

Gesundheits- und Sozialpolitik

GUS.nomos.de

3 | 2024

78. Jahrgang
Seiten 1–60

Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen

Herausgegeben von

Prof. Dr. Volker E. Amelung
Dr. Bernadette Klapper
Franz Knieps

Vor der Wahl:

Eigeninitiative und strategische Land- marken im Gesundheitssystem

Aus dem Inhalt

- 4 15 Thesen zur zukünftigen strategischen Ausrichtung von Krankenhäusern in Deutschland
Nadine Rohatsch
- 16 Implementierung der pflegerischen Rolle der Advanced Practice Nurse in deutschen Krankenhäusern
Marisa Wittor und Sabine Brase
- 21 „Störfall Pflegekammer“
Michael Bossle
- 30 Blick in die Schweiz
Reto Schumacher und Karl Metzger
- 37 Ein Aufruf zur Weiterentwicklung der Operationalisierung der Orphan-Drug Umsatzschwelle im AMNOG
Stefan Hönzke, Saskia Steuber, Clara Brieke, Gerrit Müller, Christoph Engelke
- 44 Patientenportale: Kommunikation und Self-Services entscheidend für Zufriedenheit und Nutzung
Alexander Alscher, Benedikt Schnellbacher, Christian Wissing
- 55 Professor Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz (†): Pionier und Gestalter für die Gesundheit der Bevölkerung
Ulla Walter
- 56 20 Jahre Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung (DGIV)
Ulla Schmidt



Nomos

Nomos
eLibrary

Gesundheits- und Sozialpolitik

GUS.nomos.de

3 | 2024

77. Jahrgang

Seiten 1–60

Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen

BEIRAT: Prof. Dr. med. Reinhard Busse, Technische Universität Berlin, Prof. Josef Hecken, Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses, Berlin, Dr. Christopher Hermann, ehemaliger Vorsitzender des Vorstandes der AOK Baden-Württemberg, Dr. Johanna Hornung, Kompetenzzentrum für Public Management, Universität Bern, Prof. Dr. med. David Klemperer, Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg, Dr. Volker Leienbach, ehemaliger PKV-Verbandsdirektor, Köln, Prof. Dr. Karl Lauterbach, Bundesminister für Gesundheit, MdB, Universität zu Köln, Prof. Dr. Alexandra Manzei-Gorsky, Universität Augsburg, Prof. Dr. Heinz Rothgang, Universität Bremen, Prof. Dr. med. Matthias Schrappe, Universität Köln, Prof. Dr. Heinz-Dietrich Steinmeyer, Universität Münster, Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER, Berlin, Prof. Dr. Leonie Sundmacher, Technische Universität München (TUM), Maike Voss, Centre for Planetary Health Policy, Berlin, Prof. Dr. Sascha Wolf, Hochschule Pforzheim

HERAUSGEBER: Prof. Dr. Volker E. Amelung, Dr. Bernadette Klapper, Franz Knieps

REDAKTEUR: Erwin Dehlinger (VISdP)

EDITORIAL

3

TRENDS & FACTS

4

THEMA

15 Thesen zur zukünftigen strategischen Ausrichtung von Krankenhäusern in Deutschland

Nadine Rohatsch

4

Implementierung der pflegerischen Rolle der Advanced Practice Nurse in deutschen Krankenhäusern

Marisa Wittor und Sabine Brase

16

„Störfall Pflegekammer“

Michael Bossle

21

Blick in die Schweiz

Reto Schumacher und Karl Metzger

30

Ein Aufruf zur Weiterentwicklung der Operationalisierung der Orphan-Drug Umsatzschwelle im AMNOG

Stefan Hönzke, Saskia Steuber, Clara Brieke, Gerrit Müller, Christoph Engelke

37

Patientenportale: Kommunikation und Self-Services entscheidend für Zufriedenheit und Nutzung

Alexander Alscher, Benedikt Schnellbächer, Christian Wissing

44

Professor Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz (†): Pionier und Gestalter für die Gesundheit der Bevölkerung

Ulla Walter

55

20 Jahre Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung (DGIV)

Ulla Schmidt

56

NEUE BÜCHER

58

15 Thesen zur zukünftigen strategischen Ausrichtung von Krankenhäusern in Deutschland

Seite 4

Die Politik verspricht mit der umstrittenen Krankenhausreform vieles: Sie soll die finanzielle Lage der Krankenhäuser, die medizinische Versorgung der Bevölkerung und die Strukturqualität verbessern, indem die Ressourcen auf weniger Einrichtungen konzentriert werden. Prof. Nadine Rohatsch an der Katholischen Stiftungshochschule München analysiert in 15 Thesen die Auswirkungen der geplanten Reform auf die Branchenstruktur. Vor der Neuwahl des Bundestages ist ihre Warnung aktuell: Soll die Konzentration der Leistungsgruppen auf wenige Standorte erfolgreich sein, darf es nicht zu unkontrollierten Fusionen und Insolvenzen kommen.

Implementierung der pflegerischen Rolle der Advanced Practice Nurse in deutschen Krankenhäusern

Seite 16

Was hat das Management einer Gesundheitseinrichtung davon, wenn es die Expertise von Advanced Practice Nurses systematisch nutzt? Sabine Brase, Geschäftsführerin im Klinikum Ernst von Bergmann in Potsdam und ihre Referentin der Geschäftsführung Pflege Marisa Wittor beschreiben, was diese Management-Entscheidung in deutschen Krankenhäusern zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Förderung einer patientenzentrierten Pflege beiträgt: Klare Vision, starke Leadership-Kompetenzen, ausreichende finanzielle Ressourcen und eine Kultur der Zusammenarbeit schaffen hohe Betreuungsqualität, mehr Patientensicherheit, nachhaltig bessere Patientenversorgung, kürzere Krankenhausaufenthalte sowie eine verbesserte Kostenstruktur.

„Störfall Pflegekammer“

Seite 21

Die Geschichte der Pflegekammern in Deutschland ist größtenteils eine Geschichte des Scheiterns. Eine Kammer könnte der Selbstverwaltung des Berufsstands Gewicht verleihen und Pflegefachkräften Partizipation und Mitwirkung an politischen Prozessen ermöglichen. Prof. Dr. Michael Bossle, Gründungsdekan der Fakultät Angewandte Gesundheitswissenschaften an der Technischen Hochschule Deggendorf und Pflegepädagogin Pascale Hilberger-Kirlum, Referentin für Pflegepolitik beim Verband der Schwesternschaften des DRK e.V., diskutieren, weshalb Pflegekammern mangels fehlendem politischen Willen verhindert werden. Kammern könnten bundesweit zu längst überfälligen tektonischen Verschiebungen im derzeitigen System der Gesundheits- und Pflegepolitik führen.

Blick in die Schweiz

Seite 30

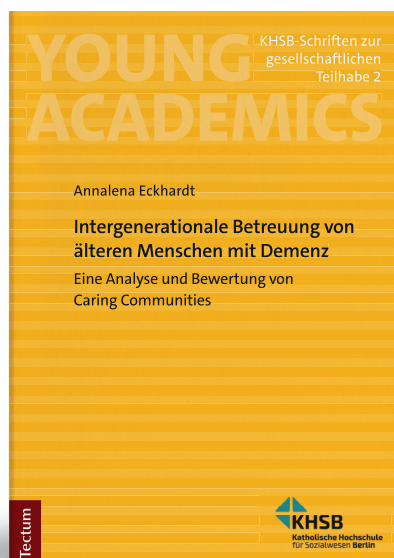
Wir blicken in dieser Ausgabe über die Landesgrenzen hinaus stellen einen zentralen Akteur im Schweizer Gesundheitswesen vor: Reto Schumacher, Projektleiter Business Development & Managed Care bei der Medbase Gruppe und Karl Metzger Mitglied der Geschäftsleitung dort, präsentieren Erkenntnisse aus der Praxis für eine erfolgreiche integrierte Versorgung: Medbase treibt Innovationen bei der multiprofessionelle Zusammenarbeit, Chronic Care Management, Telehealth, Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) und der Nutzung digitaler Plattformen an und entwickelt alternative Versicherungsmodelle.

Patientenportale: Kommunikation und Self-Services entscheidend für Zufriedenheit und Nutzung

Seite 44

Was ist entscheidend, um Patientenportale erfolgreich zu konfigurieren? Die Autoren Prof. Dr. Alexander Alscher, Prof. Dr. Christian Wissing, BSP Business & Law School Berlin und Prof. Dr. Benedikt Schnellbächer von der Universität des Saarlandes stellen Ihre Studie vor, die zeigt, minimaler Aufwand bei der Dateneingabe, Individualisierung und Selbstbestimmtheit fördern die Nutzung digitaler Gesundheitservices und etablieren eine positive Grundhaltung gegenüber neuer Technologie.

Caring Communities – Utopie oder realisierbare Zukunft?



Intergenerationale Betreuung von älteren Menschen mit Demenz

Eine Analyse und Bewertung von
Caring Communities

Mit einem Vorwort von
Prof. Dr. Cordula Endter

Von Annalena Eckhardt, B.A.

2025, 92 S., brosch., 24,90 €

ISBN 978-3-68900-216-9

E-Book 978-3-68900-217-6

(Young Academics: KHSB-Schriften
zur gesellschaftlichen Teilhabe, Bd. 2)

Können Caring Communities der Krise im Gesundheits- und Pflegesektor entgegenwirken? Annalena Eckhardt untersucht die Praktiken und Modelle von Caring Communities. Diese zielen darauf ab, durch intergenerationale Unterstützung die Lebensqualität von Menschen mit Demenz zu verbessern. In einer umfassenden Literaturrecherche analysiert die Autorin die sozialen,

emotionalen und praktischen Aspekte intergenerationaler Betreuungsmodelle und bezieht dabei auch interkulturelle Aspekte mit ein. Sie kommt zu dem Schluss, dass Menschen mit Demenz durch die soziale Teilhabe und Autonomie innerhalb der Gemeinschaften stark profitieren können, dass es jedoch noch Hürden wie idealisierte Annahmen und Zugangshindernisse abzubauen gilt.



Bestellen Sie im Buchhandel oder versandkostenfrei unter tectum-shop.de

Kundenservice +49 7221 2104-222 | service@nomos.de

Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer

**Tectum
Verlag**

Bezugspreise 2025

GuS - Gesundheits- und Sozialpolitik inkl. Online-Zugang*

Die Bezugspreise (einschließlich MwSt.) betragen:

| | |
|--|-----------|
| Print inkl. Online/Digital für Privat | 158,- €** |
| Print inkl. Online/Digital für Institutionen | 308,- €** |
| E-Only für Privat | 158,- € |
| E-Only für Institutionen | 308,- € |

* Einzelplatznutzung mittels Zugangsdaten

**zzgl. Vertriebskostenanteil (Porto/Inland 22,- €, Ausland 36,- €
+ Direktbeorderungsgeb. 3,50 €)

Bestellen Sie im Buchhandel oder unter nomos-shop.de

Kundenservice +49 7221 2104-222 | service@nomos.de



Nomos

Editorial

Zum Wort des Jahres 2024 wurde das Wort „Ampel-Aus“ gewählt. Nicht ganz überraschend hatte Bundeskanzler Olaf Scholz am 6. November Bundesfinanzminister Christian Lindner entlassen. Das bedeutete das Ende der Ampelkoalition aus SPD, Bündnis 90 Die Grünen und FDP. Zu oft hatten Lindner und die FDP bereits Vereinbartes wie die Rentenreform wieder in Frage gestellt, Gesetzesvorhaben verzögert oder blockiert, die nicht ihrem Klientel dienten. Konkurrierende Vorschläge und Veranstaltungen des Bundeskanzlers, des Wirtschaftsministers und des Finanzministers zur Reaktion auf die anschwellende Wirtschaftskrise machten deutlich, wie zerstritten die Parteien in dieser Koalition waren. Selbstverständlich waren die Oppositionsparteien dann nicht bereit, einer Minderheitsregierung aus der Patsche zu helfen. Von daher ist es nur folgerichtig, dass der Bundeskanzler die Vertrauensfrage stellt und Neuwahlen für den 23. Februar 2025 angestrebt werden. Der Wahlkampf um die künftige Zusammensetzung des Deutschen Bundestags ist damit eröffnet. Die beschlossene Verkleinerung des Plenums und die an den Ergebnissen der letzten Landtagswahlen absehbaren Erschütterungen der Parteienlandschaft schüren die Ängste der Parlamentarierinnen und Parlamentarier, im nächsten Deutschen Bundestag nicht mehr dabei zu sein.

Diese Furcht, die niemand offen ausspricht, hat alle Politikfelder erfasst und verschont auch die Gesundheits- und Sozialpolitik nicht. Von daher ist es durchaus erstaunlich, dass sich die Ampelparteien nach langen Gesprächsrunden auf eine Krankenhausreform einigen und trotz massiver Kritik aus den Bundesländern durch den Bundesrat ohne Anrufung des Vermittlungsausschusses navigieren konnten. Doch damit ist das vielleicht wichtigste und folgenschwerste Vorhaben in diesem Politikfeld noch nicht in der Realität angekommen. Trotzdem werden in den nächsten Jahren der kalte Strukturwandel weitergehen und viele Krankenhäuser, die eigentlich bedarfsnotwendig sind, in die Insolvenz getrieben. Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz bedarf nämlich der Umsetzung durch eine Reihe von Rechtsverordnungen, die übrigens der Zustimmung des Bundesrats bedürfen. Wann und wie die kommen, steht in den Sternen, zumal die Unionsparteien bereits angekündigt haben, das Gesetz zurückzunehmen.

Es ist müßig zu betonen, dass eine von der Union angestrebte Veränderung der Erlössituation in allen Krankenhäusern nicht zur Konzentration auf weniger Einrichtungen führen wird und dass wieder einmal die Beitragszahlenden für fachfremde Aufgaben herangezogen werden. Das zeigt zum einen, wie wenig die Ankündigung von Beitragssatzstabilität oder gar Beitragssatzsenkungen durch den Bundesgesundheitsminister wert sind und dass die zum Jahresende erwarteten gewaltigen Beitragserhöhungen nicht die letzten als Ausfluss schlechter Regierungspolitik sind. Zum anderen steht hoffentlich zu erwarten, dass die Beitragszahlenden und die diese repräsentierenden Organisationen (Gewerkschaften, Arbeitgeber) sich auf den mühsamen Rechtsweg begeben werden, um Parlamente und Regierungen zur Einhaltung der Verfassung zwingen.

Die Kritik an Regierung und Gesetzgebung kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Akteure selbst die Verantwortung dafür tragen, sich an die ökonomischen, sozialen und technischen Veränderungen anzupassen. Auch dieses Heft von *Gesundheits- und Sozialpolitik* enthält wieder Beispiele und Anregungen, wie durch Eigeninitiative erhebliche Wirkungen erzeugt werden können. Das gilt auch für die Erweiterung des Blicks über die Landesgrenzen hinaus. Dieses Mal schauen wir auf einen zentralen Akteur im Schweizer Gesundheitswesen. Diesem Artikel werden in den nächsten Heften weitere Ausflüge in andere Länder folgen, die in der Regel vor den gleichen Herausforderungen wie Deutschland stehen.

Zum Schluss ein Wort in eigener Sache: Redaktion und Produktion einer unabhängigen Fachzeitschrift sind ein aufwändiges Unterfangen. Unerwartete Personalveränderungen erhöhen den Aufwand und verzögern das Erscheinen. Es wird also noch eine Zeit dauern, bis wir wieder den gewohnten Publikationszeitplan erreichen werden. Ich hoffe, Sie bleiben uns ebenso wie der Verlag gewogen. Wir haben weiterhin viel vor.

Franz Knieps

15 Thesen zur zukünftigen strategischen Ausrichtung von Krankenhäusern in Deutschland

Eine Analyse der Auswirkungen der geplanten Krankenhausreform auf die Branchenstruktur

NADINE ROHATSCH

Prof. Nadine Rohatsch,
Katholische Stiftungs-
hochschule München,
nadine.rohatsch@ksh-m.de

Die geplante Krankenhausreform sorgt für zahlreiche Diskussionen: Die Politik erhofft sich davon Effizienz- und Qualitätssteigerungen in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung bei gleichzeitiger Realisierung von Einsparpotenzialen, um die Gesundheitsausgaben zu begrenzen. Der Krankenhaussektor fürchtet dagegen einen ungesteuerten Strukturwandel, der weder organisatorisch noch finanziell unterstützt wird, und weiterhin eine unzureichende Finanzierung. Eine Branchenstrukturanalyse nach Porter zeigt die Auswirkungen der Krankenhausreform auf die strategische Ausrichtung der Kliniken auf.

1. Einleitung

Krankenhäuser müssen mit knappen Ressourcen wirtschaften und gleichzeitig dem Anspruch einer bestmöglichen medizinischen Versorgung gerecht werden. (Vgl. Reinspach, 2011, S. 2) Jedoch gilt die deutsche Krankenhauslandschaft schon seit geraumer Zeit als ineffizient. (Vgl. Bundesrechnungshof, 2020) Während der Durchschnitt der 27 EU-Länder bei ca. 532 Betten liegt, weist Deutschland mit 791,5 Betten pro 100.000 Einwohner eine sehr hohe Versorgungsdichte auf. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2022, S. 100) Diese Betten verteilten sich 2022 auf 1.893 Krankenhäuser, die nur zu 69 % ausgelastet waren. (Vgl. Statistisches Bundesamt, 2023)

Die Bundesländer reduzierten ihre Investitionszuschüsse in den letzten Jahren

kontinuierlich, sodass die Investitionsfördermittel 2022 nur noch ca. 3% der Krankenhauserlöse ausmachten. (Vgl. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 8) Gleichzeitig wurde die Leistungsvergütung nicht ausreichend an die gestiegenen Kosten beispielsweise durch höhere Energiepreise angepasst, sodass eine dauerhafte Finanzierung nicht sichergestellt ist. (Vgl. Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft, 2024; Binöder & Benthin, 2023) Deshalb fordert die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine Strukturreform, um die kurzfristige und auch die langfristige Krankenhausversorgung zu gewährleisten. (Vgl. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft, 2024b)

Neben dem finanziellen Aspekt ist die Leistungsvergütung auch aufgrund falscher Anreize in die Kritik geraten.

Die fallbezogenen DRGs sind leistungsorientiert, sodass Krankenhäuser dazu verleitet werden, möglichst viele Behandlungen durchzuführen, auch wenn dies nicht nötig ist oder sie nicht über die entsprechende Ausstattung verfügen. Die Bundesregierung bemängelt in diesem Zusammenhang, dass Krankenhauspläne der Länder keine Beschreibung enthielten, welche Leistungen bestimmte Fachabteilungen erbringen dürften. So stehe in Krankenhäusern teilweise weder die personelle noch die technische Ausstattung zur Verfügung, um eine qualitativ hochwertige Leistung erbringen zu können. Zudem begünstige dies in vielen Regionen eine Über- bzw. Unterversorgung, da sich stationäre und ambulante Versorger meist in Ballungsgebieten niederlassen. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2024a; Deutscher Bundestag, 2024, S. 1; O. V., 2024; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 6) Die derzeitige Krankenhausplanung mache das System ineffizient, da Kliniken sektorenübergreifend und regional wenig zusammenarbeiteten. Dies führe zu hohen Kosten durch einen schlecht geplanten Personaleinsatz und eine Unter-, Über- oder Fehlversorgung, da beispielsweise unerfahrene Mediziner und Medizinerinnen Behandlungen durchführen, die spezialisierte Kolleginnen und Kollegen vermutlich effizienter planen würden. (Vgl. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2023, S. 6)

Um dem entgegenzuwirken, wurden in den letzten Jahren bereits verschiedene Maßnahmen ergriffen. Diese umfassten u. a. Mindestvorgaben für Pflegekräfte, Mindestmengen für Leistungen und Maßnahmen zur Versorgungssicherung auf dem Land. Die erhoffte Steigerung der Versorgungsqualität blieb jedoch aus, da die Maßnahmen nicht an die Krankenhausplanung oder deren Vergütung gekoppelt wurden. (Vgl. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 6–8) Die nun vorgesehene Krankenhausreform (Stand: Juli 2023), das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), soll die Vergütung an die Erfüllung von Qualitätskriterien und Strukturvorgaben knüpfen und so die Effizienz der Versorgung verbessern. Weitere zentrale Ziele sind die Sicherung

und Steigerung der Behandlungsqualität sowie die Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung und eine Entbürokratisierung. (Vgl. Deutscher Bundestag, 2024, S. 1–2)

Wesentliche Inhalte der Krankenhausreform sind neben der Vorhaltevergütung für das Bereitstellen von Leistungen die Einführung von Leistungsgruppen und bundesweit einheitlicher Krankenhaus-Level. Weitere Regelungen betreffen die Notfall- und Akutversorgung sowie Sicherstellungszuschläge für bestimmte Versorgungsbereiche wie Pädiatrie und Geburtshilfe. Zudem soll die Einführung sektorenübergreifender Versorger (Level 1i-Krankenhäuser) die Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung verbessern. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 1, 4, 11; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 9) Informationen über die Zuordnung zu Versorgungsstufen, die Fallzahlen von Leistungen nach Leistungsgruppen, das Personal und Komplikationsraten sollen gemäß dem Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz, KHTG), das die eigentliche Krankenhausreform flankiert, in einem Transparenzregister veröffentlicht werden. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023c)

Die Krankenhauslandschaft unterliegt dabei seit jeher einer großen Dynamik. So sank beispielsweise in den letzten Jahren die Verweildauer zusehends. Obwohl auch die Zahl der Krankenhäuser und -betten sinkt, befinden sie sich jedoch im europäischen Vergleich weiterhin auf hohem Niveau. (Vgl. Statistisches Bundesamt, 2023; Bundesministerium für Gesundheit, 2022, S. 100–101, 159) Als wichtiger regionaler Arbeitgeber kann der Krankenhaussektor unabhängig von der Konjunktur agieren, allerdings besteht eine hohe politische Abhängigkeit, vor allem hinsichtlich seiner Investitionsentscheidungen und Finanzierungsmöglichkeiten. (Vgl. Hofmann, 2010, S. 47) Auch die Krankenhausreform wird zu einer Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft führen, die für zahlreiche Kliniken eine strategische Neuausrichtung bedeuten wird. Mögliche Folgen werden im Folgenden anhand einer Branchenstrukturanalyse mit Hilfe von Porter's Five Forces dargestellt. Die Aus-

wirkungen werden dabei als 15 Thesen formuliert und den einzelnen Kräften zugeordnet.

