskonforme Lösungen auf. Dazu nutze ich im Gesetzgebungsverfahren mein Stellungnahmerecht. Zweitens berate und beaufsichtige ich die jeweils datenschutzrechtlich verantwortliche Stelle bei der Umsetzung gesetzlicher Vorgaben. Die Stellen in meinem eigenen Zuständigkeitsbereich, die mit der Konzeption von Datenbanken beauftragt wurden, haben daher selbstverständlich jederzeit die Möglichkeit, sich mit konkreten Fragen und Konzepten an mich zu wenden. Je früher, desto besser und desto erfolgversprechender. Als Positivbeispiel meiner Beratungstätigkeit kann ich das Forschungsdatenzentrum Gesundheit nennen, mit dessen Betreiber, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, ich kontinuierlich Maßnahmen zur Gewährleistung des Datenschutzes abstimme.

Zu der von Ihnen erwähnten Datenbank: Der Gesetzgeber hat den Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) im Rahmen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) damit beauftragt, eine standortbezogene Datenbank umzusetzen und zu betreiben. Die Verarbeitung und Veröffentlichung der Daten in der Datenbank erfolgt jedoch ohne Personenbezug. Damit sind in dieser Datenbank keine Gesundheitsdaten im Sinne von Art. 4 Nr. 15 DSGVO zu finden.

Welche technischen und organisatorischen Maßnahmen sind aus Ihrer Sicht unerlässlich, um den Zugriff auf die sensiblen Qualitäts- und Strukturdaten der geplanten zentralen Datenbanken rechtssicher

zu regeln und einen Missbrauch zu verhindern?

Pauschal lässt sich das nicht beantworten. Wenn Qualitäts- und Strukturdaten personenbeziehbar sind und in den Anwendungsbereich der DSGVO fallen, ist die jeweils datenschutzrechtlich verantwortliche Stelle nach Art. 32 DSGVO verpflichtet, den Zugang zu personenbezogenen Daten durch technisch-organisatorische Maßnahmen abzusichern. Das Schutzniveau muss der Verantwortliche für den konkreten Einzelfall ermitteln. Entscheidend kann sein, ob besondere Kategorien personenbezogener Daten nach Art. 9 Abs. 1 DSGVO verarbeitet werden. Soweit die Qualitäts- und Strukturdaten – wie im Falle der Datenbank des MD Bund – keinen Personenbezug aufweisen, ergibt sich jedenfalls aus der DSGVO keine Verpflichtung zur Implementierung besonderer technisch-organisatorischer Maßnahmen. Vorgaben zur IT-Sicherheit müssen aber natürlich stets beachtet werden.

„Ich spreche lieber von ‚Data Protection by Design Prinzipien', die tief in die Architektur und Prozesse einfließen."

Welche spezifischen datenschutzrechtlichen Risiken identifizieren Sie bei der routinemäßigen Erhebung von ePROMs (digitale patientenberichtete Endpunkte), oft über private Endgeräte, und welche konkreten Empfehlungen geben Sie zur Gewährleistung von Datensicherheit, transparenter Einwilligung und Zweckbindung dieser sehr persönlichen Gesundheitsinformationen?

ePROMS kommen in der Regel bei Leistungserbringern außerhalb meiner Zuständigkeit zur Anwendung. Meine Zuständigkeit ist grundsätzlich auf öffentliche Stellen des Bundes beschränkt, während niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser und andere Leistungserbringer als kommunale oder private Stellen der Aufsicht der Landesdatenschutzbehörden unterliegen. Für Fragen und Empfehlungen zur Gewährleistung von Datensicherheit ist das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) die kompetente und zuständige Bundesbehörde.

Welche datenschutzrechtlichen Vorgaben sind entscheidend für die Gestaltung der Datenverarbeitung zwischen Akteuren der sektorenübergreifenden Versorgung, insbesondere im Hinblick auf die klare Definition von Verantwortlichkeiten (Joint Controllership vs. Auftragsverarbeitung)?

