

monitor **VERSORGUNG FORSCHUNG**

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Titelinterview mit Dr. Anke Diehl,
Chief Transformation Officerin
der Universitätsmedizin Essen:
„Es gibt in Deutschland keinerlei
nahtlosen Übergang von Daten“



Titelinterview mit Daniela
Teichert, Vorstandsvorsitzende
der AOK Nordost: „Wir gehen
offensiv mit den uns zur Ver-
fügung stehenden Daten um“

„Impfen ist immer eine Investition in die Zukunft“ (Noack)

„Flächendeckendes Telemonitoring bei Herzinsuffizienz möglich“ (Bergmann)

„Digitalisierungspotenziale in der Pflege“ (Bleß)

Editorial

Große Chance Digitalisierung

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Redaktion

„Wir gehen offensiv Daten um“

Titelinterview mit Daniela Teichert, AOK Nordost

„Keinerlei nahtloser Übergang von Daten“

Titelinterview mit Dr. Anke Diehl, Universitätsmedizin Essen

„Digitalisierung kann man nicht anordnen“

Interview mit Christian Bernhard, GE Healthcare

„Meilenstein der digitalen Medizin in Deutschland“

Telemedizin bei chronischer Herzinsuffizienz in der Regelversorgung

Flächendeckendes Telemonitoring möglich

Interview mit Prof. Dr. Martin W. Bergmann vom Cardiologicum Hamburg

ePA-Nutzung ist in der EU recht unterschiedlich

EU-Bericht zur „Interoperability of Electronic Health Records in the EU“

Anforderungen an die technische Ausstattung

Kommentar von Dr. Wolfgang A. Rehmann, Taylor Wessing

Das Nutzererlebnis ist entscheidend

Kommentar von Dr. med. Ali Halboos, TMZ der GIG

Cloud Computing – Telemonitoring – Datenschutz

Wissensbeitrag von Dr. Josef Leiter, Lehrbeauftragter an der Universität Heidelberg

Digitalisierungspotenziale in der Pflege

Wissensbeitrag von David Messinger, Cornelius Roll und Hans-Holger Bleß, _fbeta

Prognos empfiehlt Verstetigung des Innofonds

Abschlussbericht zur Evaluation des Innovationsfonds

Starke Partner für „Wissenslandschaft VF“ gesucht

Kommentar von Peter Stegmaier, „Monitor Versorgungsforschung“

Templin: „Vom Pilotprojekt zum Vorzeigemodell“

Positive Empfehlung zur Übernahme in die Regelversorgung

„Impfen ist immer eine Investition in die Zukunft“

MVF-Fachkongress „Impfstatus 2022 – Impfen in Zeiten der Pandemie“

TB-Teil 7: Strukturierungstheorie

Theoriebaukasten Teil 7

TB-Teil 8: Theorie der Pfadabhängigkeit

Theoriebaukasten Teil 8

„Energetische Atmosphäre“

Serie (Teil 36): Lehrstuhl „Multimedikation und Versorgungsforschung“

STANDARDS

Impressum 2 Rezension 35, 47 News 16, 26, 39, 41, 45, 57

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

Monitor Versorgungsforschung

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung
15. Jahrgang

ISSN: 1866-0533 (Printversion)

ISSN: 2509-8381 (eFirst)

Herausgeber

Prof. Dr. Reinhold Roski, Berlin

roski@m-vf.de

Chefredaktion

Peter Stegmaier (verantwort. Redakt.)

Kölstr. 119, 53111 Bonn

Tel +49 228 7638280-0

Fax +49 228 7638280-1

stegmaier@m-vf.de

Redaktion

Kerstin Müller

mueller@m-vf.de

Jutta Mutschler

mutschler@m-vf.de

Martin Klein (Freier Journalist)

klein@m-vf.de

Verlag

eRelation AG – Content in Health

Vorstand: Peter Stegmaier

Kölstr. 119, 53111 Bonn

www.ereRelation.org

mail@ereRelation.org

Verlagsleitung

Peter Stegmaier

Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo

Anke Heiser (verantwortlich für den Anzeigenteil)

heiser@m-vf.de

Marketing:

Kölstr. 119, 53111 Bonn

Tel +49 228 7638280-0

Fax +49 228 7638280-1

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

Kössinger AG & Co.KG

Fruehaufstraße 21

84069 Schierling

info@koessinger.de

Tel +49-(0)9451-499140

Fax +49-(0)9451-499101

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 Bei-

träge bzw. Informationen in Daten-

banken einzustellen, die vom Verlag

oder Dritten geführt werden.

Auflagenmeldung

Mitglied der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. (IWV), Berlin. Verbr. Auflage: 6.657 (IWV 1. Qu. 2022).

WISSENSCHAFT

Prof. Dr. Hans-R. Hartweg / Tabea Suk B.Sc.

65

Implementierungsstand des Zweitmeinungsverfahrens in Hessen (1. Teil)

Die Zweitmeinungsverfahren sollen einer angebotsinduzierten Nachfrage bei bestimmten ärztlichen Leistungen entgegenwirken. Seit 2019 gibt es dazu einen kollektivvertraglichen Ansatz über niedergelassene Vertrags- und ermächtigte Krankenhausärzt:innen.

Deniz Senyel BSc / Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Dr. sc. nat.

71

Klaus H. Nagels / Katja C. Senn MSC

Suizidprävention per App: Potenzial für die deutsche Versorgungslandschaft? – eine Übersichtsarbeit

Durch die Covid-19-Pandemie hat sich die mentale Gesundheit weltweit verschlechtert. In diesem Zusammenhang ist ein Anstieg an Suizidraten nicht auszuschließen. Suizid-Präventions-Apps könnten den Patienten im Umgang mit Suizidalität helfen. Deshalb wurden Effekte von Suizid-Präventions-Apps auf das Auftreten und die Intensität von Suizidgedanken im Zuge einer Übersichtsarbeit erfasst.

Dr. rer. oec. Katja Gehrke / Dr. rer. pol. Stefanie Thönnies

77

/ Sebastian Lempfert

Analyse der Therapie- und Kostenstrukturen bei Patienten mit DLBCL in der GKV

Die vorliegende Analyse zum diffus großzelligen B-Zell-Lymphom (DLBCL) untersucht die Realversorgung von Patienten mit DLBCL anhand einer Auswertung von Abrechnungsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Im Rahmen der Analyse wurde festgestellt, dass die Immunchemotherapie die dominierende Therapieform darstellt.

Prof. Dr. med. Matthias David / Prof. Dr. PH Theda Borde

85

Hat die Pandemie zu einer (weiteren) Benachteiligung von Migrantinnen und Migranten in der Gesundheitsversorgung geführt?

Im Zuge der Corona-Pandemie haben sich weltweit in den verschiedenen Gesundheitssystemen in unterschiedlichem Ausmaß Fehlentwicklungen und Versäumnisse gezeigt. Aktuelle Ergebnisse der Versorgungsforschung zeigen, dass die Covid-19-Pandemie bestehende gesundheitliche und sozioökonomische Ungleichheiten bei strukturell marginalisierten Zuwanderergruppen verstärkt hat.

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des DNVF auf den Seiten 61-64

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

Dieser Ausgabe liegt in einer Teilaufgabe die Fachzeitschrift „Pharma Relations“ bei



Mitglied der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. (IWV), Berlin. Verbr. Auflage: 6.657 (IWV 1. Qu. 2022).

Herausgeber-Beirat

Universitäten/Hochschulen

	Arzneimittelkommission der deutschen Ärztsinnenschaft	Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig	
	Hochschule Neubrandenburg University of Applied Sciences	Prof. Dr. Axel C. Mühlbacher	
	MHB MEDIZINISCHE HOCHSCHULE BRANDENBURG	Univ.-Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund A.M. Neugebauer	
	Universität zu Köln	Prof. Dr. Matthias Schrappe	
	Universität zu Köln	Prof. Dr. Stephanie Stock	

Institute/Stiftungen

	bhw fib Forschungsinstitut	Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn	
	BDI	Felix Esser	
	BertelsmannStiftung	Uwe Schwenk	
	DBfK	Dr. Bernadette Klapper	
	fbeta	Hans-Holger Bleß	

Akteure

	Gesundheitsforen	Roland Nagel	
	AKTIONS-KONZEPT PATIENTENSICHERHEIT	Franziska Engehausen	
	AOK Nordost	Harald Möhlmann	
	AOK Baden-Württemberg	Johannes Bauernfeind	
	B.A.G SELBSTHILFE	Dr. Martin Danner	
	Boehringer Ingelheim	Dr. Marco Penske	
	BKK Dachverband	Franz Knieps	
	DAK Gesundheit	Andreas Storm	
	Deutsche RHEUMA-LIGA + GEMEINSAM MEHR BEWEGEN +	Dr. Rolf Ulrich Schlenker	
	DiHeSys Digital Health Systems	Prof. Dr. Christian Franken	
	DocMorris Apotheke	Sebastian Mindt	
	IGB Innovative Gesundheitsmanagement in Brandenburg	Lutz O. Freiberg	
	IGES	Prof. Dr. Bertram Häussler	
	Janssen PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson	Christian Hilmer	

	socium Forschungszentrum Legitimation und Sozialpolitik	Prof. Dr. Gerd Glaeske	
	TUM	Prof. Dr. Leonie Sundmacher	
	UNIVERSITÄT BAYREUTH	Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Dr. sc. nat. (ETH) Klaus H. Nagels	
	Universitätsmedizin	Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH	

	IGV RESEARCH	Prof. Dr. rer. pol. h.c. Herbert Rebscher	
	inavi	Prof. Dr. Volker Amelung	
	Robert Bosch Stiftung	Dr. Ingrid Wüning Tschol	
	Zi ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND	Dr. Dominik von Stillfried	
	INSIGHT HEALTH	Christian Luley	

	KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayern	Dipl. Kfm. Fabian Demmelhuber	
	KVBB Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg	MUDr./CS Peter Noack	
	Lilly	Oliver Stahl	
	MEDICAL CONTACT AG	Prof. Dr. Stephan Burger	
	MSD INVENTING FOR LIFE	Dr. Tim Husemann	
	NOVARTIS	Dr. Andreas Kress	
	OptiMedis	Dr. Oliver Gröne	
	Pfizer	Friedhelm Leverkus	
	Roche	Dr. Jan Daniels-Trautner	
	sanofi	Dr. Daniela Römer	
	Sepsis Stiftung	Dr. Ilona Köster-Steinebach	
	Vivantes	Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve	
		Dr. Christopher Hermann	
		Dr. Josef Leiter	



**Prof. Dr.
Reinhold Roski**

Wirtschaftskommunikation
und Gesundheitskommunikation
Herausgeber von „Monitor
Versorgungsforschung“

Große Chance Digitalisierung

Titelinterviews mit Daniela Teichert, Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost, und mit Dr. med. Anke Diehl, Chief Transformation Officerin des Universitätsklinikums Essen > 6 ff.

„Wir wollen unseren Versicherten .. eine Möglichkeit anbieten, sich über die Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern zu ausgewählten Behandlungen im Vorfeld zu informieren.“ Grundlage dafür sind Routinedaten, dazu kommen „Versichertenbefragungen .., mit denen wir ergänzend versuchen, die Qualitätsdimension aus der Versichertenperspektive abzubilden.“ So **Daniela Teichert**, die Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost.

Zu unserem Schwerpunktthema Digitale Transformation haben wir ein Gespräch mit **Dr. Anke Diehl** vom Universitätsklinikum Essen über Digitalstrategien, Interoperabilität, DigitalRadar und das Krankenhauszukunfts-gesetz geführt. > S. 12 ff.

Schwerpunktthemen Digitalisierung und Telemonitoring

In dieser Ausgabe haben wir zwei weitere MVF-Interviews zum Stand der Umsetzung der Digitalisierung und des Telemonitorings: mit **Christian Bernhard** von GE Healthcare, > S. 18 ff.
und mit **Prof. Dr. med. Martin W. Bergmann** vom Cardiologicum Hamburg. > S. 28 ff.

MVF-Fachkongress „Impfstatus 2022 – Impfen in Zeiten der Pandemie“ > S. 46 ff.

Am 28. April 2022 fand unser 2. Online-Kongress zum Status der empfohlenen Impfungen in Deutschland statt; darüber berichten wir in dieser Ausgabe. Durch die enorme Aufmerksamkeit auf Corona, sind die Quoten für alle anderen Schutzimpfungen in den letzten zwei Jahren deutlich zurückgegangen. Und sie waren vorher schon nicht gut. Wir präsentieren Lösungen zur Sicherstellung der Impfversorgung, ihre Chancen und Probleme.

Herausgeberbeirat > S. 3.

Franziska Engehausen, die neue Geschäftsführerin, vertritt im MVF-Herausgeberbeirat jetzt das Aktionsbündnis Patientensicherheit. Sie übernimmt diesen Part von Frau **Dr. Köster-Steinebach**, die nun für die Sepsis-Stiftung mitwirkt.

MVF-Toolbox für die Versorgungsforschung > S. 51 ff.

In unserer Reihe kompakter Darstellungen wichtiger theoretischer Ansätze machen wir weiter mit der Strukturierungstheorie und der Theorie der Pfadabhängigkeit.

MVF-Serie „Inside Versorgungsforschung“ > S. 58 ff.

Im 36. Teil unserer Serie sind wir bei **Prof. Dr. med. Marjan van den Akker** im Arbeitsbereich Multimedikation und Versorgungsforschung des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt und ihren Mitarbeiter:innen.

Wissenschaftliche Beiträge

Hartweg und **Suk** untersuchen anhand von Abrechnungsdaten zu Hysterektomie und Tonsillotomie/Tonsillektomie, wie weit das Zweitmeinungsverfahren in Hessen in der Regelversorgung bereits umgesetzt ist. > S. 65 ff.

Senyel, **Nagels** und **Senn** präsentieren eine Übersichtsarbeit zu den Effekten von Suizid-Präventions-Apps auf das Auftreten und die Intensität von Suizidgedanken. Die Ergebnisse zeigen positive Effekte, die aber überwiegend statistisch nicht signifikant sind. > S. 71 ff.

Gehrke, **Thönnies** und **Lempfert** analysieren die Versorgung von Patienten mit diffus großzelligem B-Zell-Lymphom anhand der Abrechnungsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dominierende Therapieform ist die Immunchemotherapie. > S. 77 ff.

David und **Borde** identifizieren auf Basis einer Literaturrecherche migrantenspezifische Risiko- und Vulnerabilitätsfaktoren in der Covid-19-Pandemie. Die aktuelle Datenlage für Deutschland ist allerdings schlecht. > S. 85 ff.

Ich wünsche Ihnen, wie immer, interessante Lektüre mit vielen Informationen, die Sie für Ihre Arbeit nutzen können, und einen schönen Sommer, trotz der schweren Zeiten.

Vor allem: Bleiben Sie weiter gesund!
Ihr Professor Dr. Reinhold Roski



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





© Hartmann

„Wir gehen offensiv mit den Verfügung stehenden Daten

„Was wir aus unseren Daten nicht herauslesen können, sind die damit verbundenen Einschränkungen von Lebensqualität und sozialer Teilhabe, Leiden, Schmerzen oder bleibende Schäden, die verhindert hätten werden können.“ Das sagt Daniela Teichert, Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost, die im ersten „Titelinterview“ mit „Monitor Versorgungsforschung“ einen wichtigen, aber oft verdrängten Aspekt der Digitalisierung anspricht: die Qualitätssicherung. Es sei – so Teichert – zu hoffen, dass unser neuer Gesundheitsminister das Datennutzungsgesetz auf den Weg bringt, in dem vorgeschrieben werden sollte, dass Transparenz nicht nur schön ist, sondern auch genutzt werden muss, um die Qualität der Versorgung weiter nach vorne zu bringen.

Im Interview:
Daniela Teichert,
Vorstandsvorsitzende der AOK
Nordost.

>> Frau Teichert, bei einem Janssen Open House 2021 sagten Sie in einem Nebensatz, dass man „Qualität mit Routinedaten messbar machen“ könne. Wie funktioniert das?

Das ist nichts Neues. Mit der Aussage habe ich auf die Qualitätsmessung und -entwicklung hingewiesen, die die AOKen seit Jahren weit über die gesetzlichen Vorgaben und Gestaltungsmöglichkeiten hinaus verfolgen. Eine Initiative heißt Verfahren zur Qualitätssicherung mit Routinedaten – kurz QSR. Dieses Verfahren zu ausgewählten Leistungsbereichen, entwickelt vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WiDo), dient als Orientierungshilfe für Patient:innen und einweisende Ärzt:innen. Das QSR-Verfahren konzentriert sich auf Behandlungen, die häufig und vergleichsweise komplikationsträchtig sind und für deren Bewertung ausreichende Daten vorhanden sind. Patient:innen und einweisende Ärzt:innen können mit Hilfe der Krankenhaussuche des im Internet verfügbaren AOK-Gesundheitsnavigators Behandlungsergebnisse recherchieren. Im Navigator sehen sie auf einen Blick auch, in welchen Krankenhäusern bei bestimmten Operationen wie häufig Komplikationen vorkommen – und in welchen Krankenhäusern die Qualitätsergebnisse unterdurchschnittlich ausfallen. Das Ganze ergibt dann die AOK-Lebensbaumsystematik, die im AOK-Gesundheitsnavigator zu sehen ist.

Warum diese Form der Darstellung?

Je nach der Gesamtqualität kann ein Krankenhaus für eine bestimmte Behandlung drei Lebensbaumsymbole für über-, zwei für durchschnittliche und einen Baum für unterdurchschnittliche Ergebnisse bekommen. Wir wollen unseren Versicherten damit eine Möglichkeit anbieten, sich über die Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern zu ausgewählten Behandlungen im Vorfeld zu informieren. Dafür gehen wir offensiv mit den uns zur Verfügung stehenden Daten um. Transparenz ist kein Selbstzweck, sondern soll unseren Versicherten ermöglichen, selbst zu entscheiden, in welchem Krankenhaus sie sich behandeln lassen wollen – und in welchem eben nicht.

Prof. Busse von der TU Berlin gab beim Kongress „Das Ergebnis zählt!“, veranstaltet von der B. Braun-Stiftung und OptiMedis (s. MVF 06/21), zu Protokoll, dass es zwischen einzelnen Krankenhäusern riesige Qualitätsunterschiede gebe. Dazu hat er diverse Ergebnisse von Standard-Operationen analysiert und unter anderem herausgefunden, dass zum Beispiel bei Gallenblasen-Operationen die schlechtesten Krankenhäuser 34-mal höhere Re-Operationsraten haben als gute. Sein Rat: Solche Krankenhäuser sollten am Eingang Transparente aufhängen müssen, auf denen steht: „Achtung, unsere risikoadjustierte Sterblichkeit ist leider x-mal so hoch wie im Durchschnitt in Deutschland.“

Das ist plakativ zugespitzt – und sicherlich gewollt, damit ein der-

art wichtiges Thema auch wirklich Aufmerksamkeit bekommt. Richtig ist: Wir wollen nicht, dass unsere Versicherten in das nächste geeignete Krankenhaus fahren. Sondern in das nächste, dass für die je-

weils anstehende Operation eine qualitativ gute Behandlung bietet. Die QSR-Daten bieten für die Wahl des richtigen Krankenhauses eine gute Entscheidungshilfe. Prof. Busse könnte übrigens selbst keine Plakate aufhängen – denn er wertet hier die InEK-Daten des IQTiG aus, die er nicht auf Klinikebene zurückführen kann, weil ihm das leider nicht erlaubt ist. Es ist zu hoffen,

dass unser neuer Gesundheitsminister das Datennutzungsgesetz auf den Weg bringt, in dem vorgeschrieben werden sollte, dass Transparenz nicht nur schön ist, sondern auch genutzt werden muss, um die Qualität der Versorgung weiter nach vorne zu bringen. Bis es so weit ist, werden wir unseren Weg weiter verfolgen – auch wenn unsere Lebensbaumsystematik von Kliniken mit wenigen Bäumchen sehr kritisch gesehen wird, weil sie die Darstellung von unterdurchschnittlicher Qualität oftmals nicht teilen. Aus unserer Sicht sind die QSR-Daten aber valide genug, um solch eine Aussage zu treffen. Bei der AOK sind die Anzahl der Bäume entscheidend, wobei ein Lebensbaum für eine unterdurchschnittliche, zwei Bäume für eine durchschnittliche und drei für eine überdurchschnittliche Qualität stehen.

In diese drei Qualitätskategorien werden die Kliniken einsortiert, ob sie dem zustimmen oder nicht?

So machen wir das für inzwischen elf Leistungsbereiche. Allerdings gibt es noch viele weitere, die wir ausschließlich den Kliniken transparent zur Verfügung stellen. Dennoch ergeben diese Leistungsbereiche – umso mehr, wenn man sich ein Bild über mehrere Indikationen und deren Behandlungsergebnisse hinweg verschafft – eine wichtige Orientierungshilfe bei der Suche nach einem geeigneten Krankenhaus. Ergänzend dazu führen wir Versichertenbefragungen durch, mit denen wir ergänzend versuchen, die Qualitätsdimension aus der Versichertenperspektive abzubilden. Zusammen mit den QSR-Daten ergibt das dann einen recht guten Eindruck, welche Qualität ein Krankenhaus abliefern.

Wie reagieren die Krankenhäuser?

Das ist sehr unterschiedlich. Manche Häuser mit wenigen Lebensbäumen – am häufigsten natürlich die mit nur einem – treten aktiv an uns heran. Sie tun dies in erster Linie, um Kritik an der von uns verwandten Methode zu üben. Teilweise wird infrage gestellt, ob die AOK solche Qualitätsvergleiche überhaupt durchführen sollte. Wenn wir es dann schaffen – was gar nicht so selten der Fall ist – in einen konstruktiven Dialog zu treten, verstehen die meisten Klinikmanager:innen und die Ärzt:innen häufig, dass sowohl das QSR-Verfahren als auch die Versichertenbefragung gute Tools für das interne Qualitätsmanagement eines jeden Krankenhauses sind. Krankenhäuser haben häufig gar keine andere Möglichkeit, sich mit dem lokalen oder auch regionalen Mitbewerbern oder gar den besten in ganz Deutschland zu vergleichen. Das bekommen sie von uns kostenlos.

Aber nicht selbstlos.

Natürlich nicht. Unser Ziel ist es, nach und nach den Boden für eine bessere Ergebnisqualität zu bereiten. Für uns steht im Fokus, die Versorgungsqualität kontinuierlich zu verbessern und die Patientensi-

uns zur
um“

cherheit zu erhöhen. Dass man das nicht über Nacht schafft und man auch sehr viel Geduld sowie oben-drein einen breiten Rücken haben muss, ist uns klar.

Was meinen Sie damit konkret?

In unseren Qualitätsdialogen mit den Krankenhäusern kommen wir anfangs oft in sehr kontroverse und auch kritische Gespräche. Das liegt auch daran, dass wir diese nicht nur mit den Verwaltungschefs, sondern auch mit den Chefärzt:innen führen, die es per se schwierig finden, dass die AOK ihre Qualität zum einen überhaupt misst und die Ergebnisse zudem öffentlich zugänglich macht.

Transparenz ist immer gut, wenn sie einen nicht selbst (be)trifft.

Die offensive Kommunikation von medizinischer Ergebnisqualität erzeugt einen gewissen Handlungsdruck bei den Krankenhäusern. Genau das bezwecken wir ja auch, denn eine kritische Diskussion zu Behandlungsergebnissen und das Lernen daraus haben den größten Impact auf die kontinuierliche Verbesserung des Versorgungsniveaus. Dabei helfen die Datenanalysen, die auf den Abrechnungsdaten der Krankenhäuser basieren, enorm, weil sie absolut objektiv sind. Dazu muss man wissen, dass hinter den netten, grünen Lebensbäumchen ausgefeilte und sehr detaillierte Analysen stehen, die wir den Krankenhausleitungen in einem internen, vertraulichen Klinikbericht zur Verfügung stellen. Nur so kann man unserer Meinung nach Kliniken dazu bringen, in ein Qualitätsmanagement zu investieren, um aus den von uns identifizierten Verbesserungspotenzialen eigene Handlungsoptionen zu erarbeiten.

Krankenkassen haben doch nur auf Abrechnungsdaten Zugriff.

Wir sprechen hier von Routinedaten von über 26 Millionen AOK-Versicherten. Damit kann man schon einiges an Versorgungsforschung leisten. Wir bei der AOK Nordost selbst können allerdings nur auf unsere eigenen Daten auf Landesebene zugreifen, wir speisen diese allerdings anonymisiert in das bundesweite QSR-Verfahren ein.

Ebenso besteht das grundlegende Problem bei Routinedaten, dass sie nicht unmittelbar zur Qualitätssicherung erhoben wurden, sondern eben zur Abrechnung.

Richtig ist, dass es Dinge gibt, die man aus Routinedaten herauslesen kann - und andere eben nicht. Um definieren zu können, wie wir die Daten sinnvoll und wissenschaftlich sauber nutzen können, arbeiten wir hier mit vielen Akteuren aus der Praxis zusammen - in der Regel sind das Chef- und Oberärzt:innen großer Kliniken, die sich zu Expertenpanels zusammenfinden. Hier wird diskutiert und konsentiert, welche Diagnosen sich eignen, um mit Routinedaten Qualität messen zu können. Das sind klassischerweise Diagnosen mit einfacheren Interventionen, wie etwa Knie- und Hüft-Endoprothetik und Blinddarm-OPs etc. Bei Komplexinterventionen ist es derzeit noch schwierig bis unmöglich, genau zu bestimmen, welche Komplikation und unerwünschten Ereignisse sich originär auf die Behandlung in einem Krankenhaus zurückführen lassen.

Obwohl die Daten anonymisiert sind, können sie diese auf das behandelnde Krankenhaus zurückführen?

Dafür nutzen wir die Standortkennzahlen der Krankenhäuser. Die Daten der Versicherten werden fallübergreifend analysiert. Alle Daten

„Was wir aus den Routinedaten nicht herauslesen können, sind die damit verbundenen Einschränkungen von Lebensqualität und sozialer Teilhabe, Leiden, Schmerzen oder bleibende Schäden, die verhindert hätten werden können.“

werden so anonymisiert, dass verschiedene Behandlungsereignisse einem Patienten zugeordnet werden können. Der Datenschutz ist durchgehend gewährleistet, da die Identität der Patient:innen weder bekannt noch ermittelbar ist.

Nun wird jeder Verwaltungschef oder Chefarzt sagen: Unsere Patient:innen sind anders und obendrein viel kränker als andere.

Dieser Argumentation könnte man folgen, wenn wir keine Risikoadjustierung hätten.

Die Sie aber haben ...

... und zwar ein sehr ausgefeiltes Risikoadjustierungsverfahren. Damit können wir die Vergleichbarkeit der Ergebnisse verschiedener Krankenhäuser sicherstellen. Es ermöglicht uns beispielsweise relevante Unterschiede sehr heterogener Patientengruppen einer großen Universitätsklinik mit einem kleinen 100-Betten-Haus auf dem Land zu vergleichen.

Dann müsste auf Krankheitslast adjustiert werden.

Auf Alter, Geschlecht und Morbidität, einschließlich relevanter Nebendiagnosen.

Zum Beispiel?

Nehmen wir die sehr gut abgrenzbare Knie-Endoprothetik. Nehmen wir zudem an, dass in einer bestimmten Klinik 400 Patient:innen mit dieser OP behandelt wurden. Dann kann man rund 50 Patient:innen von vornherein aus der Analyse ausschließen, weil sie zusätzlich die Nebendiagnose einer Tumorerkrankung haben. 100 weitere Patient:innen fallen heraus, weil sie sich einer Revisions-OP unterzogen haben. Nur die restlichen 250 gehen in eine Risikostratifizierung. Damit soll sichergestellt werden, dass in eine zu analysierende Grundpopulation „Knie-Endoprothetik“ nur diejenigen Patient:innen eingeschlossen werden, die in etwa gleiche, relative Voraussetzungen haben. Damit wird auch ausgeschlossen, dass beispielsweise Unikliniken nicht deshalb benachteiligt werden, weil sie oft eine höhere Ausgangs-Kranklast zu versorgen haben. Wenn man all das beachtet, kann man einen durchaus fairen Vergleich zwischen den Kliniken hinbekommen, der aufzeigt, wie hoch in Kliniken, die die Leistungsgruppe „Knie-Endoprothetik“ abrechnen, die Revisionsraten, die Nachblutungen oder Nahtinsuffizienzen, Rehospitalisierungen oder gar Todesfälle ausfallen. All diese Komplikation und unerwünschten Ereignisse kann man sehr gut aus Routinedaten herauslesen. Was wir aus unseren Daten nicht herauslesen können, sind die damit verbundenen Einschränkungen von Lebensqualität und sozialer Teilhabe, Leiden, Schmerzen oder bleibende Schäden, die verhindert hätten werden können.

Wie steht es um ökonomische Parameter?

Es geht uns natürlich auch um Vermeidung von Fehlallokationen durch schlechte Qualität. Zwischen dem, was eine Krankenkasse an eine Klinik mit guter oder schlechter Qualität bezahlen muss, liegen manchmal für einen einzigen Behandlungsfall einige Tausend Euro. Durch Komplikationen oder Wiederaufnahmen kann es zu weiteren deutlichen Mehrkosten kommen.

Wenn Qualität verbessert werden sollte, müsste man eigentlich in

eine Belohnungs- oder eine Regresssystematik einsteigen.

Unser Ziel muss es doch sein, eine gute Qualität zu ermöglichen und diese den Menschen transparent für ihre zu treffenden Entscheidungen verfügbar zu machen. Was da gar nicht hilft, ist es, weniger gute Krankenhäuser weiterhin ihre Leistungen erbringen zu lassen, mit dem einzigen Unterschied, dass diese dann weniger Geld erhalten. Das halte ich für unethisch und den völlig falschen Ansatz, den wir als AOK Nordost auch nicht mittragen würden. Bei der angekündigten Krankenhaus-Reform benötigen wir andere Instrumente, um die Qualität zu verbessern.

Wie etwa mehr Mindestmengen.

Die gesetzlichen Mindestmengen sind ein wichtiges Instrument für mehr Patientensicherheit. Ziel ist es, besonders anspruchsvolle, komplizierte und planbare Operationen und Behandlungen nur in Kliniken durchzuführen, die über viel Erfahrung verfügen. Studien belegen einen deutlichen Zusammenhang zwischen Routine und Behandlungsergebnis. In Kliniken, in denen die Mindestmenge erreicht wird, ist das Risiko für Komplikationen bei den behandelten Patient:innen deutlich niedriger als in Kliniken, mit wenigen Eingriffen pro Jahr. Letztlich lässt sich die Mindestmengenthematik auf den sehr bekannten Spruch: „Übung macht den Meister“ herunterbrechen. Auf die Vorteile einer Spezialisierung bei Zentren weist auch die aktuelle Studie des WIdO hin. Sie hat ergeben, dass Patient:innen die in zertifizierten onkologischen Zentren behandelt wurden, im Schnitt bessere Überlebenschancen hatten als Patient:innen, die in nicht zertifizierten Krankenhäusern behandelt wurden.

Gibt es denn Fälle, bei denen die Mindestfallzahl eigentlich gar nicht der richtige Parameter ist? Es mag ja Operateure geben, die auch unterhalb der Mindestfallzahl gut sind.

Das wird eher die Ausnahme als die Regel sein. Im Großen und Ganzen sind Mindestmengen – also Untergrenzen für bestimmte Leistungsmengen – schon die richtigen Parameter. Natürlich ist die Erfahrung des einzelnen Operateurs wichtig, aber eben auch die des gesamten Teams, um beispielsweise Komplikationen rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln. Mindestmengen sind daher ein wichtiger Bestandteil der Qualitätssicherung, weil sie dazu dienen, die notwendige Erfahrung bei hochkomplexen Leistungen sicherzustellen und damit das Risiko für Patient:innen zu minimieren.



Daniela Teichert

ist seit mehr als 25 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 war sie in weiteren verschiedenen Führungspositionen und Projekten verantwortlich 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.

Die vom G-BA beschlossenen Mindestmengen-Regelungen gibt es bislang jedoch nur für sieben planbare Leistungen wie die Leber- oder Nierentransplantation, komplexe Eingriffe an der Speiseröhre oder der Bauchspeicheldrüse, ebenso für Stammzelltransplantationen, Kniegelenk-Totalendoprothesen oder auch für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1.250 Gramm. Warum gibt es nicht mehr?

Der G-BA wurde vom Gesetzgeber aufgefordert, kontinuierlich weitere Mindestmengenregelungen für andere Leistungsbereiche wissenschaftlich fundiert zu beschließen – der Prozess läuft. So hat der G-BA im Dezember vergangenen Jahres neue Mindestmengen für Brust- und Lungenkrebs-Operationen festgelegt, die die Krankenhäuser ab 2025 erreichen müssen. Das begrüßen wir ausdrücklich. Doch Mindestmengen haben nicht nur eine wissenschaftliche Basis, sondern darüber hinaus auch eine enorme politische Dimension.

Ein Beispiel?

Nehmen wir die Mindestmengen für die Früh- und Neugeborenen unter 1.250 Gramm. Die Mindestfallzahl für diese sehr kleinen Frühchen, die eine sehr komplexe Betreuung benötigen, wurde kürzlich von 14 auf 25 erhöht. Wenn man strikt evidenzbasiert vorgehen würde, wäre die Mindestmenge sogar noch höher, als die nun festgesetzte Zahl. Das aber war politisch nicht durchsetzbar, weil befürchtet wurde, dass damit deutlich weniger Frühgeborenenstationen die Mindestmenge erreichen und damit nicht mehr an der Betreuung dieser kleinen Patienten teilnehmen könnten. Im Krankenhausstruktur-Gesetz und in den Vorgaben des G-BA wird nämlich eine rechtsklare Ausgestaltung der Mindestmengen-Regelung umgesetzt, nach der ein Krankenhaus, das die Mindestmenge für eine Leistung nicht erreicht, diese in der Regel nicht erbringen darf und auch keinen Anspruch auf Vergütung durch die gesetzlichen Krankenkassen hat.

Obwohl allen bewusst ist, dass es einen direkten Zusammenhang zwischen Mindestmengen und Outcome gibt und laut Studien sogar das Sterberisiko signifikant höher ist.

Das wird leider in Kauf genommen, weil die Zugangsqualität scheinbar höher gewichtet wird. Wir würden uns wünschen, dass der Zusammenhang zwischen Mindestmenge und Ergebnisqualität in der Politik, aber auch in der Bevölkerung deutlicher wahrgenommen und akzeptiert wird.

Zitationshinweis

Teichert, D., Stegmaier, P.: „Wir gehen offensiv mit den uns zur Verfügung stehenden Daten um“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/22), S. 6-10. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.22.1866-0533.2398>

Was ist mit Krankenhäusern, die zum ersten Mal beispielsweise eine Neugeborenenstation aufmachen?

Hier besteht häufig – auch in der öffentlichen Wahrnehmung – ein Missverständnis. Die Neugeborenenstation allein ist es ja nicht, um die es hierbei geht. Krankenhäuser können unter den entsprechenden Voraussetzungen natürlich solche Stationen eröffnen. Wenn sie dann Neugeborene mit einem höheren Geburtsgewicht als 1.250 Gramm betreuen, unterliegen sie nicht der Mindestmengenregel. Nur die Betreuung der hochkomplex zu behandelnden sehr kleinen Frühchen unterliegt der Mindestmengen-Regel und soll daher nur dort erfolgen, wo eine ausreichende Anzahl an Behandlungsfällen mit einer ausreichenden Erfahrung vorliegt. Diese Krankenhäuser müssen dann innerhalb der ersten zwölf Monate mindestens 50 Prozent der Mindestmenge erbringen. Daneben werden sie in der sogenannten Mindestmengen-Transparenzliste gesondert mit „erstmalige oder erneute Leistungserbringung“ gekennzeichnet. Das gilt übrigens für alle anderen Leistungsbereiche, die der Mindestmengen-Regel unterliegen, genauso.

Im Endeffekt sind damit alle Schwangeren Beta-Testerinnen, die ein höheres Risiko für ihr Neugeborenes auf sich nehmen.

Das könnte man so interpretieren. Das gefällt uns nicht, ist aber eine Frage der Politik und der Selbstverwaltung. Es ist aber die absolute Ausnahme, dass neue Perinatalzentren hinzukommen, die sehr kleine Frühgeborene versorgen wollen. Wenn Zentren die nun erhöhte Mindestmenge nicht erfüllen, geht es auch nicht um die Schließung einer solchen Station oder gar Abteilung, sondern um den Entzug der Berechtigung, dort auch diese sehr kleinen Frühgeborenen betreuen zu dürfen. Die sehr kleinen Frühchen unter 1.250 Gramm machen nur 10 Prozent aller Frühgeborenen insgesamt aus.

Kommen wir auf die Schwangeren zurück, die ihr stark untergeordnetes Baby in Kliniken zur Welt bringen sollen, die die Mindestfallzahlen noch nicht erreicht haben. Wissen sie, dass das so ist?

Sie, aber auch ihre betreuenden Ärzte, könnten es wissen, wenn sie vorher einen Blick in den AOK-Gesundheitsnavigator geworfen hätten.

Ein Konjunktiv irrealis, weil das viele nicht tun, und damit – ohne es zu ahnen – die Lernkurven der einzelnen Teams mitmachen müssen.

Genau darum gibt es Instrumente wie den AOK-Gesundheitsnavigator oder die Mindestmengen-Transparenzliste. Besser wäre allerdings, dass im ersten Aufklärungsgespräch vor der Aufnahme in einem Krankenhaus die Mindestmenge verpflichtend thematisiert werden muss. Ebenso wäre zu hoffen, dass sich mehr Patient:innen informieren und – wie man so schön sagt – „mit den Füßen“ abstimmen würden. Das tun auch manche, vor allem jene, die in Metropolregionen leben. Auf dem Land sieht es z.B. bei planbaren Eingriffen etwas anders aus. Hier spielt die reine Verfügbarkeit im „Krankenhaus um die Ecke“ noch immer eine große Rolle, nicht selten eine größere, als die Frage nach der Behandlungsqualität. Hinzukommt, dass gerade in den Flächenländern viele kleine Kliniken wirtschaftlich unter erheblichem Druck stehen, viele auch schon mit dem Rücken an der Wand. Da zählt quasi jeder einzelne Patient als Existenzsicherung. In einer solchen Ausgangssituation ist es häufig sehr schwierig, die Wichtigkeit der Qualitätssicherung miteinander objektiv zu diskutieren. Da ist häufig eine Menge Emotionalität im Spiel, sowohl von Seiten der Akteure in

„Das Problem ist, dass zur Zeit niemand weiß, wie man eine fundierte Evaluation aufsetzen könnte, die sicherstellt, dass sich die Qualität wirklich verbessert.“

den Krankenhäusern als auch in der Bevölkerung.

Müsste man nicht knallhart sagen: Wenn Ihr die Mindestmenge nicht erfüllt, dürft Ihr Patient:innen nicht mehr aufnehmen, sondern müsst sie an das nächste Krankenhaus mit erfüllter Mindestmenge weiterschicken?

Das ist richtig und ist ja auch so schon in der Mindestmengen-Regelung enthalten: Wer die Mindestmenge nicht erfüllt, darf nicht geplant behandeln und nicht abrechnen. Eine Aufnahme in diesem Krankenhaus ergibt dann keinen Sinn. Und nur zur Klarstellung: Notfälle sind davon ausgenommen. Die Mindestmenge bezieht sich nur auf planbare Operationen und Prozeduren. Allerdings kann einem Krankenhaus die Landesbehörde in bestimmten Fällen, in denen die Anwendung der Mindestmengen-Regelung eine flächendeckende stationäre Versorgung der Bevölkerung vermeintlich gefährden würde, die Leistungsberechtigung mittels Genehmigung erteilen.

Was können Krankenkassen noch tun, um Qualität sicherzustellen?

Wir nutzen alle Möglichkeiten, die uns per Gesetz gegeben sind, bis hin zu gerichtlichen Auseinandersetzungen. Wir von der AOK Nordost sind da recht unerschrocken und investieren viel Energie und Überzeugung, um die Vorgaben der Qualitätssicherung zur Geltung zu bringen, auch indem wir die Vergütungen für Leistungen aussetzen, die unberechtigt erbracht wurden. Allerdings sind alle diese restriktiven Möglichkeiten nicht unsere erste Wahl. Das ist für uns nach wie vor der konstruktive Dialog mit allen Beteiligten.

Müssten Sie nicht bereits Qualitätsverträge mit Kliniken mit bestimmten Volumen abschließen?

Das wurde wegen Corona verschoben, weil wir im Moment nicht all zu viele Kliniken finden, die über Qualitätsverträge verhandeln wollen. Das Problem ist auch, dass zur Zeit niemand weiß, wie man eine fundierte Evaluation aufsetzen könnte, die sicherstellt, dass sich die Qualität wirklich verbessert. Wir wollen doch keine Verträge mit höheren Honoraren abschließen, ohne sicher gehen zu können, dass damit tatsächlich Lebensqualitätsverbesserungen und weniger Komplikationen einhergehen. Fakt ist, dass die Konzeption, einen Qualitätsvertrag aufzusetzen, der wirklich den Namen verdient, sehr teuer ist. Auch sind die personellen Ressourcen, die Krankenkassen wie Kliniken investieren müssten, zur Zeit schwer darstellbar

Was würden Sie sich noch wünschen, um dieses System Qualität noch besser fördern zu können?

Ich wünsche uns allen, dass es bei der Diskussion um Qualität tatsächlich um Qualitätsaspekte geht und nicht in erster Linie um Arbeitsplatzsicherung oder Lokalpolitik. Der gemeinsame Fokus sollte auf der Weiterentwicklung und Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgungsqualität und Patientensicherheit liegen. Über die gesetzliche Qualitätssicherung hinaus engagiert sich die AOK Nordost nicht nur für die Qualitätsmessung im stationären Sektor. Auch im ambulanten Sektor untersucht die AOK Nordost in Zusammenarbeit mit regionalen Arztnetzen die Ergebnisqualität. Ein weiteres spannendes AOK-Projekt ist die Qualitätsmessung mit Routinedaten im Bereich der Pflege. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

DU VERDIENST MEHR.

Bisschen rumwurschteln machen andere. In unserer Gastronomie, in der Reinigung, in Lager und Logistik, im Service, in handwerklichen und technischen Berufen hältst du den Krankenhausbetrieb am Laufen.

Werde Teil unseres Teams.

Den richtigen Job finden
und direkt online bewerben:



Wir suchen

Mitarbeiter*innen Service

**Vivantes**

läuft-nicht-ohne-dich.de





„Es gibt in Deutschland ke nahtlosen Übergang von D

Von einer – wie sie selbst sagt – „One-Woman-Show“ einer Digital-Change-Managerin der Universitätsmedizin Essen führte ihr Weg zur Chief Transformation Officerin des UK Essen: Nun ist Dr. Anke Diehl obendrein zu einem der sieben Mitglieder des vom BMG berufenen „Nationalen Expertengremium für Interoperabilität im Gesundheitswesen“, kurz Interop-Council, ernannt worden. Mit Interoperabilität tut sich Deutschland Diehls Worten zufolge noch schwer: Derzeit ist der Übergang von Daten von einem Krankenhaus zum anderen nur im Fall einer Mitbehandlung möglich. Bei Daten aus dem Gesundheitsversorgungsprozess steht Deutschland – was Interop betreffe – „noch ganz am Anfang“, weil sich jeder seine Partikularinteressen leiste, seine eigenen Projekte pflege und die Politik das auch noch zulasse.

Im Interview: Dr.
Anke Diehl, Chief
Transformation
Officerin der Uni-
versitätsmedizin
Essen

>> Frau Dr. Diehl, Sie waren von 2018 bis 2021 Digital-Change-Managerin und sind seit 2022 Chief-Transformation-Officerin des Universitätsklinikums Essen. Was hat sich denn bis auf den Titel für Sie persönlich geändert?

Damit geht vor allem eine viel höhere Gewichtung des Themas Digitalisierung innerhalb unserer Organisation einher. Vorher war ich als Digital-Change-Managerin praktisch eine One-Woman-Show, nun leite ich als CTO eine Stabsstelle für die digitale Transformation. Da die Stabsstelle zudem personell unterfüttert ist, wird unsere Reichweite innerhalb der Organisation größer. Und: Wir werden schneller!

Wie viele Mitarbeiter haben Sie denn?

Direkt vor Ort vier Vollzeitkräfte, zudem einen recht großzügig bemessenen Zugriff auf einen ganzen Stab weiterer Personen, die primär in anderen Organisationseinheiten beschäftigt sind.

Erstaunlich für ein Krankenhaus, selbst für ein Universitätsklinikum ist es, eine derartige Stabsstelle überhaupt vorzuhalten. Wo sind Sie strukturell angedockt?

Ich bin direkt im Vorstandsbereich angesiedelt, zwischen dem ärztlichen und dem kaufmännischen Direktor. Das zeigt zum einen, welche Bedeutung bei uns dem Thema Digitalisierung beigemessen wird, zum anderen aber auch, dass wir eine Querschnittsfunktion wahrnehmen sollen – nicht nur als verbindendes Element zwischen den Vorstandsressorts, sondern auch zwischen unseren Standorten – vom Universitätsklinikum selbst, bis hin zu mehreren, ebenfalls zum Konzern gehörenden Krankenhäusern. Digitale Transformation als solche geht uns alle an, den Konzern ebenso, wie jedes einzelne Haus und im Endeffekt bis hin zu jedem einzelnen Mitarbeiter.

Auf welcher EMRAM-Stufe (Electronical Medical Reports Adoption Model) würden Sie Ihr Haus einordnen?

Die internationale EMRAM-Systematik, das hat sich bereits im DigitalRadar gezeigt, ist nicht auf Deutschland – und so auch nicht auf uns – übertragbar.

Weil Deutschland – wie so oft – eben ganz anders als alle anderen Länder der Welt ist?

Diesmal nicht. Das Hauptproblem bei EMRAM ist in deren Systematik selbst begründet. Will heißen: Bei EMRAM kommt man erst dann von einer Stufe auf die nächste weiter, wenn man die darunterliegende Stufe voll erfüllt hat. Wichtig ist das Attribut „voll“.

Das sollten Sie bitte an einem Beispiel erklären.

Nehmen wir die Radiologie. Hier gibt es das Picture Archiving-

System, das bei EMRAM erst in einer höheren Stufe erwartet wird. In Deutschland ist es nun so, dass ein derartiges elektronisches Archivsystem bei über 95 Prozent aller Krankenhäuser vorhanden ist, hingegen ein Closed-Loop-Medication-System eher wenige bis sehr Krankenhäuser installiert haben. Dies vorweg geschickt, muss man so ziemlich die allermeisten deutschen Krankenhäuser tatsächlich der Stufe 0 zuordnen.

Haben Sie in Essen ein Closed-Loop-Medication-System?

Noch nicht, doch haben wir bereits über das Krankenhauszukunftsgesetz, kurz KHZG, einen entsprechenden Förderantrag gestellt. Alle Arten von Einschätzungen und vor allen Dingen Einstufungen, wie sie über EMRAM oder das DigitalRadar vorgenommen werden können, sind ganz nett, weil sie zumindest einen Anhaltspunkt und Vergleichswert liefern, aber leider auch nicht viel mehr. Das Wichtige ist, dass die Prozesse innerhalb der einzelnen Digital-Systeme funktionieren und miteinander verbunden sind, was sich aber in keinem einfachen und damit recht generischen IT-Vergleichstool abbilden lässt.

Könnte man die aus den USA stammende EMRAM-Klassifikation auf Deutschland adaptieren?

Das DigitalRadar an sich ist schon sehr gut und deutlich geeigneter für uns als EMRAM. Von daher begrüße ich es sehr, auch wenn damit mehr als deutlich wird, dass sich die Mehrheit der deutschen Krankenhäuser noch ganz weit unten einordnen muss.

Im DigitalRadar Krankenhäuser – Projektpartner nach § 14b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind HIMSS Europe, das Institut für angewandte Versorgungsforschung (inav), Lohfert & Lohfert, das Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) und die Universität St. Gallen – liegt der größte Teil der deutschen Krankenhäuser aufgrund fehlender Ausstattungsmerkmale zur digitalen Dokumentation und fehlender Umsetzung der Interoperabilität derzeit auf der prognostizierten EMRAM-Stufe „0“.

Was nichts anderes heißt, dass – negativ formuliert – deutsche Krankenhäuser bei der Digitalisierung nicht besonders gut dastehen. Oder – positiv ausgedrückt – ein erheblicher Spielraum nach oben vorhanden ist.

Wie steht es um Datensicherheit?

Die wird hier noch nicht erhoben, was aber durchaus in einer zweiten Erhebungswelle folgen könnte. Wir sind als Uniklinik als sogenanntes KRITIS-Haus auditiert worden, also als Klinik mit kritischer Infrastruktur. Hinter diesem Audit stand für uns ein großer Arbeitsaufwand, der aber perspektivisch für alle deutschen Krankenhäuser zu leisten sein wird, denn KRITIS wird zunehmend auch andere Häuser mit anderen Bettengrößen einschließen.

Das heißt, jedes Krankenhaus muss besondere Sicherheitsrichtlinien in Bezug auf seine IT-Infrastruktur erfüllen, vor allen Dingen, um sich vor Hackerangriffen zu schützen.

Genau. Das betraf im ersten Anlauf nur die Häuser der Maximalversorgung, festgemacht an der Bettengröße. Da man die hier gestellten Mindestanforderungen zwangsweise erfüllen muss, muss man viele

„Digitale Transformation als solche geht uns alle an, den Konzern ebenso, wie jedes einzelne Haus und im Endeffekt bis hin zu jedem einzelnen Mitarbeiter.“

„In einerlei Daten“

Ressourcen bündeln, um alles so sicher wie möglich gegen Angriffe von außen zu machen. Doch ist das nur ein Aspekt der Digitalisierung, der als Negativaspekt immer mitgedacht werden muss, der uns aber nicht ablenken darf, von dem, was für Chancen Digitalisierung in Zukunft haben kann. Da rede ich noch gar nicht von der Integration von KI-Anwendungen, die in der nächsten Zeit ganz sicher auf uns zukommen wird.

Im Zuge des Krankenhauszukunftsgesetzes wurden inzwischen weit über 6.000 Anträge gestellt. Man erkennt recht deutlich Schwerpunkte der Anträge – beispielsweise bei Patientenportalen und digitaler Dokumentation, die zusammen rund ein Drittel der Anträge ausmachen. Sind das Ihrer Meinung nach die Digitalbereiche, bei denen man schnell punkten kann, um möglichst fix den laut KHZG geforderten Digitalisierungsnachweis erbringen zu können, oder genau die Kategorien, die wirklich wichtig sind?

Jedes Haus ist gut beraten, seine Digitalstrategie auf einer gesunden Basis aufzusetzen. Das bedeutet, dass es zuallererst darum gehen muss, für den gesamten Patientenweg in einem Krankenhaus – von Aufnahme bis Entlassung und möglichst darüber hinaus – eine elektronische Dokumentationsbasis zu schaffen. Ein Krankenhaus, das heutzutage noch keine elektronische Patientenakte hat, in der alles umfassend elektronisch dokumentiert wird, ist gut beraten, genau diese Basis zu schaffen. Und darauf aufbauend alles andere, ob das nun Patientenportale sind, mit denen wir uns schon seit Jahren beschäftigen, oder eben die Closed-Loop-Medication.

Die sich im KHZG-Förderbereich „Medikationsmanagement“ verbirgt.

Closed Loop ist aber wesentlich mehr als ein Medikationsmanagement-System. Man versteht darunter einen geschlossenen Kreislauf, in dem die richtige Medikation für den einzelnen Patienten zusammengestellt, verblistert und dann bis zum Bett ausgeliefert wird. Damit soll der durchaus fehlerbehaftete manuelle Prozess auf den Stationen abgelöst werden, wo man seit langem und idealerweise ein Vieraugenprinzip eingeführt hat, wenn pro Patient Arzneimittel in Döschen händisch abgefüllt werden, aber jeder weiß, dass unter Stress Fehler passieren können.

Nun sind Sie seit Dezember 2021 Mitglied im „Nationalen Expertengremium für Interoperabilität im Gesundheitswesen“.

Die Abkürzung klingt etwas einfacher: Interop- oder IOp-Council.

Interoperabilität heißt doch nichts anders, als dass man Daten, die man elektronisch dokumentieren, untereinander austauschen und eventuell sogar in einer Forschungsdatenbank speichern will, in einer bestimmten Art und Weise strukturiert vorhalten muss.

Hier muss man zuerst unterscheiden, um welche Daten es sich genau handelt: um interne Daten innerhalb einer Organisation oder solche, die im Gesundheitsversorgungsprozess wo auch immer anfallen? Die mit Abstand wichtigsten Daten stammen natürlich aus dem Gesundheitsversorgungsprozess, doch stehen wir hier – was Interoperabilität betrifft – in Deutschland leider noch ganz am Anfang. Jeder leistet sich seine Partikularinteressen, pflegt seine eigenen Projekte und die Politik lässt es zu, schon viel zu lange viel zu wenig Nutzen aus durchaus verfügbaren Daten zu ziehen. Von daher ist es eine sehr

begrüßenswerte Aktion, dass das Interop-Council vom BMG ins Leben gerufen wurde, um internationale Nomenklaturen sowie semantische und syntaktische Standards zu definieren und dementsprechend interoperable Prozesse zu gestalten.

Mit nur sieben Mitgliedern.

Dass das Council nur sieben offizielle Mitglieder hat, macht gar nichts, weil es Arbeitskreise für verschiedene Use-Cases gibt, zu der sich ein großer Pool an Experten bereits gemeldet hat. Darunter sind nicht nur IT-Spezialisten und -Anwender, sondern auch Krankenkassenvertreter, Verbände, Fachgesellschaften oder wissenschaftlicher Einrichtungen. Insofern habe ich die Hoffnung, dass sich mit dem Interop-Council schnell etwas im Sinne

von wiederverwertbaren interoperablen Standards tut, die man dann auch in andere Prozesse integrieren kann. Übrigens kann sich jeder, der sich dazu berufen fühlt, über die nationale Wissensplattform für Interoperabilität, kurz INA, bewerben (1).

„Bei Daten aus dem Gesundheitsversorgungsprozess stehen wir – was Interoperabilität betrifft – in Deutschland leider noch ganz am Anfang.“

Gibt es so etwas im Ausland?

Meines Wissens nicht, damit wären wir in Deutschland tatsächlich einmal absolut an der Spitze. Die beiden ersten Arbeitskreise sind bereits gestartet und von den über 70 bestätigten Expert:innen wurden zwei Arbeitskreise für eine Bestandsaufnahme sowie onkologische Interoperabilität gebildet.

Was tun, bis es erste Ergebnisse gibt?

Vor allen Dingen: nicht abwarten! Wir in Essen haben das Problem für uns gelöst, indem wir eine eigene technische Plattform etabliert haben, die auf einem offenen, allgemein anerkannten Standard beruht, der sich ganz sicher auch bei uns durchsetzen wird. Gemeint ist der Fast Healthcare Interoperability Resources-Standard, kurz FHIR, englisch wie „Feuer“ ausgesprochen. Das ist übrigens ein Standard, der sich auch in den neuen ISiK-Basisprofilen der gematik wiederfindet.

Diese „Informationstechnischen Systeme im Krankenhaus“, kurz ISiK, sollen – so die gematik – alle IT-Systeme verbinden, die in Krankenhäusern vor Ort zum Einsatz kommen, damit wichtige Informationen ohne Umwege dort landen, wo sie benötigt werden. Die ISiK-Standards sind zudem verbindlich und müssen mit einer Übergangsfrist von 24 Monaten umgesetzt werden, wobei die Umsetzung des Basisprofils in der ersten Stufe schon bis zum Sommer 2023 zu erfolgen hat.

Gut, dass wir FHIR bei uns schon einsetzen. Doch sind wir sogar noch einen Schritt weiter, indem wir letztes Jahr im ISiK Open House-Verfahren der gematik die FHIR-Spezifikation für Patientenfragebögen erstellten, die dann auch von anderen Häusern verwendet werden kann. Über unsere FHIR-Plattform sind übrigens auch alle anderen internen Datensysteme miteinander verbunden – das reicht vom radiologischen Informationssystem, dem Laborinformationssystem bis hin zur elektronischen Patientenakte. Damit liegen die Daten innerhalb unseres Uniklinikums interoperabel vor und können miteinander verarbeitet werden.

Hat das durch die Gesundheits-IT-Interoperabilitäts-Governance-Verordnung (GIGV) in die Welt gerufene IOp-Council schon getagt?

Das Interop-Council hat bisher zwei Mal öffentlich getagt. Beim

ersten Meeting wurde unter anderem beschlossen, oben genannte Arbeitskreise einzurichten, also einen für die Entwickler-Journey der Onkologie, der andere für die Kartografierung von FHIR-Ressourcen.

Gibt es da keinen Überblick?

Überhaupt nicht. Alle erheben eigene Daten und nutzen viele, oft auch proprietäre Formate, die mit Interoperabilität nun gewiss nicht vereinbar sind. In kommenden öffentlichen Sitzungen werden sukzessive weitere Arbeitskreise beschlossen. Den Vorsitz übernimmt immer jemand aus dem Council, wobei sich an den zu bildenden Arbeitskreisen die Expert:innen beteiligen können, die sich vorher über INA registriert haben. Wir haben schon jetzt erfreulich viele Bewerbungen für diese Expertenrunden, sodass ich Hoffnung habe, dass wir interoperabel durchgängige Wege möglichst frei von Partikularinteressen realisieren können.

Eine andere große Initiative war die bereits 2016 gestartete *Medizininformatik-Initiative*, bei der sich alle 33 Unikliniken zu vier Konsortien zusammengeschlossen haben. Hier sollten unter anderem *Datenintegrationszentren entstehen und spezielle IT-Lösungen für spezifische Anwendungen geschaffen werden*.

Gerade läuft die Beantragung der nächsten Förderperiode, die sich von der strengen Aufteilung in vier Konsortien insofern löst, indem man sich auch für über 20 übergreifende Anwendungsbeispiele – eben die Use Cases – bewerben kann, in denen über die früheren 4 Konsortien hinweg medizininformatische Prozesse für Anwendungsbeispiele geschaffen werden sollen. Das ist aus meiner Sicht auch der richtige Weg, weil vieles eben nicht klar einem Cluster zurechenbar ist, wohl aber einer „Patient Journey“, die neben aller Interoperabilität auch eine entsprechende Patientenorientierung und -information gewährleisten muss.

Ist die nicht gleich mitgedacht worden?

Die ist schon mitgedacht worden, aber im gelebten Föderalismus Deutschlands nur sehr schwierig gestaltbar. Zwar gibt es einen sprechenden „Broad Consent“ für Patienteninformationen, der vom Nationalen Steuerungsgremium der Medizininformatik-Initiative in einem Arbeitskreis erarbeitet wurde, doch hat das alleine schon gut zweieinhalb Jahre gedauert. Weil nicht nur jeder Landesdatenschützer eigene Änderungsvorschläge einbringen wollte, sondern natürlich auch der Bundesdatenschutz Änderungsvorschläge hatte, die zu berücksichtigen waren. Leider ist damit aus dem ange-



Dr. Anke Diehl, M.A. ist Chief Transformation Officerin der Universitätsmedizin Essen und leitet die Stabsstelle Digitale Transformation. Die approbierte Ärztin mit breiter klinischer und wissenschaftlicher Erfahrung (Neurologie, Psychiatrie, Neuroradiologie und Radiologie) ist für die Umsetzung innovativer Projekte im Rahmen der Digitalisierungsstrategie des Smart Hospitals verantwortlich. Seit März 2021 ist sie Konsortialführerin des Spitzenclusters KI in der Medizin „SmartHospital.NRW“. Sie ist Mitglied in zahlreichen Gremien, wie dem wissenschaftlichen Beirat von Medizin.NRW, dem Vorstand von SMITH (Medizininformatik-Initiative), dem wissenschaftlichen Beirat des Instituts für Künstliche Intelligenz in der Medizin (IKIM) oder dem ärztlichen Beirat zur Begleitung des Aufbaus einer Telematik-Infrastruktur für das Gesundheitswesen in NRW. Im Dezember 2021 wurde die Digital Health Expertin von BMG und gematik in das siebenköpfige Expertengremium „Interop-Council“ berufen.

strebten „One-Pager“ ein achtseitiges Dokument geworden, das jeder Patient durchlesen, verstehen und unterschreiben muss. Ich frage mich wirklich, inwiefern beim Patienten nicht alleine dadurch der Eindruck entsteht, man wolle seine Daten verkaufen oder sonst irgendetwas damit tun. Das wäre schade, weil damit etwas Gutes kaputt gemacht wird, aus dem ganz neue, wichtige Forschungsansätze entstehen könnten.

Geht es hier um personalisierte Daten?

Überhaupt nicht, die Daten sind pseudo- und anonymisiert. Es geht der Forschung nicht um das, was Herr Müller oder Frau Schmidt haben, sondern um Erkenntnisse, die aus vielen ähnlichen oder gleichartigen Datensätzen mit Hilfe künstlicher Intelligenz ausgewertet werden können, um zum Beispiel bestimmte Risikofaktoren zu entdecken. Dazu braucht es aber möglichst viele Daten und dementsprechend viele Patient:innen, die der Datennutzung aktiv zustimmen müssen.

Nun ist des öfteren von einer deutschland- oder sogar europaweiten Forschungsdatenstruktur die Rede. Wie weit sind wir da?

Viel zu weit weg, als wir uns das von der wissenschaftlichen Seite her wünschen würden.

Und sicher auch viel weiter weg vom tatsächlichen Patientenwillen als so mancher Datenschützer denkt.

Gerade onkologischen Patient:innen ist es absolut plausibel, dass ihre Daten genutzt werden, nicht für ihren persönlichen Benefit, wohl aber als Hilfe für die Lösung von Krankheitsansätzen, ob nun zur Prävention, zum frühen Erkennen oder auch für die künftige Behandlung von Krankheiten. In Deutschland haben wir sicher auch ganz zu Recht einen extrem kritischen Blick auf die beschränkte Freigabe von Gesundheitsdaten. Obwohl die meisten Menschen alle Cookies unhinterfragt akzeptieren, sich mit Bonuskartensystemen ausweisen und sich überhaupt nicht darüber im Klaren sind, warum sie personalisierte Werbung serviert bekommen, müssen sie jeder Gesundheitsdaten-Nutzung separat zustimmen, selbst wenn diese pseudonymisiert sind. Das sollte aber nun nicht als Plädoyer gegen Datenschutz verstanden werden, sondern als Anregung zu mehr Aufklärungsarbeit über die Bedeutung und den Nutzen von Gesundheitsdaten.

Wie kommen wir dazu, dass das Thema Gesundheitsschutz eine ähnlich hohe Wertigkeit

Zitationshinweis

Diehl, A., Stegmaier, P.: „Es gibt in Deutschland keinerlei nahtlosen Übergang von Daten“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/22), S. 12-16. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.22.1866-0533.2399>

bekommt wie das Thema Datenschutz?

Dass im Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung steht, dass sie eine Opt-out-Lösung für die elektronische Patientenakte möchte und kein Opt-in wie bisher, ist schon ein Zeichen für den berühmten richtigen Schritt in die richtige Richtung.

Wenn ich im Universitätsklinikum Bonn behandelt worden wäre und – warum auch immer – bei Ihnen in Essen noch einmal eingewiesen würde, wären – Stand heute – meine Daten elektronisch verfügbar?

So weit sind wir leider nicht. Wir könnten es zwar, dürfen es nur dann, wenn es explizit um die Mitbehandlung eines Patienten geht, nicht aber bei einer Re-Hospitalisierung, um die es sich wohl handeln wird. Darüber hinaus gibt es bisher in Deutschland keinerlei nahtlosen Übergang von Daten – egal von Uniklinik zu Uniklinik oder zu anderen Krankenhäusern oder gar zwischen den Sektoren.

Es gibt doch eine Reihe miteinander vernetzter Forschungskonsortien gerade im Krebsbereich.

Natürlich tauschen beispielsweise Comprehensive-Cancer-Center Daten aus, wenn es sich denn um direkte Mitbehandlungen handelt. Dann hat aber der betreffende Patient dem zugestimmt und es existiert eine entsprechend gesicherte Datenaustauschmöglichkeit, die man aufsetzen, kontrollieren und laufend sichern muss.

Da das geübt ist, könnte man doch denken, dass solche Systeme einfach skaliert werden müssten, wenn man es denn politisch wollte.

Das wäre durchaus möglich. Und es wäre auch im Patienteninteresse, wenn nicht nur Unikliniken, sondern alle anderen Krankenhäuser und auch die niedergelassenen Ärzt:innen alle Daten zur Verfügung hätten, die sie zur Behandlung eines Patienten benötigen. Da liegt aber noch ein langer Weg vor uns.

Was ist mit der elektronischen Patientenakte?

Wenn sie schon breit verfügbar wäre, wäre die ePA ein Tool, über das jeder Patient seine Daten von einem Behandler zum anderen mitnehmen könnte. Das nicht nur in Form von PDFs, sondern in einem wirklich strukturierten Datenformat.

Wann haben wir eine Telematik, die ihren Namen verdient?

Spätestens in zehn Jahren. Die Pandemie hat uns sehr drastisch aufgezeigt, dass wir bei der Digitalisierung ein riesiges Defizit haben. Die nachwachsenden Patientengenerationen, deren digitaler Alltag sich längst etabliert hat, wird ein übriges tun, dass wir erste Ergebnisse schon in den nächsten zwei bis fünf Jahren sehen werden.

Gibt es denn Länder, wo es besser als hierzulande funktioniert?

Wenn man den Gesundheitsdatenaustausch vom Gesundheitsdatenschutz und vor allem dem Schutz von persönlichen Daten subtrahiert, schon. Das will aber keiner von uns. Mir gefällt die recht pragmatische Lösung einiger skandinavischer Länder viel besser. Die gehen aber zum einen mit dem Datenschutz entspannter um, zum anderen haben sie meist viel kleinere Populationen und viel weniger Leistungserbringer und damit auch weniger Partikularinteressen.

Frau Dr. Diehl, danke für das Interview. <<

Das Gespräch führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

UK Bonn initiiert „Innovative Secure Medical Campus“

>> Das Universitätsklinikum Bonn (UKB) in Kooperation mit dem Cyber Security Cluster erhält eine Förderung von bis zu 17,5 Millionen Euro für das innovative und in Deutschland einzigartige Digitalisierungs-Projekt „Innovative Secure Medical Campus UKB“. Den vorläufigen Förderbescheid hat Prof. Andreas Pinkwart, Minister für Wirtschaft, Innovation, Digitalisierung und Energie des Landes Nordrhein-Westfalen, Ende März am UKB übergeben. Die Landes-Kompetenzplattform für Künstliche Intelligenz KI.NRW ist Schirmherrin des Projekts und nimmt den Innovative Secure Medical Campus in ihre KI-Flagship-Initiative auf. Hintergrund: Kliniken und vor allem Maximalversorger wie das UKB stehen vor einer großen Herausforderung, die sich in den nächsten Jahrzehnten durch den demografischen Wandel zuspitzen wird – Medizinischer Fachkräftemangel bei einer immer größer werdenden Anzahl komplex erkrankter Patient:innen. Bei den Planungen, wie Abläufe effizienter gestaltet werden können, spielen Digitalisierung und Datensicherheit eine entscheidende Rolle.



v.l.n.r.: Dirk Backofen (Deutsche Telekom/T-Systems), Prof. Ulrike Attenberger, Direktorin der Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie (UKB), Prof. Andreas Pinkwart (Digitalminister NRW), Prof. Holzgreve (Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender der UKB), Dr. Christian Temath (KI.NRW), Clemens Platzkötter (UKB), Stephan Wirtz (Cyber Security Cluster Bonn). Copyright: UKB

Prof. Ulrike Attenberger, Direktorin der Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie am UKB und Leiterin des Projektes, hat deswegen zusammen mit dem Direktor der Chirurgischen Klinik des UKB, Prof. Jörg Kalff, sowie dem Cyber Security Cluster ein innovatives Digitalisierungskonzept für das UKB erarbeitet. „Unter der Nutzung modernster Technologien, wie z. B. 5G, Künstlicher Intelligenz (KI) und OP-Robotik, soll das UKB als Innovative Secure Medical Campus Vorreiter für einen Medizin-Campus der Zukunft sein“, erläutert Prof. Attenberger. Dabei ginge es um eine sichere vollumfängliche Digitalisierungs-Lösung, bei der die Diagnostik und Behandlung der Patient:innen inklusive Robotic Surgery sowie die allgemeinen Prozesse in Kliniken optimiert werden.