2. Geplante Eckpunkte und Inhalte der Krankenhausreform

Ziel der Krankenhausreform ist die Schaffung einer „qualitativ hochwertige[n], flächendeckende[n] und bedarfsgerechte[n] Krankenhausversorgung“. Neben der Gewährleistung der Versorgungssicherheit ist die Entbürokratisierung von Krankenhausabläufen ein zentrales Element. Die Planungshoheit obliegt den Bundesländern, die weiterhin für die Krankenhausplanung und die Finanzierung von Investitionen verantwortlich sind. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 1)

2.1 Krankenhaus-Level

Abhängig von der jeweils bereitgestellten Strukturqualität und dem Angebot an zugeordneten Leistungsgruppen sollen Krankenhäuser zukünftig durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) in bundeseinheitliche Versorgungsstufen, d. h. Krankenhaus-Level, eingeteilt werden: (Vgl. Deutscher Bundestag, 2023, S. 9–10; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 11)

- **Maximalversorgung:**
 - Level 3U: Hochschulklinik, mindestens fünf internistische Leistungsgruppen, mindestens fünf chirurgische Leistungsgruppen, Intensivmedizin, Notfallmedizin und zusätzlich acht Leistungsgruppen.
 - Level 3: Leistungen aus Level 3U ohne, dass es sich um eine Hochschulklinik handelt.
- **Regel- und Schwerpunktversorgung**
Level 2: mindestens zwei internistische Leistungsgruppen, mindestens zwei chirurgische Leistungsgruppen, Intensivmedizin, Notfallmedizin und zusätzlich mindestens drei Leistungsgruppen.
- **Grundversorgung:**
 - Level 1n: mindestens Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Intensivmedizin und Notfallmedizin.

- Level 1i: Krankenhäuser mit sektorübergreifender Versorgung meist ohne Notfallmedizin.
- Level F: Fachkrankenhäuser mit Spezialisierung auf bestimmte Erkrankung, Krankheitsgruppe oder Personengruppe.

Grundversorger des Levels 1 erhalten den Zusatz „i“, wenn es sich um integrierte Krankenhäuser handelt, die sektorenübergreifend, d. h. ambulant und stationär, agieren. Sie gelten als Plankrankenhäuser nach § 108 Nr. 2 SGB V, wenn sie stationäre Leistungen erbringen, und können u. a. bettenführende Primärversorgungszentren (PVZ), Regionale Gesundheitszentren (RGZ) und integrierte Gesundheitszentren umfassen. Level-1i-Krankenhäuser kombinieren fachärztliche, hausärztliche und medizinisch-pflegerische Expertise. Als ehemalige Krankenhäuser oder umgewandelte ambulante Versorger bündeln sie wohnortnah interdisziplinäre und interprofessionelle Leistungen, erbringen ambulante und stationäre Leistungen und eignen sich für die Koordination und Vernetzung von Gesundheitsleistungen sowie Case Management. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 11; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 13–15)

Das mögliche Leistungsspektrum der Level 1i-Häuser wird genau definiert, tatsächlich erbracht werden dürfen jedoch nur Leistungen, für die die Einrichtung die Qualitätskriterien erfüllt. Als sektorenübergreifende Versorger erhalten sie sowohl Vorhalte- und Fallpauschalen für stationäre Leistungen als auch die jeweils gültigen Vergütungen für ambulante und pflegerische Leistungen. Dabei sollen die Nachteile einer fallbezogenen Vergütung weitestgehend vermieden und leistungsunabhängige Finanzierungsformen präferiert werden. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 12–14)

Die Einstufung der Krankenhäuser, ihr Leistungsangebot und die Behandlungsqualität sollen in einem Transparenzregister im Internet veröffentlicht werden, um einweisende Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten verständlich, einfach und übersichtlich über das Qualitätsniveau deutscher Krankenhäuser zu informieren. Die Kosten hierfür schätzt die Bundesregierung

aufgrund der erhöhten Bürokratie auf 297.000 Euro pro Jahr. Hinzu kommen einmalige Kosten von rund 320.000 Euro für die Anpassung der Organisationsstrukturen und der digitalen Prozesse. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 1; Deutscher Bundestag, 2023, S. 1–2)

2.2 Leistungsgruppen

Die Leistungsgruppen sind das wohl wichtigste Instrument der leistungsdifferenzierten Krankenhausplanung. Zu diesem Zweck werden Operations- und Prozedurenschlüssel und Diagnosen (ICD-Codes) Leistungsgruppen zugeordnet, für die anschließend Qualitätskriterien festgelegt werden, d. h. einheitliche Mindestanforderungen an die Ausstattung mit ärztlichem und pflegerischem Personal und technischen Geräten (Strukturqualität). Erbringt ein Krankenhaus eine bestimmte Leistungsgruppe, so sind auch die verwandten Leistungsgruppen an demselben Standort zu erbringen und somit auch die zugehörigen Qualitätsstandards zu erfüllen. Als Vorbild dienen die Leistungsgruppen aus Nordrhein-Westfalen, die bisher nur somatische Erkrankungen umfassen und um weitere fünf Leistungsgruppen ergänzt werden. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 7–9; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2023, S. 6)

Auf diese Weise werden die knapp 1.300 aDRGs auf 65 Leistungsgruppen reduziert, wobei die Behandlungen innerhalb einer Gruppe ähnliche Qualifikationen und technische Ausstattungen benötigen. Die zuständige Landesbehörde weist den Krankenhäusern die jeweiligen Leistungsgruppen und damit einen diesbezüglichen Versorgungsauftrag zu, wenn sie die zugehörige Strukturqualität aufweisen und eine bestimmte Mindestfallzahl und -schwere erbringen. Zusätzlich wird für bestimmte Leistungsgruppen ein Mindestlevel für das Krankenhaus gefordert. Hierbei werden auch Kooperationen und Verbünde berücksichtigt. Bei späteren Überprüfungen der Zuweisung erfolgt eine Anpassung der Leistungsgruppen nur bei einer Abweichung der Fallzahl um mehr als $\pm 20\%$, wohingegen die Fallschwere vollumfänglich berücksichtigt wird. Dies mindert Anreize zur Mengenausweitung ohne die Fallschwere

zu vernachlässigen. Die Erfüllung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen soll der Medizinische Dienst (MD) möglichst im Rahmen der bestehenden stationären Kontrollen überprüfen, um dem Ziel der Entbürokratisierung gerecht zu werden. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 5–10; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 17–18)

Auf Basis der Leistungsgruppe erfolgt die Festlegung der Vorhaltevergütung. (Vgl. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 10)

2.3 Vorhaltevergütung

Geplant ist ein 2-Säulen-Modell für Krankenhausvergütungen, das neben der fallabhängigen Vergütung nach DRG-Fallpauschalen auch eine unabhängig von der Leistungserbringung auszahlende Vorhaltevergütung umfasst. Somatische Kliniken erhalten sie zur Aufrechterhaltung der stationären Versorgungsstrukturen, wobei ihre Höhe nach Land und Leistungsgruppe variiert. Finanziert wird dies durch eine Absenkung der Fallpauschalen, wobei das Pflegebudget unverändert bleibt. Übergangsweise beträgt die Absenkung 40–60 %. Die endgültige Berechnung des Vorhaltebudgets soll auf Grundlage sachgerecht kalkulierter tatsächlicher Vorhaltekosten der jeweiligen Fallpauschalen erfolgen und die zu versorgenden Menschen, die Prozess- und Ergebnisqualität des betrachteten Krankenhauses und die erbrachte Fallmenge berücksichtigen. Zu beachten ist, dass die Bundesregierung anstrebt, grundsätzlich das Erlösvolumen nicht anzuheben. Ausnahmen bestehen lediglich für bestimmte Bereiche wie z. B. Pädiatrie, Geburtshilfe, Notfallversorgung, Intensivmedizin oder Stroke Unit und die koordinierende und vernetzende Funktion von Universitätskliniken, für die die Einrichtungen Zuschläge erhalten. Alle anderen Zu- und Abschläge werden im Zuge der Entbürokratisierung möglichst abgeschafft bzw. in die Vorhaltevergütung integriert. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 3–6; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 20, 25)

Die Erlöse von Krankenhausbehandlungen umfassen demnach zukünftig drei

Komponenten: krankenhausindividuelle Pflegebudgets für pflegerische Leistungen wie bisher nach dem Selbstkostendeckungsprinzip, eine basierend auf den Leistungsgruppen berechnete Vorhaltevergütung und eine fallmengenabhängige Vergütung über DRG-Fallpauschalen. Eine Ausnahme bilden Level-1i-Kliniken, die ausschließlich sachgerecht kalkulierte, degressive Tagespauschalen für pflegerische Leistungen einschließlich weiterer Personal- und Sachkosten erhalten. Die Vergütung ärztlicher Leistungen erfolgt nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) bei eigener KV-Zulassung und einer erhöhten Tagespauschale für fest am Krankenhaus angestellte Ärztinnen und Ärzte mit Budgetdeckung. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 3–6; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 21–22)

Erfüllt ein Krankenhaus alle Strukturvoraussetzungen für das jeweilige Level und die Leistungsgruppe, erfolgt die Auszahlung der vollständigen Vorhaltevergütung. Bei einer Verletzung der Qualitätsvorgaben erhalten Krankenhäuser die Möglichkeit, Defizite aufzuholen, ohne dass die Vorhaltevergütung gekürzt wird, um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 7; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 23)

3. Strategische Planung und Entwicklungen der Branchenstruktur

Eine strategische Planung ermöglicht den optimalen Einsatz der Ressourcen eines Gesundheitsbetriebs (Kapital, Arbeitskraft, Kompetenzen usw.) zur Erreichung der aus dem Organisationszweck abgeleiteten Ziele und Wirkungen. (Vgl. Horak et al., 2015, S. 3) Sie dient dabei dem Aufbau von Erfolgspotenzialen, um daraus langfristig Erträge zu erzielen. (Vgl. Wöhe et al., 2020, S. 81) Zentrales Element ist deshalb die Unternehmens- und Umweltanalyse, um aus den Anforderungen der Unternehmensumwelt und den Fähigkeiten des Unternehmens die langfristigen Erfolgspotenziale abzuleiten. (Vgl. Bea & Haas, 2024, S. 15)

Schwerpunkt der Analyse ist dabei häufig die Marktattraktivität und deren Entwicklung. Neben der Marktanalyse

mittels Bestimmung des Marktpotentials, der Marktstruktur und der Beschaffenheit der Produkte, wird zu diesem Zweck häufig die Branchenstrukturanalyse nach Porter (Porter's Five Forces) eingesetzt, um den Wettbewerb innerhalb einer Branche zu beurteilen. (Vgl. Bea & Haas, 2024, S. 115–122)

So können Betriebe durch eine entsprechende Analyse eine Strategie ableiten, wie sie den Wettbewerb zu ihrem eigenen Vorteil gestalten und sich vor unerwünschter Konkurrenz schützen können. Gemäß Porter (2013) beeinflussen fünf Wettbewerbskräfte die Branchenstruktur: (Vgl. Porter, 2013, S. 39–65)

- Bestehende Wettbewerber: Die Rivalität im Wettbewerb steigt, wenn ein Konkurrent seine Position im Markt verbessern möchte.
- Potenzielle neue Konkurrenten: Abhängig von Markteintrittsbarrieren und dem vorherrschenden Wettbewerb steigt die Gefahr eines Markteintritts neuer Konkurrenten.
- Ersatzprodukte: Substitute betreffen alle Betriebe einer Branche.
- Lieferanten: Verfügen Lieferanten über eine hohe Verhandlungsmacht, z. B. weil es viele Abnehmer gibt, können sie die Qualität der gelieferten Güter senken oder deren Preise erhöhen.
- Abnehmer: Sie können die Preise drücken, bessere Leistung und höhere Qualität fordern oder die Wettbewerber gegeneinander ausspielen. Ihre Marktmacht hängt von der Anzahl der Wettbewerber und den Substitutionsmöglichkeiten ab.

3.1 Bestehende Wettbewerber

These 1: Die Krankenhausreform führt zu Insolvenzen und Fusionen und begünstigt einen kalten Strukturwandel.

Die Nachwirkungen der Covid-19-Pandemie und die gestiegenen Energiepreise sowie die daraus resultierenden Lohnerhöhungen verschlimmerten die finanzielle Lage vieler Krankenhäuser in den letzten Jahren. Die vom Bund gewährten Hilfen kamen jedoch nur mit großer Verzögerung, unterlagen zahlreichen Auflagen und waren niedriger als erwartet. Allgemeine inflationsbedingte

Kostensteigerungen sollten mit diesen Bundeshilfen explizit nicht ausgeglichen werden. Auskömmliche Ertragsstrukturen wären langfristig jedoch sinnvoller als Einmalzahlungen und Subventionen. Allerdings fehlt den Kliniken die Möglichkeit, selbstständig mit Preiserhöhungen auf die gestiegenen Kosten reagieren zu können. (Vgl. Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft, 2024; Bundesministerium für Gesundheit, 2024b; Deutsche Krankenhaus Gesellschaft, 2023; Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V., 2023; Binöder & Benthin, 2023) Auch die Umsetzung der Krankenhausreform wird voraussichtlich hohe Kosten für Umstrukturierungsmaßnahmen verursachen. Da vielen Kliniken bereits heute die finanziellen Mittel für Investitionen und Modernisierungen fehlen, ist hierfür zwar ein Transformationsfonds vorgesehen, allerdings ist noch unklar, welche Auflagen und bürokratischen Hürden mit einer Inanspruchnahme verbunden sind. (Vgl. Bundesbeauftragter für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung, 2024, S. 12–13; Deutscher Bundestag, 2024, S. 5–6, 2023, S. 2–3; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 8)

Abhilfe könnte durch die Vorhaltevergütung geschaffen werden, die Krankenhäuser für das Bereitstellen der relevanten Versorgungsstrukturen entlohnt, unabhängig von der tatsächlichen Leistungserbringung. Allerdings sollen die Kliniken durch die Krankenhausreform keine zusätzlichen finanziellen Mittel erhalten, sondern Gelder lediglich umverteilt werden, sodass nicht mehr Geld ins System gelangt. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 3–4) Zudem orientiert sich die aktuell angedachte Vorhaltevergütung nicht an den tatsächlichen Kosten der Kliniken, sondern den historischen DRG-Erlösen und Fallzahlen. Kleine Krankenhäuser werden somit bei gleicher Kostenstruktur weiterhin benachteiligt. Allerdings ist für bedarfsnotwendige Krankenhäuser zur Sicherung einer flächendeckenden Versorgung ein Sicherstellungszuschlag vorgesehen. Eine solche Einstufung ist jedoch mit hohen Auflagen verbunden. (Vgl. Schmid et al., 2023, S. 31–32)

Kommunale Kliniken erhalten häufig Zuschüsse von Städten und Gemeinden, um Verluste auszugleichen, während privaten und freigemeinnützigen

Einrichtungen der Zugang zu dieser Finanzierungsquelle verwehrt bleibt. (Vgl. Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V., 2023) Die Benachteiligung kleiner Krankenhäuser und Einrichtungen bestimmter Träger könnte zahlreiche Insolvenzen nach sich ziehen, die zu einem schnellen, ungesteuerten, kalten Strukturwandel führen. (Vgl. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft, 2024a) Fusionen und Umstrukturierungen sind jedoch schon heute gang und gäbe, könnten durch die Krankenhausreform aber weiter vorangetrieben werden.

Dass dies auch politisch gewollt ist, zeigt sich in dem eigens dafür aufgesetzten Transformationsfonds. (Vgl. Bundesbeauftragter für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung, 2024, S. 12–13) Zudem haben Krankenhäuser aufgrund der Systematik der Vorhaltevergütung einen starken Anreiz, Leistungsgruppen zu tauschen und sich zu spezialisieren, so dass die Fälle innerhalb einer Leistungsgruppe auf weniger Standorte gebündelt werden. Da hierbei auch Kooperationen und Verbünde berücksichtigt werden, begünstigt dies hochwertige Netzwerkstrukturen. Auf diese Weise muss die verfügbare Vorhaltevergütung unter weniger Kliniken aufgeteilt werden. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 9; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 24) Strategische Kooperationen und die Zusammenarbeit zwischen einzelnen Häusern werden deshalb weiter an Bedeutung gewinnen.

Diese Spezialisierung durch Umverteilung und Fusionen führt zu einer zunehmenden Differenzierung der Wettbewerber, die auch eine Qualitätssteigerung bewirkt. Es kommt zu Kosteneinsparungen und Effizienzsteigerungen durch ein verbessertes internes Benchmarking, Synergieeffekte in der Verwaltung, Größenvorteile beim Einkauf und einer effizienteren Nutzung der personellen Ressourcen und technischen Ausstattung. (Vgl. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 24; Hofmann, 2010, S. 68; Morra, 1996, S. 88f.)

Zusätzlich kann es Kliniken gelingen, durch Zusammenschlüsse die Strukturvoraussetzungen für mehr Leistungsgruppen und höhere Versorgungslevel zu erfüllen. Andererseits kann die Konzentration von Leistungsgruppen

auf größere Standorte weg von kleineren Einrichtungen, die die notwendige Strukturqualität nicht vorhalten können, wiederum den kalten Strukturwandel begünstigen, wie es sich nach der Einführung von Leistungsgruppen in Nordrhein-Westfalen zeigt. So bekommt dort jede zehnte Klinik mehr als die Hälfte ihrer beantragten Leistungsgruppen nicht genehmigt, wobei dies vor allem den ländlichen Raum betrifft. Krankenhausschließungen können dagegen nicht beobachtet werden. (Vgl. O. V., 2024) Ob es dadurch wirklich zu einer Unterversorgung einzelner Regionen kommt, ist fraglich, da bereits heute eine angemessene Notfallversorgung häufig nicht gelingt und die Bevölkerung für elektive Eingriffe meist geeigneter erscheinende Häuser aufsucht, auch wenn diese weiter entfernt sind. (Vgl. Beivers & Dodt, 2014, S. 193; Friedrich & Beivers, 2008, S. 172)

Entstehen durch Fusionen und Zusammenschlüsse große Krankenhäuser mit vielen Betten, steigt erneut der Druck, diese Kapazitäten sinnvoll auslasten zu müssen. Unter der Annahme einer weitestgehend linearen Kostenfunktion führt eine Erhöhung der Fallzahl auch zu höheren Kosten, die durch entsprechende Erlöse gedeckt werden müssen. Eine fortschreitende Ambulantisierung sehen sie deshalb kritisch. (Vgl. Benthin, 2022)

These 2: Das Transparenzregister erhöht den Wettbewerb unter den Kliniken.

Die verpflichtend zu veröffentlichenden Qualitätsberichte der Krankenhäuser sollen die Vergleichbarkeit der Krankenhäuser erhöhen. (Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, o. J.) So sollten sich diejenigen Kliniken von der Konkurrenz abheben, die in ihre Prozesse und Behandlungsqualität investieren.

Zahlreiche Portale werten bereits die Daten aus den Qualitätsberichten aus und stellen diese der Allgemeinheit kurz, prägnant und übersichtlich zur Verfügung, sodass der Zusatznutzen eines Transparenzregisters fraglich ist. (Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, o. J.)

Insbesondere private Kliniken betreiben ein intensives Marketing und wissen die Qualitätsberichterstattung für sich zu nutzen. (Vgl. z. B. Flintrop, 2005) Da freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäusern jedoch häu-

fig das notwendige Know-How und die finanziellen Mittel für umfassende Marketing-Maßnahmen fehlen, könnte das Transparenzregister insbesondere kleinere Einrichtungen unterstützen, ihre Patientinnen und Patienten und einweisenden Ärztinnen und Ärzte zentral im Bundes-Klinik-Atlas transparent über ihr Leistungsangebot und die Behandlungsqualität zu informieren. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2024d) Da aber auch die Fallzahl in die Bewertung einfließt, könnten insbesondere diese kleinen Einrichtungen mit niedrigen Fallzahlen innerhalb einer bestimmten Leistungsgruppe benachteiligt werden. (Vgl. Binöder & Benthin, 2023)

These 3: Die bessere Vergütungssituation führt zu einem Streben nach höheren Versorgungsstufen mit mehr Leistungsgruppen.

Um die notwendigen Mindestmengen an Behandlungen für eine Leistungsgruppe durchführen zu können und so das jeweilige Versorgungslevel zu halten, müssten die Kliniken aggressiv um die jeweiligen Patientinnen und Patienten, die nur in begrenzter Zahl vorhanden sind, werben. Dies verursacht hohe Kosten, die zu denjenigen Aufwendungen für das Erfüllen der Strukturkriterien hinsichtlich der Gebäude, der Ausstattung und des Personals hinzutreten. Höhere Level mit mehr Leistungsgruppen können deshalb nur schwer oder gar nicht erreicht werden, vor allem wenn das dafür notwendige Fachpersonal fehlt.

Durch die Systematik der Vorhaltevergütung werden Kliniken Leistungsgruppen eher austauschen und auf wenige Standorte konzentrieren, da sie auf diese Weise ihre wirtschaftliche Situation verbessern können. Es wird somit eher zu einer Fokussierung als zu einer Verbreiterung des Behandlungsangebots kommen. (Vgl. Perske, 2024; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 24)

Maximalversorger weisen die notwendige Strukturqualität auf und dürfen deshalb mit einer Ausweitung ihres Versorgungsauftrags rechnen. Vor allem in urbanen Regionen mit vielen Krankenhäusern können sie die Leistungen der Grund- und Regelversorger leicht ersetzen, wenn sich diese nicht durch spezielles Know-How und indi-

viduelle Leistungen differenzieren. Der Wettbewerb unter den Kliniken würde dann innerhalb von Ballungsgebieten zunehmen. (Vgl. Binöder & Benthin, 2023) Allerdings ist fraglich, ob Maximalversorger, bei denen es sich häufig um Universitätskliniken handelt, ein Interesse an der Übernahme von Aufgaben der Grund- und Regelversorgung haben, da sie in Übereinstimmung mit ihrer Kernaufgabe in der Forschung und Ausbildung komplexe und schwere Fälle bevorzugen dürften. (Vgl. z. B. Art. 2 Abs. 1 BayUniKlinG)

These 4: Die fortschreitende Ambulantisierung verändert den Wettbewerb in der Krankenhauslandschaft.