Sektorenübergreifende Versorgung ist zu Allererst eine Frage der Leistungserbringung. Die Beaufsichtigung von datenschutzrechtlichen Vorgaben der Leistungserbringerinstitutionen liegt bei den Landesdatenschutzbehörden. Damit eine Übermittlung von Gesundheitsdaten zwischen verschiedenen Akteuren DSGVO-konform stattfinden kann, braucht es zunächst eine rechtliche Grundlage, die die Datenübermittlung erlaubt. Dabei ist es wichtig, dass die Übertragungswege sicher sind und Verschlüsselungen benutzt werden. Im Bereich der Leistungserbringenden hat der Gesetzgeber im Zusammenhang mit der Verarbeitung personenbezogener Daten in der elektronischen Patientenakte Vorschriften geschaffen, die eine Vernetzung von bestimmten Leistungserbringenden gestattet, wenn für diese ein Zugang zur Telematikinfrastruktur (TI) besteht. Welche Leistungserbringenden an die TI angeschlossen werden, ist eine Entscheidung des Gesetzgebers. Ich halte es für essentiell, hier klare Regelungen vorzusehen, die gut verständlich sind. Die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit lässt sich anhand der allgemeinen Regelungen der DSGVO bestimmen. Daneben hat der Gesetzgeber auch die Möglichkeit, die Verantwortlichkeit ausdrücklich zu regeln. Das ist zum Beispiel bei der ePA passiert. Hier hat der Gesetzgeber in § 341 Abs. 4 SGB V festgelegt, dass die Krankenkassen die verantwortlichen Stellen für die ePA sind. Sie müssen also dafür sorgen, dass das Datenschutzrecht eingehalten wird.

Wie bewerten Sie die datenschutzrechtlichen Implikationen eines Systems, das Versorgungs- und Ergebnisdaten systematisch nutzt, um potenziell ineffektive Leistungen („low value care") zu identifizieren und zu reduzieren, und welche Schutzmechanismen sind erforderlich, um die Fairness solcher Analysen zu gewährleisten?

Ein solches System wurde mir bislang noch nicht zur Prüfung vorgelegt. Eine grundsätzliche „Freigabe" oder „Genehmigung" durch die Datenschutzaufsichtsbehörden für den Start solcher Systeme ist vom Gesetzgeber auch leider nicht mehr vorgesehen. Seit Inkrafttreten des Digitalgesetzes noch vor meinem Amtsantritt im Jahr 2024 kann ich Maßnahmen zum Schutz personenbezogener Daten von Versicherten nicht mehr proaktiv gegenüber der gematik einfordern. Ich kann aber auch in dieser Hinsicht erläutern und beraten und häufig werde ich damit auch gehört. Aber es besteht eben keine gesetzliche Verpflichtung mehr, meinen Rat zu befolgen. Insofern bleibt mir nur, mir im Rahmen einer Kontrolle konkret anzuschauen, ob das System im Betrieb so läuft, wie es soll.

Wie wägen Sie den Grundsatz der Datenminimierung (z. B. durch Stichproben) gegen die Forderung nach qualitativ hochwertigen, validierten Daten für Sekundärzwecke (Forschung und Steuerung) ab, um Fehlsteuerungen zu vermeiden?

Datenverarbeitungen zu wissenschaftlichen Forschungszwecken sind in der DSGVO an mehreren Stellen privilegiert. So bestehen Ausnahmen vom Grundsatz der Zweckbindung und dem Grundsatz der Speicherbegrenzung. Außerdem sind die Bestimmtheitsanforderungen an die Einwilligung als Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung im Forschungskontext gelockert. In der wissenschaftlichen Forschung sind datenschutzkonforme Einwilligungen in Form eines „broad consent" zulässig. Das bedeutet, dass eine Einwilligung auch für zukünftige, noch unbekannte Forschungszwecke verwendet werden kann. Als Ausgleich sieht die DSGVO die Einhaltung „geeigneter Garantien" vor. Verantwortliche, die Daten zu Sekundärzwecken nutzen wollen, müssen daher geeignete Maßnahmen treffen, um möglicherweise bestehende Risiken der Datenverarbeitung zu beschränken. Diese Maßnahmen müssen aber auf den Einzelfall zugeschnitten sein. In Betracht kommen insbesondere die Anonymisierung sowie Pseudonymisierung der Daten.

Welche „Privacy by Design"-Prinzipien müssen bei Innovationsprojekten (z. B. des Innovationsfonds) von Anfang an verankert

Zitationshinweis
Specht-Riemenschneider, L., Roski, R., Stegmaier, P.: „Datenschutz als Innovationsermöglicher und Vertrauensanker“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (01/26), S. 18–21. http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2792

werden, damit deren Datenmodelle überhaupt transfer- und skalierfähig auf Millionen Versicherte sind?