Digitalminister Pinkwart: „Das Universitätsklinikum Bonn wird das Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen und ganz Deutschland als hochinnovativer Secure Medical Campus entscheidend prägen.“ Durch den Einsatz modernster Technologien und Digitalisierungsstrategien würde das Land NRW innerhalb der nächsten drei Jahre die Vision einer Klinik der Zukunft in die Wirklichkeit umsetzen. Als Pilotklinikum werde Bonn Vorreiter für eine hochmoderne, hocheffiziente und digitalisierte Krankenversorgung in Deutschland sein und – so Pinkwart – neue Maßstäbe setzen. Dieser neue Standard werde zudem nicht nur Ärzt:innen, Pflegenden und allen, die im Gesundheitswesen beschäftigt sind, die Arbeit erleichtern, sondern auch für bessere Abläufe, mehr Sicherheit und eine optimale Versorgung aller Patient:innen sorgen. <<

1) <https://www.gematik.de/telematikinfrastruktur/iop>



1801_ELD_C

Gesundheit beschäftigt uns ein Leben lang, mit allen Höhen und Tiefen, allen Herausforderungen. Sie können groß oder klein sein, lebenslang oder akut – für jeden, jederzeit und überall.

Sanofi – ein lebenslanger Begleiter in Gesundheitsfragen. Mit Leidenschaft arbeiten wir jeden Tag daran, die Gesundheitsprobleme der Menschen weltweit zu verstehen und Lösungen zu finden.

Wir nennen das Empowering Life.



SANOFI

Empowering Life

www.sanofi.de



„Digitalisierung kann man anordnen, man muss sie v

Im Interview:
Christian Bernhard,
General Manager
DACH (Deutsch-
land, Österreich,
Schweiz) von GE
Healthcare.

Als General Manager DACH (Deutschland, Österreich, Schweiz) von GE Healthcare – einem Unternehmen mit rund 45.000 Mitarbeitern und einem weltweiten Umsatz von 20 Milliarden Dollar – bereitet Christian Bernhard gerade den wahrscheinlich größten Spin-Off vor, den es im Medizinbereich je gab: Er spricht im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“ über die derzeitige Herausforderung vom Zustand der „Durch-Elektrifizierung“ zu jenem der „Digitalisierung“ zu kommen, bis hin zur Vision des durchaus möglichen Einsatzes von Künstlicher Intelligenz, die „etwas ganz Neues“ schaffen sowie das Workflow- und das Wissensmanagement revolutionieren kann, wenn man es – so Bernhard – „richtig und natürlich immer datenschutzkonform einsetzt“.

>> Herr Bernhard, auf der Website von GE Healthcare ist zu lesen, dass Ihr Unternehmen ein führender Innovator sei, der Präzisionsmedizin ermögliche, indem klinische Versorgung und Daten über die gesamte Patientenreise integriert werden, was zum einen die Entscheidungsfindung vereinfache, zum anderen die Versorgung und Ergebnisse verbessere. Das klingt zu schön, um wahr zu sein; oder: Wie soll das funktionieren?

Das ist keine Zukunftsmusik, das passiert heute schon ansatzweise, wenn zum Beispiel der Befund eines CT-Scan, der in der Notaufnahme eines Krankenhauses gemacht wurde, direkt in den OP weitergeleitet wird, um das Operationsteam vorzubereiten. Das ist der Beginn dessen, was wir unter Digitalisierung verstehen, allerdings noch weit davon entfernt, was auch heute schon möglich wäre.

Wo verorten Sie die Hinderungsgründe?

Die große Herausforderung ist die oft noch fehlende Interoperabilität, was natürlich mit dem – sagen wir: ausbaufähigen – Status der Digitalisierung in einem Land wie Deutschland zusammenhängt. Die Herausforderung, vor der vor allem die Krankenhäuser, niedergelassenen Ärzt:innen sowie Diagnostik- und Radiologie-Zentren stehen, ist es, die Menge verschiedener Systeme und extrem fragmentierter Dateninformationen auf einer gemeinsamen Plattform zu einer durchgängigen Patienteninformation im Sinne einer Patient Journey zu konsolidieren und dann den jeweiligen Behandlern zum richtigen

Zeitpunkt zur Verfügung zu stellen – und das auch noch im höchsten Maße datenschutzkonform.

Gelingt das?

Sicher. Aber nur dann, wenn man es will. GE Healthcare hat dazu eine IT-Lösung namens „Edison Orchestrator“ entwickelt und mit internationalen Krankenhäusern

erprobt, die seit März dieses Jahres in den breiten Einsatz kommen kann. Die Edison Plattform besteht aus Tools und Services, um KI zu entwickeln und ebenso KI Applikationen zu integrieren.

Wie kann man sich diese Orchestrierung vorstellen?

GE hat wie viele andere große oder auch kleine Unternehmen bei Krankenhäusern, aber auch in niedergelassenen Praxen sowie in Diagnostik- und Radiologie-Zentren viele verschiedene Subsysteme im Einsatz. Diese erzeugen Daten, tauschen diese in der Regel aber nicht aus, geschweige denn bringen sie diese auf eine gemeinsame Ebene, wo sie im besten Falle strukturiert zusammengeführt, vorgehalten und bei Bedarf – eben orchestriert – ausgegeben werden, zur zeitnahen Information des Behandelnden und zum Nutzen des Patienten.

Auf dass GE „master of the game“ werde.

„Weder ein Krankenhaus noch irgendein anderer Daten-Einspeiser ist gezwungen, sich in irgendeine Abhängigkeit zu begeben.“

Unser Edison Orchestrator ist zunächst einmal herstellerunabhängig. Er kann Daten aus dem Picture Archiving and Communication System (PACS) oder Bildablage- und Kommunikationssystem und aus dem Radiologieinformationssystem (RIS) sowie zukünftig auch aus anderen Archivierungsbereichen, die eine Analyse von Gewebeveränderungen in Lunge und Dickdarm ermöglichen, auslesen. Aber auch von Geräten eines jeden anderen Anbieters, der offene Schnittstellen anbietet. Das ist die Kernidee des Edison Orchestrators, der bereits auf dem Jahreskongress 2021 der

Radiological Society of North America (RSNA) in Chicago auch einigen deutschen Kunden vorgestellt wurde, aber erst im März offiziell auf der HIMSS in Orlando beziehungsweise in Deutschland auf der DMEA in Berlin vorgestellt wurde.

Wem gehören die Daten?

Dem, der sie einspeist. Wichtig ist, dass unsere Lösung herstellerneutral arbeitet. Will heißen: Weder ein Krankenhaus noch irgendein anderer Daten-Einspeiser ist gezwungen, sich in irgendeine Abhängigkeit zu begeben. Und dennoch kann unsere digitale Plattform den gesamten Patientenpfad von Diagnose, über Behandlung bis hin zur Nachbehandlung zu Hause abbilden.

Das ist ein neuer Ansatz für ein Unternehmen wie unseres, das seit vielen, vielen Jahren datenerzeugende Hardware-Lösungen für das Gesundheitswesen baut – alleine in diesem Jahr kommen rund 70 weitere Innovationen dazu. Der KI-Ansatz, den das Edison-Ökosystem verkörpert, ist jedoch nicht mehr auf die Maschine, auf die Hardware begrenzt, sondern schafft etwas ganz Neues, das das Workflow- und das Wissensmanagement revolutionieren kann, wenn man es richtig – und natürlich immer datenschutzkonform – einsetzt.

Es ist anzunehmen, dass es im internationalen Raum schon Benchmarks gibt, die zeigen können, dass dieser Ansatz auch funktioniert?

Sicher. Die ersten Prototyp-IT-Lösungen sind seit einiger Zeit bei internationalen Großkunden im Einsatz, was es uns erlaubt, ein sicheres, vielfach getestetes System mit entsprechenden Erfahrungsdaten und Erkenntniswerten aus diesen Pilotversuchen zu untermauern.

Im Titelinterview der ersten Ausgabe von „Monitor Versorgungsforschung“ in diesem Jahr gab Prof. Dr. Wolfgang Holzgreve, der Vorstandsvorsitzende der Universitätsklinik Bonn, zu Protokoll, dass er stolz sei, dass sein Großklinikum zum Ende des Jahres durchdigitalisiert sei. Er sagt aber auch, dass viele andere deutsche Kliniken noch lange nicht so weit seien. Das heißt: Es gibt noch ein erhebliches Nachhol-, natürlich auch Marktpotenzial für Sie, aber sicherlich auch viel Aufklärungsarbeit.

Viele Kliniken bekommen aus dem Krankenhauszukunftsfonds viele Milliarden Euro, um die Digitalisierung nach vorne zu bringen. Das ist ein löblicher Ansatz, heißt aber auch: Digitalisierung kann man nicht anordnen, man muss sie wollen, umsetzen und vor allem: in den Köpfen als nutzen- und sinnstiftendes Instrument verankern. Digitalisierung lebt nur dann, wenn die Leute auch mitmachen wollen, weil sie erkennen, dass sich das, was sie machen, datengestützt

n nicht
wollen“

leichter und besser machen lässt als wie bisher mit Stift, Kladden und händisch ausgefüllten Exceltabellen. Es gibt jedoch noch einen weiteren Unterschied, der vielen nicht bewusst ist, wenn sie meinen „durchdigitalisiert“ zu sein.

Welchen?

Die Herausforderung ist es, vom Zustand der „Durch-Elektrifizierung“ zu jenem der „Digitalisierung“ zu kommen. Noch befinden wir uns in einer Art Zwischenprozess, der Prozesse zwar elektrifiziert, aber eben noch nicht gänzlich digitalisiert. Zu letzterem braucht man nämlich das, woran es vielfach noch mangelt: der Interoperabilität. Nur so wird es gelingen, dass die Systeme wirklich miteinander sprechen und vor allem sich auch verstehen, wodurch sich Prozesse verschlanken und beschleunigen, gleichzeitig aber auch Entscheidungsprozesse schneller und sicherer gemacht werden können. Das ist ein großer Unterschied, oft auch eine Verständnisfrage.

Und da nennen Sie Ihren neuen „Artificial Intelligence Orchestrator“ ausgerechnet Edison, der mit der Erfindung des Wechselstroms den Beginn der umfassenden Elektrifizierung der industrialisierten Welt auslöste.

Immerhin ist er Gründungsvater unseres Unternehmens, das auf die Edison General Electric Co. zurückgeht. Edison steht für Innovation. Wir sind uns bewusst, dass wir erst am Beginn eines langen Wegs stehen. Wahrscheinlich sind wir bei GE zwar generell etwas weiter als andere, doch KI ist zum einen ein weites Feld, zum anderen ein hoher Anspruch. Wir sind noch im Stadium des maschinellen Lernens und des Einsatzes mehr oder weniger ausgefeilter Algorithmen, die von richtiger Künstlicher Intelligenz und eines wirklich denkenden Systems noch ein ganzes Stück weit entfernt sind. Dennoch hilft uns der heute mögliche, algorithmusbasierte Ansatz, sowohl den Workflow zu verbessern, als auch Entscheidungsprozesse zu unterstützen, wobei die Kombination der beiden aus unserer Sicht die Lösung ist. Die klinische Diagnostik und Behandlung wird dadurch schneller und sicherer.

Nun beträgt nach Auskunft des Bundesamts für Soziale Sicherung (BSS) die Anzahl der gestellten Anträge zum Krankenhauszukunftsgesetz rund 6.300, wobei fast alle der damit abgedeckten Fördertatbestände digitale Anteile aufweisen. Zu wie vielen dieser Fördertatbeständen können Sie Lösungen anbieten?

Die meisten Anträge kamen zum Fördertatbestand 2 „Patientenportale“ und Fördertatbestand 3 „Digitale Dokumentation“. Allein diese beiden Bereiche machen rund 2.600 der 6.300 Anträge aus. Danach folgen die Bereiche „Notaufnahme“ und „IT-Sicherheit“ und noch etliche weitere kleinere Bereiche mit recht wenigen Anträgen. Zu 10 von 11 förderfähigen Unterbereichen bieten wir Lösungen an, insbesondere zur Interoperabilität und Dokumentation.

Patientenportale und auch -apps sind sicher nett und sinnvoll, aber haben mit Workflow recht wenig zu tun. Warum werden komplette Systeme wie etwa Ihr Wissensmanagement-System (noch) nicht nachgefragt?

Das liegt daran, dass Digitalisierung, wie wir sie verstehen, noch weit in der Zukunft verortet ist. Die Häuser sind schon mit der Kom-

plexität, die ihnen das Krankenhauszukunftsgesetz bringt, herausgefordert. Dazu muss man auch wissen, woher das ganz spezielle Interesse an recht wenigen Digitalisierungs-Ansätzen kommt.

Weil die Politik eine Art Damoklesschwert eingebaut hat.

Genau. In zwei der sechs Förderbereichen – bei „Patientenportalen“ und „Digitale Leistungsanforderung“ – drohen ab 2025 Abschläge, falls eine unzureichende Digitalisierung festgestellt wird.

Aus den Umfragen des „DigitalRadar Krankenhaus“, an dem Krankenhäuser, die gefördert werden wollen, nach § 108 SGB V teilnehmen müssen, kam heraus, dass sich bei der Frage nach der eigenen Digital-Reife 1.200 der 1.600 Antwortenden bei Grad 3 oder 4 von 10 einordnen. Ist dieser selbst berichtete Reifegrad hoch oder niedrig?

Ich denke, dass die Antworten, die im Rahmen des eigenen Assessments zum Thema Digitalisierung gemacht wurden, ein durchaus realistisches Bild widerspiegeln. Das sieht man, wenn man die Umfrage genauer analysiert und erkennt, dass sich die Häuser in der Regel darum besser einschätzen, weil sie eingesetzte Techniksysteme für Verwaltung und Abrechnung – das klassische KIS eben – als Maß der Dinge und Möglichkeiten sehen. In Bereichen wie Workflow oder

Patientensicherheit liegt das Eigenrating sogar noch weit unter der 3. Genau da aber beginnt die große Herausforderung: Ein wirklich digitalisiertes Krankenhaus zu haben, ist eben nicht die Frage des Einsatzes eines Krankenhausinformationssystem, das heute State of the Art ist, sondern eben die der

gelingenen Interoperabilität.

Fehlt es vielleicht an Fantasie?

Die zum großen Teil auch. Vor allem aber fehlt es an Ressourcen. Mit der oft vorhandenen Manpower in der IT kann man eben kleinere Projekte aufsetzen, aber wer als Krankenhaus ein Workflow-Projekt aufsetzen will, braucht nicht nur einen guten Anbieter, sondern auch personelle Ressourcen, viel Know-how und Spezialwissen, das weder allgemein verfügbar ist, noch sich jeder leisten kann. All das führt dann unbewusst zu fehlender Fantasie. Viele Häuser gehen dann lieber den Weg des geringsten Widerstandes, auf dem sie die ab 2025 gefragte Digitalisierungsrate eben sicher erreichen können, ob diese nun sinnvoll ist oder nicht. Dabei wird meist nach dem Ansatz des „Best of Breed“ das fortgeschrieben, was man schon hat, oder eben um weitere Module erweitert, die der bestehende IT-Dienstleister – meist ein KIS-Anbieter – zufällig im Portfolio hat.

Das scheint mit einer Digitalstrategie nun recht wenig zu tun zu haben.

Ich finde einen solchen Ansatz schade, weil er den Möglichkeiten, die es schon heute gibt, wenig Chancen einräumt. Andererseits kann man ihn durchaus nachvollziehen, weil viele damit scheinbare Unsicherheiten vermieden werden sollen, die mit jedem Anbieterwechsel einhergehen können. Leider kann der „Best of Breed“-Ansatz zu Monopol-Situationen führen und wie gesagt, einer innovativen und ganzheitlichen Digitalisierungsstrategie im Wege stehen. Darum haben wir bei unseren IT-Lösungen ganz bewusst einen herstellerunabhängigen Ansatz gewählt, mit dem ein Krankenhaus, auch wenn es sein bisheriges KIS behalten will, dennoch eine Möglichkeit be-

„Leider kann der ‚Best of Breed‘-Ansatz leider zu Monopol-Situationen führen und wie gesagt, einer innovativen und ganzheitlichen Digitalisierungsstrategie im Wege stehen.“

kommt, Digitalisierung im Sinne einer wirklichen Workflow-Verbesserung anzupacken.

Das Krankenhauszukunftsgesetz sieht zwar Abschläge, aber keine Boni für diejenigen vor, die statt vieler kleiner, insuffizienter Lösungen eine große Lösung wie eben ein workflow-optimiertes und auch versorgungssystem-optimiertes Haus in Angriff nehmen. So macht man überschaubare Projekte, die sich ganz nett machen und auf die man digital schreiben kann, aber eigentlich nur ein Feigenblättchen sind, weil man damit die Versorgung nicht wirklich verbessern kann.

Das wird so sein. Wir haben aber auch viele Kunden, mit denen wir an größeren Themen arbeiten. Beim Fördertatbestand 2 und 3 sind zum Beispiel auch Workflow-Lösungen im Bereich der Kardio- und Radiologie dabei, aber auch Lösungen für Patientendaten-Management und -Austausch, die man durchaus als den Beginn einer weitreichenderen Workflow-Verbesserung begreifen kann. Da wird eben nicht nur „elektrifiziert“, sondern genau analysiert, welcher Prozess so digitalisiert werden kann, dass auch ein Nutzen daraus entsteht.

Die Schwierigkeit besteht sicher auch darin, dass ein Krankenhaus aus den verschiedensten Bereichen besteht.

Und jeder Bereich – von der Notfallmedizin bis zur Pflege – hat seine Art der – wie wir sagen – horizontalen Digitalisierung, die auch dazu beitragen wird, den Digitalisierungsgrad des deutschen Krankenhauswesens nach vorne zu tragen. Was aber wird passieren, wenn wir die Stufe der vertikalen Digitalisierung erreichen?

Sind wir dann bei richtigen digitalen Krankenhäusern wie etwa Johns Hopkins?

Die haben wir bei uns auch, die heißen bei uns Charité, UK Essen und Vivantes und vielleicht auch UKB. Doch leider vergisst man dabei national wie international die Menge an Häusern, die noch sehr weit davon entfernt sind. Wie auch immer und was auch immer man tut: Das KHZG wird dazu beitragen, dass der Grad, vor allem aber die Akzeptanz der Digitalisierung zunehmen wird.

Sie haben sicher Einblick in viele Häuser. Wo stehen wir hierzulande beim Weg von der „Elektrifizierung“ zur „Digitalisierung“?

Ein kleines, regionales Haus steht vor dem Hintergrund der ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen vor einer echt großen Herausforderung, die von ihm geforderten Lösungen



Christian Bernhard

ist seit dem 1. Januar 2021 als General Manager DACH (Deutschland, Österreich, Schweiz) für das gesamte GE Healthcare Portfolio verantwortlich. Vor dieser Position hat er seit 2016 GE Healthcare Financial Services in Europa aufgebaut und geleitet. Bevor er zu GE Healthcare kam, war Bernhard zehn Jahre bei GE Capital in verschiedenen kaufmännischen, Six Sigma-, M&A- und operativen Führungspositionen in der Schweiz, Großbritannien, Frankreich und Deutschland tätig. Er ist ein Six Sigma zertifizierter Master Black Belt. Er hat außerdem einen Master of Philosophy/Pedagogy und einen Executive MBA der Universitäten Mannheim und Essec/Paris.

auch nur annähernd umzusetzen. Da wird für große Würfe kein Platz bleiben. Anders steht es um größere kommunale Häuser, größere Konzerne und natürlich Universitätskliniken, die sich vom Rest abkoppeln werden.

In Großbritannien beispielsweise werden die in einer Großregion tätigen Kliniken über eine gemeinsame IT-Plattform vernetzt, also eine Art Daten-Pool.

Das ist ein praktikabler Ansatz. Dass es im IT-Bereich so wenige Pool-Lösungen gibt liegt daran, dass das Thema Daten bei uns eng verbunden ist mit Datenschutz und Datensensitivität, die ganz zu Recht hoch sein müssen. Wenn Covid-19 im Rückblick etwas Gutes mit sich gebracht hat, ist es, dass man heutzutage das Thema der Digitalisierung, KI und Vereinfachung der Prozesse nicht nur mit den Augen des Datenschutzes, sondern auch des Gesundheitsschutzes betrachten kann, ohne gleich an den Pranger gestellt zu werden. Aber nicht nur die Pandemie, sondern auch der allenthalben sichtbar werdende Fachkräftemangel werden dazu führen, dass das ganze Gesundheitssystem alle Ressourcen heben müssen, um weiterhin gut funktionieren zu können – eine davon ist eben die Digitalisierung.

Beschreiben Sie ein Best-Practice-Beispiel, das mit Digitalisierung und nicht Elektrifizierung etikettiert werden kann.

Hier sind die Albis- und Sana-Kliniken zu nennen.

Das sind beides privat finanzierte Klinikkonzerne. Gibt es auch andere Beispiele zum Beispiel im kommunalen Bereich?

Da kommt mir das Klinikum Nürnberg in den Sinn, wo wir unser Kardiologieinformationssystem mit verschiedenen anderen digitalen Lösungen verknüpft haben. Durch die Einführung unserer zentralen IT-Lösung für die Kardiologie erreicht das Klinikum Nürnberg heute eine Zeitersparnis in der digitalen kardiologischen Befundung von 60 Prozent, wobei die Erstellung eines strukturierten Befundes zwischen 5 bis 10 Minuten dauert.

Nun soll GE Healthcare ab 2023 verselbstständigt werden und will sich ab dann ausschließlich mit Präzisionsmedizin beschäftigen. Was verstehen Sie darunter?

Wir freuen uns schon auf den Spin-Off im ersten Quartal kommenden Jahres. Ab dann werden wir ein veritabel großes Unternehmen sein, das sein selbst erwirtschaftetes Geld in die eigene Entwicklung reinvestieren kann.

Wir freuen uns auf diese Eigenständigkeit, für unsere Kunden, für unsere Mitarbeiter und für das, was wir tun.

Was verstehen Sie unter „Präzisionsmedizin“?

Wir verwenden bei uns eigentlich den englischen Begriff: „Precision Health“. Der englische Begriff ist viel weiter gefasst als die deutsche Übersetzung, die meist nur im medizinischen Kontext gebraucht wird. „Precision Health“ hingegen meint eine Sinn- und auch Wertschöpfungskette über den gesamten Patientienpfad hinweg, aber auch in Bereiche wie Patientensicherheit und Theragnostics – also Diagnostik und Therapie – hinein reicht. Das Fokusfeld Theragnostics werden wir nach und nach ausbauen. Beispielsweise gab es im letzten Jahr eine Akquisition eines invasiv medizinischen Unternehmens namens BK Medical. Wenn man sich den Weg eines Patienten – von Eingangsdiagnostik, über Theragnostics, Monitoring bis Wissensmanagement vorstellt, hat man das, was GE Healthcare unter „Precision Health“ versteht. Das heißt, dass sich unser Scope eher erweitern als einengen wird.

Was erwarten Sie ab 2023?

GE Healthcare ist die Vision eines Unternehmens mit rund 45.000 Mitarbeitern und einem weltweiten Umsatz von 20 Milliarden Dollar. Das wird ein ziemlich großer Spin-Off werden, vielleicht der größte, den es im Medizinbereich je gab. Wir werden uns dann ganz auf das

konzentrieren, was wir tun möchten, getreu unseres Mission-Statements „Improving lives in moments that matter“.

Bis 2023 sind es nur noch wenige Monate. Was sind für Sie die nächsten großen Schritte?

Es wird eine Vielzahl mittelgroßer Schritte geben. Wobei für uns trotz des sicher anspruchsvollen Spin-Offs eine Regel gilt: Wir wollen uns weiterhin zu 95 Prozent unserer Zeit auf das Tagesgeschäft konzentrieren und uns nicht um den Spin-Off kümmern. Für mich wird das in diesem Jahr vielleicht nicht ganz zutreffen, doch für meine Mitarbeiter wird es das. Die großen strategischen Ziele für den DACH-Raum für die nächsten Monate ist sicherlich der Launch des „Edison Orchestrators“. Außerdem verstärken wir unsere Organisation im Bereich Executive Account Management, damit wir unsere Präsenz bei Großkunden über alle unsere Produkte hinweg verstärken können, inklusive der digitalen Komponenten oder gar KI-Lösungsansätzen.

Herr Bernhard, danke für das Gespräch. <<

Das Gespräch führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Zitationshinweis

Bernhard, C., Stegmaier, P.: „Digitalisierung kann man nicht anordnen, man muss sie wollen“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/22), S. 18-22. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.22.1866-0533.2400>

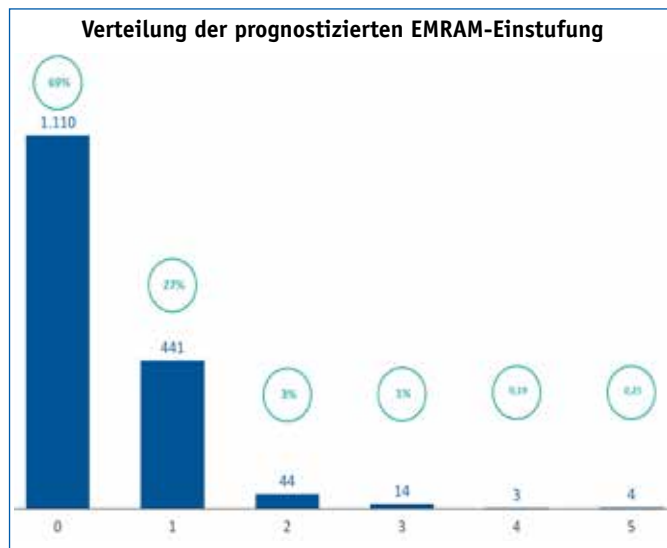


Abb. 1: 231 Krankenhäuser haben beispielsweise Defizite in den zu erreichenden Ausstattungsmerkmalen im Bereich Labor bzw. Radiologie. 715 Krankenhäuser erreichen nicht die erforderlichen Ausstattungsmerkmale der kardiologischen Unterstützungssysteme, trotz Vorhaltung von kardiologischen Leistungen. Quelle: DigitalRadar – Datenerhebung 2021.

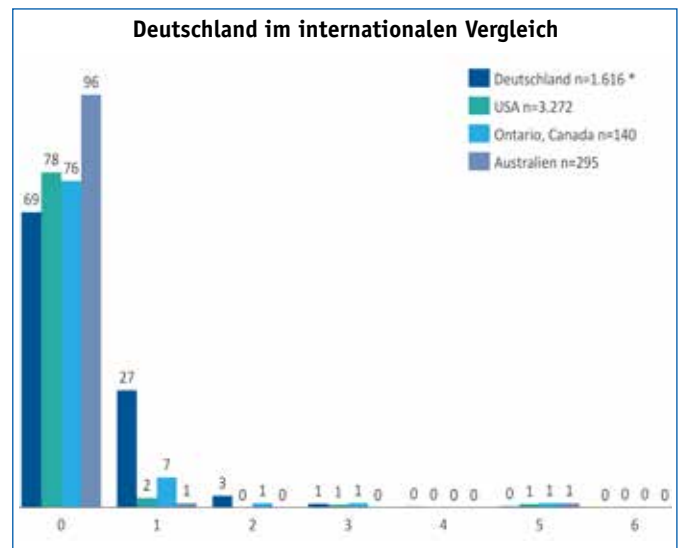


Abb. 2: Auf Basis der prognostizierten EMRAM-Einstufung schneidet Deutschland im Vergleich zu weiteren Nationen solide ab. Nichtsdestotrotz zeigt auch dieses Ergebnis, dass die Interoperabilität und die Weitergabe von strukturierten Daten im Krankenhaus noch große Lücken aufweist. Quelle: DigitalRadar – Datenerhebung 2021.

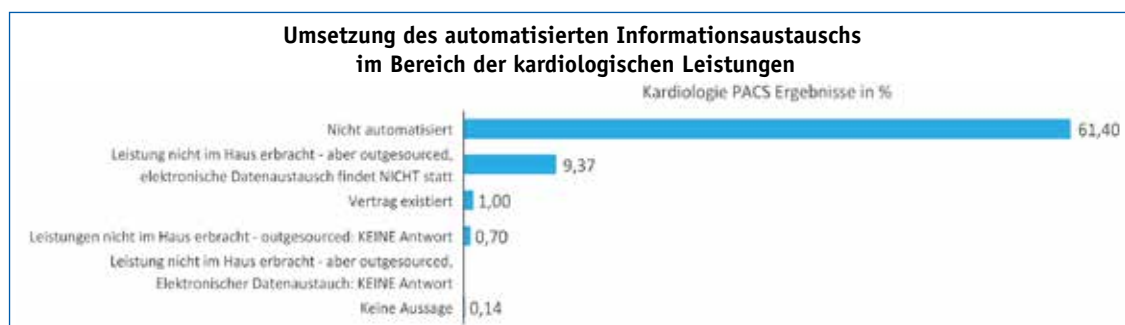


Abb. 3: Deep Dive: Umsetzung des automatisierten Informationsaustauschs im Bereich der kardiologischen Leistungen. Quelle: DigitalRadar – Datenerhebung 2021.

Novartis Deutschland



Neue Wege in der Medizin

Bei Novartis gehen wir die größten medizinischen Herausforderungen unserer Gesellschaft mit wissenschaftlicher Innovation an. Unsere Forscherinnen und Forscher treiben die Wissenschaft voran, um das Verständnis von Krankheiten zu vertiefen und neue Produkte zu entwickeln, die unerfüllte gesundheitliche Bedürfnisse befriedigen. Unsere Leidenschaft gilt der Erforschung neuer Methoden, um das Leben zu verbessern und zu verlängern.



Telemedizin bei chronischer Herzinsuffizienz in der Regelversorgung

„Meilenstein der digitalen Medizin in Deutschland“

Mit dem Metathema Digitalisierung beschäftigte sich der letzte DGIM-Talk im Rahmen des „Health innovation day“. Und damit mit der – wie es Moderator Prof. Dr. med. Friedrich Köhler (Leiter des Zentrums für kardiovaskuläre Telemedizin an der Charité in Berlin) formulierte – Frage, „wie man mit besseren Verfahren bessere Medizin zum Wohl unserer Patient:innen“ machen kann. Prof. Köhler nannte den Beschluss des G-BA, dass das Telemonitoring von Patienten mit Herzinsuffizienz als ambulante Leistung erbracht und abgerechnet werden kann, einen „Meilenstein der digitalen Medizin in Deutschland“. Prof. Dr. med. Sebastian Spethmann (Medizinische Klinik A der Medizinischen Hochschule Brandenburg und Mitglied der DGIM-Arbeitsgruppe Digitale Versorgungsforschung) gab in seinem Vortrag „Telemedizin bei chronischer Herzinsuffizienz“ einen Überblick vom weiten Weg „von klinischen Studien zur Regelversorgung“ und den daraus resultierenden Chancen für die Versorgung der betroffenen Patienten und das Gesundheitssystem.

>> Dr. med. Mirja Mittermaier (Berliner Institut für Gesundheitsforschung und Mitglied der DGIM-Arbeitsgruppe Digitale Gesundheitsanwendungen/KI in Leitlinien) erläuterte zu Beginn des DGIM-Talks die Bedeutung Digitaler Gesundheitsanwendungen, kurz DiGA. In Deutschland können seit Inkrafttreten des Digitale-Versorgung-Gesetz am 19. Dezember 2019 DiGAs von Ärzten oder Psychotherapeuten zu Lasten der GKV verordnet werden. Im ersten Jahr (2020) seien schon rund 50.000 DiGA verordnet und circa 80% von diesen auch aktiviert worden, wofür die Kassen rund 13 Millionen Euro an Leistungsausgaben bezahlt hätten. 90% seien laut Mittermaier verordnet worden, während die Kassen 10% (ohne Vorliegen einer Verordnung) genehmigt hätten. Bei den DiGAs handelt es sich um Medizinprodukte einer niedrigen Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht („App auf Rezept“); bei erfolgreicher Leistung durch das BfArM übernehmen die Krankenkassen die Kosten (§§ 33a, 139e SGB V).

Dagegen handelt es sich beim Telemonitoring nicht um eine DiGA, sondern um eine gemäß § 135 Abs. 1 SGB V anerkannte ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethode der vertragsärztlichen Versorgung („Telemedizin auf Überweisung“) (1). Den dafür notwendigen Beschluss hatte der Gemeinsame Bundesausschuss bereits am 15.12.2020 gefasst, die sog. „Methodenrichtlinie“ (2). Die Grundlagen für die Vergütung der Telemonitoringleistungen der Vertragsärzte hat der erweiterte Bewertungsausschuss mit seinem Beschluss am 15.12.2021 geschaffen (3).

Gemäß § 1 der Methodenrichtlinie ist das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz ein datengestütztes, zeitnahes Management, das in Zusammenarbeit zwischen einer primär behandelnden Ärztin oder einem primär behandelnden Arzt (PBA) und einem ärztlichen

telemedizinischen Zentrum (TMZ) erfolgt. Der PBA stellt die Indikation und überweist den Patienten an das TMZ. Gemäß § 2 der Methodenrichtlinie müssen beim Patienten kumulativ folgende Bedingungen festgestellt sein: Es liegt eine Herzinsuffizienz nach NYHA-II- oder NYHA-III-Stadium mit einer Ejektionsfraktion < 40% vor, die Patient:in ist Träger:in eines implantierten kardialen Aggregates (ICD, CRT-P, CRT-D) oder ist im zurückliegenden Jahr wegen kardialer Dekompensation stationär behandelt worden.

Gemäß § 3 der Methodenrichtlinie ist das TMZ verantwortlich für die Durchführung des Telemonitorings und für die Dokumentation. Ferner trägt das TMZ insbesondere Sorge für das Funktionieren der technischen Infrastruktur bei dem Patienten und die Aufrechterhaltung der Verbindung zur Datenübertragung.

Die Durchführung und Abrechnung des Telemonitorings zu Lasten der GKV erfordert eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Gemäß § 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (4) – kurz QS-V TmHi – ist dem Arzt die Genehmigung zu erteilen, wenn drei Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung;
2. Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Kardiologie“ bzw. „Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Kardiologie“ und Genehmigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle;
3. Erfüllung der technischen Voraussetzungen gemäß § 5 QS-V TmHi

Demnach sind vom TMZ zu verwenden: Kardiale implantierbare Aggregate (ICD, CRT-P, CRT-D) oder externe (Mess-) Geräte zur Er-

fassung des Körpergewichts, der elektrischen Herzaktion, des Blutdrucks und zur Übermittlung der vom Patienten selbst erhobenen Informationen zur subjektiven Einschätzung seines allgemeinen Gesundheitszustands.

Diese sehr genaue, wenn auch technisch kompliziert anmutende Spezifizierung geht zurück auf den IQWiG Rapid Report N19-01 „Datengestütztes, zeitnahes Management in Zusammenarbeit mit einem ärztlichen telemedizinischen Zentrum bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz“ (5). Insbesondere die Ergebnisse der TIM-HF2-Studie, einer randomisierten kontrollierten Studie von Prof. Köhler zum Telemonitoring bei chronischer Herzinsuffizienz, fielen eindeutig aus, wie die Charité auf der Studienseite (5) schreibt: Nach Vorliegen erster veröffentlichter Ergebnisse der TIM-HF-Studie (6) sei im Rahmen der TIM-HF2-Studie (7) nachgewiesen worden, dass telemedizinisch betreute Patienten deutlich an Lebensqualität hinzugewinnen und bei Hochrisikopatienten sogar eine geringere Sterblichkeit erzielt werde. Zudem hätte sich bei nicht-depressiven Patienten mit ausreichender Herzleistung, die in den vorangegangenen zwei Jahren aufgrund einer Dekompensation im Krankenhaus behandelt worden seien, eine Halbierung der Sterblichkeit an Herz-Kreislaufkrankungen gegenüber der Kontrollgruppe ergeben. So haben die Ergebnisse der TIM-HF2-Studie die Voraussetzungen geschaffen für den G-BA-Beschluss.

Spethmann führte zu Beginn seines Vortrags aus, dass an Telemonitoring in einer älter werdenden Gesellschaft eigentlich kein Weg vorbei führe. Die Auswirkungen der sich ändernden Alterspyramide seien schon jetzt deutlich, besonders akzentuiert in den neuen Bundesländern zu beobachten. In Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen läge aktuell der Anteil der

60-70-Jährigen bei 11 Prozent, ähnlich sähe es bei den Über-80-Jährigen aus. Das habe laut Spethmann eine besondere Bedeutung, da viele kardiovaskuläre Erkrankungen eine höhere Prävalenz im höheren Lebensalter aufweisen würden. Demgegenüber sei in den drei Bundesländern der Anteil der für die ambulante Versorgung zur Verfügung stehenden Kardiologen höchst unterschiedlich: Durchschnittlich betreut in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen ein Kardiologe rund 37.000 Einwohner, im Saarland hingegen nur 16.000, der Bundesdurchschnitt läge bei rund 24.000. Dies seien zwar nur Teilaspekte, würden jedoch im Zusammenspiel mit anderen Faktoren dazu führen, dass es laut Deutschem Herzbericht 2019 in den drei Ost-Bundesländern sowohl eine über dem Durchschnitt liegende Hospitalisierungs- als auch eine erhöhte Mortalitätsrate bei Myokardinfakten gebe.

Da nun die Herzinsuffizienz die mit Abstand häufigste Einzeldiagnose für vollstationär behandelte Patient:innen sei, gäbe es Handlungsbedarf. Dies, weil zum einen Herzinsuffizienz die Gesellschaft rund fünf Milliarden Euro pro Jahr koste, wobei der größte Anteil auf die stationäre Behandlung entfalle, vor allem aber weil – so Spethmann – „jede Hospitalisierung die Prognose für unsere Patient:innen verschlechtert“. Da nun der normale Behandlungsablauf der Herzinsuffizienz hauptsächlich im ambulanten Bereich stattfindet und die Patient:innen nur nach bestimmten Zeitintervallen zu ihrem Hausarzt kämen, sei eine engmaschigere Betreuungsmöglichkeit samt einer möglichst täglichen Bewertung des Krankheitszustands angesagt – genau dieser Gedanke, so Spethmann, habe zum Telemonitoring geführt.

Das war zwar im Bereich der Herzinsuffizienz bisher schon länger im Rahmen von IV-Verträgen möglich und auch von diversen Anbietern durchgeführt, kann aber nun in der Regelversorgung eingesetzt werden. Wenn es denn, schränkt Spethmann ein, gelänge, möglichst schnell entsprechende Ressourcen an bestehenden und sich neu zu gründenden TMZ zu schaffen und in die nötige Größenordnung zu skalieren, was seiner Einschätzung nach nur durch additive Entscheidungsunterstützungssysteme mit dem Einsatz von Künstlicher Intelligenz möglich sein werde. Denn immerhin läge die Zahl der Herzinsuffizienz-Patient:innen, die in Deutschland von einem Telemonitoring profitieren würden, bei rund 200.000.

Keine künstliche, sondern jede Menge humane Intelligenz benötigen hingegen

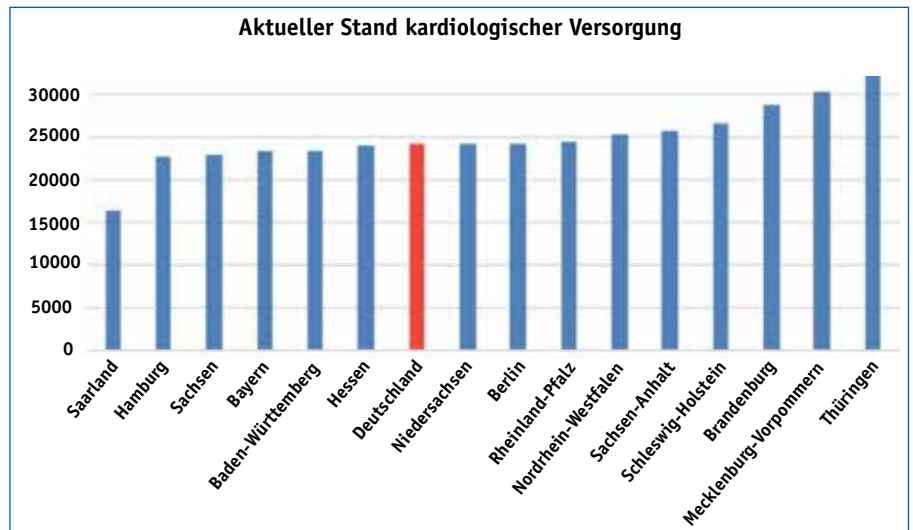


Abb. 1: Aktueller Stand kardiologischer Versorgung Einwohner pro Kardiologe (im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung) 2019. mod. nach Deutscher Herzbericht 2016. Aus: Vortrag Spethmann, hid, DGIM-Talk, 04.04.22

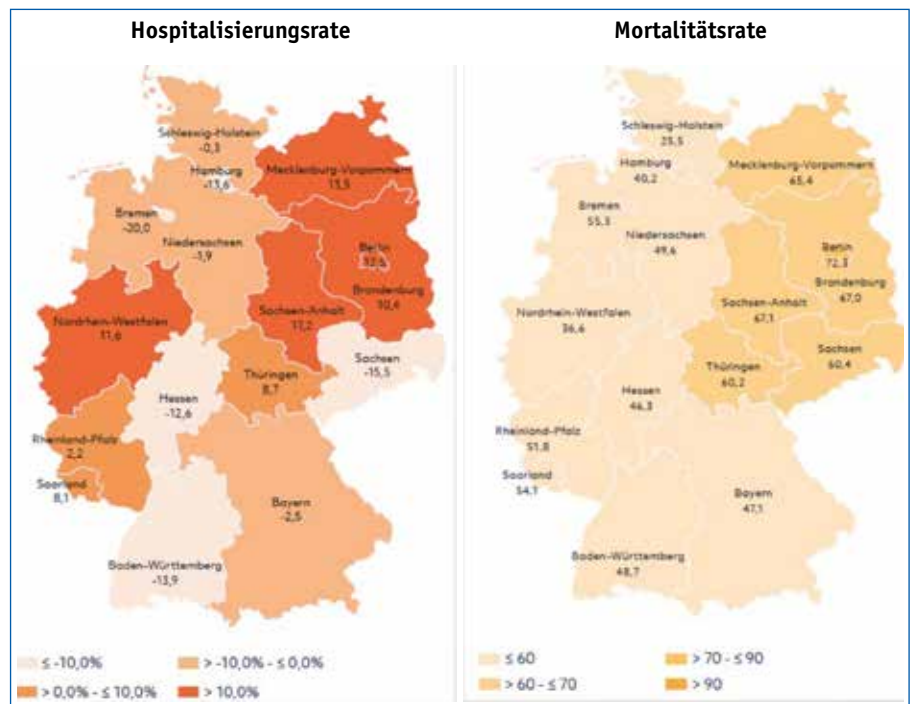


Abb. 2a: Über- und Unterschreiten der alters- und geschlechtsstandardisierten vollstationären Hospitalisierungsrate aller ausgewählten Herzkrankheiten gemessen am Bundesdurchschnitt 2018. Quelle: Deutscher Herzbericht 2019. Aus: Vortrag Spethmann, hid, DGIM-Talk, 04.04.22

Abb. 2b: Alters- und geschlechtsstandardisierte Mortalitätsrate an akuten Myokardinfakten (ICD I21) nach Bundesländern (Wohnort) 2019. Quelle: Deutscher Herzbericht 2020. Aus: Vortrag Spethmann, hid, DGIM-Talk, 04.04.22

Ärzt:innen, die schon jetzt bereit und willens sind, bei ihrer jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung einen Antrag auf TMZ-Zulassung zu stellen. So fordert etwa die KV Bayern vom Antragsteller die Abgabe von Erklärungen, die auch einem Experten für Medizinprodukterecht mindestens konzentriertes Lesen abverlangen. Dabei geht es auch einfacher, wie die Beispiele der KV Berlin oder der KV Hamburg zeigen. Diese fordern vom Kardiologen nur eine Bestätigung seines

Dienstleisters, dass die technischen Anforderungen der QS-V TmHi erfüllt werden. Damit kann der Kardiologe seine Zeit dem Patienten widmen – statt dem Studium medizinproduktrechtlicher Texte.

Weil MedizinproduktHersteller im Markt bereits für Verwirrung gesorgt haben, muss klargestellt werden: Nicht jede Software, die im Zusammenhang mit dem Telemonitoring genutzt wird, muss ein CE-Kennzeichen als Medizinprodukt haben. Das schreibt

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Meilenstein der digitalen Medizin in Deutschland“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/22), S. 24-26.
<http://doi.org/10.24945/MVF.03.22.1866-0533.2401>

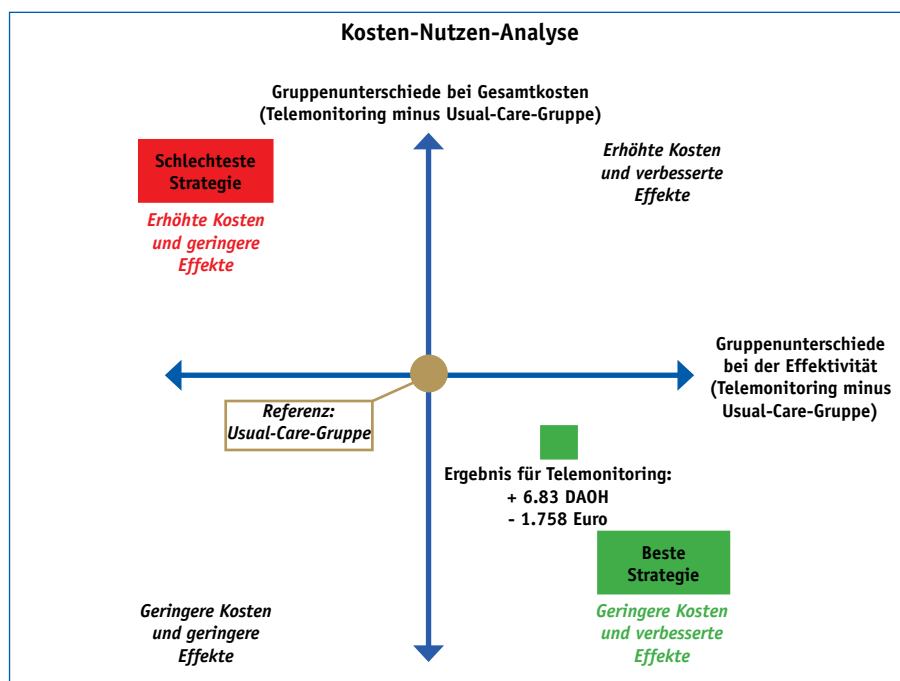


Abb. 3: Kosten-Nutzen-Analyse. DAOH: day alive and out of hospital. Quelle: Sydow H et al. Clin Res Cardiol. 2021; Aus: Vortrag Spethmann, hid, DGIM-Talk, 04.04.22

Dr. Wolfgang Rehmann, einer der führenden Experten für Medizinprodukterecht in Deutschland, in seinem Beitrag über die Anforderungen an die technische Ausstattung für die Umsetzung des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz.

Im Unterschied zu DiGA und Videosprechstunde fordert das Telemonitoring eine asynchrone Kommunikation und eine Verteilung von Aufgaben zwischen Patienten, TMZ, PBA und Dienstleistern. Genau dafür sind Cloud-Dienste prädestiniert. In der Cloud wird ein sehr viel höherer Schutz vor Hackerangriffen, Datenverlusten und Systemausfällen erreicht als beim Betrieb eines Rechners in der Arztpraxis. Eine lückenlose Patientenbetreuung erfordert ständige Verfügbarkeit und blitzschnelle Skalierung, wie eigentlich nur Cloud-Dienste sie mit ihrer enormen Rechenleistung ermöglichen (darüber lesen Sie in dieser Ausgabe ab S. 34).

Jedenfalls gab Köhler im DGIM-Talk seiner Hoffnung Ausdruck, dass sich die Anbieter-

schaft der TMZ nach und nach entwickle und es „bis zum Sommer Einrichtungen gibt, die entsprechende Angebote machen können“.

Die ersten gibt es schon: Dr. Ali Halboos, ärztlicher Leiter eines deutschlandweit tätigen TMZ, berichtet in dieser Ausgabe (S. 33) über die Aufgaben, die spezialisierte Dienstleister für Kardiologen übernehmen können und worauf TMZ bei der Auswahl eines Anbieters zu achten haben. Es gebe wichtige Unterschiede zwischen den Angeboten, besonders in Hinblick auf das Nutzungserlebnis für die Patient:innen. Mit einem Entrepreneur-Arzt aus Hamburg sprach „Monitor Versorgungsforschung“ im Interview (s. 28 ff.). <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Aufbau einer Landkarte

Bitte melden Sie uns neue Telemonitoring-Angebote sich neu bildender TMZ. „Monitor Versorgungsforschung“ erstellt daraus eine Landkarte, nach der sich behandelnde Ärzte orientieren können.
 Kontakt: stegmaier@m-vf.de

Literatur

- <https://www.g-ba.de/richtlinien/7/>
- Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung Nr. 37 (BAnzAT 30.3.2021 B4); (https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4648/2020-12-17_MVV-RL_Telemonitoring-Herzinsuffizienz_BAnz.pdf)
- Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 76. Sitzung am 15.12.2021
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (https://www.kbv.de/media/sp/QS-V_TmHi.pdf)
- <https://www.iqwig.de/projekte/n19-01.html>
- https://telemedizin.charite.de/forschung/partnership_for_the_heart/klinische_studie_tim_hf/
- Koehler et al., Circulation, May 3, 2011. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.111.018473
- Koehler et al., The Lancet, August 25, 2018. doi:10.1016/S0140-6736(18)31880-4

Cardiologicum/GIG setzen auf HCSG

>> Seit März 2022 ergänzt ein TMZ das Versorgungsangebot des Cardiologicum Hamburg (1). „Die HCSG stellt uns ihre technischen Systeme zur Verfügung und übernimmt die Vorfilterung durch nicht-ärztliches Personal. Das erlaubt es uns Kardiologen, sich unserem Kernauftrag zu widmen: die kritischen Patienten bestmöglich medizinisch zu betreuen,“ sagt Prof. Dr. Martin W. Bergmann vom Cardiologicum (s. S. 28 ff.). Mit über 60.000 kardiologischen Behandlungsfällen gehört das Cardiologicum zu den größten ambulanten Versorgungszentren.

Die GiG (2) hat im Mai ein TMZ gestartet. „Der tägliche Messvorgang dauert nur wenige Minuten. Der Patient muss keine Elektroden kleben und die Geräte sind einfach zu bedienen. Dies erhöht die Adhärenz und damit die Wirksamkeit des Telemonitorings“, sagt Dr. Ali Halboos (s. S. 33) von der GiG, einem führenden Verbund von 17 kardiologischen Praxen.

Beide Lösungen basieren auf dem „hedy“-System (3) der HCSG. Das Team der HCSG verfügt über mehr als 15 Jahre Erfahrung bei der telemedizinischen Versorgung von über 70.000 Patient:innen mit Herzinsuffizienz. <<

1: <https://cardiologicum.hamburg/>
 2: <https://gig-med.de/>
 3: <https://hedy.de>

BNK kooperiert mit SLH

>> Der Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK) hat am 23.04.2022 einen Rahmenvertrag mit SHL Telemedizin vereinbart. Dieser sichert Mitgliedern des Verbands Sonderkonditionen für das SHL-Telemonitoring-Angebot telecor (1). „Herzinsuffizienz ist weiterhin der häufigste Grund für eine Einweisung ins Krankenhaus – und circa jeder vierte Patient wird innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung erneut stationär behandelt“, erklärt dazu Dr. Norbert Smetak, Vorsitzender des Bundesverbands Niedergelassener Kardiologen (BNK). Was Patienten am meisten helfen könne, sei eine konstante Analyse wichtiger Daten wie z.B. Gewicht und Herzrhythmus und ein regelmäßiger, enger Austausch mit dem behandelnden Arzt. Smetak: „Hier sehen wir große Chancen im Telemonitoring. Wir freuen uns sehr, den flächendeckenden Ausbau für dieses Angebot gemeinsam mit unserem neuen Partner SHL Telemedizin nun zügig voranbringen zu können.“ <<

1: <https://telecor.de/>

Kooperation mit regionalen Arztnetzen

Mein AOK-Gesundheitsnetz[®]

Gemeinsam erfolgreich für eine optimale ambulante Versorgung

Zur Optimierung der ambulanten Versorgung in den Regionen Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern hat die AOK Nordost exklusiv für ihre Versicherten bereits vor mehr als 17 Jahren gemeinsam mit regionalen Arztnetzen das Gesundheitsprogramm Mein AOK-Gesundheitsnetz[®] entwickelt.

Mein AOK-Gesundheitsnetz[®] fördert die Vernetzung und Koordination von ambulanten und stationären Versorgungsangeboten. Ziel ist es, die sektorübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit zu optimieren und die patientenzentrierte, wohnortnahe, gesundheitliche Versorgung in den Regionen zu erhalten und zu verbessern.

Die Entwicklung und der Einsatz von sektorübergreifenden Behandlungspfaden und ein gemeinsames Fallmanagement, die Durchführung von Qualitätszirkeln und zusätzliche Angebote, wie zum Beispiel die Unterstützung durch kompetente Casemanager:innen fördern den innerärztlichen Austausch und es bleibt mehr Zeit für die Patient:innen. Diese profitieren von einer bedarfsgerechten Versorgung, der Vermeidung von unnötigen Doppeluntersuchungen, schnelleren Facharztterminen und einer optimalen Überwachung der Arzneimitteltherapie.

Mehr erfahren auf aok.de/gp/gesundheitsnetz



„Flächendeckendes Telemonitoring bei Herzinsuffizienz“

Der G-BA hat am 15. Dezember 2020 entschieden, dass Patient:innen mit Herzinsuffizienz auch in der Regelversorgung telemedizinisch betreut werden können. Dementsprechend hat der Erweiterte Bewertungsausschuss den EBM geändert und entsprechende Gebührenordnungspositionen beschlossen. Damit kann Telemonitoring für Patienten mit Herzinsuffizienz von niedergelassenen Ärzten verordnet werden. Telemedizinzentren können von niedergelassenen Kardiologen mit einer KV-Zulassung für die Schrittmacherabfrage betrieben und mit der KV abgerechnet werden. Die KBV hat mit dem GKV-Spitzenverband als Anlage 3 des Bundesmantelvertrags Ärzte (BMV-Ä) eine Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz („QS-V TmHi“) beschlossen. Was das für die Anwendung des Telemonitorings in der Fläche bedeutet, darüber hat „Monitor Versorgungsforschung“ mit Prof. Dr. Martin W. Bergmann vom Cardiologicum Hamburg, einer Unternehmenstochter der Sanecum Gruppe, gesprochen.

Interview mit Prof. Dr. Martin W. Bergmann vom Cardiologicum Hamburg.

>> Warum ist Telemonitoring bei Herzinsuffizienz sinnvoll?

Herzinsuffizienz ist der häufigste Aufnahmegrund in Krankenhäusern und zwar nicht als elektive Zuweisung, sondern über den sehr aufwendigen Bereich der Notaufnahme. Rund fünf Prozent der Patienten in einer KH-Notaufnahme erhalten die Diagnose Herzinsuffizienz. Telemedizin ist genau an dieser Stelle ein großer Fortschritt, weil sie es uns erlaubt, gefährdete Patient:innen rechtzeitig zu identifizieren und frühzeitig einer adäquaten Behandlung – ambulant oder stationär – zuzuführen. Wenn uns das gelingt, verhindern wir die seit vielen Jahren ineffektive Aufnahme von Herzinsuffizienz-Patient:innen über die Notaufnahme. Deswegen führt der G-BA-Beschluss zu einer Win-win-Situation für beide Seiten. Umso mehr gilt das, wenn man sich die Auswirkungen der Demografie vor Augen hält, denn mit der älter werdenden Bevölkerung nimmt die Prävalenz der Herzinsuffizienz zu.

Wie schnell wird sich diese neue Versorgungsmöglichkeit in der Praxis auf breiter Basis etablieren?

Der Beschluss des G-BA vom 15. Dezember 2021 war – wenn man so will – das Ankündigungssignal und die nun aktuell veröffentlichte Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz der eigentliche Startschuss. Entsprechende Angebote werden sich schon in den nächsten ein bis zwei Jahren konsolidieren und dazu führen, dass geeignete Patient:innen diese Angebote bekommen. Es wird sich vor allen Dingen zeigen, wer

die entsprechenden Ressourcen tatsächlich bereitstellen kann.

Wer kann, wer nicht?

Der G-BA hat klar festgelegt, dass die Indikation für eine telemedizinische Betreuung nur vom sogenannten primär behandelnden Arzt zu

stellen ist. Damit muss ein Arzt mit KV-Zulassung diese Anwendung ähnlich wie ein Medikament verschreiben und – falls er selbst kein Kardiologe ist – die Patient:in an ein telemedizinisches Zentrum – ein sogenanntes TMZ – überweisen. Das TMZ wiederum wird von niedergelassenen Kardiologen betrieben, die in der Lage sind, ein Telemonitoring-System so vorzuhalten, wie es in der zwischen KBV und Spitzenverband Bund vereinbarten Qualitätssicherungsvereinbarung festgelegt wurde. Damit übernehmen wir als Kardiologen eine wichtige Rolle im Betreuungssystem, weil wir sehr niederschwellig ambulante Termine anbieten können, von denen Patient:innen mit Herzinsuffizienz profitieren werden. Erfreulicherweise haben sich die Therapiemöglichkeiten für diese Patienten im Bereich Medikamente, Schrittmacher und kathetergestützte Eingriffe in den letzten Jahren massiv erweitert. Die neuen Leitlinien

der Herzinsuffizienztherapie, die im letzten Herbst auf europäischer Ebene neu veröffentlicht wurden und die jetzt über die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie in deutscher Übersetzung vorliegt, spiegelt diese Entwicklung wider.

Das heißt?

Da wir nun neue, wirksamere Medikamente zur Verfügung haben, können wir nicht nur ein Überwachungsangebot, sondern ein therapeutisches Angebot formulieren, das dazu führen wird, dass wir die Patient:innen viel besser als bisher stabilisieren können. Das sehen wir jetzt schon. Wir können mit den aktuell zur Verfügung stehenden Möglichkeiten diesen Patient:innen sehr viel mehr Lebensqualität gönnen und gerade im Alter die Selbstständigkeit erhalten. Hier sehe ich eine zentrale Aufgabe, die wir als niedergelassene Kardiologen zu erfüllen haben.

Was braucht es, damit sich die neue Versorgung in der Praxis etablieren kann?

Derzeit sind viele Kolleg:innen dabei, sich mit dem Thema zu beschäftigen. Vielfach gilt es, ein gemeinsames Angebot auch mit den lokalen Kliniken zu formulieren. Es ist aktuell unklar, wie viele telemedizinische Zentren sinnvoll sind. Wir gehen davon aus, dass pro Zentrum mindestens 300 Patienten betreut werden sollten, um eine effektive Struktur zu gewährleisten. Wir sind hier in Hamburg vonseiten des Cardiologicum im März gestartet, da wir auf eine etablierte Struktur auch mit gut ausgebildeten nicht-ärztlichen Mitarbeitern zurückgreifen können.

Was sind die Grundvoraussetzungen?

Es muss vor allen Dingen sichergestellt sein, dass die technischen Voraussetzungen erfüllt werden: hierzu gehört die störungsfreie tägliche Übertragung von Gewicht, Blutdruck, Herzfrequenz und persönlichem Befinden. Alternativ geht es um die Übertragung der Funktion von modernen Schrittmacheraggregaten. Eingehende Alarmer dieser Messungen müssen täglich bearbeitet werden, hier gibt es verschiedene Möglichkeiten. Eine probate Lösung ist es, eine Art Vorfilterung durch nicht-ärztliches Personal einzubauen. Dies kann jede Praxis selbst aufbauen oder sich entsprechender Provider und Servicegesellschaften bedienen. Wir nutzen hierzu die Leistungen der Health Care Systems GmbH (HCSG) aus Pullach bei München. Letztere Lösung erlaubt es uns Kardiologen, sich unserem Kernauftrag zu widmen: die kritischen Patient:innen bestmöglich medizinisch zu betreuen.

Wie bewerkstelligen Sie das werktägliche Telemonitoring im telemedizinischen Zentrum, insbesondere, wenn man an neue Prozesse wie Geräte Logistik, Datenübertragung und -auswertung denkt?

Durch die Qualitätssicherungsvereinbarung Telemedizin bei Herzinsuffizienz ist der Rahmen klar gesetzt. Jeder Kardiologe, der dieses System bedienen und anwenden will, muss sich Gedanken darüber machen, wie der damit einhergehende zusätzliche Aufwand, den die Anbindung dieses Patienten-klientels mit sich bringt, gewährleistet werden kann. Den Aufwand sollte man nicht unterschätzen, da durch den G-BA beispielsweise eine werktägliche Datensichtung vorgeschrieben ist, da dies in den dem Beschluss zu Grunde liegenden

„Wir als Kardiologen übernehmen eine wichtige Rolle im Betreuungssystem, weil wir sehr niederschwellig ambulante Termine anbieten können, von denen Patient:innen mit Herzinsuffizienz profitieren werden.“

Studien Voraussetzung war. Wir müssen nun versuchen, auch in der Routineversorgung möglichst nahe an die Studienbedingungen heranzukommen, unter denen der Benefit nachgewiesen werden konnte.

Kann das ein kardiologisches Zentrum wie Ihres ohne Hilfe?

Die Frage ist nicht, ob wir es könnten, sondern ob es sinnvoll wäre. Wir werden sicherlich keine technischen Dienstleister werden, um die Versorgung der Patient:innen mit entsprechenden Geräten wie etwa externen Überwachungsmonitoren oder der Sicherstellung der Übermittlung der internen Daten sicherzustellen. Das werden uns externe Dienstleister wie die HCSG abnehmen, die uns ihre technischen Systeme zur Verfügung stellen. Das müssen natürlich möglichst einfach zu bedienende und übersichtliche Plattformen sein, die bestmöglich abgesichert, zuverlässig verfügbar und möglichst einfach in unseren Praxisalltag zu etablieren sind. Wichtig ist, dass meine Mitarbeiter:innen und ich einen unmittelbaren Zugriff auf die Patientendaten haben, um so den Überblick zu haben, wann eine Patient:in einzubestellen oder vielleicht auch nur an den wohnort-näheren Hausarzt weiterzuvermitteln ist.

Beginnen Sie jetzt eigentlich bei Null?

Nein, das wäre fatal. Wir konnten sowohl auf etablierte interne Strukturen als auch auf einen sehr erfahrenen Dienstleister zurückgreifen, der das Telemonitoring im Rahmen von Selektivverträgen mit Krankenkassen seit Jahren praktiziert. Von diesem Wissen können wir nun profitieren.

Welche Aufgaben übernimmt der Arzt persönlich und welche Aufgaben können besser von einem Dienstleister erbracht werden?

Ich will zum Beispiel überhaupt nichts damit zu tun haben, wenn es bei unseren Patient:innen eine Fehlfunktion von Geräten gibt oder – warum auch immer – bei der Übermittlung von Daten ein Problem auftritt, weil irgendein Server oder irgendeine Datenübermittlung nicht verfügbar ist. Ich möchte aber sehr genau und sehr zeitnah wissen, wenn es einer meiner Patient:innen effektiv schlechter geht, was man über die täglich übermittelten Daten sehen kann. Diese Peaks gilt es herauszufiltern, was aber schon heute relativ gut möglich ist.

Zum Abschluss ein Blick in die Zukunft. Wo wird Ihrer Meinung nach das Thema Telemedizin im Jahre 2030 stehen?



Prof. Dr. Martin W. Bergmann

ist Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie und Intensivmedizin im Cardiologicum Hamburg. Er verfügt über die Weiterbildung Herzinsuffizienz und Interventionelle Kardiologie. Sein Spezialgebiet sind kathetergestützte Therapien von Herzerkrankungen, hierzu gehört u.a. die Durchführung komplexer Koronar- und Klappeninterventionen, die Therapie der Herzschwäche einschließlich struktureller Herzerkrankungen mit optimierter Arzneimitteltherapie, interventioneller Korrektur von Klappenfehlern sowie Möglichkeiten der interventionellen Therapie bei diastolischer Herzinsuffizienz

„Telemedizin ist der Weg nach vorne, mit der wir die Versorgung unserer Patient:innen nicht nur nachhaltig verbessern, sondern auch Ressourcen schonen können, weil unnötige Krankenhausaufnahmen vermieden werden können.“

So lange wird das gar nicht mehr dauern. Heute leben wir in der Kardiologie stark von Bilddaten wie Ultraschalluntersuchungen; zusätzlich stehen uns Biomarker der Herzinsuffizienz aus dem Blut zur Verfügung. Es wird sicherlich noch ein bisschen dauern, bis wir solche Daten auch per Videosprechstunde bekommen. Vielfach haben wir derzeit noch Patient:innen in der Praxis, die zwar eine bekannte Herzerkrankung haben aber im Grunde stabil sind und von ihrem Hausarzt gut betreut sind. Telemedizin hilft uns nun, unsere Ressourcen noch effektiver als bisher bei instabilen Patienten einzusetzen, die von den neuen Therapiemöglichkeiten profitieren können. Über eine bessere Vorfilterung der Patient:innen anhand der übermittelten Daten kann entschieden werden, ob wirklich ein persönlicher Termin nötig ist. Die frei werdenden Ressourcen wollen wir dazu nutzen, jederzeit eine frühzeitige Kontaktaufnahme bei neuen Beschwerden abzubilden. Das ist der Weg nach vorne, mit der wir die Versorgung unserer Patient:innen nicht nur nachhaltig verbessern, sondern auch Ressourcen schonen können, weil unnötige Krankenhausaufnahmen vermieden werden können. Absolute Voraussetzung ist ein motivierter und mündiger Patient, der willens ist mitzuarbeiten. Dies können wir in enger Verbindung mit den betreuenden Hausärzt:innen häufig jedoch ganz gut einschätzen. <<

Herr Prof. Bergmann, danke für das Interview.

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Zitationshinweis

Bergmann, M., Stegmaier, P.: „Flächendeckendes Telemonitoring bei Herzinsuffizienz möglich“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/22), S. 28-30. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.22.1866-0533.2402>

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „ePA-Nutzung ist in der EU recht unterschiedlich“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/22), S. 31. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.22.1866-0533.2403>

Bericht der EU-Kommission zur „Interoperability of Electronic Health Records in the EU“

ePA-Nutzung ist in der EU recht unterschiedlich

Ein aktueller Bericht der Europäischen Kommission unter der Leitung des Unternehmens Open Evidence – ein Spinoff der spanischen Universität Oberta de Catalunya (UOC) – hat die Umsetzung der elektronischen Gesundheitsakte und den derzeitigen Grad der Interoperabilität in den Ländern der Europäischen Union sowie in Norwegen und im Vereinigten Königreich untersucht: mit recht ernüchternden Ergebnissen.