Während in anderen EU-Staaten ambulante fachärztliche Leistungen überwiegend in Krankenhäusern erbracht werden, sind in Deutschland der stationäre und der ambulante Sektor traditionell getrennt. Diese Abgrenzung zeigt sich auch in der unterschiedlichen Vergütung der Leistungen. (Vgl. Gerlinger, 2021, S. 10)

Krankenhäuser lagern jedoch schon seit längerem ambulante Fälle in ausgegliederte Medizinische Versorgungszentren (MVZ) aus. So können sie bereits existierende Prozesse beispielsweise bei der Patientenaufnahme nutzen und dennoch ihr Budget und das Personal entlasten. Neben Kosteneinsparungen könnte dies im verbleibenden stationären Bereich auch zu Qualitätssteigerungen führen. (Vgl. Benthin, 2022) Eine Ausgliederung ambulanter Fälle ist auch deshalb geboten, weil Krankenhäuser mit der Versorgung ambulanter Fälle weniger Erlöse aus so genannten Hybrid-DRGs generieren als über vollstationäre DRGs. (Vgl. Lang, 2024)

Wenn Patienten in große Versorgungszentren abwandern, werden vor allem kleine Kliniken mit einem geringen Leistungsangebot Betten abbauen müssen und als Level-1i-Versorger eingestuft. (Vgl. Binöder & Benthin, 2023) Die Auswirkungsanalyse im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. geht davon aus, dass 416 von 1.697 betrachteten Krankenhäusern diesem Level zugeordnet werden, wobei 168 Standorte auf private, 149 Häuser auf freigemeinnützige und 99 Kliniken auf öffentliche Träger entfallen. Dagegen erreichen nur

150 Standorte das Level 3. (Vgl. Hansis & Dahnke, 2023, S. 8)

Als Schnittstelle zwischen dem ambulanten und stationären Bereich erbringen Level-1i-Versorger zunehmend ambulante Leistungen und werden den stationären Akutbereich abbauen. Sollte die angedachte Finanzierung ein auskömmliches und rentables Wirtschaften ermöglichen, wird der ambulant-stationäre Bereich weiter ausgebaut werden und eine sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung vorantreiben. Dies wirft die Frage auf, ob und wie Krankenhäuser, die überwiegend ambulante Leistungen erbringen, zukünftig ihre Investitionskosten finanzieren. So erhalten derzeit gemäß §§ 4, 8 KHG nur Einrichtungen, die in den Krankenhausplan eines Bundeslandes eingetragen sind, Investitionskostenzuschüsse, während rein ambulante Einrichtungen diese selbstständig finanzieren müssen.

Die für den Umbau und die Umstrukturierung der Häuser in Level-1i-Versorger notwendigen Mittel sollen durch den Transformationsfonds zur Verfügung gestellt werden. (Vgl. Bundesbeauftragter für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung, 2024, S. 12–13) Sollte die Inanspruchnahme mit zu vielen Auflagen verbunden sein, könnten Level-1i-Kliniken vermehrt in kommunale Trägerschaft übergehen, um die Finanzierungslücke zu schließen und die regionale Versorgung sicherzustellen. Angesichts klammer kommunaler Kassen ist dieses Szenario jedoch unwahrscheinlich. Auch müssen sich neu ernannte Level-1i-Versorger erst in einem Markt etablieren, den MVZ bereits seit vielen Jahren betreuen.

Allerdings birgt eine zunehmende Ambulantisierung das Risiko, dass in der stationären Versorgung die durchschnittliche Fallschwere steigt. Dadurch nehmen zwar die DRG-Erlöse zu, jedoch steigen die Kosten häufig überproportional. Da Krankenhäuser für die Behandlung dieser Fälle spezielles Know How vorhalten bzw. aufbauen müssen (Vgl. Hofmann, 2010, S. 61–62), bietet dies aber auch Chancen für Qualitätssteigerungen und eine zunehmende Differenzierung.

3.2 Potenzielle neue Konkurrenten

These 5: Die angestrebte Konsolidierung macht neue Eintritte in den Krankenhausmarkt unwahrscheinlich.

Der Eintritt neuer Konkurrenten in einen Markt gefährdet die Rentabilität der bestehenden Marktteilnehmer, da das Angebot erhöht und somit die Bettenauslastung gesenkt wird. Dabei bestimmen die Reaktionen der Wettbewerber und die Höhe der Eintrittsbarrieren eines Marktes, wie hoch die Gefahr neuer Markteintritte ist. Zu den Eintrittsbarrieren nach Porter gehören unter anderem Betriebskosteneinsparungen, die große Kliniken durch die Zentralisierung bestimmter Abteilungen realisieren können, sodass die Stückkosten sinken. Insgesamt ist der Krankenhaussektor durch hohe Fixkosten geprägt, die einen hohen Kapitalbedarf verursachen. Auch eine Produktdifferenzierung mit speziellen Leistungen oder Fachabteilungen kann ein Krankenhaus weniger angreifbar machen. Die Schaffung von Alleinstellungsmerkmalen ist im Gesundheitssektor zwar grundsätzlich schwierig, da Gesundheitsdienstleistungen austauschbar sind, jedoch ist eine Differenzierung hinsichtlich der Qualität möglich. Diese Eintrittsbarriere spielt vor allem für elektive Eingriffe eine Rolle, da für Notfälle regelmäßig keine Wahlmöglichkeit besteht. Neue Anbieter verfügen weder über den ausreichenden Bekanntheitsgrad noch über die notwendige Reputation, sodass ein Markteintritt für sie erschwert ist. Zudem kann auch die Einführung von Leistungsgruppen eine stärkere Differenzierung begünstigen. Etablierte Kliniken haben außerdem Zugang zu Vertriebskanälen, die sich neue Anbieter nicht ohne weiteres erschließen können. Dazu gehören beispielsweise die Netzwerke aus einweisenden Ärztinnen und Ärzten. Letzteren würden auch Umstellungskosten entstehen, wenn sie mit neuen Kliniken zusammenarbeiten sollen, sodass auch dies eine Markteintrittsbarriere darstellt. (Vgl. Porter, 2013, S. 41–46; Reinspach, 2011, S. 143–144; Hofmann, 2010, S. 48–50)

Aufgrund der hohen Markteintrittsbarrieren ist nicht mit steigenden Markteintritten durch neue Wettbewerber zu rechnen. Zu den wirtschaftlichen Barri-

eren kommt letztlich noch die rechtliche Hürde hinzu, dass Krankenhäuser nur mit Genehmigung der Länder und Aufnahme in den Krankenhausplan tätig werden können. (Vgl. Reinspach, 2011, S. 143)

These 6: Die zunehmende Ambulantisierung fördert den Eintritt neuer Wettbewerber in den Krankenhausmarkt, die ehemals stationäre Leistungen nun ambulant erbringen.

MVZ liefern meist eine sehr spezialisierte und dadurch qualitativ hochwertige Versorgung und stehen damit in direkter Konkurrenz zu den Leistungen der Kliniken. Andererseits können MVZ die Wettbewerbsposition der Krankenhäuser stärken, da die Vernetzung von ambulanten und stationären Leistungen Zuweisungen generieren kann. (Vgl. Benthin, 2022) Im Zuge der Ambulantisierung ist mit einem Zuwachs der MVZ und Ambulanzzentren zu rechnen.

Der niedergelassene Sektor kann als Wettbewerbskraft in mehrfacher Hinsicht Einfluss ausüben: Zum einen kennzeichnen ihn die vorgenommenen Einweisungen als Lieferant (siehe Abschnitt 3.4), andererseits kann er Gesundheitsleistungen selbst erbringen und steht somit in Konkurrenz zum Krankenhaussektor. (Vgl. Morra, 1996, S. 58) Jedoch sieht die Krankenhausreform zwar eine Verlagerung der Leistungen in den niedergelassenen Sektor vor, unterlässt dabei aber eine Stärkung des ohnehin bereits überlasteten Systems. Eine gesteigerte Übernahme ehemals stationärer Leistungen durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ist deshalb kaum bzw. nur begrenzt möglich. (Vgl. Obermann, 2023)

Auch Level-1i-Kliniken übernehmen neben ambulanten und medizinisch-pflegerischen auch stationäre Leistungen. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 11) Da sie jedoch überwiegend aus bestehenden Kliniken hervorgehen werden, sind sie meist nicht als neue Konkurrenten anzusehen, sondern als Veränderung des bestehenden Wettbewerbs (siehe Abschnitt 3.1) Entstehen sie jedoch aus ambulanten Versorgungsmodellen, treten sie als neue Konkurrenten der Krankenhäuser im Gesundheitsmarkt

auf. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 11)

Das Selbstverständnis der Branche führt auch dazu, dass Krankenhäuser seit jeher eher kooperativ handeln, sodass neue Anbieter keiner großen Rivalität ausgesetzt sein sollten. (Vgl. Reinspach, 2011, S. 144) So stellen Gesundheitsdienstleister zwar einerseits Konkurrenten dar, die die Leistungen der Krankenhäuser ersetzen können, gleichzeitig können sie aber auch Möglichkeiten für Kooperationen eröffnen, wenn sich die Leistungen gegenseitig ergänzen. Gestärkt wird die sektorenübergreifende Versorgung durch entsprechende Verträge zur integrierten Versorgung gemäß § 140a SGB V. Diese ist häufig stark kundenorientiert und kann so erneut die Wettbewerbsposition der Beteiligten stärken. Andererseits erfordert sie zusätzlich zum täglichen Krankenhausbetrieb Steuerungsmaßnahmen, die ein entsprechendes Schnittstellen- und Prozessmanagement notwendig machen und zusätzliche Kosten verursachen. (Vgl. Hofmann, 2010, S. 51–53)

3.3 Substitutionsmöglichkeiten

Je besser das Preis-Leistungs-Verhältnis, desto attraktiver ist die Substitution. (Vgl. Morra, 1996, S. 57–58) Als Vertrauensgut sind Gesundheitsdienstleistungen stark personenbezogen und individuell, sodass die Substitutionsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten beschränkt sind. (Vgl. Haserück et al., 2022; Reinspach, 2011, S. 143)

These 7: Der ambulante Sektor übernimmt zunehmend stationäre Leistungen.

Der ambulante Sektor kann viele stationäre Leistungen übernehmen und somit als Ersatzprodukt gesehen werden (Vgl. Reinspach, 2011, S. 144) Im Zentrum steht dabei der Gedanke der Wirtschaftlichkeit. So schreibt § 39 SGB V vor, dass Leistungen, soweit möglich, ambulant erbracht werden sollen. Dies hat seinen Ursprung darin, dass in Deutschland im internationalen Vergleich nach wie vor (zu) viele Behandlungen stationär durchgeführt werden. So liegt die Quote der Krankenhauseinweisungen knapp 40 % über dem EU-Durchschnitt. (Vgl. Müller, 2024; Morra, 1996, S. 62–64)

Da ambulante Zentren für Patientinnen und Patienten häufig näher oder besser zu erreichen sind als ein Krankenhaus, kann der sinkende Aufwand zu einer Bevorzugung ambulanter Behandlungen führen, selbst wenn die medizinische Leistung nicht übereinstimmt. (Vgl. Stierle et al., 2019, S. 576–577) Allerdings kann dies zu Doppelbehandlungen oder zu Komplikationen führen, wenn Patientinnen und Patienten nicht oder nicht lange genug stationär beobachtet werden. (Vgl. Obermann, 2023)

Bei einer verstärkten Ambulantisierung bleiben Kliniken nur noch die schweren Fälle, die einen verhältnismäßig hohen Aufwand verursachen. (Vgl. Hofmann, 2010, S. 61)

Neben der teilstationären Versorgung, die eine hohe Kundenbindung bei gleichzeitig geringer Versorgungsintensität mit niedriger Verweildauer und geringen Kosten erzeugt, sollen nun insbesondere die Level-1i-Kliniken als Bindeglied zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor einen weiteren Schritt in Richtung einer integrierten Versorgung gehen. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 11; Hofmann, 2010, S. 63) Aufgrund der weiterhin unterschiedlichen Vergütungssysteme gelingt die Überwindung der Sektorgrenzen durch die Krankenhausreform jedoch nur unvollständig. (Vgl. Obermann, 2023) Obwohl beide Formen zu sinkenden stationären Fallzahlen führen werden, können sie im Sinne einer Untersuchung der Wettbewerbskräfte nicht als Substitute im eigentlichen Sinne gesehen werden, da die Leistungen weiterhin durch Kliniken erbracht werden – jedoch nun in anderer Form.

3.4 Lieferanten

Zu den Lieferanten eines Krankenhauses zählen im strategischen Sinne die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte, das Personal, die Pharma-Industrie und die Medizintechnik-Hersteller. Eine hohe Verhandlungsmacht der Lieferanten, wie es z. B. bei einer hohen Konzentration der Lieferanten der Fall ist, schränkt den Handlungsspielraum der Kliniken ein. (Vgl. Reinspach, 2011, S. 142)

These 8: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bleiben trotz Transparenzregister wichtige Lieferanten für Krankenhäuser.

Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten kommt eine zentrale Rolle unter den Lieferanten zu, da sie Einweisungen in Krankenhäuser vornehmen. Patientinnen und Patienten vertrauen ihren Empfehlungen bei der Wahl des Krankenhauses. (Vgl. Raab & Legl, 2016, S. 108; Reinspach, 2011, S. 142) Durch die gezielte Bereitstellung von Informationen und eine reibungslose Zusammenarbeit kann es Krankenhäusern gelingen, Ärztinnen und Ärzte als Zulieferer langfristig an sich zu binden und Fallzahlen gezielt zu steigern. (Vgl. Debschütz & Schlott, 2023) Die Kooperation mit dem niedergelassenen Sektor kann durch den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung gemäß § 140a SGB V weiter intensiviert werden.

Obwohl das geplante Transparenzregister im Bundes-Klinik-Atlas Patientinnen und Patienten mit verständlichen Informationen über die Behandlungsqualität versorgen soll, ist davon auszugehen, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als Vertrauenspersonen weiterhin eine zentrale Rolle bei der Patientenvermittlung spielen.

These 9: Neben dem niedergelassenen Sektor werden ambulante Dienstleister in Zukunft eine immer wichtigere Rolle für den Patientenfluss spielen.

Als relativ neue Form der Zulieferung wird die Bedeutung der an Kliniken angebundenen MVZ durch die zunehmende Ambulantisierung noch weiter steigen. Sie können so eine wertvolle Ergänzung für stationäre Einrichtungen sein und diesen zusätzliche Patientinnen und Patienten verschaffen.

Auch Rettungsdienste können als Lieferanten auftreten. Kliniken können zwar keine Verträge mit ihnen abschließen, allerdings sind weiche Faktoren zur Bindung denkbar wie das Anbieten von Getränken und Mahlzeiten oder eine komfortable Zufahrt zur Notaufnahme.

These 10: Die Arbeitsbedingungen und Tätigkeitsfelder des medizinischen Personals verändern sich durch die Krankenhausreform. Dies wird den Fachkräftemangel jedoch nicht beseitigen.

Eine weitere wichtige Lieferantengruppe für Dienstleistungsunternehmen ist das Personal. Aufgrund des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen ist die Bindung der Mitarbeitenden an das Krankenhaus ein wichtiger strategischer Faktor. Im Normalfall gelingt dies durch hohe Gehälter, betriebliche Zusatzleistungen und gute Karrieremöglichkeiten. Die schwierige finanzielle und personelle Lage der Kliniken schränkt allerdings die Attraktivität der Branche ein. (Vgl. Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege, 2024, S. 86–88; Isfort, 2018, S. 71; Weichert & Nürnberg, 2018, S. 4–5, 22; Kanning, 2017, S. 3, 52; Reinspach, 2011, S. 143) Der Wettbewerb um Personal könnte zukünftig noch zunehmen, wenn Personal aufgrund der besseren Arbeitsbedingungen ins Ausland oder in niedergelassene Praxen abwandert. (Vgl. Benthin, 2022)

Abhilfe kann hier die angestrebte Entbürokratisierung schaffen, die durch die Abschaffung von Zu- und Abschlägen bzw. deren Integration in die Vorhaltevergütung unterstützt wird. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 5) Dies könnte die Attraktivität des Tätigkeitsfelds steigern. Die Reduktion von Dokumentationspflichten und effizientere Gestaltung von Prozessen kann zusätzlich finanzielle Spielräume schaffen. Auch das Transparenzregister könnte zu einem Entfallen bestehender Berichtspflichten beitragen. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023b, S. 15) Andererseits könnte der Verwaltungsaufwand dadurch wieder steigen.

Die angestrebte Ambulantisierung kürzt die Verweildauer der Patientinnen und Patienten und führt zu einer effizienteren Nutzung der personellen und räumlichen Ressourcen. Dies senkt den Fachkräftemangel und kann auf diese Weise qualitätserhöhend wirken. So könnten freiwerdende Ressourcen in den Kliniken zur Erbringung komplexer stationärer Leistungen eingesetzt werden und so eine hochwertige Versorgung sicherstellen. (Vgl. Brunner, 2024; Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege, 2024, S. 252; Binöder & Benthin, 2023)

Zudem sinkt durch die Vorhaltevergütung der Anreiz zur Fallzahlsteigerung über Qualitätsgrenzen hinaus, was sich ebenfalls positiv auf die Arbeitsbedingungen auswirken kann. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2024c) Auch die unter 3.1 erwarteten Fusionen und Klinikschließungen können Fachkräfte freisetzen und so den Personalmangel entschärfen. (Vgl. Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege, 2024, S. 252; Binöder & Benthin, 2023)

Allerdings benötigen die Kliniken mehr und spezialisiertere Fachkräfte, um die qualitativen Strukturanforderungen zu erfüllen. Andernfalls dürfte die entsprechende Leistungsgruppe nicht mehr angeboten werden. Dies würde den Wettbewerb um Fachkräfte wiederum erhöhen.

Die Personalgewinnung könnte auch für Level-1i-Versorger problematisch werden, wenn diese unter pflegerischer Leitung stehen sollen, da dies besondere Kompetenzen erfordert, die in der bisherigen Ausbildung in Deutschland kaum zu finden sind. Von Nöten wären gesetzliche, strukturelle und ausbildungsbezogene Anpassungen. (Vgl. Deutscher Pflegerat e. V., 2023, S. 3)

These 11: Die Krankenhausreform verändert den Einfluss der Pharmaindustrie und Medizintechnik-Hersteller nur unwesentlich.

Als Lieferanten im eigentlichen Sinne umfasst die letzte Gruppe die Pharmaindustrie und Medizintechnik-Hersteller, die ca. ein Drittel der Betriebskosten für Sachmittel ausmachen. Durch eine zunehmende Konzentration der pharmazeutischen Unternehmen und Medizintechnik-Hersteller erhalten sie eine monopolähnliche Stellung. Dies vergrößert ihre Verhandlungsmacht, was sich wiederum in steigenden Preisen oder einer Minderung der Produktqualität niederschlagen kann. (Vgl. Reinspach, 2011, S. 142–143; Hofmann, 2010, S. 58–59)

§ 54 Arzneimittelgesetz regelt die Qualitätsanforderungen an Medikamente und deren Herstellung und Vertrieb, sodass die Macht der Pharmaunternehmen in diesem Fall begrenzt ist. Für Medizinprodukte gilt analog das Medizinprodukte-Durchführungsgesetz. Um die Verhandlungsmacht von Pharmaunternehmen und Medizintechnik-

nik-Herstellern weiter zu begrenzen, können Krankenhäuser Einkaufsverbände bilden. (Vgl. Berg & Kurz, 2016, S. 24) Zudem entscheiden sich Krankenhäuser häufig für einen einzelnen Hersteller für alle Geräte, sodass auch die Medizintechnik-Hersteller in eine gewisse Abhängigkeit geraten.

Sollten Krankenhäuser im Zuge der Krankenhausreform für den Erhalt der bestehenden oder die Hinzunahme weiterer Leistungsgruppen ihre Ausstattung anpassen müssen, um die Strukturvoraussetzungen zu erfüllen, würde die Nachfrage nach Medizintechnik steigen. Andererseits könnten die unter 3.1 erwarteten Fusionen die Nachfrage reduzieren, sodass der Gesamteffekt nicht abzuschätzen ist.

3.5 Abnehmer

Patientinnen und Patienten fragen als Kunden Behandlungsleistungen in Krankenhäusern nach. Da sie jedoch häufig nicht über das notwendige Fachwissen verfügen, um eine fundierte Behandlungsentscheidung treffen zu können, vertrauen sie auf die Expertise der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. (Vgl. Raab & Legl, 2016, S. 108; Reinspach, 2011, S. 142) In diesem Sinne können letztere auch selbst als Kunden betrachtet werden, da sie die Leistung für ihre Patientinnen und Patienten nachfragen. Durch den klassischen Arztbrief werden sie über die Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten in der Klinik informiert und können so ihre eigene Leistung optimieren. So treten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nicht nur als Anbieter von Substituten und Lieferanten, sondern auch als Kunden im Krankenhausmarkt auf. Als diejenigen, die letztendlich die Leistungen des Krankenhauses bezahlen, sind auch Krankenkassen den Kunden zuzurechnen. Die Verhandlungsmacht der Abnehmer steigt, je stärker ihr Zusammenhalt und je größer das Abnahmenvolumen ist. (Vgl. Hofmann, 2010, S. 53–58; Reinspach, 2011, S. 144)

These 12: Die Krankenhausreform verändert den Einfluss der Krankenkassen nur unwesentlich.

Reduziert sich die Zahl der Krankenhäuser durch Insolvenzen und Fusionen, konzentriert sich das Angebot an

Krankenhausleistungen. Dies könnte die Verhandlungsmacht der Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen stärken. (Vgl. Wöhe et al., 2020, S. 404–405)

Auf der anderen Seite kam es auch auf Seiten der Krankenkassen zu einer stärkeren Konzentration, vor allem durch zunehmende Fusionen. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2022, S. 114) Als direkte Geldgeber der Krankenhäuser können sie in Budgetverhandlungen erheblichen Kostendruck aufbauen. (Vgl. Hofmann, 2010, S. 55) Die Vorhaltevergütung könnte die Macht der Krankenkassen einschränken, da die Abhängigkeit der Kliniken von Fallpauschalen und Pflegebudgets sinkt. Da die Vorhaltevergütung jedoch von der Erfüllung der Qualitäts- und Strukturanforderungen abhängt, die wiederum vom Medizinischen Dienst geprüft werden, entsteht eine neue Machtposition für die Krankenkassen. (Vgl. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 20, 25)

These 13: Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte nehmen vielfältige Funktionen im Wettbewerbsumfeld der Kliniken wahr und stellen deshalb einen wichtigen strategischen Erfolgsfaktor dar.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte weisen ihre Patientinnen und Patienten in Krankenhäuser ein und fungieren so als Lieferanten. Gleichzeitig fragen sie häufig Behandlungen für ihre Patientinnen und Patienten nach und erbringen ihre eigene Leistung auf Basis der Informationen im Arztbrief und können deshalb als Kunden der Krankenhäuser betrachtet werden. (Vgl. Hofmann, 2010, S. 56–58) Aufgrund dieser Doppelfunktion ist es für Krankenhäuser von zentraler Bedeutung, die Ansprüche dieser Kundengruppe optimal zu befriedigen. Die zunehmende Integration des ambulanten und stationären Sektors könnte diese Effekte weiter verstärken. Zusätzlich verschafft das Transparenzregister auch niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten einen besseren Überblick.