Um Datenmodelle von Beginn an transfer- und skalierfähig auf Millionen Versicherte zu gestalten, müssen „Privacy by Design“-Prinzipien, ich spreche lieber von „Data Protection by Design“-Prinzipien, tief in die Architektur und Prozesse einfließen. Diese Prinzipien umfassen, dass bei der Planung und den Design-Prozessen der Datenschutz am Anfang der Planungsprozesse stehen sollte. Datenschutzrisiken sollten frühzeitig erkannt und entsprechende Maßnahmen zur Abwendung dieser Risiken eingebaut werden. Datenschutz kann und sollte dabei als eine Kernfunktion der Projektlösung verstanden werden. Besonders dann, wenn Ende-zu-Ende-Sicherheit berücksichtigt wird, sodass Daten zu jeder Zeit sicher sind, von der Erhebung über die Verwendung bis hin zur Weitergabe und Löschung. Die Versicherten und die Menschen, die die Daten der Versicherten verwenden, sollten als Nutzende im Mittelpunkt stehen. Datenschutz muss außerdem in den Voreinstellungen vorgesehen sein, also „Data Protection by Default”. Alle Maßnahmen sollten für die Nutzenden nachvollziehbar und überprüfbar sein. Und die Gestaltung darf nicht dazu führen, dass eine Einwilligung der Nutzenden „erzwungen“ wird. Dabei ist es mir sehr wichtig, zu betonen, dass eine nutzerfreundliche Handhabe durchaus datenschutzkonform gewährleistet werden kann.

Sie können nun eine Frage an eine hochrangige Verbändevertreter:in der Pharmaindustrie rund um das Megathema Datenschutz/-verfügbarkeit stellen, die in einer der kommenden Ausgabe von „Monitor Versorgungsforschung“ beantwortet wird. Welche wäre das?

Mich würde ganz konkret interessieren, wie meine Behörde und ich dazu beitragen können, dass Datenschutz weniger als Hemmnis und mehr als Standortvorteil und Ermöglicher von Innovation wahrgenommen wird.

Frau Prof. Dr. Louisa Specht-Riemenschneider, danke für das Gespräch. <<

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



Prof. Dr. Louisa Specht-Riemenschneider

ist seit September 2024 Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit. Sie war zuvor Inhaberin des Lehrstuhls für Bürgerliches Recht, Recht der Datenwirtschaft, des Datenschutzes, der Digitalisierung und der Künstlichen Intelligenz der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. Sie studierte Rechtswissenschaft in Bremen, promovierte und habilitierte in Freiburg und hatte anschließend Professuren in Köln und Passau inne. Als Direktorin leitete sie sowohl das Institut für Handels- und Wirtschaftsrecht der rechts- und staatswissenschaftlichen Fakultät sowie das Zentrum für Medizinische Datennutzbarkeit und Translation (ZMDT). Zudem begleitete sie die Gründung des Dateninstituts unter Federführung des Bundesministeriums für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK) und des Bundesministeriums des Innern und für Heimat (BMI).

55,7% mit geringer Health Literacy

>> Die gute Nachricht der Studie „Gesundheitskompetenz in Zeiten gesellschaftlicher Unsicherheiten”: In den letzten fünf Jahren hat sich die Gesundheitskompetenz in Deutschland um 3,1 Prozentpunkte verbessert. Wer die Ergebnisse des HLS-GER-3-Studie, durchgeführt von der Universität Bielefeld (Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK) in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin und der Hertie School Berlin, etwas genauer liest, wird aber dennoch nicht ganz begeistert sein. Nach der neuen Studie, dem Health Literacy Survey Germany 3 (HLS-GER 3), weisen immerhin 55,7% der Bevölkerung in Deutschland eine geringe Gesundheitskompetenz auf. In der zurückliegenden Studie, dem HLS-GER 2, waren es noch 58,8%. Im Einzelnen verfügen im HLS-GER 3:

- 18,1% der Bevölkerung in Deutschland über eine exzellente und 26,3% über eine ausrei-chende Gesundheitskompetenz (zuvor waren es 14,7% und 26,5%),
- 28,6% (30,4%) über eine problematische und 27,1% (28,4%) über eine inadäquate Gesundheitskompetenz.

Zudem ist die Gesundheitskompetenz nach wie vor ungleich in der Bevölkerung verteilt. Zu den Gruppen, die überdurchschnittlich häufig über eine geringe Gesundheitskompetenz verfügen, gehören Menschen (Angaben im Vergleich zum Vorjahr):

- mit niedrigem Sozialstatus: 73,3% (71,9%),
- mit finanzieller Deprivation: 72,3% (72,9%),
- mit niedrigem Bildungsniveau: 71,1% (78,3%),
- ab 65 Jahren: 62,8% (65,1%),
- mit mehreren chronischen Erkrankungen: 61,6% (65,1%). <<

MD stellt 3.301 Fehler fest

>> 12.304 fachärztliche Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern hat der Medizinische Dienst im Jahr 2024 bundesweit erstellt. In jedem 4. Fall (3.301 Fälle) stellten die Gutachter:innen einen Behandlungsfehler mit Schaden fest. In jedem 5. Fall (2.825 Fälle) war der Fehler ursächlich für den erlittenen Schaden. Das geht aus der aktuellen Jahresstatistik zur Behandlungsfehlerbegutachtung des Medizinischen Diensts hervor. <<

Link: https://t1p.de/diyeg