>> Die Ergebnisse des Berichts zeichnen ein gemischtes Bild von der Entwicklung dieses grundlegenden technologischen Systems für die digitale Gesundheit. „Die meisten Länder haben zwar digitale Gesundheitsdatensysteme eingeführt, aber in den meisten der untersuchten Systeme ist eine interoperable elektronische Patientenakte nicht in Kraft, und viele Patienten können nicht ohne weiteres auf ihre Daten zugreifen und sie nutzen oder sie zwischen Gesundheitsdienstleistern übertragen“, so Francisco Lupiáñez-Villanueva, Mitglied der Fakultät für Informations- und Kommunikationswissenschaften der UOC und geschäftsführender Gesellschafter von Open Evidence.

Die Gesundheitssysteme in Europa sind sehr unterschiedlich organisiert: Sie sind zentralisiert, dezentralisiert, von öffentlichen Versicherern abhängig, privat usw. „Diese Vielfalt bedeutet, dass es schwierig ist, ein endgültiges Profil zu erstellen, da es interoperable Systeme zwischen einigen Regionen und sogar zwischen ganzen Ländern gibt, wie im Fall von Estland und Finnland, aber sie sind nicht die Mehrheit, was ein Hindernis für die Interoperabilität auf europäischer Ebene darstellt“, erklärt Lupiáñez-Villanueva.

Ein Instrument zur Bewältigung gemeinsamer Herausforderungen

Die Hindernisse für den Austausch von Gesundheitsdaten und -informationen in Europa sind vor allem durch die Covid-19-Pandemie deutlich geworden. „Im Alltag sind die Probleme, die sich für die Bürger aus der mangelnden Interoperabilität auf europäischer Ebene ergeben, nicht besonders offensichtlich, aber die Notwendigkeit der Interoperabilität wird immer dann deutlich, wenn es um Herausforderungen geht, die über ein bestimmtes Land oder eine bestimmte Region hinausgehen, wie etwa das Coronavirus“, sagt Lupiáñez-Villanueva. Diese Herausforderung gehe auch über den Bereich der öffentlichen Gesundheit hinaus und betreffe ebenso den gemeinsamen europäischen Markt. „Wenn ein Anbieter aus einem Land

in den Markt eines anderen EU-Landes eintreten will, muss er sein Produkt an verschiedene Systeme anpassen, was bedeutet, dass es sich nicht um einen einheitlichen Markt handelt“, sagt das UOC-Fakultätsmitglied.

Fortschritte im Rechtsrahmen

Trotz dieser Einschränkungen zeigt der Bericht auch, dass in den meisten der untersuchten Länder gewisse Fortschritte bei den rechtlichen Rahmenbedingungen und dem institutionellen Umfeld erzielt wurden. 80 Prozent der Länder hätten inzwischen nationale EHR-Gesetze verabschiedet, 26 Länder gewähren ihren Bürgern per Gesetz Zugang zu Daten aus elektronischen Gesundheitsakten (engl.: electronic health record, kurz EHR). Und 20 Länder hätten zudem einen obligatorischen öffentlichen Zugang in ihre Gesetzgebung aufgenommen, unabhängig von der Verfügbarkeit der Technologie, heißt es in dem Bericht.

Tatsächlich haben inzwischen laut Aussage des Berichts 18 Länder ein Gesetz verabschiedet, das den grenzüberschreitenden Austausch von EHR-Daten erlaubt. Doch mehr auch nicht: Denn lediglich die Tschechische Republik, Litauen, Lettland, Polen und die Slowakei können bisher Zusammenfassungen von Patientenakten tatsächlich an andere Länder senden oder von diesen empfangen.

Dänemark, Estland und Finnland führend bei der Nutzung von EHR

Laut des Open-Evidence-Berichts sind Dänemark, Estland und Finnland die EU-Länder mit der höchsten Nutzung elektronischer Patientenakten. Der am häufigsten genutzte Dienst ist dabei die Abfrage von Testergebnissen, gefolgt von eRezepten und Terminvereinbarungen. Auch einige Regio-

nen in Spanien hätten dieses Niveau bereits erreicht.

Was die Zugänglichkeit klinischer Informationen angeht, so haben die meisten Länder Bedingungen für die Änderung und Archivierung elektronischer Gesundheitsdaten festgelegt, aber nur etwa ein Drittel erlaube den Bürgern, die in ihren elektronischen Patientenakten eingegebenen Daten zu korrigieren.

Die Untersuchung wurde auf der Grundlage einer vom Forschungsteam konzipierten Umfrage durchgeführt, die an 58 unabhängige Sachverständige und Mitglieder des eHealth-Netzwerks, einer freiwilligen Organisation, die von der Europäischen Kommission und den Mitgliedstaaten gegründet wurde, um Leitlinien zur Förderung des Zugangs, der Qualität und der Nachhaltigkeit in grenzüberschreitenden Gesundheitssystemen und -dienstleistungen in der EU zu entwickeln, verschickt. Der Bericht stellt jedoch fest, dass dieses europäische Netzwerk bei der Überwindung von Hindernissen für den Zugang zu Gesundheitsdaten bisher nur „eine begrenzte Wirkung“ erzielt habe, und hebt die Unverbindlichkeit seiner Leitlinien als einen der Hauptgründe dafür hervor, dass diese Empfehlungen „in den Mitgliedstaaten wenig Wirkung gezeigt haben“.

Laut Lupiáñez-Villanueva ist das Problem bei der Einführung von EHR-Systemen und ihrer Interoperabilität nicht nur technologischer, sondern auch politischer Natur. Er fügt hinzu, dass elektronische Gesundheitsdatensätze und digitale Gesundheit jedoch nicht nur als Chance für die Gesundheitssysteme gesehen werden müssen. Es handele sich auch um einen forschungs- und entwicklungsintensiven Sektor, der Arbeitsplätze schaffen kann und Europa in eine wichtige Position gegenüber den USA und China bringen könnte. <<

Literatur

Thiel, R.; Lupiáñez-Villanueva, F.; Deimel, L.; Gunderson, L.; Sokolyanskaya, A. (2021). eHealth, Interoperability of Health Data and Artificial Intelligence for Health and Care in the EU. SMART 2019/0056. European Commission. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/interoperability-electronic-health-records-eu>



Dr. Wolfgang A. Rehmann

ist Rechtsanwalt bei der Taylor Wessing Partnerschaftsgesellschaft mbB, München

Rehmann, W.: „Anforderungen an die technische Ausstattung für die Umsetzung des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/22), S. 32-33. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.22.1866-0533.2404>

Anforderungen an die technische Ausstattung für die Umsetzung des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz

>> Seit kurzem gehört das Telemonitoring von Patienten mit Herzinsuffizienz zum ambulanten Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenkassen. Die dafür notwendige Methodenrichtlinie hat der Gemeinsame Bundesausschuss beschlossen¹. Gemäß Methodenrichtlinie ist das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz ein zeitnahe Management unter Verwendung von Daten, die beim Patienten entweder von einem Implantat (Defibrillator oder Schrittmacher) oder von externen Geräten (Körperwaage, EKG, Blutdruckmessgerät) erhoben werden². Seit dem 1. Januar 2022 kann das Telemonitoring als ambulante Leistung von niedergelassenen Kardiologen erbracht und abgerechnet werden. Die Abrechnung des Telemonitorings setzt eine entsprechende Genehmigung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung voraus. Die Voraussetzungen für die Erteilung der Genehmigung haben KBV und GKV-Spitzenverband in der Qualitätssicherungsvereinbarung Telemonitoring bei Herzinsuffizienz („QS-V TmHi“) festgelegt³.

Die Qualitätssicherungsvereinbarung definiert umfangreiche Anforderungen an die technische Ausstattung für die Umsetzung des Telemonitorings. So fordert etwa die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns vom Antragsteller in einem neun Seiten langen Fragebogen die Abgabe von Erklärungen, die auch einem Experten für Medizinprodukterecht mindestens konzentriertes Lesen abverlangen. Beispielsweise muss der Facharzt für Kardiologie im Antragsformular der KVB Folgendes bestätigen:

„Die implantierten kardialen Aggregate, die für das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz genutzten externen Messgeräte (außer Personenwaagen) und ihr jeweiliges Zubehör und die in diesem Zusammenhang genutzte Software (mit einer medizinischen Zweckbestimmung gemäß Artikel 2 der Verordnung (EU) 2017/745 zur Datenerfassung, -übertragung und/oder -analyse) haben eine gültige CE-Kennzeichnung

- gemäß der EU-Richtlinie 90/385/EWG (MDD) oder der EU-Richtlinie 93/42/EWG (MDD) bzw. der Verordnung (EU) 2017/745 (MDR) (implantierte kardiale Aggregate)
- gemäß der EU-Richtlinie 93/42/EWG (MDD) bzw. der Verordnung (EU) 2017/745 (MDR) (externe Messgeräte).“

Es erstaunt daher nicht, dass es interessierten Ärzten teilweise schwerfällt, eine Entscheidung über die technische Ausstattung und den geeigneten Dienstleister zu treffen. Dem Kardiologen stellen sich mehrere Fragen, die sich aus medienprodukterechtlicher Sicht beantworten lassen:

Frage 1: Setzt die QS-V TmHi einen neuen Standard für die Zertifizierung/Zulassung von Medizinprodukten?

Nein. § 5 Abs. 3 Nr. 2 der QS-V TmHi gibt nur die gesetzlichen Anforderungen an das Inverkehrbringen von Medizinprodukten wieder, welche durch die im Rahmen des Telemonitorings eingesetzten, in der QS-V TmHi beschriebenen Geräte mit Messfunktion und ihr

Zubehör zu erfüllen sind. Die QS-V TmHi stellt keine darüber hinausgehenden Anforderungen auf.

Frage 2: Welche Geräte müssen ein CE-Kennzeichen als Medizinprodukt haben?

Beim Telemonitoring mit kardialen implantierbaren Aggregaten müssen die kardialen implantierbaren Aggregate und deren Zubehör eine gültige CE-Kennzeichnung gemäß der EU-Richtlinie 93/42/EWG (MDD) bzw. der Verordnung (EU) 2017/745 (MDR) tragen.

Beim Telemonitoring mit externen Geräten müssen das Blutdruckmessgerät und das EKG-Gerät sowie deren Zubehör eine gültige CE-Kennzeichnung gemäß der EU-Richtlinie 93/42/EWG (MDD), die innerhalb der dafür geltenden Überleitungsbestimmungen fortgilt, bzw. der Verordnung (EU) 2017/745 (MDR) tragen.

Frage 3: Muss jedes Gerät, das im Zusammenhang mit dem Telemonitoring genutzt wird, ein CE-Kennzeichen als Medizinprodukt haben?

Nein. Geräte, die keine medizinische Zweckbestimmung haben und auch kein Zubehör sind, tragen keine CE-Kennzeichnung gemäß der EU-Richtlinie 93/42/EWG (MDD) bzw. der Verordnung (EU) 2017/745 (MDR). Dies gilt u.a. für Geräte zur Übermittlung der vom Patienten selbst erhobenen Informationen zur subjektiven Einschätzung seines allgemeinen Gesundheitszustands. Daher müssen das Tablet zur Dateneingabe oder der Mobilfunkrouter zur Datenübermittlung keine CE-Kennzeichnung als Medizinprodukt gemäß der EU-Richtlinie 93/42/EWG (MDD) bzw. der Verordnung (EU) 2017/745 (MDR) tragen.

Frage 4: Welche Software muss ein CE-Kennzeichen als Medizinprodukt haben?

Beim Telemonitoring mit kardialen implantierbaren Aggregaten muss die Software, die mit dem Aggregat oder dessen Zubehör genutzt wird, eine gültige CE-Kennzeichnung gemäß der EU-Richtlinie 93/42/EWG (MDD) bzw. der Verordnung (EU) 2017/745 (MDR) haben, wenn diese Software gemäß ihrer medizinischen Zweckbestimmung ein Medizinprodukt ist.

Beim Telemonitoring mit externen Messgeräten muss die Software, die mit dem Blutdruckmessgerät und dem EKG-Gerät oder deren Zubehör genutzt wird, eine gültige CE-Kennzeichnung gemäß der EU-Richtlinie 93/42/EWG (MDD) bzw. der Verordnung (EU) 2017/745 (MDR) haben, wenn diese Software gemäß ihrer medizinischen Zweckbestimmung ein Medizinprodukt ist.

Frage 5: Muss jede Software, die im Zusammenhang mit dem Telemonitoring genutzt wird, ein CE-Kennzeichen als Medizinprodukt haben?

Nein. Wie der MDCG Guidance 2019-11 zu entnehmen ist, haben Systeme, die allein der Übertragung, Speicherung, Archivierung und Weiterleitung medizinischer Daten dienen, keine medizinische Zweckbestimmung und sind daher keine Medizinprodukte. Dies gilt u.a. für sogenannte Portale, welche im Zuge des Telemonitorings

Zitationshinweis

Halboos, A.: „Das Nutzererlebnis ist entscheidend“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/22), S. 33. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.22.1866-0533.2405>

**Dr. med. Ali Halboos**

ist ärztlicher Leiter des telemedizinischen Zentrums (TMZ) der Gesellschaft für Integrierte Gesundheitsversorgung

als Schnittstelle zwischen Patienten und Kardiologen Verwendung finden, wenn sie alleine dazu dienen, medizinische Daten sicher zu übermitteln, zu speichern, zu archivieren und für den Kardiologen zur Ansicht und Suche bereit zu halten.

Fazit

An die technische Ausstattung für das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz ergeben sich folgende Anforderungen:

1. Kardiale implantierbare Aggregate und die zugehörigen Empfänger für die telemetrische Fernüberwachung müssen eine gültige CE-Kennzeichnung als Medizinprodukt haben.
2. EKG- und Blutdruckmessgeräte müssen eine gültige CE-Kennzeichnung als Medizinprodukt haben.
3. Die Personenwaage, das Tablet für die Eingabe von Informationen zum allgemeinen Gesundheitszustand und Geräte für die Datenübertragung (z.B. Mobilfunkrouter) müssen keine CE-Kennzeichnung als Medizinprodukt haben.
4. Software, die als Schnittstelle zwischen Patienten und TMZ als sog. TMZ-Portal Verwendung findet, muss keine CE-Kennzeichnung als Medizinprodukt haben, wenn sie alleine dazu dient, medizinische Daten sicher zu übermitteln, zu speichern, zu archivieren und für den Kardiologen zur Ansicht und Suche bereit zu halten.

Es geht aber noch einfacher, wie die Beispiele der KV Berlin oder KV Hamburg zeigen:

„Eine Bestätigung des Herstellers oder des Vertriebs über die Erfüllung der Anforderungen nach § 5 Abs. 3 der verwendeten externen Messgeräte ist diesem Antrag beigelegt.“

Damit wird das Problem vom Kardiologen auf den Hersteller bzw. den Vertrieb verlagert. Im Ergebnis kann der Arzt seine Zeit dem Patienten widmen – statt dem Studium rechtlicher Unterlagen. <<

>> Mit unserem TMZ bieten wir deutschlandweit Menschen Unterstützung, die unter Herzinsuffizienz leiden. Kardiologen mit der Zusatzqualifikation „Herzinsuffizienz DGK“ überwachen sowohl die Träger von implantierten Aggregaten als auch Patienten mit externen Geräten. Das Telemonitoring erfordert aber nicht nur ärztliches Können, sondern auch eine sichere und effiziente Organisation aller Tätigkeiten und Funktionen (Gerätelogs, Datenverarbeitung, User Support).

Für das Monitoring mit externen Geräten fordert die QS-Vereinbarung von uns die Verwendung von Messgeräten zur Erhebung von Körpergewicht, elektrischer Herzaktion und Blutdruck. Mit Ausnahme der Körperwaage sind das Medizinprodukte. Daneben braucht es noch Geräte zur Eingabe der vom Patienten selbst erhobenen Informationen zur subjektiven Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes und zur Datenübertragung. Des Weiteren müssen wir Sorge tragen für die Aufrechterhaltung der Verbindung zur Datenübertragung von den Geräten des Patienten zum TMZ. Nicht zuletzt müssen wir die Daten täglich sichten, uns mit dem Primär Behandelnden Arzt (PBA) abstimmen und den gesamten Prozess dokumentieren.

Welche Aufgaben können spezialisierte Dienstleister übernehmen und worauf ist bei der Auswahl und Zusammenarbeit mit diesen Dienstleistern zu achten?

Nachdem die Indikation für das Telemonitoring gestellt wurde, erhält der Patient vom Dienstleister ein fertig konfiguriertes Geräteset. Für uns war es wichtig, dass es sich dabei um ein Medizinproduktesystem nach der EU-Medizinprodukteverordnung handelt. Ein entsprechender Eintrag findet sich in der Europäischen Datenbank für Medizinprodukte: „hedy Telemonitoring System dient der Unterstützung von ärztlichen telemedizinischen Zentren (TMZ) bei der Durchführung des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz gemäß Anlage I Nr. 37 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung.“¹ Der Dienstleister übernimmt auch die Einweisung der Patienten.

Das von uns verwendete hedy-System gewährleistet eine tägliche Übertragung von aktuellen Daten. Lebensgefährliche Entgleisungen

des Gesundheitszustandes können damit schnell und zuverlässig erkannt werden. Entscheidend hierbei sind die hohe Verfügbarkeit und schnelle Skalierung der Server. Daher werden die pseudonymen Gerätedaten in speziell abgesicherten Cloud-Systemen verarbeitet, wofür sehr weitgehende Zertifizierungen, insbesondere nach dem Cloud Computing Compliance Criteria Catalogue (C5) des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) vorliegen. Sensible Patientendaten werden im zertifizierten Hochsicherheitsrechenzentrum des Dienstleisters verarbeitet. Diese Lösung gewährleistet ein Höchstmaß an Datenschutz und Informationssicherheit (Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit) und damit letztlich Patientensicherheit.

Im TMZ werten wir die Daten aus und können bei Abweichungen tagesaktuell reagieren. Wir informieren die Erkrankten und auch deren behandelnde Ärzte und Ärztinnen bei auffälligen Messdaten, so dass diese frühzeitig mit ihrer Therapie eingreifen können. Um die Telemonitoringdaten zu speichern, zu archivieren und für die Ansicht und Suche bereit zu halten, verwenden wir das hedy-Portal. Für unsere tägliche Arbeit ist es wichtig, dass die Oberfläche des Portals übersichtlich und einfach zu bedienen ist. Mit wenigen Klicks bietet sie alle Möglichkeiten des Zugriffs auf die Telemonitoringdaten. Dazu müssen wir keine Software installieren, es genügt ein Webbrowser. Das reduziert unsere Kosten und erhöht die Informationssicherheit. Denn um die kontinuierliche Härtung der IT-Infrastruktur kümmern sich die Sicherheitsteams des Dienstleisters.

Wesentlich für den Erfolg des Telemonitorings ist das Nutzungserlebnis des Patienten. Der tägliche Messvorgang dauert nur wenige Minuten. Der Patient ist frei in der Reihenfolge der Messung; er muss keine Elektroden kleben; Blutdruck und EKG werden in einem Schritt von einem Gerät gemessen; die Datenverbindung ist stabil und besteht in der ganzen Wohnung des Patienten (von der Waage im Badezimmer bis zu den Geräten im Wohnzimmer), was bei vielen anderen Lösungen nicht der Fall ist. Dies erhöht die Bereitschaft des Patienten zur täglichen Messung (Adhärenz) und damit die Wirksamkeit des Telemonitorings. <<

1: BAnzAT 30.3.2021 B4, Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung Nr. 37
 2: Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 76. Sitzung am 15.12.2021
 3: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (https://www.kbv.de/media/sp/QS-V_TmHi.pdf)

Über die Nutzung von Cloud-Services für das Telemonitoring

Cloud-Services – Telemonitoring – Datenschutz

Im Unterschied zu DiGA und Videosprechstunde fordert das Telemonitoring eine asynchrone Kommunikation und eine Verteilung von Aufgaben zwischen Patienten, TMZ, PBA und Dienstleistern. Genau dafür sind Cloud-Dienste prädestiniert. Ein lückenloses Telemonitoring erfordert die ständige Verfügbarkeit und blitzschnelle Skalierung, wie eigentlich nur Cloud-Dienste sie mit ihrer enormen Rechenleistung ermöglichen. In der Cloud wird außerdem ein höherer Schutz vor Hackerangriffen, Datenverlusten und Systemausfällen erreicht als beim Betrieb eines Rechners in der Arztpraxis. Es existieren bereits Hybrid-Cloud-Lösungen für das Telemonitoring, die die Anforderungen des Europäischen Datenschutzausschusses (EDSA) erfüllen.

>> Die Digitalisierung des Gesundheitssystems gilt als wichtiges Instrument, um die Qualität und Effizienz der Versorgung zu verbessern und die Patientenautonomie zu fördern. Das Fraunhofer-ISI nennt in seiner Studie „E-Health in Deutschland“ mehrere Beispiele innovativer E-Health-Angebote aus Frankreich, Niederlande und Österreich. Leider fällt Deutschland auf diesem Gebiet im europäischen Vergleich immer weiter zurück. Als Ursachen gelten insbesondere Sicherheitsbedenken und regulatorische Unsicherheiten¹.

Cloud-Services

Große Bedenken bestehen in Deutschland gegen den Einsatz von Cloud Services, obwohl diese gerade für E-Health-Lösungen eine bedeutende Rolle spielen. Als Gründe für die Verwendung im Gesundheitswesen gelten höhere Patientensicherheit, Informationssicherheit und Wirtschaftlichkeit. Zeitgemäße E-Health-Lösungen nutzen die Cloud nicht nur als Datenspeicher, sondern auch als Werkzeug für Softwareentwicklung, IT-Administration, Daten-Transport und Analyse. Als Gründe für die Nutzung von Cloud Services nennt das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI²) unter anderem:

- Cloud-Services sind dynamisch und dadurch innerhalb viel kürzerer Zeiträume nach oben und unten skalierbar
- Durch die beim Cloud Computing genutzten Techniken ist es möglich, die IT-Leistung dynamisch über mehrere Standorte zu verteilen

Herkömmliche Prozesse im Gesundheitswesen oder einfache digitale Anwendungen (wie die Videosprechstunde) beruhen auf synchroner Kommunikation: Arzt und Patient sitzen sich gegenüber und kommunizieren miteinander. Dafür braucht es keinen (Cloud-)Server in der Mitte, der Daten (zwischen-)speichert und weiterverarbeitet. Weitergehende digitale Innovationen basieren häufig auf asynchroner Kommunikation und

einer Verteilung von Aufgaben zwischen verschiedenen Akteuren (z.B. Patienten, TMZ, PBA, Dienstleister). Genau dafür sind Cloud-Dienste prädestiniert.

Telemonitoring

Beim Telemonitoring erfolgt die Kommunikation zwischen den Geräten des Patienten und den Systemen des telemedizinischen Zentrums (TMZ) ganz überwiegend asynchron. Im TMZ wartet niemand auf den Augenblick, da der Patient auf die Waage steigt oder den Blutdruck misst. Sobald der Patient die Messungen vorgenommen hat, werden die Daten automatisch an eine Datenannahmestelle transportiert, analysiert und gespeichert. Danach werden die Telemonitoringdaten der verschiedenen Geräte zusammengeführt und den Ärzten im TMZ angezeigt. Wesentliche Aufgaben werden von einem technischen Dienstleister oder von Gesundheits- und Krankenpflegern, auch in räumlicher Entfernung von der Arztpraxis, gemäß § 3 Abs. 2 QS-V TmHi³ wahrgenommen.

Eine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung zwischen Patienten und Arzt oder das Verbot der Einsichtnahme in die Daten, wie das für die technischen Verfahren zur Videosprechstunde⁴ gefordert ist, würde keine Delegation von Leistungen erlauben. Alle Aufgaben müssten vom Arzt persönlich wahrgenommen werden. Insbesondere wären damit Dienstleistungen ausgeschlossen, die für das Funktionieren der technischen Infrastruktur und die Aufrechterhaltung der Verbindung zur Datenübertragung gemäß § 4 Abs. 4 Satz 2 der Methodenrichtlinie Telemonitoring⁵ sorgen. Selbst die Batteriestandmessung bei den Geräten des Patienten und die Kontaktaufnahme mit dem Patienten für den Versand von Ersatzbatterien wären in diesem absurden Szenario eine persönliche Aufgabe des Arztes.

Die Möglichkeit der Auftragsverarbeitung, auch unter Verwendung von Cloud-Diensten, ist daher unverzichtbar für das Telemonitoring. Beispielsweise werden die Messdaten

„Cloud Computing ist in vielen Bereichen bereits zum Standard avanciert.“

Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) zum Thema Cloud Computing

„Deutschland ist zunehmend eines der Schlusslichter.“

Fraunhofer ISI-Studie zur Digitalisierung des Gesundheitssystems¹

von den Cloud-Systemen der Gerätehersteller abgerufen und anschließend über einen Infrastructure-as-a-Service (IaaS)-Cloud-Dienst zur Datenannahmestelle transportiert.

Durch eine kontinuierliche Härtung der Infrastruktur und weitgehende Zertifizierungen können gerade Cloud-Dienste ein hohes Maß an Informationssicherheit (Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit) bieten. In solchen Umgebungen wird ein sehr viel höherer Schutz vor Hackerangriffen, Datenverlusten und Systemausfällen erreicht als beim Betrieb eines Rechners in der Arztpraxis.

Die hohe Verfügbarkeit durch 24/7-Infrastruktur-Teams und die schnelle Skalierung durch die enorme Rechenleistung ermöglichen die Sicherstellung einer lückenlosen Patientenbetreuung, insbesondere die in § 4 Abs. 4 der Methodenrichtlinie geforderte und der Patientensicherheit dienende Aufrechterhaltung der Verbindung zur Datenübertragung von den Geräten des Patienten zum TMZ.

Datenschutz

Bei der Datenverarbeitung in der Cloud ist ein Zugriff aus Drittländern nicht denkunmöglich. Daher ist im Einzelfall zu prüfen, ob die Verwendung eines Cloud-Dienstes zulässig ist. Dafür hat der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfrei-

Zitationshinweis

Leiter, J.: „Cloud-Services – Telemonitoring – Datenschutz“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/22), S. 34-35. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.22.1866-0533.2406>

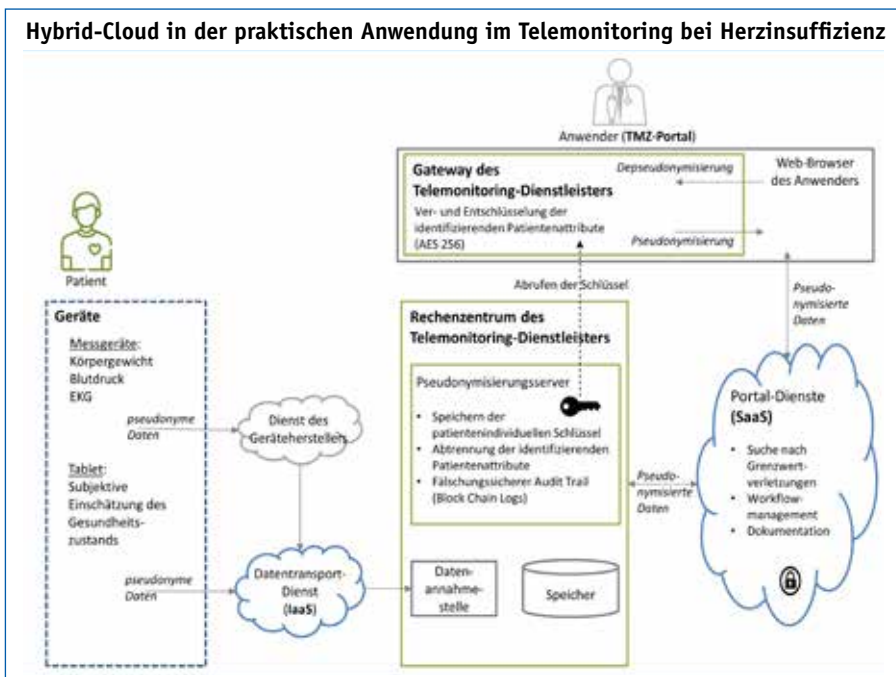


Abb. 1: Hybrid-Cloud in der praktischen Anwendung im Telemonitoring bei Herzinsuffizienz. Eigene Darstellung.

heit (BfDI) ein Prüfschema veröffentlicht⁶. Das BfDI-Prüfschema umfasst alle Schutzmechanismen von Kapitel V (nicht nur Art. 45) DSGVO. Gegebenenfalls sind ergänzende technische Maßnahmen zu ergreifen, um ein ausreichend hohes Datenschutzniveau zu gewährleisten. Die zusätzlichen Maßnahmen müssen wirksam sein und praktisch zur Verfügung stehen.

Auf Grundlage der Rechtsprechung des EU-Gerichtshofs in Sachen „Schrems II“⁷ hat der Europäische Datenschutzausschuss (EDSA) Empfehlungen zu ergänzenden Maßnahmen für Übermittlungsinstrumente veröffentlicht⁸. Der EDSA hat bekannt gegeben, dass die Datenschutzaufsichtsbehörden die EDSA-Empfehlungen ihrer Verwaltungspraxis ab dem Zeitpunkt ihrer Veröffentlichung zu Grunde legen werden⁹.

Abbildung 1 zeigt eine Hybrid-Cloud-Lösung für das Telemonitoring nach den Empfehlungen des EDSA, wie sie bereits heu-

te praktisch zur Verfügung steht.

Bei dieser Lösung werden in der Cloud nur pseudonyme bzw. pseudonymisierte Daten verarbeitet. Patientenidentifizierende Attribute werden ausschließlich im Rechenzentrum des Telemonitoring-Dienstleisters (on-premises) oder im Webbrowser des Anwenders verarbeitet. Zudem sind alle Daten stets stark verschlüsselt, der Schlüssel befindet sich unter Kontrolle des TMZ und ist in einem Hardware-Kryptomodul auf einem Server in Deutschland hinterlegt. Alle Server befinden sich im Europäischen Wirtschaftsraum. Mit der beschriebenen Hybrid-Cloud-Lösung für das Telemonitoring können die im BfDI-Prüfschema geforderten zusätzlichen Maßnahmen wirksam und praktisch zur Verfügung gestellt werden. <<

von:
Dr. med. univ. Josef Leiter,
Lehrbeauftragter für Digital Health an
der Universität Heidelberg

Literatur

- 1: Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung (ISI) im Auftrag der Expertenkommission Forschung und Innovation (11.03.2022): Studie zum deutschen Innovationssystem Nr. 12-2022 (https://www.e-fi.de/fileadmin/Assets/Studien/2022/StuDIS_12_2022.pdf)
- 2: <https://www.bsi.bund.de>
- 3: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband nach § 135 Abs. 2 SGB V zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz
- 4: Vereinbarung zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband gemäß § 365 Abs. 1 SGB V vom 21.10.2016 i.d.F. vom 25.02.2021
- 5: BAnzAT 30.3.2021 B4, Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung Nr. 37
- 6: https://www.bfdi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/EU_UN/Pruefschema-Schrems-II.html
- 7: Urteil des EuGH (Große Kammer) vom 16. Juli 2020 in der Rechtssache Data Protection Commissioner gegen Facebook Ireland Limited und Maximilian Schrems, C-311/18, ECLI:EU:C:2020:559
- 8: EDSA, Empfehlungen 01/2020 zu ergänzenden Maßnahmen für Übermittlungsinstrumente zur Gewährleistung der Einhaltung des EU-Schutzniveaus für personenbezogene Daten, Version 2.0, verabschiedet am 18.06.2021; https://edpb.europa.eu/system/files/2021-06/edpb_recommendations_202001vo.2.0_supplementarymeasurestransferstools_en.pdf
- 9: Vgl. EDSA, Pressemitteilung vom 11. November 2020: https://edpb.europa.eu/news/news/2020/european-data-protection-board-41st-plenary-session-edpb-adopts-recommendations_en

E-Health/Digital Health

Hrsg.: Rehmann, W./Tillmanns, C.
E-Health/Digital Health
Verlag: C.H.BECK, 2022
481 Seiten, in Leinen
ISBN-Print: 978-3-406-76208-6
Preis: 159,00 Euro

>> Diese Neuausgabe gibt einen Überblick über die gesetzlichen Rahmenbedingungen und erläutert die verschiedenen Anwendungsformen von eHealth und Digital Health. Moderne Informations- oder Kommunikationstechnologien (IKT) haben längst in den Bereich der Behandlung und Betreuung von Patient:innen Einzug gehalten, wobei der Einsatz von IKT im Bereich der Gesundheitsversorgung vielfältig ist. Er erstreckt sich von der reinen Datenverwaltung, der Übermittlung von Daten, der Steuerung von medizinischen Geräten bis hin zum Einsatz intelligenter Systeme bei der Erkennung und Behandlung von Krankheiten und dem Monitoring gesundheitsbezogener Daten im Bereich der telemedizinischen Versorgung. Die zunehmende Digitalisierung im Gesundheitsbereich betrifft dabei alle an der medizinischen Versorgung Beteiligten, also Hersteller, Vertriebsunternehmen (z.B. Groß- und Einzelhandel), Apotheken, Leistungserbringer, die Erstattungsseite sowie insbesondere auch die Patient:innen. Entsprechend breit spannt sich der Bogen der von E-Health/Digital Health berührten Rechtsgebiete, die die Herausgeber – Dr. Wolfgang A. Rehmann und Dr. Christian Tillmanns – in ihrem



Rechtshandbuch abarbeiten. Ebenso geben sie nach einer kurzen Einführung zunächst einen Überblick über die gesetzlichen Rahmenbedingungen, denen E-Health-Anwendungen im Einzelnen unterliegen, und behandeln sodann vertiefend einzelne, nach Auffassung der Herausgeber in der Praxis besonders relevante Anwendungsformen aus rechtlicher Sicht und vor dem Hintergrund des jeweils anwendbaren regulatorischen Umfeldes, der berufsrechtlichen Regelungen und der zu beachtenden Standards. Sie gehen dabei aber auch auf Haftungsfragen und weitere in der Praxis bedeutsame Anwenderfragen ein. <<

Ebenso geben sie nach einer kurzen Einführung zunächst einen Überblick über die gesetzlichen Rahmenbedingungen, denen E-Health-Anwendungen im Einzelnen unterliegen, und behandeln sodann vertiefend einzelne, nach Auffassung der Herausgeber in der Praxis besonders relevante Anwendungsformen aus rechtlicher Sicht und vor dem Hintergrund des jeweils anwendbaren regulatorischen Umfeldes, der berufsrechtlichen Regelungen und der zu beachtenden Standards. Sie gehen dabei aber auch auf Haftungsfragen und weitere in der Praxis bedeutsame Anwenderfragen ein. <<

Wo DiPA & Co gebraucht werden

Digitalisierungspotenziale in der Pflege

Vier Millionen häuslich versorgte Pflegebedürftige haben zukünftig Anspruch auf die Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen (DiPA). Während die ungedeckten Bedarfe in der Pflege allgemein groß sind, sind nicht alle pflegerischen Bereiche gleichermaßen für eine Digitalisierung geeignet. Wichtig ist die Integration in das gesamte pflegerische Ökosystem.

>> Die Pflegelandschaft in Deutschland steht vor großen Herausforderungen. Mit der älter werdenden Gesellschaft geht eine wachsende Zahl Pflegebedürftiger einher. Ihre Anzahl hat sich von 1999 bis 2019 mehr als verdoppelt [1] – ein Trend, der sich weiter fortsetzen wird. Gleichzeitig besteht ein Pflegenotstand. Insgesamt wird für 2030 im Vergleich zu 2015 durchschnittlich über alle Pflegebereiche ein um 22 bis 26% höherer Bedarf an Pflegefachkräften prognostiziert, der im Bereich der ambulanten Pflege mit bis zu 50% besonders hoch ausfällt [2]. Dabei sind die finanziellen Mittel der sozialen Pflegeversicherung begrenzt. In Summe ergibt sich eine für Pflegebedürftige, pflegende Angehörige sowie Pflegefachkräfte belastende und angespannte Versorgungssituation.

Einführung von digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) als neuer leistungsrechtlicher Regelungsbereich

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) wurden in 2019 die Versorgungsmöglichkeiten von Patientinnen und Patienten um digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) erweitert, um „zunehmende[.] Herausforderungen wie eine[.] alternde[.] Gesellschaft, [die] Zunahme der Anzahl chronisch Kranker, [den] Fachkräftemangel sowie [die] Unterversorgung in strukturschwachen Regionen“ mit digitalen Angeboten besser zu meistern [3]. Zwei Jahre später hat die Verabschiedung des Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetzes (DVPMG) den Startschuss für die digitale Innovation der häuslichen Pflege gesetzt: Mehr als 4 Mio. häuslich versorgte Pflegebedürftige (Stand 2019 [4]) haben nunmehr einen Anspruch auf digitale Pflegeanwendungen (DiPA) – unabhängig davon, ob die Versorgung allein durch ihre Angehörigen oder auch durch ambulante Pflegedienste erfolgt, und unabhängig vom individuellen Pflegegrad (§ 40a SGB XI). Als digitale Apps auf dem Smartphone oder browserbasierte Anwendungen auf dem Tablet beziehungsweise Laptop sollen DiPA helfen, die Pflege zu verbessern und den Gesundheitsverlauf positiv zu beeinflussen.

Panel-Diskussion zu DiPA in der Versorgung: Wo werden sie am meisten gebraucht?

Von einer Listung erster DiPA ist vor Anfang 2023 nicht auszugehen [5]. Doch bereits heute stellt sich die Frage, in welche Richtung die digitale Pflegeinnovation weisen wird: Welche Arten digitaler Anwendungen haben das größte Potenzial, Versorgungshürden in der Pflege zu überwinden und die Pflege zu verbessern? Wo liegen die drängendsten ungedeckten Unterstützungsbedarfe? Welche dieser Bedarfe können durch ein digitales Produkt am besten adressiert werden?

Diese Fragen betreffen die Nützlichkeit von DiPA in der alltäglichen pflegerischen Versorgung. Auf der Suche nach Antworten führte die *_fbeta GmbH* eine multidisziplinäre Panel-Diskussion mit Expert:innen aus Pflege und Digital Health durch. Darüber hinaus wurden die Zuhörenden des Panels im Rahmen einer Umfrage um ihre eigene Einschätzung gebeten.

Um als DiPA erstattungsfähig zu sein, müssen digitale Anwendungen einen Nachweis über einen pflegerischen Nutzen erbringen. Da der pflegerische Nutzen ein neuer Begriff der Sozialgesetzgebung ist, muss er noch durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in einer Rechtsverordnung konkretisiert werden (§ 78a Abs. 6 Nr. 2 SGB XI). Die Definition des pflegerischen Nutzens wird DiPA-Herstellern als Anhaltspunkt dienen, mit welchen digitalen Funktionen sie auf eine Listung im DiPA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hoffen können.

Noch ist unklar, welche Dimensionen den pflegerischen Nutzen ausmachen werden. Fest steht jedoch, dass DiPA Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten von Pflegebedürftigen mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenwirken sollen (§ 40a SGB XI). Daher wurden die sechs Bereiche, anhand derer eine Pflegebedürftigkeit gemessen wird (§ 14 SGB XI), als Gesprächsgrundlage für die Panel-Diskussion verwendet. Ein positiver Einfluss in jedem dieser Bereiche stellt

erwartbar einen pflegerischen Nutzen dar. Diese Bereiche sind:

- Mobilität
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Ungedeckte Bedarfe und Digitalisierungspotenzial allgemein hoch

Allgemein wurde die Bedarfslage in der Pflege hoch eingeschätzt. Im Mittelwert wurden die ungedeckten Bedarfe bei allen pflegfachlichen Bereichen zwischen 3,82 und 4,1 bewertet (Skala von 1 bis 5, s. Abb. 1 oben). Alle Bereiche liegen also nahe beieinander. Der größte Bedarf wurde hinsichtlich der Selbstversorgung angegeben, die beispielsweise mit Körperpflege oder Nahrungsaufnahme insbesondere solche Unterstützungstätigkeiten umfasst, die häufig anfallen, zeitintensiv sind und in einer allgemein angespannten Pflegesituation besonders herausfordernd sein können. Auffällig ist, dass nur sehr selten in einem der abgefragten Bereiche keine oder nur wenig ungedeckte Bedarfe identifiziert wurden (mit 12% Bewertung 1-2 bei „Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen“ am häufigsten genannt).

Hinsichtlich ihres Digitalisierungspotenzials schienen den Teilnehmenden manche pflegfachlichen Bereiche besser geeignet als andere. So wurde das höchste Digitalisierungspotenzial im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten der Pflegebedürftigen gesehen (Mittelwert 4,22, 83% Bewertung 4-5, s. Abb. 1). Mit einer mittleren Bewertung von 3,64 und 3,47 lag die Einschätzung der Teilnehmenden zum Digitalisierungspotenzial bei Selbstversorgung und Mobilität näher am Mittelpunkt der Skala. Mit 24% niedrigem (Bewertung 1-2) und 47% hohem (Bewertung 4-5) Digitalisie-

zungspotenzial war das Bild bei der Mobilität am gespaltensten.

Die Ranglisten der Pflegebereiche sind hinsichtlich der ungedeckten Bedarfe und Digitalisierungspotenziale unterschiedlich. „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ sowie „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ befinden sich jedoch in beiden Kategorien unter den Top 3.

Sweet Spot in bestimmten Pflegebereichen erkennbar

Zwar scheinen die Umfragemittelwerte der Pflegebereiche nahe beieinander zu liegen. Doch zeichnen sich solche Bereiche ab, die nach Einschätzung der Teilnehmenden besser für die Digitalisierung der Pflege geeignet sind als andere, da eine digitale Anwendung nicht nur möglich scheint, sondern diese auch auf hohe ungedeckte Bedarfe stößt.

Sowohl ein hohes Maß an ungedeckten Bedarfen als auch ein hohes Digitalisierungspotenzial wurde bei „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ (64% Bewertung 4-5 in beiden Kategorien) und „kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ (63%) identifiziert (Abb. 2). Diese beiden Pflegebereiche scheinen also aus Teilnehmersicht den Sweet Spot für digitale Innovation darzustellen. Sie umfassen beispielsweise die Gestaltung des Tagesablaufs und das Steuern mehrschrittiger Handlungen, die örtliche und zeitliche Orientierung und das Vornehmen in

die Zukunft gerichteter Planungen, die Interaktion mit Personen und das Mitteilen von Bedürfnissen sowie das Verstehen von Sachverhalten und Informationen (§ 14 SGB XI).

Als besonders herausfordernd sind solche Pflegebereiche zu benennen, für die verhältnismäßig häufig ein hoher ungedeckter Bedarf diagnostiziert, das Potenzial einer digitalen Lösung jedoch als gering eingeschätzt wurde. Dies war insbesondere bei der „Selbstversorgung“ (23%) und der „Mobilität“ (25%) der Fall. Diese werden beispielsweise gemessen an der Fähigkeit einer pflegebedürftigen Person, sich fortzubewegen, eine stabile Sitzposition zu halten, Körperpflege zu betreiben und sich eigenständig zu ernähren.

Die Einschätzung eines geringen Digitalisierungspotenzials in diesen Bereichen mag teilweise von der Vorstellung herrühren, eine DiPA solle die im jeweiligen Pflegebereich anfallenden analogen Pflegehandlungen, beispielsweise den Positionswechsel im Bett oder das An- und Auskleiden, digital ersetzen oder unterstützen. Jedoch kann eine DiPA auch Problematiken adressieren, die für Einschränkungen im Bereich der Selbstversorgung oder Mobilität ursächlich sind und Pflegehandlungen überhaupt erst notwendig machen. Statt mobilitätsbezogene Einschränkungen zu kompensieren, könnte eine DiPA demnach die Mobilität der pflegebedürftigen Person beispielsweise durch Übungen verbessern, damit Einschränkungen verringert werden oder überhaupt nicht erst

auftreten. Dennoch ist festzuhalten: DiPA, die in der Lage sind, die fähigkeitsbedingte Abhängigkeit von fremder Hilfe in Bezug auf körperliche Aktivitäten zu reduzieren, haben das Potenzial, einen großen pflegerischen Mehrwert zu schaffen.

Fokus auf Sorgengemeinschaft für DiPA-Erfolg essenziell und vorgesehen

In der Panel-Diskussion kehrte der Gesprächsfokus wiederholt zu einem Thema zurück, das in Bezug auf DiPA insbesondere Pflegefachpersonen und -Expert:innen sowie Angehörige umtreibt: Die Rolle einer DiPA innerhalb der pflegerischen Sorgengemeinschaft beziehungsweise im Pflegearrangement aus Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen, Pflegediensten und gegebenenfalls ehrenamtlich Pflegenden. Um einen relevanten Mehrwert zu schaffen und allgemeine Akzeptanz zu erwirken, sei es essenziell, dass nicht nur die pflegebedürftige Person selbst, sondern auch Pflegepersonen die Nutzung der DiPA als Gewinn sähen. Dies bedeutet zum einen, dass bei der Entwicklung von DiPA der gesamte Pflegekontext der Berücksichtigung bedarf, die Anwendung also nicht störend in etablierte Prozesse und Strukturen eingreift. Zum anderen ist darauf zu achten, dass DiPA auch abseits des noch zu definierenden pflegerischen Nutzens für Pflegebedürftige bestenfalls auch einen anderweitigen Nutzen für Pflegepersonen entfalten.

Diese Perspektive der engen Interdependenz im Pflegearrangement ist im regulatorischen Rahmen mehrfach abgebildet: Zum einen kommen nicht nur Pflegebedürftige selbst als Nutzer:innen einer DiPA in Frage. Im Zuge einer Anpassung der DiPA-Gesetzgebung im Februar 2022 stellte das BMG klar, dass DiPA auch auf Pflegepersonen ausgerichtet sein können, solange sie „mittelbar positive Auswirkungen auf die von diesen betreuten Pflegebedürftigen haben“ [5]. DiPA können also ihren Nutzen nicht nur im, sondern auch über das Pflegearrangement realisieren.

Des Weiteren werden zusätzlich zur eigentlichen DiPA auch ergänzende Unterstützungsleistungen vergütet, die durch ambulante Pflegedienste erbracht werden können. Denn die Nutzergruppe der Pflegebedürftigen kann auf Unterstützung bei der Nutzung einer digitalen Anwendung angewiesen sein. Diese Regelung stellt sowohl die Nutzbarkeit der DiPA unter Berücksichtigung der indivi-

Ergebnisse zur Bewertung der Versorgungsbedarfe und Digitalisierungspotenziale		n	M	SE	1	2	3	4	5
DRÄNGENDSTE PROBLEME & UNGEDECKTE BEDARFE	1 Selbstversorgung	62	4,1	0,1	-	2%	21%	44%	34%
	2 Kognitive & kommunikative Fähigkeiten	62	3,89	0,1	-	5%	23%	52%	21%
	3 Alltagsleben & soziale Kontakte	62	3,89	0,12	-	10%	18%	47%	26%
	4 Mobilität	62	3,87	0,12	-	11%	19%	40%	29%
	5 Bewältigung/Umgang mit Belastungen	62	3,82	0,1	-	5%	29%	45%	21%
	6 Verhaltensweisen & psych. Problemlagen	62	3,84	0,13	2%	10%	19%	42%	27%
BEREICHE MIT GRÖSSTEM DIGITALISIERUNGSPOTENZIAL	1 Kognitive & kommunikative Fähigkeiten	60	4,22	0,11	-	7%	10%	38%	45%
	2 Alltagsleben & soziale Kontakte	61	4,07	0,13	2%	8%	11%	39%	39%
	3 Bewältigung/Umgang mit Belastungen	61	3,95	0,12	-	8%	20%	41%	31%
	4 Verhaltensweisen & psych. Problemlagen	61	3,82	0,12	2%	7%	28%	36%	28%
	5 Selbstversorgung	61	3,64	0,11	-	10%	31%	44%	15%
	6 Mobilität	60	3,47	0,15	2%	22%	30%	22%	25%

Abb. 1: Umfrageergebnisse zur Bewertung der ungedeckten Versorgungsbedarfe (oben) und Digitalisierungspotenziale (unten) auf einer Skala von 1 (keine Bedarfe/kein Potenzial) bis 5 (sehr große Bedarfe/sehr großes Potenzial); n=Anzahl der Antworten; M=Mittelwert; SE=Standardfehler

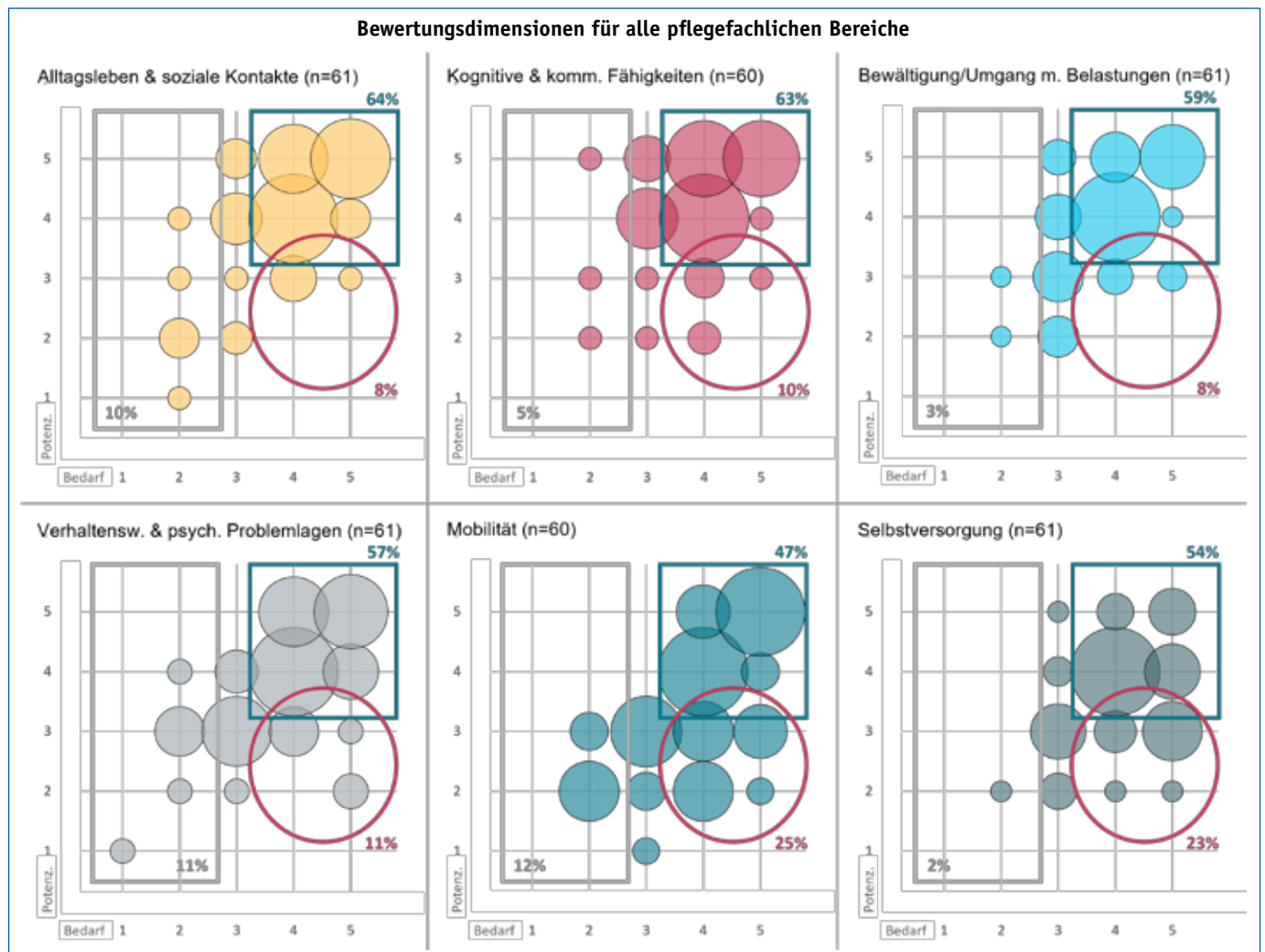


Abb. 2: Verteilung beider Bewertungsdimensionen für alle pflegefachlichen Bereiche (Kreisfläche jeweils proportional zum Anteil der Antworten). Eigene Darstellung.

duell vorliegenden Einschränkungen sicher als auch, dass durch DiPA zusätzlich anfallende Pflegehandlungen als solche benannt und entlohnt werden, was für die Akzeptanz in einem bereits stark belasteten Pflegesystem maßgeblich scheint. Auch pflegende Angehörige und informell Pflegende führen gegebenenfalls DiPA-bezogene Pflegehandlungen aus, ohne Anspruch auf zusätzliches Pflegegeld. Dass auch deren Unterstützungsbedarfe bei der Entwicklung von DiPA Be-

rücksichtigung finden müssen, wurde daher in der Panel-Diskussion explizit als Erfolgsbedingung benannt.

Darüber hinaus äußerten Teilnehmende den Wunsch, dass sich DiPA nahtlos in andere Versorgungsbereiche integrieren ließen, beispielsweise die Anbindung an die medizinische Versorgung Pflegebedürftiger oder an Smart-Living-/Ambient-Assisted-Living-Systeme. Dies vergegenwärtigt, dass punktuelle Einzellösungen in einer zuneh-

mend digitalisierten Welt allgemein herausfordernd sind, jedoch für die DiPA-Zielgruppe der Pflegebedürftigen ein besonderes Hemmnis darstellen dürften. Der Wunsch nach Integration geht über eine individuelle Betrachtung der Nutzerfreundlichkeit und Alltagstauglichkeit hinaus. Allein aufgrund der komplexen Interaktionen im Pflegebedürftigkeitskontext sei der Bedarf an übergreifenden Lösungen groß, die keine leistungsrechtlichen Inseln, sondern das ver-

Literatur

- [1] Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, „Pflegebedürftige (Anzahl und Quote). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht,“ Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 16.12.2020. [Online]. Available: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=73803398&p_sprache=D&p_help=0&p_indnr=510&p_indsp=138&p_ityp=H&p_fid= [Zugriff am 07.04.2022].
- [2] K. Blum, M. Offermanns und P. Steffen, „Situation und Entwicklung der Pflege bis 2030,“ Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf, 2019.
- [3] Deutscher Bundestag (19. Wahlperiode), Drucksache 19/14867: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), Berlin, 2019.
- [4] Statistisches Bundesamt, „Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade,“ DESTATIS, 20.12.2020. [Online]. Available: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html;jsessionid=7B89F3730949B284C2ED33732F2ED6C1.live741>. [Zugriff am 07.04.2022].
- [5] Deutscher Bundestag (20. Wahlperiode), Drucksache 20/734: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Arbeit und Soziales (11. Ausschuss), Berlin, 2022.

sorgungspraktische Ökosystem adressierten. Hieraus scheinen sich zwei mögliche Stoßrichtungen für DiPA zu ergeben:

- DiPA, die für sich allein stehend die Pflegebedürftigkeit selbst in ihren Ursachen und Symptomen adressieren und so die Selbstständigkeit der Betroffenen erhöhen oder erhalten.
- DiPA, die ihren Mehrwert im Zusammenhang mit der Erbringung menschlichen pflegerischen Handelns entfalten, so die Effektivität des Pflegearrangements stärken und sich in den erweiterten analogen wie digitalisierten Lebenskontext einbetten.

Fazit

Welche Arten von DiPA mit welchen Funktionen in der Pflege am meisten gebraucht werden und am erfolgversprechendsten sind, konnte im Rahmen der Panel-Diskussion und anhand der Umfrageergebnisse nicht abschließend geklärt werden. Wenn gleich relevante Bedarfe und Potenzialbereiche identifiziert wurden, wird sich die noch ausstehende und durch das BMG im Rahmen einer Rechtsverordnung vorzunehmende Definition des pflegerischen Nutzens als wesentlicher Anhaltspunkt und Innovationstreiber für die Digitalisierung der Pflege erweisen. Darüber hinaus wird es jedoch an der Innovationskraft potenzieller DiPA-Hersteller liegen, die regulatorischen Möglichkeiten einer digitalisierten Versorgung in Deutschland für sich zu nutzen, digitale Versorgungsschwerpunkte zu setzen und so die Zukunft der Pflege im Sinne aller Beteiligten mitzugestalten. <<

von:

David Messinger MSc

ORCID: 0000-0003-2977-052X

Cornelius Roll MSc

ORCID: 0000-0002-1451-6847

Hans-Holger Bleß¹

ORCID: 0000-0001-7643-9966

1: Alle Autoren sind Mitarbeiter der _fbeta GmbH, Berlin

Zitationshinweis

Messinger, D., Roll, C., Bleß, H.-H.: „Digitalisierungspotenziale in der Pflege“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/22), S. 36-39. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.22.1866-0533.2407>

Open Access für NL-Universitäten

>> Das niederländische Bibliothekskonsortium UKB und der Thieme-Verlag haben eine Read&Publish-Vereinbarung geschlossen. UKB wird dabei von dem Kooperationsverband für niederländische Bildungs- und Forschungseinrichtungen SURF vertreten. Beteiligt sind elf führende niederländische Universitäten. Der Vertrag umfasst den uneingeschränkten Lese-Zugriff auf insgesamt 55 Thieme-Fachzeitschriften für die Mitglieder der beteiligten Institutionen. Darüber hinaus haben assoziierte Wissenschaftler:innen und Autor:innen die Möglichkeit, eine unbeschränkte Anzahl an wissenschaftlichen Fachartikeln ohne zusätzliche Publikationskosten open access einzureichen.

Die Vereinbarung zeige, so Veronika Spinka, Senior Vice President Science bei Thieme, dass gemeinsam wichtige Schritte, gegangen werden können, um „Open-Access-Modelle zu integrieren und so ein attraktives Publikations-Umfeld für die Wissenschafts-Community zu bieten“. <<

Zi-Förderinitiative startet

>> Die Förderinitiative Versorgungsforschung des Jahres 2022, erneut gestartet vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, hat begonnen. Bis zum 31. Juli 2022 nimmt das Zi Förderanträge für ausgewählte Themenbereiche entgegen, die im Zusammenhang mit der vertragsärztlichen Versorgung stehen müssen.

Für das Jahr 2022 werden Anträge aus den folgenden Themenbereichen entgegengenommen:

- Thema 1: Covid-19: Auswirkungen auf die (psychische) Gesundheit bzw. das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung
- Thema 2: ambulante KH-Leistungen
- Thema 3: Arzneimittelversorgung
- Thema 4: Einsatz neuer Technologien in der ambulanten ärztlichen Versorgung und ihre Auswirkungen auf die Versorgungsqualität
- Thema 5: themenoffen

Eingehende Förderanträge werden zuerst durch einen externen wissenschaftlichen Beirat geprüft, danach entscheidet der Zi-Vorstand über die Vergabe der Fördermittel. Insgesamt steht für die Förderung von Forschungsarbeiten ein Fördervolumen von 250.000 Euro zur Verfügung. Der Aufruf zur Abgabe von Interessenbekundungen sowie ein Muster für die Formulierung von Förderanträgen kann auf der Homepage des Zi unter unten stehendem Kurzlink abgerufen werden. <<

Link: <https://bit.ly/3vH30Gq>

Open-Access-Suche mit B!SON

>> B!SON (1) ist das „Bibliometric and Semantic Open Access Recommender Network“, ein Projektvorhaben, das vom Leibniz-Informationszentrum Technik und Naturwissenschaften (TIB) und der Staats- und Universitätsbibliothek Dresden (SLUB) realisiert und nun in der Betaversion veröffentlicht wurde. Die finale Version wird mit Projektabschluss Anfang 2023 zur Verfügung stehen.

B!SON soll Wissenschaftler:innen dabei helfen, für ihre Veröffentlichungen eine passende Open-Access-Zeitschrift zu finden. Dazu werden semantische und bibliometrische Verfahren verwendet, zudem wird auf die Datenbanken von OpenCitations und DOAJ (Directory of Open Access Journals) zurückgegriffen, in denen auch „Monitor Versorgungsforschung“ eingetragen ist. Wer hier nach „Versorgungsforschung“ sucht, dem wird „Monitor Versorgungsforschung“ als einzige Open-Access-Zeitschrift vorgeschlagen.

Wie wichtig diese Art der frei verfügbaren Veröffentlichung wissenschaftlicher Publikationen ist, hat das TIB in einer aktuellen Studie zu Open-Access-Wirkungen beschrieben. Zudem bietet die Studie „Wirkungen von Open Access. Literaturstudie über empirische Arbeiten“ (2), die die TIB im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) durchgeführt hat, eine umfassende Übersicht zu empirischen Studienergebnissen zu den Wirkungen von Open Access. <<

1: <https://service.tib.eu/bison/>

2: <https://bit.ly/3wd871w>

Pro NRW-Krankenhausplan

>> „Die neue Krankenhausplanung für Nordrhein-Westfalen ist ein notwendiger, richtiger Schritt, um die Gesundheitsinfrastruktur den aktuellen und zukünftigen Anforderungen anzupassen.“ Dieses positive Urteil sprechen die Vorsitzenden der Landesgruppen Nordrhein sowie Westfalen-Lippe im Virchowbund, die beiden Fachärzte für Allgemeinmedizin Dr. André Bergmann und Gert Buchner aus.

„Das Konzept, das Gesundheitsminister Laumann vorgelegt hat, genießt nicht umsonst breite Unterstützung aus der Ärzteschaft, von Klinikbetreibern, Kassen und Experten aus Theorie und Praxis“, erklärt Dr. André Bergmann. „Endlich wird bei der Krankenhausplanung auf die Qualität geschaut anstatt auf die Bettenzahl.“ <<

Wenn Sie eine News haben, die wir vorstellen sollen, mailen Sie bitte an stegmaier@m-vf.de

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Prognos empfiehlt Verstetigung des Innofonds“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/22), S. 40. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.22.1866-0533.2408>

Abschlussbericht über die wissenschaftliche Auswertung der Förderung durch den Innovationsfonds

Prognos empfiehlt Verstetigung des Innofonds

„Ich freue mich sehr, dass der abschließende Evaluationsbericht ein so positives Gesamtfazit zieht und empfiehlt, den Innovationsfonds dauerhaft als Förderinstrument beizubehalten.“ Das erklärte Prof. Josef Hecken, Vorsitzender des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), anlässlich der Veröffentlichung des abschließenden Berichts der Prognos AG über die wissenschaftliche Auswertung des Innovationsfonds, den das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beauftragt hatte. Der Abschlussbericht, der die Jahre 2019 bis 2021 beleuchtet, bestätigt nach Meinung Heckens die Pläne der Koalitionsparteien, den bislang bis zum Jahr 2024 befristeten Innovationsfonds dauerhaft zu etablieren.

>> Der „Abschlussbericht über die wissenschaftliche Auswertung der Förderung durch den Innovationsfonds im Hinblick auf deren Eignung zur Weiterentwicklung der Versorgung“ (1), der Bundesregierung zugeleitet mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 22. März 2022, zeigt nach Ansicht der Prognos-Autor:innen, dass „die durch den Innovationsfonds geschaffenen Strukturen und Prozesse generell geeignet“ seien, die mit dem Fonds verbundene Zielsetzung zu erreichen. Auch ließen die Ergebnisse der Förderentscheidungen, d. h. die bisherige Auswahl von Themen und Projektnehmern (meist Konsortien), generell Erkenntnisse zur Weiterentwicklung der Versorgung erwarten.

Die Untersuchung der Projektergebnisse abgeschlossener Projekte und der vom Innovationsausschuss ausgesprochenen Empfehlungen für die Überführung in die Regelversorgung zeige aber auch das große Potenzial von Ergebnissen und Erkenntnissen. Auf vielfältige Art und Weise würden diese für die Verbesserung der Versorgung nutzbar gemacht, viele Akteure seien in diese Prozesse eingebunden und würden vom Innovationsausschuss konkret adressiert. Allerdings wäre eine weiterreichende Untersuchung der Auswirkungen von Ergebnissen und Erkenntnissen in der Versorgung durch die noch relativ geringe Anzahl abgeschlossener Projekte zum Zeitpunkt der Untersuchung und die entsprechend kurze Nachlaufzeit, d. h. die Zeitspanne für den Transfer in die reale Versorgung, nur eingeschränkt möglich gewesen.

Obwohl der Prognos-Abschlussbericht – es gab auch einen ersten Zwischenbericht vom 27.3.2019 (2) – die bisherige Entwicklung und den Stand des Innovationsfonds prinzipiell positiv bewertet und auch empfiehlt, den Innovationsfonds über das Jahr 2024 hinaus unbefristet fortzuführen, zeigt er auch Ansatzpunkte für Optimierungen und Weiterentwicklung auf. So würden zwar die geschaffenen Strukturen und Arbeitsbeziehungen entscheidend zur Effektivität der Prozesse beitragen, gleichwohl wird Opti-

mierungspotenzial, z. B. bei der operativen Zusammenarbeit zwischen einzelnen Gremien (Aufgabenverteilung zwischen Arbeitsausschuss und Geschäftsstelle) und bei der Steuerung der Einbindung von Expertenwissen gesehen.

Auch wird das derzeit zur Verfügung stehende Fördervolumen in Höhe von 200 Millionen Euro jährlich und die Finanzierungsform des Fonds als angemessen bezeichnet, jedoch regt hier der Evaluator eine regelmäßige Überprüfung des Fördervolumens vor dem Hintergrund des Innovationsgrades künftig eingehender Projektanträge im Verhältnis zu bereits erzielten Projektergebnissen an.

Ebenso werden die Förderstrukturen und die administrative Umsetzung des Förderprozesses sowie die Beratung durch die Geschäftsstelle des Innovationsausschusses vom Evaluator grundsätzlich als effektiv bewertet. Optimierungspotenzial wird indes bei der Beratung von (potenziellen) Antragstellern – auch im Hinblick auf die noch breitere Einbeziehung von Akteuren – und Förderempfängern in verschiedenen Stufen des Prozesses gesehen.

Lob gibt es auch für Förderbekanntmachungen und der zur Förderung ausgewählten Projekte. Hier werde deutlich, dass eine sinnvolle Themenauswahl erfolgt und nur vereinzelt Versorgungsprobleme noch nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt worden seien. Der Evaluator empfiehlt jedoch, zukünftig bei Themensetzungen die Anschlussfähigkeit an bereits bearbeitete Themenfelder und die dabei erzielten Ergebnisse stärker zu berücksichtigen. Er gebe konkrete Hinweise zum Nebeneinander von themenoffenen und themenspezifischen Förderbekanntmachungen und zur Weiterentwicklung der Förderkriterien (stärkere Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Aspekte, Bedarfe vulnerabler Gruppen und Intensivierung der Patientenbeteiligung).