These 14: Patientinnen und Patienten profitieren von einem erweiterten Angebot an ambulanten Leistungen und einer steigenden Qualität stationärer Behandlungen.

Das Knüpfen des Leistungsangebots an die Erfüllung bestimmter struktureller Voraussetzungen kann zukünftig die Behandlungsqualität steigern. Das Vorhalten qualifizierten Personals, das bestimmte Behandlungen routiniert in großen Fallzahlen durchführt und dabei auf gut ausgestattete Räumlichkeiten und technische Geräte zurückgreifen kann, wird hier eine entscheidende Rolle spielen. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 7–9; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2023, S. 6, 14–17) Weitere Verbesserungen des Versorgungsangebots können durch die Ambulantisierung vieler Leistungen und die Freisetzung von medizinischem Fachpersonal durch Fusionen und Klinikschließungen und deren Einsatz in den verbleibenden Kliniken erzielt werden. (Vgl. Brunner, 2024; Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege, 2024, S. 252; Binöder & Benthin, 2023)

Allerdings besteht durch die leistungsunabhängige Vergütung die Gefahr, dass der Anreiz sinkt, viele Behandlungen durchzuführen, sodass es für Patientinnen und Patienten zu langen Wartelisten kommt. (Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., o. J.) Dem ist entgegenzuhalten, dass die Vorhaltevergütung so niedrig angesetzt werden soll, dass die Fixkosten der Krankenhäuser nicht gedeckt sind. (Vgl. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 22) Dennoch könnten sich ersten Modellrechnungen zufolge kleine Kliniken mit der Vorhaltevergütung gegenüber dem reinen DRG-System nur besser stellen, wenn sie ihre Fallzahlen deutlich reduzieren. (Vgl. Schmid et al., 2023, S. 31)

Kommt es durch die Krankenhausreform zur Schließung von Einrichtungen, können ohne eine gezielte Moderation, wie sie die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vorschlägt, Regionen mit Über- und Unterversorgung entstehen. (Vgl. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenh-

ausversorgung, 2022, S. 24) Für Patientinnen und Patienten in unterversorgten Regionen könnten sich die Fahrtzeiten zum nächsten Krankenhaus verlängern und die medizinische Versorgung verschlechtern. Allerdings belegt die Regierungskommission, dass eine gesteuerte Reduktion der Krankenhäuser, die eine bestimmte Leistungsgruppe bedienen, die Behandlungsqualität steigern und die Fahrtzeit für die meisten Patientinnen und Patienten nur um ca. 2 Minuten erhöhen würde. (Vgl. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2023, S. 23, 34) Bereits heute belegen Untersuchungen, dass Patientinnen und Patienten für elektive Eingriffe auch größere Strecken in Kauf nehmen, um ihre Wunsch-Einrichtung zu erreichen. (Vgl. Beivers & Dodt, 2014, S. 193; Friedrich & Beivers, 2008, S. 172) Käme es tatsächlich zu unterversorgten Regionen, müssten Patientinnen und Patienten mangels Alternativen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aufsuchen, die jedoch bereits heute überlastet sind. (Vgl. Obermann, 2023)

Die zunehmende Ambulantisierung kann sich unterschiedlich auswirken: Patientinnen und Patienten könnten wohnortnah versorgt werden und in ihrer gewohnten Umgebung ihre Genesung vorantreiben. Meist profitieren sie von kürzeren Wartezeiten und einer qualitativ hochwertigen Behandlung. Problematisch könnte sich die Nachversorgung insbesondere dann gestalten, wenn es zu Komplikationen kommt. Auch sind in einem ambulanten Setting Doppelbehandlungen wahrscheinlicher. (Vgl. Obermann, 2023; Haserück et al., 2022)

These 15: Das Transparenzregister unterstützt Patientinnen und Patienten dabei, eine fundierte Entscheidung bezüglich ihrer Behandlung zu treffen.

Häufig haben Patientinnen und Patienten keinen Einfluss auf die Wahl des Krankenhauses, z. B. wenn es sich um einen Notfall handelt. Dann spielt auch die Differenzierung der Krankenhäuser untereinander keine Rolle. Dies ändert sich erst, wenn planbare Behandlungen vorgesehen sind. Als Kunde der Krankenkassen und der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte haben Patientinnen und Patienten auch dann aufgrund der fehlenden Fachkenntnisse noch keine

große Macht gegenüber den Krankenhäusern. (Vgl. Reinspach, 2011, S. 144) Dennoch steigen ihre Ansprüche an die Behandlungsqualität und den Komfort während eines Krankenhausaufenthalts, was wiederum den Kostendruck in Krankenhäusern erhöht. (Vgl. Morra, 1996, S. 78–79) Dies macht sich beispielsweise in der Geburtshilfe bemerkbar, wo werdende Eltern verschiedene Geburtseinrichtungen besuchen und vergleichen.

Bereits heute sind Krankenhäuser zur Veröffentlichung von Qualitätsberichten verpflichtet, die die Vergleichbarkeit der Einrichtungen erhöhen sollen. Diese sind frei im Internet verfügbar, aber dennoch zu umfangreich und komplex, um von Patientinnen und Patienten entsprechend genutzt zu werden. Erst eine Aggregation und Auswertung dieser Daten durch Intermediäre wie den AOK-Gesundheitsnavigator liefern ihnen den gewünschten Nutzen. (Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, o. J.) Nun sollen Patientinnen und Patienten durch das Transparenzregister direkt in die Lage versetzt werden, eine selbstbestimmte und qualitätsorientierte Auswahlentscheidung für die jeweilige Behandlung zu treffen. (Vgl. Deutscher Bundestag, 2023, S. 1) Dadurch steigt ihre Unabhängigkeit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und sie werden für die Krankenhäuser zu Endabnehmern. Kliniken müssen deshalb zukünftig Patientinnen und Patienten als Kunden betrachten, auf deren Bedürfnisse sie einzugehen haben. (Vgl. Hofmann, 2010, S. 55)

Dabei spiegelt sich im Idealfall die Qualität von Behandlungen nicht nur im Transparenzregister wider, sondern bereits in der Erlaubnis, bestimmte Leistungsgruppen erbringen zu dürfen, weil die entsprechenden Mindestanforderungen an die Strukturqualität erfüllt sind. Da die Systematik der Vorhaltevergütung einen starken Anreiz zur Bündelung von Leistungsgruppen setzt, sollten die resultierenden Spezialisierungseffekte neben der Wirtschaftlichkeit auch die Versorgungsqualität erhöhen. (Vgl. Benthin, 2022; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 18, 24)

4. Fazit und Ausblick

Die Krankenhausreform verspricht vieles: Sie soll die finanzielle Lage der Krankenhäuser verbessern, indem Leistungen

auf weniger Einrichtungen konzentriert und durch eine Vorhaltevergütung finanziert werden. Gleichzeitig soll die Versorgung strukturschwacher Regionen sichergestellt und die Kostensenkungen durch die Leistungskonzentration und zunehmende Ambulantisierung des Gesundheitssystems entlasten. Der Abbau von Dokumentationspflichten und die Entbürokratisierung sollen neben Kostensenkungen auch den Krankenhaussektor wieder attraktiver für das medizinische Personal machen.

Die Erwartungen sind also groß, allerdings kann die Krankenhausreform auch ihre Ziele verfehlen: So zeigt das Beispiel Dänemark die Folgen einer Zentralisierung der stationären Versorgung auf wenige „Superkrankenhäuser“. Die Umbaukosten sind beträchtlich und es sind immer noch nicht alle Maximalversorger in Betrieb genommen. Zudem verschlechterte sich die Gesundheitsversorgung der ländlichen Bevölkerung soweit, dass wieder so genannte „Nahkrankenhäuser“ gefordert wurden. Zur Gegenfinanzierung der Umbaukosten wurden massive Einsparmaßnahmen vor allem beim Personal durchgesetzt, die sich negativ auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten auswirken. (Vgl. Schulz, 2022; Höhn, 2021, S. 30–31)

Soll die Konzentration der Leistungsgruppen auf wenige Standorte erfolgreich sein, darf es nicht zu unkontrollierten Fusionen und Insolvenzen kommen. Um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten, muss der Konzentrationsprozess moderiert werden. Dies betrifft insbesondere die Umwandlung kleiner Krankenhäuser in Level-1i-Kliniken.

Durch die Vorhaltevergütung erhöhen sich die finanziellen Mittel der Krankenhäuser nicht, allerdings sinkt ihre Abhängigkeit von steigenden Fallzahlen. Probleme wie steigende Energie- und Personalkosten werden durch die Krankenhausreform nicht behoben.

Fraglich ist, ob die angestrebten Maßnahmen die Attraktivität des Krankenhaussektors für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erhöhen können. Die Entbürokratisierung und die Ambulantisierung können das Personal entlasten und die Arbeitsbedingungen verbessern. Zusätzlich können die Anforderungen an die Strukturqualität und die damit einhergehende Konzentration der Leistungsgruppen Kapazitäten freisetzen, die die Versorgungsqualität steigern.

Da der Gesetzgebungsprozess noch nicht abgeschlossen ist, können sich noch Veränderungen einstellen. Bei allen Regelungen ist jedoch zu akzeptieren, dass mit den erhofften Chancen auch Risiken einhergehen.

Literatur

Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft. (2024, April 18). Finanzielle Situation der Krankenhäuser verschlechtert sich zusehends. Abgerufen 17. September 2024, von <https://www.bwkg.de/presse/pressemitteilung/news/finanzielle-situation-der-krankenhaeuser-verschlechtert-sich-zusehends/>

Bea, F. X., & Haas, J. (2024). Strategisches Management (11., überarbeitete Auflage). UVK Verlag.

Beivers, A., & Dodt, C. (2014). Ökonomische Aspekte der ländlichen Notfallversorgung. Notfall + Rettungsmedizin, 17(3), S. 190–198. <https://doi.org/10.1007/s10049-013-1787-6>

Benthin, F. (2022, September 19). Wie MVZ ambulante und stationäre Versorgung verbinden. Abgerufen 20. September 2024, von https://www.ey.com/de_de/insights/health/wie-mvz-ambulante-und-stationaere-versorgung-verbinden

Berg, M., & Kurz, S. (2016, September). Strategischer Einkauf im Krankenhaus: Der Einkauf im Spannungsfeld zwischen Klinikleitung und Ärzten. Abgerufen 22. September 2024, von https://www.koinno-bmwk.de/fileadmin/user_upload/publikationen/web_BME_LF_Strategischer_Einkauf_Krankenhaus.pdf

Binöder, F., & Benthin, F. (2023, September 22). Wie sich Krankenhäuser für die Gesundheitsreform wappnen sollten. Abgerufen 12. September 2024, von https://www.ey.com/de_de/insights/health/die-gesundheitsreform-was-krankenhaeuser-tun-sollten

Brunner, F. (2024, September 5). Fallzahl-Rückgang erhöht wirtschaftlichen Druck auf Kliniken. Ärztezeitung. Abgerufen 19.09.2024, von <https://www.aerztezeitung.de/Kooperationen/Fallzahl-Rueckgang-erhoeht-wirtschaftlichen-Druck-auf-Kliniken-452415.html>

Bundesbeauftragter für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung. (2024, Mai 15). Gutachten des Bundesbeauftragten für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung über den Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG). https://www.bundesrechnungshof.de/SharedDocs/Downloads/DE/Berichte/BWV-Veroeffentlichung/krankenhausreform.pdf?__blob=publicationFile&v=2

Bundesministerium für Gesundheit. (2022). Daten des Gesundheitswesens 2022. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/230223_BMG_DdGW_2022.pdf

www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/230223_BMG_DdGW_2022.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2023a, Juli 10). Eckpunktepapier – Krankenhausreform. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform_final.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2023b, September 30). Eckpunktepapier zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen (Empfehlungen nach § 220 Absatz 4 SGB V). https://www.kbv.de/media/sp/2023-11-07_BMG_Empfehlungen_Buerokratieabbau.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2023c, Oktober 19). Bundestag beschließt Krankenhaustransparenzgesetz. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundestag-beschliesst-krankenhaustransparenzgesetz.html>

Bundesministerium für Gesundheit. (2024a, Mai 15). Fallpauschalen. Abgerufen 17. September 2024, von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/f/fallpauschalen>

Bundesministerium für Gesundheit. (2024b, Mai 15). Krankenhausfinanzierung. Abgerufen 18. September 2024, von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html?ref=uebergabe.de&cHash=3f7eb6787835fab0c864e8d040059072>

Bundesministerium für Gesundheit. (2024c, Mai 16). Fragen und Antworten zur Krankenhausreform. Abgerufen 20. September 2024, von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform/faq-krankenhausreform>

Bundesministerium für Gesundheit. (2024d, Mai 17). Mehr Transparenz für alle. Abgerufen 17. September 2024, von <https://www.bundesregierung.de/breg-de/bundesregierung/gesetzesvorhaben/bundes-klinik-atlas-2223136>

Bundesrechnungshof. (2020, November 11). Krankenhäuser seit Jahren unterfinanziert und ineffizient. Abgerufen 17. September 2024, von <https://www.bundesrechnungshof.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/krankenhausfinanzierung.html?nn=23488>

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (2023, November 30). Alle Krankenhäuser fair finanzieren. Abgerufen 26. September 2024, von https://dekv.de/wp-content/uploads/2023/11/DEKV_PM_Freie_Traeger_Defizitfinanzierung.pdf

Debschütz, F., & Schlott, Q. (2023). Gute Einweiserbeziehungen zur Existenzsicherung. Health & Care Management. <https://www.hcm-magazin.de/gute-einweiserbeziehungen-zur-existenzsicherung-338677/>

Deutsche Krankenhaus Gesellschaft. (2023, Dezember 27). Lage der Krankenhäuser so schlecht wie noch nie – Insolvenzen steuern 2024 auf Rekordhoch zu. Abgerufen 14. September 2024, von https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2023/2023-12-27_PM_DKG_zum_DKI-Krankenhaus-Barometer.pdf

Deutsche Krankenhaus Gesellschaft. (2024a, Mai 15). Ziele der Krankenhausreform sind richtig – Aber die vorgesehenen Maßnahme verfehlen diese Ziele und gefährden die Versorgungssicherheit. Abgerufen 16. September 2024, von https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2024/2024-05-15_PM_DKG_zum_Kabinettsbeschluss.pdf

Deutsche Krankenhaus Gesellschaft. (2024b, Juli 11). Drei Maßnahmen zur Rettung der Krankenhausreform. Abgerufen 25. September 2024, von https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2024/2024-07-11_PM_DKG_zum_3-Punkte-Plan.pdf

Deutscher Bundestag. (2023, Oktober 18). Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzesentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP – Drucksache 20/8408 – Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz). <https://dserver.bundestag.de/btd/20/089/2008904.pdf>

Deutscher Bundestag. (2024, Juni 17). Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG). <https://dserver.bundestag.de/btd/20/118/2011854.pdf>

Deutscher Pflegerat e. V., M. (2023, Januar 23). Diskussionspapier Pflegerische Leitung in Kliniken der ortsnahen und regionalen Grundversorgung Level 1i. Abgerufen 17. September 2024, von https://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2023/03/2023-01-23_Diskussionspapier-Pflegerische-Leitung-in-Level-1i-Kliniken.pdf

Flintrop, J. (2005, September 23). Bert Uwe Drechsel: Qualitätsberichte als Marketing-Instrument. Deutsches Ärzteblatt. Abgerufen 25. September 2024, von <https://www.aerzteblatt.de/archiv/48419/Bert-Uwe-Drechsel-Qualitätsberichte-als-Marketing-Instrument>

Friedrich, J., & Beivers, A. (2008). Patientenwege ins Krankenhaus: Räumliche Mobilität bei Elektiv- und Notfalleistungen am Beispiel von Hüftendoprothesen. In J. Klauber, B.-P. Robra, & H. Schell Schmidt (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2008/9, Schwerpunkt Versorgungszentren (S. 155–180). Schattauer Verlag.

- Gemeinsamer Bundesausschuss. (o. J.).** Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Abgerufen 18. September 2024, von <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/datenerhebung-zur-qualitaetssicherung/datenerhebung-qualitaetsbericht/>
- Gerlinger, T. (2021).** Krankenhäuser in Deutschland – Strukturen – Probleme – Reformen. Aus Politik und Zeitgeschichte, 71(30–31/2021), 9–16.
- Hansis, D. E., & Dahnke, D. H. (2023, Februar 7).** Auswirkungsanalyse im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Media-pool/1_DKG/1.7_Presse/Kurzversion_DKG_Auswirkungsanalyse_Basisszenario_von_Veбето_und_hcb.pdf
- Haserück, A., Kurz, C., & Lau, T. (2022, September 16).** Medizinische Versorgung: Chance Ambulantisierung. Deutsches Ärzteblatt. Abgerufen 12. September 2024, von <https://www.aerzteblatt.de/archiv/227384/Medizinische-Versorgung-Chance-Ambulantisierung>
- Hofmann, O. (2010).** Strategisches Krankenhausmanagement: Analyse externer Einflussfaktoren als Grundlage zur Entwicklung von Krankenhausstrategien. Diplomica-Verl.
- Höhn, H. (2021).** Ein demokratisches Gesundheitssystem für alle. Hans Böckler Stiftung, Dossier Nr. 10. https://www.boeckler.de/fpdf/HBS-008054/p_10_dossier_07_2021.pdf
- Horak, C., Bodenstorfer, M., & Klein, T. (2015).** Ziele und Strategien. In R. Eschenbach, C. Horak, M. Meyer, & C. Schober (Hrsg.), Management der Nonprofit-Organisation. Bewährte Instrumente im praktischen Einsatz (3. Auflage, S. 3–35). Schäffer Poeschel.
- Isfort, M. (2018).** Versorgungssallianzen als Antwort auf die regionale pflegerische Versorgungssicherung in Bayern. In T. Klie & S. Arend (Hrsg.), Arbeitsplatz Langzeitpflege: Schlüsselfaktor Personalarbeit (1. Auflage, S. 57–78). medhochzwei.
- Kanning, U. P. (2017).** Personalmarketing, Employer Branding und Mitarbeiterbindung: Forschungsbefunde und Praxistipps aus der Personalpsychologie. Springer.
- Lang, M. (2024, Juni 12).** Warum Kliniken mit der Ambulantisierung warten sollten. Klinik Management aktuell. Abgerufen 28. September 2024, von <https://www.kma-online.de/aktuelles/management/detail/warum-kliniken-mit-der-ambulantisierung-warten-sollten-52109>
- Morra, F. (1996).** Wirkungsorientiertes Krankenhausmanagement: Ein Führungshandbuch. Haupt.
- Müller, M. (2024, August 8).** Das deutsche Gesundheitswesen im europäischen Vergleich. Verband der Ersatzkassen. Abgerufen 28. September 2024, von <https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2024-04/gesundheitswesen-deutschland-europa-vergleich.html>
- O. V. (2024, September 12).** NRW-Krankenhausreform: Umstrukturierung vor allem im „Mittelbau“ der Versorgung. Deutsches Ärzteblatt. Abgerufen 17. September 2024, von <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/154182/NRW-Krankenhausreform-Umstrukturierung-vor-allem-im-Mittelbau-der-Versorgung>
- Obermann, K. (2023, September).** Ambulantisierung: Jede zweite Praxis sieht Risiken – nur jede sechste Chancen. Stiftung Gesundheit. Abgerufen 20. September 2024, von <https://www.stiftung-gesundheit.de/studien/im-fokus/ambulantisierung-chancen-risiken/>
- Perske, J. (2024, Juli 13).** Wie eine Klinik im Vogelsberg sich fit machen will für die Krankenhausreform. Abgerufen 20. September 2024, von <https://www.hessenschau.de/gesellschaft/wie-eine-klinik-im-vogelsberg-sich-fit-machen-will-fuer-die-krankenhausreform-v1,krankenhausreform-102.html>
- Porter, M. E. (2013).** Wettbewerbsstrategie (Competitive Strategy): Methoden zur Analyse von Branchen und Konkurrenten (12. aktualisierte und erweiterte Auflage). Campus Verlag.
- Raab, A., & Legl, K. (2016).** Einweiserbeziehungsmanagement. In M. A. Pfannstiel, C. Rasche, & H. Mehlich (Hrsg.), Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus: Nachhaltige Wertgenerierung jenseits der operativen Exzellenz (S. 107–135). Springer Gabler.
- Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. (2022, Dezember 6).** Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung – Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf
- Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. (2023, Juni 22).** Fünfte Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung – Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung – Potenzialanalyse anhand exemplarischer Erkrankungen. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/5_Stellungnahme_Potenzialanalyse_bf_Version_1.1.pdf
- Reinspach, R. (2011).** Strategisches Management von Gesundheitsbetrieben: Grundlagen und Instrumente einer entwicklungsorientierten Unternehmensführung (2. neu bearbeitete und erweiterte Auflage). Lucius & Lucius.
- Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege. (2024).** Fachkräfte im Gesundheitswesen – Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. <https://doi.org/10.4126/FRL01-006400072>
- Schmid, A., Heinz, K., Klages, L., & Baierlein, J. (2023, August 31).** Analyse der Vorhaltevergütung zur Reform des Krankenhaussektors – Policy Paper im Auftrag des PKV-Verbandes. https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/Gutachten_Studien/Gutachten_Oberender_Analyse_der_Vorhalteverguetung_zur_Reform_des_Krankenhaussektors.pdf
- Schulz, J. (2022, Oktober 15).** Krankenhausreform in Dänemark: Die unendliche Geschichte der Superkrankenhäuser. Abgerufen 27. September 2024, von <https://www.gemeingut.org/krankenhausreform-in-daenemark-die-unendliche-geschichte-der-superkrankenhaeuser/>
- Statistisches Bundesamt. (2023, Dezember 13).** Krankenhäuser – Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung. Abgerufen 7. September 2024, von [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html?view=main\[Print](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html?view=main[Print)
- Stierle, J., Siller, H., Fiedler, M., & Ortner, S. (Hrsg.). (2019).** Handbuch strategisches Krankenhausmanagement. Springer Gabler.
- Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (o. J.).** Krankenhausreform. Abgerufen 17. September 2024, von <https://www.pkv.de/positionen/krankenhaus/>
- Weichert, C., & Nürnberg, V. (2018).** Das Krankenhaus als attraktiver Arbeitgeber. Abgerufen 20. September 2024, von https://www.dki.de/fileadmin/forschungsberichte/Das_Krankenhaus_als_attraktiver_Arbeitgeber.pdf
- Wöhe, G., Döring, U., & Brösel, G. (2020).** Einführung in die allgemeine Betriebswirtschaftslehre (27., überarbeitete und aktualisierte Auflage). Verlag Franz Vahlen.

Implementierung der pflegerischen Rolle der Advanced Practice Nurse in deutschen Krankenhäusern

Perspektive des Top – Managements

MARISA WITTOR UND
SABINE BRASE

Marisa Wittor
MSc (cand.) Pflegewissenschaft / Pflegemanagement
Ist Referentin der Geschäftsführung Pflege-Bildung-Zukunft im Klinikum Ernst von Bergmann.
Kontakt: marisa.wittor@klinikumebv.de

Sabine Brase MSc Nursing
Ist Geschäftsführerin für den Bereich Pflege-Bildung-Zukunft des Klinikums Ernst von Bergmann.
Kontakt: sabine.brase@klinikumebv.de

Der Artikel beleuchtet die Einführung der Advanced Practice Nurse (APN) in deutschen Krankenhäusern und ihren Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. APN ermöglichen eine qualitativ hochwertige Betreuung, reduzieren Versorgungsbrüche und fördern eine personenzentrierte Pflege, insbesondere bei komplexen Versorgungssituationen. Die Implementierung von APN führt u. a. zu kürzeren Krankenhausaufenthalten, Steigerung der Patientensicherheit sowie zu einer verbesserten Kostenstruktur. Durch die enge Zusammenarbeit aller Beteiligten wird die Versorgungsqualität gestärkt und eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheitsversorgung erreicht. Ein gesetzlicher Rahmen im APN-Gesetz muss folgen.

Ziel des Artikels ist die Beantwortung der Frage: Was hat das Top-Management einer Gesundheitseinrichtung davon, wenn diese sich der Implementierung und nachhaltigen Verstetigung der beruflichen pflegerischen Rolle Advanced Practice Nurse öffnet?

1. Einleitung

Die Einführung der Advanced Practice Nurse (APN) Rolle in deutschen Krankenhäusern stellt eine bedeutende Veränderung im Gesundheitswesen dar. Dieser Artikel beleuchtet die Herausforderungen und Möglichkeiten aus der Sicht des Top-Managements in Gesundheitseinrichtungen sowie im Krankenhaus,

insbesondere im Kontext von Macht, Führung und organisatorischem Wandel.

In Deutschland wird Pflege pauschal nach dem Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) dem DQR Niveau 4 und die Pflegefachpersonen mit einem akademischen Grad pauschal dem DQR-Niveau 6 zugeordnet. Aktuell gibt es gesetzliche Bestrebungen, die Akademisierung der Pflegeberufe weiter voranzutreiben wie durch die Einführung des Pflegestudienumstärkungsgesetz (PflStudStG) im Jahr 2023 und den voranschreitenden Fachgesprächen mit den beteiligten Akteuren aus Berufspolitik, Politik und weitere Interessengruppen für die (Weiter-) Entwicklung eines Pflegekompetenzgesetzes. Im Pflegekompetenzgesetz werden die

Kompetenzen von Pflegefachpersonen stärker gewürdigt und mehr Handlungsautonomie übertragen, um dem Versorgungsbedarf an Gesundheitsleistungen zukünftig zu begegnen. In Zeiten von Kapazitätsengpässen sind Politik und Gesellschaft angehalten, bereits bestehende Potenziale umfänglich, patientenzentriert und evidenzbasiert zu nutzen und Rechtssicherheit zu schaffen. Die Anerkennung der APN-Rolle im Berufsrecht steht noch aus.

In den deutschen Krankenhäusern existieren bereits Insellösungen für die (nachhaltige) Etablierung und Rollenentwicklung von Pflegeexperten APN und Pflegeexpertin APN (Keinath, 2021). Dies ist vor allem abhängig von engagierten Pflegedienstleitungen und der Akzeptanz anderer Entscheidungsträger im Krankenhaus. (Gaidys, 2019; von der Lühse et al., 2023)

2. Hintergrund

Die personellen Herausforderungen der Gesundheitsversorgung sind aktuell im öffentlichen Interesse. Gleichzeitig nimmt die Komplexität der Versorgungssituationen stetig zu. Einen wesentlichen Beitrag zur Gewährleistung der Sicherstellung der Versorgungskontinuität und Patientensicherheit in allen Sektoren des Gesundheitswesens erfüllt die professionelle Pflege. International und national gibt es zahlreiche Studien, die aufzeigen, dass vor allem hochkomplexe Versorgungssituationen mit dem Einsatz von qualifizierten Pflegefachpersonen mit erweiterten und speziellen Aufgaben- und Tätigkeitsbereichen erbracht werden (Schmidt-Rumpoß & Hosters, 2022; Ullmann et al., 2022). Die erweiterten pflegerischen Rollen, welche akademische Abschlüsse und fachspezifische Berufserfahrung verbinden, werden genutzt, um Versorgungsbrüche zu vermeiden und den Versorgungsherausforderungen der hochkomplexen Fälle gerecht zu werden. International wird dies häufig durch Advanced Practice Nurses (APN) umgesetzt. Der International Council of Nursing (ICN) definiert eine Advanced Practice Nurse als „eine generalistische oder spezialisierte Pflegefachperson, die durch eine zusätzliche akademische Ausbildung (mindestens einen Master-Abschluss) die fachliche Wissensbasis, die komplexen Entscheidungsfähigkeiten und die klinischen Kompetenzen für

die fortgeschrittene Pflegepraxis, deren Merkmale durch den Kontext geprägt sind, in dem sie für die Praxis zugelassen sind (Schober et al., 2020)“. Die positiven Effekte von erweiterten pflegerischen Rollen auf Patientenoutcomes, wie gesteigerte Gesundheitskompetenz bis hin zur Mortalitätsreduktion ist in verschiedenen Settings bereits vielseitig belegt (Ayerle G et al., 2020; Laurant et al., 2018; Newhouse et al., 2011; Ryder et al., 2020; Woo et al., 2017). Auch die Kosteneffektivität dieser Programme, die durch Verkürzung der Liegedauer und Vermeidung von Komplikationen auch positive finanzielle Auswirkungen für die Krankenhäuser haben können, liegt nahe (Edkins et al., 2014; Ordóñez-Piedra et al., 2021). Eine Vielzahl von Studien zeigt die Wirksamkeit von Pflegeexperten APN in der Gesundheitsversorgung auf (Maier et al., 2017). Weitere Ergebnisse der Überprüfung von ANP-Angeboten in verschiedenen Versorgungsmodellen zeigen, dass durch den Einsatz von Pflegeexperten APN eine bessere Wahrnehmung der Versorgungsqualität durch die betreuten Patienten und Patientinnen berichtet wird und die Patientenzufriedenheit steigt (Casey et al., 2017). Ein Grund dafür ist die Ausrichtung der Versorgung an den Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen (personen-zentrierter Ansatz). Die Einführung von APN – Rollen ist auch ein attraktiver Karriereweg, um Pflegefachpersonen anzuwerben und zu halten (Bryant-Lukosius & Martin-Misener, 2016). In einer im Jahr 2023 veröffentlichten Studie wurden die Tätigkeiten und beruflichen Merkmale von Pflegeexperten APN in der Akutversorgung in Deutschland erfasst (von der Lühse et al., 2023). Im Ergebnis stellte sich u. a. heraus, dass zur Förderung der Rollenentwicklung in den deutschen Krankenhäusern vor allem politische Anstrengungen in Bezug auf die Ausbildung, die Finanzierung der entsprechenden Stellen der Praxis und Kontrollmechanismen notwendig sind (ebd.). Herausfordernd und teilweise limitierend für die Entwicklung von Pflegeexperten APN und deren Angeboten in den verschiedenen Versorgungssettings erwiesen sich wiederholt die verfügbaren personellen und strukturellen Ressourcen (DiCenso et al., 2010). Unterstützend für eine gezielte Entwicklung von ANP-Angeboten und APN – Rollen ist die Beteiligung von ärztlichen und pfle-

gerischen Leistungen (Spichiger et al., 2018), denn eine fehlende Unterstützung durch Führungspersonen aus Pflege und ärztlichem Bereich wird international als Hürde für einen erfolgreichen Rollenaufbau beschrieben (DiCenso et al., 2010; Wisur-Hokkanen et al., 2015).

In Deutschland gibt es bereits Best-Practice Beispiele zum Einsatz der Pflegeexperten APN in der universitären Versorgung und Akutversorgung in Krankenhäusern. Bei der Implementierung dieser Rollen orientieren sich die Krankenhäuser an anerkannten und erprobten Modellen wie dem PEPPA-Framework von Bryant-Lukosius/DiCenso (2004) (Bryant-Lukosius et al., 2004) oder dem PARIHS-Modell (Rycroft-Malone, 2004). Ebenfalls erfolgt in den Organisationen die Begleitung der Rollenentwicklung durch Pflegewissenschaftler und Pflegewissenschaftlerin, die zumeist in einer Stabstelle Pflegeentwicklung und/oder Pflegewissenschaft verortet sind. Masterqualifizierte Pflegefachpersonen können über die Steuerung und Durchführung eines Pflegeprozesses – unabhängig von spezifischen Settings und Versorgungsformen hinaus – Konzepte für neue Angebotsformen erarbeiten und die fachliche Führungsverantwortung übernehmen. Sie verfügen über eine erhöhte Problemlösungskompetenz, sind offen gegenüber Änderungen und sind klinische Experten und Expertinnen mit fortgeschrittener Ausbildung und Training im generalistischen oder spezialisierten Bereich der Pflegepraxis. Wichtig für eine gelingende und zielführende Integration sind innovative Pflege- und Personalkonzepte verbunden mit überzeugender (pflege-)fachlicher Begleitung und Führung. Eine partizipative Organisationskultur innerhalb der Einrichtungen muss stärker aufgebaut werden (Stemmer, 2021). Die Etablierung und Rollenentwicklung der Pflegeexperten APN muss sich an den Bedarfen und Strukturen des jeweiligen Settings orientieren. Zeit, Vertrauen und eine enge Begleitung sind zwingend erforderlich, um eine gelebte Advanced Nursing Practice zu entwickeln. In einem Klinikum wird aufgezeigt, dass Pflegeexperten APN als Change Agents fungieren, die Missstände benennen, Veränderungen anstoßen und diese gemeinsam mit dem Management und den Teams begleiten (Strnad et al., 2024).

Organisationsentwicklung und Etablierung von Pflegeexperten APN

Die Anzahl der hochschulqualifizierten Pflegefachpersonen in deutschen Universitätskliniken und medizinischen Hochschulen ist gering (Bergjan et al., 2021). Die Empfehlungen der Einbindung und Qualifizierung von Pflegefachpersonen auf Bachelor- und Masterniveau, sind die Konzeptionen einer qualifikationsadäquaten Integration in der direkten klinischen Versorgung zu entwickeln sowie attraktive Karrierepfade aufzuzeigen, die ein Teil der Organisations- und Personalentwicklung sein sollen (ebd.).

Top-Unternehmen werden heute als Stätte permanenten Lernens betrachtet, wo Mitarbeitende mit Potenzial die Möglichkeit haben, kontinuierlich ihre Talente zu schulen und weiterzuentwickeln. Denn Garant für Karrieremöglichkeiten inner- und außerhalb des Unternehmens sind gerade jene professionellen Fertigkeiten und Erfahrungen, die im Zuge der Berufstätigkeit erworben werden (Behar et al., 2022). Ausschlaggebend dafür sind die Führungspersonen auf allen Managementebenen, die durch ihren individuellen Führungsstil als Vorbild die Weiterentwicklung und Formen der Zusammenarbeit prägen. Wie gelingt es der Organisation in den herausfordernden Zeiten, die Etablierung von Pflegeexperten APN und diese, die sich auf den Weg der Masterqualifikationen in einem Krankenhaus befinden, umzusetzen?

Hemmende und Gelingensfaktoren

Herausforderung: Wissen und Kompetenzen

Nicht viele Führungspersonen im Top-Management im Versorgungssetting haben einen hochschulischen Abschluss in Pflegemanagement/Pflegewissenschaft auf Masterniveau oder einen vergleichbaren Abschluss. Sie verfügen deshalb über begrenzte Kenntnisse der spezifischen Anforderungen und Potenziale von masterqualifizierten Pflegefachpersonen/Pflegeexperten APN, die in der direkten pflegerischen und therapeutischen Versorgungspraxis tätig sind. Diese Wissenslücken müssen transparent gemacht und adressiert werden. Durch gezielte

Weiterbildung und die Einbindung von Experten und Expertinnen können Führungspersonen Vertrauen in Fachexperten aufbauen, Kompetenzen erweitern und die Integration von hochschulqualifizierten Mitarbeitenden effektiv unterstützen und die berufliche und persönliche Weiterentwicklung begleiten.

Macht und Führung

Die Einführung der Pflegeexperten APN kann bei langjährigen, in der Organisation tätigen Führungspersonen die Sorge vor Machtverlust auslösen. Es ist entscheidend, dass diese Bedenken offen angesprochen werden. Die verantwortlichen Personen auf den verschiedenen Führungsebenen müssen lernen, Macht und Verantwortung neu zu verteilen. Durch klare Kommunikationsstrategien und die Schaffung von Transparenz können Unsicherheiten minimiert und eine Kultur der Zusammenarbeit gefördert werden. Ein transformationaler Führungsstil in einem Unternehmen ist dabei hilfreich, da die Maßnahmen im Hinblick auf das strukturelle Empowerment sowohl den Führungspersonen sowie den Pflegeexperten APN förderlich ist.

Veränderung der Führungssituationen

Die Einführung von Pflegeexperten APN verändern die Führungssituationen im Krankenhaus. Neue Führungssettings müssen etabliert werden, die die spezifischen Anforderungen und Kompetenzen der Pflegeexperten APN berücksichtigen. Dies erfordert eine flexible und adaptive Führungskultur, die bereit ist, sich den neuen Gegebenheiten anzupassen und kontinuierlich zu lernen. In der systematischen Einführung von APN-Rollen wird international beschrieben, dass ein begleiteter Implementierungsprozess für das gesamte Team als augenöffnend und als eine innovative Lernerfahrung im interprofessionellen Team bewertet wurde. Weiter wurde eine Verbesserung der Rollenverteilung in der Pflege durch die Neuaufteilung der Rollen des Pflegemanagements, die sich während des Implementierungsprozesses entwickelt, beschrieben (Jokiniemi et al., 2021). Die Unternehmenskultur wird von Führungspersonen maßgeblich geprägt. Die Gesundheitseinrichtungen sind traditio-

nell sehr hierarchisch geprägt und werden dies in naher Zukunft auch nicht aufgeben. Dennoch legen Mitarbeitende zunehmend Wert auf Transparenz, Beteiligung, Selbstverantwortung und herausfordernde Aufgaben. Sie streben nach Sinn, Zuwendung, Entwicklung und Anerkennung. Die Veränderung beginnt bei den Führungspersonen selbst, d. h. erfolgreiche Führungspersonen sind gefordert, ihre eigene Haltung und ihre Führungsstile zu reflektieren und weiter zu entwickeln (Matzke, 2018). Die komplexen Herausforderungen können gemeinsam besser gemeistert werden. Das Pflegemanagement ist gefordert, mit hoher Fachkompetenz als Generalist vor Ort sichtbar und präsent zu sein, in stetiger Beziehungsarbeit mit allen Mitarbeitenden zu stehen und als authentisches Vorbild für Entwicklung in der Organisation unterwegs zu sein (ebd.).

Moderation von Ressourcen und Konflikten

Die Sorge vor Unruhe im Unternehmen ist eine weitere Herausforderung. Die Implementierung der Pflegeexperten APN erfordert eine sorgfältige Moderation von Ressourcen und Konflikten. Es ist wichtig, dass das Management proaktive Maßnahmen ergreift, um potenzielle Konflikte frühzeitig zu erkennen und zu lösen. Ein integrativer Ansatz, der alle Beteiligten einbezieht, kann dazu beitragen, eine harmonische und produktive Arbeitsumgebung zu schaffen. Überlegungen hinsichtlich zukünftiger Aufgaben- und Handlungsfelder sollten bereits gemeinsam vor Aufnahme mit der Interessierten Pflegefachperson für einen Masterstudiengang mit dem Top-Management bzw. der Führungsperson getroffen werden, damit eine bedarfsgerechte Spezialisierung im Studium weiterverfolgt werden kann (Betroffene zu Beteiligten machen!). Eine enge Kommunikation zwischen den akademisierten Pflegeexperten APN und Führungspersonen auf Augenhöhe – verbunden mit Transparenz, Aufbau von Strukturen, Geduld und einer vertrauensvollen Zusammenarbeit – wird als Garant für die Implementierung neuer Berufsbilder in der Pflege angesehen (Blanck-Köster, 2017).

Kontextfaktoren für die Implementierung von Pflegeexperten APN

1. **Zielklarheit:** Ein klares Verständnis der Ziele und Erwartungen an die Pflegeexperten APN sind unerlässlich. Alle Beteiligten müssen wissen, was erreicht werden soll und welche Schritte dafür notwendig sind, Betroffene zu Beteiligten zu machen.
2. **Changemanagementprojekt:** Die Implementierung der Pflegeexperten APN sollte als umfassendes Changemanagementprojekt betrachtet werden. Ein systematischer Ansatz und professionelle Changemanagement-Methoden sind entscheidend für den Erfolg. Es ist unerlässlich, die Aspekte des Veränderungsmanagements wie Beteiligungsverfahren oder eine Bedarfs- und Nutzenanalyse rechtzeitig miteinzubeziehen. Kenntnisse zum Change-Management spielen eine erhebliche Rolle – und auch die Akteure aus dem ärztlichen Dienst müssen miteinbezogen werden (Blanck-Köster, 2017).
3. **Lernprozess:** Die Einführung von Pflegeexperten APN ist ein unumkehrbarer Lernprozess. Es erfordert die Bereitschaft, kontinuierlich zu lernen und sich weiterzuentwickeln.

Erfolgsfaktoren

Die erfolgreiche Implementierung hängt von mehreren Faktoren ab:

- **Reife der Organisation:** Die Organisation muss bereit für die Veränderung sein. Es müssen geeignete Voraussetzungen geschaffen werden, um den Wandel zu ermöglichen.
- **Richtige Personen:** Personen mit der notwendigen Vision, Changemanagement-Kompetenz und Durchhaltevermögen sind entscheidend. Diese Personen müssen in der Lage sein, Lösungen zu entwickeln und den Widerstand auszuhalten.
- **Leadership-Kompetenz:** Führungspersonen müssen über akademische und Leadership-Kompetenzen verfügen. Sie müssen in der Lage sein, ihre Vision zu kommunizieren und die Mitarbeitenden zu motivieren. Sehr allgemein umfassen Leadership- und Managementkompetenzen die Kenntnisse, Fähigkeiten und Eigenschaften sowie die damit verbundenen Werte, Motivationen und Einstellungen, die Managerinnen und Manager benötigen, um Experten und Expertinnen auf ihrem Gebiet zu sein und effektiv und nachhaltig zu arbeiten (Schrems & Pfabigan, 2019).
- **Finanzielle Ressourcen:** Ausreichende finanzielle Mittel sind notwendig, um die Implementierung zu unterstützen und langfristig zu sichern.
- **Commitment des Top-Managements:** Das Engagement des Top-Managements ist entscheidend. Es müssen gemeinsame Ressourcen und Risiken identifiziert und geteilt werden.
- **Facilitation:** Die Begleitung durch erfahrene Facilitator (Personen, die befähigen und begeistern) kann den Prozess unterstützen und beschleunigen. Die internen Multiplikatoren sind zu identifizieren und zu empowern.

Begleitprozesse während der Implementierung

- **Austausch mit anderen Organisationen:** Der Austausch mit anderen Krankenhäusern und Institutionen, die bereits Erfahrungen mit der Pflegeexperten APN haben, liefern wertvolle Erkenntnisse und Kontakte zu Vorbildern, die über Netzwerke aufgebaut bzw. vertieft werden (Blanck-Köster, 2017). Die gegenseitigen Hospitationen in den Unternehmen und andere Austauschformate sind ein wesentlicher Faktor, der Vorbehalte und Unsicherheiten von Einzelnen und Personengruppen/Teams reduziert und die erweiterten Kompetenzen und Aufgabenfelder sichtbar bzw. erlebbar machen. Verständnis wird geschaffen und ein aktiver Austausch mit den direkten Beteiligten kann erfolgen.
- **Qualifizierungsmaßnahmen:** Fortlaufende Schulungen und Qualifizierungsmaßnahmen für alle Beteiligten sind unerlässlich.
- **Vision und Stakeholder-Beteiligung:** Eine klare Vision und die Beteiligung aller Stakeholder sind entscheidend. Vertrauen und Transparenz müssen gefördert werden.
- **Stufenweise Umsetzung:** Die Implementierung sollte stufenweise erfolgen, um den Übergang zu erleichtern.

- **Outcome-Messung:** Die Messung des Outcomes in finanziellen Begriffen ist entscheidend, um die Wirtschaftlichkeit von dem Einsatz einer APN-Rolle nachzuweisen.

Professionalisierung

Die Einführung der beruflichen pflegerischen Rolle der Pflegeexperte APN und Pflegeexpertin APN trägt zur Professionalisierung der Pflege bei:

- **Versorgungsqualität:** Die Qualität der Patientenversorgung kann durch die spezialisierte Kompetenz und Versorgungsangebote gesteigert werden.
- **Kompetente Mitarbeitende:** Die Förderung von lebenslangem Lernen und die Entwicklung kompetenter Mitarbeitender sind entscheidend.
- **Qualitätssteigerung:** Eine kontinuierliche Qualitätssteigerung ist notwendig, um wettbewerbsfähig zu bleiben.
- **Leistungsfähigkeit und Innovationskraft:** Die Leistungsfähigkeit und Innovationskraft des Krankenhauses werden durch die Pflegeexperten APN gestärkt und Wachstum ermöglicht.