In ihrer Schlussfolgerung schreiben die Evaluator:innen, dass die Ergebnisse des Berichts der Evaluation des Innovationsfonds

Hintergrund

Der Gesetzgeber richtete mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz im Jahr 2016 ein neues Instrument ein, um die Gesundheitsversorgung qualitativ weiterzuentwickeln: den Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss. Der Innovationsfonds fördert aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung neuartige, sektorenübergreifende Versorgungsformen und Vorhaben der praxisnahen Versorgungsforschung. Damit sollen neue Ansätze erprobt und belastbare Erkenntnisse für eine Überführung in die Versorgung gewonnen werden. Seit dem Jahr 2020 gehören auch die Entwicklung und Weiterentwicklung von ausgewählten medizinischen Leitlinien dazu. Die gesetzlich vorgesehene Fördersumme des Innovationsfonds beträgt aktuell pro Jahr 200 Millionen Euro (2020 bis 2024). In den ersten Jahren, 2016 bis 2019, waren es 300 Millionen Euro pro Jahr.

zeigen würden, dass der Innovationsfonds als Instrument gut etabliert wurde und grundsätzlich geeignet sei, zur Weiterentwicklung der GKV-Versorgung beizutragen, doch gebe es nach wie vor Möglichkeiten, das „große Potenzial des Innovationsfonds weiter“ zu stärken. Zudem könnten die Erkenntnisse des Berichts für die Umsetzung des gesetzgeberischen Handlungsbedarfs genutzt werden, dessen Notwendigkeit sich aus der befristeten Laufzeit des Innovationsfonds bis Ende 2024 und der im Koalitionsvertrag vereinbarten Verstetigung des Innovationsfonds ergebe. „Die einzelnen Erkenntnisse der Evaluation werden wir in Ruhe auswerten“, sagte dazu G-BA-Vorsitzender Prof. Hecken. Bereits jetzt sei absehbar, dass einige Aspekte in ein Gesetzgebungsverfahren zur Anpassung der bisherigen Rechtsgrundlagen einfließen würden. Hecken: „Der Innovationsausschuss wird daher rechtzeitig seine praktischen Erfahrungen und Vorstellungen für eine Weiterentwicklung in die politische Debatte einbringen.“ <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur

- 1: <https://dserver.bundestag.de/btd/20/013/2001361.pdf>
 2: <https://dserver.bundestag.de/btd/19/085/1908500.pdf>



Peter Stegmaier

ist Chefredakteur von „Monitor Versorgungsforschung“ (Kontakt: stegmaier@m-vf.de)

Starke Partner für „Wissenslandschaft VF“ gesucht

>> Inzwischen – Stand 1. Mai 2022 – sind exakt 22 Innovationsfondsprojekte im Bereich der Neuen Versorgungsformen beendet. Teilweise legt der Innovationsausschuss – wie beispielsweise bei IGiB-StimMT, RESIST oder TRANSLATE-NAMSE – die in diesen Projekten positiv evaluierten Erkenntnisse den Verbänden der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Verband der Universitätsklinika und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ans Herz. Für andere – wie etwa PETRA oder PIKKO – wird keine Empfehlung ausgesprochen. Dritte – wie etwa TELnet@NRW – bekommen indes gleich eine Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung, adressiert an die Gesundheitsministerien der Länder. All diese Entscheidungen – das muss man wissen – sind vornehmlich politischer Natur. Sie basieren zudem auf den höchst unterschiedlichen Evaluations- und Ergebnisberichten, die wenige dutzend bis einige hundert Seiten umfassen können, alle anders aufgebaut sind und zudem alle lediglich in PDF-Form vorliegen. Ein Überblick über alle Innovationsfondsprojekte

oder gar alle Detail-Ergebnisse ist in der vorliegenden Form nicht darstellbar. So ist zu befürchten, dass der wahre Schatz all dieser mit Mitteln der Krankenkassen (respektive über sie von den gesetzlich Versicherten) finanzierten Projekte nicht oder nur zum Teil gehoben werden kann.

Genau hier setzt die Idee der „Wissenslandschaft Versorgungsforschung“ an, die „Monitor Versorgungsforschung“ gemeinsam mit deutschen Technikpartnern – Metaphacts in Walldorf und Martin Klein in Berlin – pro bono am Thema Innovationsfonds erarbeitet hat. Damit wurde gezeigt, welchen Mehrwert durch eine neue Art der Wissensbewirtschaftung erzeugt werden kann. Eine Wissensbewirtschaftung übrigens, die bei der internationalen Pharmaindustrie längst etabliert ist und auf die innovativen Daten-Technologien einer modernen Graph-Datenbank aufsetzt.

Der nächste Step, aus der rein „akademischen Fingerübung“ der Initiatoren ein Modell zu schaffen, mit der das Wissen aus dem Innovationsfonds, aber auch möglichst vielen anderen Förderquellen transparent für

alle Player erschlossen werden kann, braucht eine Förderung und vor allem starke Partner, die diese Idee weiterentwickeln möchten.

Ganz offen: Die von uns vorgeschlagene Lösung wird von vielen prominenten und relevanten Seiten durchaus begrüßt und befürwortet, doch haben wir bislang keinen „maßgeblichen Marktteilnehmer“ gefunden, der echte Transparenz fördern will, nicht nur der Transparenz willen per se, sondern vor allem der Versorgungsqualität und der Patient:innen willen.

Wer immer sich bei der „Wissenslandschaft Versorgungsforschung“ mit dem Start „Innovationsfonds“ zum Konsortialführer macht, würde nicht nur der Versorgungsforschung zu einem Sprung nach vorne verhelfen, sondern insbesondere für sich und seine Stakeholder die strategischen Vorteile eines systemischen Wissensvorsprungs erschließen sowie sich als führender Innovator in dem Feld der vernetzten, KI-gestützten Wissensbewirtschaftung im Gesundheitswesen positionieren.

Informieren Sie sich, investieren und gestalten Sie mit. <<

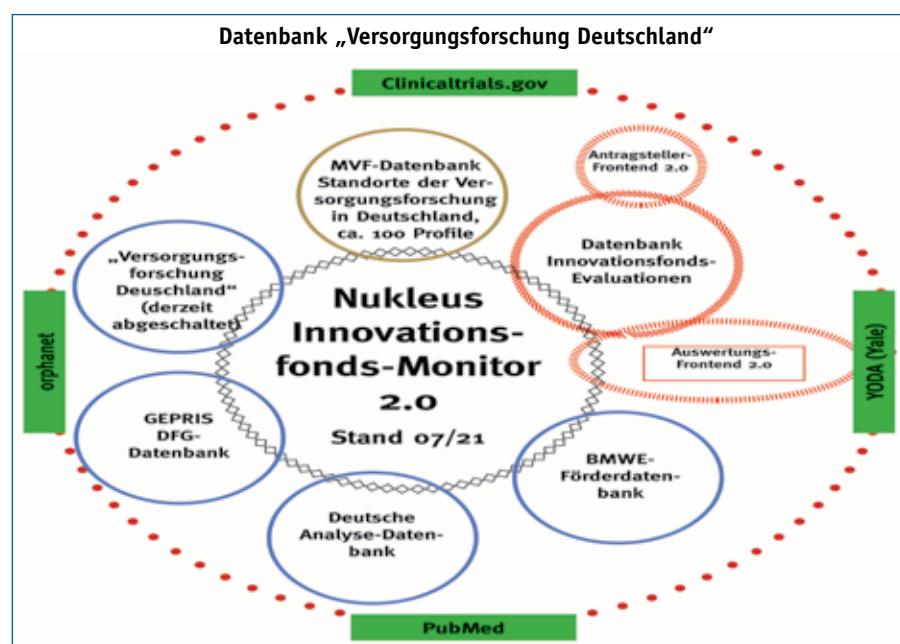


Abb. 1: Mögliche, zu entwickelnde Datenbankstruktur für Evaluationen des Innovationsfonds und anderer Fördergeber. Grün: Zusätzlich mögliche Abfrage bei internationalen Studiendatenbanken, inkl. automatischer Auslesemodus mit News-Alert. Quelle: Gemeinsamer Projektvorschlag Metaphacts, Martin Klein, „Monitor Versorgungsforschung“ 2020/21.

18 neue Innofonds-Projekte

>> 18 neue Projekte (1) zu medizinischen Leitlinien können nun starten: Sie hatten die Bedingungen des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss, die mit der finanziellen Förderung verknüpft sind, akzeptiert. Die Projektbeschreibungen werden wie gewohnt in Kürze in der Förderliste (2) aufgeführt. Der Innovationsausschuss hatte auf seine Förderbekanntmachung „Versorgungsforschung – Medizinische Leitlinien“ vom 7. Juni 2021 insgesamt 31 Anträge erhalten.

Bei der Bewertung und Auswahl der Projekte berücksichtigte er die Empfehlungen aus dem Expertenpool und von der AWMF e. V. Die in der Förderbekanntmachung genannten Themenfelder hatte das Bundesministerium für Gesundheit vorgegeben. <<

1: <https://bit.ly/30UzeXJ>

2: <https://bit.ly/3vm44AG>

Positive Empfehlung zur Übernahme in die Regelversorgung für das Innovationsfondsprojekt Projekt IGiB-StimMT

Templin: „Vom Pilotprojekt zum Vorzeigemodell“

In Anwesenheit von Michael Zaske, Leiter der Abteilung Gesundheit im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, öffnete das Ambulant-Stationäre Zentrum (ASZ) am 30. März 2022 am Standort des Sana Krankenhauses in Templin offiziell seine Pforten. Der feierliche Akt kennzeichnete den Beginn einer neuen Ära regional gedachter, erprobter und mit vielen Partnern umgesetzter gesundheitlicher Versorgung, die im Rahmen des Innovationsfondsprojekts „IGiB – Strukturmigration im Mittelbereich Templin“ sowie mit Mitteln des Krankenhausstrukturfonds vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2020 aufgebaut und seit dem Juli 2021 mit Hilfe eines Konsortialvertrags zwischen den Sana Kliniken Berlin-Brandenburg, dem Ärztenetzwerk „Gesund in Templin“, der Stadt Templin und der KV Brandenburg weitergeführt wird. Fast zeitgleich wurde das Projekt zudem durch den beim G-BA angesiedelten Innovationsausschuss auch anderen Regionen Deutschlands in einer positiven Empfehlung zur Übernahme in die Regelversorgung ans Herz gelegt.

>> „Vom Pilotprojekt zum Vorzeigemodell: IGiB-StimMT in Templin bei ambulant-stationärer Versorgung zukunftsweisend“, titelte das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg nach dem positiven G-BA-Beschluss stolz in einer Pressemitteilung (1). „Templin stellt die Weichen für eine zukunfts-feste ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung“, setzte Gesundheitsministerin Ursula Nonnemacher anlässlich des Festakts der ASZ-Eröffnung dazu.

Das Strukturmigrations-Projekt Templin wurde über vier Jahre mit insgesamt rund 14,5 Millionen Euro vom Innovationsausschuss gefördert, dazu kamen für die nötige Umbaumaßnahme des aktuell eröffneten Ambulant-Stationären Zentrums (ASZ) am Sana Krankenhaus Templin Fördermittel des Krankenhausstrukturfonds in Höhe von weiteren 10 Millionen Euro, davon entfiel je 50% aus Landesmitteln und der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Nonnemacher weiter: „Inzwischen ist IGiB-StimMT deutschlandweit bekannt und dient nun auch offiziell als Blaupause für nachhaltige medizinische Versorgung in ländlichen Regionen – darauf sind wir sehr stolz.“ Denn die demografische Entwicklung besonders in ländlichen Regionen stelle Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte vor große Herausforderungen, hier seien neue Wege gefragt. „Dabei spielt die Kooperation mit dem ambulanten Bereich eine immer größere Rolle. Templin zeigt, wie es gehen kann“, erklärte die Brandenburger Gesundheitsministerin (siehe dazu auch MVF 06/20 (2)).

Da der Innovationsausschuss zum Projekt IGiB-StimMT einen positiven Beschluss gefasst habe, sei damit der „Erfolg und der bundesweite Modellcharakter für ein Leuchtturmprojekt made in Brandenburg“ bestätigt. „Auf Basis des gefassten Beschlusses wer-

den alle zentralen Akteure des deutschen Gesundheitswesens aufgefordert zu prüfen, wie die in Templin entwickelten und umgesetzten Ansätze zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in ländlichen, strukturschwachen Regionen genutzt werden können“, fügte die Ministerin hinzu.

Damit wird klar, dass es weder eine generelle 1:1-Umsetzung des positiv evaluierten Projekts, noch eine einfache und zügige Überführung in die Regelversorgung der Erkenntnisse, so positiv sie auch sein mögen, geben wird. Dies wird mehr als deutlich, wenn man im Beschluss (3) des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt IGiB-StimMT (01NVF16001) die Eingangs-Passiv liest, bei denen zwar auf Basis der Ergebnisse eine Empfehlung zur Überführung von Ansätzen der neuen Versorgungsform in die Regelversorgung ausgesprochen, aber erklärt wird:

a) Die im Projekt erzielten Erkenntnisse werden an die Akteure der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen – GKV-Spitzenverband, Dt. Krankenhausgesellschaft, KZBV und KBV (Träger des G-BA) – weitergeleitet. Die Institutionen bzw. deren Mitglieder werden um Prüfung gebeten, inwiefern Ansätze der neuen Versorgungsform zur Weiterentwicklung der bedarfsgerechten Versorgung in ländlichen und/oder strukturschwachen Regionen genutzt werden können und inwiefern dies in einem bundesweit einheitlichen Rahmen erfolgen kann. Ergänzend werden die im Projekt erzielten Erkenntnisse zur Information an die Gesundheits- und Sozialministerien der Länder sowie die

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände weitergeleitet.

b) Die im Projekt erzielten Erkenntnisse werden an das BMG weitergeleitet. Dieses wird gebeten zu prüfen, ob im Rahmen von Gesetzgebungsverfahren rechtliche Anpassungen zur Erleichterung der Umsetzung bedarfsgerechter, wohnortnaher und sektorenübergreifender Versorgungsansätze in ländlichen und/oder strukturschwachen Regionen vorgeschlagen werden können.

Der Innovationsausschuss erklärt in seinem Beschluss auch, warum er diese Einschränkung vornimmt. Insgesamt hätte das Projekt zeigen können, dass eine bedarfsgerechte Anpassung von Versorgungsstrukturen unter Einbindung aller relevanten Akteure möglich ist. Gleichwohl sei aber die Vielfältigkeit der Herausforderungen bei komplexen Versorgungsstrukturereformen deutlich geworden. Originalzitat des Beschlusses:

„Die Implementierungserfahrungen zeigen, dass hierfür ein iteratives Vorgehen geboten ist und Lösungen nur unter Anpassung an die konkreten regionalen Gegebenheiten umgesetzt werden können. Im Projektverlauf mussten mehrere Ansätze und Versorgungs-module adaptiert oder sogar verworfen werden. Weitere Ansätze erwiesen sich als im Projektrahmen nicht umsetzbar.“



Feierliche Eröffnung des Ambulant-Stationären Zentrums (ASZ) am Standort Templin.

© Sana Kliniken / Maria Seehafer

Von daher dürfte der Passus unter Punkt a), nach dem „Erkenntnisse zur Information an die Gesundheits- und Sozialministerien der Länder sowie die **Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände** weitergeleitet“ werden sollen, von durchaus besonderer Bedeutung in diesem Beschluss sein. Zwar kann hier durchaus zumindest ein wenig (ordnungspolitisch) argumentiert worden sein, dass es sich bei Gesundheit/Gesundheitsversorgung um ein lokales/regionales Gut handelt, doch könnte man ebenso annehmen, dass die vom Projekt „angeregten Veränderungen“ nach Ansicht des Innovationsausschusses und demzufolge auch des G-BA per se etwas „kommunales“ haben soll(t)en. In jedem Fall wird so angeregt, die Projektergebnisse dem Städtebund und damit im Endeffekt allen Landrät:innen und Bürgermeister:innen zur Kenntnis zu bringen, die vor ähnlichen Problemlagen stehen.

Hier wäre dann auch zu beachten, dass die in Templin evaluierte neue Versorgungsform aus fünf Teilprojekten bestand, von denen vier erfolgreich in die vorhandene Versorgungsstruktur integriert worden sind. Im Zentrum stand die Umstrukturierung des Sana Krankenhauses Templin zu einem Ambulant-Stationären Zentrum (ASZ) mit einem breiten Spektrum von Versorgungsangeboten, die stärker am regionalen Bedarf der Patient:innen ausgerichtet waren.

In diesem Rahmen – so der Beschluss weiter – seien unter anderem eine ärztliche Bereitschaftspraxis (ÄBP), eine Decision Unit (DU) sowie ein Koordinierungs- und Beratungszentrum (KBZ) aufgebaut worden, die räumlich am Sana Krankenhaus Templin angesiedelt sind. Daneben wäre die Implementierung der sektorenübergreifenden Behandlungspfade Herzinsuffizienz, Rückenschmerz und Adipositas sowie einer strukturierten Harninkontinenzversorgung erfolgt.

Bei der Evaluation seien laut Beschluss die Beratung im KBZ und das Casemanagement, die ÄBP und die DU als positiv bewertet worden. Die niedrigschwellige, sozial-leistungsträgerübergreifende Beratung am KBZ und das Casemanagement zur Versorgungssteuerung seien zudem von allen befragten Stakeholdern durchgehend positiv bewertet und insbesondere mit Blick auf die demografische Entwicklung als sinnvolle Ergänzung und Weiterentwicklung der Grundversorgung im Mittelbereich Templin gesehen worden.

Letztendlich sei es, so der Beschlusstext weiter, dem Projekt gelungen, eine neue Versorgungsform mit ausgewählten Versorgungsmodulen zu implementieren, deren An-

Faktenbox: ausgesuchte wichtige Ergebnisse des Evaluationsberichts (6)

- Stärkung der ambulanten Strukturen durch die Einführung einer ärztlichen Bereitschaftsdienstpraxis (ÄBP) mit geringeren Fallkosten von 21,78 Euro im Vergleich zur Rettungsstelle mit 35,54 Euro zu Bereitschaftsdienstzeiten (BD-Zeiten)
- Verhinderung von Krankenhausaufenthalten durch die Etablierung einer Decision Unit (DU) mit über 1.000 Fällen in rund zwei Jahren
- Reduktion der vollstationären Krankenhaufälle im Mittelbereich Templin von 2016 zu 2020 um 14,4%
- Optimierung der Versorgung einer älterwerdenden Bevölkerung im ländlichen Raum mit rund 1.795 sozialgesetzbuchübergreifenden Beratungs- und Koordinierungsleistungen im KBZ
- Verbesserung der Gesundheitskompetenz bei 23,3% der Patient:innen mit ausgewählten, fallzahlintensiven Indikationen durch einen kontinuierlichen, interdisziplinären und sektorenübergreifenden Behandlungspfad
- Steigerung der Zufriedenheit seitens der Patient:innen, aber auch der verschiedenen Gesundheitsberufe vor Ort durch die neuen Versorgungsstrukturen

sätze einen sinnvollen Beitrag zur Gestaltung einer bedarfsgerechten Versorgung leisten könnten. Entsprechend seien die Projektergebnisse an die Akteure der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen sowie die Gesundheits- und Sozialministerien der Länder weitergeleitet worden, die es nun in der Hand haben, wie sie mit den Ergebnissen weiter verfahren wollen. Dies aber nicht müssen, da – wie Dr. jur. Dr. rer. med. Thomas Ruppel und Prof. Dr. rer. med. habil. Neeltje van den Berg in einem wissenschaftlichen MVF-Beitrag ausgeführt haben – „der Übergang von Forschungsprojekten in die Regelversorgung zurzeit keinem effektiven Rechtsschutz unterworfen“ ist (4).

Sicher auch deshalb wird das BMG im Beschluss gebeten, eine „sichere, bundesweit einheitliche, rechtliche Grundlage“ für die Umsetzung ähnlicher bedarfsgerechter, wohnortnaher und sektorenübergreifender Versorgungsansätze in ländlichen und/oder strukturschwachen Regionen, die nicht in den üblichen Strukturen der Regelversorgung und ggf. nicht über bestehende selektivvertragliche Regelungen erbracht werden können, zu schaffen. Ebenso soll das BMG prüfen, ob im Rahmen von Gesetzgebungsverfahren rechtliche Anpassungen zur Erleichterung der Umsetzung bedarfsgerechter, wohnortnaher und sektorenübergreifender Versorgungsansätze in ländlichen und/oder strukturschwachen Regionen vorgeschlagen werden können.

Bisher gibt es nur ein Bundesland, das das – Stand heute – vorhat. Laut der Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes sollen „Regionale Gesundheitszentren“ (5) aufgebaut werden, die als „zentrale regionale Anlaufstelle für Patient:innen als alternative Versorgungsform zur Sicherstellung einer wohnortnahen medizinischen Versorgung der Bevölkerung, in der verschiedene Leistungserbringende ihrer Tätigkeit interdisziplinär und interprofessionell nachgehen können“ dienen sollen – womit sich

das Land eng am Templiner Modell orientiert.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators

Diese landespolitische Absichtserklärung folgt ziemlich genau den Schlussfolgerungen des Evaluators des Projekts zur Strukturmigration im Mittelbereich Templin, der Berliner inav GmbH. In ihrem (ohne Anhänge) fast 300-seitigen Bericht (6) schreiben die Autoren, dass die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung in ländlichen Regionen zunehmend als Herausforderung angesehen werden müsse. Beispielsweise könnten bereits seit einigen Jahren freie Arztstühle teilweise nicht oder nur unter großen Anstrengungen nachbesetzt werden, ebenso seien lokale Krankenhäuser häufig defizitär. Dies stellt nach Ansicht der Evaluator:innen „verschiedene Akteure – von Kommunen und Landkreisen bis hin zu Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen – vor die Aufgabe, neue Konzepte zu entwickeln und zu erproben“. Im besonderen Fokus stehe dabei die Herausforderung, die ambulanten und stationären Versorgungsangebote besser miteinander zu verzahnen sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen anhand ihrer Qualifikationen, Stärken und Potenziale zu fördern. Genau dies sei das Ziel des Innovationsfondsprojektes IGib-StimMT gewesen, indem verschiedenartige Lösungsstrategien für diese komplexen Herausforderungen entwickelt und umgesetzt worden seien.

Insgesamt handele es sich laut Meinung der Autor:innen um „einen Prototypen einer komplexen Intervention“ mit den entsprechenden evaluatorischen Herausforderungen und Limitationen, Ursachen und Wirkungen zuordnen zu können. Vor diesem Hintergrund sei ein Mixed-Methods-Ansatz mit quantitativer und qualitativer Forschung unabding-

Stegmaier, P.: „Templin: ‚Vom Pilotprojekt zum Vorzeigemodell‘“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/22), S. 42-44. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.22.1866-0533.2409>

bar und die Interpretation von Ergebnissen erfordere – in jede Richtung – eine fundierte weitere Betrachtung und Bewertung. Es handle sich dabei zudem „eher um ein Experiment“, bei dem „keine einfachen, monokausalen Konklusionen gezogen“ werden könnten. Auch würde die „schlichte Bewertung einzelner Module, der Komplexität des Gesamtprojekts nicht gerecht“ werden. Insbesondere das Konzept der ÄBP eignet sich nach Meinung der Evaluatoren „hervorragend als Blaupause“ für andere Regionen, die vor ähnlichen strukturellen Herausforderungen stünden. Auch erscheine die Übertragung in weitere Versorgungssettings plausibel. So könnten ärztliche Bereitschaftsdienstpraxen etwa in städtischen Bezirken, die einen hohen Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund aufweisen, ebenfalls zu einer effizienteren Versorgung führen, da in diesen Bezirken die Inanspruchnahme der Notfall-Ambulanzen kulturell bedingt besonders hoch sei.

Ebenfalls könne das Konzept der DU als Blaupause für die Einführung an anderen Standorten dienen. Dies gelte besonders – aber nicht nur – für schwer zu versorgende Regionen mit weiten Anfahrtswegen zum nächstgelegenen Krankenhaus. In der aktuellen Pandemie-Situation könnten DUs darüber hinaus einen wichtigen Beitrag leisten, um die personellen Kapazitäten in den Kliniken zu entlasten.

Ingesamt, so wird gelobt, hätte das Innovationsfondsprojekt IGiB-StimMT die Potenziale und Herausforderungen einer komplexen Strukturmigration aufgezeigt und auf eine Vielzahl von konkreten positiven Versorgungseffekten verweisen können, die im Evaluationsbericht detailliert dargestellt werden (6). Ebenso könnten auf der Basis der gewonnenen Erkenntnisse, sowohl aus der quantitativen wie aber auch insbesondere der qualitativen Forschung, einige erste Handlungsempfehlungen – sowohl für Templin als auch für andere Regionen mit vergleichbaren Versorgungs Herausforderungen – exemplarisch aufgezeigt werden:

- Die Evaluation zeigt, dass Strukturmigrationen ein sehr hohes Maß an Überzeugungsarbeit und Abstimmung zwischen unterschiedlichen Akteuren benötigen.

Vor diesem Hintergrund sollte unbedingt genügend Zeit für Vorbereitung und Umsetzung eingeplant werden.

- Generell ist ein modulares Vorgehen zu empfehlen, etwa der Start mit einem kleineren Angebot, das anschließend schrittweise um weitere Leistungen oder Indikationen erweitert werden kann.
- Von zentraler Bedeutung ist die Governance-Struktur in Projekten der Größenordnung/Komplexität von IGiB-StimMT. Aufbau und Führung derart komplexer Netzwerkstrukturen ist überaus anspruchsvoll.

Die Evaluation verdeutlicht ebenso, dass die im Mittelbereich Templin neu geschaffenen Strukturen sehr gut geeignet seien, um Patient:innen sinnvoll zu steuern und auf der richtigen Versorgungsstufe zu versorgen. Mehrere der im Projekt IGiB-StimMT umgesetzten Versorgungsmodule haben nach Ansicht der Evaluatoren sogar „Modellcharakter“, der auch auf andere Regionen und andere Versorgungssettings übertragen werden könne. Insofern erfülle das Projekt den Anspruch des Innovationsfonds, Ansätze zu erproben, die über die Regelversorgung hinausgehen, einen Erkenntnisgewinn für die Verbesserung der Versorgung leisten und das Potenzial haben, in die Regelversorgung überführt zu werden.

Schlussfolgerungen des Ergebnisberichts

„Die Ausgangslage und die anstehenden Herausforderungen stellen sich in anderen ländlich strukturierten Regionen in vielerlei Hinsicht vergleichbar zum Mittelbereich Templin dar.“ Das schreiben Steffen Bohm, Lutz O. Freiberg und Alicia Prinz in ihrem Ergebnisbericht (7). In – so die Autor:innen – etwas allgemeinerer Formulierung sei es das Ziel des Projekts gewesen, als „Beitrag zur Weiterentwicklung/Verbesserung der Versorgung Antworten und praxistaugliche Lösungen“ dafür zu liefern, wie vergleichbare regionale „Versorgungslandschaften“ so umgestaltet werden können, dass gegenwärtigen und anstehenden Herausforderungen durch eine zukunftsfähige und am Bedarf der Wohnbevölkerung orientierte intersektorale Versorgungsstrukturierung

begegnet werden könne. Hierbei spiele neben der Bedarfsfrage auch die Frage eine Rolle, was – auch mit Unterstützung durch Telemedizin – wohnortnah qualitätsgesichert und ökonomisch tragfähig mit den für die Versorgung vorhandenen Ressourcen geleistet werden könne.

In ländlichen Regionen wie dem Mittelbereich Templin hätten Krankenhäuser ihren Auftrag für die wohnortnahe medizinische Versorgung der Wohnbevölkerung, insbesondere in der Akut- und Notfallversorgung zu leisten, doch müsse, um Krankenhausfälle zu vermeiden, die ambulante Versorgung idealerweise so ausgerichtet werden, dass es gar nicht erst zu einer stationären Aufnahme komme; z.B. indem Patient:innen dabei unterstützt würden, dass sie entsprechend ihrer Krankheitsspezifika auf der für sie angemessenen Versorgungsebene behandelt werden. Darum müssen nach Meinung der Autor:innen des Ergebnisberichts die ambulanten Angebotsstrukturen derart ausgerichtet werden, dass „einem bestehenden Versorgungsbedarf, der zuvor mangels Alternativen stationär abgedeckt worden ist, präventiv begegnet“ werden und der Versorgungsbedarf ambulant bzw. in einer infrastrukturell, personell und technisch erweiterten ambulanten Versorgung abgedeckt werden könne.

Damit sei jedoch keineswegs gemeint, dass eine Doppelstruktur zu den im Krankenhaus verfügbaren Kapazitäten aufgebaut werde. Gemeint sei vielmehr, dass die vor Ort vorhandenen Kapazitäten je nach Bedarf in der stationären, teilstationären oder ambulanten Versorgung eingesetzt werden sollten. Vorzunehmende Anpassungen müssten aber auch berücksichtigen und idealerweise antizipieren, dass sich die Einwohnerzahl und die Bevölkerungsstruktur und mit ihnen die Anforderungen an die Versorgung in den kommenden Dekaden weiter und spürbar verändern werde. Zu guter Letzt schaffe die Digitalisierung neue Möglichkeiten, die gesundheitliche Versorgung zu unterstützen, was bei den vorzunehmenden Anpassungen respektive der erforderlichen Strukturmigration nicht unberücksichtigt bleiben dürfe. <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur

- 1: <https://msgiv.brandenburg.de/msgiv/de/presse/pressemitteilungen/detail/~01-04-2022-positiver-beschluss-zum-pilotprojekt-igib-stimmt-in-templin>
- 2: <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/mvf-0620/Online-Fachtagung-IGiB-StimMT>
- 3: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/154/2022-04-01_IGiB-StimMT.pdf
- 4: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Kurzfassungen_2022/MVF_01-22/MVF01_22_Ruppel_van-den-Berg_Regelversorgung
- 5: https://www.landtag-niedersachsen.de/drucksachen/drucksachen_18_12500/10501-11000/18-10578.pdf
- 6: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/156/2022-04-01_IGiBStimMT_Evaluationsbericht.pdf
- 7: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/155/2022-04-01_IGiBStimMT_Ergebnisbericht.pdf

Open-Access-Suche mit B!SON

>> B!SON (1) ist das „Bibliometric and Semantic Open Access Recommender Network“, ein Projektvorhaben, das vom Leibniz-Informationszentrum Technik und Naturwissenschaften (TIB) und der Staats- und Universitätsbibliothek Dresden (SLUB) realisiert und nun in der Betaversion veröffentlicht wurde. Die finale Version wird mit Projektabschluss Anfang 2023 zur Verfügung stehen.

B!SON soll Wissenschaftler:innen dabei helfen, für ihre Veröffentlichungen eine passende Open-Access-Zeitschrift zu finden. Dazu werden semantische und bibliometrische Verfahren verwendet, zudem wird auf die Datenbanken von OpenCitations und DOAJ (Directory of Open Access Journals) zurückgegriffen, in denen auch „Monitor Versorgungsforschung“ eingetragen ist. Wer hier nach „Versorgungsforschung“ sucht, dem wird „Monitor Versorgungsforschung“ als einzige Open-Access-Zeitschrift vorgeschlagen.

Wie wichtig diese Art der frei verfügbaren Veröffentlichung wissenschaftlicher Publikationen ist, hat das TIB in einer aktuellen Studie zu Open-Access-Wirkungen beschrieben. Zudem bietet die Studie „Wirkungen von Open Access. Literaturstudie über empirische Arbeiten“ (2), die die TIB im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) durchgeführt hat, eine umfassende Übersicht zu empirischen Studienergebnissen zu den Wirkungen von Open Access. <<

1: <https://service.tib.eu/bison/>
2: <https://bit.ly/3wd871w>

Value Partnership geschlossen

>> Siemens Healthineers und das Universitätsklinikum Oulu in Finnland gehen eine strategische Partnerschaft über zehn Jahre ein. Diese Value Partnership umfasst die Lieferung und Installation von bildgebender Medizintechnik, deren Wartung und Instandhaltung, Bildgebungssoftware sowie Maßnahmen zur Aus- und Weiterbildung der Mitarbeitenden. Das Universitätsklinikum soll bis 2030 zu einem der innovativsten und modernsten Krankenhäuser weltweit entwickelt werden. Der Vertrag hat ein Volumen von rund 30 Mio. Euro mit einer Option auf Verlängerung um eine weitere Dekade. Siemens hat bereits mit vielen Gesundheitsdienstleistern weltweit Value Partnerships geschlossen: HMI Group in Singapore, Malaysia und Indonesien, das University of Missouri System in den USA, oder der Manchester University NHS Foundation Trust (MFT) in UK sowie das Nova Hospital in Finnland. <<

Anmeldung freigeschaltet: MVF-Kongress „Quo vadis Impfquote?“ am 30.6.

>> Mit unserem Online-Kongressformat „Impfstatus – Impfen in Zeiten der Pandemie“ haben wir im vergangenen Jahr (1) und erst kürzlich im April (2) mit Expert:innen diskutiert, woran es liegen mag, dass wir uns hierzulande so schwertun, die von der STIKO empfohlenen Impfungen für Risikogruppen wahrzunehmen. Dabei kam heraus, dass es auch daran liegt, dass die Möglichkeiten, die der SGB-V-Paragraf 132e zur Versorgung mit Schutzimpfungen insbesondere mit dem neuen Absatz 4 einräumt, nicht oder zu wenig ausgeschöpft werden. Bringt doch der neu hinzugefügte Absatz 4 eine für den SGB-Bereich recht ungewöhnliche politische Zielformulierung ins Spiel, denn da steht: „In den Verträgen nach Absatz 1 ist eine Erhöhung der Impfquoten für die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Ab-

satz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfohlenen Schutzimpfungen anzustreben.“

Die Hauptfrage, der auf dem nächsten MVF-Online-Kongress „Quo vadis Impfquote?“ (3) am 30.6. nachgegangen wird, lautet daher: Wird der § 132e überhaupt angewandt und Absatz 4 erfüllt? Und wenn nein: Warum nicht? Melden Sie sich kostenfrei an, diskutieren Sie mit! <<

Anmeldung: <https://bit.ly/3sM8U8z>



Links:

1. [Impfstatus_2021: https://bit.ly/38FEBtl](https://bit.ly/38FEBtl)

2. [Impfstatus_2022: https://bit.ly/3lvGbfA](https://bit.ly/3lvGbfA)

3. [Kongress 30.6.: https://bit.ly/3sNcCi5](https://bit.ly/3sNcCi5)

Programm: Wunsch und Realität des § 132e Absatz 4 SGB V

von	bis	Thema	
Wunsch und Realität des § 132e Absatz 4 SGB V			
ab 14:50		Online-Check-in	
15:00	15:10	Begrüßung und „Online-Keeping“	 Prof. Dr. Reinhold Roski, „Monitor Versorgungsforschung“
15:10	15:30	Rechtstheoretische Grundlagen des § 132e SGB V mit besonderer Würdigung des Absatz 4	 Dr. jur. Dr. rer. med. Ruppel, Kanzlei für Medizinrecht und Gesundheitsrecht, Lübeck
15:30	15:50	Welche Handlungsoptionen haben Krankenkassen?	 Rebecca Zeljar, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – Landesvertretung Berlin/Brandenburg
15:50	16:10	Impulsreferat: Steuerung der Impfquoten im Rahmen des HzV und/oder Bonifikation?	 Dr. Ulf Maywald, AOK Plus
16:10	16:40	Podiumsdiskussion 1, u.a. mit Teilnahme seitens der Referent:innen sowie Franz Bachmann, DAK-Gesundheit	Moderation: Prof. Dr. Reinhold Roski (MVF)
16:40	16:50	Pause	
16:50	17:10	Blick in die ärztliche Praxis I	 Prof. Dr. med. Tomas Jelinek, Berliner Centrum für Reise- und Tropenmedizin, Berlin
17:10	17:30	Blick in die ärztliche Praxis II: Digitales Impfmangement – Ein Mehrwert für höhere Impfquoten	 Dr. med. Markus Frühwein, MaHM, Dr. Frühwein & Partner, München
17:30	18:00	Podiumsdiskussion 2	Moderation: Prof. Dr. Reinhold Roski (MVF)

MVF-Fachkongress „Impfstatus 2022 – Impfen in Zeiten der Pandemie“

„Impfen ist immer eine Investition in die Zukunft“

Nach dem letztjährigen MVF-Fachkongress „Impfstatus 2021 – Impfen bei Erwachsenen in Zeiten der Pandemie“ führt „Monitor Versorgungsforschung“ den thematischen Zyklus weiter. Erneut wurde diskutiert, was man besser machen könne, um die Impfquoten generell zu erhöhen. Ende April erörterten die Referent:innen und Teilnehmenden des Online-Fachkongresses „Impfstatus 2022 – Impfen in Zeiten der Pandemie“ mögliche Ansätze, diesmal ganz speziell bei Kindern und Jugendlichen, insbesondere mit einem Blick auf die inzwischen fast eine halbe Million Kriegsflüchtlinge aus der Ukraine und auch Russland – die meisten von ihnen kleine Kinder und deren Mütter. Dazu Dr. med. Gunther Gosch, niedergelassener Kinder- und Jugendarzt (Kinderarztpraxis am Domplatz in Magdeburg) und Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Sachsen-Anhalt und des Arbeitskreises Impfen Sachsen-Anhalt: „Die Diphtherie ist in Russland immer noch endemisch, darum wäre es durchaus möglich, dass diese impfpräventable Krankheit punktuell wieder eingeschleppt wird – bei Tetanus und Keuchhusten könnte es ähnlich sein.“ Ein Ansporn, die in Deutschland unzureichenden Impfquoten mit einem ganz anderen Blick zu sehen.

>> In seinem Vortrag, den er mit dem Titel „Impflücken – wirklich nur Auswirkungen von Corona?“ überschrieb, ging Gosch auf die während der Pandemie zu beobachtende „verstärkte Politisierung von Impfungen und der Impfmedizin“ ein. Dies hätte unter anderem auf „teilweise unverhältnismäßige, häufig schlecht kommunizierte Maßnahmen mit erheblichen, teils gerichtlich für unzulässig erklärten Grundrechtseinschränkungen“ zu tun. Im Zusammenspiel mit „inkonsistentem, unwissenschaftlichem, angstschürendem Agieren auf Talkshow- und Twitterniveau“ hätte das nach Meinung von Gosch zu „psychologischer Reaktanz mit Rückgang der allgemeinen Akzeptanz sinnvoller Impfprogramme“ geführt. Dabei sei gerade für die Impfbereitschaft das „Vertrauen in Sicherheit und Wirksamkeit von Impfungen entscheidend“.

Gosch: Wissen über impfpräventable Erkrankungen unzureichend

Mit Blick auf die Kriegsflüchtlinge aus der Ukraine und anderen Ländern müsse man die im internationalen Vergleich teilweise zu geringen Impfquoten und die Ansätze der verschiedenen Impfstrategien in Deutschland neu bewerten. Da beispielsweise die Diphtherie in Russland immer noch endemisch sei, wäre es durchaus möglich, dass diese impfpräventable Krankheit punktuell wieder eingeschleppt werde.

Gosch wählte zum Einstieg seiner Ausführungen zur Impfkommunikation das Beispiel „Diphtherieimpfungen“. Er charakterisierte diese Situation mit folgender Argumentation: Auch wenn die Zahl der Diphtheriefälle in Deutschland noch gering sei – er sprach von 10 vorwiegend Hautdiphtherie-Fällen in 2021, von 16 in 2020 – und man die drohen-

de Gefahr nicht dramatisieren dürfe, müsse man schlichtweg feststellen, dass hierzulande die durchschnittliche Diphtherie-Impfquote lediglich bei 52 Prozent läge.

Die unzureichende Impfquote gerade bei dieser impfpräventablen Krankheit ist für Gosch indes nicht nachvollziehbar. Für ihn sei es unerklärlich, warum es ein „Ungleichgewicht der Impfungen gegen Keuchhusten und der Impfung gegen Tetanus und Diphtherie“ gebe, denn diese Impfungen können in Kombination verabreicht werden. Dazu komme, dass die STIKO ein nach seiner Ansicht nicht besonders günstiges Auffrischungsschema empfehle, denn die einmalige Auffrischungsimpfung gegen Pertussis reiche ganz sicherlich nicht aus, zumal der verwandte Impfstoff maximal vier Jahre schütze. Gosch: „Wenn dieser STIKO-Empfehlung nachgekommen würde, müssten die Impfquoten gegen Tetanus und Pertussis gleich sein.“ Da das jedoch nicht der Fall sei, bedeute das, dass „diese Impfungen in den Arztpraxen nicht ausreichend gut umgesetzt“ werden; ebenso, dass „offensichtlich das Wissen über impfpräventable Erkrankungen nicht nur in der Bevölkerung unzureichend vorhanden ist, sondern auch in Arztpraxen“.

Darum lautet eine seiner Kernforderungen,

dass es künftig zu einer laienverständlichen offenen Kommunikation mit Präsentation aktueller valider Daten, zum anderen laienverständliche und altersadaptierte Informationen zur Risikoabwägung zwischen Erkrankungsrisiken bei alters- und risikogruppenadaptierten Impfquoten und impfstoffattributablen Risiken geben müsse.

Der wichtigste Kommunikator, Vertrauensbildner und Impulsgeber könne seiner Ansicht nach nur die Ärzteschaft und medizinisches Fachpersonal sein, daher sei der sinnvollste Ansatz eine „konsequente Stär-

Ausgewählte Impfquoten bei Erwachsenen	
Diphtherie	Impfquote
Standardimpfung ab 18 aa innerhalb der letzten 10 aa bis 2020 Prävalenz niedrig: 2020 16 Erkrankungen (15 Hautdiphtherie)	52,7%
Tetanus	
Standardimpfung ab 18 aa innerhalb der letzten 10 aa bis 2020 Prävalenz niedrig: 2021	53,9%
Pertussis	
Standardimpfung ab 18 aa innerhalb der letzten 10 aa bis 2020 Problem Pertussis: zu geringe Inanspruchnahme der pertussishaltigen Kombinationsimpfungen unter Erwachsenen (43,7%) aber: im gleichen Zeitraum Impfung von 53,6% der Erwachsenen mit einem tetanushaltigen Impfstoff	43,7%
Problem: Großteil der Bevölkerung hat empfohlene einmalige Diphtherie-Tetanus-Pertussis-Boosterimpfung (DTaP) nicht erhalten Fazit: Potenzial der derzeit bestehenden STIKO-Empfehlung ist bei Weitem nicht ausgeschöpft	

Tab. 1: Impfquoten bei Erwachsenen. Quelle: RKI 12/2021, Datenbasis (2019-2021). Aus: Vortrag Gosch, „Impfstatus 2022 – Impfen in Zeiten der Pandemie“ am 28. April 2022.

IMPFFSTATUS 2022

Impfen in Zeiten der Pandemie



Dr. med. Gunther Gosch, Kinderarztpraxis am Domplatz in Magdeburg, Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Sachsen-Anhalt und des Arbeitskreises Impfen Sachsen-Anhalt.



Dr. med. Jens Vollmar, Vorsitzender des Ausschusses Impfstoffe des vfa, medizinischer Leiter für Impfstoffe bei GlaxoSmithKline.

„kung der Impfmedizin in diesem Sektor“. Notwendig sei zudem die Aufklärung und Wissensvermittlung in geeigneter Form unter Beachtung von Art. 2 Grundgesetz und § 7 (1) der Ärztlichen Berufsordnung.

Vollmar: erheblicher Nachholbedarf bei Impfquoten

„Jetzt die richtigen Lehren aus der Pandemie ziehen, um die Versorgung der Bevöl-

kerung nachhaltig zu verbessern“, forderte dann auch Dr. Jens Vollmar, Vorsitzender des Ausschusses Impfstoffe des vfa, der in seinem Vortrag „Gefährdung der Sicherstellung der Versorgung“ auf „Gründe und Lösungsansätze“ einging. „Impfungen können ganz entscheidend zur Entlastung des Gesundheitswesens beitragen“, sagte Vollmar natürlich auch – aber nicht nur – mit einem Blick auf die Corona-Pandemie. Beispielsweise seien durch die Covid-19-Impfung in Italien die Zahl der Covid-Toten halbiert und in den USA zwei Millionen Todesfälle verhindert worden.

Dieses Schlaglicht auf die das ImpftHEMA dominierende Corona-Vakzination dürfe aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass „schon vor Covid die Impfstoffhersteller einen erheblichen Beitrag zur globalen Krankheitsprävention“ geleistet hätten. Nach sehr konservativen Zahlen – die der WHO lägen dreifach höher – seien laut Angaben aus „Vaccines Europe“ (2021) in den letzten 20 Jahren vor Covid weltweit rund 20 Millionen Todesfälle, 500 Millionen Krankheitsfälle und 9 Millionen Langzeitbehinderungen durch Impfungen verhindert worden. Auch in Deutschland würden sie erheblich weniger Krankheitslast verursachen. So wären Vollmars Worten zufolge mehr als 50% aller meldepflichtigen Infektionserkrankungen und ebenso mehr als 40% der damit verbundenen Hospitalisierungen vermeidbar, wie die RKI-Jahresstatistik meldepflichtiger Krankheiten für 2019 zeigt. Nicht vergessen dürfe man aber, dass beispielsweise die HPV-Impfung bei Mädchen das Auftreten von Gebärmutterhalskrebs erheblich reduzieren könne. Doch, so Vollmar: „Hohe Impfquoten sind ganz entscheidend dafür, wenn es darum geht, Menschen vor schweren Erkrankungen und vor Todesfällen zu schützen, aber auch um unser Gesundheitswesen zu entlasten.“

Die „vielleicht wenig bekannten Ziele“ der „WHO Immunization Agenda 2030“, die eine Vision einer Welt in der jeder, überall und in jedem Alter von Impfungen profitiert, um Gesundheit und Wohlbefinden zu erhalten, formuliert, werde zum Beispiel in Punkt 4 definiert, dass „alle Menschen in jedem Alter von den empfohlenen Impfungen profitieren, die wirksam in andere wichtige Gesundheitsdienste integriert sind“.

„Wo stehen wir hier in Deutschland?“, fragte Vollmar rein rhetorisch, weil er gleichzeitig die deutschen Impfquoten im Vergleich zu anderen Ländern zeigte. Hier gebe es in Deutschland gerade bei Erwachsenen einen „erheblichen Nachholbedarf“. Auch wenn sich die Impfquote bei Influenza

Vergleich Standardimpfungen durch Ärzt:innen (2020 vs. 2021)

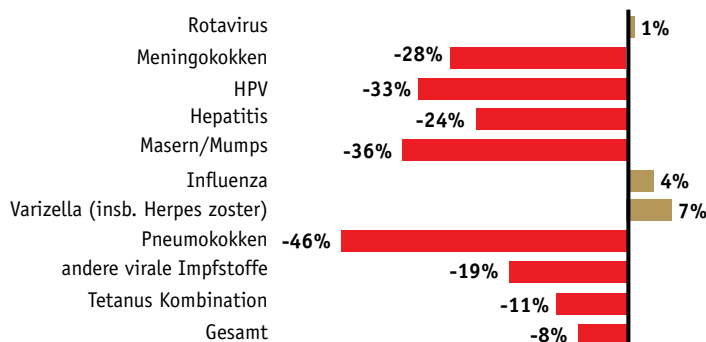


Abb. 1: Vergleich Standardimpfungen durch Ärzt:innen (Jan.-Okt. 2020 vs. 2021) Quelle: Pfizer, Insight Health (GKV-Abrechnungsdaten aus API-Verordnungszahlen). Aus: Vortrag Vollmar, „Impfstatus 2022 – Impfen in Zeiten der Pandemie“ am 28. April 2022.

Deutsche Grippe-Impfquote (Über-65-Jährige) im Vergleich zu anderen Ländern

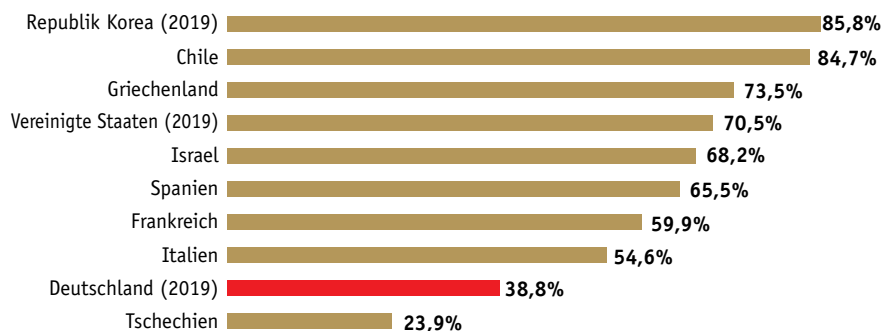


Abb. 2: Deutsche Grippe-Impfquote (Über-65-Jährige) im Vergleich zu anderen Ländern 2020. Quelle: OECD, Destasis; 2021 Aus: Vortrag Vollmar, „Impfstatus 2022 – Impfen in Zeiten der Pandemie“ am 28. April 2022.

im Zuge von Covid-19 etwas verbessert habe, seien während der Pandemie die Impfraten gerade bei Jugendlichen und Erwachsenen bei allen anderen wichtigen Standardimpfungen wie Pneumokokken und HPV massiv zurückgegangen.

Dabei könne man doch, meinte Vollmar, von den Aktivitäten, die man in der Corona-Pandemie eingesetzt habe, lernen: „Covid hat uns doch gezeigt, dass hier die Erinnerungssysteme und niedrigschwellige Impfangebote für hohe Impfraten eine ganz wichtige Rolle spielen können.“

Noack: „Impfen ist eine Investition in die Zukunft“

Mit einem detaillierten Blick auf das Bundesland, in dem die von ihm geführte Kassenärztliche Vereinigung, die KV Brandenburg (KVBB) tätig ist, sagte KV-Vorsitzender MUDr./CS Peter Noack: „Wir sind zum einen immer wieder positiv überrascht über die im Bundesländervergleich guten Ergebnisse bei vielen Impfarten, waren aber umso mehr enttäuscht über die eher schlechten Impfquoten bei den Coronaimpfungen, insbesondere in Sachsen und in Brandenburg.“ Keiner könne sich das genau erklären, auch wenn Kollege Gosch schon ein paar Fakten genannt hätte, die sicherlich dazu beigetragen haben. Doch habe die KV eben „gerade keinen Sicherstellungsauftrag“ und sei demnach auch für die Sicherstellung der Impfungen überhaupt nicht verantwortlich, das könnten zurzeit nur die Krankenkassen mit entsprechenden Verträgen und Impfvereinbarungen regeln.

Es gebe durchaus seitens des Gemeinsamen Bundesausschusses eine von ihm festgelegte Schutzimpfungsrichtlinie (1), die auf Empfehlungen des RKI (2) basiere, die dann von den KVen in Impfvereinbarungen mit den Krankenkassen umgesetzt werden



MUDr./CS Peter Noack, Facharzt für Allgemeinchirurgie in Cottbus und Vorsitzender des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB).

sollen. Doch, so Noack: „Da sich diese Impfvereinbarungen einerseits außerhalb des Sicherstellungsauftrags der KV, andererseits aber auch außerhalb der Gesamtvergütung der KVen bewegen, sind die dafür nötigen Budgets nicht in der Gesamtvergütung enthalten.“ So sei der Versuch, die Empfehlungen, die in der Schutzimpfungsrichtlinie vorgegeben würden, in Impfvereinbarungen umzusetzen, eine Verhandlungssache zwischen Kassenseite und den KVen. Obwohl die Vorstellungen der Ärzteschaft von jener der Kassenseite bezüglich der Umsetzungen der Impfungen – besonders hinsichtlich der Kosten – oft weit auseinanderlägen, würde man es in Brandenburg „mit Mühe immer wieder schaffen, sich zu einigen“.

Nur so könne für das Thema Impfen die nötige breite Wirkung erzeugt werden, die eben dazu führe, dass Brandenburg im Vergleich zum Bundesgebiet im Durchschnitt höhere Impfquoten – wenn auch noch lange nicht ausreichende – aufweise. Dies sei der



Dr. med. Hans-J. Schrörs, Gesellschaft zur Förderung der Impfmedizin mbH (GZIM).

Arbeit in vielen Arztpraxen und MVZ zu verdanken, die diese Impfungen durchführen. Wenn dem – so Noack – nicht so wäre, „hätten wir in Deutschland ein noch viel größeres Problem“. Sein Plädoyer: „Prävention ist Verhinderung oder Vorbeugung von Erkrankung.“ Und zur Prävention zähle nun einmal die Impfung, weil man damit Erkrankungen vermeiden, schlimme Verläufe verhindern und demzufolge auch Behandlungskosten einsparen könne. Deshalb habe nach Noack „Impfen letztendlich ökonomische Auswirkungen“, doch sei „Prävention und damit auch Impfen immer eine Investition in die Zukunft“.

Schrörs: eklatante Defizite in der Impfprävention

„Sind bessere Impfquoten möglich?“, fragte an der Stelle Dr. med. Hans-J. Schrörs, Arzt für Allgemeinmedizin und Projektleiter der von ihm gegründeten Gesellschaft zur Förderung der Impfmedizin mbH (GZIM). Seine Antwort: „Wir müssen die Chance der Digitalisierung nutzen.“ So könne ein digitales Impfmanagement inklusive eines Erinnerungssystems die Impfquoten hoch signifikant erhöhen. Dies habe bereits 2016 eine Studie (3) der LMU München belegt, wobei von 2010 bis 2011 über 12 Monate hinweg in 110 hausärztlichen Praxen mit einem elektronischen Impfplaner Impfdaten anonymisiert erhoben und 53.443 vollständige Impfdokumentationen (Impfpässe) mit 613.471 einzelnen Impfeinträgen ausgewertet worden seien. Schrörs: „Nicht umsonst empfiehlt auch die WHO mittlerweile ein digitales Impfmanagement mit einer inkludierten Datenbank, in der die Signaturen für digitale

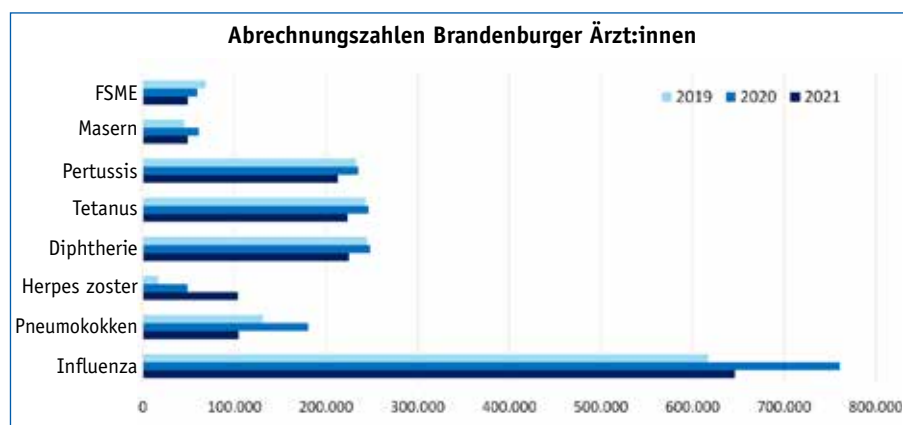


Abb. 3: Abrechnungszahlen Brandenburger Ärzt:innen. Quelle: Auswertung Abrechnungszahlen der KVBB. Aus: Vortrag Noack, „Impfstatus 2022 – Impfen in Zeiten der Pandemie“ am 28. April 2022.

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Impfen ist immer eine Investition in die Zukunft“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/22), S. 46-49. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.22.1866-0533.2410>

Impfungen und digitale Impfausweise hinterlegt werden können.“ Das Schöne dabei sei, dass den entsprechenden Entwicklungsauftrag eine deutsche Firma bekommen hätte, was ihn optimistisch hoffen lasse, „dass über Digitalisierung made in Germany etwas Positives in die Welt getragen werden“ könne. Dies sei auch dringend notwendig, denn bislang gebe es eben kein standardisiertes Erinnerungssystem, was im Zusammenspiel mit der fehlenden Vernetzung zwischen Praxis und Patient:innen und einem obendrein ebenso fehlenden Impfregister in Kombination mit Impfpassverlusten bei circa 25% der Bevölkerung dazu führe, dass „eklatante Defizite in der Impfprävention“ zu diagnostizieren seien.

Hinzukomme ein oft fehlerhaftes Impfmanagement in der Arztpraxis, die „uns große Sorgen“ machen sollte. So habe Prof. Weltermann aus Essen aus der Allgemeinmedizin in einer Arbeit (4) beschrieben, dass jede vierte Impfpraxis gravierende Fehler beim Impfen macht, zum einen was das Schema, zum anderen was die Verwendung von Impfstoffen betrifft, auch würden teilweise falsche Indikationen gestellt. Schrör: „Das ist uns jedoch allen nicht bewusst, weil wir weder ein Impfregister, noch eine Impf-Surveillance haben, mit denen die Versorgungsforschung Problemfelder, Unter- oder Fehlversorgung und Lücken, auch regionaler Art, identifizieren könnte.“

Ein Lösungsansatz dafür könnte seiner Meinung nach ein elektronischer Impfpass sein, den die GZIM inklusive eines Impfmanagements und einer Impfdokumentation für die Arztpraxis entwickelt und auch im Einsatz hat; zum Beispiel seit 2019 für AOK-Plus-Versicherte in Sachsen und Thüringen.

Dazu eine Anmerkung: Auf die Hintergründe wird unter anderem Ulf Maywald (Geschäftsbereichsleiter Arzneimittel/Heilmittel bei der AOK PLUS in Dresden) im Nachfolge-Kongress „Quo vadis Impfquote? Wunsch und Realität des § 132e Absatz 4 SGB V“ (5) eingehen, der am 30. Juni 2022 erneut virtuell per Zoom stattfinden wird – die kostenfreie Anmeldung ist bereits jetzt möglich.



Rebecca Zeljar, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Berlin/Brandenburg.

Zeljar: kein arzt-ersetzendes, sondern additionalles Impf-Angebot

Auf eine „Entscheidung der Ersatzkassen ihrem gesetzlichen Auftrag nachzukommen“ ging auch Rebecca Zeljar von der Landesvertretung Berlin/Brandenburg des Verbands der Ersatzkassen e. V. (vdek) in ihrem Vortrag zum vdek-Modellprojekt „Charlottenburg Life: Impfen in der Apotheke – Chancen und Risiken“ ein. Im November 2021 wurde mit Beteiligung von zunächst elf (aktuell 134) Apotheken und einer begrenzten Laufzeit über die beiden Impfsaisons 2021/2022 und 2022/2023 gemeinsam mit dem Berliner Apotheker-Verein Apotheker-Verband Berlin e. V. (BAV) ein regionales Modellvorhaben zur Durchführung von Gripeschutzimpfungen auf den Weg gebracht.

Hier wird jedoch nicht der am 30.6. zu thematisierende § 132e, sondern der § 132j SGBV in Ansatz gebracht, wobei – so gab Zeljar offen zu – „wir uns schon recht schwergetan haben, parallel zur Welt der Impfvereinbarung mit den KVen zusätzliche Modelle“ zu schaffen. Dafür seien neben gewissen grundsätzlichen Voraussetzungen auch Vergütungsfragen, Schulungen und entsprechende Räumlichkeiten, in denen die Impfungen

durchgeführt werden können, zu regeln.

Im Einvernehmen mit dem BAV und in Absprache mit der KV Berlin wäre die Wahl auf den Berliner Stadtteil Charlottenburg-Wilmersdorf gefallen. In der Gesetzesbegründung zum § 132j würden „niedrigschwellige zusätzliche Angebote zum bisherigen Impfangebot“ gefordert, das in der Regel durch Vertragsärzte beziehungsweise durch Betriebsärzte oder auch andere Modelle erbracht würden. Zeljar: „Doch hat eben nicht jeder, gerade in jüngeren Altersbereichen, zwangsläufig einen Hausarzt, geht aber schon mal in eine Apotheke, wo ihm dann eben auch ein entsprechendes Impfangebot unterbreitet werden kann.“ Damit erhofft sich der vdek das generelle Bewusstsein bei allen Versicherten für die Influenzaimpfung zu stärken, insbesondere jedoch bei vulnerablen Zielgruppen.

Das könne natürlich auch per App oder Erinnerung über Smartphones geschehen, doch müsse es geschafft werden, Impfen in den „Fokus der Gedankenwelt der Bevölkerung“ zu bringen. Dies sei gerade im Stadtteil Charlottenburg-Wilmersdorf nötig. Hier liegt nach den von Zeljar präsentierten Zahlen die Grippe-Impfquote bei Über-60-Jährigen teilweise unter 30%, wobei die Impfquote im Berliner Durchschnitt mit 49,1% auch nicht viel besser sei. Wichtig ist ihr die Aussage, dass „Charlottenburg Life: Impfen in der Apotheke“ als beileibe kein arzt-ersetzendes Angebot zu verstehen sei, sondern als eine additionalle Möglichkeit, um Patient:innen und Versicherten eine ergänzende Impf-Möglichkeit bieten zu können. Vor allem hätten Apotheken oft andere Öffnungszeiten als niedergelassene Ärzte und zudem einen niederschwelligeren, schnelleren Zugang zur Patientenschaft, was man in skandinavischen Ländern längst erkannt und genutzt hätte. Zeljar: „Wir denken, dass es auch hierzulande möglich sein muss, weitere Professionen in die Impfungen einbeziehen zu können.“ Natürlich gehe es nicht darum, jedwede Profession einzu-beziehen, doch sei es sinnvoll, Apotheken in diese Präventions-Leistung zu integrieren, auch um eine breitere Arbeitsverteilung auf mehreren Schultern zu ermöglichen und damit vielleicht auch ein wenig Druck von den Ärzt:innen zu nehmen, die womöglich ansonsten noch zusätzliche Sprechstunden gewährleisten müssten, wenn die STIKO-Empfehlungen irgendwann auch nur annähernd erfüllt werden sollten. <<

von:

MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur

- 1: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2704/SI-RL_2021-10-21_iK-2021-12-15.pdf
- 2: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/04_22.pdf?__blob=publicationFile
- 3: Schuler, U., Vergleichende Studie über steigende Quoten der Influenza- und Pneumokokken-Impfung unter Patienten mit chronischen Erkrankungen und Patienten ab 60 Jahren nach Einführung der Praxissoftware Impfdoc, Dissertation Medizinische Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München, 2016
- 4: Weltermann et al., Vaccination Management and Vaccination PLOS ONE 2014 Vol 8, e105119
- 5: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/willkommen/kongresse/Impfen_132e

Ergebnis des Online-Kongresses „Theorie wagen“ von „Monitor Versorgungsforschung“ und BMC e. V. – Teil 3

Weitere Schritte zu einem Theoriebaukasten

Ein Ergebnis der Podiumsdiskussion des Fachkongresses „Theorie wagen“ war es, dass es sinnvoll ist, der Community der Versorgungsforschung eine Art Theoriebaukasten zur Verfügung zu stellen; dies in Form einer Sammlung von Theorien, die aus anderen Wissenschaftsgebieten stammen, jedoch in der Versorgungsforschung einsetzbar sind. Sortiert werden sie zu einem späteren Zeitpunkt nach Typen und Einordnung (einfache, mittlere und hohe Reichweite) sowie nach Herkunft (Wissenschaftsgebiete, aus der sie stammen, wie etwa Soziologie, Verhaltenswissenschaft, Ökonomie etc.). Vorgestellt und beschrieben werden diese durch sogenannte „Pat:innen“.

>> Um zu einem gefestigten Theoriewissen zu kommen, muss man zum einen wissen, welche Theorien es überhaupt gibt und zweitens, welche davon für den Einsatz in der Versorgungsforschung in Frage kommen. In den Vorträgen, die auf dem MVF-Kongress (s. MVF 01/22) gehalten wurden, wurden einige Theorien erwähnt, die in der Tabelle

aufgelistet sind. Dies wird jedoch nur eine erste Schnittmenge in einem längeren iterativen Prozess sein, der irgendwann einmal in einen Baukasten möglicher, in der Versorgungsforschung einsatzfähiger Theorien mündet.

Der Anfang ist gemacht, die weiteren Teile werden online auf dem MVF-Portal unter

dem unten stehenden Link veröffentlicht. Eine Bitte: Melden Sie sich bei der Chefredaktion (stegmaier@m-vf.de), wenn Sie weitere Theorien kennen, die in Frage kommen sollten oder auch Interesse an einer Patenschaft haben. <<

Link: <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Theoriebaukasten>

Der Theoriebaukasten wächst		
Teil	Theorie	Pat:innen
1	Ressourcen-Abhängigkeits-Theorie	Prof. Dr. Lena Ansmann, Helge Schnack, Abteilung Organisationsbezogene Versorgungsforschung, Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften der Universität Oldenburg
2	Health Action Process Approach (HAPA)	Lorenz Harst M.A., Wiss. Mitarbeiter an der Zweigstelle am Medizincampus Chemnitz der TU Dresden, Zentrum für evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV)
3	Neue Institutionenökonomik mit Property-Rights-Theorie, Transaktionskostentheorie und Prinzipal-Agenten-Theorie	Prof. Dr. Dominik Rottenkolber (1), Dr. Matthias Arnold (2), Univ.-Prof. Dr. Volker E. Amelung (2,3); 1: Alice-Salomon-Hochschule Berlin, 2: inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH, Berlin, 3: Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover
4	Normalisierungs-Prozess-Theorie	Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu, Alexandra Piotrowski, Bergisches Kompetenzzentrum für Gesundheitsökonomik und Versorgungsforschung, Bergische Universität Wuppertal
5	Habitus-Theorie	Sara Söling, Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu, wie in 4.
6	Luhmann'sche Systemtheorie	Julia Hoffmann, M.A., Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV)
7	Strukturierungstheorie	Jana Deisner, Institut für Soziologie, TU Berlin / Dr. Carolin Auschra, Fachbereich Wirtschaftswissenschaft, Freie Universität Berlin
8	Theorie der Pfadabhängigkeit	Dr. Carolin Auschra, Prof. Dr. Martin Gersch, Freie Universität Berlin, Fachbereich Wirtschaftswissenschaft
9	Transaktionskostentheorie	Prof. Dr. rer.pol. Hans-R. Hartweg, Hochschule Rhein-Main
10	Hochzuverlässigkeitstheorie	Dr. Carolin Auschra, Freie Universität Berlin
11	Bayes-Theorem	Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann, Abteilung Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen
12	Medikalisierungstheorie	Prof. Karin Hummel, Sandra Wrzeziono, Hochschule Bonn-Rhein-Sieg
13	Kompressionstheorie	Prof. Karin Hummel, Sandra Wrzeziono, Hochschule Bonn-Rhein-Sieg
14	Service-Dominant Logic (SDL)	Prof. Dr. Klaus Nagels, Universität Bayreuth
15	Salutogenese	Prof. Dr. EAM Neugebauer, Prof. Dr. Dawid Pieper, MHB (angefragt)
16	Theorie des geplanten Verhaltens	Patenschaft offen
17	Soziologische Handlungstheorie (Coleman-Modell)	Patenschaft offen
18	Theorie des kommunikativen Handelns (Habermas)	Patenschaft offen
19	Theorie der sozialen Unterstützung (House)	Patenschaft offen

Theorien-Datenbank von MVF

Viele „Pat:innen“ sind bereits gefunden. Sind Sie an einer Patenschaft interessiert? Mailen Sie an stegmaier@m-vf.de

Strukturierungstheorie

Die Strukturierungstheorie des britischen Soziologen Anthony Giddens (1984) ist eine Sozialtheorie, die soziale Praktiken, d. h. wiederkehrende Handlungen, ins Zentrum der Betrachtung und Erklärung stellt. Mittels solcher Praktiken werden Strukturen typischerweise reproduziert, während das Handeln wiederum durch Strukturen bedingt, d.h. beschränkt und ermöglicht, ist. Aus Perspektive der Strukturierungstheorie wäre die Nutzung von ambulanter vor stationärer Versorgung eine solche Praktik. Durch sie werden die ambulanten Infrastrukturen genutzt und so das Vorhandensein eines starken ambulanten Sektors als Strukturmerkmal des deutschen Gesundheitssystems reproduziert. Und zugleich gilt: Nur wenn die ambulante Infrastruktur vorhanden ist und Akteure wie Patient:innen und Gesundheitsfachkräfte „wissen“, dass man regelhaft ambulante Behandlungen vorzieht, kann entsprechend gehandelt werden. Anliegen der Strukturierungstheorie ist es, die Betrachtungsebenen der Handlung und der Struktur stärker als in anderen Ansätzen miteinander zu verbinden und ihre wechselseitige Bedingtheit ernst zu nehmen. Deshalb wird die Theorie in verschiedenen Disziplinen herangezogen, um die Handlungsspielräume von individuellen und kollektiven Akteuren (wie z. B. Organisationen des ambulanten oder stationären Sektors) in regulierten oder institutionalisierten Kontexten mit Blick auf Wandel und Stabilität gleichermaßen auszuloten (vgl. Wilz 2019, Sydow/Wirth 2014 oder den Hond et al. 2012).

>> Aufbauend auf einer kritischen Auseinandersetzung mit verschiedenen in der Soziologie etablierten Theorieansätzen arbeitete Giddens die Strukturierungstheorie aus und präsentiert sie in seinem Werk „The Constitution of Society“ (1984). Im Zentrum der Theorie steht die Annahme, dass soziale Phänomene auf der Ebene sozialer Praktiken – in Zeit und Raum wiederkehrende Handlungsmuster – zu beobachten und analysieren sind. Das heißt, dass die singulären Handlungen individueller oder kollektiver Akteure ebenso wie die Strukturen sozialer Systeme (z.B. Gruppen, Organisationen, Netzwerke, des Gesundheitssystems in seiner Gesamtheit) nur durch ihre Einbindung in soziale Praktiken verstanden werden können. Denn singuläre Handlungen und Strukturen sind im fortlaufenden Prozess der Strukturierung unauflöslich miteinander verknüpft. Strukturen existieren dabei außer in den Erinnerungsspuren der Akteure bzw. Systeme nicht unabhängig von ihrer Produktion bzw. Reproduktion in sozialen Praktiken. Zugleich bilden sie, vermittelt in sozialen Praktiken, die Grundlage sozialen Handelns, da sie dieses zugleich ermöglichen und beschränken. Im Kasten rechts werden die Kernelemente der Strukturierungstheorie anhand von verschiedenen Beispielen aus dem Gesundheitswesen detaillierter vorgestellt. Der Kasten rechts erläutert als Glossar die zentralen Begriffe der Strukturierungstheorie. Nachfolgend werden die Kernelemente der Strukturierungstheorie anhand von verschiedenen Beispielen aus dem Gesundheitswesen detaillierter vorgestellt.

Strukturen: Regeln und Ressourcen

Strukturen können, wenn sie in sozialen Praktiken reproduziert werden, als *Regeln der Bedeutungszuschreibung* oder *Sinnkonstitu-*

Glossar

Knowledgeability: Eigenschaft von individuellen und kollektiven Akteuren. Diese kennen ausreichend die Bedingungen und Wirkungen ihres Handelns, um kompetent auf der Grundlage dieses Wissens handeln zu können

Praktik: in Zeit und Raum wiederkehrende Aktionen bzw. Handlungen. Aktionen sind in der Situation zu beobachtende Handlungen, die im Sozialen zumeist als *Interaktion* auftreten

Soziales System: Geflecht sozialer Beziehungen und Interaktionen, die durch dem System zurechenbare Praktiken reproduziert werden und entsprechende Strukturmerkmale aufweisen

Strukturierung: fortlaufender Prozess der sozialen Praxis, in dem Handlungen Praktiken fortschreiben, verändern oder unterbrechen und dabei auf Strukturen zurückgreifen, die sie hierdurch zugleich reproduzieren

Strukturen: Regeln und Ressourcen, die als Strukturmerkmale ein System kennzeichnen und Praktiken der Systemreproduktion beschränken und ermöglichen

Reflexivität: Fähigkeit von Akteuren oder Systemen, das Strukturierungsgeschehen fortlaufend zu beobachten, zu analysieren und zu evaluieren

Regeln: eine Ausprägung von Strukturen. Unterschieden werden *Regeln der Signifikation* (Regeln der Sinnkonstitution und Interpretation: Was bedeutet das, wie ist Information X zu verstehen, wie ist die Lage?) und *Regeln der Legitimation* (was ist richtig, was ist falsch, was wird als gut oder schlecht betrachtet?)

(Re-)produktion: die Herstellung, Fortschreibung und Veränderung von Strukturen in Praktiken

Ressourcen: eine weitere Ausprägung von Strukturen. Verfügbare und – im Lichte der herrschenden Signifikations- und Legitimationsregeln – akzeptierte Mittel der Machtausübung

„Die Strukturierungstheorie ist eine ‚Grand Theory‘ mit breiter Reichweite, die gesellschaftliche Prozesse umfassend erklären will. Dieser universelle Ansatz schärft auf der einen Seite den Blick für komplexe Wechselspiele, geht auf der anderen Seite aber auch mit Herausforderungen bei der Datenerhebung und -auswertung einher. Dennoch bietet die Strukturierungstheorie vielfältige Ansatzpunkte, um sowohl ganze Versorgungsprozesse in ihrem Kontext als auch einzelne Aspekte wie z.B. die Rolle von Machtverhältnissen in den Blick zu nehmen.“

Jana Deisner, Institut für Soziologie, TU Berlin

Dr. Carolin Auschra, Fachbereich Wirtschaftswissenschaft, Freie Universität Berlin

tion (Signifikation), *Regeln der Legitimation* oder *Ressourcen der Machtausübung* (Domination) zutage treten. Diese drei Dimensionen des Sozialen sind nur analytisch trennbar, rekursiv aufeinander bezogen und bedingen deshalb einander. So kann beispielsweise auf der Bedeutungsebene eine bestimmte Region in Deutschland mit Hilfe der Regeln der Bedarfsplanungsrichtlinie als unterversorgt bestimmt werden (Signifikation). Dadurch ergibt sich eine Legitimation für Beschwerden und Klagen, die sich auf die Norm eines gleichwertigen Zugangs zu Versorgung beziehen. Hierdurch kann der Befund einer Unterversorgung in Verbindung mit ihrer ethischen Bewertung letztlich zur machtvollen Ressource werden, um aus Sicht der lokalen Akteure Fördermittel für die bessere Versorgung der Region zu erhalten. In der Tat wird der Ansatz der Strukturierungstheorie zur Analyse von Machtverhältnissen herangezogen, da er, wie das vorangegangene Beispiel zeigt, nicht mit einem absoluten Machtbegriff arbeitet. Es wird also nicht angenommen, dass Akteure entweder Macht haben oder nicht, sondern gefragt, wer in welcher Beziehung Machtmittel mobilisieren kann und worauf die soziale Wirksamkeit dieser Machtmittel beruht.

Praktiken: Handlungen über Raum und Zeit

Praktiken können eine unterschiedliche Reichweite, d.h. Ausdehnung in Zeit und Raum, haben. Sie können das gewohnheitsmäßige Handlungsmuster beispielsweise einer kleinen Arbeitsgruppe z.B. innerhalb einer Organisation, aber auch gesellschaftsweite Praktiken wie das Tragen von Masken im öffentlichen Nahverkehr bezeichnen. Die Strukturierungstheorie geht dabei davon aus, dass in einer sozialen Praktik immer auch Strukturen verschiedenster Reichweite reproduziert werden können. Daher nimmt die Strukturierungstheorie immer eine Mehrebenenperspektive ein (s. auch Abbildung 2). Beispielsweise werden in einer Interaktion zwischen Ärzt:in und Patient:in Praktiken reproduziert oder verändert. Dabei wird zum einen auf Regeln zugegriffen, die Mediziner:innen in ihrer professionellen Ausbildung erlernt haben (bspw. Regeln der Bedeutungsbestimmung bestimmter Symptome), zum anderen aber auch auf Regeln auf Organisations-ebene (z.B. des Krankenhauses, in dem die Ärzt:in beschäftigt ist) und gesellschaftsweite Regeln der Legitimation ärztlicher Praxis und Praktiken des Vertrauens in ärztliches Wissen. In der Interaktion können diese Regeln zugleich reproduziert, aber auch erschüttert bzw. außer Kraft gesetzt werden, wenn beispielsweise Patient:innen das

Vertrauen in ihre spezifischen Ärzt:innen verlieren.

Akteurskompetenzen: Knowledgeability und Reflexivität

Wenngleich Praktiken und nicht *Akteure* oder ihre singulären Handlungen im Zentrum der Strukturierungstheorie stehen, sind für diesen Ansatz Akteure mit bestimmten Fähigkeiten essenziell:

„It is the specifically reflexive form of the knowledgeability of human agents that is most deeply involved in the recursive ordering of social practices“ (Giddens 1984, S. 3).

Der Begriff „Knowledgeability“ ist schwer ins Deutsche zu übersetzen. Er zielt auf das Wissen von Akteuren um die Bedingungen und Folgen ihres Handelns ab. Dieses Wissen befähigt sie zu handeln, weil sie praktisch wissen, wie man in auftretenden Situationen agiert: Akteure beobachten den fortlaufenden Strom des sozialen Geschehens und kennen daher einen relevanten Teil der – wenn auch nicht alle! – Bedingungen und Wirkungen ihres Handelns. Denn die immer auch vorhandenen unerkannten Handlungsbedingungen können auch zu unintendierten Folgen führen. Das „Kennen“ der Bedingungen und Folgen ist dabei nicht immer als explizites Wissen zu verstehen. Vielmehr findet ein Großteil des „reflexive monitoring“ (der fortlaufenden Beobachtung des Handlungsstromes) auf einer praktischen Bewusstseins-ebene mit implizitem Wissen statt. Diese Ebene wird nur dann verlassen, wenn das bisherige implizite Wissen in anderen Situationen an seine Grenzen stößt (Giddens 1984; s. auch Ortman et al. 1997).

Beispielsweise haben der soziale und politische Umgang mit der Covid-19-Pandemie in vielen Handlungszusammenhängen etablierte Praktiken verändert, weil das „business as usual“ seine Legitimation und seinen praktischen Nutzen verloren haben. Hier können Akteure die Bedingungen ihres Handelns mitgestalten, indem sie etwa neue Technologien wie eine Corona-Warn-App mit einer bestimmten Erwartung einführen. Allerdings nur, wenn sie über die entsprechenden Ressourcen verfügen und die Legitimation beanspruchen können, z. B. Gesetze oder andere Verhaltensnormen entsprechend zu ändern. Dabei können sie aber die Konsequenzen dieses Tuns nicht vollständig überblicken.

Sozialer oder auch organisationaler Wandel ist letztlich nur auf Ebene der Praktiken zu beobachten, also als inkrementelle oder radikale, mehr oder weniger nachhaltige Verschiebung einer Praktik.

Ein neues Gesetz kann dann also nur relevant sein, wenn sich Praktiken unter Bezug auf dieses verändern. Genauso kann eine neue Technologie nur als erfolgreich eingeführt gelten, wenn sie auch genutzt wird. Weder Gesetz noch Technologie determinieren die Nutzung; vielmehr bleiben beide gänzlich irrelevant, wenn sie nicht in Praktiken eingebunden werden.

Verwendung und Nutzen für die Versorgungsforschung

Die Strukturierungstheorie ist eine universelle Prozesstheorie über soziale Systeme, die Handlungsweisen von Individuen, aber auch kollektiven Akteuren wie Gruppen, Organisationen, Netzwerken oder einer ganzen Gesellschaft in den Blick nehmen kann. Da-

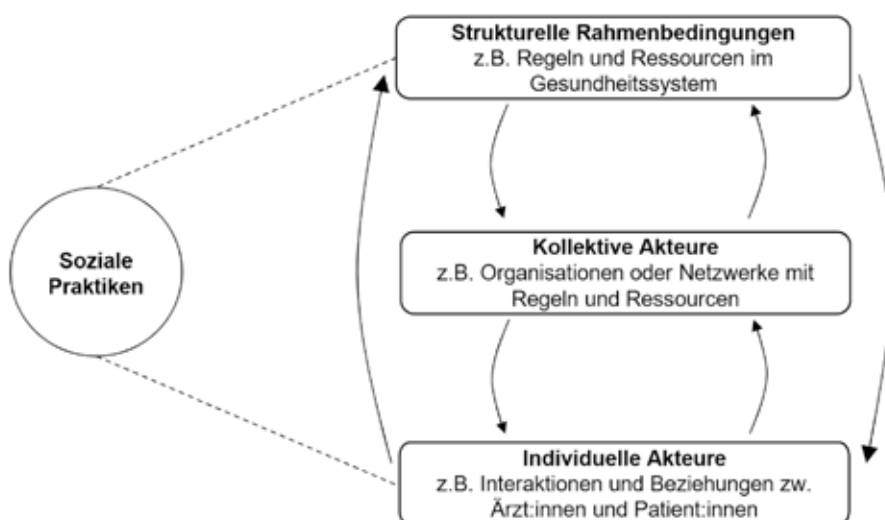


Abb.1: Reproduktion von Strukturen in sozialen Praktiken auf mehreren Ebenen, in Anlehnung an Windeler 2001.

Zitationshinweis

Deisner, J., Auschra, C.: „Strukturierungstheorie“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/22), S. 51-53. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.22.1866-0533.2411>

bei wird das sich gegenseitig bedingende Zusammenspiel von Aktion bzw. Handlung und Struktur in sozialen Praktiken auf verschiedenen Ebenen fokussiert.

Trotz Ursprungs der Theorie in der Soziologie und ihrer breiten entweder direkten und – über die Informierung anderer Theorien (z.B. Neoinstitutionalismus) – indirekten Verwendung in der Management- und Organisationsforschung ist ihre Anwendung in der internationalen Versorgungsforschung seit den 1990er Jahren recht überschaubar. Thematisch adressieren viele dieser Studien die Implementierung neuer Technologien, v.a. in Organisationen (z. B. telemedizinische Anwendungen, elektronische Patientenakten, Medikationssysteme, z.B. Jeffries et al. 2017), aber auch in lokalen Gesundheitssystemen (Shaw et al. 2017). Ein weiteres Anwendungsfeld der Strukturierungstheorie sind Fragestellungen, bei denen die Auswirkung des Kontextes bzw. mehrerer Ebenen – z. B. die gesellschaftlicher Strukturen auf individuelles Gesundheitsverhalten und -erleben (Hinder/Greenhalgh 2012) oder die organisationaler Strukturen auf Praktiken der Koordination von Versorgung (Beringer et al. 2006) – in den Blick genommen werden. Viele Studien greifen dabei einzelne Aspekte der Strukturierungstheorie heraus, so etwa die Wirkung von Regeln, die Allokation von Ressourcen oder Machtbeziehungen innerhalb von Organisationen.

Aufgrund ihres umfassenden Ansatzes wäre die Theorie durchaus dazu geeignet, den Blick für die Komplexität von Gesundheitsversorgung zu schärfen und relevante Faktoren bzw. Rahmenbedingungen zu identifizieren, die Implementierungsvorhaben und Praktiken des Versorgungsalltags beeinflussen und/oder entscheidend von ihnen beeinflusst werden. Mit Blick auf die voranschreitende Digitalisierung des deutschen Gesundheitssystems spielen beispielsweise nicht nur Implementationsprozesse einzel-

ner Technologien in Organisationen und ihre Auswirkungen auf die Patientenversorgung eine Rolle. Auch beeinflusst der Digitalisierungsgrad von Strukturen und Praktiken innerhalb der gesamten Gesellschaft wiederum die Digitalisierung von gesundheitsbezogenen Praktiken auf der Ebene von Organisationen und Patient:innen. Beispiele sind hier Ressourcen wie die Digital Literacy einzelner Patient:innen und Leistungserbringer, ihr Zugang zu digitalen Technologien (z. B. Endgeräte) sowie digitalen Infrastrukturen (z. B. Breitbandausbau), aber auch digitale Ressourcen in anderen Lebensbereichen (z. B. Smart Homes und Hausnotruf). Gleichzeitig stellen gesetzliche Regelungen, ihre beabsichtigten und unbeabsichtigten Folgen sowie die Macht einzelner Akteure wie großer Internetplattformen wichtige weitere Rahmenbedingungen dar. Zur Beantwortung einzelner Teilfragen aus diesem Themenkomplex bieten sich sowohl die Strukturierungstheorie als auch andere, in dieser Serie vorgestellte theoretische Ansätze mit einem engeren Fokus an. So mag es v. a. für politische Entscheidungen informierende, evaluierende Forschungsvorhaben notwendig sein, eine zentrale – linearere – Wirkungsbeziehung innerhalb von Studiendesigns herauszuarbeiten. In diesen Fällen kann die Strukturierungstheorie, quasi als Metatheorie, helfen, den theoretischen Stand eines Vorhabens zu reflektieren.

Kritik und methodische Herausforderungen

Eine verbreitete Kritik und ein Hindernis für die empirische Verwendung der Strukturierungstheorie, auch im Kontext der Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung, ist die Art und Weise, wie Giddens seine Konzepte formuliert hat. Viele Begriffe und Bestimmungen bleiben aufgrund des allgemeinen Geltungsanspruchs sehr abstrakt

Bezeichnung

Strukturierungstheorie

Begründer der Theorie

Anthony Giddens

Zeitpunkt

1984

Zeitlicher Kontext

Giddens entwickelte die Strukturierungstheorie in kritischer Auseinandersetzung mit Struktur- und Handlungstheorien. Erste Überlegungen publizierte er 1976 (New Rules of Sociological Method.) als Auseinandersetzung mit der interpretativen Soziologie. Die Strukturierungstheorie als umfassende Sozialtheorie formulierte er 1984 (The Constitution of Society).

Zentrale Aussage

Handlung und Struktur sind nicht unabhängig voneinander zu denken. Sie sind zwei Seiten derselben Medaille, die in sozialen Praktiken fortlaufend vermittelt werden: Strukturen ermöglichen und beschränken Handlungen, während Handlungen Strukturen reproduzieren.

oder mehrdeutig, sodass sie sich gegen eine klare Operationalisierung und damit Messbarkeit sperren (Walgenbach 2006). Giddens selbst gibt außerdem wenig Hinweise für die Nutzung seiner Theorie in empirischen Studien. Er möchte seine Konzepte lediglich als „sensitizing device“ (Giddens 1984, S. 326) verstanden wissen, die die empirische Arbeit orientieren. Daher erfordert eine Verwendung dieser allumfassenden, eher ganzheitlichen Theorie meist eine kontextspezifische Bestimmung der zu verwendenden Konzepte. Bereits existierende Studien und insbesondere theoretische Weiterentwicklungen bieten viele geeignete Begriffsbestimmungen und Konzepte an, die für die Aus- und Weiterbildung von Praktiker:innen der Gesundheitsversorgung und Versorgungsforschung bedeutsam sind. <<

Literatur

- Beringer, A. J./Fletcher, M. E./Taket, A. R. (2006): Rules and resources: A structuration approach to understanding the coordination of children's inpatient health care. In: Journal of Advanced Nursing 2006, 56, 3: 325–335.
- den Hond, F./Boersma, F. K./Heres, L./Kroes, E. H./van Oirschot, E. (2012): Giddens à la Carte? Appraising empirical applications of Structuration Theory in management and organization studies. In: Journal of Political Power 2012, 5, 2: 239–264.
- Giddens, A. (1984): The constitution of society. Outline of the theory of structuration. Berkeley: University of California Press.
- Giddens, A. (1993 [1976]): New rules of sociological method. A positive critique of interpretative sociologies, 2. Auflage, Cambridge: Polity Press.
- Hinder, S./Greenhalgh, T. (2012): „This does my head in“. Ethnographic study of self-management by people with diabetes. In: BMC Health Services Research 2012, 12: 1–16.
- Jeffries, M./Phipps, D./Howard, R. L./Avery, A./Rodgers, S./Ashcroft, D. (2017): Understanding the implementation and adoption of an information technology intervention to support medicine optimisation in primary care: Qualitative study using strong structuration theory. In: BMJ Open 2017, 7, 5: 1–10.
- Ortmann, G./Sydow, J./Windeler, A. (1997): Organisation als reflexive Strukturierung. In: Ortmann, G./Sydow, J./Türk, K. (Hrsg.): Theorien der Organisation. Die Rückkehr der Gesellschaft. Wiesbaden: 315–354.
- Shaw, J./Shaw, S./Wherton, J./Hughes, G./Greenhalgh, T. (2017): Studying scale-up and spread as social practice: Theoretical introduction and empirical case study. In: Journal of Medical Internet Research 2017, 19, 7: 1–12.
- Sydow, J./Wirth, C. (Hrsg.) (2014): Organisation und Strukturierung. Eine fallbasierte Einführung. Wiesbaden.
- Walgenbach, P. (2006): Die Strukturierungstheorie. In: Kieser, A./Ebers, M. (Hrsg.): Organisationstheorien. 6. Auflage Stuttgart: 403–426.
- Wilz, S. M. (2019): Praxistheorie und Organisationsforschung. Anthony Giddens. In: Apelt, M./Bode, I./Hasse, R./Meyer, U./Groddeck, V. von/Wilkesmann, M./Windeler, A. (Hrsg.): Handbuch Organisationssoziologie. Wiesbaden: 1–19.
- Windeler, A. (2001): Unternehmensnetzwerke. Konstitution und Strukturierung. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Theorie der Pfadabhängigkeit

Die Theorie der Pfadabhängigkeit (David 1985; Arthur 1994; Sydow et al. 2009) ist ein zentraler Ansatz, nicht zuletzt der Organisations- und Managementforschung, um die Rigidität von Organisationen, Technologien oder Systemen gegenüber Wandel zu erklären. Die Theorie geht davon aus, dass sich durch die Folgeentwicklungen nach kritischen, oft möglicherweise zunächst unbedeutend wirkenden Ereignissen der Entscheidungsspielraum von Akteuren sukzessive einschränkt. Selbstverstärkende Mechanismen führen dann zur Herausbildung eines Pfades, der schließlich in ein „Lock-in“ mündet. In diesem Zustand ist eine Abweichung vom Pfad nur noch sehr schwer möglich. Pfadbruchstrategien können allerdings in der Lage sein, die selbstverstärkenden Mechanismen außer Kraft zu setzen oder in eine neue Richtung zu lenken.

>> Die Pfadabhängigkeitstheorie hat ihren Ursprung in der Ökonomie (David 1985; Arthur 1994) und wurde nachfolgend von der Politikwissenschaft (Pierson 2000) sowie der Organisations-, Management- und Information-Systems-Forschung (Singh et al. 2015) aufgegriffen. Nachfolgend wird das „Berliner Pfadmodell“ (Phasen I bis III in der Abbildung), welches die Entstehung von organisationaler Pfadabhängigkeit erklärt, genauer dargestellt (Sydow et al. 2009).

Im Zentrum des Modells steht die Annahme, dass unbeabsichtigte Folgen von Entscheidungen in Kombination mit selbstverstärkenden Mechanismen zu einem möglicherweise nicht optimalen, aber schwer veränderlichen Zustand führen. Dies kann auf verschiedenen Analyseebenen erfolgen, zum Beispiel mit Blick auf die Herausbildung überaus stabiler Sektoren- und Professionsgrenzen im deutschen Gesundheitswesen auf einer Makro-Ebene bis hin zur Etablierung eigentlich ineffizienter Verschreibungspraktiken bei Leistungserbringern auf einer Mikro-Ebene (Reuter 2012). Dabei entsteht Pfadabhängigkeit in drei Phasen: In der ersten Phase existiert eine Vielzahl von Handlungsoptionen. Die Wahl einer dieser Handlungsoptionen – ausgelöst durch ein kritisches Ereignis an einer „critical juncture“ – führt dann zum Wirken eines oder mehrerer selbstverstärkender Mechanismen. Das leitet die zweite Phase ein, in der die selbstverstärkenden Mechanismen greifen und mögliche alternative Handlungsoptionen von

Akteuren und Organisationen zunehmend einschränken. Dies mündet schließlich in die dritte Phase des Lock-in bzw. der Hyperstabilität. Hier ist ein Pfad entstanden, der das Wählen alternativer Handlungsoptionen quasi unmöglich macht. Eine vierte Phase kennzeichnet dann Versuche und deren Folgen, die entstandene Rigidität durch Maßnahmen zu überwinden („Pfadbruchstrategien“) (s. Abb. 1).

Die bestehende Pfadforschung kennt vier Mechanismen, die zur Selbstverstärkung eines Pfades führen können, ohne dass es weiterer Impulse oder Eingriffe von außen bedarf. Hierzu zählen:

- 1) Koordinationseffekte („der Status quo ist mit dem geringsten Koordinationsaufwand verbunden“),
- 2) Komplementaritätseffekte („so, wie alles ist, passt es am besten zusammen“),
- 3) Lerneffekte („Lernen erster Ordnung stabilisiert bestehende Muster“) und
- 4) adaptive Erwartungen („selbsterfüllende Prophezeiungen, insb. beim Blick mehrerer Personen auf zukünftige Entwicklungen“).

Im Rahmen der Pfadtheorie gilt die Annahme, dass bewusste Handlungen von Akteur:innen wie z.B. Gesundheitsmanager:innen zwar die Pfadabhängigkeit bedingen; dies aber nicht zwangsweise so beabsichtigt war. Deren Verhalten kann aus der individuellen

Literatur

- Arthur, W. (1994): Increasing returns and path dependence in the economy. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.
- Auschra, C./Sydow, J. (2021): Path dependence and integrated care. In: Amelung, V./Stein, V./Suter, E./Goodwin, N./Nolte, E./Balicer, R. (Hrsg.): Handbook Integrated Care. Cham: 119–129.
- David, P. A. (1985): Clio and the economics of QWERTY. In: American Economic Review 1985, 75, 2: 332–337.
- Gematik (2022): Interoperabilität im Gesundheitswesen. In: <https://www.gematik.de/telematikinfrastruktur/iop> (zugegriffen am 24. April 2022).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2022): G-BA Innovationsfonds. In: <https://innovationsfonds.g-ba.de> (zugegriffen am 24. April 2022).
- Gersch, M./Sydow, J. (2017): Der Innovationsfonds aus Sicht der Innovationsforschung. In: Amelung, V.E./Eble, S./Hildebrandt, H./Knieps, F./Lägel, R./Ozegowski, S./Schlenker, R.-U./Sjuts, R. (Hrsg.): Innovationsfonds. Impulse für das deutsche Gesundheitssystem. Berlin: 58–64.
- Ilott, I./Gerrish, K./Eltringham, S. A./Taylor, C./Pownall, S. (2016): Exploring factors that influence the spread and sustainability of a dysphagia innovation: An instrumental case study. In: BMC Health Services Research 2016, 16, 1: 1–14.
- KHZG (2021): KHZG – Das Krankenhauszukunftsgesetz. In: <https://khzg.de> (zugegriffen am 24. April 2022).
- Krantz, U./Knoch, M. von (2013): Pfadabhängigkeiten als Hemmnisse von Reorganisationsprozessen in Krankenhäusern: Am Beispiel von Koordinationseffekten. In: Gesundheitswesen 2013, 75, 10: 658–659.
- Matsuoka, H./Yamaguchi, H. (2011): Path dependence in social and psychological risk factors for dementia. In: Dementia & Neuropsychologia 2011, 5, 1: 2–7.
- Pierson, P. (2000): Increasing returns, path dependence, and the study of politics. In: American Political Science Review 2000, 94, 2: 251–267.
- Reuter, A. (2012): Die Wandlungsresistenz ärztlicher Praktiken in einem dynamischen Versorgungsfeld. Eine prozessorientierte Analyse ärztlicher Verschreibungspraktiken in der Diabetikerbehandlung (Typ 2) im Zeitraum von 1993 bis 2009. Berlin: Doctoral Dissertation. Freie Universität Berlin.
- Schreyögg, G./Sydow, J./Koch, J. (2003): Organisatorische Pfade – Von der Pfadabhängigkeit zur Pfadkreation? In: Managementforschung 2003, 13: 257–294.
- Schreyögg, J. (2004): Pfadabhängigkeit der Entscheidungsprozesse am Beispiel des deutschen Gesundheitswesens. In: WiSt – Wirtschaftswissenschaftliches Studium 2004, 33, 6: 359–363.
- Singh, R./Mathiassen, L./Mishra, A. (2015): Organizational path constitution in technological innovation: Evidence from rural telehealth. In: MIS Quarterly 2015, 39, 3: 643–665.
- Stache, F./Sydow, J. (2022): Breaking a path by creating a new one – How organizational change boosts children’s cancer care. In: Organization Studies 2022, 43: im Druck.
- Stegemann, L./Gersch, M. (2019): Interoperability – Technical or economic challenge? In: it – Information Technology 2019, 61, 5-6: 243–252.
- SVR (2021): Digitalisierung für Gesundheit. Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems: Gutachten 2021. Bern: Hogrefe Verlag.
- Sydow, J./Schreyögg, G./Koch, J. (2009): Organizational path dependence: Opening the black box. In: Academy of Management Review 2009, 34, 4: 689–709.
- Sydow, J./Schreyögg, G./Koch, J. (2020): On the theory of organizational path dependence: Clarifications, replies to objections, and extensions. In: Academy of Management Review 2020, 45, 4: 717–734.
- Sydow, J./Windeler, A./Müller-Seitz, G./Lange, K. (2012): Path constitution analysis. A methodology for understanding path dependence and path creation. In: Business Research 2012, 5, 2: 155–176.
- Wilsford, D. (1994): Path dependency, or why history makes it difficult but not impossible to reform health care systems in a big way. In: Journal of Public Policy 1994, 14, 3: 251–283.

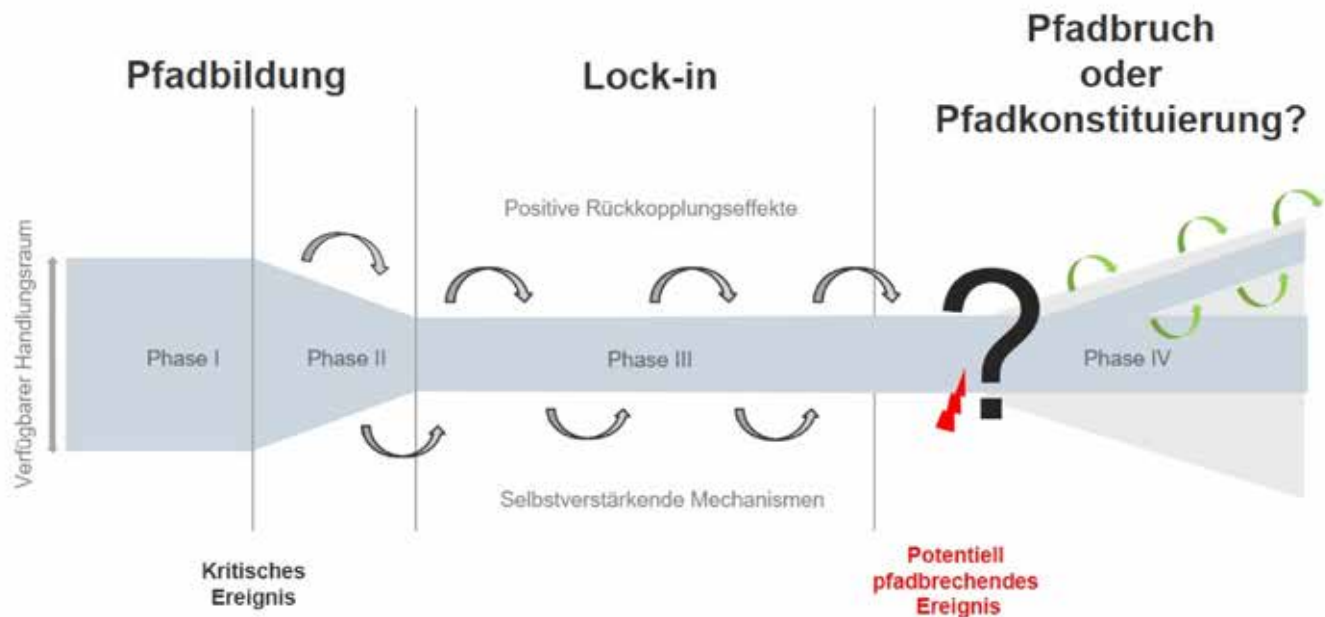


Abb. 1: Pfadabhängigkeitstheorie (basierend auf Gersch/Sydow 2017).

Perspektive durchaus sinnvoll erscheinen. Erst das Zusammenwirken einer Vielzahl von Entscheidungen und hierbei wirksamer Mechanismen bedingen dann die skizzierten Auswirkungen eigendynamischer Vorgänge. Pfadabhängigkeit kann also „hinter dem Rücken“ von Akteuren entstehen und schwer zu bemerken sein. Gleichzeitig kann eine bestehende Pfadabhängigkeit eine Zeit lang, z. B. unter gleichbleibenden Rahmenbedingungen, einen, zumindest für einzelne Sta-

keholder, besonders effizienten Zustand darstellen. Beides erschwert ein Durchbrechen von Pfadabhängigkeit.

Pfadbruch als Ausweg?

Pfadbruchstrategien (s. Phase IV in der Abbildung) werden als ein möglicher Ausweg aus Pfadabhängigkeiten diskutiert. Sie sollen spätestens dann angewendet werden,

wenn die Pfadabhängigkeit keinen effizienten Zustand mehr darstellt. Pfadbruchstrategien setzen im Idealfall selbstverstärkende Mechanismen außer Kraft und können die Erschaffung eines neuen Pfades (Pfadkreation) bedingen. Hierzu diskutiert die Literatur z.B. diskursive Praktiken, regulatorische Eingriffe und die Veränderung von bestehenden Machtstrukturen (Schreyögg et al. 2003).

Allerdings sind die Erfolgsaussichten die-

Bezeichnung

Theorie der Pfadabhängigkeit

Begründer

Paul David, Brian W. Arthur

Zeitpunkt

1985

Zeitlicher Kontext

Die Pfadabhängigkeitstheorie wurde in den 1980er Jahren von Ökonomen entwickelt und hat im Laufe der Zeit auch in weiteren Disziplinen an Bedeutung gewonnen. Mit Blick auf Organisationen ist das „Berliner Pfadmodell“ (Sydow et al. 2009) zentral.

Zentrale Aussage

Pfadabhängigkeiten, ausgelöst durch selbstverstärkende Mechanismen, können Organisationen, Technologien oder System in ein „Lock-in“ führen, der Wandel verhindert.

„Aufgrund der Wandlungsresistenz in der Gesundheitsversorgung erscheint die Theorie der Pfadabhängigkeit sehr attraktiv, um festgefahrene Zustände zu erklären – etwa mit Blick auf die nur langsam voranschreitende Digitalisierung oder die weiterhin bestehende Sektorentrennung. Gleichzeitig hat sie das Potenzial, selbstverstärkende Mechanismen als Ursache für Hyberstabilität aufzudecken und so Vorschläge für Veränderung abzuleiten. Allerdings bleibt dies aufgrund der Komplexität von Gesundheitsversorgung herausfordernd. Dies gilt nicht nur mit Blick auf das analytische Aufdecken von selbstverstärkenden Mechanismen, sondern auch hinsichtlich des notwendigen Veränderungswillens einzelner Akteure. Die Theorie der Pfadabhängigkeit schärft den Blick für realistische Ziele bei Veränderungsvorhaben, vor allem die Demut einzelner Akteure, dass es alleine und gegen Eigendynamiken weniger Sinn ergibt, als abgestimmt in den richtigen Zeitfenstern.“

**Dr. Carolin Auschra, Prof. Dr. Martin Gersch,
Fachbereich Wirtschaftswissenschaft, Freie Universität Berlin**

ser und weiterer denkbarer Pfadbruchstrategien bisher nur relativ weniger erforscht als die Entwicklung und Wirkung von Pfadabhängigkeit.

Potenziell pfadbrechende Ereignisse (z. B. groß angelegte politische Reformen, die Corona-Pandemie) könnten ein weiterer Auslöser für einen möglichen Pfadbruch sein (Sydow et al. 2020). Allerdings zeichnen sich Gesundheitssysteme durch eine hohe Komplexität und viele Interdependenzen aus, was das Durchbrechen einmal etablierter selbstverstärkender Mechanismen extrem erschweren kann. Obwohl Pfadbrüche im Gesundheitswesen dokumentiert sind (Singh et al. 2015; Stache/Sydow 2022), stellen sie gleichzeitig mit Blick auf das deutsche Gesundheitssystem eine enorme gestalterische Herausforderung dar (Schreyögg 2004; Gersch/Sydow 2017).

Verwendung und Nutzen für die Versorgungsforschung

Die Theorie der Pfadabhängigkeit beschreibt mit der Hyperstabilität eines Systems nicht nur einen Ist-Zustand. Vielmehr handelt es sich um eine Prozesstheorie, die den Weg zu diesem Zustand – bzw. sein Durchbrechen – in den Blick nimmt. Somit kann dieser theoretische Ansatz die Stabilität bzw. Veränderung von sozialen und technischen Systemen erklären. Auf den ersten Blick erscheint die Pfadtheorie daher als überaus attraktiv, um festgefahrene Zustände und Wandlungsresistenzen in der Gesundheitsversorgung auf technologischer, organisationaler und systemischer Ebene zu illustrieren. Pfadabhängigkeit wird dabei als Ursache für eine in Deutschland weiterhin bestehende Sektorentrennung (z. B. Auschra/Sydow 2021), eine langsam voranschreitende Digitalisierung (SVR 2021) oder eine generelle Rigidität gegenüber Innovation (Gersch/Sydow 2017) angenommen.

Somit ist die Pfadtheorie in der Lage, Entwicklungen in Gesundheitssystemen ex post und auf verschiedenen Analyseebenen zu erklären. Vor allem Politikwissenschaftler:innen haben die Theorie angewandt, um Mechanismen der Wandlungsresistenz ganzer Gesundheitssysteme darzustellen (z. B. Wilsford 1994). Dies zeigt die Rahmenbedingungen, unter denen Versorgungsorganisationen agieren, und damit verbundene Auswirkungen auf, wie etwa die Trägheit gesundheitlicher Versorgung gegenüber (gesundheits-) politisch oder wirtschaftlich wünschenswertem Wandel. Ökonom:innen konnten beispielsweise zeigen, dass die Versorgung von Diabetespatienten von Lerneffekten und adaptiven Erwartungen auf der Ebene der einzelnen Handelnden in einer unerwünschten Weise stabilisiert werden (Reuter 2012).

Gleichzeitig kann die Theorie auch einen vorausblickenden Charakter entwickeln. Dies geschieht, wenn sie zur Identifikation selbstverstärkender Mechanismen eingesetzt wird, um so z. B. Prognosen für vermutete Standardisierungsprozesse oder Perspektiven für eine unter Umständen ungewünschte Pfadentstehung oder einen zukünftigen Pfadbruch zu entwickeln. Ein Beispiel hier wäre die Frage, welche Mechanismen wie etwa Koordinations- und Komplementaritätseffekte in Kombination mit adaptiven Erwartungen zu mangelnder Interoperabilität technologischer Standards im deutschen Gesundheitswesen führen (Stegemann/Gersch 2019). Eine Überwindung des Lock-in in anbieter-individuelle Spezifikationen sowie isolierte Datensilos könnte gelingen, wenn eine geeignete Kombination aus regulativem Rahmen und ökonomischen Anreizen für die Verwendung internationaler Standards ein neues Momentum schaffen. Dadurch würde jede Entscheidung von einer neuen, veränderten Erwartung getragen, was zu einer hinreichend „kritischen Masse“ an neuen Lösungsimplementie-

rungen führen könnte, insbesondere bei einer gleichzeitigen Unterstützung durch entsprechende infrastrukturelle Ankündigungen und Maßnahmen. Dennoch bleibt offen, ob dies durch eine Kopplung des aktuellen KHZG (2021) an die Beachtung internationaler Standards, einem gematik Kurswechsel zur Ankündigung einer TI 2.0 und zur Einrichtung eines Interoperabilitätsrats („INTEROP Council“: gematik 2022) sowie der Änderung der Förderbedingungen des Innovationsfonds (Gemeinsamer Bundesausschuss 2022) besser gelingen kann als bei vorherigen Versuchen (Gersch/Sydow 2017).

Überraschenderweise gibt es bisher wenige Studien aus dem Bereich der Versorgungsforschung, die die Pfadtheorie nutzen (Auschra/Sydow 2021). Dies mag daran liegen, dass die Theorie vor allem dazu geeignet ist, Prozesse rückblickend zu erklären sowie komplexe empirische Erhebungen voraussetzt (s. unten). Allerdings wird die Pfadabhängigkeitstheorie hier nicht nur auf der Ebene des Gesundheitssystems genutzt. So wird dargelegt, dass selbstverstärkende Mechanismen die Reorganisation von Krankenhäusern hemmen (Krantz/Knoch 2013) oder auf organisatorischer Ebene die Implementation von Versorgungsinnovationen behindern können (z. B. Ilott et al. 2016). Wenige Studien wenden die Theorie der Pfadabhängigkeit im Kontext einzelner Indikationen an, zum Beispiel Reuter (2012) für Diabetes oder Matsuoka und Yamaguchi (2011) für Demenz.

Methodische Herausforderungen und blinde Flecken

Die Messung bzw. der Nachweis von Pfadabhängigkeit ist mit methodischen Herausforderungen verbunden (siehe auch Sydow et al. 2012; Sydow et al. 2020). So ist es naheliegend, bei einer beobachteten starken Wandlungsresistenz eine Pfadabhängigkeit zu vermuten. Diese Vermutung wird jedoch bislang eher selten durch die Darstellung der zur Pfadabhängigkeit führenden Ursachen – kritische Ereignisse und selbstverstärkende Mechanismen – untermauert (Auschra/Sydow 2021). Dies kann in den meisten Fällen nur durch eine detaillierte, oft rückblickende Analyse erreicht werden – was insbesondere bei der Untersuchung von Pfadabhängigkeiten auf systemischer Ebene sehr aufwändig ist. Beispielsweise ist die Identifikation eines kritischen Ereignisses, das zur Pfadabhängigkeit geführt hat, im Nachhinein systematisch schwierig. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn das Ereignis weit zurückliegt und Forschungsergebnisse vom Erinnerungsvermögen bestimmter Schlüsselpersonen abhängen. Auf jeden Fall setzt die Analyse von Pfadabhängigkeiten longitudinale und nach Möglichkeit mehrere Ebenen adressierende Datenerhebungen voraus.

Die Pfadabhängigkeitstheorie bietet sich kaum bei der Evaluation konkreter Innovationen zur Verbesserung der Versorgung an. Nichtsdestotrotz liegt die Stärke dieser Theorie darin, historische Rahmenbedingungen, die die Implementation einer solchen Innovation erschweren, reflektierend in den Blick zu nehmen und damit eine fundierte Analyse der allseits bekannten Rätsel zu ermöglichen: warum fallen Veränderungen so schwer, warum sind sie bzgl. Verlauf und Ergebnis so wenig vorhersehbar und warum gelingen Veränderungsvorhaben so oft nicht? <<

Zitationshinweis

Auschra, C., Gersch, M.: „Theorie der Pfadabhängigkeit“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/22), S. 54-56. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.22.1866-0533.2412>

AWMF fordert nationale Strategie für evidenzbasiertes Wissen

>> Im Rahmen einer Pressekonferenz anlässlich des Berliner Forums der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) diskutierten kürzlich Expert:innen, wie Leitlinienwissen künftig noch besser entstehen und den Patient:innen noch schneller zugutekommen kann. Das Fazit und die Forderung der AWMF: Es bedarf einer nationalen Strategie zur Digitalisierung der Leitlinien und deren Integration in sämtliche digitale Gesundheitsanwendungen, der wissenschaftlichen Nutzung von Routinedaten aus der Patientenversorgung für Forschungszwecke sowie attraktive Karrierewege für wissenschaftlich arbeitende Mediziner:innen.

Damit digitale Gesundheitsanwendungen dazu beitragen können, die medizinische Versorgung zu verbessern, sei es „entscheidend, dass die Daten, die den Anwendungen zu Grunde liegen, evidenzbasiert sind“, betont Professor Dr. med. Rolf-Detlef Treede, Präsident der AWMF. Im Rahmen des Digitale-Versorgung-Gesetzes habe die Politik bereits begonnen, die Erstellung qualitätsgesicherter Leitlinien finanziell und operational zu unterstützen. So kann inzwischen der Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) die Erstellung von Leitlinien in bestimmten Themenfeldern fördern, beispielsweise zu seltenen Erkrankungen oder im Bereich der Infektionskrankheiten. „Dieser Weg muss in Zukunft intensiviert und verstetigt werden“, betont Treede. Neben der Förderung der Leitlinienentstehung sei es aber auch wichtig, die Di-

gitalisierung der Leitlinien voranzutreiben, damit „Wissen für unterschiedliche Akteure im Gesundheitswesen jederzeit und ortsunabhängig unmittelbar in der Krankenversorgung verfügbar gemacht“ werde.

Für die aktuelle Legislaturperiode fordert die AWMF deshalb eine nationale Strategie, um evidenzbasiertes Wissen in digitalen Gesundheitsanwendungen, Patienteninformationen oder Arztinformationssystemen zu integrieren. „Diese sollte unter anderem eine unabhängige Finanzierung der Digitalisierung von Leitlinienwissen enthalten – zum Beispiel in Form eines Fonds, in den alle Institutionen einzahlen, die von der Leitlinienerstellung profitieren“, erläutert Treede.

Da die medizinische Forschung und deren Erkenntnisse die Basis für Leitlinien und damit für eine hochwertige und evidenzbasierte medizinische Versorgung bilden, ist aber noch ein zweiter Schritt für eine bessere Möglichkeit der Datennutzung wichtig. „Die Gesetzgebung hat in den vergangenen Jahren zunehmend Hürden für die klinische Forschung aufgebaut, was am Beispiel der Digitalisierung besonders deutlich wird“, sagt Professor Dr. med. Dr. med. dent. Henning Schliephake, stellvertretender Präsident der AWMF. Weil Gesundheitsdaten bereits heute digital erfasst würden, entstünden in den Registern der Krankenkassen große Mengen an medizinischen Informationen. Sie könnten dazu beitragen, Kenntnisse über die medizinische Versorgungsrealität zu gewinnen: Mit Hilfe dieser Routinedaten lasse sich beispielsweise der unmittelbare Nutzen bestimmter Behandlungen oder Therapeutika erforschen. Derzeit stünden diese Daten aber nicht für die Forschung zur Verfügung. Auch bei der Nutzung von Registerdaten gebe es bürokratische Hürden für die Forschung. „Es besteht die Gefahr, dass hier riesige Datenfriedhöfe entstehen, deren großes Potenzial für die Gesundheitsforschung ungenutzt bleibt“, hebt Schliephake hervor.

Die AWMF fordert die Politik deshalb auf, die Nutzung von Gesundheitsdaten für die Forschung klar zu regeln und den Zugang zu diesen Daten zu erleichtern. „Sensible Gesundheitsdaten genießen zurecht einen besonderen Schutz. Diese berechtigten Schutzinteressen muss der Gesetzgeber mit dem ebenfalls berechtigten Forschungsinteresse in Einklang bringen – zum Wohle der Patientinnen und Patienten“, so der stellvertretende Präsident der AWMF. <<

Link: <https://bit.ly/3sbA9cj>

Der Kalte Krieg der Generationen

Autor: Pantel, J.

Der Kalte Krieg der Generationen

Verlag: Herder 2022

272 Seiten, Paperback

ISBN-Print: 978-3-451-39082-1

ISBN-PDF: 978-3-451-82704-4

ISBN-EPUB: 978-3-451-82699-3

Preis: 22,00 Euro

>> „Sozialverträgliches Frühableben“, ein Zitat von Kars-ten Vilmar, dem damaligen Ärztekammerpräsidenten, galt als das Unwort des Jahres 1998. Exakt sagte er in einem Radiointerview mit dem NDR:



„Dann müssen die Patienten mit weniger Leistung zufrieden sein, und wir müssen insgesamt überlegen, ob diese Zählebigkeit anhalten kann, oder ob wir das sozialverträgliche Frühableben fördern müssen.“

Dr. Johannes Pantel, der Autor des absolut lesenswerten Buchs „Der Kalte Krieg der Generationen“ und Professor für Altersmedizin mit Schwerpunkt Psychogeriatric und Klinische Gerontologie an der Goethe-Universität Frankfurt, würde das – obwohl von Vilmar ironisch gemeint – vielleicht nicht gleich einen Aufruf zum „Senizid“ nennen, wohl aber als „das schleichende Gift der Gerontophobie“, denn – so eine Kapitelüberschrift – „das Aufrüsten beginnt in den Köpfen“. Pantel, Jahrgang 1963, und damit selbst ein Vertreter der Babyboomer-Generation, weiß genau, wovon er spricht. Und wie sich Gerontophobie herleitet: aus Altersbildern, unter denen man in der gerontologischen Forschung „individuelle und gesellschaftliche Vorstellungen vom Alter, vom Altern oder von alten Menschen“ versteht. <<

Wenn Sie ein interessantes Fachbuch kennen, das wir vorstellen sollen, mailen Sie bitte an stegmaier@m-vf.de

Krankenhaus-Kommission berufen

>> Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach, hat die „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ berufen. Besetzt ist die Kommission mit 15 Expert:innen aus der Versorgung (Pflege und Medizin), der Ökonomie, der Rechtswissenschaften und einem an das BMG angebotenen Koordinator. <<

Allgemeinmedizin

Spezialisiert
auf den
ganzen
Menschen

Serie (Teil 36): Lehrstuhl „Multimedikation und Versorgungsforschung“ am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt

„Energetische Atmosphäre mit inspirierendem Austausch“

Der Lehrstuhl „Multimedikation und Versorgungsforschung“ am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt ist der bisher einzige in Deutschland, der von einem Dienstleister gestiftet worden ist. Der viel zu früh verstorbene Stifter und Inhaber von Insight Health, Roland Lederer († 2019), hatte die feste Überzeugung, dass Daten an sich keinen großen Wert haben, sondern das, was man aus ihnen macht, den Wert darstellt. Mit der Bezeichnung des 2019 gegründeten Lehrstuhls „Multimedikation und Versorgungsforschung“ wurde ganz klar die Versorgungsforschung in den Vordergrund gestellt. In diesem Sinne werden auch neue Studien am Arbeitsbereich konzipiert: Diese zielen darauf ab, das Leben von Patient:innen mit Multimorbidität und Multimedikation zu erleichtern und Patientenpräferenzen zu berücksichtigen.

>> Das Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität, an dem der Stiftungslehrstuhl angesiedelt ist, hat eine reiche und lange Tradition der Versorgungsforschung im Bereich Multimorbidität und Multimedikation. Mit dem 2019 neugegründeten Lehrstuhl „Multimedikation und Versorgungsforschung“, eingebettet in ein vielfältiges Institutsteam, ergab sich hier für Professorin Dr. Marjan van den Akker eine ausgezeichnete Möglichkeit, ihren Horizont zu erweitern und nach über 25 Jahren Tätigkeit an der Universität Maastricht ihre

Wirkungsstätte nach Frankfurt am Main zu verlegen. Nicht aber ihr Tätigkeitsfeld. Denn seit Beginn ihrer wissenschaftlichen Laufbahn widmet sie sich dem Thema Multimorbidität. Begonnen hat sie, bedingt durch ihren Hintergrund als Epidemiologin, mit Prävalenzstudien, der Identifikation von Konsequenzen von Multimorbidität und den Risikofaktoren für Multimorbidität. Dabei ist Marjan van den Akker schon früh klargeworden, dass die Versorgung von Patient:innen mit Multimorbidität eine Herausforderung ist, vor allem in der Allgemeinmedizin, weil



Prof. Dr. Marjan van den Akker

ist seit 2019 Professorin für Multimedikation und Versorgungsforschung am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt und leitet dort den Arbeitsbereich „Multimedikation und Versorgungsforschung“. Ebenso ist sie seit 2019 Gastprofessorin in der Abteilung Familienmedizin, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI) der Universität Maastricht, Niederlande. Ihre Forschungsaktivitäten konzentrieren sich auf Komorbidität, Multimorbidität, Multimedikation, medizinische, demografische und psychologische Profile anhand von Längsschnittuntersuchungen, die Gesundheit von älteren Krebspatient:innen/-überlebenden und die Rolle der Familienmedizin in der Betreuung von Krebsüberlebenden.

Studium:

1999: Promotion zum Thema „Multimorbidität bei Patient:innen in der Hausarztpraxis. Prävalenz, Inzidenz und Faktoren der multiplen Pathologie“, Doktorväter Prof. J.A. Knottnerus, Prof. F. Buntinx, Prof. J.F.M. Metsemakers.

1987-1992: Master der Gesundheitswissenschaft, Spezialisierung Pflegewissenschaft, Universität Maastricht, Niederlande.

Patient:innen häufig Hausarztpraxen aufsuchen und Hausärzt:innen den Überblick über die komplexen Versorgungsbedarfe behalten müssen. Marjan van den Akker: „Die Versorgungsqualität dieser Patientenzielgruppe zu verbessern, ist komplex, weil gerade für die Versorgung in den Hausarztpraxen keine Laborbedingungen für Studien vorliegen. Das macht die Domäne der Versorgungsforschung zu einem spannenden Arbeitsfeld.“

Der Lehrstuhl ist genau für und auf diese Patientenzielgruppe ausgerichtet; Menschen mit Multimedikation. Überwiegend haben diese Menschen auch Mehrfacherkrankungen und müssen sich in der Regel mit unterschiedlichen Fachärzt:innen beschäftigen. Demzufolge kann es zu Behandlungen kommen, die untereinander unzureichend abgestimmt sind, wodurch es bei Patient:innen zu Interaktionen und Nebenwirkungen kommen kann. Gerade in diesem Bereich gibt es zunehmend (digitale) Tools, die Ärzt:innen bei der Verschreibung oder Prüfung von Medikamenten unterstützen können. Jedoch, so Marjan van der Akker: „Die Implementierung dieser Tools bedarf maßgeschneiderter und flexibler Umsetzung in die Praxis, wobei auch die Stimme des Patienten nicht ignoriert werden darf.“

Die hier tätige Arbeitsgruppe hat eine interprofessionelle Zusammensetzung, bestehend aus Mitarbeiter:innen mit unterschiedlichen Hintergründen in den Bereichen Epidemiologie, Gesundheitswissenschaften, Pharmazie, Allgemeinmedizin und Geowissenschaften, wo jeder eigene Perspektiven mitbringt. „Dadurch entsteht eine positive und energetische Arbeitsatmosphäre mit inspirierendem Austausch“, sagt Marjan van den Akker, die hierin einen großen Mehrwert sieht: „Wir lernen viel voneinander und leisten gemeinsam eine hohe Arbeitsqualität.“

Das ist wichtig und notwendig. Denn die Versorgung von Patient:innen mit Multimorbidität und Multimedikation ist hochkomplex, sowohl für die Patient:innen als auch für die Versorger:innen. Patient:innen haben zudem viele Kontakte zu Hausärzt:innen, zu Fachärzt:innen und zu anderen Leistungserbringern – wie Physiotherapeut:innen, Psychotherapeut:innen oder Ernährungsberater:innen – und demzufolge auch unterschiedliche medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlungen, die mal mehr und mal weniger gut aufeinander abgestimmt sind. Darüber hinaus greifen Patient:innen häufig zu freiverkäuflichen Me-

dikamenten und anderen zusätzlichen Hilfsmitteln. „Manche kommen damit sehr gut zurecht, für andere ist es schwierig, den Überblick zu behalten – zum Beispiel haben sie Schwierigkeiten, das Einnahmeschema von Medikamenten einzuhalten“, sagt Marjan van den Akker. Auch von ärztlicher Seite fehle manchmal der Überblick über die Gesamtdiagnosen und die verordneten Therapien. Um das zu verbessern, brauche es maßgeschneiderte komplexe Interventionen, die einerseits zur Praxisroutine und andererseits zum Alltag der Patienten passen. „Nur wenn die unterschiedlichen Perspektiven und Präferenzen von Patient:innen und Versorger:innen berücksichtigt werden, haben wir eine Chance, die Versorgung nachhaltig zu verbessern, sodass beide Parteien davon profitieren“, setzt sie dazu.

Die in der Kürze des Bestehens des Lehrstuhls größte Herausforderung und Chance ist ihrer Meinung nach die Vielfältigkeit der Arbeitsbereiche. „Das beginnt beim Erkenntnisgewinn durch die Studien, die wir durchführen, bis hin zum Zusammenbringen bisheriger Ergebnisse durch systematische Literaturstudien im Bereich Multimorbidität und Multimedikation“, sagt sie. Genauso wichtig sind ihr aber auch die weiteren Schritte, bei denen das gewonnene Wissen mit Patient:innen, Leistungserbringern und den nachfolgenden Generationen von Leistungserbringern geteilt werden. Dies erfolge durch laienverständliche Informationsmaterialien und Bürgerforen, durch nationale und internationale Publikationen und Präsentationen, aber auch durch ein interprofessionelles Wahlfach zur Versorgung von Patient:innen mit Multimorbidität und Multimedikation, das für Student:innen der Humanmedizin und der Pharmazie zugänglich ist. <<

Ihr Institut fehlt?

Wenn Sie der Ansicht sind, dass in der MVF-Serie „Versorgungsforschung made in ...“ auch Ihre Abteilung oder Ihr Institut an einer Universität oder Hochschule (nicht nur mit Lehr-, sondern auch mit Forschungstätigkeit) vorgestellt werden sollte, mailen Sie bitte an redaktion@m-vf.de oder direkt an MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier (stegmaier@m-vf.de).



Mirjam Dieckelmann,
wissenschaftliche Mitarbeiterin

>> Warum arbeiten Sie am Arbeitsbereich für Multimedikation und Versorgungsforschung des Instituts für Allgemeinmedizin Frankfurt?

Mich motiviert, dass das Thema der Multimorbidität viele Anknüpfungspunkte zu anderen Forschungsbereichen, innerhalb wie außerhalb der Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, generiert. Die komplexe Natur des Phänomens Multimorbidität unterstreicht auch in der Versorgungspraxis die Wichtigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit auf Augenhöhe. Ich erlebe es als große Bereicherung Teil eines Teams sein zu dürfen, dass diese Interdisziplinarität durch unterschiedliche akademische Hintergründe verkörpert und gemeinsam in wissenschaftliches Denken und Handeln übersetzt.

Was zeichnet in Ihren Augen den Arbeitsbereich aus?

Die Vernetzung spielt eine große Rolle, da das Thema der Multimorbidität viele weitere in der allgemeinmedizinischen Lehre, Weiterbildung und Forschung behandelten Themen tangiert. So ist die Arbeit des Teams von vielseitigen Kooperationen, auch instituts- und fakultätsübergreifend, geprägt, die uns ermöglichen neue Versorgungs- und Forschungskontexte kritisch zu durchdenken und gemeinsam weiterzuentwickeln. Darüber hinaus genießt der Arbeitsbereich eine sehr gute internationale Vernetzung mit Forscher:innen, die auf verschiedenen Teilen des Globus das Ziel verfolgen, die Versorgung für Menschen mit mehrfachen Erkrankungen zu verbessern.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Im Rahmen des Frankfurter Forums für Multimorbidität und Multimedikation (FM²) realisieren meine Kolleg:innen und ich Veran-

staltungen für Bürger:innen, Hausärzt:innen und Expert:innen, die den Transfer von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die breite Öffentlichkeit, die allgemeinmedizinische Praxis und den interkollegialen Austausch fördern. Mit der Prävalenzstudie zu Multimorbidität im Kindes- und Jugendalter (MiKi) gehen meine Kolleg:innen und ich der Frage nach, inwiefern junge Menschen in Deutschland von Mehrfacherkrankung betroffen sind. Die Analysegrundlage bilden Daten des Wissenschafts-Data-Warehouse der BARMER.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Mich interessiert insbesondere die Synthese von Evidenz zu nicht-pharmakologischen Therapien, die Möglichkeit von Demedikalisierung bei Menschen mit mehrfachen Erkrankungen und die Patientenerfahrung zum sogenannten „burden of treatment“. Durch eine konsequente und methodisch fundierte Einbindung von Betroffenen in die Versorgungsforschung möchte ich dazu beitragen, dass Menschen in Deutschland eine Versorgung garantiert wird, die es ihnen ermöglicht, möglichst souverän navigieren zu können und die eigenen Lebens- und Gesundheitsziele erreichen zu dürfen. <<



Robin Brünn,
wissenschaftlicher Mitarbeiter

>> Warum arbeiten Sie am Arbeitsbereich für Multimedikation und Versorgungsforschung des Instituts für Allgemeinmedizin Frankfurt?

Im Gegensatz zu vielen meiner Kolleg:innen aus der Pharmazie wollte ich meine wissenschaftliche Laufbahn nicht der Grundlagenforschung mit viel Labortätigkeit widmen. Mich reizt es mehr, den gesamten Gesundheitszustand des Menschen im Blick zu behalten

sowie das Zusammenspiel verschiedener Krankheiten, Therapien und auch der Lebensumstände der Patient:innen zu untersuchen. Ebenfalls bin ich an der Weiterentwicklung interprofessioneller Zusammenarbeit interessiert. In diesem Zusammenhang ist das Institut für Allgemeinmedizin mit der hier geleisteten Forschung der ideale Arbeitgeber für mich.

Was zeichnet in Ihren Augen den Arbeitsbereich aus?

Das Besondere an unserem Arbeitsbereich ist die vielfältige und interprofessionelle Aufstellung der Mitarbeiter:innen. Die verschiedenen beruflichen Hintergründe erlauben es uns, Probleme und Fragestellungen aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten und ganzheitliche Lösungen zu finden, was die Zusammenarbeit besonders bereichernd und spannend macht. Dazu tragen auch der wertschätzende und freundliche Umgang sowie die gute und flexible Arbeitsatmosphäre im Team bei.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Aktuell beschäftige ich mich zusammen mit meinen Kolleg:innen mit zwei Themen: Zum einen arbeite ich an der Auswertung der AdAM-Studie, bei der Hausärzt:innen bei ihren Patient:innen mit Multimedikation eine softwaregestützte Medikationsanalyse durchführen konnten, wobei sie sämtliche Begleittherapien von Fachärzt:innen einsehen konnten. Ziel der Studie ist es, herauszufinden, ob die Intervention Hospitalisierung und Mortalität der Patient:innen senken kann. Des Weiteren befasse ich mich im Rahmen der MuMiA-Studie mit den Auswirkungen von Multimorbidität auf den Alltag von Menschen im mittleren Lebensalter.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Ich halte es für essenziell, die Versorgung multimorbider Patient:innen zu verbessern, was auch durch Verstärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit gelingen kann. In diesem Bereich möchte ich einen Beitrag leisten, indem ich meine Berufserfahrung als Apotheker einbringe und an der Generierung von Evidenz durch Studien mitarbeite. <<

Hinweis

Einen Überblick, welche Institute bisher innerhalb der MVF-Serie „Versorgungsforschung made in ...“ vorgestellt wurden, finden Sie auf www.m-vf.de/vf-made-in

Podcast über Allgemeinmedizin

>> Im Podcast „Wege der Allgemeinmedizin – Dein Podcast rund um die Weiterbildung“ fragt das Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt seine Gäste immer nach ihrem ganz individuellen Weg in die Allgemeinmedizin und über ganz unterschiedliche Themen rund um die Weiterbildung. In der zweiten Staffel sind das beispielsweise Themen wie Klima und Gesundheit, Medizin im Ausland sowie die Work-Life-Balance während der Weiterbildung und vieles mehr. Moderiert und produziert wird der Podcast von Mitarbeiter:innen des Instituts für Allgemeinmedizin bzw. des Kompetenzzentrums Weiterbildung Hessen.



Der Podcast ist erreichbar über die Website des Kompetenzzentrums Weiterbildung Hessen (<https://www.kwhessen.de/podcast.html>) oder auf ApplePodcasts, Spotify und überall sonst, wo es Podcasts gibt. <<

Aktuelle Forschungsprojekte

>> Der Arbeitsbereich Multimedikation und Versorgungsforschung beteiligt sich an Forschungsprojekten und Veranstaltungen zur Verbesserung der Versorgung mehrfach erkrankter Patient:innen, die mehrere Medikamente einnehmen. Der Arbeitsbereich macht es sich zur Aufgabe, dazu beizutragen, die an der Versorgung mehrfach erkrankter Menschen beteiligten medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsfachberufe und betroffene Patient:innen zu informieren und zu unterstützen.

Derzeit werden folgende Projekte durchgeführt:

1. **MuMiA:** Multimorbidität im mittleren Alter. Untersuchung von Ressourcen und Barrieren zur Steigerung der Patientensicherheit und Identifizierung von Ansatzpunkten für verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen.
2. **Hyperion-TransCare** – Heading to Continuity of Prescribing in Elderly with Multimorbidity in Transitional Care.
3. **MiKi:** Wie häufig sind Kinder und Jugendliche in Deutschland von Multimorbidität betroffen? Eine Prävalenzstudie zu Multimorbidität im Kindes- und Jugendalter.
4. **FM²:** Frankfurter Forum für Multimorbidität und Multimedikation. <<

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

9. DNVF Forum Versorgungsforschung „Sektorübergreifende und interprofessionelle regionale Versorgung“ digital aus Berlin

Wir brauchen Freihandelszonen und Ermöglichungsräume

Im 9. DNVF-Forum Versorgungsforschung herrschte große Übereinstimmung, dass nur mit sektorübergreifenden und interprofessionellen regionalen Versorgungsmodellen, die Herausforderungen unseres Gesundheitssystems zu bewältigen sind. Dazu braucht es zeitnah „Freihandelszonen“, in denen neue regionale Konzepte umgesetzt und evaluiert werden können.

>> Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke und Prof. Dr. Jochen Schmitt begrüßten die 60 Teilnehmer:innen und Referent:innen des Forums herzlich. Sie betonten, dass es neuer vielfältiger sektorenübergreifender und regionaler Versorgungskonzepte bedarf, um mit den knappen Ressourcen effizient umzugehen. Auf dem 9. Forum Versorgungsforschung wurde aus unterschiedlichen Perspektiven die Frage diskutiert, wie sektorenübergreifende und regionale Versorgungskonzepte, Grundlage für eine effiziente und am Nutzen der Patient:innen ausgerichtete Gesundheitsversorgung sein können. Dabei wurden Wege skizziert, unter welchen Voraussetzungen zeitnah sektorenübergreifende und regionale Versorgungsmodelle umgesetzt werden, was bei der Implementierung zu beachten ist, wie wir die Wirksamkeit solcher Modelle wissenschaftlich evaluieren und begleiten können.

Prof. Dr. Max Geraedts (Universität Marburg) wies in seinem Vortrag „Konzepte und Methoden zur Evaluation regionaler Versorgungskonzepte“ auf die doppelte Komplexität (Kontext und Interventionen), die bei der Evaluierung von regionalen Versorgungskonzepten zu beachten ist, hin. Das Medical Research Council Framework und das Healthcare Performance Intelligence Network haben hier Evaluationskonzepte entwickelt, die empfehlen, dass unterschiedliche Perspektiven aller Akteure mit einbezogen werden müssen. Letztlich ist die Evaluation regionaler Versorgungskonzepte eine Kombination aus Gesundheits- und Qualitätsberichterstattung. Prof.