Schlussfolgerung

Es ist Zeit, herkömmliche, tradierte Versorgungsstrukturen und Arbeitsprofile im Gesundheitswesen neu zu organisieren. Ein sich zuspitzender Engpass an Arbeitskräften und Fachpersonal in einer expandierenden Gesundheitsbranche erzeugt Handlungsdruck bei allen Verantwortlichen. Die politische Weichenstellung muss es ermöglichen, auf gesetzlicher Grundlage Kompetenzen und Verantwortungsbereiche der Gesundheitsberufe neu aufzustellen. Das bedarf Branchenkenntnis, Mut und Weitblick, die Zeichen der Zeit zu erkennen und zukunftssträchtige Lösungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit zu entwickeln und zu realisieren, auch über temporär befristete Modellversuche hinaus. Die fortschreitende Akademisierung der Gesundheitsberufe hat auch in Deutschland die Voraussetzungen dafür bereits geschaffen. Ein gesetzlicher Rahmen, der mit einem „APN-Gesetz“ angekündigt ist, muss jetzt folgen.

Im Krankenhaus bringt die Einführung der Pflegeexperten APN und Pflegeexpertin APN auch signifikante Vorteile

für alle Managementebenen – kaufmännische Leitung, medizinische Leitung und pflegerische Leitung. Diese Rolle ermöglicht eine umfassende Optimierung der Krankenhausprozesse und steigert die Qualität der Patientenversorgung. Auf der **Ebene der kaufmännischen Leitung** führt die Integration von Pflegeexperten APN zur deutlichen Kostenreduktion und Effizienzsteigerung. Durch die spezialisierte Pflege und Betreuung können Krankenhausaufenthalte verkürzt und Wiederaufnahmen reduziert werden und dies führt zur Reduzierung der Betriebskosten. Zudem können Pflegeexperten APN Aufgaben- und Tätigkeitsfelder übernehmen, die bisher von Ärzten durchgeführt wurden, wodurch die Arbeitslast besser verteilt und die Effizienz gesteigert wird. Die Implementierung der neuen pflegerischen Berufsrolle amortisiert sich durch verbesserte Patientenergebnisse und reduzierte Kosten. Darüber hinaus machen innovative und evidenzbasierte Pflegekonzepte Krankenhäuser attraktiver für Investoren und Fördermittelgeber. Für die **medizinische Leitung** bedeutet die Etablierung von Pflegeexperten APN eine erhebliche Verbesserung der Patientenversorgung. Diese bringen spezialisierte Kenntnisse und Fähigkeiten ein, so dass die Qualität der Behandlungen erheblich erhöht und das Leistungsspektrum erweitert bzw. nachhaltig gesichert werden kann. Diese gewährleisten eine kontinuierliche und umfassende Betreuung der Patienten. Folglich wurde die

Ergebnisqualität der Versorgung verbessert und eine qualitative Fortführung des Leistungsangebotes über die Sektorengrenzen mit unterstützt. Die enge Zusammenarbeit zwischen allen beteiligten Akteur*innen fördern zudem eine ganzheitliche und koordinierte Versorgung der Patient*innen. Die Übernahme der heilkundlichen Tätigkeiten durch qualifizierte Pflegefachpersonen bietet Chancen, die Versorgungsangebote attraktiver und effektiver sowohl für Leistungserbringer und Leistungsempfänger auszugestalten und zu erbringen. Neue Formen der Zusammenarbeit und der Verantwortungsübernahme entstehen und ermöglichen, dass die fachlichen Potenziale einzelner Mitarbeitenden sinnstiftend und zielgerichtet eingesetzt werden. Dies steigert die Mitarbeiterzufriedenheit, -bindung und ggf. -gewinnung und ist ein positiver Beitrag für das gesamte Unternehmen. Die Unternehmenskultur und -entwicklung werden positiv beeinflusst, da die gemeinsamen Werte der Zusammenarbeit auch das Wachstum des gesamten Krankenhauses / Versorgungseinrichtung beeinflussen können. Das **Pflegemanagement** profitiert durch die Einführung der Pflegeexperten APN. Diese leisten einen starken Beitrag zur Professionalisierung und Weiterentwicklung der Pflege. Neue Karrierewege werden für hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen geschaffen und leisten einen wichtigen Beitrag zur lernenden Organisation. Dies trägt zur Mitarbeiterbindung und -motivati-

on bei. Pflegeexperten APN fördern eine Kultur des kontinuierlichen Lernens und der Weiterentwicklung im Pflegeberuf. Zudem bringen Pflegeexperten APN innovative Ideen und Best Practices in die Pflege ein, was die Innovationskraft und die Anpassungsfähigkeit des Pflegefachpersonals stärkt und neue Versorgungsangebote können entstehen. Zusammenfassend hat die systematische und nachhaltige Etablierung von Pflegeexperten APN in der deutschen Gesundheitsversorgung das Potenzial, nicht nur die Qualität der Versorgung erheblich zu steigern, sondern auch zur langfristigen Stabilität und Wettbewerbsfähigkeit der Organisationen beizutragen. Ein kooperativer Ansatz, der alle Beteiligten miteinbezieht, und die kontinuierliche Unterstützung durch qualifizierte Führungspersonen und finanzielle Ressourcen sind die entscheidenden Schlüsselfaktoren für den Erfolg dieses Prozesses. Die Einführung der APN-Rolle in deutschen Krankenhäusern ist ein bedeutendes und anspruchsvolles Unterfangen. Die wesentlichen Erfordernisse sind: eine klare Vision, starke Leadership-Kompetenzen, ausreichende finanzielle Ressourcen und eine Kultur der Zusammenarbeit. Mit einem systematischen Ansatz und einem engagierten Top-Management kann die Implementierung erfolgreich gestaltet werden und zu einer nachhaltigen Verbesserung der Patientenversorgung führen und ein Wachstum für das gesamte Krankenhaus bedeuten.

„Störfall Pflegekammer“

Bildungspolitische Reflexion zur systematischen Verhinderung von Pflegekammern in Deutschland

MICHAEL BOSSLE

PASCALE HILBERGER-KIRLUM

Prof. Dr. Michael Bossle,
MSc., Dipl. Pflegepädagoge
(FH)
Gründungsdekan der
Fakultät Angewandte
Gesundheitswissenschaften
Studiengangleitung Master
Berufspädagogik (M.Sc.)
TH Deggendorf
michael.bossle@th-deg.de

Pascale Hilberger-Kirlum,
Pflegepädagogin (B.A.)
Referentin für Pflege- und
Verbandspolitik
Verband der Schwestern-
schaften vom DRK e.V.
P.Hilberger-Kirlum@drk.de

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit beruflichen, politischen, historischen und pädagogischen¹ Beschwerden rund um das Thema Einrichtung von Landespflegekammern in der Bundesrepublik. Insbesondere die bayerische Situation wird exemplarisch mittels der pädagogischen Kategorien zum politischen Aktionswissen nach Giesecke (1976) näher beleuchtet, um aufzuzeigen, dass Pflegekammern mangels fehlendem politischen Willen heraus verhindert werden und sich darüber hinaus einzelne beruflich Pflegende zum Zwecke des jeweiligen politischen Willens instrumentalisieren lassen. Es wird die These entwickelt, dass ein zentraler Kammer-Baustein, die verpflichtende Pflichtmitgliedschaft, bundesweit zu längst überfälligen tektonischen Verschiebungen im derzeitigen System der Gesundheits- und Pflegepolitik führen würde.

1. Hinführung zum Thema

In der seit einigen Jahren Fahrt aufnehmenden Debatte um die Professionalisierung des Pflegeberufs taucht spätestens mit der theoretischen Einordnung nach berufssoziologischen Kriterien die Frage nach der Selbstbestimmung und -kontrolle der Professionsangehörigen auf. Unabhängig vom zugrunde gelegten Professionsbegriff² und dem der Pflege dadurch zugestandenem (Semi-) Professionsstatus³, gehört zum Prozess der Professionalisierung auch die individuelle Herausbildung eines (berufs-) politischen Selbstverständnisses.⁴ Im Rahmen der Charakterisierung mit Hilfe von Professionsmerkmalen sind institutionalisierte Pflegekammern als wesentlicher Ausdruck der Selbstverwaltung des Berufsstand zu sehen.⁵ Erst dadurch sind die Voraussetzungen geschaffen, dass den Berufsangehörigen konkretes politisches Handeln, Partizipation und Mitwirkung an politischen Prozessen

ermöglicht wird.⁶ Im Umkehrschluss wird ohne ein bekanntermaßen mächtiges Selbstverwaltungsorgan, wie eine Berufskammer, die gleichberechtigte Teilhabe am politischen Prozess verhindert beziehungsweise im Hinblick auf die wirkmächtige Gemengelage der Mitplayer verweigert.

Ziel des Aufsatzes ist, zu zeigen, dass dringend für eine notwendige und längst überfällige politische Sensibilisierung der Berufsgruppe geworben werden muss. Sie neigt aufgrund von Zersplitterungstendenzen⁷ dazu, sich politisch leicht instrumentalisieren zu lassen. Anhand ausge-

1 Es sollen hierzu auch grundlegend Argumente für eine „Pflegedidaktik der politischen Bildung“ entwickelt werden. Dies ist kein erkenntnisleitendes Motiv für diesen Aufsatz. Vielmehr werden Konsequenzen aus den Kategorien Gieseckes (1976) hergeleitet.

2 Vgl. Oevermann 1996

3 Siehe auch Etzioni 1969

4 Vgl. Linseisen 2018, S. 41f

5 Vgl. Kellnhauser 2014: 39

6 Siehe auch Kuhn (2016)

7 Vgl. Kellner (2022)

wählter Kategorien des Aktionswissens zur politischen Bildung nach Giesecke (1976) wird sowohl eine Ursachenanalyse betrieben, als auch ein Plädoyer zur politischen Bildung der Berufsgruppe Pflege entfaltet.

2. Problemaufriss

2.1 Neuere Pflegekammergeschichte in Deutschland

In der neueren Entwicklungsgeschichte der Pflegekammern in Deutschland zeigt sich, dass der eingeschlagene Weg zwar mühsam und von großen Widerständen geprägt, in Teilen aber auch erfolgreich ist. Dies korrespondiert mit der internationalen Genese in den anglophonen Ländern.⁸ Auffallende Gemeinsamkeit der nationalen wie internationalen Gründungshistorie von Pflegekammern ist, dass, hier wie dort, über viele Jahre das berufspolitische Engagement einzelner, häufig weiblicher, Berufsangehöriger die Initiation gebildet hat. Meist gegen den zum Teil hartnäckigen Widerstand von Vertretern der Politik, anderer Berufsgruppen und Lobbygruppen, sowie der eigenen Berufsgruppe.⁹ Es handelt sich demnach gleichermaßen um eine Geschichte des Widerstands, wie auch der Emanzipation.

In der Gesetzgebung hierzulande wird die Einrichtung von Berufskammern in der Zuständigkeit der Länder verortet.¹⁰ Die älteste Pflegekammer findet sich in Rheinland-Pfalz, wo es bereits 2014 zur einstimmigen Verabschiedung eines neuen Heilberufegesetzes und in der Folge 2015 zur Einberufung des Gründungsausschusses kam. Die erfolgreiche Pionierarbeit wirkt bis heute fort.

Chronologisch folgte im Jahr 2015 in Schleswig-Holstein die landespolitische Entscheidung für die Errichtung einer Kammer für Pflegeberufe.¹¹ Im Nachbarbundesland Niedersachsen schuf der Gesetzgeber 2016 ein eigenes Kammergesetz für die Heilberufe in der Pflege.¹² Beide Selbstverwaltungsorgane wurden von Seiten des Landesgesetzgebers nach Regierungswechseln aufgelöst.¹³

Im bevölkerungsstärksten Bundesland Nordrhein-Westfalen trat im Juni 2020 das Gesetz zur Errichtung einer Pflegekammer in Kraft. Die erfolgreich durchgeführte erste Kammerwahl Ende

2022 bildete den Auftakt zur weiteren Aufbauarbeit, die bis heute erfolgreich fortgeführt wird.

Als fünftes Bundesland machte sich Baden-Württemberg schon 2015 auf den Weg, nachdem die Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“ eine entsprechende Handlungsempfehlung ausgesprochen hatte. Im Koalitionsvertrag 2016 verständigten sich die Regierungsparteien darauf, bei Vorliegen eines positiven Votums nach einer repräsentativen Umfrage unter organisierten Pflegekräften, die Initiierung einer Pflegekammer voranzutreiben.¹⁴ Am 10. Juni 2024 erklärte das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration das Quorum zur Errichtung einer Pflegekammer für verfehlt.¹⁵ Der politische Versuch, mittels eines vorgeschalteten Quorums eine deutlichere Legitimation zu erreichen, kann als gescheitert bezeichnet werden.

Auf die Historie in Bayern wird unter Punkt 3.1 Konflikt näher eingegangen.

2.2 Politische Bildung nach Giesecke (1976) als Argumentationslinie

Aufgrund der Herausforderung, dass das Thema der Verhinderung von Pflegekammern auch das Thema einer verhinderten oder sich verhindernden Profession Pflege („Helden der Selbstverweigerung“¹⁶) ist, sind insbesondere Bildungsfragen relevant, wie die Berufsgruppe zur echten Profession Pflege wird, (weiter) werden kann oder, wie sie bereits als eine solche erscheint¹⁷.

Demzufolge geht es uns auch um die Frage, wie dieser nächste Schritt aussehen kann. Der Blick in die Geschichte macht deutlich, dass die Bildungsfrage diejenige ist, die Ursache und Lösungsweg zugleich ist. Wie können beruflich Pflegende also für die politische Frage sensibilisiert werden, denn es sind die Fragen der eigenen Berufsgruppe. Wie können sie zur Mitsprache aufgefordert werden, denn es ist die Frage des Demokratieprinzips. Als Zugangsweg wird in unserem Beitrag deswegen der Rahmen der politischen Bildung gewählt, oder, genauer gesagt, die Forderung und Notwendigkeit einer politischen Pflegebildung aufgeworfen¹⁸.

Theoretisch gerahmt wird unser Vorgehen durch das Analyse- und

Synthesekonzept „Aktionswissen und Kategorien der Konfliktanalyse“ nach Hermann Giesecke (1976)¹⁹. Es betont insbesondere Demokratiebewusstsein sowie das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland. Sein Werk ‚Didaktik der politischen Bildung‘, das erstmals 1965 erschien, hat nichts an Aktualität eingebüßt was Prinzipien politischer Bildung angeht und gilt zurecht weiterhin als Grundlagenwerk²⁰. Didaktik der politischen Bildung ist in zehn Auflagen erschienen, letztmals 1976.

Das Demokratiekonzept als Bildungsaufgabe muss immer auch in bestehenden gesellschaftlichen und politischen Verhältnissen im Gegensatz zu funktional-theoretischen Ansätzen wie bei Parsons gesehen werden, in denen es um Funktionalität und Dysfunktionalität geht²¹. Insofern stehen sich auch unterschiedliche soziologische Denkungsarten gegenüber, die sich entweder mit einer Systemfrage beschäftigen oder eben funktionalen Logiken (hier: Funktionalität und Dysfunk-

8 Vgl. Kellnhauser 2015: 262ff

9 Vgl. Kellnhauser ebda

10 Eine tiefergehende, bundesländerspezifische Analyse ist nicht Zielsetzung dieses Textes.

11 Vgl. Lücke 2020

12 Vgl. Pflegekammer Niedersachsen 2020

13 Auflösung in Schleswig-Holstein im Jahr 2021 nach einer Vollerwahl der Mitglieder, in der Hochphase der Coronapandemie. In Niedersachsen beschloss die Landesregierung eine Evaluation der Kammer nur zwei Jahre nach deren Gründung und entschied 2020 nach einer Online-Vollerwahl der Mitglieder (Teilnahmequote 20%) die Abwicklung der Pflegekammer. In beiden Bundesländern zeigt sich ein ähnliches Muster in der Abwicklungsstrategie.

14 Koalitionsvertrag zwischen Bündnis 90/Die Grünen und CDU 2016–2021: Baden-Württemberg gestalten: Verlässlich. Nachhaltig. Innovativ. S. 88

15 Vgl. Pressemitteilung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg

16 Parnack 2021

17 Zur berufssoziologischen Bestimmung siehe auch Weidner 2011 und Gerlach 2013

18 Vgl. Bossle 2016: hier wurde auch die Bedeutung des Diskurses für die Manifestation politischer Entscheidungen näher betrachtet und spezifisch für Pflege-Lehrpersonen ausgeleuchtet

19 Giesecke 1976: 159ff

20 <http://www.hermann-giesecke.de/poldi.htm> (Zugriff vom 25.9.24)

21 Vgl. Giesecke 1976: 124f

22 In sich mehr und mehr ausdifferenzierenden Gesellschaften ist eine ausschließlich linear-funktionale Sichtweise jedoch nur noch bedingt als zeitgemäß anzusehen. Insofern konkurrieren in der Debatte um Demokratisierung auch diese unterschiedlichen soziologischen Konzepte, hier systemisch (komplex) versus funktional (einfach), beide können sich aber auch ergänzen.

tionalität²²) anhängen. Für die bayerische Entwicklungslinie (wie auch für andere gescheiterte Pflegekammergeschichten) darf bereits hier die Hypothese angeführt werden, dass eine selbstbestimmte und sich selbst bestimmende Berufsgruppe der Pflegenden eine Störung und Dysfunktionalität des *derzeit* bestehenden Logikzusammenhangs wie gesundheitliche und pflegerische Versorgung rechtlich, organisatorisch und disziplinarisch aufgebaut ist, darstellen würde.

Mit Giesecke gesprochen, kann die Initiative in Berufspolitik und Bildung für eine Pflegekammer mit verpflichtender Mitgliedschaft somit auch als längst überfälliges systemisches *Demokratisierungsprojekt* angesehen werden, da sie sich als

„Aufgreifen der fortschrittlichen Implikationen des Grundgesetzes selbst“²³

verstehen lässt.

In diesem politischen Aushandlungs- und Diskursfeld bewegt sich demnach auch die berufliche Pflege auf der Suche nach Formen, Möglichkeiten und Barrieren der Artikulation, Organisation und Wahrnehmung ihrer spezifischen Interessen.²⁴

Die Ausgestaltung sozialstaatlicher Prinzipien geschieht wiederum über Aushandlungsprozesse auf politischer und gesellschaftlicher Ebene. In diesem Verständnis ist das Politikfeld Pflege zu verstehen, als

„Teil der sozialstaatlichen Leistungen, der verschiedenen Gesetzgebungsbereiche, vielfältige[r] Akteure und Träger und zahlreicher, ganz unterschiedlicher Betroffener“.²⁵

Politische Bildung setzt mit Giesecke eine konkrete Analyse einer konfligierenden politisch-gesellschaftlichen Sachlage voraus. Zur Bearbeitung dieses Konflikts schlägt er die Initiative hin zum „Aktionswissen“ und sogenannte „Kategorien der Konflikt-Analyse“ vor²⁶. Im Folgenden werden dazu ausgewählte Kategorien näher vorgestellt.

3. Merkmale und (ausgewählte) Kategorien der Konfliktanalyse nach Giesecke

Giesecke spricht davon, dass ein Zustand des allgemein politischen Bewusstseins hin zu einer konkreten Anwendung kommen muss. Dazu bedarf es Kenntnis und eine Analysefähigkeit der konkreten kon-

fligierenden oder zu verändernden Situation. Um diese zu operationalisieren bedarf es eines systematischen Vorgehens.

Giesecke schlägt dazu folgende Kategorien zur Konfliktanalyse vor²⁷:

Konflikt²⁸, Konkretheit, Geschichtlichkeit, Macht, Recht, Interesse, Solidarität, Mitbestimmung, Funktionszusammenhang, Ideologie und Menschenwürde.

3.1 Konflikt

Zuerst muss der Konfliktcharakter selbst „aufgedeckt und material“ gezeigt werden. Konflikte können „latenten“ oder „manifesten Charakter“ haben. Er muss unter geschichtlicher Perspektive erkannt sein und verstanden werden²⁹.

In unserem Fall spielt hierzu einerseits die Betrachtung der Berufsgruppe im Sinne des Frauenberufs Pflege³⁰ eine besondere Rolle. Beispielhaft (und in aller Kürze) seien hier gesellschaftliche Diskurse rund um eine benachteiligende Stellung der Frau in der Nachkriegsgesellschaft der Bundesrepublik, die Weniger-Wertschätzung von Arbeit in Familie und Häuslichkeit oder aktuell die Diskurse um den sogenannten Gender-Pay-Gap in der Debatte um die Entlohnung sogenannter Care-Arbeit erwähnt³¹. Andererseits sind dabei politische Konzepte, die patriarchalen Vorstellungen von Gesellschaften Platz und Macht beimessen, sowie dementsprechende Partikularinteressen unterstützen, um diese gesellschaftliche Idee zu manifestieren, entscheidend.

Giese (2019) hat mit den Unterdrückungsformen nach Iris Marion Young auch aus einer aktuell feministischen Perspektive berufsethisch, -politisch und soziologisch gezeigt, dass für die Berufsgruppe der beruflichen Pflege durchaus vergleichbare Randständigkeit erzeugt werden, wie für sonstige gesellschaftliche Randgruppen (siehe auch 3.3 Macht).

Für die berufliche Pflege in Deutschland beschreibt Anne Kellner (2011) in der Genese des Pflegeberufs die Fremdbestimmungsdiskurse der theologischen Zuschreibungen (Aufopferung, Hingebung, Nächstenliebe, Geduld und Gehorsam) sowie darauffolgend den der medizinischen Fremdbestimmung (unhinterfragte Unterordnung unter die ärztliche Ägide, zu viel Bildung schadet der Pflege, Pflege als Arztassistentz).

Seit Beginn der Ökonomisierungswelle im Gesundheitswesen (ökonomische Fremdbestimmung) gilt mehr denn je, dass auch – wie in den anderen Phasen der Fremdbestimmung der deutschen Pflege – die Pflege als Sparkonzept gesellschaftlich überformt wird und damit als prekäres Feld erscheint. Überforderung, Berufsflucht und das als Moral Distress (Klotz und Riedel 2023) bekannte pathogene Risiko beruflich Pflegenden sind damit an der Tagesordnung, oder wie Anne Kellner es pointiert formuliert

„Die deutsche Pflege ist krank“³².

Folgt man Giesecke, so lassen sich

„epochale latente Konflikte nur im Kontext historischer Reflexion ermitteln“³³. Eine solche epochale Konfliktlinie in der bayerischen Pflegekammergeschichte beginnt im Herzen der Demokratie, im Bayerischen Landtag.

Der kleine Koalitionspartner (FDP) der Regierungspartei (CSU) setzte trotz des medienwirksamen Vorstoßes des zuständigen Ministers Dr. Markus Söder, der am 9. Februar 2011 mit den Berufsverbänden das „Bündnis für Pflegekammer“ geschlossen hatte, die Streichung des Themas von der Tagesordnung durch. Der Nachfolger im Amt des Gesundheitsministers macht eine Weiterverfolgung des Themas von der Compliance der Berufsgruppe abhängig, im Übrigen ein Phänomen, das auch in anderen Bundesländern zu beobachten ist. Eine in Auftrag gegebene „Befragung beruflich Pflegenden zur Einrichtung einer Pflegekammer in Bayern“ kam laut Abschlussbericht zum Ergebnis, dass 50% der Befragten eine Pflegekammer befürworten, 34% lehnten diese ab.³⁴ Eine weitere Konfliktlinie tat sich auf, als trotz dieses klaren Votums pro Pflegekammer,

23 Giesecke 1976: 131

24 Rudolph & Schmidt 2019: 8

25 Rudolph & Schmidt 2019: 72

26 Giesecke 1976: 159

27 Giesecke 1976: 161ff

28 Die hier hervorgehobenen Kategorien werden im Beitrag fokussiert. Die Auswahl erfolgte auf Grund der Zielrichtung des Beitrags und Relevanz für das Thema Pflegekammer durch die Autoren.

29 Giesecke 1976: 162

30 Exemplarisch dazu Kolling (2023) und Kellner (2023)

31 Exemplarisch dazu Remmers (2018) und Scheele (2019)

32 Vgl. Kellner 2011

33 Giesecke 1976: 162

34 Vgl. Büker & Lademann 2013

die folgende Gesundheitsministerin Melanie Huml einen Runden Tisch einberief und die dort versammelten Arbeitgeber-/Träger- Wohlfahrts- und Berufsverbände, sowie weitere Interessensgruppen beauftragte, eine *Alternative* zu einer Pflegekammer zu konzipieren. Die Berufs- und Pflegefachverbände konnten als Minderheit in diesem Gremium und gegen den politischen Willen die Einrichtung einer Kammer nicht durchsetzen. Somit beschloss die Bayerische Staatsregierung den sogenannten „Pflegering“ und im April 2017 trat, trotz des massiven Widerstandes aus der Berufsgruppe³⁵, das Pflegendenvereinigungs-gesetz in Kraft, zur Einrichtung der „Vereinigung der Pflegenden in Bayern“³⁶, als einer freiwilligen Organisation ohne Kammerbefugnisse oder -elemente.

Die Konkretisierung dieser Konfliktlinie setzt sich bis heute fort, da sowohl der Dachverband der Pflegefach- und Berufsverbände in Bayern (Bayerischer Landespflegerat – BLPR), als auch die Vertretung der pflegewissenschaftlichen Hochschulen (Landesdekane- Konferenz Pflegewissenschaft Bayern), nachdrücklich auf den enormen Reformbedarf³⁷ der VdPB hinweisen, insbesondere auf Grund der fehlenden Pflichtmitgliedschaft. Auch ein vom zuständigen Ministerium³⁸ beauftragtes Gutachten³⁹ bestätigt die mangelnde Wirksamkeit des bayerischen Sonderweges in seiner bestehenden Form. Dieser Sonderweg führte zu einer Spaltung und in Teilen zur Instrumentalisierung der Berufsgruppe, da einzelne Pflegenden die Notwendigkeit der Pflichtmitgliedschaft als weniger relevant ansahen, als deren eigene Partikularinteressen⁴⁰.

Dessen ungeachtet hält der Gesetzgeber an dieser Sonderlösung fest, die sich auf Grund des fehlenden Status einer echten berufsständischen Selbstverwaltungsorganisation was Wirkmacht, intraprofessionelle Legitimation und Verortung im bayerischen Heilberufes-Kammergesetz anbelangt, als nicht anschlussfähig erweist.⁴¹

In dieser Sachlage wird nach Giesecke ein „*interessegeleitetes politisches Verhalten*“ deutlich, indem

„*der Konfliktcharakter möglichst verschleiert werden soll*“.⁴²

Deutlich wird an der rekonstruktiven Darstellung, welcher Art die Interessenlagen der beteiligten Akteure sind,

insbesondere derjenigen, die eine Kammer stringent ablehnen: die Gefahr, es zukünftig mit einer selbstbestimmten Berufsgruppe zu tun zu haben.

Fakt ist, die Entscheidung, welcher Weg zur Stärkung der Mündigkeit⁴³ der Pflegeberufe und zur Sicherung des Gemeinwohls eingeschlagen wird, ist zwar ausschließlich politischer Natur, dennoch lassen sich daran auch Einfluss und Macht (siehe 3.3.) starker Lobbygruppen im Gesundheitswesen ablesen.

3.2 Geschichtlichkeit

Geschichtlichkeit ist eine wichtige Kategorie, um derzeitige politische Auseinandersetzungen und Meinungen zu verstehen und einen eigenen Standpunkt zu entwickeln, oder mit Giesecke gesprochen:

„*keine wesentliche politisch-gesellschaftliche Streitfrage unserer Tage ist begreifbar ohne diesen historischen Aspekt*“.⁴⁴

Für die deutsche(n) Pflege(n) gilt es dementsprechend ein Geschichtsbewusstsein zu entwickeln, das klar macht, dass besagte Stellung der Frau in der deutschen Gesellschaft und die dazugehörige Geschichte des Pflegeberufs Hand in Hand gehen.

Die gesellschaftliche Konstruktion des Pflegeberufs als Sparkonzept⁴⁵ sowie die Kenntnissnahme latent fortdauernder Zersplitterungstendenzen im Beruf, e.g. ordensgebundene Konzepte versus weltliche, gelernte versus ungelernte, weibliche versus männliche, akademische versus nicht-akademische oder gewerkschaftliche versus berufsverbandliche, zeigen persistierende Konfliktfelder aus historischer Perspektive. Insbesondere die Ideengeschichte des Frauenberufs Pflege als weniger gebildete Mutter, die dem Pater Familia (Arzt) konsequent, unhinterfragt und gehorsam folgt, bilden Eckpfeiler für eine notwendige *kritische* und exemplarisch-gewendete *politische Bildung*. Eine solche kann nur aus historischen Betrachtungsweisen entwickelt werden. Pädagogisch müssen hierbei gegenwärtige⁴⁶ Widersprüchlichkeiten des Pflegealltags exemplarisch als Lernsituationen, –anlässe oder Ankerbeispiele genutzt werden, damit eine laufend-historische Ansichtsweise bei beruflichen Pflegepersonen kultiviert werden kann.

Dabei wird überdies deutlich, dass sich Pflegegeschichte, insbesondere die

Geschichte rund um die bundesweite Etablierung einer beruflichen Selbstverwaltung – im Sinne *echter Pflegekammern mit verpflichtender Mitgliedschaft* – inhaltlich immer auch als *Emanzipationsgeschichte und –prozess* lesen lässt. *Emanzipationsprozesse*, mit Giesecke gesprochen, materialisieren sich damit in *Emanzipationskämpfen*. Auch die politischen Verfassungen der Bundesrepublik stehen im Kontext eines historischen Emanzipationsprozesses, den sie aufgreifen und zum Teil in die Zukunft verlängern⁴⁷.

Es wundert historisch gesehen also nicht, dass die Geschichte zu Pflegekammern in der Bundesrepublik demzufolge größtenteils noch immer als *Verhinderungsgeschichte* erscheint, was wiederum am noch nicht abgeschlossenen Emanzipationsprojekt der beruflichen Pflege in Deutschland liegt. Gleichzeitig kann sie aber auch als *Verzögerungsgeschichte* gelesen werden, nämlich dann, wenn man sie ihren Pflichten und Möglichkeiten nach – sowie gemessen an politischen Verfassungen – mit bereits emanzipier-

35 Siehe hierzu u. a. <https://www.abendzeitung-muenchen.de/muenchen/der-pflege-aufstand-in-der-innenstadt-art-312126>; <https://bayerischer-landespflegerat.de/pflegedemo-2016/>; <https://bayerischer-landespflegerat.de/presse/pressemitteilungen/page/18/> (Zugriff vom 08.10.24)

36 Abkürzung: VdPB

37 Siehe hierzu BLPR 2023

38 Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention

39 Kienbaum Consultings Mai 2022 (bis heute unveröffentlicht)

40 An dieser Stelle entsteht auch das Narrativ der „Verweigerung“. Die Gruppe derjenigen Pflegenden, die an der berufssoziologisch begründeten Notwendigkeit der Pflichtmitgliedschaft festhielten (BLPR), werden seither als „ungehorsam“ gegenüber dem staatlichen Souverän und nicht als verantwortungsbeusst gegenüber der Berufsgruppe geframed, der fachliche und zivile Ungehorsam wird als Reaktanz diagnostiziert (siehe auch Expertenanhörung zur Änderung des Pflegendenvereinigungs-gesetzes am 19.3.24 im Bayerischen Landtag).

41 Beschluss des Bayerischen Landtags: Gesetz zur Änderung des Pflegendenvereinigungs-gesetzes, verabschiedet am 03.07.24. https://www.bayern.landtag.de/www/ElanText-Ablage_WP19/Drucksachen/Folgedrucksachen/0000002000/0000002425.pdf (Zugriff 10.10.24)

42 Vgl. Giesecke 1976: 161

43 Vgl. hierzu Vogler 2023

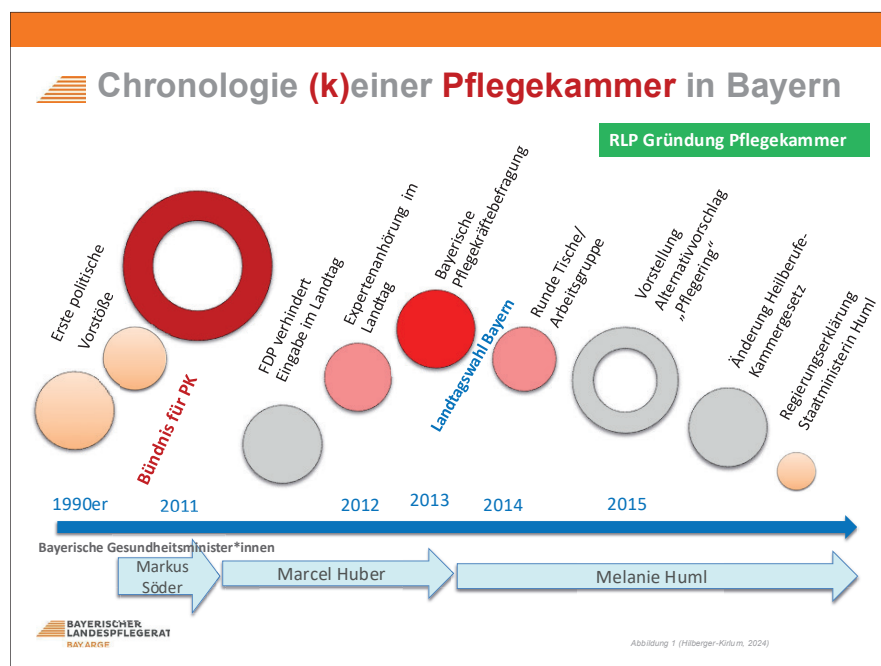
44 Giesecke 1976: 170

45 Vgl. u. a. Kellner 2011

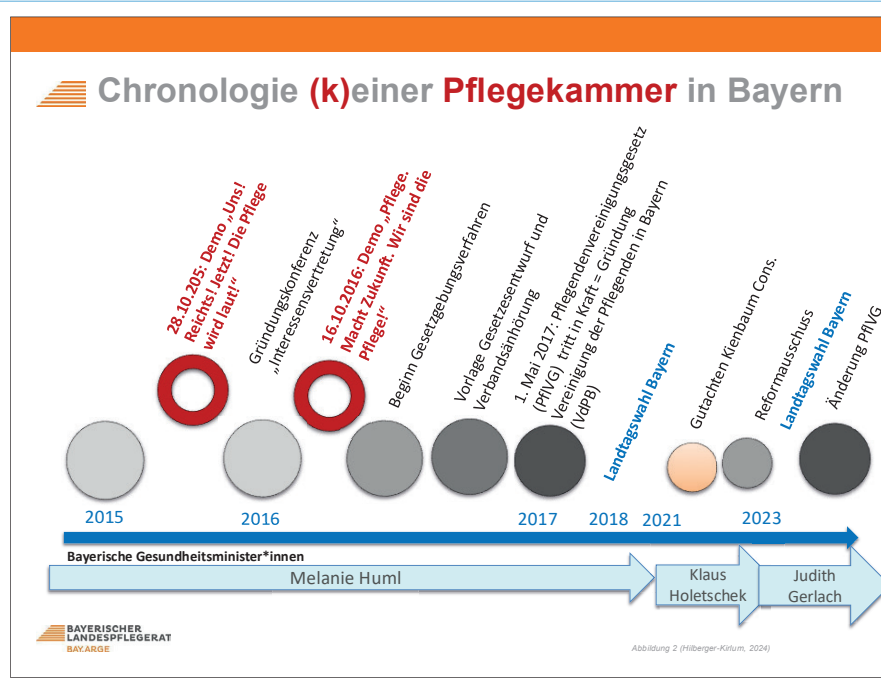
46 Mit Giesecke müssen diese immer gegenläufig gedacht werden, also nicht nur von gegenwärtig zu historisch, sondern auch von historisch zu gegenwärtig.

47 Giesecke 1976: 126

Abbildung 1 und 2: Chronologie der Bayerischen Verhinderungsgeschichte



Quelle: Hilberger-Kirlum, 2024



ten Berufsgruppen vergleicht, die diese Prozesse größtenteils, weil „männlich“ konnotiert, übersprungen haben beziehungsweise nie durchlaufen mussten⁴⁸ (siehe auch 3.3 Macht).

3.3 Macht

Folgt man Giesecke, so sind „politische Handlungssituationen immer auch durch konkrete Macht-Konstellationen definiert. Macht erhält den Status Quo einer Gesellschaft, Gegen-Macht verändert sie“⁴⁹. Weiter werden dort *Verteilung und*

Realisierungschancen von Macht sowie *Macht-Vermehrung* erwähnt⁵⁰.

Bereits unter 3.1 wurden Konfliktlinien beschrieben, die aufgrund interessegeleiteter Perspektiven machtpolitisch festgeschrieben wurden. Insbesondere für die bayerische Situation wurde deutlich, dass, was die *Machtverteilung* angeht, die Wirtschafts- und Trägerinteressen über denen der Berufsgruppe stehen, die für diese Träger arbeiten und die Dienstleistung erbringen oder anders formuliert:

„Nicht der Brauer bestimmt über seine Kunst, sondern allein der Wirt“⁵¹.

Es gälte an dieser Stelle weiter auszuholen, warum dies der Fall ist. Es lassen sich dazu Begründungen unter 3.2 Geschichtlichkeit finden, dass weibliche Pflegekunst weniger gilt als das männliche Kaufmannsgeschick, das aus *einfachen Tätigkeiten* wie „Drehen, Wenden, Sorgen, Reden“ das zählbare Salär für die Pflegekraft erwirtschaftet. Hieraus erklärt sich notwendigerweise auch der Rekurs auf die Pflegekunst sowie einer dringend eigenständigen Kompetenz⁵², vor allem deshalb, um beruflich Pflegende auch aus politischer Sicht dem alleinigen Blick einer Arbeitnehmenden in Einrichtungen zu entziehen.

Unbestritten begründet sich aus dieser Sicht einer einseitigen Arbeitnehmerlogik die Einflussgröße der Gewerkschaften, insbesondere der ver.di, die seit Jeher in der Kammer-Verhinderungsgeschichte eine der beruflichen Emanzipation widerstrebende Position einnimmt, auch aufgrund des Machterhalts der gewerkschaftlichen Position und aus Angst vor Mitgliederverlust⁵³. Da gewerkschaftlicher Einfluss in Einrichtungen nicht selten zu Beginn der Ausbildung auf Einzelne erfolgt, kann dieser Einfluss auch

48 Dazu Kuhn 2016:105: „Die Pflegekammer wird der fehlende Baustein zur Professionalisierung, wenn sie, um im Bild zu bleiben, den Charakter eines Grundsteins annimmt. Dieser Grundstein hat die Aufgabe die *Spezifika der Pflege* zum Ausdruck zu bringen (...) Es ist und bleibt darauf zu achten, zu den eigenen *Spezifika der Pflege* zu stehen (...) *Auf Augenhöhe mit den Medizinern stehen*, impliziert nicht, die professionelle Entwicklung der Ärzte unkritisch nachzuahmen.“

49 Giesecke S. 163

50 Giesecke ebda.

51 Vgl. Bossle 2016b

52 Vgl. §4 PflBG Vorbehaltsaufgaben, Teil 3 PflBG regelhafte Akademisierung und das PKG (Pflegekompetenzgesetz, das zumindest als Referentenentwurf zum Zeitpunkt des Verfassens des Aufsatzes vorlag)

53 Vgl. Kellner 2022

als langer, wenn eingeatmet, auch als intensiver Atem wahrgenommen werden.

Dass beruflich Pflegende grundsätzlich als Nicht-Selbstständige wahrgenommen werden, ist für Kammergegner ein Argument, dass die Prinzipien der Heilberufekammern auf beruflich Pflegende nicht anzuwenden seien. Demgegenüber stehen jedoch juristische Einschätzungen, welche die Zurechnung zu den *Freien Berufen* als nicht entscheidend für die Verkammerungsfähigkeit bewerten.⁵⁴

Die Berufsgruppe der Pflege nimmt damit in der politischen Logik der Funktionalität eine Rolle ein, die den Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern sowie ambulanten Versorgern als Arbeitnehmende zur Zielerreichung dient. Eine *Macht-Vermehrung* im Sinne einer beruflichen Selbstbestimmung, Kompetenzerweiterung und Eigenständigkeit für beruflich Pflegende stellt im Auge des (derzeit bestimmenden) politischen Betrachters eine dysfunktionale Logik dar. Gleiches gilt für die Selbstverwaltung des deutschen Gesundheitssystems mit dem G-BA⁵⁵ als ranghöchstem Gremium des deutschen Selbstverwaltungssystems. Eine Mitgliedschaft mit Antrags- und Stimmrecht würde hier einen Perspektivwechsel mit sich bringen und die Selbstverständlichkeit zur der Einbindung der größten Berufsgruppe im Gesundheitswesen deutlich machen.⁵⁶

*Pflegekammern mit verpflichtender Mitgliedschaft werden somit zum Störfall. Somit sind sie gleichzeitig bedroht, da Störfälle abzustellen sind.*⁵⁷

Im Sinne einer *Macht-Vermehrung* muss die berufliche Pflege deswegen zweifellos über den Bildungsweg zu einer bestenfalls flächendeckenden Aufklärungsarbeit kommen, die zeigt, wie wichtig berufspolitische Organisation mit hoher verpflichtender Mitgliedschaft ist. Zudem muss deutlich werden, dass nicht die Pflegeeinrichtung oder der Arbeitgeber demnach für mein professionelles Anliegen als Berufsangehöriger verantwortlich sind, sondern ich selbst mit einer starken und unabhängigen beruflichen Selbstverwaltung in der alle beruflich pflegenden Fachkräfte Mitglied sind.

Aus verantwortungsethischer Perspektive haben Giese et al. (2024) (AG Pflege und Ethik I und II) sowie Kuhn (2024) darüber hinaus die Notwendigkeit einer Pflegekammer mit verpflichtender Mitgliedschaft der pflegebedürftigen

Bevölkerung und Gesellschaft gegenüber hinlänglich begründet.⁵⁸

Als *Realisierungsrisiko* sind die Größe der Berufsgruppe, die angesprochene Zersplitterung (unter 3.1 und 3.2) sowie das fortbestehende Narrativ, dass man ausschließlich ein arzt-assistiver Beruf sei, anzusehen. Als *Realisierungschancen* und Argumentationslinien bieten sich die neuen Vorbehaltsaufgaben im Pflegeberufegesetz sowie das Heilberufemandat.

Im Sinne des Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 GG zählt Pflege zu den Heilberufen. Folgt man einschlägigen Rechtsauffassungen, so enthält die in § 5 Absatz 2 Pflegeberufegesetz formulierte definitorische Fassung von „Pflege“ und darin ausgeführten Maßnahmenkatalogen einen eindeutigen heilkundlichen Schwerpunkt.⁵⁹ Vor diesem Hintergrund gibt der kürzlich vorgelegte Referentenentwurf zum Pflegekompetenzgesetz Anlass zur Hoffnung auf mögliche *Realisierungschancen*.⁶⁰

Ein wichtiger, gesetzgeberischer Beitrag zur Realisierung des Heilberufemandats der Pflege ist die Etablierung von Pflegekammern inklusive der Verortung in den ländereigenen Heilberufekammergesetzen sowie die Schaffung eines Allgemeinen Heilberufegesetzes⁶¹. Im Sinne der Gleichberechtigung mit den anderen Heilberufen⁶², die die Unhinterfragbarkeit ihrer jeweiligen Berufskammern für sich beanspruchen können und deren Heilberufemandat keineswegs zur Disposition steht, ließe sich damit eine – de facto – *Machtvermehrung* auf Seiten der Pflegeprofession herstellen.

3.4 Mitbestimmung

Giesecke konstatiert,

*„wenn man die Grundrechte des Grundgesetzes nicht abstrakt, sondern in ihrer historischen Entstehung interpretiert – als einen gewissen Abschluss der Klassenkämpfe und der Emanzipation –, dann versteht sich politische Mitbestimmung vornehmlich als das Recht, die je individuellen Interessen ins politische Spiel zu bringen.“*⁶³

Die Wahrnehmung dieses „*vornehmlichen Rechts*“ setzt entsprechende partizipative Möglichkeiten und Strukturen voraus, die den Heilberufen in unserem korporativ geprägten Gesundheitswesen in berufsständischen Kammern zugestanden werden.