Geraedts stellte anschließend Inhalte eines DNVF-Positionspapiers „Methoden und Indikatorensets für die Evaluation regionaler sektorverbindender Versorgungsmodelle“ vor (Publikation Juni 2022), das anlehnend an die o.g. Evaluationskonzepte eigene Empfehlungen für ein solches Konzept formuliert entlang der Kapitel Rahmenkonzept/Wirkmodell; Fragestellung/Ziel; Design, Messung, Synthese und Ergebnisdarstellung, Interpretation, Handlungsoptionen und Implementierung. Prof. Geraedts betonte, dass Evaluation regionaler Versorgungskonzepte interdisziplinär-kooperative Methodenanwendung benötigt und forderte ein standardisiertes Indikatorenset aus Routine- und Befragungsdaten (PRO, PRE) in einer Arbeitsgruppe des DNVF zu entwickeln und dabei schon vorhandene Ressourcen aus unterschiedlichen nationalen und internationalen Studien zu nutzen.

Zielgerichtete, am Patient:innennutzen orientierte, regional und ganzheitlichen Versorgung

Der Fokus regionaler Versorgungskonzepte richte sich darauf, Lebensqualität und Wohlbefinden der Bürger:innen und Patient:innen sowie die Arbeitsbedingungen der Gesundheitsprofessionellen zu verbessern, betonte Daniela Teichert (AOK Nordost) in ihrem Vortrag „Gesundheitsversorgung 2030 – Sektorübergreifende und interprofessionelle regionale Versorgung“. Sie mahnte einen dringenden Strukturwandel an, um der Dreifach-Knappheit im Gesund-

Kommentar

Liebe Kolleginnen und Kollegen, das ehrenamtliche und sehr starke Engagement unsere Mitglieder und aller Funktionsträger hat sich auf der 31. Mitgliederversammlung wieder deutlich gezeigt. Die Berichte des Vorstands und der Arbeits- und Fachgruppen zeigten die vielfältigen



Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke
Vorsitzende des DNVF e.V.

und breiten Aktivitäten des Netzwerks: Zu zentralen Themen der Versorgungsforschung werden Memoranden, Positions- und Diskussionspapiere sowie Stellungnahmen erstellt, Module für die Spring School und eigene Veranstaltungen durchgeführt und im Programmkomitee des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung mitgewirkt. Besonders fasziniert hat mich, dass sich in einigen AGs Unterarbeitsgruppen für spezifische Themenstellungen gebildet haben. Die Ad-hoc-Kommission VeDa publiziert zeitnah das dritte Kapitel des Manuals Methoden für Nutzung versorgungsnaher Daten zur Wissensgenerierung zum Thema Versorgungsanalysen. Das Memorandum Gesundheitskompetenz II ist als Open Access veröffentlicht. Ganz herzlichen Dank an alle AGs und FGs, den Vorstand und die Kommissionsmitglieder für die hervorragende Arbeit.

Die Kick-off-Sitzung des DNVF Patient:innenbeirats hat gezeigt, dass die anwesenden Patient:innenorganisationen an einer intensiven Mitarbeit im DNVF interessiert sind und möchten dazu die AG/FG des DNVF näher kennenlernen. Der Austausch soll im September 2022 stattfinden.

Das Angebot der Spring School des DNVF vom 28. – 31. März 2022 wurde von unterschiedlichen Professionen und Akteuren im Gesundheitswesen ausgezeichnet angenommen. 195 Teilnehmer:innen nahmen teil und wurden von 41 namhaften Referierenden betreut.

Einen fachlichen Austausch auf hohem Niveau und eine lebendige Diskussion erlebten wir am 4. Mai auf dem 9. Forum Versorgungsforschung zum Thema „Sektorübergreifende und interprofessionelle regionale Versorgung“. Auf den DNVF-Seiten finden Sie dazu einen Bericht. Ebenfalls freuen wir uns sehr über die 507 eingereichten Abstracts für den 21. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, die im Moment begutachtet werden. Das lässt einen spannenden und vielfältigen Kongress erwarten.

Ihre

Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke
Vorsitzende DNVF e.V.



9. DNVF Forum Versorgungsforschung „Sektorübergreifende und interprofessionelle regionale Versorgung“ digital aus Berlin. Von Links (Tischrunde): Hildebrandt, Hoffmann, Klinkhammer-Schalke, Schmitt, Geraedts. Zugeschaltet: Möhlmann, Kann, Grau und Pfaff.

heitswesen Geld, Gesundheit, Gesundheitsfachberufe mittels einer zielgerichteten am Patient:innennutzen orientierten regional und ganzheitlichen Versorgung zu begegnen. Dabei soll Versorgung in regionalen Verbänden möglichst aus einer Hand koordiniert werden und regionale Akteure müssen den Transformationsprozess mitgestalten. Dabei sind die Besonderheiten der Regionen (z.B. Demografie) zu berücksichtigen. Eine integrierte regionale Versorgung ermöglicht das Ambulantisierungspotential zu nutzen. Ein wesentlicher Faktor werde es sein, die Kompetenzen der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe zu stärken. Da eine Neufassung des SGB V nicht schnell zu erwarten ist, benötigen wir im SGB V definierte Freihandelszonen, Freiräume, um neue Konzepte sektorenübergreifender und regionaler Versorgung zu implementieren und zu evaluieren.

Im Anschluss wurde aus drei laufenden Projekten regionaler Versorgungskonzepte berichtet. Den Anfang machte Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Universität Greifswald) mit seinem Vortrag „Regionaler Versorgungsverbund Vorpommern – von der Idee bis zur Umsetzung“. Regionale Problemstellungen sind oft sehr unterschiedlich. In Mecklenburg-Vorpommern ist z. B. die Anzahl derjenigen, die Angehörige pflegen können, deutlich niedriger als im Durchschnitt von Deutschland. Diese und andere Problemstellungen in der Pädiatrie und Palliativversorgung haben dazu geführt, dass in einer Modellregion Wolgast/Greifswald auf Empfehlung einer Enquetekommission des Landtages Mecklenburg-Vorpommern neue Versorgungsmodelle mit Telemedizin, Poliklinik Plus und integrierter Versorgungs-

planung entwickelt und implementiert wurden. Dabei entstanden erfolgreiche Projekte wie AGnES (Arztentlastende, Gemeinenahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention), Tandempraxen (Kinderarzt/ärztin bietet regelmäßig Sprechstunden in einer Hausarztpraxis an) und eine Telemedizinische Triage in der Pädiatrie. Allen Versorgungskonzepten ist gemeinsam, dass vorhandene knappe Ressourcen gebündelt, Ambulantisierungspotenziale genutzt und Kompetenzen zielgerichtet eingesetzt werden. Prof. Hoffmann zeigte eindrucksvoll wie dadurch Gesundheit gefördert (mehr Vorsorguntersuchungen bei Kindern), stationäre Aufenthalte verringert (Telemedizin-Triage) oder Kapazitäten für die hausärztliche Versorgung geschaffen werden können (AGnES).

Instrumente und Methoden sektorenübergreifender regionaler Versorgung

Den Einsatz von Lotsen im Gesunden Werra-Meißner- und im Gesunden Schwalm-Eder-Kreis stellte Dr. Helmut Hildebrandt (OptiMedis AG) vor. Die Gesundheitslotsen sind Ansprechpartner innerhalb der vorgestellten Gesundheitsnetzwerke. Sie sind in einem gesundheitsbezogenen Beruf tätig und haben eine spezielle Weiterbildung. Sie unterstützen die Versicherten in ihrer Gesundheitsförderung an allen Kontaktflächen zum Gesundheits- wie Sozialwesen. Dabei werden mit den Versicherten Zielvereinbarungen getroffen. Der Fokus der Arbeit liegt dabei auf der Vernetzung aller Akteure. Zusätzlich werden die Gesundheitslotsen durch eine App „Digitale Gesund-

heitslotsen“ (DIGLO) unterstützt. Dabei fungiert eine regionale Gesundheitsmanagementgesellschaft als Koordinator, Motivator und Integrator. Die Finanzierung des Koordinators kann durch kostenreduzierende Effekte der Maßnahme erfolgen. Diese Effekte stellen sich jedoch erst 2-3 Jahre nach Projektstart ein. Bei den vorgestellten Modellen war ein Investment nötig, dass sich durch eine in der Zukunft erwartete erfolgsabhängige Vergütung finanziert (oder im negativen Falle auch nicht).

Prof. Dr. Holger Pfaff stellte in seinem Vortrag „Cologne Research and Development-Network – lernende Netzwerke und value-based healthcare“ das lernende Kölner Kompetenznetzwerk CoRe-Net für Praxis und Forschung vor. Nach dem Prinzip der lernenden Organisationen wird ein Kölner Versorgungslabor aufgebaut, um die medizinische und soziale Versorgung auf Basis einer patient:innenzentrierten, wertbasierten Versorgung zu verbessern. Im Fokus stehen vulnerable Gruppen und das strategische Ziel ist, mehr Nutzen für die Patient:innen zu generieren. Es wurde mittels einer Datenbank eine Infrastruktur für Lernprozesse geschaffen, an die sich in Zukunft weitere Projekte andocken können. Die Datenbank enthält regionale Daten der Sozialstatistik, die Qualitätsberichte der in Köln ansässigen Krankenhäuser, pseudonyme Befragungsdaten aus den Projekten LYOL-C, MenDis-CHD und OrgValue und versichertenbezogenen pseudonymisierten GKV-Routinedaten von aktuell vier kooperierenden Krankenkassen (AOK Rheinland/Hamburg, BARMER, DAK-Gesundheit, pronova BKK). Dadurch werden mit mehr als 500.000 Versicherten über 50 Prozent

der in Köln lebenden Bevölkerung abgedeckt. Im Projekt werden minimalinvasive Maßnahmen für Lösungsinterventionen eingesetzt, um neues Denken (Wertewandel) bei allen beteiligten Akteuren hin zu einem am Patient:innennutzen orientierten Outcome anzustoßen. Im Rahmen des Projekts wurde ein Kooperationsvertrag zwischen der Stadt Köln und der Universität Köln für die Fortführung des Lernzyklus geschlossen. Letztlich resumierte Prof. Pfaff: bei regionalen Versorgungsprozessen bleibe offen, wer den „Hut auf hat“ und wer für die Ergebnisse verantwortlich ist. Den Kommunen fehlten hier oft das Handwerkszeug und die Mittel.

Hauptproblem: Sektorentrennung

Prof. Dr. Armin Grau (MdB, Bündnis 90/Die Grünen) erläuterte anschließend ordnungspolitische Rahmenbedingungen für sektorübergreifende Versorgung in regionalen Versorgungsverbänden die der Ampel Koalitionsvertrag enthält. Wir brauchen eine bessere Koordination und Integration in unserer Gesundheitsversorgung, eine regionale Verankerung und ein auf Patient:innen ausgerichtetes Gesundheitssystem. Unser System ist zu stark auf Einzelleistung in der Vergütung ausgerichtet. Regionale Besonderheiten werden bisher zu wenig einbezogen. Ein Hauptproblem sieht Prof. Grau in der Sektorentrennung, die zu unnötigen stationären Behandlungen führt. Es gibt ein hohes Ambulantisierungspotenzial. Dies zu nutzen, ist auch im Sinne der Patient:innen. Sektorengrenzen sollen abgebaut werden. Hierzu gab es in der Vergangenheit viele Reformansätze, aber kein konsistentes Konzept. Der Ampel Koalitionsvertrag steht für eine Versorgung in regionalen Gesundheitsregionen. Man will für Versorgungsregionen den gesetzlichen Spielraum ausbauen Präventionen; Gesundheitslotsen, Community Health Nurses, Gesundheitskioske und multiprofessionelle integrierte Gesundheits- und Notfallzentren fördern. Zusätzlich den ÖGD stärker integrieren und Maßnahmen am Outcome für die Patient:innen bewerten. Das geht nur zusammen mit den Ländern, wobei es Überlegungen gibt, als Bund, Eckpunkte für die Länderplanung festzulegen. Es sind „Hybrid DRG“ (sektorenübergreifende Mischvergütung) geplant.

Regionale Gesundheitskonferenzen sowie eine Gesundheits- und Qualitätsberichterstattung sind zentrale begleitende Maß-

nahmen. Dabei wird die Versorgungsfor-

sung eine unterstützende Rolle spielen. Dr. Olaf Kannt (Helios Kliniken GmbH) stellte das kidZ Programm vor. Das Programm agiert frei von Sektorengrenzen, stellt das Kind ins Zentrum und praktiziert eine ganzheitliche Medizin. Damit wird auf den in der Pädiatrie bestehenden Problemen von langen Wartezeiten vor allem auch bei Diagnosen (bei 10% drei Jahre und länger) sowie vielen Arztbesuchen bei nicht untereinander kommunizierenden Spezialist:innen und unnötigen stationären Klinikaufenthalten entgegengewirkt. Konkret werden die Kinder koordiniert entlang der Versorgungswege begleitet, dabei wird, wo es sinnvoll ist, Telemedizin (Notfallsprechstunde, Akutvorstellung, Spezialist:innen-netzwerk) eingesetzt und man versucht auch durch interdisziplinäre Untersuchung in einer Tagesklinik stationäre Klinikaufenthalte zu reduzieren. Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet und mittels standardisierter Interviews mit allen Akteuren evaluiert

Podiumsdiskussion

Prof. Klinkhammer-Schalke begrüßte Harald Möhlmann (AOK Nordost) ganz herzlich zur Podiumsdiskussion. Die Diskussion wurde von Prof. Klinkhammer-Schalke und Prof. Schmitt moderiert. Der Fokus der Diskussion lag darin, wie sektorenübergreifende regionale Versorgungskonzepte möglichst zeitnah umgesetzt werden und welche Bedingungen hierfür notwendig sind. Ein zweiter Schwerpunkt war, was bei der Implementierung regionaler Versorgungskonzepte zu berücksichtigen ist, um diese nachhaltig und erfolgreich zu betreiben. Leider sind laut Prof. Grau gesetzliche Maßnahmen erst im Jahr 2023 zu erwarten und so wurde diskutiert, wie mittels Erweiterung bestehender gesetzlicher Regelungen schnell Freiräume geschaffen werden können. Als eine Möglichkeit wurde genannt, den § 140 a SGB V z. B. von der Einschreibungspflicht zu entlasten und den Fokus der Selektivverträge zu erweitern.

Es sollten schnell im Rahmen eines Ermöglichungsfeldes, Freiräume für eine Vielfalt regionaler Versorgungskonzepte und eine Experimentalklausel geschaffen werden. Diese Freiräume sollten möglichst dem Einfluss der Stakeholder, wie sie beispielsweise durch die Bänke im G-BA repräsentiert sind, entzogen werden und mehr auf die lokalen Akteure fokus-

sieren. Die Erfahrungen zeigen dabei, dass gewachsene regionale Kommunikationsstrukturen und Besonderheiten eine wichtige Rolle spielen (Beispiel Templin „IGiB-StimMT“). Dabei können die Voraussetzungen in auch vergleichbaren Regionen auf Grund unterschiedlicher Einstellung wichtiger Akteure durchaus unterschiedlich sein. Gleichzeitig wurde konstatiert, dass alle vier im Forum vorgestellten Beispiele durch ein privates Investment durch Unternehmen oder durch Forschende ermöglicht wurden. Dabei liegt die Verantwortung für die Gesundheitsvorsorge letztendlich bei der Politik, vor allen den Ländern und in der konkreten Umsetzung bei den Kommunen, die bis auf wenige Ausnahmen momentan auf diese Aufgaben nicht vorbereitet sind. Gerade deswegen ist es wichtig zu versuchen, Kommunen stärker einzubinden, sie jedoch nicht zu überfordern, sondern sie in einem ersten Schritt über Kooperationsverträge wie im Projekt CoRe-Net als Unterstützer mitzunehmen. Im Gegensatz zu medizinischen und technischen Innovationen, die oft sehr schnell umgesetzt werden, benötigen strukturelle Veränderungen oft deutlich mehr Zeit. Strukturelle Veränderungen müssen dabei auf der materiellen, ideellen (Wertewandel) und auf der kulturellen Ebene angesetzt werden.

Alle waren sich einig, dass für die Implementierung regionaler sektorenübergreifender Versorgungskonzepte Anreizsysteme geschaffen werden müssen, die dann durch eine Hebung des Ambulantisierungspotenzials, einer Steigerung der Gesundheitskompetenz und durch mehr Prävention nach zwei oder drei Jahren dazu führen, dass Kosten eingespart werden, über die Eigenfinanzierung der neu geschaffenen Strukturen hinaus – und inklusive zufriedener und besser versorgter Patient:innen.

Prof. Klinkhammer-Schalke betonte in ihrem Fazit, dass wir wissen, was wir brauchen, um unser Gesundheitssystem zukunftsfähig zu machen und es gibt schon erste gute regionale Modelle und Ansätze für einen Strukturwandel. In einem nächsten Schritt müssen wir alle Player zusammenbringen mit dem Ziel, Potenziale wie den Innovationsfonds besser für die Umsetzung in der Versorgung zu nutzen und schnell Voraussetzungen zu schaffen, eine Vielfalt an regionalen Versorgungskonzepten zu implementieren und wissenschaftlich auszuwerten. <<

„Grundlage für nachhaltige Registerlandschaft“

Auf den Registertagen vom 2. bis 3. Mai 2022 als Präsenzveranstaltung in Berlin und im Livestreaming tauschten sich rund 200 Teilnehmende der Fachcommunity der Registerbetreibenden und Registerforschenden, gemeinsam mit Vertretern der Politik und Industrie über aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen für medizinische Register in der Versorgungsforschung aus und diskutierten über Ansätze zur Weiterentwicklung der Registerlandschaft. Die Registertage wurden von der TMF in Kooperation mit dem Deutschen Netzwerk für Versorgungsforschung (DNVF) ausgerichtet.

>> Bei der Eröffnung der Registertage betonte Markus Algermissen, Ministerialdirigent im Bundesgesundheitsministerium (BMG), dass das im Koalitionsvertrag verankerte Registergesetz die Grundlage für eine nachhaltige Registerlandschaft in Deutschland legt. Es wird keine umfassende gesetzliche Grundlage für alle Register, wie zum Beispiel bei den Krebsregistern, geben. Jedoch sollen im Registergesetz grundlegende Regelungen für Register gesetzlich verankert werden.

Die Session „Forschung mit Registern“ wurde von Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke moderiert. In ihrer Einführung betonte sie, dass auch jetzt schon in Deutschland ein Register-Datenschatz vorhanden ist, den wir in der Versorgungsforschung noch stärker nutzen sollten. Wenn die Registerqualität stimmt, ist es auch möglich, Register mit anderen Datenquellen wie GKV-Daten zu verbinden.

Prof. Dr. Jochen Schmitt (ZEGV, TU Dresden) stellte das Deutsche Neurodermitis-Register – TREATgermany vor. Hier ist es gelungen, einen konsentierten europäischen Kerndatensatz für Neurodermitis Register zu entwickeln. Dies ermöglicht neben der Verbesserung und Sicherheit der Versorgung von Patient:innen mit Neurodermitis in Deutschland auch die europaweite Forschung zu Versorgungssituationen und gepoolten Datenanalysen.

In seinem Vortrag zu registerbasierten RCTs berichtete Dr. Thomas Kaiser (IQWiG, Köln) nicht nur über die vielfältigen Einsatzmöglichkeiten von Registern, wie zum Beispiel bei der Bewertung von Arzneimitteln. Er zeigte ebenfalls, dass international registerbasierte RCTs mittlerweile Forschungsalltag sind. Er forderte eine substanzielle Förderung versorgungsnaher Forschung im Rahmen des Registergesetzes und eine EBM-Ziffer für Dokumentation und Zuführung von Daten an Register.

Anschließend stellte Dr. Thomas Bierbaum (DNVF) das vom BMG geförderte Projekt „Curriculum registerbasierte Forschung – REGIBA“ vor. Ziel des Projektes ist es,

Wissenschaftler:innen Wissen für die Durchführung registerbasierter Studien und die Nutzung versorgungsnaher Daten in Registern zu vermitteln. In Zusammenarbeit mit einem exzellent besetzten wissenschaftlichen Beirat wurde das Grobkonzept des Curriculums entwickelt, welches sich zur Zeit im Expert:innen Review-Verfahren befindet. Um auch die Interessen der zukünftigen Teilnehmenden zu berücksichtigen wird eine Marktbefragung zu Fortbildung durchgeführt. Die erste Pilotfortbildung soll im Sommer 2023 starten.

In ihrem Vortrag zur klinischen Evidenz aus versorgungsnahen Daten der Krebsregister in Deutschland stellte Prof. Dr. Sylke Zeißig (LGL, Universität Würzburg) die Potenziale der Krebsregister unter anderem zur Auswertung der Umsetzung von Empfehlungen und Qualitätsindikatoren der onkologischen Leitlinien vor. Besonders wichtig sei es, die vorhandenen Daten zu nutzen, um die Versorgung der Patient:innen zu verbessern.

Ebenfalls berichtete Prof. Dr. Juliane Fluck (ZB MED, Köln) in ihrem Vortrag „FAIR für Register“ darüber, wie NFDI4Health die registerbasierte Forschung unterstützt. Die nationale Forschungsdateninfrastruktur (NFDI) arbeitet dafür, Datenbestände von Wissenschaft und Forschung systematisch zu erschließen, zugänglich zu machen und (inter-)national zu vernetzen. Zum Abschluss stellte Dr. Nils Herm-Stapelberg (Krebsregister Rheinland-Pfalz) vor, wie das Krebsregister Rheinland-Pfalz während der Corona-Pandemie in Rheinland-Pfalz erfolgreich ein Covid-Impfregister aufgebaut hat.

Fazit

In der anschließenden Podiumsdiskussion wurde gefordert, mehr registerbasierte Forschung durchzuführen und mehr in die Versorgung zu gehen, um Kliniker:innen sowie Versorgenden die Potenziale der registerbasierten Forschung näher zu bringen. Die Vernetzung mit anderen Datenbeständen soll vorangebracht werden. Hier-



Prof. Dr. M. Klinkhammer-Schalke und S. Semler ziehen ein Fazit zu den Registertagen 2022.

für wird ein *unique identifier* gefordert.

Die Registertage bildeten umfassend die Vielfalt der Registerlandschaft in Deutschland und in Europa und die damit verbundenen Herausforderungen und Perspektiven ab. Im Fokus waren, neben dem Thema „Forschung mit Registern“, die Themen „Register und Qualität“, „Register & Weiterentwicklung“ und „Register und Vernetzung“. Die Registertage haben deutlich gemacht, dass es Entwicklungspotenziale im Bereich der Vernetzung und der Interoperabilität gibt und Herausforderungen wie Ethikanträge gemeinsam angegangen werden sollten. Auch muss es zu engeren Kooperationen kommen, um den Aufbau von parallelen Strukturen zu verhindern. Prof. Dr. Klinkhammer-Schalke forderte: „Wir müssen lernen, über den Tellerrand zu schauen, uns international zu vernetzen und davon lernen. Viel zu wenige Register verbinden sich. Nur gemeinsam können wir über das Eis gehen.“ <<

DNVF

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

eMail: info@dnvf.de

Prof. Dr. rer. pol. Hans-R. Hartweg
Tabea Suk BSc

Implementierungsstand des Zweitmeinungs- verfahrens in Hessen – I

Analyse des kollektivvertraglichen Angebots der Zweitmeinung und seiner Inanspruchnahme

Seitdem Formen vergüteter Krankenbehandlungen bekannt sind, gibt es auch Befürchtungen, dass Angehörige der Heilberufe ihren Patient:innen Versorgungsoptionen empfehlen, die nicht oder noch nicht erforderlich sind. Gesundheitspolitische Brisanz gewinnt diese Befürchtung im Hinblick auf eine gesetzliche Krankenversicherung, bei der die Kosten und Folgekosten für nicht oder aber noch nicht angezeigte Behandlungen von der Gesamtheit der Versicherten solidarisch finanziert werden (Breyer/Zweifel/Kifmann, 2013; Breyer/Buchholz, 2021). Bereits in den Jahren 2000/2001 führte der Sachverständigenrat in seinem Gutachten aus, dass eine Versorgung mit nicht-indizierten Leistungen oder aber mit Leistungen ohne hinreichend gesichertem Netto-Nutzen einer „medizinischen Überversorgung“ gleichkommt. Hingegen werden Leistungen mit nur geringem Nutzen, der die Kosten nicht (mehr) rechtfertigt oder aber in ineffizienter (also unwirtschaftlicher) Form erbracht wird, als eine „ökonomische Überversorgung“ klassifiziert (Sachverständigenrat 2000/2001). Auch diese Form der Fehlversorgung geht mit falsch gesetzten Anreizen einher, die sich in niedrighwelligen Zugangsbedingungen manifestieren und damit zu Inanspruchnahme von nicht-angemessenen Versorgungsebenen führen können (John/Stillfried 2021).

Versorgungspolitische und regulatorische Einordnung

>> Exemplarisch für Befürchtungen zu Fehlversorgungstendenzen kann die Einführung des § 135c Abs. 1 SGB V genannt werden, der explizit auf die Versorgungsqualität (in diesem Fall rekurrend auf Krankenhausbehandlungen) abstellt. Dort heißt es, dass für die Arbeitsverträge der leitend angestellten Ärzt:innen in Krankenhäusern Beratungs- und Formulierungshilfen bereitgestellt werden. Die zuständigen Spitzenorganisationen der Krankenhäuser und der Ärzt:innen (Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie Bundesärztekammer) erarbeiteten Formulierungen, die verhindern sollen, dass in Arbeitsverträgen Zielvereinbarungen enthalten sind, die finanzielle Anreize für die Erbringung einzelner Leistungen oder Leistungskomplexe bieten (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2013; Deutsche Krankenhausgesellschaft 2014)¹.

Diese im Rahmen gesundheitspolitischer Transparenz- und Qualitätsoffensiven etablierten Regelungen reichten offenbar nicht aus, um Beitragssatzstabilität und das damit verbundene zentrale Leitziel der gesetzlichen Krankenversicherung, die stetig steigenden Kosten

Zusammenfassung

Die Zweitmeinungsverfahren sollen einer angebotsinduzierten Nachfrage bei bestimmten ärztlichen Leistungen entgegenwirken. Seit 2019 gibt es dazu einen kollektivvertraglichen Ansatz über niedergelassene Vertrags- und ermächtigte Krankenhausärzt:innen. Eine Analyse von Abrechnungsdaten betreffend der Zweitmeinung zu Hysterektomie und der Tonsillotomie/Tonsillektomie zeigt, dass die verschiedenen Angebote der Zweitmeinung in Hessen bedingt wohnortnah verfügbar sind. Die Nachfrage schwankt eingriffs- und jahresabhängig deutlich. Diese Ergebnisse legen nahe, dass die ursprüngliche, gesundheitspolitische Intention, das Zweitmeinungsverfahren flächendeckend in die Regelversorgung zu überführen, noch nicht erreicht wurde.

Schlüsselwörter

Zweitmeinungsverfahren, ambulante ärztliche Versorgung, Satzungsleistungen, Krankenkassen, Vertragsärzt:innen

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.03.22.1866-0533.2414>

im Gesundheitswesen zu beherrschen, im Bereich der operativen Leistungen zu erreichen. So wurde im Jahr 2015 eine weitere auf die Vermeidung von Fehlversorgung abzielende und Versorgungsqualität sichernde Maßnahme etabliert: In das die gesetzliche Krankenversicherung betreffende Sozialgesetzbuch V wurden Regelungen für ein Zweitmeinungsverfahren aufgenommen (§ 27b SGB V).

Zweitmeinungsverfahren gelten als Instrument der partizipativen Entscheidungsfindung zwischen Patient:in und Ärzt:in („shared decision making“). Alle für die Entscheidung für oder gegen eine Behandlungsoption relevanten Informationen sollen aktiv und gleichberechtigt in den Abwägungsprozess eingebracht werden, um partnerschaftliche Behandlungsentscheidungen zu ermöglichen (Hartung/Wihofszky 2022). Dieses Vorgehen knüpft an das mit den Patientenrechten verbundene Selbstbestimmungsrecht an. Auch gesetzlich krankenversicherte Patienten haben seit 2015 einen Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung, wenn ärztlicherseits bestimmte Versorgungsempfehlungen empfohlen werden. Dieser allgemein gehaltenen Gesetzesnorm folgte im Dezember 2018 eine Richtlinie vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zum ärztlichen Zweitmeinungsverfahren (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021). In dieser Richtlinie wird definiert, welche planbaren Eingriffe einen Anspruch auf Zweitmeinung beinhalten und welche Anforderungen an die beurteilenden Ärzt:innen gestellt werden.

Wie aus Tabelle 1 hervorgeht, wurden sukzessive weitere Eingriffe hinzugenommen. Diese Beratungsleistungen sind Bestandteil des kollektivvertraglich geregelten Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zweitmeinungsverfahren im Kollektivvertrag

Der Ablauf des Zweitmeinungsverfahrens folgt genau definierten Regeln: Im Fall einer Indikationsstellung für einen der oben genannten Eingriffe bei einem Patienten, schreibt die Richtlinie vor, dass die indikationsstellende Ärzt:in (Erstmeiner:in), die Patient:innen über das Recht auf Zweitmeinung aufklären muss. Den Patient:innen müssen dazu mindestens das vom G-BA erstellte Merkblatt, bei Bedarf

1: Die hier zitierten Quellen rekurren noch auf den § 135a SGB V (in der alten Fassung). In der Zwischenzeit haben die Regelungen aus den Kalenderjahren 2013 und 2014 im § 135c SGB V ihre „neue Heimat“ gefunden.

Gemäß Zweitmeinungsverfahren-Richtlinie vom G-BA festgelegte Eingriffe		
Eingriff	Bezeichnung	Konkretisierung
1	Eingriff an Gaumen- oder Rachenmandeln (Tonsillektomie, Tonsillotomie)	Anspruch sowohl bei vollständiger (Tonsillektomie) wie auch bei teilweiser Entfernung (Tonsillotomie)
2	Gebärmutterentfernung (Hysterektomie)	Anspruch sowohl bei totaler als auch bei subtotaler Hysterektomie
3	Gelenkspiegelungen an der Schulter (Schulterarthroskopie)	Anspruch seit Februar 2020
4	Implantation einer Knieendoprothese	Anspruch für totale oder partielle Knieendoprothesen seit Januar 2021
5	Amputationen beim diabetischen Fußsyndrom	Anspruch bei Amputationen an den unteren Extremitäten in Form von Minor- und Majoramputationen seit Juli 2021
6	Eingriffe an der Wirbelsäule	Anspruch bei ausgesuchten Operationen an der Wirbelsäule: Osteosynthese (dynamische Stabilisierung), Spondylodese, knöcherne Dekompression, Facettenoperationen (Facettendeneration, -thermokoagulation, -kryodeneration), Verfahren zum Einbringen von Material in einen Wirbelkörper (mit oder ohne vorherige Wirbelkörperaufriechung), Exzision von Bandscheibengewebe oder Implantation einer Bandscheibenendoprothese; seit November 2021

Tab. 1: Gemäß Zweitmeinungsverfahren-Richtlinie vom G-BA festgelegte Eingriffe (eigene Darstellung).

ein Überweisungsschein mit dem Hinweis auf das Zweitmeinungsverfahren und die relevanten Befunde ausgehändigt werden (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021). Außerdem ist darauf hinzuweisen, wo Zweitmeiner:innen zu finden sind. Das kann in Hessen z. B. über die von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen betriebene Homepage „Arzt- und Psychotherapeutensuche Hessen“ (Kassenärztliche Vereinigung 2022) oder aber über die Homepage des Patientenservice „116 117“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2022a) erfolgen. Die Aufklärung muss mindestens 10 Tage vor dem geplanten Eingriff stattfinden, um betroffenen Patient:innen eine ausreichende Bedenkzeit zu ermöglichen. Die hiermit im Zusammenhang stehenden Leistungen werden von der gesetzlichen Krankenversicherung über die Abrechnung mit dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet. Wichtig: der Anspruch auf Zweitmeinungsverfahren besteht nur bei elektiven Operationen. Maligne Befunde, die zur Indikationsstellung führen, schließen ein Zweitmeinungsverfahren aus.

Entschließt sich die Patient:in dazu, eine Zweitmeinung in Anspruch zu nehmen, muss sie sich an eine Ärzt:in wenden, die seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine Genehmigung zur Zweitmeinung erhalten hat. Diese Genehmigung erfordert besondere Qualifikationen: So verfügen die Ärzt:innen über eine Facharztanerkennung und sind seit mindestens fünf Jahren ganztätig in der unmittelbaren Patientenversorgung im relevanten Fachgebiet tätig (bzw. in Teilzeit entsprechend länger). Die Fortbildungsverpflichtungen sind allesamt erfüllt und eine Weiterbildungs- oder akademische Lehrbefugnis wurde erworben.

Die Zweitmeiner:innen verpflichten sich darüber hinaus dazu, die betroffenen Patient:innen nicht selbst zu operieren. Zweitmeiner:innen können alle niedergelassenen Ärzt:innen mit entsprechender

Genehmigung, aber auch für die Zweitmeinung vom jeweiligen Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung ermächtigte Krankenhausärzt:innen mit denselben Voraussetzungen zur Genehmigung.

Im persönlichen oder telemedizinischen Patientengespräch beraten die Zweitmeiner:innen unter Einbezug der vorliegenden Befunde über mögliche Therapie- und Handlungsoptionen. Sofern die Patient:in es wünscht, soll die Erstmeiner:in das Ergebnis der Zweitmeinung übermittelt bekommen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021; § 27b SGB V). Durch die genannten Rahmenbedingungen ergibt sich, dass die Leistungen der Zweitmeinung über den EBM mit der lokalen Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden.

Implementierungsstand in Hessen

Die kollektivvertragliche Umsetzung des Zweitmeinungsverfahrens begann schrittweise ab dem Kalenderjahr 2019 mit Aufnahme der entsprechenden Abrechnungsziffern in den EBM. Auf Basis der Abrechnungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen soll in diesem Beitrag analysiert werden, ob und inwieweit das Zweitmeinungsverfahren in der hessischen Versorgungslandschaft implementiert ist. Nachfolgend werden angebotsseitig die geografischen

Zugangsmöglichkeiten zu Zweitmeinungsangeboten in Hessen dargestellt. Anschließend wird die Häufigkeit der für die Indikationsstellung abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen bei den zur Indikationsstellung berechtigten hessischen Fachärzt:innen betrachtet. Die tatsächliche Nachfrage (=Inanspruchnahme) wird auf Basis der für die jeweiligen Patient:innen abgerechneten Kennziffern für die Durchführung einer Zweitmeinung untersucht. Dabei werden die leistungsrechtlich ältesten Indikationen Hysterektomie und Tonsillektomie/Tonsillotomie betrachtet.

Geografische Verteilung

Zu Beginn 2022 gab es in Hessen von insgesamt 353 ambulant tätigen HNO-Ärzt:innen 12 HNO-Ärzt:innen, die Zweitmeiner:innen für die Tonsillotomie/Tonsillektomie sind (3,4%), davon zwei an je zwei Standorten. Von den 19 Gynäkolog:innen, die Zweitmeiner:innen für die Hysterektomie sind, ist nur einer an zwei Standorten tätig. Insgesamt waren 935 Gynäkolog:innen in Hessen ambulant tätig. Der Anteil der Zweitmeiner:innen lag damit bei 2%. Die geografische Verteilung der Zweitmeiner:innen in Hessen ist wenig überraschend: Es findet sich für beide Indikationen eine gewisse Häufung im dicht besiedelten Rhein-Main-Gebiet mit Ausnahme der Versorgungsregion rund um Darmstadt. Dabei stehen die roten bzw. violetten Schattierungen für die jeweilige Einwohnerzahl des Kreises. Von der Anzahl her weniger Zweitmeiner:innen sind in den dünner besiedelten Regionen Hessens zu finden. Grau sind in den Abbildungen die Kreise dargestellt, die keine Zweitmeiner:innen beheimaten.

Die Karten beziehen sich auf die Kreisebenen, da dies die Planungsebenen der betroffenen Fachgruppen sind. Sie zeigen deutlich,

dass je nach Wohnort seitens der Patient:innen längere Anfahrten erforderlich sein können, um eine Zweitmeinung in Anspruch zu nehmen. Im Falle ländlicher, mittel- und nordhessischer Kreise könnten dabei auch PKW-Fahrzeiten von einer Stunde und mehr zurückzulegen sein. Für einige der im hessischen „Grenzgebiet“ liegenden Kreise ist

es dabei auch denkbar, dass hier auf Zweitmeiner:innen zurückgegriffen werden könnte, die in benachbarten Bundesländern ansässig sind.

Indikationsstellung und Inanspruchnahme

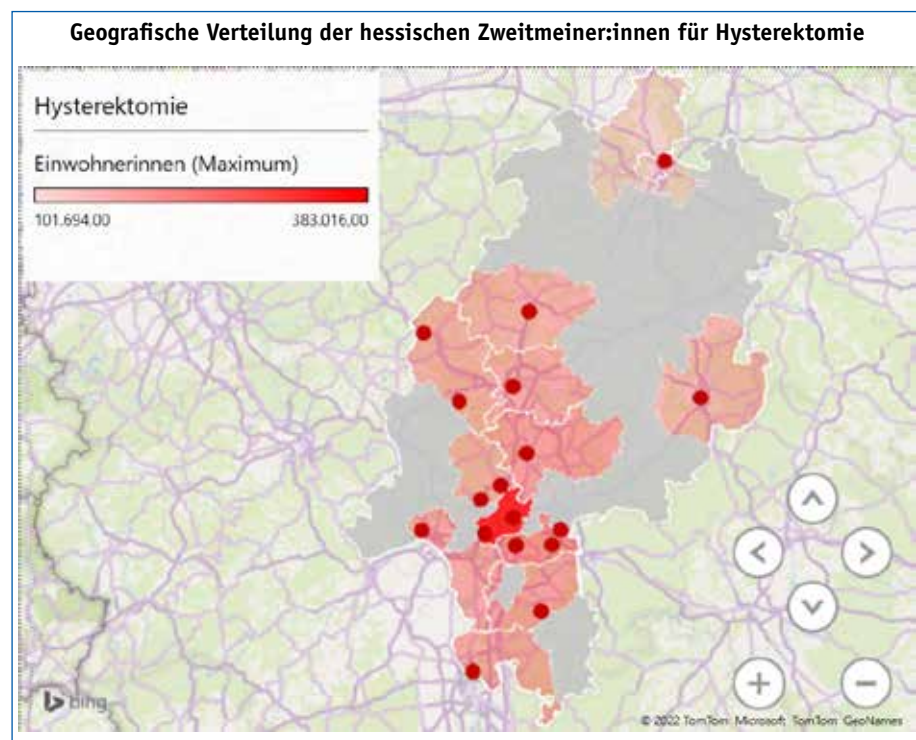


Abb. 1: Geografische Verteilung der hessischen Zweitmeiner:innen für Hysterektomie und die relevante Einwohnerzahl des jeweiligen Kreises; eigene Darstellung unter Rückgriff auf Kassenärztliche Vereinigung Hessen (2022).

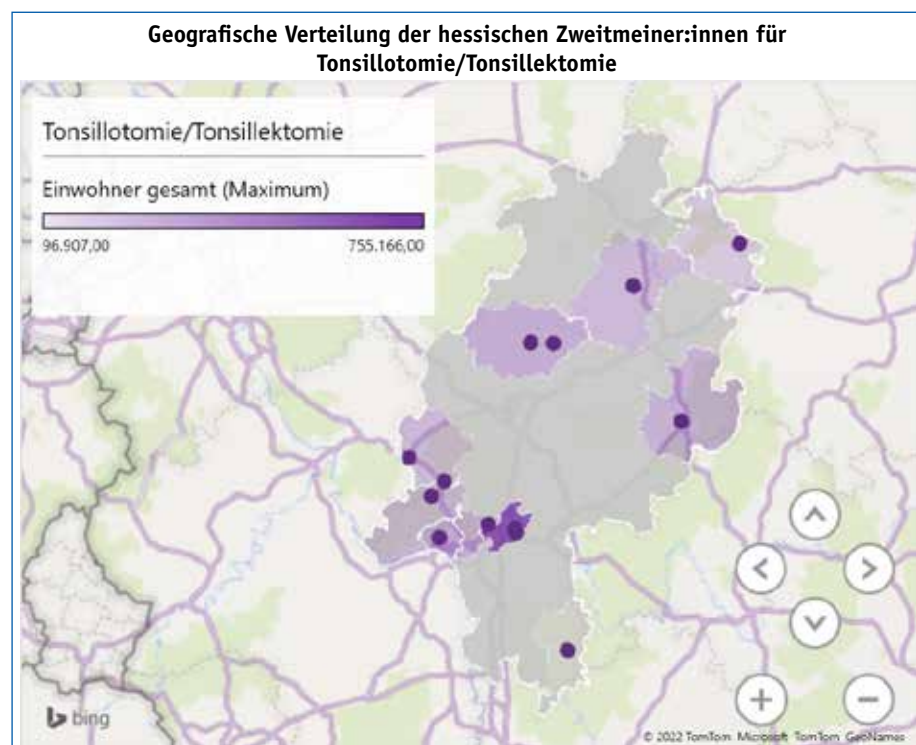


Abb. 2: Geografische Verteilung der hessischen Zweitmeiner:innen für Tonsillotomie/Tonsillektomie und die relevante Einwohnerzahl des jeweiligen Kreises; eigene Darstellung unter Rückgriff auf Kassenärztliche Vereinigung Hessen (2022).

Für die Analyse der Inanspruchnahme der Zweitmeinung durch die betroffenen Patient:innen wurde eine Zeitreihenanalyse der der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen vorliegenden relevanten Abrechnungsdaten der Quartale 1/2019 bis 1/2021 durchgeführt (siehe Abb. 4 und 5).

Die Analyse der Inanspruchnahme des Zweitmeinungsverfahrens rund um die Hysterektomie in Hessen zeigt, dass die Zweitmeinung in diesem Versorgungsfeld (Gesamtanzahl der Indikationsstellungen: 809) kaum in Anspruch genommen wird. Lediglich im 2. Quartal 2019 wurden sie insgesamt siebenmal bzw. im 4. Quartal 2019 sowie im 4. Quartal 2020 jeweils sogar nur sechsmal abgerechnet. Dabei zeigt sich eine stabile Indikationsstellung bei ca. 0,01% der Behandlungsfälle³. Im Kalenderjahr 2019 nahmen demnach 3,3% der Patienten mit entsprechender Indikationsstellung die Zweitmeinung in Anspruch, 2020 waren es nur noch 1,7%.

Anders stellt sich die Analyse der Inanspruchnahme des Zweitmeinungsverfahrens rund um die Tonsillotomie/Tonsillektomie (Indikationsstellungen insgesamt: 780) in Hessen dar. Hier werden Zweitmeinungen in größerem Umfang nachgefragt. So kann für das 4. Quartal 2019 ein Spitzenwert von 102 Inanspruchnahmen festgestellt werden. Danach ist eine deutliche Reduktion zu beobachten: Mit Blick auf die darauffolgenden Quartale werden zu keiner Zeit mehr dreistellige Werte, sondern Werte im niedrigen 2-stelligen Bereich erreicht. Auffällig ist zudem, dass im 1. Quartal 2021 keine einzige Zweitmeinung abgegeben wurde.

Die Indikationsstellung erfolgt im Fachgebiet HNO bei etwa 0,03% der Behandlungsfälle, seit 4/2020 etwas geringer bei 0,02% der Behandlungsfälle der Fachgruppe. Insgesamt nahmen 2019 etwa 29% der Patienten mit entsprechender Indikationsstellung die Zweitmeinung in Anspruch, 2020 waren es ca. 23%.² Mit dem Beginn der Kontaktbeschränkungen und

2: Bei nur geringen und zudem deutlich volatilen Abrechnungszahlen wurde bei diesen Zeitreihen auf Vergleiche der Quartalszahlen mit den Quartalszahlen des Vorjahres verzichtet.

3: Die Behandlungsfälle der Fachgruppe wurden internen Honoraranalysen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen entnommen.



Abb. 3: Abrechnungshäufigkeiten der Indikationsstellung (n=809) sowie der Zweitmeinung für die Hysterektomie (n=19) in Hessen für die Quartale 1/2019 bis 1/2021⁴.

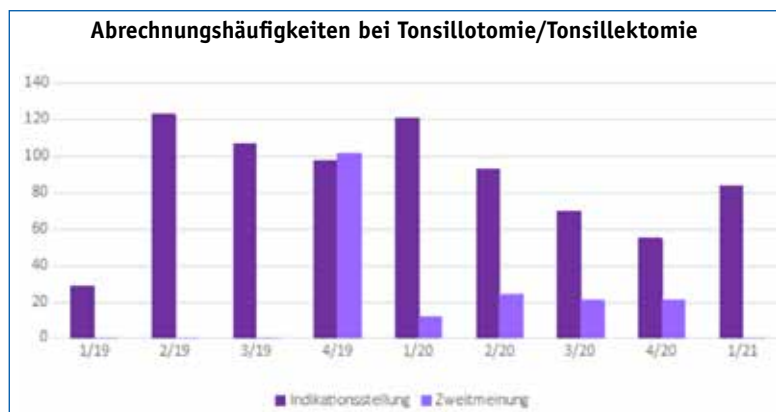


Abb. 4: Abrechnungshäufigkeiten der Indikationsstellung (n=780) sowie der Zweitmeinung für die Tonsillotomie/Tonsillektomie (n=180) in Hessen für die Quartale 1/2019 bis 1/2021⁴.

damit einhergehenden rückläufigen Inanspruchnahmen im 2. Quartal 2020 (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, 2020) ist ein deutlicher Rückgang der Indikationsstellungen bei beiden Facharztgruppen zu beobachten. Dieser Rückgang zeigt sich jedoch nicht in Bezug auf die Inanspruchnahme der Zweitmeinung.

Diskussion

Die absoluten Häufigkeiten der Indikationsstellungen sind im beobachteten Zeitraum in Hessen aufseiten der Tonsillotomie/Tonsillektomie mit insgesamt 809 Abrechnungsfällen und aufseiten der Hysterektomie mit 780 Abrechnungsfällen ungefähr gleich stark vertreten. Daher ist es erstaunlich, dass sich die Inanspruchnahme der Zweitmeinung im Beobachtungszeitraum für beide Indikationen um den Faktor 10 unterscheidet (Hysterektomie: 19 Zweitmeinungsfälle bezogen auf 809 Indikationsstellungen entspricht einer prozentualen Inanspruchnahme in Höhe von 0,02% bzw. Tonsillektomie/Tonsillotomie: 180 Zweitmeinungsfälle bezogen auf 780 Indikationsstellungen entspricht einer prozentualen Inanspruchnahme in Höhe von 0,2%). Der in der Tendenz zu beobachtende allgemeine Rückgang der Indikationsstellung könnte dem Pandemiegeschehen und der Scheu der Patienten, in dieser Zeit Arzttermine wahrzunehmen, geschuldet sein.

Inanspruchnahme

Als Grund für die großen Unterschiede der Inanspruchnahme bei Hysterektomie und Tonsillotomie/Tonsillektomie ist denkbar, dass

das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzt:in und Patient:in eine Rolle beim Bedürfnis nach externer Zweitmeinung spielt. Hier könnte es Unterschiede bei Gynäkolog:innen und HNO-Ärzt:innen und ihren jeweiligen Patient:innen geben.

Dieser Unterschied könnte sich auf zwei Wegen manifestieren: Einerseits könnte die Hysterektomie, die die Fortpflanzungsorgane betrifft, als intimer Eingriff wahrgenommen werden, was den Wunsch bei einer fremden Ärzt:in eine Zweitmeinung einzuholen, verringern dürfte. Die Tonsillektomie hingegen könnte in der Wahrnehmung der Patient:innen ein weniger schambehafteter Eingriff sein. Andererseits könnte auch ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen Gynäkolog:innen und Patientinnen dazu führen, dass die Indikationsstellung seltener hinterfragt wird. Diese Vermutung wird durch eine Untersuchung der BARMER (2019) gestützt. Diese ergab, dass Patient:innen sich grundsätzlich dann gegen eine Zweitmeinung entscheiden, wenn sie keine Zweifel an der Notwendigkeit des Eingriffs haben oder sie sich durch ihre Ärzt:in gut aufgeklärt fühlen. Das legt nahe, dass bei der Indikationsstellung zur Hysterektomie Elemente der partizipativen Entscheidungsfindung häufiger Eingang gefunden haben als bei der zur Tonsillotomie/Tonsillektomie.

Auffällig ist die Leistungsspitze bei Zweitmeinung zu Tonsillotomien/Tonsillektomien im 4. Quartal 2019 nach drei Quartalen ohne Abrechnung einer Zweitmeinung. Hier ist anzunehmen, dass Zweitmeinungen erst in einem Folgequartal oder vielleicht sogar noch später nach der erfolgten Indikationsstellung in Anspruch genommen wurden. Das könnte auf einen Zeitpunkt der Indikationsstellung zurückzuführen sein, dem dann eine längere patientenseitige Bedenkzeit gefolgt wäre sowie auf den Zeitpunkt der erstmaligen Genehmigungserteilung.

Bei der Auswertung dieser Daten ist zu berücksichtigen, dass ab Ende 1/2020 bis Ende 2/2020 aufgrund des Pandemiegeschehens rund um Covid-19 ein Verbot elektiver Operationen bestand, sodass hier mit einer Verlagerung von elektiven Operationen in spätere Quartale zu rechnen ist. Das könnte zu einer geringeren Inanspruchnahme der Zweitmeinung im ersten Halbjahr geführt haben. Allerdings zeigen die Daten auch im 4. Quartal 2020 oder im 1. Quartal 2021 keine erhöhten Inanspruchnahmen. Hier ist fraglich, ob das mit dem erneuten Lockdown im November 2020 zusammenhängt.

Angebotsseite

Ab Ende 1/2020 war ein allgemeiner Rückgang ärztlicher Inanspruchnahme während des ersten Lockdowns mit den damit verbundenen Bewegungs- und Aktivitätseinschränkungen für weite Teile der Bevölkerung zu beobachten. Derselbe Effekt trat (wenn auch schwächer) mit dem erneuten Lockdown Ende November 2020 ein (Zi, 2020). Das könnte erklären, warum primär weniger Indikationsstellungen zu beobachten sind.

Die großen Schwankungen bei den Zweitmeinungen zu Tonsillotomien/Tonsillektomien könnten auf knappe Terminkapazitäten aufseiten der Zweitmeiner:innen zurückzuführen sein, die zu verzögerten

4: Die dieser Darstellung zugrunde liegenden Daten gehen auf interne Honoraranalysen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zurück.

Inanspruchnahmen geführt haben. Allerdings ist aufgrund der geringen Anzahl an Zweitmeiner:innen auch denkbar, dass diese starken Schwankungen auf das Abrechnungsverhalten weniger Ärzt:innen zurückzuführen sind und damit auf Besonderheiten einer einzigen Praxis wie Schließzeiten oder Krankheit. Die Leistungsspitze im 4. Quartal ist aber vermutlich darauf zurückzuführen, dass aufgrund der Etablierung im EBM im Laufe des ersten Quartals 2019 sowie den dann festzulegenden Genehmigungsverfahren durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, die erforderlichen Genehmigungen erstmalig zum 4. Quartal 2019 erteilt wurden.

Als weiterer Untersuchungspunkt bieten sich Distanzreibungen bzw. regionale Disparitäten an. Bereits in früheren Analysen konnte geschlussfolgert werden, dass starke regionale Unterschiede bei der Versorgung der Tonsillotomien/Tonsillektomien bestehen, was auch den Verdacht der angebotsinduzierten Nachfrage nährte (Windfuhr/Gerste 2016). In diesem Kontext ist vorstellbar, dass auch die Abgabe einer Zweitmeinung regionale Unterschiede zeigt. Die geringe Anzahl der Zweitmeiner:innen verbietet aufgrund der Rückverfolgbarkeit auf den Einzelnen jedoch eine regional bezogene Auswertung. Fraglich ist, welche Auswirkung die aktuelle Angebotslage auf die Inanspruchnahme hat. Um die Daten zur aktuellen Verteilung der Zweitmeiner:innen in Hessen aus Versorgungsaspekten einzuordnen, müsste es Anhaltspunkte dazu geben, wie dicht das Angebot für eine effektive Umsetzung des Zweitmeinungsverfahrens sein muss und wie nah erreichbar Zweitmeiner:innen für Patient:innen sein müssen, um Distanzreibungen gering zu halten. Hierzu macht die Richtlinie des G-BA keine Vorgaben. Es ist jedoch fraglich, ob bei einer solch spezialisierten Leistung eine physische Erreichbarkeit auf Kreisebene erforderlich ist, die der der allgemeinen fachärztlichen Versorgung entspricht.

Ein weiterer Einflussfaktor ist der Eindruck, den die Ärzt:innen

vom Zeitmeinungsverfahren haben. Obermann et al. (2021) zeigten auf, dass Ärzt:innen Zweitmeinungen vor allem bei onkologischen Erkrankungen als sinnvoll erachten. Gerade diese Indikation wird von der Zweitmeinungsrichtlinie des G-BA jedoch nicht erfasst.

Informelle Gespräche mit Ärzt:innen verschiedener zweitmeinungsberechtigter Fachgruppen, die nicht am Zweitmeinungsverfahren teilnehmen, ergaben weitere Hinweise: Demnach werden Zweitmeinungen eher nicht als attraktive Versorgungsform wahrgenommen, da die Erstellung einer qualitativ hochwertigen Zweitmeinung mit einer nicht zu unterschätzenden Ressourcenbindung einhergeht. Genannt wurden dabei ein gegebenenfalls umfangreiches Aktenstudium und erforderliche intensive Gespräche mit den Patient:innen. Diesen Aufwand sehen sie als nicht adäquat vergütet. Tatsächlich ist es so, dass die Erbringung der Zweitmeinung lediglich mit der Grundpauschale vergütet wird. Die Grundpauschale ist einmal im Quartal berechnungsfähig, sobald ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattfindet und beträgt laut EBM (2022, 1. Quartal) in der mittleren Altersgruppe für die Gynäkologie 16,56 Euro und für die HNO-Heilkunde 23,10 Euro. Nur wenn weitere Leistungen erbracht werden, können diese Untersuchungen mit Begründung zusätzlich berechnet werden. Seit dem 01.01.2022 unterfallen diese Leistungen gegebenenfalls Budgetierungsregeln.

Schlussfolgerungen

Im vorliegenden Beitrag wurden nur zwei von mittlerweile sechs Zweitmeinungsverfahren in einem von 17 KV-Bereichen untersucht. Der mutmaßliche Einfluss der Pandemie auf die Leistungserbringung und Inanspruchnahme wurde bereits mehrfach erwähnt. Es sind jedoch auch die Jahre und Indikationen, in denen durch eine extrabudgetäre Vergütung ein besonderer Anreiz für die Zweitmeinung

Literatur

- AOK Hessen (2022) Ärztliche Zweitmeinung, In: <https://www.aok.de/pk/hessen/inhalt/aerztliche-zweitmeinung-4/>, (abgerufen am: 04.03.2022).
- BARMER (2022) Zweitmeinung – mehr Sicherheit vor wichtigen Operationen und Behandlungen, In: <https://www.barmer.de/unsere-leistungen/leistungen-a-z/beratung-und-hilfen/zweitmeinung-8574>, (abgerufen am: 04.03.2022).
- BARMER (2019) Zweitmeinung bei planbaren Eingriffen. Quantitative Bevölkerungsbefragung, In: <https://www.barmer.de/blob/291962/8e7885b3646cd38d1ce9fa7a438fb47c/data/zweitmeinung-bei-planbaren-eingriffen---barmer-umfrage-zur-zweitmeinung-bei-planbaren-eingriffen---befragung-maerz-2019.pdf>, (abgerufen am: 16.03.2022).
- Breyer, F./Zweifel, P./Kifmann, M. (2013) Gesundheitsökonomik. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Breyer, F./Buchholz, W. (2021) Ökonomie des Sozialstaats. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2013) Empfehlung gemäß 136 a SGB V zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen, in der Fassung vom 24.04.2013, In: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/08_Empfehlung_von_DKG_und_BAeK_zu_Zielvereinbarungen_24042013.pdf, (abgerufen am: 14.03.2022).
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2014) Empfehlung gem. 136 a SGB V zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen, in der Fassung vom 17.09.2014, In: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5_Personal_und>Weiterbildung/2.5.9_Chefarztrecht/Empfehlung_136a_SGB_V.pdf, (abgerufen am: 14.03.2022).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2021) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gemäß § 27b Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren/Zm-RL) in der Fassung vom 21. September 2017 (BAnz AT 07.12.2018 B4) zuletzt geändert am 16. September 2021 (BAnz AT 18.11.2021 B5).
- Hartung, S./Wihofszky, P. (2022) Partizipation und Gesundheitskompetenz, In: Rathmann, K./Dadaczynski, K./Okan, O./Messer, M. (Hrsg.) (2022) Gesundheitskompetenz S. 1 – 10.
- John, B./Stillfried, von D. (2021): Arbeitsteilung zwischen Praxen und Krankenhäusern 2030 – aus der Sicht niedergelassener Ärzt:innen. In: Simon, B./Krämer, N. (Hrsg.) (2021) 203 – 219.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022a) 116117.de – Informationsplattform der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum ärztlichen Bereitschaftsdienst in Deutschland, Zugriff unter: <https://www.116117.de/de/index.php>, (abgerufen am 15.03.2022).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022b) Gesundheitsdaten – Medizinische Versorgung – Ambulante Versorgung – Vertragsärztliche Versorgung, Zugriff unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16401.php>, (abgerufen am 15.03.2022).
- Kassenärztliche Vereinigung (2022) Arzt- und Psychotherapeutenuche Hessen. In: <https://arztsucheessen.de/>, (abgerufen am 15.03.2022).
- Obermann, K./Brendt, I./Müller, P. (2021) Ärzt:innen im Zukunftsmarkt 2021 Die ärztliche Zweitmeinung in der Praxis – eine repräsentative deutschlandweite Befragung von Ärztinnen und Ärzt:innenn durch die Stiftung Gesundheit, In: https://www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/aerzte-im-zukunftsmarkt-gesundheit_2021_1.pdf, (abgerufen am 15.03.2022).
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001) Gutachten zur Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit (Band 3) zur Über-, Unter- und Fehlversorgung (Bundestags-Drucksache 14/6871).
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert am 23. Juni 2021 (BGBl. I S. 1982).
- Techniker Krankenkasse (2022) Zweitmeinung, In: <https://www.tk.de/action/techniker/2000046/tksearch?q=Zweitmeinung>, (abgerufen am: 04.03.2022).
- Windfuhr, J.P./Gerste, B. (2016) Trends, regionale Variabilität und Indikationsstellung von Tonsillektomien in Deutschland, In: Klauber, J./Günter, C./Gerste, B./Robra, B.-P./Schmacke, R. (Hrsg.) (2016) Versorgungs-Report - Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche, Stuttgart: Schattauer.
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2020) Veränderungen der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise. In: https://www.zi.de/fileadmin/images/content/PMs/Trendreport_2_Leistungsanspruchnahme_COVID_20201111.pdf, (abgerufen am 19.03.2022)

geschaffen werden sollte. Dies ist offenbar im vorliegenden Modell nicht gelungen.

Es ist deutlich erkennbar, dass sowohl das Angebot als auch die Nachfrage zur Zweitmeinung Potenzial zur Weiterentwicklung haben. Die geringe Inanspruchnahme gerade bei elektiven Hysterektomien wirft Zweifel auf, ob dieses Angebot flächendeckend zur Verfügung stehen muss. Allerdings gibt es aktuell keine Studien, die die Gründe für die Inanspruchnahme oder Nicht-Inanspruchnahme durch betroffene Patient:innen untersuchen. Das geringe Angebot an ärztlicher Zweitmeinung und die Informationen aus informellen Gesprächen werfen hingegen die Frage auf, ob honorarpolitisch attraktive Rahmenbedingungen für eine qualitativ hochwertige Zweitmeinung gegeben sind und ob die Anreize für diese einer Fehlversorgung entgegenwirkenden Maßnahme in angemessenem Verhältnis stehen. Auch hier fehlen allerdings Studien, die beleuchten, warum Ärzt:innen das Zweitmeinungsverfahren in seiner aktuellen Form nicht flächendeckend anbieten. Diese Informationen wären jedoch in Anbetracht der weiteren Ausweitung der Indikationen erforderlich, um das Zweitmeinungsverfahren so zu gestalten, dass es seiner gesundheitspolitisch intendierten Funktion gerecht werden kann.

Neben den bestehenden, hier beschriebenen kollektivvertraglichen Angeboten haben viele Krankenkassen die Zweitmeinungsverfahren für sich als Themen besetzt. Diese Krankenkassen werben auf ihren Internetpräsenzen mit eigenen Zweitmeinungsverfahren, die über das kollektivvertragliche Angebot hinausgehen und als Satzungsleistungen angeboten werden (AOK Hessen 2022; Techniker Krankenkassen 2022; BARMER 2022). Zu diesem Wettbewerbsfeld der Krankenkasse folgt deswegen ein weiterer Beitrag in einer der folgenden Ausgaben. <<

Implementation status of the second opinion procedure in Hesse – Analysis of the collective agreement offer of a second opinion and its utilisation – I

A second opinion on the necessity of medical interventions is supposed to reduce the economic impact of supply-induced demand. Since 2019, the German health care system offers patients insured within the statutory health insurance an opportunity to benefit from a second opinion on distinct surgical interventions. An analysis of the second opinion process concerning hysterectomy and tonsillectomy/tonsillectomy in Hesse shows that there is limited close-to-living access for patients. However, the demand for second opinions in affected patients differs widely between the different indicated surgical interventions and different years. These results suggest that the health policy intention for an extensive roll out of the second opinion process has apparently not yet been reached in Germany.

Keywords

second opinion, out-patient treatment, optional benefits, statutory health insurance, contracted physicians

Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen. Mit der Einreichung erklären die Autor:innen, dass sie Eigentümer:innen des dargestellten geistigen Eigentums sind und die entsprechenden Copyrights zur Veröffentlichung freigeben.

Zitationshinweis

Hartweg, H.-R., Suk, T.: „Implementierungsstand des Zweitmeinungsverfahrens in Hessen – I“ in: „Monitor Versorgungsforschung“ (03/22), S. 65-70. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.22.1866-0533.2414>

Prof. Dr. rer. pol. Hans-R. Hartweg

ist Professor im Fachbereich Wiesbaden Business School der Hochschule RheinMain (HSRM). Dort betreut er den Studiengang „Gesundheitsökonomie (BSc)“ und kümmert sich um aktuelle Fragen der Versorgungsforschung.

Kontakt: hans.hartweg@hs-rm.de

ORCID: 0000-0002-5218-5508



Tabea Suk BSc

ist Beraterin für Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Sie hat 2018 ihren Bachelor in Gesundheitsökonomie an der HSRM am Fachbereich Wiesbaden Business School abgeschlossen und studiert seit 2021 berufsbegleitend Public Health im Master-Programm der London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Kontakt: tabea.suk@kvhessen.de

ORCID: 0000-0002-3661-5862



Deniz Senyel BSc

Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Dr. sc. nat. Klaus H. Nagels
Katja C. Senn MSc

Suizidprävention per App: Potenzial für die deutsche Versorgungslandschaft? – eine Übersichtsarbeit

Seit 2020 bieten digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA oder „Apps auf Rezept“) neue Perspektiven für das deutsche Gesundheitswesen. Im August 2021 waren bereits 20 DiGAs durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erfolgreich geprüft und im Verzeichnis verschreibungsfähiger DiGAs gelistet. Diese können nun verordnet und damit von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden. Zehn Apps dienen der Prävention und Therapie psychischer Erkrankungen (insb. Panikstörungen und Depressionen). Jedoch findet sich darunter keine App zur Suizidprävention (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte).

>> Ein Bestandteil der kognitiven Verhaltenstherapie zur Suizidprävention ist die Erstellung eines Krisenplans (englisch: safety plan) (Stanley et al. 2009). Hierbei handelt es sich um eine Liste an Verhaltensstrategien, von denen der Patient bei akuten Suizidgedanken im Rahmen des Selbstmanagements Gebrauch machen kann. Die Notfallstrategien sollten während der Therapie mit dem behandelnden Psychotherapeuten ausgearbeitet werden. Folgende Schritte sind im Krisenplan zu definieren: eigene Warnzeichen für eine Krise, interne Verhaltensstrategien, externe Verhaltensstrategien, soziale Kontakte, professionelle Hilfe und das Sichern der Umgebung. Interne Verhaltensstrategien sind Aktionen, die der Patient alleine ausführen kann, während externe Verhaltensstrategien soziale Situationen beinhalten. Für die Inanspruchnahme sozialer Kontakte sollte der Patient Nummern von Freunden oder Angehörigen aufschreiben. Ist dies akut nicht ausreichend, sollte der Patient ermutigt werden, professionelle Hilfe zu suchen (z.B. Kontaktieren von Suizidpräventions-Rufnummern). Im Krisenplan ist auch zu dokumentieren, welche Objekte der Patient aus seinem nahen Umfeld entfernen sollte, um einen Suizidversuch zu verhindern (Stanley et al. 2009; Stanley and Brown 2012).

Traditionell wurde der Krisenplan in Papierform festgehalten. Eine digitale Lösung sind Smartphone-Apps. Diese können den traditionellen Krisenplan mit weiteren Informationen und unterstützenden Ressourcen anreichern. Dem Patienten wird dadurch nicht nur ein umfangreiches Set an Bewältigungsstrategien geboten, sondern auch eine flexible Nutzung und Zugriffsmöglichkeit.

Der folgende Review fokussiert das Angebot von Smartphone-Apps mit Krisenplan-Funktion und deren Effektivität hinsichtlich der Reduktion von Suizidgedanken.

Zusammenfassung

Durch die Covid-19-Pandemie hat sich die mentale Gesundheit weltweit verschlechtert. In diesem Zusammenhang ist ein Anstieg an Suizidraten nicht auszuschließen. Suizid-Präventions-Apps könnten den Patienten im Umgang mit Suizidalität helfen. Deshalb wurden Effekte von Suizid-Präventions-Apps auf das Auftreten und die Intensität von Suizidgedanken im Zuge einer Übersichtsarbeit erfasst. Dabei wurden quantitative Studien zu Smartphone-Apps mit dem Endpunkt Suizidgedanken eingeschlossen, die eine Sicherheitsplanfunktion aufwiesen. Vier relevante Studien wurden identifiziert, bei denen das Vorliegen von Bias-Varianten unterschiedlicher Ausprägung angenommen werden muss. Die Ergebnisse zeigten zwar positive Effekte, die aber überwiegend statistisch nicht signifikant waren. Die Ergebnisse dieser Arbeit reihen sich in den bisherigen Stand der Forschung ein. Die geringe Zahl an Studien sowie methodische Schwachstellen limitieren die Aussagekraft der Ergebnisse. Deutschland ist in der Forschung und Entwicklung zu Suizid-Präventions-Apps kaum vertreten. Wenn zukünftig entsprechende internationale Apps als digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) für das deutsche Gesundheitswesen verfügbar werden, ist davon auszugehen, dass eine Suizidprävention per App positive Effekte bei Suizidalität zeigen werden. Gleichzeitig sollten hochwertige Studien im nationalen Setting die positiven Versorgungseffekte zeitnah bestätigen.

Schlüsselwörter

Mentale Gesundheit, Depression, Suizidprävention, digitale Gesundheitsanwendungen

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.03.22.1866-0533.2415>

Methoden

Folgende Einschlusskriterien wurden festgelegt. Die Einzelstudien mussten eine Smartphone-Suizid-Präventions-App als Intervention dokumentieren. Um eine bessere Vergleichbarkeit der Anwendungen zu schaffen, wurden nur Apps mit einer Krisenplan-Funktion eingeschlossen. Die Funktion konnte entweder namentlich von den Autoren genannt worden sein oder es musste aus der Beschreibung ersichtlich sein, dass mindestens zwei Schritte des von Stanley und Brown (2012) beschriebenen Sechs-Stufen-Plans enthalten waren. Es wurden sowohl vergleichende Studien mit Kontrollgruppen als auch Studien mit nur einer Interventionsgruppe eingeschlossen. Die Intervention musste zuhause und nicht in einer stationären Einrichtung stattfinden. Suizidgedanken wurden als Surrogat-Parameter verwendet aufgrund der sensiblen Natur der Thematik. Es wurden nur Studien mit quantitativen Ergebnissen berücksichtigt. Die Messskala wurde explorativ einbezogen. Für das Patientenkollektiv wurden keine speziellen Kriterien festgelegt. Sowohl publizierte als auch zur Publikation angenommene Manuskripte in deutscher oder englischer Sprache wurden eingeschlossen. Ausschlusskriterien waren:

Psychotherapie in Deutschland

Laut statistischem Bundesamt starben im Jahr 2019 9.041 Personen durch Suizid (Statistisches Bundesamt). Globale Analysen zeigen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen ein deutlich höheres Suizidrisiko aufweisen. Insbesondere Depressionen führen häufig zu Selbstmordversuchen (Bachmann 2018). Während die Suizidrate in Deutschland über die Jahre gesunken ist (Statistisches Bundesamt), könnte die Covid-19-Pandemie einen Anstieg begünstigen. Internationale Studien belegen, dass die soziale Isolation während der Pandemie zu depressiven Symptomen, Angstzuständen und Schlafproblemen führt (Sher 2020; Zalsman et al. 2020). Weiterhin wurde ein kausaler Zusammenhang zwischen einer erhöhten Prävalenz von Depressionen und Ausgangsbeschränkungen sowie der Covid-19-Inzidenz bestätigt (Santomauro et al. 2021). Erste Studien aus Deutschland zeigen bisher keine erhöhte Suizidrate (Radeloff et al. 2021). Dennoch wird aufgrund der allgemein steigenden Prävalenz von Depressionen von der internationalen Akademie für Suizid-Forschung (engl. The International Academy of Suicide Research IASR) empfohlen, die Suizidprävention stärker in der Versorgung zu verankern (Zalsman et al. 2020). Durch die hohe Auslastung der ambulanten Psychotherapie und der damit verbundenen Versorgungslücken (BPTK 2021) gewinnen alternative und digital gestützte Versorgungskonzepte an Relevanz.

qualitative Studien, webbasierte Apps, stationäres Setting, keine Suizidgedanken als Endpunkt. Übersichtsarbeiten wurden ebenfalls eliminiert. Aufgrund der technischen Neuheit von Smartphones wurde keine zeitliche Limitation der Publikationen angesetzt.

Für die Literaturrecherche wurde die Datenbank PubMed verwendet. Die folgende Suchstrategie wurde angewendet:

((Suicide prevention OR suicidal OR safety planning OR Suicide) AND (mobile application OR smartphone application OR App OR mobile app OR smartphone app)) NOT (systematic review OR review)

Anhand der Ein- und Ausschlusskriterien wurden die Titel und Abstracts untersucht. Passende Titel wurden anschließend im Volltext gesichtet und geprüft. Einzelstudien, welche alle Kriterien erfüllten, wurden für die Übersichtsarbeit eingeschlossen.

Für alle eingeschlossenen Studien wurden die folgenden Charakteristika extrahiert: Publikationsjahr, Land, Teilnehmerzahl und -charakteristika, Studientyp, App-Funktionen, Messskala für Suizidgedanken und Erhebungszeitpunkte. Dies diente der Vergleichbarkeit der Studien, um eventuelle Disparitäten in den Studiendesigns festzustellen. Die Datenextraktion erfolgte dabei durch eine Person.

Für die methodische Beurteilung der eingeschlossenen Studien wurde das Risk-of-Bias Visualisation (robvis) tool (McGuinness and Higgins 2021) verwendet. Da keine Einschränkungen bezüglich des Studiendesigns getroffen wurden, konnten sowohl randomisierte als auch nicht-randomisierte Studien eingeschlossen werden. Das „robvis tool“ bietet für beide Fälle eine Vorlage. Für randomisiert-kontrollierte Studien wurde die „Risk of Bias 2.0 Checkliste“ (Sterne et al. 2019) verwendet. Bei nicht-randomisierten Studien wurde die „ROBINS-I Checkliste“ (Sterne et al. 2016) angewendet. Die Beurteilung erfolgte für jede Studie einzeln. Zusammenfassend bekam jede Studie eine Gesamtbewertung, welche die einzelnen Kategorien einbezieht. Aufgrund der geringen Studienanzahl wurde eine Analyse des Publikationsbias nicht untersucht.

Die Datenanalyse erfolgte über die Durchschnittswerte der Messskalen. Es wurden einerseits die Veränderungen von pre- zu post-Intervention betrachtet, andererseits Unterschiede zwischen den Patientengruppen, falls möglich. Aufgrund der explorativen Einbindung der Messskalen wurde auf eine Meta-Analyse verzichtet. Vorab war nicht ersichtlich, inwieweit die verschiedenen Messniveaus kombinierbar sind. Daher wurden die Ergebnisse nur narrativ verglichen und zusammengefasst. Es wurden keine Sensitivitätsanalysen oder Subgruppenanalysen durchgeführt.

Studienselektion

Abbildung 1 stellt die Studienselektion grafisch dar. Die Suchstrategie ergab 241 Treffer. Nach einer ersten Sichtung der Titel verblieben 34 Studien zur weiteren Analyse. Dabei wurden qualitative Studien vorsätzlich nicht eliminiert, um sie auf eventuelle sekundäre Endpunkte mit quantitativen Daten zu prüfen. Der häufigste Grund für einen Ausschluss war das Fehlen einer Messskala für Suizidgedanken. Entweder wurden Suizidgedanken nicht untersucht oder nur als Risikofaktor für Suizid erwähnt und somit nicht weiter analysiert. Nach genauerem Screening wurden acht qualitative Studien ausgeschlossen, da keine quantitativen Daten vorlagen. Vier Studien befassten sich nicht mit Suizid-Präventions-Apps. Zu den weiteren Gründen zählten logistische Gründe wie keine Zugangsberechtigung oder keine englische oder deutsche Version des Artikels. Drei Artikel beschrieben nur die Entwicklung einer App oder es handelte sich bereits um einen Review. Eine Studie wurde ausgeschlossen, da die

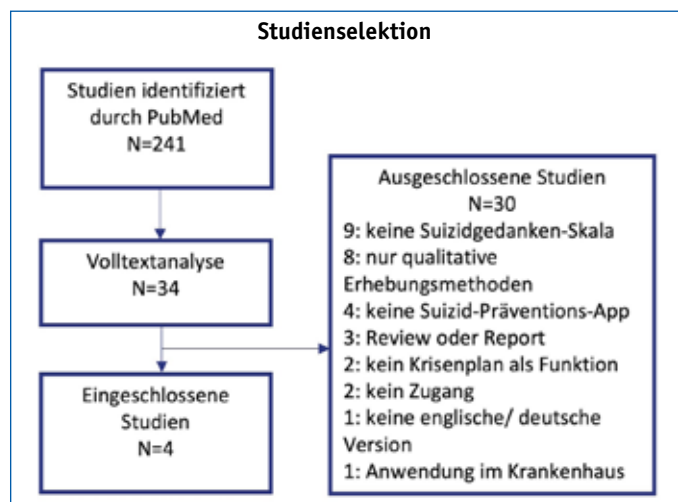


Abb. 1: Studienselektion; Quelle: eigene Darstellung.

Intervention stationär stattfand. Für die Analyse wurden final vier Studien eingeschlossen.

Studiencharakteristika

Die Studiencharakteristika sind in Tabelle 1 zusammengefasst. Zwei Studien verwendeten keine Kontrollgruppe, begründet wurde dies mit ethischen Richtlinien (Melvin et al. 2019; Pauwels et al. 2017). Somit wurde nur eine Gruppe untersucht und die Werte pre- zu post-Intervention verglichen. Bei den randomisiert-kontrollierten Studien erhielten die Patienten der Kontrollgruppe die bisherige Versorgung weiterhin. Tighe et al. (2017) umgingen die ethische Problematik, indem die Kontrollgruppe nach der Interventionszeit ebenfalls Zugriff auf die App erhielt. Somit konnte ein Vergleich zwischen Intervention und Kontrolle hergestellt werden, ohne Patienten die Anwendung vorzuenthalten. Die Interventionszeit variierte zwischen einer und acht Wochen, wobei keine der Studien Langzeitdaten erhob (Melvin et al. 2019; Pauwels et al. 2017; Rodante et al. 2020; Tighe et al. 2017). Auch die Patientenzahl war ähnlich verteilt, wobei Tighe et al. (2017) mit 61 Patienten das größte Kollektiv aufwies. Die Hälfte der Studien wurde in Australien durchgeführt (Melvin et al. 2019; Tighe et al. 2017).

Alle Studien wurden in den letzten fünf Jahren publiziert. Für die Patientenrekrutierung wurden ähnliche Kriterien angewendet. Drei Studien setzten Volljährigkeit für die Teilnahme voraus (Pauwels et al. 2017; Rodante et al. 2020; Tighe et al. 2017), ebenso war der Besitz eines funktionstüchtigen Smartphones in allen Fällen verpflichtend. Die klinische Eignung der Patienten wurde unterschiedlich bewertet. Die Rekrutierung erfolgte stets über einen therapeutischen Dienst. In der Studie von Melvin et al. (2019) reichte die psychiatrische Behandlung als Einschlusskriterium aus, in den restlichen Studien wurden vor Einschluss festgelegte Symptome durch Eigenaussagen oder validierte Skalen bestätigt. Die einzelnen Kriterien können in Tabelle 1 eingesehen werden. Tighe et al. (2017) veränderten die im Studienprotokoll festgelegten Rekrutierungskriterien während der ersten Einschlussphase. Grund waren eine zu geringe Anzahl an geeigneten Patienten. So wurde die Altersobergrenze von 35 Jahren gestrichen und auch Patienten ohne akute Suizidgedanken eingeschlossen. Insgesamt zeigten sich keine Übereinstimmungen in den verwendeten Messskalen.

Studiencharakteristika						
	Studiendesign	Land	Teilnehmercharakteristika	N	Zeitraum in Wochen	Messskala
Pauwels et al. 2017 BackUp	Keine Kontrollgruppe	NL	- Mind. 18 Jahre alt - Besitz eines Smartphones - Spricht Niederländisch - Suizidgedanken	21	1	Beck Scale for Suicidal Ideation (BSSI)
Melvin et al. 2019 BeyondNow	Keine Kontrollgruppe	AUS	- Patient eines psychiatrischen Dienstes in Melbourne - Besitz eines Smartphones	36	8	The Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSR)
Rodante et al. 2020 Calma	Cluster-randomisiert	ARG	- Zwischen 18 und 65 Jahre alt - Seit min. einem Monat Teilnehmer eines Kurses der FORO Stiftung für mentale Gesundheit in Buenos Aires - Besitz eines Smartphones - Suizidgefährdet	21	4	Self-injurious thoughts and behaviors interview (SITBI)
Tighe et al. 2017 iBobbly	Randomisiert-kontrolliert	AUS	- Mind. 18 Jahre - Hohe psychische Belastung und Symptome einer Depression	61	6	The Depressive Symptom Inventory – Suicidality Subscale (DSI-SS)

Tab. 1: Studiencharakteristika; Quelle: eigene Darstellung.

Erfüllte Aspekte eines Krisenplans				
	BackUp	Beyond-Now	Calma	iBobbly
Eigene Warnzeichen	X	X	-	X
Sicherheit d. Umgebung	X	X	-	-
Interne BS*	X	X		X
Externe BS*	X	X	-	X
Soziale Kontakte	X	X	X	-
Professionelle Hilfe	X	X	X	X

Tab. 2: Erfüllte Aspekte eines Krisenplans nach Stanley et al.; Quelle: eigene Darstellung. Legende: * BS = Bewältigungs-Strategien.

Zwei Apps erfüllen alle Aspekte eines Suizid-Krisenplans (Melvin et al. 2019; Pauwels et al. 2017). Die BeyondNow-App (Melvin et al. 2019) wurde nur mit dem Ziel eines Krisenplans entwickelt. Im Vergleich dazu ist der Krisenplan nur eine von fünf verschiedenen Funktionen der BackUp-App (Pauwels et al. 2017). Die restlichen vier Kategorien greifen Teile des Krisenplans auf und gehen vertiefend darauf ein. Somit kann der Nutzer spezifisch auf wichtige Elemente zugreifen. iBobbly (Tighe et al. 2017) ist auf die Angehörigen der indigenen Stämme Australiens zugeschnitten, da diese ein erhöhtes Suizidrisiko im Vergleich zu weißen Australiern aufzeigen. Die App greift Strategien eines Krisenplans auf und kombiniert sie mit kulturellen Symbolen der Aborigines. Im Vordergrund stehen Bewältigungsmechanismen für Suizidgedanken. Jedoch werden externe Strategien sowie soziale Kontakte und profes-

sionelle Hilfe einbezogen. Die spanischsprachige App Calma (Rodante et al. 2020) basiert auf der Dialektisch-Behavioralen Therapie, weshalb der Fokus der App auf den internen Bewältigungsstrategien liegt. Tabelle 2 zeigt eine Übersicht der erfüllten Aspekte eines Suizid-Krisenplans.

Zusammenfassend zeigt sich, dass alle Apps sowohl interne Bewältigungsstrategien und Zugriff auf professionelle Hilfe anbieten. Es wurden Unterschiede im Aufbau, dem Umfang und der theoretischen Grundlage der Anwendungen identifiziert. Die Apps können über die gängigen App-Stores heruntergeladen werden. Es existieren jedoch geografische Zugangsbeschränkungen.

Risk-of-Bias

Aufgrund der fehlenden Kontrollgruppen und der kleinen Teilnehmerzahl waren Confounder in den nicht-randomisierten Studien nicht auszuschließen (Melvin et al. 2019; Pauwels et al. 2017). Während die Teilnehmerselektion sowie die Studiendurchführung ein geringes Bias-Risiko aufwiesen, zeigten sich hohe Dropout-Quoten und unbefriedigende Datenerhebungen als problematisch. Durch die fehlende Verblindung war eine Verzerrung durch die Erheber möglich. Somit zeigte die Studienqualität der nicht-randomisierten Studien mittlere bis schwere methodische Schwächen auf. Die randomisiert-kontrollierten Studien zeigten durchgängig bessere Bewertungen (Rodante

Risk-of-Bias				
	Nicht-randomisiert-kontrolliert		Randomisiert-kontrolliert	
Bias due to/in*	Melvin et al. 2019	Pauwels et al. 2017	Rodante et al. 2020	Tighe et al. 2017
confounding	Serious	Serious		
selection of participants	Low	Low		
classification of interventions	Low	Low		
randomization process			Moderate	Low
deviation from intended interventions	Low	Low	Moderate	Moderate
missing data	Moderate	Critical	Low	Low
measurement of outcomes	Moderate	Moderate	Moderate	Low
selection of the reported resultcomes	Low	Low	Low	Low
Overall	Moderate	Serious	Moderate	Low

Tab. 3: Risk-of-Bias; Quelle: eigene Darstellung. Original Terminologie des robvis tool.

et al. 2020; Tighe et al. 2017). Jedoch konnte auch hier keine Verblindung der Patienten erfolgen. Rodante et al. (2020) verwendete die Messskala für Suizidgedanken in einer Interviewform, wodurch ein Einfluss des Interviewers nicht ausgeschlossen werden konnte. In der Studie von Tighe et al. (2017) wurde hingegen ein schriftlicher Fragebogen eingesetzt. Zusammenfassend zeigten die randomisiert-kontrollierten Studien ein geringeres Risiko einer Verzerrung der Ergebnisse auf. Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse aller Studien.

Tabelle 4 stellt die Werte für Suizidgedanken vor und nach der Intervention dar, ebenso die verwendeten Skalen. Für alle Studien zeigte sich eine Verbesserung hinsichtlich des Auftretens von Suizidgedanken. Abhängig von der gewählten Messskala entsprach eine Verringerung der Werte dabei einer niedrigeren Frequenz oder Intensität der Gedanken. Für die Studien mit einer Kontrollgruppe zeichnete sich ebenfalls eine Verbesserung ab. In der Studie von Rodante et al. (2020) präsentierte die Kontrollgruppe eine höhere Differenz zwischen den pre- und post-Interventionswerten. Dabei lag der Ausgangswert über dem der Interventionsgruppe, sodass nach der Intervention die Kontrollgruppe als absoluter Wert im Durchschnitt höher ausfiel. Im Vergleich dazu wiesen die Ergebnisse von Tighe et al. (2017) einen gegenteiligen Effekt auf. Die Interventionsgruppe hatte zu Beginn einen höheren Durchschnittswert, verringerte diesen jedoch doppelt so stark wie die Kontrollgruppe. Aufgrund des Studiendesigns erhielt die Kontrollgruppe nach Ablauf der sechs Wochen ebenfalls die Intervention für denselben Zeitraum. Es zeigte sich, dass der DSI-SS-Wert von 1,9 auf 1,5 fiel. Dementsprechend verringerte sich der Wert linear um weitere 0,4 während der Kontrollphase.

Für die einarmigen Studien ergaben sich ebenfalls positive Effekte. Pauwels et al. (2017) verzichtete auf die Angabe der Standardabweichung. Eine weitere Besonderheit fiel im Artikel von Melvin et al. (2019) auf. Dabei wurden zwei Werte für das Maß an Suizidgedanken aufgeführt. Einerseits der Schweregrad (severity of ideation) und andererseits die Intensität (intensity of ideation). Aufgrund unterschiedlicher Skalen wurden die Ergebnisse nicht aggregiert. Beide Domänen bestätigten positive Veränderungen über den Studienverlauf. Eine Regressionsanalyse belegte, dass diese Ergebnisse auf einem Level von $p < 0,05$ signifikant waren.

Keine der anderen Studien zeigte statistisch signifikante Ergebnisse bezüglich der Suizidgedanken. Es wurden durchgängig positive Ergebnisse berichtet, jedoch ergaben die randomisiert-kontrollierten Studien ebenfalls positive Effekte in den Kontrollgruppen. Ebenso muss beim Vergleich der Differenzwerte die Ausprägungen der verschiedenen Messskalen berücksichtigt werden.

Diskussion

Zusammenfassend ließ sich ein positiver Effekt von Suizid-Präventions-Apps auf das Auftreten und die Intensität von Suizidgedanken feststellen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass Studien mit einer Kontrollgruppe ebenfalls in der nicht-Interventionsgruppe eine Verbesserung feststellten (Melvin et al. 2019; Pauwels et al. 2017; Rodante et al. 2020; Tighe et al. 2017). Die vorliegende Evidenz wird durch mehrere Punkte limitiert. Alle Studien wiesen kleine Stichproben auf und wurden über einen kurzen Zeitraum durchgeführt. Die

Vergleich der pre- zu post-Interventionswerte				
	Messskala	Pre-Intervention I / K	Post-Intervention I / K	Differenz I / K
Pauwels et al. 2017 BackUp	BSSI	20,1 (-) / -	18,7 (-) / -	-1,4 / -
Melvin et al. 2019 BeyondNow	C-SSR severity of ideation	4,33 (1,04) / -	2,29 (1,85) / -	-2,04* / -
	C-SSR intensi- ty of ideation	19,64 (2,91) / -	17,44 (5,37) / -	-2,2* / -
Rodante et al. 2020 Calma	SITBI	2,4 (0,69) / 2,8 (0,63)	0,33 (0,58) / 0,6 (1,14)	-2,07 / -2,2
Tighe et al. 2017 iBobbly	DSI-SS	2,7 (2,2) /	1,9 (2,1) /	-0,8 /
		2,3 (1,9)	1,9 (1,7)	-0,4

Tab. 4: Vergleich der pre- zu post-Interventionswerte; Legende: I: Interventionsgruppe; K: Kontrollgruppe; Alle Werte als Durchschnittswert; Standardabweichung in Klammern; * $p < 0,05$; Quelle: eigene Darstellung.

Adhärenz und Aktivität des Patienten waren in diesem Fall kritisch für die Effektivität der Intervention. Methodische Limitationen wie Studiendesign und -durchführung sind ebenfalls vorhanden.

Für diesen Review sind folgende Limitationen zu beachten. Die Literaturrecherche erfolgte nur über eine Literaturlatenbank und eine Person. Ebenso wurden die Studien durch eine Person ausgewählt. Es wurden keine qualitativen Studien eingeschlossen. Während des Auswahlverfahrens zeigte sich jedoch, dass viele Studien nur qualitative Ergebnisse berichteten. Zukünftig könnten daher insbesondere Mixed-Methods-Reviews einen relevanten Beitrag leisten. Diese Arbeit beschäftigte sich lediglich mit Suizidgedanken ohne Berücksichtigung der psychiatrischen Grunderkrankung. In Zukunft kann die Einbindung der Grunderkrankung oder des Schweregrads der Suizidalität genauere Schlüsse zulassen. Die Aussagekraft eines Reviews über randomisiert-kontrollierte Studien hätte einen höheren Aussagewert, jedoch fehlt es hierfür an Studien. Zuletzt sollte noch erwähnt werden, dass kein Publikations-Bias aufgrund der geringen Anzahl an eingeschlossenen Studien untersucht werden konnte.

Ähnliche Ergebnisse wurden 2017 im Journal BMC Psychiatry publiziert. Witt et al. (2017) führten einen systematischen Review über 14 Studien durch, wobei der Effekt von Online- und Smartphone-Suizid-Präventions-Apps auf Suizidgedanken und -verhalten untersucht wurde. Es zeigte sich Evidenz für einen Rückgang an Suizidgedanken, meistens jedoch bei Beobachtungsstudien und nicht bei randomisiert-kontrollierten Studien.

Eine weitere Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2020 konzentrierte sich ausschließlich auf Smartphone-Apps und die Effektivität hinsichtlich der Suizidalität (Melia et al. 2020). Vier Artikel wurden eingeschlossen. Dabei fasste ein Artikel drei Studien zusammen, sodass Daten von sieben Einzelstudien evaluiert wurden. Es wurden positive Effekte festgestellt, welche jedoch nicht statistisch signifikant waren. Auch hier wurde die mangelnde Studienqualität angemerkt.

Es gibt weiterhin positive Evidenz bezüglich traditioneller oder digitaler Krisenpläne als kombinierte oder Stand-alone-Lösungen und deren Akzeptanz unter Patienten sowie zur Machbarkeit und konkreten Interventionsgestaltung (z.B. Modalitäten, Zugang) (Ferguson et al. 2021).

Deutschland im internationalen Vergleich – ein digitaler Plan für die Krise?

Seit März 2020 findet sich im deutschsprachigen Raum die App „Der Krisen-Kompass“ der TelefonSeelsorge. Diese bislang einzige App mit konkretem Bezug zur Suizidprävention verspricht Informationen und Unterstützung für Hilfesuchende sowie deren Umfeld in einer suizidalen Krise. Die App wurde mit 150.000 Euro Spendengeldern finanziert und steht kostenfrei zur Verfügung. Bisher gibt es jedoch keine wissenschaftliche Evaluation der App, sowie Studien zur evidenzgestützten Entwicklung (Krisen-Kompass by TelefonSeelsorge).

Vor dem Hintergrund dieses Reviews schneidet Deutschland im

internationalen Vergleich in der Bereitstellung von fundierten Suizid-Präventions-Apps mit Krisenplan unbefriedigend ab. Für die zukünftige Versorgung bei akuter Suizidalität sind auch während der Covid-19-Pandemie digitale Krisenpläne eine Chance, die Versorgung alltagsgerechter zu gestalten.

Zunächst ist es jedoch unabdingbar, die Studienqualität in diesem Bereich zu erhöhen, um die Effektivität und zuletzt Effizienz solcher Apps vollumfänglich bewerten zu können. Danach bietet das „Fast-Track-Verfahren“ die Möglichkeit, auch internationale Best-Practice DiGAs zügig in die deutsche Versorgung zu implementieren und etwaige evidenzbasierte positive Versorgungseffekte zu erzielen. <<

Literatur

- Bachmann, S. (2018): Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *IJERPH* 15, 1425. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>
- Banerjee, D./Kosagisharaf, J.R./Sathyanarayana Rao, T.S. (2021): 'The dual pandemic' of suicide and COVID-19: A biopsychosocial narrative of risks and prevention. *Psychiatry Research* 295, 113577. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113577>
- BPTK-Auswertung: Monatelange Wartezeiten bei Psychotherapeut*innen, 2021. BPTK. In: <https://www.bptk.de/bptk-auswertung-monatelange-wartezeiten-bei-psychotherapeutinnen/> (Abgerufen am 01.09.2021).
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. DiGA-Verzeichnis. In: <https://diga.bfarm.de/de> (Abgerufen am 03.09.2021).
- Ferguson, M./Rhodes, K./Loughhead, M./McIntyre, H./Procter, N. (2021): The Effectiveness of the Safety Planning Intervention for Adults Experiencing Suicide-Related Distress: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research* 1–24. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1915217>
- Krisen-Kompass by TelefonSeelsorge. In: <https://krisen-kompass.app> (Abgerufen am 03.09.2021).
- Luo, M./Guo, L./Yu, M./Jiang, W./Wang, H. (2020): The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research* 291, 113190. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190>
- McGuinness, L.A./Higgins, J.P.T. (2021): Risk-of-bias VISualization (robvis): An R package and Shiny web app for visualizing risk-of-bias assessments. *Research Synthesis Methods* 12, 55–61. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1411>
- Melia, R./Francis, K./Hickey, E./Bogue, J./Duggan, J./O'Sullivan, M./Young, K. (2020): Mobile Health Technology Interventions for Suicide Prevention: Systematic Review. *JMIR Mhealth Uhealth* 8, e12516. <https://doi.org/10.2196/12516>
- Melvin, G.A./Gresham, D./Beaton, S./Coles, J./Tonge, B.J./Gordon, M.S./Stanley, B. (2019): Evaluating the Feasibility and Effectiveness of an Australian Safety Planning Smartphone Application: A Pilot Study Within a Tertiary Mental Health Service. *Suicide Life Threat Behav* 49, 846–858. <https://doi.org/10.1111/sltb.12490>
- Pauwels, K./Aerts, S./Muijzers, E./De Jaegere, E./van Heeringen, K./Portzky, G. (2017): BackUp: Development and evaluation of a smart-phone application for coping with suicidal crises. *PLoS ONE* 12, e0178144. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178144>
- Radeloff, D./Papsdorf, R./Uhlrig, K./Vasilache, A./Putnam, K./von Klitzing, K. (2021): Trends in suicide rates during the COVID-19 pandemic restrictions in a major German city. *Epidemiol Psychiatr Sci* 30, e16. <https://doi.org/10.1017/S2045796021000019>
- Rodante, D.E./Kaplan, M.I./Olivera Fedi, R./Gagliesi, P./Pascali, A./José Quintero, P.S./Compte, E.J./Perez, A.I./Weinstein, M./Chiappella, L.C./Daray, F.M. (2020): CALMA, a Mobile Health Application, as an Accessory to Therapy for Reduction of Suicidal and Non-Suicidal Self-Injured Behaviors: A Pilot Cluster Randomized Controlled Trial. *Archives of Suicide Research* 1–18. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1834476>
- Santomauro, D.F./Mantilla Herrera, A.M./Shadid, J./Zheng, P./Ashbaugh, C./Pigott, D.M./Abbafati, C./Adolph, C./Amlag, J.O./Aravkin, A.Y./Bang-Jensen, B.L./Bertolacci, G.J./Bloom, S.S./Castellano, R./Castro, E./Chakrabarti, S./Chattopadhyay, J./Cogen, R.M./Collins, J.K./Dai, X./Dangel, W.J./Dapper, C./Deen, A./Ericsson, M./Ewald, S.B./Flaxman, A.D./Frostad, J.J./Fullman, N./Giles, J.R./Giref, A.Z./Guo, G./He, J./Helak, M./Hulland, E.N./Idrisov, B./Lindstrom, B./Lindstrom, A./Linebarger, E./Lotufo, P.A./Lozano, R./Magistro, B./Malta, D.C./Månsson, J.C./Marinho, F./Mokdad, A.H./Monasta, L./Naik, P./Nomura, S./O'Halloran, J.K./Ostroff, S.M./Pasovic, M./Penberthy, L./Reiner Jr, R.C./Reinke, G./Ribeiro, A.L.P./Sholokhov, A./Sorensen, R.J.D./Varavikova, E./Vo, A.T./Walcott, R./Watson, S./Wiysonge, C.S./Zigler, B./Hay, S.I./Vos, T./Murray, C.J.L./Whiteford, H.A./Ferrari, A.J. (2021): Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet* S0140673621021437. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Sher, L. (2020): The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine* 113, 707–712. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa202>
- Stanley, B./Brown, G./Brent, D.A./Wells, K./Poling, K./Curry, J./Kennard, B.D./Wagner, A./Cwik, M.F./Klomek, A.B./Goldstein, T./Vitiello, B./Barnett, S./Daniel, S./Hughes, J. (2009): Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): treatment model, feasibility, and acceptability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 48, 1005–1013. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b5dbfe>
- Stanley, B./Brown, G.K. (2012): Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice* 19, 256–264. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>
- Statistisches Bundesamt (Destatis). Todesursachen – Suizide. In: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html> (Abgerufen am 03.09.2021)
- Sterne, J.A./Hernán, M.A./Reeves, B.C./Savovic, J./Berkman, N.D./Viswanathan, M./Henry, D./Altman, D.G./Ansari, M.T./Boutron, I./Carpenter, J.R./Chan, A.-W./Churchill, R./Deeks, J.J./Hróbjartsson, A./Kirkham, J./Jüni, P./Loke, Y.K./Pigott, T.D./Ramsay, C.R./Regidor, D./Rothstein, H.R./Sandhu, L./Santaguida, P.L./Schünemann, H.J./Shea, B./Shrier, I./Tugwell, P./Turner, L./Valentine, J.C./Waddington, H./Waters, E./Wells, G.A./Whiting, P.F./Higgins, J.P. (2016): ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ* 355, i4919. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4919>
- Sterne, J.A.C./Savovic, J./Page, M.J./Elbers, R.G./Blencowe, N.S./Boutron, I./Cates, C.J./Cheng, H.Y./Corbett, M.S./Eldridge, S.M./Embers, J.R./Hernán, M.A./Hopewell, S./Hróbjartsson, A./Junqueira, D.R./Jüni, P./Kirkham, J.J./Lasserson, T./Li, T./McAleenan, A./Reeves, B.C./Shepherd, S./Shrier, I./Stewart, L.A./Tilling, K./White, I.R./Whiting, P.F./Higgins, J.P.T. (2019): RoB 2: A revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 366, l4898. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4898>
- Tighe, J./Shand, F./Ridani, R./Mackinnon, A./De La Mata, N./Christensen, H. (2017): Ibobly mobile health intervention for suicide prevention in Australian Indigenous youth: a pilot randomised controlled trial. *BMJ Open* 7, e013518. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013518>
- Uphoff, E.P./Lombardo, C./Johnston, G./Weeks, L./Rodgers, M./Dawson, S./Seymour, C./Kousoulis, A.A./Churchill, R. (2021): Mental health among healthcare workers and other vulnerable groups during the COVID-19 pandemic and other coronavirus outbreaks: A rapid systematic review. *PLoS ONE* 16, e0254821. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254821>
- Witt, K./Spittal, M.J./Carter, G./Pirkis, J./Hetrick, S./Currier, D./Robinson, J./Milner, A. (2017): Effectiveness of online and mobile telephone applications ('apps') for the self-management of suicidal ideation and self-harm: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 17, 297. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1458-0>
- Zalsman, G./Stanley, B./Szanto, K./Clarke, D.E./Carli, V./Mehlum, L. (2020): Suicide in the Time of COVID-19: Review and Recommendations. *Archives of Suicide Research* 24, 477–482. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1830242>

Review of suicide prevention via smartphone app: does the approach have potential for the German healthcare system?

Due to the Covid-19 pandemic, mental health has deteriorated worldwide. An increase in suicide rates cannot be ruled out in this context. Suicide prevention apps could help patients deal with suicidality. Therefore, effects of suicide prevention apps on the occurrence and intensity of suicidal ideation were assessed in the context of a review. Quantitative studies with suicide ideation as an endpoint and a smartphone app with a safety plan as a feature were included. Four relevant studies were identified. Mild to severe bias variants of varying degrees must be assumed. The results suggested positive effects, although predominantly statistically not significant. The results of this work fit within the existing body of research. The small number of studies and methodological weaknesses limit the significance of the results. Germany is barely represented in the research and development of suicide prevention apps. If corresponding international apps become available as digital health applications (DiGAs) for the German healthcare system, it can be assumed that suicide prevention via app will show positive effects on suicidality. However, high-quality studies in a national setting should confirm the positive health care effects in a timely manner.

Keywords

Mental Health, depression, suicide prevention, digital health applications, apps

Zitationshinweis

Senyel, D., Nagels, K., Senn, K.: „Suizidprävention per App: Potenzial für die deutsche Versorgungslandschaft? – eine Übersichtsarbeit“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (03/22), S. 71-76. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.22.1866-0533.2415>

Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Deniz Senyel BSc

studiert Gesundheitsökonomie (MSc) an der Universität Bayreuth und arbeitet als studentische Hilfskraft am Lehrstuhl für Medizinmanagement und Versorgungsforschung. Außerdem ist sie Teil der Arbeitsgruppe Health Policy System Research des Instituts für Allgemeinmedizin der Charité Universitätsmedizin Berlin. Ihre thematischen Schwerpunkte liegen im Bereich der mentalen Gesundheit sowie der Gendermedizin. Kontakt: deniz.senyel@uni-bayreuth.de



Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Dr. sc. nat. Klaus H. Nagels

wurde im Jahr 2010 an der Universität Bayreuth zunächst zum W3-Professor für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften bestellt und leitete bis 2015 das IMG. Seit 2017 ist er Inhaber des Lehrstuhls für Medizinmanagement und Versorgungsforschung der Universität Bayreuth. Sein Forschungsinteresse liegt auf Themen des Innovations- und Technologiemanagements im gesundheitsökonomischen Kontext. Kontakt: klaus.nagels@uni-bayreuth.de

ORCID: 0000-0002-4011-2096



Katja C. Senn MSc

ist seit zwei Jahren als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin am Lehrstuhl für Medizinmanagement und Versorgungsforschung der Universität Bayreuth tätig. Sie beschäftigt sich in ihrer Forschung hauptsächlich mit der Versorgung seltener, vor allem neuromuskulärer Erkrankungen, insbesondere aus der Patientenperspektive. Zuvor war die Gesundheitsökonomin und Versorgungsforscherin in leitenden Positionen in der Verwaltung deutscher Universitätsklinika tätig. Kontakt: katja.senn@uni-bayreuth.de



Dr. rer. oec. Katja Gehrke
Dr. rer. pol. Stefanie Thönnies
Sebastian Lempfert

Analyse der Therapie- und Kostenstrukturen bei Patienten mit DLBCL in der GKV

Eine retrospektive Real World Data Analyse

Die von den Immunzellen ausgehende bösartige Tumorerkrankung des diffus großzelligen B-Zell-Lymphoms (DLBCL) gilt mit etwa 30 bis 58% als häufigstes Non-Hodgkin-Lymphom bei Erwachsenen (Tilly et al. 2015: S. 116). Mit einer Inzidenz im Zweijahreszeitraum von 3,8 Fällen pro 100.000 Einwohnern ist es die häufigste maligne Erkrankung des lymphatischen Systems in Europa (Sant et al. 2010: 3728). Die Inzidenz steigt mit zunehmendem Lebensalter an, bei einem Median von 70 Jahren (Morton et al. 2006: 265). Neben einer Vergrößerung der Lymphknoten kann auch die Milz betroffen sein. Lymphome haben häufig einen aggressiven Verlauf. Bleibt DLBCL unbehandelt, kann die Erkrankung zum Tod führen. Aufgrund einer hohen histologischen, klinischen und molekularen Variabilität fällt die mittlere Überlebensdauer sehr unterschiedlich aus. Die 5-Jahres-Überlebensraten werden mit 60-90% angegeben (Ärztezeitung 2021), wobei das Überleben insbesondere bei Nichtansprechen auf die 1L-Therapie schlechter ausfällt (AWMF online 2022). In der Therapie werden u.a. autologe oder allogene Stammzelltransplantationen (STZ) durchgeführt; die Ausgaben belaufen sich dabei zwischen 107.457 Euro bis 230.399 Euro je Patienten (Mayerhoff et al. 2019: 126). Nunmehr gibt es neu zugelassene Therapieoptionen in Deutschland, die den Erkrankten ein längeres Überleben ermöglichen sollen. Im August 2018 wurde in der Europäischen Union die Behandlungsmethode der CAR-T-Zelltherapie (Chimärer Antigenrezeptor an T-Zellen) nach 2L oder mehr Therapielinien zugelassen. Hierbei handelt es sich um eine Krebsimmuntherapie, die auf genetisch veränderten T-Zellen mit synthetischen antigenspezifischen Rezeptoren basiert (Srivastava/Riddell 2015: 494). Weiterhin werden, v.a. in der 1L und 2L, Immunchemotherapien oder klassische Chemotherapien, häufig in Form von komplexen Behandlungsschemata und teilweise in Kombination mit Rituximab (RTX), eingesetzt. Aufgrund dieser komplexen Behandlungsmöglichkeiten besteht ein Bedarf an wissenschaftlicher Evidenz zur Versorgung.

>> Hierfür wurde im Rahmen dieser Analyse ein spezieller Algorithmus für die Therapie- und Linienanalytik entwickelt. Aus Sicht der GKV gibt es ein Interesse an der Evidenz aus der Versorgung, um z.B. zu sehen, inwiefern eine zugelassene Therapie beim Patienten ankommt. Weiterhin kann die Versorgung von DLBCL-Patienten insbesondere hinsichtlich des Einsatzes neuer Therapieoptionen in den späteren Therapielinien abgebildet werden. Nach aktuellem Stand

Zusammenfassung

Die vorliegende Analyse zum diffus großzelligen B-Zell-Lymphom (DLBCL) untersucht die Realversorgung von Patienten mit DLBCL anhand einer Auswertung von Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Im Rahmen der Analyse wurde festgestellt, dass die Immunchemotherapie die dominierende Therapieform darstellt. Insbesondere in der jüngeren Population folgt danach die allogene/autologe Stammzelltransplantation (SZT) ab der Zweitlinientherapie, während in der älteren Population eher Monotherapien zum Einsatz kommen. CAR (Chimärer Antigenrezeptor)-T-Zell-Therapien konnten im Analysezeitraum (Jahre 2014 bis 2019) nicht beobachtet werden. Die ersten CAR-T-Zell-Präparate wurden im August 2018 zugelassen und in 2019 als OPS im Vergütungssystem abgebildet, aber im Analysezeitraum bis Ende 2019 nur selten eingesetzt und waren somit in dem Kollektiv nicht abgebildet. Insgesamt weisen 40% der Patienten nach der Erstlinie (1L), 52% nach der Zweitlinie (2L) und 57% nach der Drittlinie (3L) keine weitere definierte Behandlungslinie bis zum Ende des Beobachtungszeitraumes auf und versterben auch nicht.

Schlüsselwörter

GKV-Routinedaten, DLBCL, DLBCL-Population, Therapieregime, Immunchemotherapie, Stammzelltransplantation, Realversorgung

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.03.22.1866-0533.2416>

der Recherche ist dies die erste Analyse zu diesen Fragestellungen auf der Basis von GKV-Abrechnungsdaten.

Methoden

Datenauswahl und -extraktion

Es wurden anonymisierte Abrechnungsdaten eines Kollektivs von 5,1 Mio. Versicherten der Jahre 2014 bis 2019 ausgewertet. Diese Daten wurden nach einem gemeinsam vereinbarten Protokoll unter strikter Beachtung des zugrundeliegenden Datenschutzkonzeptes aufbereitet und ausgewertet. Diese anonymisierten Abrechnungsdaten der GKV beinhalten u.a. soziodemografische Informationen zu den Versicherten (Alter, Geschlecht, Versichertenstatus), Versichertenzeiten, Diagnosen von niedergelassenen Allgemein- und Fachärzt:innen sowie Krankenhäusern (ambulante und stationäre Behandlung), durchgeführte Behandlungen über Ziffern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) als Codes im ambulanten Sektor, Diagnosis Related Groups (DRGs) und Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) als Codes im stationären Sektor sowie Informationen/Codes zu verordneten Arzneimitteln anhand des Anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystems (ATC). Des Weiteren sind die daraus für die GKV entstehenden Kosten in den Leistungsbereichen niedergelassener Arzt, Krankenhaus, Arzneimittel, Arbeitsunfähigkeit (d.h. Krankengeld) sowie für Fahrtkosten ersichtlich. Aufgrund eines Identifiers ist es möglich, die einzelnen Versichertenanonyme longitudinal zu beobachten. Die Erstellung des Designs und die Durchführung dieser Analysen orientieren sich an den Leitlinien und Empfehlungen Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (AGENS et al. 2014) und erfolgte mit Einwilligung der beteiligten Krankenkassen.

Identifikation der Analysepopulation

Eingeschlossen in diese Datenanalyse werden Versichertenanonyme (nachfolgend Patienten) mit einer gesicherten DLBCL-Diagnose im Zeitraum Q1/2016 bis Q4/2017.¹

1: Gesichert bedeutet: Beim niedergelassenen Arzt werden nur Diagnosen berücksichtigt, die in den drei Folgequartalen durch mindestens eine weitere DLBCL-Diagnose (ambulant oder stationär) abgesichert werden können (sog. M2Q-Kriterium). Weiterhin werden beim niedergelassenen Arzt nur Diagnosen ohne den Zusatz V (Verdachtsdiagnose) oder A (Ausschlussdiagnose) berücksichtigt. Q bedeutet: Quartal.

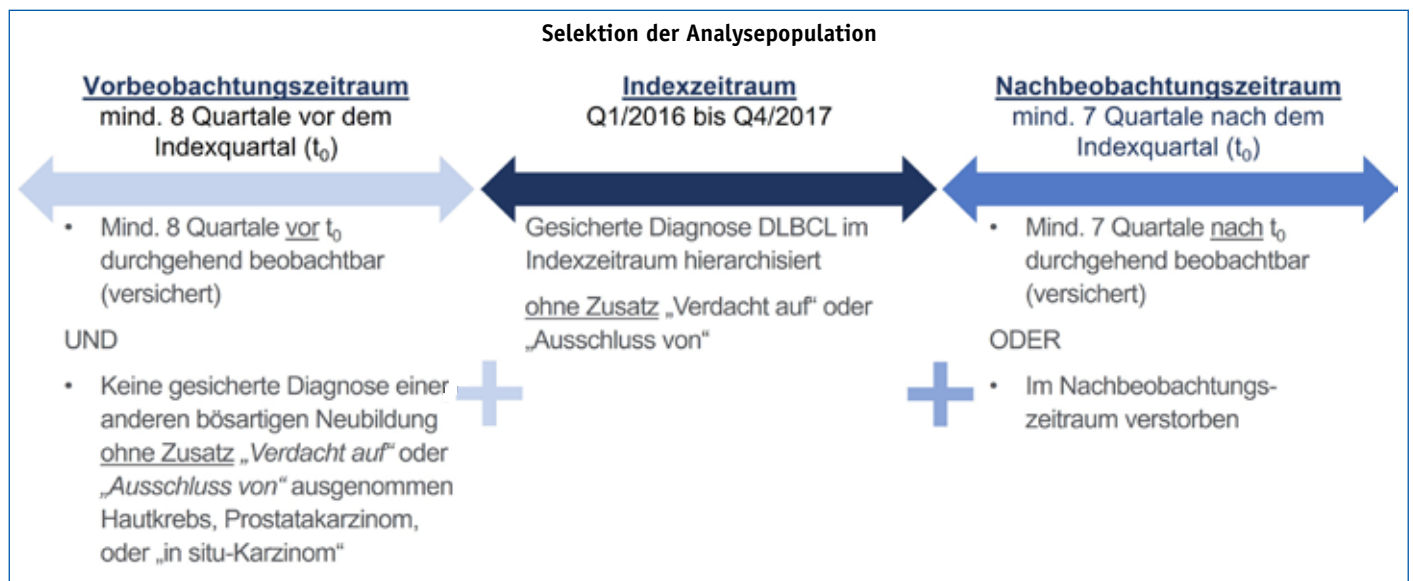


Abb. 1: Selektion der Analysepopulation. Quelle: eigene Darstellung.

Dazu wurde die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-Diagnose) verwendet und mit C83.3 (Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom) in den Abrechnungsdaten von niedergelassenen Ärzt:innen und im Krankenhaus identifiziert. Von diesen Patienten werden nur solche analysiert, die mindestens 8 Quartale vor der relevanten Diagnose (Indexquartal) beobachtet werden können (Vorbeobachtungszeitraum). Zusätzlich wird verlangt, dass sie auch mindestens 7 Quartale nach dem Indexquartal beobachtet werden können, außer sie versterben in dem Zeitraum (Nachbeobachtungszeitraum). Weiterhin dürfen die Patienten im Vorbeobachtungszeitraum keine gesicherte Krebsdiagnose (mit Ausnahme von sonstigen bösartigen Neubildungen der Haut, Prostatakarzinom oder In-situ-Karzinom) aufweisen, siehe Abbildung 1.

Von den prävalenten Patienten gelten jene als inzident, für die im Vorbeobachtungszeitraum keine DLBCL-Diagnose dokumentiert wurde und diese sind Basis für die vertiefenden Analysen.

Epidemiologie

Für die prävalente und inzidente Analysepopulation erfolgt eine alters- und geschlechtsstratifizierte Hochrechnung auf die GKV, basierend auf der KM6-Statistik (2017). Es werden neben der tatsächlichen Anzahl der Patienten in der Studie (N) auch die hochgerechnete Anzahl der gesetzlich Versicherten insgesamt (N GKV) und pro 100.000 Einwohner (N 100.000) für zwei Jahre berechnet. Die Berechnungen von Median und Mittelwert stützen sich auf die hochgerechnete Anzahl der Patienten und sind somit alters- und geschlechtsnormiert.

Zuordnung zu Therapieregimen, -linien und -gruppen

In einem ersten Schritt werden das Indexquartal und die nachfolgenden 7 Quartale in Prüfzyklen à 14 Kalendertage aufgeteilt, beginnend mit dem ersten Tag des Indexquartals. Hintergrund ist, dass der kleinste Einnahmezyklus von Arzneimitteln bei den relevanten Regimen zwei Kalenderwochen beträgt. Dann wird für jeden Prüfzyklus geprüft, welche Behandlungen ein Patient in diesem erhalten hat. Dazu wird eine definierte Liste von Regimen anhand von OPS-, ATC- und EBM-Codes disjunkt und hierarchisiert geprüft, d.h. in der in Tabelle 1 aufgeführten Reihenfolge, zunächst OPS-, dann ATC-, zu

letzt EBM-Codes. Während manche Regime direkt identifiziert werden können, ist dies für andere nur mithilfe einer Leitsubstanz möglich. Der erste Code, der im jeweiligen Prüfzyklus gemäß dieser Hierarchisierung gefunden wird, ist der einzige der Berücksichtigung findet (disjunkt). Rituximab (RTX) wird regelhaft nachlaufend zu einem der anderen Regime gegeben (max. drei Prüfzyklen nachlaufend). In diesem Fall erhalten die Prüfzyklen mit RTX das gleiche Regime wie die zeitlich vorherigen Prüfzyklen und der Gesamtzeitraum wird als Regime mit RTX gesondert gekennzeichnet (+RTX). RTX kann auch als Monotherapie zur Anwendung kommen (vier oder mehr Prüfzyklen aufeinander folgend RTX). Unmittelbar zeitlich zusammenhängende Prüfzyklen mit identischen Regimen werden zusammengezogen. Dabei führt eine zeitliche Unterbrechung von bis zu drei Prüfzyklen nicht zu einem Regimewechsel.

Als Regimewechsel wird gewertet, wenn sich das Regime ändert, oder die zeitliche Unterbrechung vier oder mehr Prüfzyklen beträgt. Kann keines der definierten Regime zugeordnet werden und handelt es sich nicht um eine zeitliche Unterbrechung von max. drei Prüfzyklen, erfolgt die Zuordnung des Prüfzeitraumes zum Regime „Keine definierte Therapie“. Die Kombination von „Keine definierte Therapie“ und einer nachlaufenden dokumentierten Gabe von RTX (max. drei Prüfzyklen) hingegen wird als Regime „Off-Label/Studie“ gekennzeichnet. Bei einer nachlaufenden Gabe von RTX erfolgte i.d.R. eine vorlaufende Therapie. Da diese entweder nicht dem zugelassenen Standard entspricht (Off-Label) oder die Medikation in den Abrechnungsdaten nicht dokumentiert wurde (Studie), konnte diese im Rahmen der Analyse nicht identifiziert werden. Strahlentherapie wird nicht als Regime gewertet, sondern der Zeitraum der Strahlentherapie wird dem zeitlich vorangehenden Regime zugerechnet. Jedes zeitlich abgegrenzte Regime bei einem Patienten definiert eine Therapielinie. Das erste Therapieregime entspricht der 1L, das zweite der 2L, bis max. zur 4L. Das Pseudoregime „Keine definierte Therapie“ wird nicht als eigenständige Linie gewertet. Hat ein Patient nach einer Linie keine weitere Therapielinie, ist er entweder in der Linie verstorben (Pseudoregime „Tod“) oder es wurde im gesamten Nachbeobachtungszeitraum kein weiteres Regime außer „keine definierte Therapie“ für diesen Patienten mehr identifiziert. Folgerichtig dezimiert sich die Studienpopulation von der 1L bis zur 4L um die o.g. Patienten.

Hierarchisierte Therapieregime				
Prio.	Regime	1. OPS	2. Atc	Zusatz
1.	CAR-T	5-936 oder 8-802.24 oder 8-802.34		oder „kein def. Regime“ UND letztes Regime war CAR-T
2.	allo/ auto SZT	5-411* oder 8-805* außer 8-805.6		oder „kein def. Regime“ im bis zu dritten Prüfzyklus in Folge und letztes Regime war allo/ auto SZT
3.	*HAP/*HAX	6-002a	L01BC01	Leitsubstanz: Cytarabin (+RTX)
4.	*EPOCH	6-001.b oder 6-002.8	L01DB01	Leitsubstanz: Doxorubicin (+RTX)
5.	GDP/GemOx	6-001.1	L01BC05	Leitsubstanz: Gemcitabin (+RTX)
6.	Polatuzumab	6-00c.c	L01XC37	Leitsubstanz: Polatuzumab (+RTX)
7.	Lenalidomid	6-003.g	L04AX04	Leitsubstanz: Lenalidomid (+RTX)
8.	Brentuximab	6-006.b	L01XC12	Leitsubstanz: Brentuximab (+RTX)
9.	Pixantron	6-006.e	L01DB11	Leitsubstanz: Pixantron
10.	Ibrutinib	6-006.e	L01DB11	Leitsubstanz: Ibrutinib
11.	Etoposid	8-542 oder 8-543 (OPS Chemotherapie)	L01CB01	Stat. Chemotherapie oder Leitsubstanz: Etoposid (+RTX)
12.	Bendamustin		L01AA09	Leitsubstanz: Bendamustin (+RTX)
13.	Rituximab	6-001.h oder 6-001.j	L01XC02	Leitsubstanz: Rituximab im vierten Prüfzyklus in Folge

Tab. 1: Hierarchisierte Regime. Legende: *steht für die Vielfalt der Varianten in einem Regime. Quelle: eigene Darstellung.

Abschließend werden die Regime zu diversen Gruppen zusammengefasst.

Gruppe Immunchemo:

*HAP/*HAX(+RTX),
 *EPOCH(+RTX), GDP/GemOx(+RTX),
 Etoposid(+RTX);

Gruppe Mono:

Polatuzumab(+RTX),
 Lenalidomid(+RTX),
 Brentuximab(+RTX),
 Pixantron,
 Ibrutinib,
 Bendamustin(+RTX),
 Rituximab(RTX);

Einzelkategorien:

CAR-T,
 Allo/Auto SZT;

Hilfskategorien:

Verstorben, Off-Label/Studie, Kein definiertes Regime.²

Zusätzlich werden EBM-Codes für Bestrahlungsplanung (25340, 25341, 25342) und Hochvolttherapie (25320, 25321, 25322, 25323) abgefragt. In Tabelle 2 sind den Regimen entsprechende Wirkstoffe zugeordnet.

Die Regime wurden umfassend analysiert und eine Zuordnung der Wirkstoffe vorgenommen, wobei sofern möglich Leitsubstanzen identifiziert wurden. Die Zuordnung erfolgte disjunkt und hierarchisiert, um Doppelzählungen auszuschließen. Dabei wurden international übliche Bezeichnungen für Regime verwendete. Eine Kombination ohne „Doxorubicin“ oder andere Leitsubstanz, also bspw. nur Cyclophosphamid mit/ohne Vincristin wird zur Gruppe Etoposid zugeordnet, denn hier sind alle Wirkstoffe enthalten, die nicht direkt als Leitsubstanz gefunden wurden.

Hierarchisierte Therapieregime	
REGIME *HAP/HAX	Wirkstoffe
ASHAP	Doxorubicin, Methylprednisolon 21-hydrogensuccinat, Cytarabin, Cisplatin (+RTX)
DHAP	Dexamethason, Cytarabin, Cisplatin (+RTX)
DHAX	Dexamethason, Cytarabin, Oxaliplatin (+RTX)
ESHAP	Etoposid, Methylprednisolon 21-hydrogensuccinat, Cytarabin, Cisplatin (+RTX)
REGIME *EPOCH	
EPOCH	Etoposid, Prednison, Vincristin sulfat, Procarbazin, Doxorubicin, Cyclophosphamid 1-Wasser (+RTX)
REGIME GDP/GemOX	
GemOx	Gemcitabin hydrochlorid, Oxaliplatin (+RTX)
Gemcitabin+Vinoelbin	Gemcitabin hydrochlorid, Vinorelbin tartrat (+RTX)
GDP	Gemcitabin hydrochlorid, Dexamethason, Carbo-/Cisplatin (+RTX)
REGIME ETOPOSID	
CEPP	Cyclophosphamid 1-Wasser, Etoposid, Procarbazin, Prednison (+RTX)
CEOP	Cyclophosphamid 1-Wasser, Etoposid, Vincristin sulfat, Prednison (+RTX)
DICEP	Cyclophosphamid 1-Wasser, Etoposid, Cisplatin (+RTX)
ICE	Ifosfamid, Carboplatin, Etoposid (+RTX)
MEP	Mitoxantron, Etoposid, Prednison (+RTX)
MINE	Mesna, Ifosfamid, Carboplatin, Etoposid (+RTX)
PEPC	Prednison, Etoposid, Procarbazin, Cyclophosphamid 1-Wasser (+RTX)
CEPP	Cyclophosphamid 1-Wasser, Etoposid, Procarbazin, Prednison (+RTX)
CEOP	Cyclophosphamid 1-Wasser, Etoposid, Vincristin sulfat, Prednison (+RTX)
DICEP	Cyclophosphamid 1-Wasser, Etoposid, Cisplatin (+RTX)

Tab. 2: Hierarchisierte Regime. Legende: *steht für die Vielfalt der Varianten in einem Regime. Quelle: eigene Darstellung.

2: (+RTX) bedeutet: Kombination mit Rituximab.

Kostenanalyse der GKV-relevanten Kosten

Für die Kostenbetrachtung wurde keine Hochrechnung der Patientenzahlen auf die GKV durchgeführt, da diese für die Durchschnittskosten unerheblich ist. In der Kostenanalyse werden die Kosten für Arzneimittel, niedergelassene ärztliche Behandlung, Behandlung im Krankenhaus (stationär und ambulant), Krankengeld sowie Fahrtkosten berücksichtigt. Die Kostenanalytik setzt auf die Regime auf. Somit sind die Kosten auf das jeweilige Regime in der jeweiligen Linie zeitlich abgegrenzt. Arzneimittelkosten werden berücksichtigt, wenn das Datum der Ausgabe durch die Apotheke im jeweiligen Zeitraum des Regimes dokumentiert ist. Ebenso wird mit den Kosten der niedergelassenen ärztlichen Behandlung (Datum der Behandlung), Behandlung im Krankenhaus (Entlassdatum) und Fahrtkosten verfahren. Im Gegensatz dazu wird das Krankengeld, da es sich über einen langen Zeitraum erstrecken kann, pro Tag bestimmt und so anteilig den jeweiligen Regimen zugerechnet. Bei den Kosten der ärztlichen Behandlung werden nur extrabudgetäre Kosten aus der Onkologievereinbarung und Strahlenmedizin berücksichtigt, alle anderen Kosten sind aus Sicht der Kostenträger mit der Vergütungspauschale an die Kassenärztliche Vereinigung (KV) abgegolten. Dagegen werden in den anderen Bereichen alle Kosten, die innerhalb des jeweiligen Regimes verursacht wurden, berücksichtigt, da eine Abgrenzung nach Diagnosen aufgrund der Schwere der onkologischen Grunderkrankung nicht sinnvoll durchführbar war. Zu jedem Regime in jeder Linie wird die durchschnittliche Regimedauer pro Tag, Regime, Linie sowie Leistungsbereich und getrennt nach Regimen mit und ohne RTX berechnet. Aus Relevanzgründen werden hier nur die Kosten der Therapien mit RTX dargestellt. Die Kostenbetrachtung der SZT konnte im Rahmen der Analyse nicht abschließend durchgeführt werden. Hintergrund ist die noch nicht umgesetzte Abgrenzung der Therapien vor der SZT (Konditionierung) und der anrechenbaren Folgekosten nach der SZT.

Ergebnisse

Charakteristika der DLBCL-Population

In dem Kollektiv konnten über zwei Jahre 2.056 Patienten iden-

tifiziert werden, von denen 1.398 alle definierten Einschlusskriterien erfüllen (siehe Abbildung 2), davon sind 726 Patienten als inzident detektiert. 62% der inzidenten Patienten sind männlich und 38% weiblich.

Hochgerechnet auf die GKV inkl. Alters- und Geschlechtsstratifizierung umfasst die Analysepopulation insgesamt 19.774 prävalente Patienten. Das entspricht einer Prävalenz über zwei Jahre von 27,6 Patienten je 100.000 Einwohner mit einem medianen Alter von 70 Jahren. Die Inzidenz über zwei Jahre entspricht 14,3 Patienten je 100.000 Einwohner mit einem medianen Alter von 72 Jahren. Der Anteil der Männer ist mit 56% jeweils etwas höher als der der Frauen mit 44% (ohne Abbildung). Der Anteil der inzidenten an der prävalenten Analysepopulation über zwei Jahre liegt für Patienten ab 30 Jahren relativ konstant bei 43% bis 47% (siehe Abbildung 3). Lediglich bei jüngeren Patienten schwanken die Werte aufgrund der geringeren Patientenzahl in diesen Altersgruppen.

Realversorgung von DLBCL in der GKV

Die Analyse bildet die dokumentierte Realversorgung in der GKV ab, d.h. welche Regime zu den Patienten in welchen Linien detektiert wurden (siehe Abbildung 4). In Analogie zur Onkopedia-Leitlinie zum diffus großzelligen B-Zell-Lymphom vom April 2021 (Onkopedia 2021) erfolgte eine Unterteilung nach drei Altersgruppen, die „jungen“ (0 bis 59 Jahre), „alten“ (60 bis 79 Jahre) und „sehr alten“ Patienten (80 Jahre und älter). Nach der 4L wurde die Analyse wegen zu geringer Besetzungszahlen abgeschnitten (über alle nur 39 Patienten in der 5L). Bei den 10.247 als inzident identifizierten Patienten wurde für 8.774 Patienten über alle Altersgruppen eine 1L-Therapie gefunden. D.h. bei 14% der Patienten wurde im Beobachtungszeitraum keins der definierten Regime detektiert. Eine mögliche Erklärung hierfür sind dokumentierte (gesicherte) Fehl- oder nicht gekennzeichnete Verdachtsdiagnosen, insbesondere im stationären Kontext. Von der 1L bis zur 4L reduziert sich die Anzahl der beobachtbaren Patienten jeweils um die Verstorbenen. In der 1L versterben hochgerechnet in der „jungen“ Population 2,0%, in der „alten“ 8,4% und in der „sehr alten“ 36,3% der Patienten. In der 2L steigt

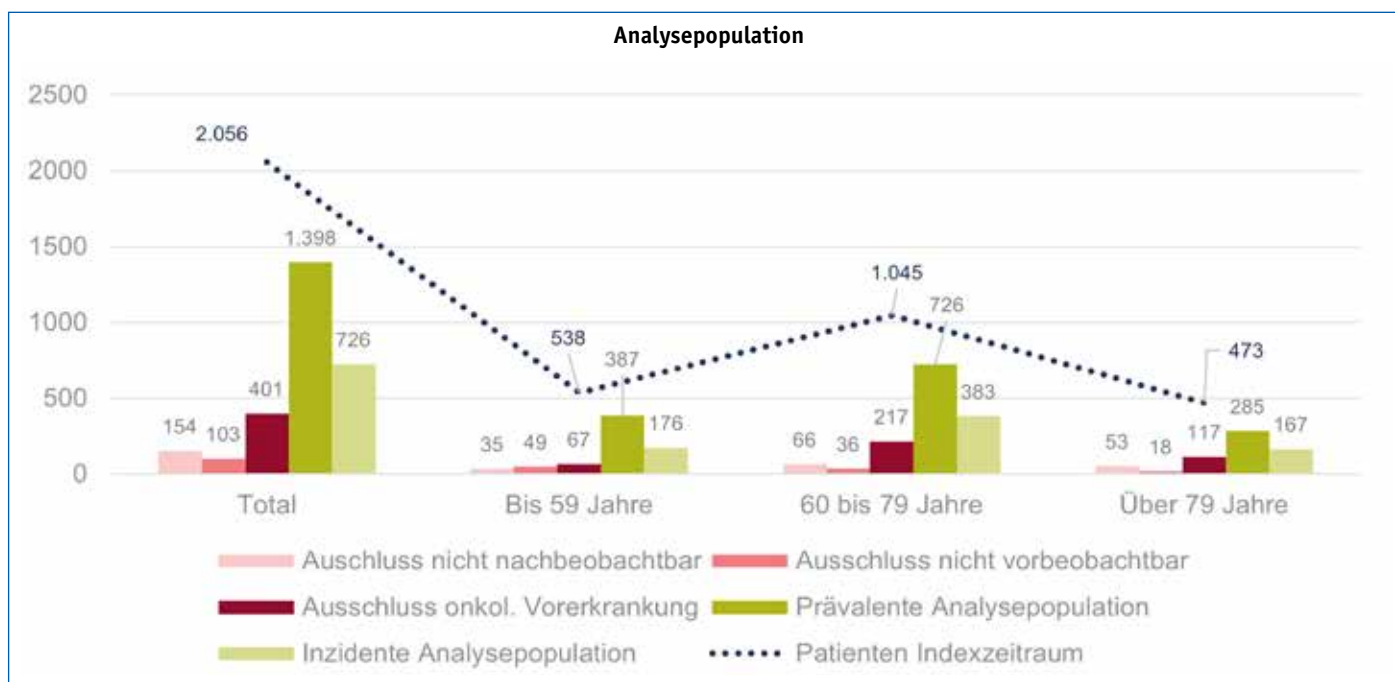


Abb. 2: Analysepopulation. Quelle: eigene Darstellung.

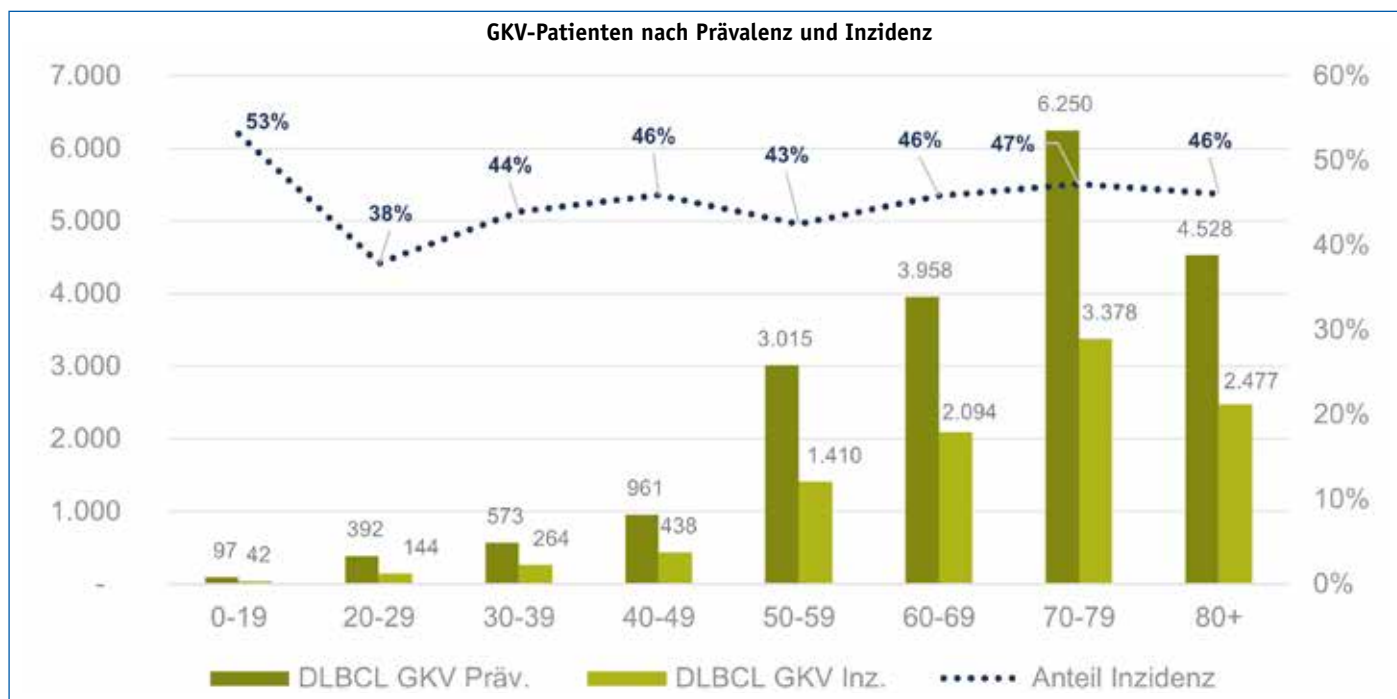


Abb. 3: GKV-Patienten nach Prävalenz und Inzidenz. Quelle: eigene Darstellung.

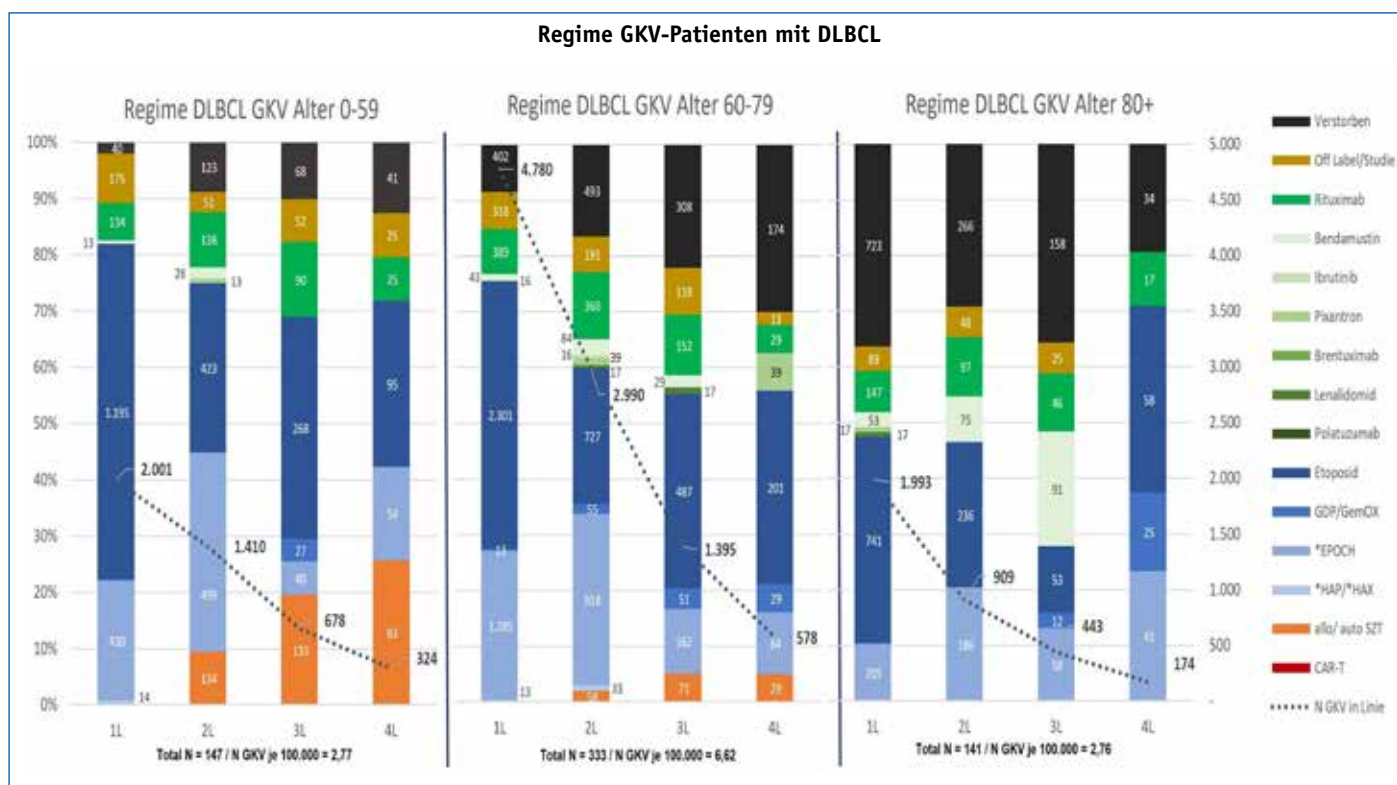


Abb. 4: Regime GKV-Patienten mit DLBCL. Quelle: eigene Darstellung.

die Mortalitätsrate in der „jungen“ Population auf 8,7% und dann um ca. 2% je weitere Linie bis zu 12,7% in der 4L. In der „alten“ Population fallen die Steigerungen bei der Mortalitätsrate mit 16,5% in der 2L, über 22,1% in der 3L und 30,1% in der 4L deutlicher aus. Bei der „sehr alten Population stagniert die Mortalitätsrate zunächst auf 29,3%, steigt dann auf 35,7% und sinkt in der 4L auf 19,5% ab.

Zusätzlich reduziert sich die Anzahl um die Patienten, für die bis zum Ende des Beobachtungszeitraumes kein weiteres definiertes Regime dokumentiert wurde. Die letztgenannten sind somit entwe-

der bis zum Ende des Beobachtungszeitraumes in Remission oder in einer palliativen Versorgung, ohne zu versterben. In der „jungen“ Altersgruppe betrifft dies gerundet 591 Patienten bzw. 29,5% der Patienten in der 1L, 732 bzw. 51,9% der Patienten in der 2L und 354 bzw. 52,2% der Patienten in der 3L. In der „alten“ Altersgruppe fällt die Linie der Patienten ohne weiteres dokumentiertes Regime noch deutlicher ab. Zur 2L sind 1.790 Patienten (37,5%) in Remission oder Palliation, ohne zu versterben. Nach der 2L sind dies 1.595 (53,3%) und nach der 3L 817 Patienten (58,6%). Selbst in der „sehr alten“

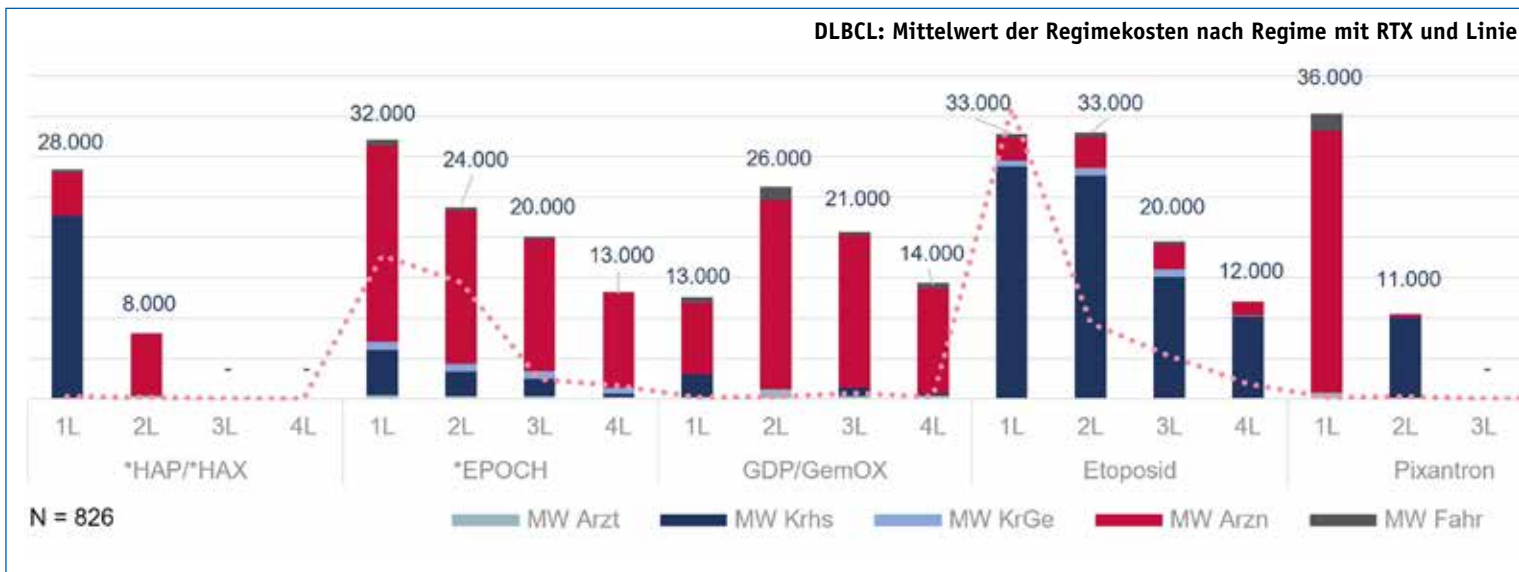


Abb. 5: DLBCL: Mittelwert der Regimekosten nach Regime mit RTX und Linie. Legende: *steht für die Vielfalt der Varianten in einem Regime. MW Arzt: Mittelwert ärztliche Behandlung, MW Krhs: Mittelwert Krankenhaus, MW KrGe: Mittelwert Krankengeld, MW Arzn: Mittelwert Arzneimittel, MW Fahr: Mittelwert Fahrtkosten. Quelle: eigene Darstellung.

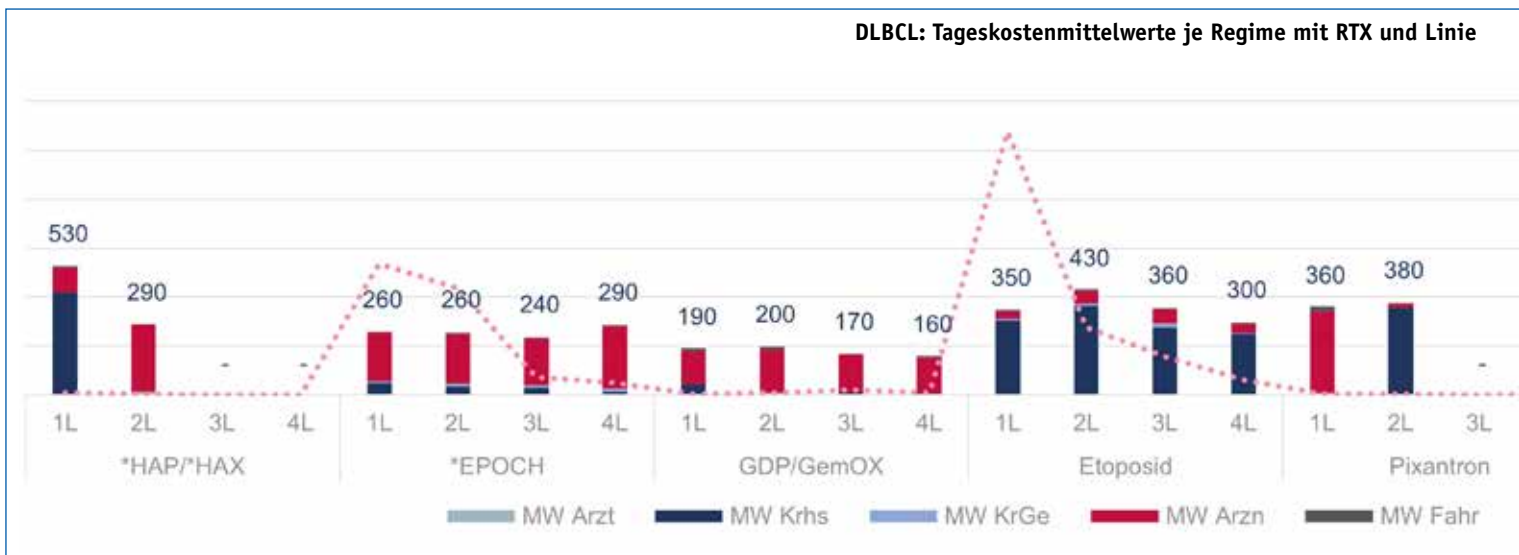


Abb. 6: DLBCL: Tageskostenmittelwerte je Regime mit RTX und Linie. Legende: MW Arzt: Mittelwert ärztliche Behandlung, MW Krhs: Mittelwert Krankenhaus, MW KrGe: Mittelwert Krankengeld, MW Arzn: Mittelwert Arzneimittel, MW Fahr: Mittelwert Fahrtkosten. Quelle: eigene Darstellung.

Altersgruppe ist die Gruppe dieser Patienten mit 1.084 Patienten (54,4%) nach der 1L, 466 Patienten (51,3%) nach der 2L und 269 Patienten (60,7%) nach der 3L ausgeprägt.

Zur Vergleichbarkeit mit Analysen aus Registern, werden die Regime anteilig prozentual nur auf die Population berechnet, zu der in der jeweiligen Linie auch eine Therapie dokumentiert wurde. D.h. die hochgerechnete GKV-Population pro Linie (N GKV in Linie) wurde um die Verstorbenen reduziert. Davon ausgehend ergibt sich für die „junge“ Population in der 1L eine Summe von 1.961 Patienten für die Analyse der Regime. Von diesen erhielten 1.639 Patienten (83,6%) eine Immunchemotherapie, 147 Patienten (7,5%) eine Monotherapie und 175 Patienten (8,9%) wurden der Gruppe Off-Label/ Studie zugeordnet. Die Immunchemotherapie bleibt in der „jungen“ Population mit 71,6% in der 2L, 54,9% in der 3L und 52,7% in der 4L dominierend. Die Monotherapien sind mit 7,5% in der 1L, über 13,9% und 14,8% bis zur 4L mit 8,8% nachrangig. Ab der 2L wurden auch zu 10,4% SZT mit steigender Tendenz von 21,8% bis 29,3% in der 4L dokumentiert.

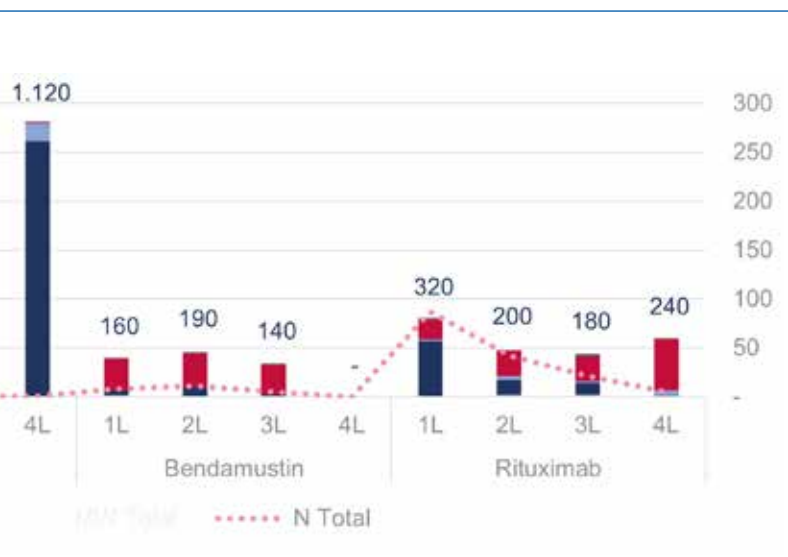
Auch in der „alten“ Population ist die Immunchemotherapie mit 82,2% in der 1L, über 69,4% und 64,4% bis zu 72,8% in der 4L dominant. Im Vergleich zur „jungen“ Population wurden mehr Monotherapien dokumentiert. Der Anteil der Monotherapien steigt von der 1L mit 10,2% auf 20,7% in der 2L, um dann über 18,2% auf 16,9% in der 4L zu sinken. Der Anteil der SZT fällt hingegen mit 2,3% in der 2L und 6,5% bzw. 7,0% in der 3L und 4L deutlich niedriger aus. Die „sehr alte“ Population zeichnet sich neben der hohen Mortalität durch die geringste Rate an Immunchemotherapien aus. Der Anteil beträgt in der 1L 74,5%, in der 2L 65,6%, in der 3L 43,2% und in der 4L 86,0%. Korrespondierend sind in dieser Altersgruppe verstärkt Monotherapien von 18,5% in der 1L, über 26,8% und 48,1% in der 2L und 3L bis zu 12,0% in der 4L dokumentiert. SZT wurden in dieser Altersgruppe nicht detektiert. Ebenso konnten in keiner Altersgruppe CAR-T-Zell-Therapien gefunden werden.

Kostenstrukturen der wesentlichen Therapievarianten

Von den 726 Patient:innen der inzidenten Analysepopulation



Behandlung, MW Krhs: Mittelwert Krankenhaus, MW Arz: Mittelwert Arzneimittel, MW Fahr:



Mittelwert Arzneimittel, MW Fahr: Mittelwert Fahrtkosten. *steht für die Vielfalt der Varianten

(Abbildung 2) wurden für 621 Patienten Regime detektiert (86%). Zu 81% dieser Patienten wurden RTX-Monotherapien oder RTX-Nachgaben nach Immunchemotherapien dokumentiert. Zudem stellt RTX als Wirkstoff einen Kostenfaktor dar, somit wurden die Kosten der Regime inkl. RTX maßgeblich für die Darstellung der Durchschnittskosten. Regime ohne RTX wurden nicht berücksichtigt, das betrifft die Monotherapien Ibrutinib, Lenalidomid und Polatuzumab. In dieser Analyse wurden keine CAR-T-Behandlungen gefunden, dementsprechend erfolgt keine CAR-T-Kostendarstellung.

Abbildung 5: Da sich die ermittelten Tageskosten (Abb. 6) nicht in dem Maß verringern wie die Mittelwerte (MW) der Regimekosten (Abb. 5), ist anzunehmen, dass die Regimedauer mit fortschreitender Linienanzahl kürzer wird.

Die hohen Kosten sowohl von Pixantron als auch von *HAP/*HAX umfassen nur sehr wenige Fälle und sind nicht repräsentativ.

*EPOCH weist einen niedrigen Krankenhausanteil auf, wohingegen Etoposid einen hohen zeigt. Dies ergibt sich aufgrund der Zuordnung der Regime und ist der Systematik der Analyse geschuldet, siehe auch Tabelle 2.

Ansonsten bewegen sich die Tageskosten (Abb. 6) in einem Bereich zwischen 140 Euro und 530 Euro, wobei *EPOCH und GDP/GemOX etwas unter den Kosten für Etoposid liegen.

Diskussion

Die Analyse zeigt, dass die SZT ab der 2L und dann häufiger in 3L und 4L erfolgt. Am häufigsten wird diese Therapieform bei der jüngeren Altersgruppe eingesetzt und entspricht den Vorgaben für die Behandlung von Patienten mit DLBCL laut Leitlinie.

Darüber hinaus nimmt insbesondere bei der „jungen“ und „alten“ Population die relative Morbidität mit zeitlich fortschreitender Erkrankung deutlich zu. Bei der „sehr alten“ Population ist die Mortalität bereits ab der 1L stark ausgeprägt. Dies ist u.a. der generellen Sterblichkeit in der Altersgruppe 80+ geschuldet und nur sekundär dem DLBCL zuzurechnen. Korrelierend zur Mortalität steigt der relative Anteil der Monotherapien, die häufig als Salvage-Therapien eingesetzt werden. Beide Aspekte zeigen ein deutliches Bild zur abnehmenden Belastbarkeit bzw. dem reduzierten Gesundheitszustand der Patienten im Zeitverlauf und mit dem Fortschreiten der Erkrankung.

Literatur

- AGENS, DGSMP und DGEpi (2014): Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS) Leitlinien und Empfehlungen. In: https://www.dgepi.de/assets/Leitlinien-und-Empfehlungen/GPS_revision2-final_august2014.pdf (abgerufen am 07.12.2021)
- Ärzt:innenzeitung (2021): Innovative Krebsbehandlung. CAR-T-Zell-Therapie ist in Deutschland angekommen. In: <https://www.aerztezeitung.de/Medizin/CAR-T-Zell-Therapie-ist-in-Deutschland-angekommen-406907.html> (abgerufen am 07.12.2021)
- AWMF online (2022): Leitlinie: Diagnostik, Therapie und Nachsorge für erwachsene Patienten mit einem diffusen großzelligen B-Zell-Lymphom. In: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/018-0380L.html> (abgerufen am 05.01.2022)
- Mayerhoff, L./Lehne, M./Hickstein, L./ Salimullah, T./ Prieur, S./Thomas, S.K./Zhang, J. (2019): Cost associated with hematopoietic stem cell transplantation: a retrospective claims data analysis in Germany. In: *Journal of Comparative Effectiveness Research* 2019, 8, 2: S. 121-131.
- Morton, L.M./Wang, S.S./Devesa, S.S./Hartge, P./Weisenburger, D.D./ Linet, M.S. (2006): Lymphoma incidence patterns by WHO subtype in the United States, 1992-2001. In: *Blood* 2006, 107: S. 265-276 (DOI: 10.1182/blood-2005-06-2508)
- Neubauer, S./Zeidler, J./Lange, A./von der Schulenburg, M. (2014): Grundlagen und Methoden von GKV-Routinedatenstudien., Diskussionspapier Nr. 534. In: https://www.researchgate.net/publication/292605730_Grundlagenund_Methoden_von_GKV-Routinedatenstudien, (abgerufen am 16.01.2022)
- Onkopedia (2021): Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom. In: <https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/diffuses-grosszelliges-b-zell-lymphom/@@guideline/html/index.html> (abgerufen am 04.01.2022)
- Sant, M./Allemanni, C./ Tereanu, C./ De Angelis, R./ Capocaccia, R./Visser, O./Marcos-Gragera, R./Maynadié, M./Simonetti, A./Lutz, J.M./Berrino, F. HAEMACARE Working Group. Incidence of hematologic malignancies in Europe by morphologic subtype: results of the HAEMACARE project. In: *Blood*. 2010 Nov 11;116(19): S. 3724-34. DOI: 10.1182/blood-2010-05-282632)
- Srivastava, S./ Riddell, S. R. Engineering (2015): Engineering CAR-T cells: Design concepts. In: *Trends in Immunology* 2015, 36: S. 494-502 (DOI:10.1016/j.it.2015.06.004)
- Tilly, H./Gomes da Silva, M./Vitolo, U., Jack, A./Meignan M./Lopez-Guillermo, A./ Walewski, J./André, M./Johnson, P.W./Pfreundschuh, M./Ladetto, M. ESMO Guidelines Committee. Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL): ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann On-col.* 2015 Sep; 26 Supplement 5: S. 116-125. (DOI: 10.1093/annonc/mdv304. PMID: 26314773)

Grundsätzlich gibt es bei der Verwendung von GKV-Abrechnungsdaten für Analysen eine Vielzahl von Limitationen, denn ursprünglich sind diese Daten für den Zweck der Abrechnung erhoben worden. (Neubauer et al. 2014: 123ff.) So lassen sich beispielsweise nicht alle medizinischen Werte ermitteln. Sofern diese abrechnungsbegründend nicht erforderlich sind, erfolgt für medizinische Parameter regelhaft keine Dokumentation. Ebenso werden Fallpauschalen abgerechnet, die eine Reihe von relevanten medizinischen Werten subsumieren. Typisch sind hier die Fallpauschalen im G-DRG-System. Kosten- oder aufwandsintensive Verfahren werden über die OPS-Schlüssel kodiert, um die Höhe der abgerechneten Fallpauschale zu begründen. Kostengünstige Arzneimittel werden nicht gesondert kodiert, denn diese sind mit der Grundpauschale der DRG abgegolten. Dies gilt für einen Großteil der platinbasierten Chemotherapien.

Für diese Analyse wurde ein eigenständiges Modell entwickelt, um die verwendeten Regime und durchlaufenden Therapielinien implizit zu detektieren. Die basierenden Annahmen wurden aus den genannten Leitlinien abgeleitet. Trotzdem konnte nicht jedes mögliche Regime eindeutig aufgrund der Wirkstoffkombination identifiziert werden und es mussten Aggregationen (z.B. *HAP/*HAX) gebildet werden.

Aufgrund der o.g. Limitierungen stellt die differenzierte Abgrenzung der zeitlich vorlaufenden Chemotherapien zur SZT (Konditionierung) oder CAR-T (Bridging/Lymphodepletion) eine Herausforderung dar. Diese soll im Rahmen einer Weiterentwicklung der bestehenden Analytik umgesetzt und auf zeitlich aktualisierte Daten (Jahre 2015 bis 2020) angewendet werden. Damit steigt die Wahrscheinlichkeit, Patient:innen mit CAR-T in dem anonymisierten untersuchten Kollektiv aufzufinden. <<

Treatment and costs of patients suffering from DLBCL in the German statutory health insurance – A retrospective real world data analysis

This analysis uses German statutory health insurers' administrative data to generate real world evidence on how patients suffering from diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) are treated. It becomes evident that immunochemotherapy is the leading form of treatment. From the second line of therapy onwards, allogenic/autologous stem cell transplantation becomes more important for the younger population while older patients are rather treated with mono therapies. Within the period to analyze from year 2014 to 2019, CAR (Chimeric Antigen Receptor)-T cell therapies could not be observed in our data. The first CAR T-cell drugs were approved in August 2018 and mapped as OPS in the reimbursement system in 2019 but were rarely used in the period analyzed through the end of 2019 and thus were not mapped in the sample. Overall, it can be seen, that 40% of the patients after the first (1L) and 52% after the second (2L) and 57% after the third line of therapy (3L) did not have neither a further defined line of therapy documented nor do they die until the end of the observation periods.

Keywords

statutory health insurers' administrative data, DLBCL, DLBCL population, therapeutic regimens, immunochemotherapy, stem cell transplantation, real world evidence

Autorenerklärung

Dr. Katja Gehrke ist Geschäftsführerin des Instituts für deskriptive Gesundheitsdatenanalyse. Dr. Stefanie Thönnies ist Mitarbeiterin des Unternehmens Team Gesundheit. Sebastian Lempfert ist Geschäftsführer der HCSL – Healthcare Consulting Sebastian Lempfert e.K. Dr. Katja Gehrke und Sebastian Lempfert haben entgeltlich an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet. Die Analyse erfolgte mit finanzieller Unterstützung von Gilead Sciences GmbH und wurde von dem Unternehmen HCSL – Healthcare Consulting Sebastian Lempfert e.K. und Team Gesundheit GmbH durchgeführt.

Zitationshinweis

Gehrke, K., Thönnies, S., Lempfert, S.: „Analyse der Therapie- und Kostenstrukturen bei Patienten mit DLBCL in der GKV“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (03/22), S. 77-84. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.22.1866-0533.2416>

Dr. rer. oec. Katja Gehrke

ist Geschäftsführende Wissenschaftlerin des Instituts für deskriptive Gesundheitsdatenanalyse (DGDA). Davor arbeitete sie in leitender Funktion beim Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, u.a. mit dem Fokus Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung sowie Strategie und Marktzugang. Sie studierte Volkswirtschaftslehre und war am Lehrstuhl für Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie der TU Berlin und an der L'Université libre de Bruxelles (ULB) tätig. Kontakt: kgehrke@dgda-institut.de

ORCID: 0000-0001-5516-457X



Dr. rer. pol. Stefanie Thönnies

ist Gesundheitsökonomin bei Team Gesundheit GmbH mit den Schwerpunkten Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Sekundärdatenanalyse von GKV-Routinedaten, Bonusevaluation und Matching-Methoden. Sie studierte Volkswirtschaftslehre und war an den Lehrstühlen für Finanzwirtschaft (Universität Mainz), Gesundheitsökonomik (Universität Duisburg-Essen) sowie Statistik und Quantitative Methoden der Empirischen Wirtschaftsforschung (Universität Paderborn) tätig. Kontakt: thoennes@teamgesundheit.de

ORCID: 0000-0003-4777-0961



Sebastian Lempfert

ist Geschäftsführender Sekundärdatenspezialist des Instituts für deskriptive Gesundheitsdatenanalyse (DGDA) und Inhaber der HCSL Healthcare Consulting. Er hat langjährige Berufserfahrung in Linienfunktionen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Beratungserfahrung im Gesundheitswesen mit den Schwerpunkten Strategie, selektiver Marktzugang, Business Intelligence, Versorgungsforschung und Versorgungsmanagement. Kontakt: slempfert@hcsl.de

ORCID: 0000-0002-0514-0542



Prof. Dr. med. Matthias David
Prof. Dr. PH Theda Borde

Hat die Pandemie zu einer (weiteren) Benachteiligung von Migrantinnen und Migranten in der Gesundheitsversorgung geführt?

Im Zuge der Abschätzung und Bewertung von negativen Folgen der Corona-Pandemie wird häufig das Bild des Brenn- oder Vergrößerungsglases benutzt (z.B. Kira et al. 2022, Istiko et al. 2022), um darauf hinzuweisen, dass in den verschiedenen Gesundheitssystemen weltweit bestimmte negative Entwicklungen deutlicher zutage getreten sind, die bis dahin von der Gesundheitspolitik bewusst ignoriert oder nicht in dieser Form wahrgenommen wurden. Doan et al. (2021) und andere Arbeitsgruppen in der Public-Health-Forschung gehen davon aus, dass die Covid-19-Pandemie vorbestehende gesundheitliche und sozioökonomische Ungleichheiten bei strukturell marginalisierten Zuwanderergruppen noch verstärkt hat (Doan et al. 2021, Obinna 2021). Die nachfolgenden Überlegungen befassen sich daher mit einem global relevanten Teilaspekt dieses Themenkreises, nämlich dem der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten.

>> Im Jahr 2015 wurden 2.136.945 Zuwanderer nach Deutschland gezählt, 2017, 2018 und 2019 waren es ca. 1.600.000, im ersten Corona-Jahr 2020 nur noch 1.136.702 (Statistisches Bundesamt 2022). Die meisten nach Deutschland zugewanderten Menschen kamen 2020 aus Rumänien (185.296). Auf Rang zwei waren Migrantinnen und Migranten aus Polen (100.220) und die drittgrößte Gruppe machten Personen aus Bulgarien aus (ca. 72.400) (Statistisches Bundesamt 2022). Deutschland ist seit längerer Zeit faktisch ein Einwanderungsland. Die aktuelle Zuwanderungssituation ist gekennzeichnet durch Neuzuwanderungen und die Niederlassung von Migrantinnen und Migranten verschiedener Herkunftsländer und eine zunehmende ethnische, kulturelle und gesellschaftliche Vielfalt. Fragen der gesellschaftlichen Diversität und des sozialen Zusammenhalts werden zunehmend als relevante politische Themen betrachtet und die demografische und ökonomische Bedeutung der Zuwanderung für Deutschland wird verstärkt wahrgenommen und gewürdigt. Aktuelle und wahrscheinlich weiterhin anhaltende Migrationstrends sind die Zuwanderung von qualifizierten und unqualifizierten Arbeitskräften, u.a. die Anwerbung von Gesundheitspersonal, die Familienzusammenführung, Flüchtlinge aus Kriegs- und Krisengebieten, eine Ost-/Westmigration innerhalb der Europäischen Union sowie die sogenannte irreguläre Migration, d.h. die ungesteuerte und letztlich von der Größenordnung her auch unbekannte Zuwanderung von Menschen ohne Papiere.

Diese Zusammenstellung unterstreicht, dass es sich bei Menschen

Zusammenfassung

Im Zuge der Corona-Pandemie haben sich weltweit in den verschiedenen Gesundheitssystemen in unterschiedlichem Ausmaß Fehlentwicklungen und Versäumnisse gezeigt. Aktuelle Ergebnisse der internationalen Versorgungsforschung zeigen, dass die Covid-19-Pandemie bereits bestehende gesundheitliche und sozioökonomische Ungleichheiten bei strukturell marginalisierten Zuwanderergruppen verstärkt hat. Auf der Basis einer selektiven Literaturrecherche zur möglichen Benachteiligung von Migrantinnen und Migranten im Gesundheitssystem im Zuge der Covid-19-Pandemie werden die sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen für zukünftige pandemische Situationen, aber auch für den „postpandemischen Versorgungsalltag“ dargelegt. Die aktuelle Datenlage für Deutschland ist schlecht – hier besteht Handlungs- und Forschungsbedarf –, aber in internationalen Übersichtsarbeiten wurden eine Reihe von migrantenspezifischen Risiko- und Vulnerabilitätsfaktoren identifiziert. Zukünftige Pandemiepläne sollten Bevölkerungsgruppen mit besonderen Belastungen ausreichend und angemessen berücksichtigen.

Schlüsselwörter

Covid-19-Pandemie, Migranten, institutionelle Diskriminierung

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.03.22.1866-0533.2417>

„Wir waren und sind ... seit ... Monaten unfreiwillig Probandinnen und Probanden in einem Experiment, für das uns als Forscherinnen und Forscher keine Ethikkommission jemals ihr positives Votum ausgestellt hätte: substantielle Bedrohung bei verminderter Verfügbarkeit sozialer Ressourcen. Es ist unklar, wie bisher psychisch Gesunde, aber auch Personen mit psychischen und körperlichen Vorerkrankungen auf dieses Experiment reagieren werden ...“
(Ditzen 2020)

mit Migrationshintergrund um eine sehr heterogene Gruppe handelt. Diese Heterogenität ergibt sich z.B. auch dadurch, dass entweder eine eigene Migrationserfahrung vorliegt, d. h. die Person selbst nach Deutschland zugewandert ist, oder als direkte Nachkommen dieser sog. ersten Migrationsgeneration in Deutschland geboren wurde. Unterschiede ergeben sich durch das Herkunftsland, den sozioökonomischen Status, den Bildungsgrad, das Geschlecht, die Aufenthaltsdauer und den Aufenthaltsstatus, die Ethnizität, religiöse und kulturelle Orientierungen und nicht zuletzt durch die vorhandenen Sprachkenntnisse des Zuwanderungslandes. Vorliegende statistische Daten zeigen,

Migration

Weltweit sind derzeit ca. 82,4 Millionen Menschen vor Krieg, Gewalt, Hunger oder Armut auf der Flucht. Ca. 48 Millionen von ihnen sind sog. Binnenflüchtlinge, die sich innerhalb ihres Heimatlandes zur Flucht gezwungen sehen (CARE 2022). In Deutschland gilt seit 2005 lt. statistischem Bundesamt folgende Definition: Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurden (Statistisches Bundesamt 2022). Flüchtlinge werden lt. Artikel 1 der Genfer Flüchtlingskonvention definiert als „Personen, die sich außerhalb des Landes befinden, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzen oder in dem sie ihren ständigen Wohnsitz haben, und die wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung eine wohlbegründete Furcht vor Verfolgung haben und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen können oder wegen dieser Furcht vor Verfolgung nicht dorthin zurückkehren können...“ (Statistisches Bundesamt 2022).

Männer und Frauen mit Flüchtlingsstatus stellen demnach eine besondere Subgruppe der Personen mit Migrationshintergrund dar. Derzeit erleben wir eine erneute Flüchtlingswelle aus der Ukraine als Folge des russischen Angriffskrieges.

„2020 lebten nach Zahlen des Mikrozensus in den deutschen Privathaushalten 21,9 Millionen Menschen, die selbst oder bei denen mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht seit Geburt besitzt. Dies entspricht einem Bevölkerungsanteil der Menschen mit Migrationshintergrund von 26,7%. Mehr als die Hälfte davon sind deutsche Staatsangehörige, knapp zwei Drittel selbst zugewandert...“
(BAMF 2020)

dass das Bildungs- und Einkommensniveau der Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Vergleich zur nicht migrierten Bevölkerung durchschnittlich niedriger ist und dass Arbeitsplatzunsicherheit und Arbeitslosigkeit häufiger sind. Unterschiedliche Quellen gehen davon aus, dass in Abhängigkeit von diesen Faktoren die Risiken für eine Diskriminierung resp. gesellschaftliche Benachteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund variieren. Mögliche Folgen und Rückwirkungen der Corona-Pandemie, der damit verbundenen (gesundheits-) politischen Maßnahmen und den sich ergebenden Folgen für das deutsche Gesundheitssystem und die dort

behandelten und betreuten Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund fasst die Abbildung 1 zusammen. Nachfolgend gehen wir auf der Basis einer im März 2022 durchgeführten selektiven Literaturrecherche zur möglichen Diskriminierung von Migrantinnen und Migranten im Gesundheitssystem im Zuge der Covid-19-Pandemie auf sichtbar gewordene Benachteiligungen von Menschen mit Migrationshintergrund ein. Wir legen die sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen für zukünftige pandemische Situationen, aber auch für den „postpandemischen Versorgungsalltag“ dar.

Diskriminierungserfahrung

„Soziale Diskriminierung“ umfasst die Benachteiligung von Menschen aufgrund gruppenspezifischer Merkmale, wie ethnische und nationale Herkunft, Hautfarbe, Sprache, politische oder religiöse Verfolgung, sexuelle Orientierung, Geschlecht, Alter oder Behinderung. Ausgangspunkt jeder Diskriminierung ist die Konstruktion von Unterschiedlichkeit und damit verbundene Hierarchien und Machtverhältnisse (Beutke u. Kotzur 2015). Welche Daten und Fakten liegen zu möglichen Benachteiligungen von Menschen mit Migrationshintergrund im deutschen Gesundheitssystem vor?

Bestandteil des „Jahresgutachtens deutscher Stiftungen für Integration und Migration“ ist immer auch das sog. Integrationsbarometer. Für das Integrationsbarometer 2014 wurden telefonisch auf der Basis einer geschichteten Zufallsstichprobe 5.659 Personen, davon 74,7% mit und zu 25,3% ohne Migrationshintergrund, befragt. Im Zuge dieser Befragung wurden 2014 auch subjektive Diskriminierungserfahrungen in verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens eruiert. Gefragt wurde nach Diskriminierungserfahrungen in Bildungsstätten, auf dem Arbeitsmarkt, in Ämtern und Behörden sowie dem Öffentlichen Nahverkehr. Benachteiligungen im Gesundheitswesen, in der ambulanten oder stationären Versorgung, wurden nicht thematisiert. Die Antworten (siehe Abb. 2) wurden nach dem Migrationshintergrund bzw. dem Herkunftsland der Befragten gruppiert. Die Ergebnisse „...

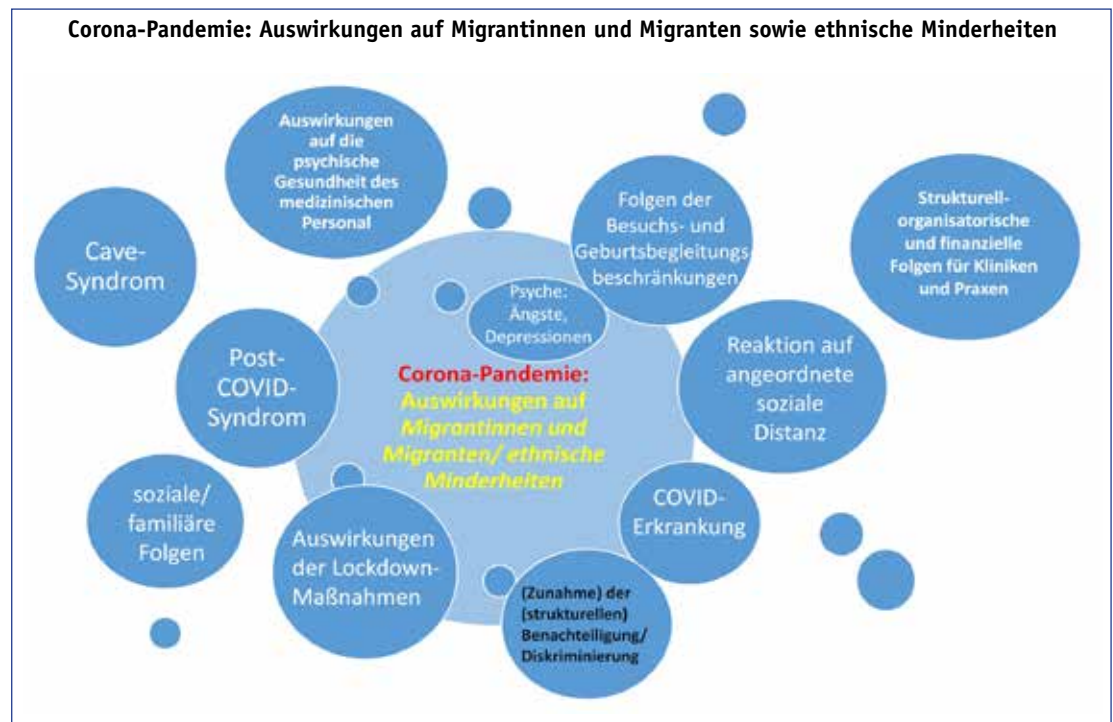


Abb. 1: Corona-Pandemie: Auswirkungen auf Migrantinnen und Migranten sowie ethnische Minderheiten.

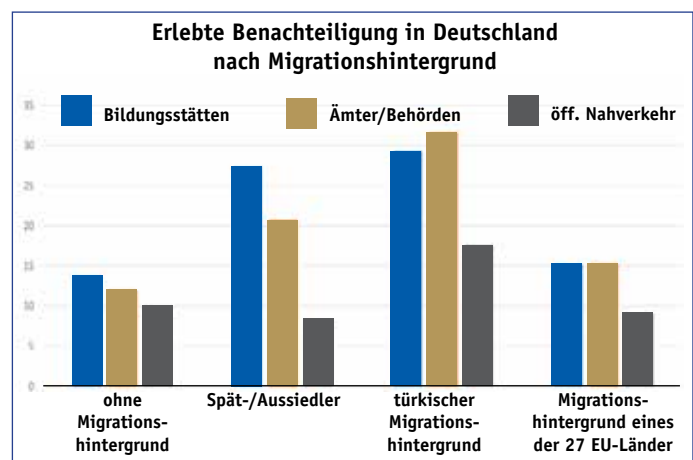


Abb. 2: Erlebte Benachteiligung in Deutschland nach Migrationshintergrund (ausgewählte Daten aus dem SVR-Integrationsbarometer 2014; in %).

zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund im Alltag in unterschiedlichen Formen Diskriminierung wahrnehmen [...] Insgesamt erscheint das Diskriminierungsniveau in Deutschland nicht sehr hoch: Die große Mehrheit der Befragten gab an, dass sie keine Benachteiligungen erlebt hat. Allerdings berichten Menschen mit Migrationshintergrund in allen Bereichen häufiger von Diskriminierungserfahrungen als Menschen ohne Migrationshintergrund...“, wobei sich „Personen verschiedener Herkunftsgruppen in unterschiedlichem Maße von Diskriminierung betroffen sehen...“ (SVR 2014).

Die Antidiskriminierungsstelle des Bundes hat 2015 die Umfrage „Diskriminierung in Deutschland“ veröffentlicht (Beigang et al. 2017). Mit einer telefonischen Repräsentativbefragung wurden hierfür vom 1. bis 30. November 2015 insgesamt 1.007 deutschsprachige Personen ab 14 Jahren befragt, die Auswahl erfolgte nach einem Zufallsverfahren. Die Autoren geben an, dass die „Ergebnisse unter Beachtung der mit Stichprobenerhebungen üblicherweise verbundenen Einschränkungen auf die Gesamtbevölkerung in Deutschland verallgemeinerbar“ sind

(Beigang et al. 2017). Die Befragten wurden um Angaben darüber gebeten, ob sie in den vergangenen zwei Jahren aufgrund eines im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) genannten Merkmals oder aus anderen Gründen Diskriminierung erlebt haben. Knapp ein Drittel der Befragten (31,4%) bestätigte dies. 8,4% der Befragten der Repräsentativbefragung gaben an, eine Diskriminierung aus rassistischen Gründen oder wegen ihrer (ethnischen) Herkunft erfahren zu haben, dies betraf vor allem Menschen mit Migrationshintergrund: „Knapp ein Viertel (23,2%) von ihnen berichtet von entsprechenden Diskriminierungserfahrungen in den vergangenen 24 Monaten. Der Anteil von Personen ohne Migrationshintergrund, die von Diskriminierungserfahrungen aus rassistischen Gründen oder wegen der (ethnischen) Herkunft berichten, liegt bei 3,8% ...“ (Beigang et al. 2017). Für die 343 Personen der Befragung, die Diskriminierungserfahrungen angegeben hatten, wurde in der Repräsentativbefragung auch nach den Lebensbereichen unterschieden, in der die Benachteiligung erlebt wurde: 5,5% gaben an, häufig im Gesundheits- und Pflegebereich Diskriminierungen erlebt zu haben, weitere 8,8% zumindest gelegentlich, 12,1% selten und die übrigen 73,6% nie (Beigang et al. 2017).

Die beiden eben zitierten Befragungen wurden deutlich vor Beginn der Corona-Pandemie durchgeführt, sodass sie keine Informationen zu den Auswirkungen dieser Sondersituation auf Diskriminierungserfahrungen enthalten können. Aber in dem von der Antidiskriminierungsstelle des Bundes in Auftrag gegebene Bericht „Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen ...“ (Bartig et al. 2022), der im Juli 2021 veröffentlicht wurde, findet sich eine Passage zu (vermuteten) Diskriminierungsrisiken in Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie: „Inwiefern sich die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie zwischen Menschen mit Migrationshintergrund (insbesondere Geflüchteten) und der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund bzgl. der Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen u. a. dem der Gesundheit unterscheiden, wird derzeit in dem Projekt „Vergleichende Analysen der Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf Migrant*innen und Geflüchtete am Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung analysiert...“ (Bartig et al. 2022).

Ergebnisse dieser Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit wurden im September 2021 publiziert. Brücker et al. (2021) fassen ihren Forschungsbericht wie folgt zusammen:

- „Die deutsche Volkswirtschaft hat sich an den Covid-19-Schock überwiegend durch Kurzarbeit und die Verlegung wirtschaftlicher Aktivitäten in das Homeoffice sowie durch andere Formen der Arbeitszeitverkürzung angepasst. Dabei variieren die Auswirkungen des Schocks zwischen unterschiedlichen Gruppen am Arbeitsmarkt.
- Flüchtlinge und – in geringerem Umfang – andere Migrantinnen und Migranten waren während des ersten Lockdowns überdurchschnittlich von Beschäftigungsabbau und Kurzarbeit betroffen.
- Flüchtlinge konnten die von ihnen ausgeübten Tätigkeiten nur in sehr geringem Umfang im Homeoffice durchführen.
- Wichtige Ursachen für negative Arbeitsmarkteffekte sind befristete Beschäftigungsverhältnisse, kurze Betriebszugehörigkeiten und Unterschiede in den Tätigkeitsstrukturen.
- Bei Flüchtlingen und anderen Migrantinnen und Migranten ist die Arbeitslosigkeit sehr viel stärker gestiegen, als ihre Beschäftigung gesunken ist. Dies kann unter anderem auf den pandemiebedingten Abbruch und die Unterbrechung von Integrations- und Qualifizierungsmaßnahmen zurückgeführt werden.
- Unmittelbar nach dem Auslaufen der Eindämmungsmaßnahmen des ersten Lockdowns ist die Beschäftigung der Geflüchteten zwar wie-

der gestiegen, doch ist ihr Beschäftigungswachstum 2020 sehr viel geringer ausgefallen als in den Vorjahren.“ (Brücker et al. 2021)

Benachteiligungen können auf unterschiedlicher Ebene und in unterschiedlicher Form erfolgen. Es lassen sich sechs Erscheinungsformen sozialer Diskriminierung, nämlich individuelle, sprachliche, strukturelle, direkte unmittelbare, indirekte verdeckte sowie die institutionelle unterscheiden. Bei letzterer wirken Strukturen von Organisationen aufgrund von Gewohnheiten und Wertvorstellungen diskriminierend (Beutke u. Kotzur 2015). In der Bundesrepublik Deutschland gibt es dazu bisher praktisch keine aktuellen Ergebnisse oder publizierte Forschungsergebnisse. Erst in den letzten Jahren widmen sich wenige Forschungsprojekte Fragen zu institutioneller Diskriminierung und Rassismus (z.B. Graevskaia et al. 2022).

Benachteiligende Auswirkungen der Pandemie für Migrantinnen und Migranten

International finden sich zum Thema „Covid-19-Pandemie und Migration“ allerdings eine Reihe von Übersichtsarbeiten aus den Jahren 2021/2022, die im Zuge einer selektiven Literaturrecherche identifiziert wurden. Nachfolgend werden wesentliche Ergebnisse dieser Arbeiten präsentiert und interpretiert.

Politi et al. (2021) beschäftigten sich mit Auswirkungen von Covid-19 auf die Mehrheitsbevölkerung, ethnische Minderheiten und Migranten in Form eines systematischen Reviews zur Bedrohungsbewertung. Die Tabelle 1 fasst die wahrgenommenen Bedrohungen der jeweiligen Mehrheitsbevölkerung und von ethnischen Minderheiten, Migrantinnen und Migranten stichwortartig zusammen (Tab. 1).

Auswirkungen von Covid-19 auf die Mehrheitsbevölkerung, ethnische Minderheiten und Migranten
Bedrohungswahrnehmungen durch die Mehrheitsbevölkerung
<ul style="list-style-type: none"> • Ängste, Lebensbedrohung, Befürchtungen im Hinblick auf langfristige gesundheitliche Auswirkungen • Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens, Frustrationsgefühle, erhöhte psychische Vulnerabilität • negative Auswirkungen auf den Lebensunterhalt, finanzielle Sorgen • soziale Desintegration, politische Dysregulierung
Von ethnischen Minderheiten, Migrantinnen und Migranten wahrgenommene Bedrohungen
<ul style="list-style-type: none"> • Verstärkung von Stigmatisierung und Diskriminierung • Stresssensibilisierung, negative Interpretationen neuer Stresssituationen • rechtliche Probleme (Aufenthaltstitel) • mangelnder Zugang zu Ressourcen und Dienstleistungen inkl. Gesundheitssystem • Marginalisierung, Isolation • Akkulturationsstress, psychische Belastung
Intra- und Inter-Gruppenkonflikte
<ul style="list-style-type: none"> • Gesellschaftliche Bedrohungsszenarien – mehr Ethnozentrismus und Eskalation gewalttätiger Konflikte zwischen Gruppen • Fremdgruppenabwertung, Verschärfung von Vorurteilen, Diskriminierung, politische Fokussierung auf die Mehrheitsbevölkerung

Tab. 1: Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Mehrheitsbevölkerung, ethnische Minderheiten und Migranten – systematisches Review der Bedrohungsbewertung (nach Politi et al. 2021).

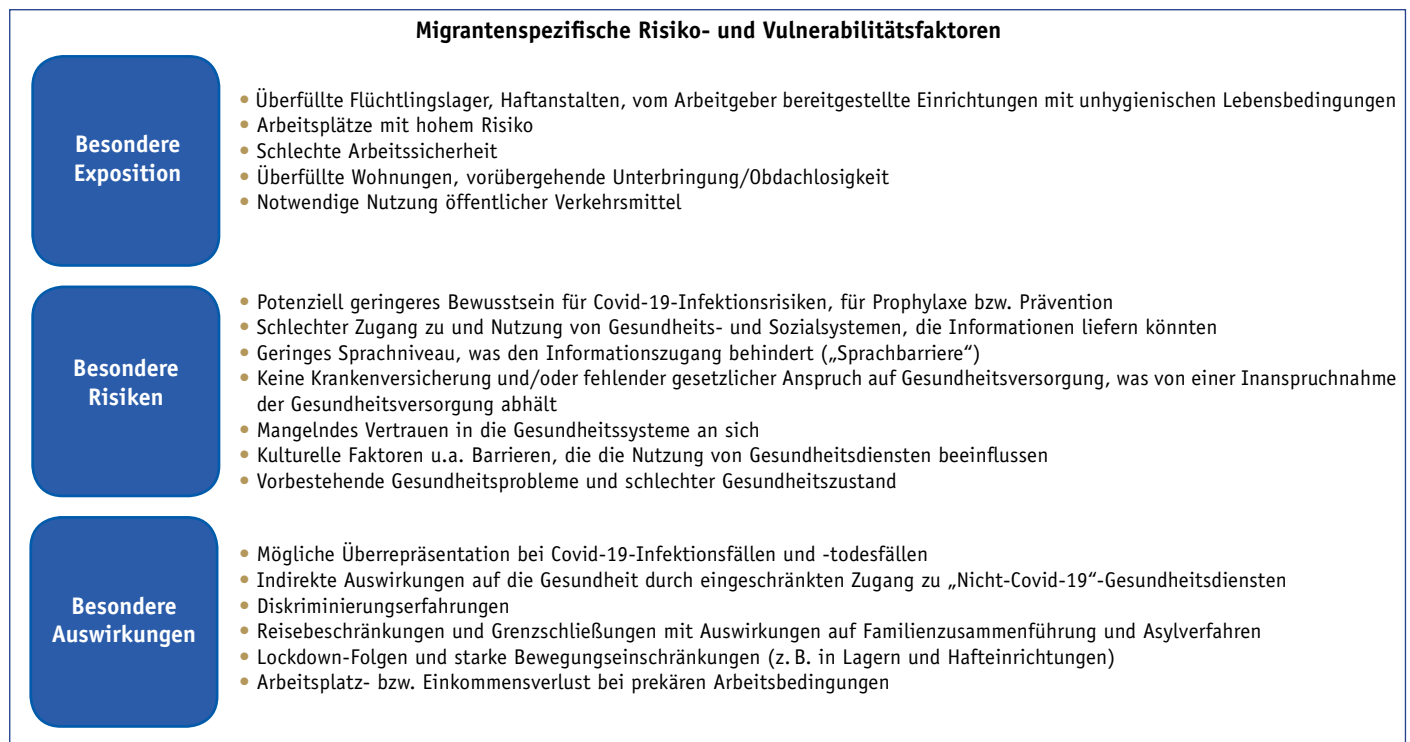


Abb. 3: Migrantenspezifische Risiko- und Vulnerabilitätsfaktoren in der Pandemiesituation (nach Doan et al. 2021, Hayward et al. 2021, Jaljaa et al. 2022).

Hayward et al. (2021) fassten ihre Erkenntnisse zu klinischen Ergebnissen und Risikofaktoren für eine Covid-19-Infektion bei Migrantinnen und Migranten in sog. Ländern mit hohem Einkommen auf der Basis eines systematischen Reviews wie folgt zusammen: Covid-19-Infektionen waren bei Migranten trotz niedriger Testraten überproportional hoch. Die Hospitalisierung wegen Covid-19 erfolgt bei Migranten häufiger und sie wurden auch häufiger auf einer Intensivstation behandelt. Migrantinnen und Migranten hatten ein höheres Risiko, an bzw. mit Covid-19 zu sterben. Die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit und damit verbundenen Einschränkungen sind inzwischen gut dokumentiert. Migrantinnen und Migranten sind nach Hayward et al. (2021) aufgrund bereits bestehender Risikofaktoren, (potenzieller) Ausgrenzung und sozialer Isolation hiervon besonders betroffen. Mögliche Folgen sind die Verschlechterung bereits bestehender psychischer Erkrankungen. Die Covid-19-Pandemie stellte ein Hindernis für die gesellschaftliche Teilhabe und Integration für immigrierte und Menschen mit Flüchtlingsstatus dar. Als negative soziale Auswirkung der „Lockdowns“ zeigte sich in dieser Gruppe eine besonders hohe Armutgefährdung und wirtschaftliche Not durch die Pandemiemaßnahmen und häufiger Arbeitslosigkeit.

Hayward et al. (2021) fanden Risikofaktoren, die eine erhöhte Anfälligkeit für eine Covid-19-Infektion bei Migrantinnen und Migranten erklären könnte:

1. Chronische Vorerkrankungen wie Diabetes mellitus, Bluthochdruck und Adipositas, die mit schlechteren Covid-19-Therapieergebnissen verbunden zu sein scheinen, waren in der Migrantenpopulation häufiger (Doan et al. 2021).
2. Mangelnde Information, allgemeine, schon vorbestehende sprachliche und kulturelle Barrieren sowie befürchtete Kosten gelten als Inanspruchnahme- bzw. Versorgungshindernis.
3. Ebenfalls ein Risikofaktor für eine erhöhte Anfälligkeit für eine Covid-19-Infektion sind problematische Unterbringungsverhältnisse, wie sie Gemeinschaftsunterkünfte, Flüchtlingslager u.ä. bieten (modif. nach Hayward et al. 2021).

Die Abbildung 3 fasst migrantenspezifische Vulnerabilitätsfaktoren zusammen, wobei nach besonderen Expositionsfaktoren, Risiken und Auswirkungen für Personengruppen mit Migrationshintergrund unterschieden wird.

Es ergeben sich eine Reihe von Lehren für die Zukunft, die allerdings nicht nur für die nächste Pandemiesituation gelten sollen. Folgende Maßnahmen werden in den ausgewerteten Übersichtsarbeiten vorgeschlagen: Initiierung von großen retrospektiven und prospektiven Studien, die Migrantinnen und Migranten angemessen repräsentieren, den Migrationsstatus systematisch berücksichtigen und mögliche Unterschiede bei Tests und Diagnosen, Krankenhausaufenthalten und Covid-19-bedingten Todesfällen untersuchen; sammeln und analysieren von Daten zur Impfsituation unter Berücksichtigung des Migrationsstatus; Gewährleistung einer kontinuierlichen und vollständigeren Einbeziehung des Migrationsstatus in Gesundheitsüberwachungs- und -informationssysteme unter Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen, ethnischen, sprachlichen, bildungsbezogenen und beruflichen Heterogenität in der Migrantenpopulationen; Entwicklung von länderübergreifenden Pandemieplänen, die explizit die Migrantenpopulationen berücksichtigen; Erarbeiten, Produzieren und aktives Anbieten von spezifischen Informationsmaterialien zur Prävention der jeweiligen Infektionsursache, zu Testverfahren, Behandlung, Kontaktverfolgung, Selbstisolation usw. unter besonderer Berücksichtigung kultureller und sozialer Aspekte sowie spezifischer Risikofaktoren; Sicherstellung einer schnellen und qualitativ hochwertigen Übersetzung und einer effektiveren Verbreitung von Informationen und Richtlinien des öffentlichen Gesundheitsbereiches in den wichtigsten Sprachen der jeweiligen Migrantengruppen; intersektorale Zusammenarbeit der verantwortlichen Stellen; Berücksichtigung besonderer Migrantengruppen, die in Flüchtlingslagern, Aufnahmezentren, Haftanstalten usw. leben sowie von „Menschen ohne Papiere“ (modif. nach Hayward et al. 2021, Politi et al. 2021, Van Hout et al. 2021, Jaljaa et al. 2022, Doan et al. 2021, Obinna 2021).

Fazit

1. Migrantinnen und Migranten stellen in den jeweiligen Zuwanderungsländern aus soziodemografischen Gründen eine sehr heterogene Gruppe dar. Während der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit vielfach belegt ist, scheinen Menschen mit Migrationshintergrund – aus unterschiedlichen Gründen – weltweit zusätzlich in den Gesundheitssystemen der Zuwanderungsländer in unterschiedlichem Ausmaß Benachteiligungen bei der Gesundheitsversorgung ausgesetzt zu sein. Die Menschen mit Flüchtlingsstatus stellen innerhalb der Migrantenpopulation nochmals eine besonders vulnerable Subgruppe dar.
2. Die meisten Autorinnen und Autoren der zitierten Übersichtsarbeiten gehen davon aus, dass es während der Corona-Pandemie zu einer Verstärkung der ungleichen Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund, insbesondere der mit prekären Arbeitsverhältnissen oder mit unsicherem Aufenthalts- oder Flüchtlingsstatus.
3. Die Pandemiesituation hat brennglasartig in den entwickelten Industrieländern die bereits vorhandenen Defizite verstärkt bzw. sichtbar gemacht.
4. Daraus erwächst die Chance, mithilfe der nun vorhandenen umfangreichen auszuwertenden Daten, die für die Jahre 2021/22 quasi einer epidemiologischen Studie entsprechend, (selbst-) kritische Analysen der bisher vernachlässigten Probleme vorzunehmen und Lösungswege zu erarbeiten.
5. Zukünftige Pandemiepläne sollten Bevölkerungsgruppen mit besonderen Belastungen, darunter eben auch Migrantinnen und Migranten, ausreichend und angemessen berücksichtigen. <<

Literatur

1. Ditzen, B. Soziale Distanz: Wenn die protektiven Effekte sozialer Nähe eingeschränkt sind. *Editorial. Psychother Psychosom Med Psychol* 2020; 70(06): 219-220; DOI: 10.1055/a-1158-0202
2. Kira, I. A., Al-Noor, T. H., Al-Bayat, Y. W., Shuwiekh, H. A. M., Ashby, J. S., & Jamil, H. Intersected Discrimination Through the Lens of COVID-19: The Case Example of Christian Minority in Iraq. *American Journal of Orthopsychiatry* 2022. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/ort0000619>
3. Istiko, S.N., Durham, J.; Elliott, L. (Not That) Essential: A Scoping Review of Migrant Workers' Access to Health Services and Social Protection during the COVID-19 Pandemic in Australia, Canada, and New Zealand. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 2981. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052981>
4. Doan, L.N., Chong, S.K., Misra, S., Kwon, S.C., Yi, S.S. Immigrant Communities and COVID-19: Strengthening the Public Health Response. *Am J Public Health*. 2021 Oct;111(S3):S224-S231. doi: 10.2105/AJPH.2021.306433. PMID: 34709878; PMCID: PMC8561064
5. Obinna, D.N., Confronting Disparities: Race, Ethnicity, and Immigrant Status as Intersectional Determinants in the COVID-19 Era. *Health Educ Behav*. 2021 Aug;48(4):397-403. doi: 10.1177/10901981211011581. Epub 2021 May 12. PMID: 33978518
6. CARE; https://www.care.de/schwerpunkte/nothilfe/flucht-und-migration/?code=9745&gclid=EAIAIQobChMI6MmHttmD9wIV9YxoCR2HVQgxEAAAYASAAEgLZxFd_BwE (aufgerufen am 8.4.2022)
7. Statistisches Bundesamt. Glossar. Migrationshintergrund. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Glossar/migrationshintergrund.html> (aufgerufen am 10.4.2022)
8. Statistisches Bundesamt. Internationales. Flüchtling. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Internationales/Glossar/Fluechtling.html> (aufgerufen am 10.4.2022)
9. BAMF. Migrationsbericht 2020; https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/Migrationsberichte/migrationsbericht-2020.pdf?__blob=publicationFile&v=14 (aufgerufen am 8.4.2022).
10. Beutke, M., Kotzur, P., Faktensammlung Diskriminierung. Programm Integration und Bildung der Bertelsmann Stiftung. 2015 <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/faktensammlung-diskriminierung> (aufgerufen am 10.4.2022)
11. Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration. Deutschlands Wandel zum modernen Einwanderungsland. Jahresgutachten 2014. SVR-Integrationsbarometer 2014. https://www-svr-migration.de/wp-content/uploads/2017/05/SVR_Jahresgutachten_2014.pdf (aufgerufen am 7.4.2022)
12. Beigang, S.; Fetz, K.; Kalkum, D.; Otto, M. Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung. Hg. v. Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Nomos, Baden-Baden 2017, S. 120 – 139
13. Bartig, S., Kalkum, D., Le, H.M., Lewicki, A., Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung Studie im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertise/diskrimrisiken_diskrimschutz_gesundheitswesen.pdf (aufgerufen am 10.4.2022)
14. Brücker H, Gundacker L, Hauptmann A, Jaschke P. Die Arbeitsmarktwirkungen der COVID-19-Pandemie auf Geflüchtete und andere Migrantinnen und Migranten, IAB-Forschungsbericht, No. 5/2021, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), Nürnberg 2021. <http://hdl.handle.net/10419/245964> (aufgerufen am 7.4.2022)
15. Graevskaia, A., Menke, K., Rumpel, A. (2022) Institutioneller Rassismus in Behörden – Rassistische Wissensbestände in Polizei, Gesundheitsversorgung und Arbeitsverwaltung. IAQ-Report Bd. 2022, H. 02. DOI:10.17185/duerpublico/75438. https://duerpublico2.uni-due.de/receive/duerpublico_mods_00075438 (aufgerufen 8.4.2022)
16. Politi, E. et al. The impact of COVID-19 on the majority population, ethno-racial minorities, and immigrants: A systematic review on threat appraisals from an inter-group perspective. *European Psychologist* 2021; 26(4). <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000460>
17. Hayward, S.E. et al. Clinical outcomes and risk factors for COVID-19 among migrant populations in high-income countries: A systematic review. *J Migr Health* 2021; 3: 100041
18. Van Hout et al. Scoping the impact of COVID-19 on the nexus of statelessness and health in Council of Europe member states. *J Migr Health* 4 (2021) 100053
19. Jaljaa, A. et al. Risk of SARS-CoV-2 infection in migrants and ethnic minorities compared with the general population in the European WHO region during the first year of the pandemic: a systematic review. *BMC Public Health* 2022, 22(1):143 <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12466-1>

Has the pandemic led to (further) discrimination of migrants in German health care?

In the course of the corona pandemic, misguided developments and omissions have become apparent to varying degrees in the various health systems worldwide. Current results of international health services research show that the Covid-19 pandemic has exacerbated pre-existing health and socio-economic inequalities among structurally marginalized immigrant groups. On the basis of a selective literature search on the possible disadvantages of migrants in the health system in the course of the Covid-19 pandemic, the resulting conclusions for future pandemic situations, but also for the „post-pandemic everyday care“ are presented. The current data situation for Germany is poor – there is a need for action and research here – but a number of migrant-specific risk and vulnerability factors have been identified in international reviews. Future pandemic plans should give sufficient and appropriate consideration to population groups with special burdens.

Keywords

Covid-19 pandemic, migrants, institutional discrimination

Zitationshinweis

David, M., Borde, T.: „Hat die Pandemie zu einer (weiteren) Benachteiligung von Migrantinnen und Migranten in der Gesundheitsversorgung geführt?“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (03/22), S. 85-90. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.22.1866-0533.2417>

Autorenerklärung

Autor und Autorin erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit dem vorliegenden Manuskript haben.

Prof. Dr. med. Matthias David

ist Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Er ist apl Professor und derzeit Geschäftsführender Oberarzt der Klinik für Gynäkologie, Campus Virchow-Klinikum der Charité-Universitätsmedizin Berlin. Seine Forschungsschwerpunkte mit zahlreichen Veröffentlichungen sind: Versorgungsforschung, Migration, Psychosomatik und Medizingeschichte sowie klinische Arbeiten zur Myomtherapie.

Kontakt: matthias.david@charite.de

ORCID: 0000-0002-6901-5636



Prof. Dr. PH Theda Borde

ist Professorin an der Alice Salomon Hochschule Berlin, die sie von 2010 bis 2014 als Rektorin leitete. Sie studierte Politologie und Gesundheitswissenschaften an der FU Berlin und promovierte in Public Health an der TU Berlin. Sie leitete ein Bildungs- und Beratungszentrum für Immigrantinnen in Berlin und war als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Public-Health-Forschung an der Charité Berlin tätig.

Kontakt: borde@ash-berlin.eu

ORCID: 0000-0001-8287-2299



Wir bringen Licht ins Dunkel

*„Es ist nicht das Ziel von Wissenschaft,
der unendlichen Weisheit eine Tür zu
öffnen, sondern eine Grenze zu setzen
dem unendlichen Irrtum.“*

*Bertolt Brecht
(1898 - 1956)*

Am besten, Sie **abonnieren** gleich*:

www.m-vf.de/abonnement oder per Mail: abo@m-vf.de

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

monitor **VERSORGUNGS
FORSCHUNG**



Wir begleiten Ihre digitale Innovation auf dem Weg in den Gesundheitsmarkt

Die Ampeln stehen auf Grün!

Nie waren die Rahmenbedingungen für den Marktzugang digitaler Gesundheitsanwendungen besser als jetzt. Wenn Sie eine digitale Lösung entwickelt haben, die nachweislich dazu beiträgt, die Gesundheitsversorgung in Deutschland zu verbessern, stehen die Ampeln für Sie auf Grün. Neben dem neuen Fast-Track-Verfahren für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) könnten auch Selektivverträge mit Krankenkassen, der Innovationsfonds oder der Krankenhauszukunftsfonds (KHZF) für Sie attraktiv sein, um Ihre innovative Lösung in die Versorgung zu bringen.

Mit unseren modular aufgebauten Leistungspaketen unterstützen wir Sie über den gesamten Prozess:

- Strategieberatung
- Entwicklung des Evaluationskonzepts
- Vermittlung von Konsortialpartnern
- Erstellung von Anträgen
- Unterstützung im Projektmanagement
- Durchführung der Evaluation
- Entwicklung von Preismodellen
- Training für Preisverhandlungen
- Roll-out im Markt



inav-berlin.de/leistungen/digital-health-diga

Gebündelte Expertise aus einer Hand

Das inav ist ein Forschungs- und Beratungsinstitut, das auf das Gesundheitswesen spezialisiert ist. In unserem 30-köpfigen Team bündeln wir Kompetenzen aus Wissenschaft, Wirtschaft und Politik. Unsere Beratungsschwerpunkte liegen in den Bereichen:

- Versorgungsforschung
- Wissenschaftliche Evaluationen
- Begleitung innovativer Versorgungsprojekte
- Marktzugang

Seit 2011 gestalten wir mit mehr als 100 Partnern aus allen Bereichen des Gesundheitswesens innovative und tragfähige Versorgungsmodelle. Wir helfen bei der Auswahl effizienter Zugangswege und unterstützen Akteure vom Start-up bis zum internationalen Großunternehmen.

Vereinbaren Sie jetzt einen Gesprächstermin!

Ihr Ansprechpartner: Ralph Lägel, laegel@inav-berlin.de

 Institut für angewandte Versorgungsforschung

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