Die Träger funktioneller Selbstverwaltung in Form von Kammern stellen hierzulande die Normalität dar⁶⁴ und tragen zur Minderung des spürbaren und bedenklichen Demokratiedefizits bei.⁶⁵

Zur näheren Analyse der politischen Mitbestimmung von Pflegenden wird das Stufenmodell der Partizipation nach Wright, Block & Unger (2010) herangezogen. Es dient in der *partizipativen Gesundheitsforschung* einem sozialwissenschaftlichen Ansatz der Gesundheitsförderung, der auf die Ko-produktion verschiedener Wissens- und Erfahrungsbestände setzt, insbesondere unter Einbeziehung der Menschen, die von den Ergebnissen direkt betroffen sind, als Gradmesser der tatsächlich stattfindenden Partizipation.⁶⁶

Das Stufenmodell⁶⁷ unterscheidet vier Ebenen, die von Nicht-Partizipation, den

54 Vgl. Faltin 2013

55 G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss. Wichtigstes Organ der Gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen Deutschlands. Er besteht aus drei unparteiischen Mitgliedern sowie aus Vertreterinnen und Vertretern der Vertragsärzteschaft, der Vertragszahnärzteschaft, der gesetzlichen Krankenkassen und der Krankenhäuser. Vertreterinnen und Vertreter von Patientenorganisationen nehmen an den Sitzungen aller Gremien des G-BA teil. Sie haben ein Mitberatungs- und Antragsrecht (Bundesministerium für Gesundheit 2024)

56 Vgl. <https://deutscher-pflegerat.de/professionstaerken/pressemitteilungen/deutscher-pflegerat-kaempft-fuer-eine-staerkerung-der-beruflich-pflegenden-im-g-ba>

57 Das Nicht-Zugeständnis (Bayern, Baden-Württemberg) beziehungsweise die Auflösung von bestehenden Pflegekammern (Niedersachsen und Schleswig-Holstein) zeigt, dass die Berufsgruppe Pflege als Spielball politischer Machtinteressen verfangen ist und wie hoch die Fragilität des Vorhabens „Verkammerung der Pflegeberufe“ ist.

58 Giese et al. 2024

59 Igl äußert sich 2008 (S. 130f) dahingehend im Bezug zum Krankenpflege- und Altenpflegegesetz. Nach Auffassung der Autoren ist eine Übertragung auf das seit 2020 gültige Pflegeberufegesetz zulässig.

60 Im Anfang September vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegten Referentenentwurf zum Pflegekompetenzgesetz (Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz) wird durch eine Ergänzung in § 4a PflBG klargestellt, dass Pflegefachpersonen zur selbstständigen Heilkundeausübung berechtigt sind. Die Gesetzesbegründung stellt einschränkend fest, dass „nicht alle pflegerischen Kompetenzen auch heilkundliche Kompetenzen darstellen“ (Referentenentwurf S. 152).

61 Vogler 2023 S. 669

62 Vgl. Hanika 2016

63 Giesecke S. 165

64 Vgl. Hanika 2016

65 Vgl. Seewald 1997 in Hanika 2015 S. XIII

66 Wright et al. 2010 in Hartung, Wihofszky & Wright

67 im Folgenden immer Wright 2020

Abbildung 3: Stufenmodell



Quelle: Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung (Hilberger-Kirlum 2024, in Anlehnung an Wright, Block & von Unger, in: Wright 2010, aus Wright 2020)

Vorstufen der Partizipation und der Partizipation und über diese hinaus reichen.

Mitbestimmung wird demnach als 1. Stufe auf der Ebene der Partizipation kategorisiert, es folgt als 2. Stufe die *teilweise Entscheidungskompetenz* und schließlich an dritter Stelle die *Entscheidungsmacht*. Die *Selbstorganisation* steht auf der höchsten Ebene „über die Partizipation hinaus“ an oberster Stelle.

In der Betrachtung der Genese zur politischen Mitbestimmung der Berufsgruppe Pflege unter dem Blickwinkel des Stufenmodells finden sich alle Stufen wieder, angefangen von der *Nicht-Partizipation* (Instrumentalisierung und Anweisung) bis zur *Selbstorganisation*. Es entsteht ein sehr heterogenes Bild partizipativer Praxis, je nach Betrachtungsfokus. Für Mitglieder einer institutionalisierten Pflegekammer darf angenommen werden, dass sie auf Grund der damit verbundenen *Entscheidungsmacht* (8. Stufe) über einen hohen Grad an formaler politischer Partizipation verfügen. Ob die 9. Stufe, die *Selbstorganisation*, hierbei erreicht werden kann, wird kritisch zu diskutieren sein, da der Charakter von Körperschaften im Rahmen der funktionalen Selbstverwaltung zwar von „selbstständiger, von fachlichen Weisungen freier Aufgabenbearbeitung“⁶⁸ gekennzeichnet ist, eine letztendliche Rechtsaufsicht jedoch beim Gesetzgeber verbleibt. Mit Blick auf die untersten Stufen des Modells finden sich nach wie vor zahlreiche Anlässe für *Nicht-Partizipation* im Politikfeld Gesundheitsversorgung. Noch nicht alle Entscheidungsträger*innen

nehmen hier die Lage der Zielgruppe, ihren gesellschaftlichen Auftrag und ihre Verantwortung wahr. Hierfür spricht beispielsweise das seit vielen Jahren permanente Einfordern von Beteiligung der pflegefachlichen und –wissenschaftlichen Expertise an politischen Prozessen und in politischen Gremien durch den Deutschen Pflegerat. Größtenteils bewegt sich die berufliche Pflege derzeit auf der zweiten Ebene, den *Vorstufen der Partizipation*, innerhalb der Stufen Information (3.), Anhörung (4.) und Einbeziehung (5.). Sichtweisen finden teilweise Berücksichtigung, es besteht jedoch keinerlei Anspruch, dass die Position Beachtung findet. In politischen Beratungsszenarien besteht kein verbindlicher Einfluss auf den Entscheidungsprozess.⁶⁹ Die aktuellen politischen und gesetzgeberischen Entwicklungen bewegen sich – zumindest vorsichtig – in Richtung *Mitbestimmung* und teilweiser *Übertragung von Entscheidungskompetenz*. Von einer partizipativen Praxis im Sinne der *Selbstbestimmung* (8. Stufe) oder *Selbstorganisation* (9. Stufe) von beruflicher Handlungsautonomie ist man noch ein gutes Stück entfernt. Der Grad der politischen Mitbestimmung darf als Kernmerkmal der partizipativen Praxis in einer Demokratie gelten.

4. Kritik

Eine Selbstkritik an unserem Beitrag soll nicht ausfallen. Von inhaltlicher Seite ließe sich einem potentiellen Vorwurf der *politischen Parteilichkeit*⁷⁰ entgegnen,

dass aus einer historisch-politischen Orientierung heraus immer auch das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland mit seinem Gleichheitsgrundsatz⁷¹ zu gelten hat. Das trifft auch für den Fall einer beruflichen Selbstverwaltung – im Sinne einer echten Pflegekammer – unter dem Prinzip des Sozialstaates⁷² zu. Er ist der geltende Referenzrahmen (siehe auch 2.2 diesen Beitrags).

Ein potentieller „Ideologieverdacht“ ist demnach unter der Prämisse des Sozialstaatsgebotes, des Emanzipationsanspruchs und des Demokratisierungswillens des deutschen Grundgesetzes auszuräumen. Denn politische Konflikte sind nicht allein das Produkt von Meinungsverschiedenheiten, sondern von gesellschaftlichen Widersprüchen.⁷³

Selbstverständlich dürfen Gieseckes Grundgedanken, die mehr als 50 Jahre alt sind, nicht unter Ausschluss des damaligen Zeitgeistes gelesen werden. Medienkritik erscheint dort nur unter gewissen Rahmenbedingungen, wie öffentlich-rechtliche Berichterstattung in Funk und Fernsehen oder der Presse – und das marginalisiert. Das Zeitalter der sozialen Medien erfordert hierzu unbestritten noch weitere Gedanken zu Verantwortung und Mitbestimmung im öffentlichen Raum; Fragen wie Fake-News und Framingmöglichkeiten in Wort und Bild kämen hinzu. Jedoch bleibt es dabei: wegweisend ist weiterhin stets das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland als Rahmen einer aufklärungsbewussten Bildung. Dass dieses Grundgesetz heutzutage zunehmend in Frage gestellt wird, tut hierzu keinen Abbruch – im Gegenteil: es zeigt wie wichtig die Gedanken und Aktionen rund um Macht, Mitbestimmung und Geschichtlichkeit bei spezifischen Konflikten sind. Sie sind Teil einer Bürgerpflicht, die im Rahmen von Bildungsangeboten entfaltet werden kann.

Methodisch könnte die Auswahl und Operationalisierung der hier angeführten Merkmale nach Giesecke kritisch

68 Vgl. Hanika 2016

69 Vgl. Wright 2020

70 Giesecke 1976: 131: „*Parteilichkeit bedeutet nichts anderes, als die im Grundgesetz zugestanden Chancen für die bisher Benachteiligten optimal zu realisieren*“

71 Art. 3 Grundgesetz (GG) der Bundesrepublik Deutschland

72 Art 20 Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland und Art 14 und 15 GG

73 Vgl. Juchler 2014

betrachtet werden. Warum entscheidet man sich beispielsweise nun für jene und nicht für andere Kategorien? Hierzu ist anzumerken, dass es nach unserer Auffassung wichtig war, in aller Kürze und vom Wesen diejenigen Konfliktlinien zu zeigen, die hinter der Ablehnung von verpflichtender Mitgliedschaft liegen. Darüber hinaus zeigen unsere Ausführungen auch deutlich, dass die Kategorien nicht trennscharf voneinander zu lesen sind. Daher fließen viele unserer Argumentationen auch in andere Kategorien ein und würden letztlich zu Redundanzen führen.

Weiter kann die Anwendung des Partizipationsmodells nach Wright (2020) kritisiert werden, da es sich vornehmlich mit der Gesundheitsförderung beschäftigt. Wie unter 2.2 ausgeführt, lässt sich jedoch dieses Modell für die Gedanken des Politikfeldes Pflege bestens adaptieren.

- (I) das Demokratisierungsprinzip sieht Emanzipationsentwicklungen als legitim, notwendig und relevant an,
- (II) das sozialstaatliche Gebot sieht sich insbesondere im Wesen der Pflege als Anwalt der Pflegebedürftigen abgebildet,
- (III) Gesundheitsförderung ist essentieller Baustein der Spezifität von Pflege und damit auch ein Anspruch, den es im Rahmen der Pflege durchzusetzen gilt.

5. Zusammenfassung und Ausblick

Die Geschichte von Pflegekammern in Deutschland ist gegenwärtig noch immer eher als *Verhinderungsgeschichte*, denn notwendigerweise mindestens als *Verzögerungsgeschichte* zu lesen. Gemessen an Pflichten, Möglichkeiten und der Etablierung als Heilberuf, muss die Pflege in Deutschland die Phase der verhinderten Profession *selbst* überwinden und ihre Verzögerungsgeschichte, was berufliche Autonomie angeht, weiter schreiben und zu einem vorläufigen Schluss bringen. Was derzeit fragil und lediglich bruchstückhaft erscheint, muss in Wesen, Inhalt, Form und Bestimmung von der *Berufsgruppe selbst* und *autonom* verantwortet sein. Dazu braucht es die *gesamte Berufsgruppe* und kein von Länderregierungen ausgerufenes Eliteprojekt mit Freiwilligenstatus, das wegen Kostenfreiheit als berufsfreundlich beworben wird.

Vogler konstatiert hierzu:

„Wir brauchen die Selbstverwaltung von Pflege in allen Bundesländern (...) unabhängig von Personen- Gewerkschafts- und Parteiüberzeugungen“.⁷⁴

Es gilt insbesondere für die Pflegekammerngeschichte festzustellen, dass im Sinne einer politischen Bildung für Pflegende das *Demokratisierungsprojekt* eine besondere Rolle spielt. Der verpflichtende Einbezug aller Berufsangehörigen führt langfristig dazu was Karl Mannheim als „Fundamentaldemokratisierung“ bezeichnet hat⁷⁵. Diese betrifft nicht nur die Berufsgruppe selbst, sondern bringt sie in ihrer Eigenheit und mit ihren Spezifika auf Augenhöhe anderer Player in der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens. Dabei muss berücksichtigt werden, dass aus Sicht der derzeit herrschenden machtpolitischen Logik die *Autonomiebewegung Pflegekammer nicht systemisch* betrachtet wird, sondern vielmehr als *Störung und Bedrohung einer manifesten Funktionalitätsidee*.⁷⁴

Die Kategorien des Aktionswissens nach Giesecke (1976) sind eng untereinander verwoben und machen deutlich, dass Änderungen in einzelnen Kategorien zu Veränderungen in anderen Kategorien führen können. Somit kann dieses Modell gegenwärtig als zeitgemäß im Sinne einer systemischen und nicht ausschließlich funktionalen Logik gelesen und verstanden werden. Die *Änderungen* in den Kategorien führen demnach nicht nur zu weiteren *Änderungen*, sondern vielmehr zu Ungleichgewicht oder anders ausgedrückt ‚Unwuchten‘, die ein derzeit nach bestimmten Machtverhältnissen aufgebautes Gesundheits- und Pflegesystem erschüttern und in Unruhe versetzen würden. Die Folge, die eine echte und unabhängige Berufsautonomie der Pflegenden mit sich brächte, wäre aufgrund der Größe und einer verpflichtenden Mitgliedsstärke der Berufsgruppe ein potentieller ‚Gamechanger‘ in den bestehenden Machtverhältnissen des politischen Selbstverwaltungssystems.

Die *tektonischen Verschiebungen*, die auf das Gesundheits- und Pflegesystem zukommen könnten, wären im Sinne einer *echten und eigenständigen Zielverfolgung des Heilberufauftrags* der deutschen Pflege, eine, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer höheren Verteilungsgerechtigkeit für Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger ausfallen würde. Bei der derzeit konstatierten Pflege-

gebedürftigkeitszunahme wären solche Konsequenzen nur bedingt abschätzbar und kontrollierbar. Bedrohlicher würde das Szenario, wenn man die Gruppe der zukünftig Pflegebedürftigen, deren pflegenden Angehörigen und der beruflich Pflegenden *im Sinne einer solidarischen Idee* als Wählergruppe zusammen adiierte. Das Paradigma der Wirtschaftspolitik als Wohlstandsgrundlage würde sich dann verstärkt zu einer neuen Pflege- und Sorgeskultur verändern. Ob dies, wohlgermerkt, allein eine Folge von Pflegekammereinrichtungen wäre, darf bezweifelt werden. Jedenfalls bleibt, wenn der „Störfall Pflegekammer“ beseitigt ist, die Problematik der Gemeinwohlsicherung bestehen.

Die Autoren plädieren deshalb abschließend dafür, über eine *Pflegedidaktik der politischen Bildung* mit der Zielsetzung, im Rahmen der Pflegebildung den kritisch-emanzipatorischen Gedanken Gieseckes zu folgen und den Nachwuchs

„zu ermuntern, ihre eigenen Interessen zu ermitteln und sich nach den Chancen einer Verwirklichung umzusehen“⁷⁶,

intensiv nachzudenken. Diesen Weg verstehen die Autoren ausdrücklich als *partizipativ*, als nichtlinearen, systemischen und gemeinsamen Lern-, Forschungs- und Gestaltungsprozess.

Literatur

- Bayerischer Landtag.** Anhörung zum Gesetzesentwurf der Staatsregierung zur Änderung des Pflegendenvereinigungs-gesetzes vom 19.3.24 (Drucksache 19/146)
- BLPR.** Positionspapier zum Ergebnisbericht „Evaluation der VdPB“ vom 22.07.23. https://bayerischer-landespflegerat.de/wp-content/uploads/BLPR_Positionspapier_Evaluation-VdPB_200722_final.pdf (Abruf am 07.10.24)
- Bossle, M (2016a).** Entzaubert den Mythos, analysiert den Jargon. In: PADUA Jg. 11 (5) S. 1–9
- Bossle, M (2016b).** Editorial. In: PADUA Jg. 11 (5) o. S.
- Büker, C & Lademann, J (2013).** Befragung der beruflich Pflegenden zur Einrichtung einer Pflegekammer in Bayern. Abschlussbericht. Im Auftrag des bayrischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit. München: Hochschule

⁷⁴ Vogler 2023 S. 670

⁷⁵ Giesecke 1976: 126

⁷⁶ Giesecke 1976 S. 165

le München. http://www.bapp.info/texte/Bericht-HS_PK-Bay.pdf (Abruf 07.10.24)

Bundesministerium für Gesundheit. Gemeinsamer Bundesausschuss. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/selbstverwaltung/gemeinsamer-bundesausschuss> (Abruf 10.10.24)

Bundesministerium für Gesundheit. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz. Bearbeitungsstand 03.09.2024. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/pflegekompetenzgesetz-pkg.html> (Abruf 11.10.24)

Etzioni, A (1969). The Semi-Professions and their organizations – teachers, nurses, social workers. Free Press, New York.

Faltin, J. Akteure im Gesundheitswesen im Wandel: Pflegekammer in Rheinland-Pfalz: Zielsetzung und weiteres Vorgehen. Vortrag bei Gesundheitsökonomische Gespräche 2013.

Gerlach, A. Professionelle Identität in der Pflege. Mabuse, Frankfurt/Main 2013

Giese, C; Hofmann, I; Kuhn, A; Lehmeier, S; Pasch, W; Riedel, A; Schütze, L; Wulff, S; (2024). Pflegekammern und die berufliche Verantwortung von Pflegefachpersonen – Bedeutung für Mensch und Gesellschaft. In: Ethik in der Medizin Jg. 36 S. 437–445

Giese, C (2019). Antinomie statt Autonomie. Iris Marion Youngs Theorie der „Fünf Formen der Unterdrückung“ als Beitrag zum Verständnis der Widersprüche der Pflege- und Pflegebildungspolitik. In: Ethik in der Medizin Jg 31 S. 305–323

Giesecke, H. Didaktik der politischen Bildung. Juventa, München 1976

Hanika, H (2015). Ihre erfolgreichen Pflegekammern in Deutschland und Europa. Steinbeis-Edition, Stuttgart.

Hanika, H (2016). Rechtswissenschaftliches Gutachten zum Gesetzesentwurf der Staatsregierung zur Errichtung einer Vereinigung der bayerischen Pflege (01.07.2016). <https://bayerischer-landespflegerat.de/wp-content/uploads/Bayerischer-Pflegerat-Gutachten-PflegeVG-Hanika-15.9.2016.pdf> (Abruf 11.10.24)

Hartung, S/ Wihofszky, P & Wright, M T (Hrsg) (2020). Partizipative Forschung. Ein Forschungsansatz für Gesundheit und seine Methoden. Springer VS, Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-30361-7>

Igl, G (2008). Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit. Rechtsgutachten erstellt im Auftrag des Deutschen Pflegerats. Urban & Vogel, München.

Juchler, I. Personenportrait Hermann Giesecke. In: Politische Bildung in Deutschland. Profile, Personen, Institutionen. In: Sander, W & Steinbach P (Hrsg.): Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn. S. 82–83.

Kellner, A (2023). Diskurse der Geschlechtscharaktere – Relevanz für den Pflegeberuf. In: Kluger, F; Fischer, H (Hrsg.): Mit Menschen arbeiten. Berufliche Bildung in Erziehung, Teilhabe und Pflege. Lambertus, Freiburg S. 109–130

Kellner, A (2022). Schwesternschaft – Gewerkschaft. Über die Persistenz eines Konflikts. In: Genz/Peters/Thiekötter (Hrsg.): Pflege und Politik im Spiegel der Zeit. HPS Media, Hungen S. 79–112

Kellner, A. Von der Selbstlosigkeit zur Selbstsorge. Lit-Verlag, Berlin 2011

Kellnhauser, E (2015). Erfolgreich trotz Widerstand. In: Pflegezeitschrift Jg. 68 (5) S. 262–266.

Kellnhauser, E (2014). Krankenpflegekammern und Professionalisierung der Pflege. Ursula Zawada, Mönchengladbach

Klotz, K; Riedel, A (2023). Moralische Belastungserleben von Pflegefachpersonen im Lichte des ICN-Ethikkodex. In: Ethikjournal Jg (9) (1). Online verfügbar unter: https://www.ethikjournal.de/fileadmin/user_upload/ethikjournal/Texte_Ausgabe_2023_1/Klotz_Riedel_Moralisches-Belastungserleben-von-Pflegefachpersonen.pdf (Abruf 06.10.24)

Kolling, H (2023). Zur Geschichte der Berufsausbildung: Pflegefachkraft. In: Kluger, F; Fischer, H (Hrsg.): Mit Menschen arbeiten. Berufliche Bildung in Erziehung, Teilhabe und Pflege. Lambertus, Freiburg S. 80–107

Kuhn, A. Das ethische Mandat von Pflegekammern. Springer, Berlin 2024

Kuhn, A. Die Errichtung einer Pflegekammer in Rheinland-Pfalz. Springer, Wiesbaden 2024

Linseisen, E (2019). Professionalisierung, Pflege und Politik. In: Kemser, J & Kerres, A (Hrsg.): Lehrkompetenz lehren. De Gruyter, Oldenbourg/Berlin/Boston S. 41–56.

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg. Pressemitteilung am 10.06.2024: Quorum zur Errichtung einer Landespflegekammer verfehlt. <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/quorum-zur-errichtung-einer-landespflegekammer-verfehlt> (Abruf 10.10.24)

Lücke, S (2020). Pflegekammer. Wo stehen die Bundesländer? In: Die Schwester der Pfleger (3) S. 34–41.

Oevermann, U (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, A & Helsper, W (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Suhrkamp, Frankfurt/Main. S. 70–182.

Parnack, C. Pflegekräfte: Helden der Selbstverzwergung. In Zeit Online Arbeit. Kommentar vom 19. Februar 2021. Online verfügbar unter: <https://www.zeit.de/2021/08/pflegekraefte>

arbeitsbedingungen-gesundheitsbranche-pflegekammer-corona-krise (Abruf 03.10.24)

Peters, A K. Nanna Conti (1881–1951). Eine Biographie der Reichshebammenführerin. Lit-Verlag, Berlin 2018

Pflegekammer Niedersachsen. Kammermagazin. November 2020.

Remmers, J (2018). Anmerkungen zum „Schicksal“ von Care-Berufen im Kontext gesellschaftlicher Erosionskrisen. In: Balzer, S/ Barre, K /Kühme, B & von Gahlen- Hoops, W (Hrsg.): Wege kritischen Denkens in der Pflege. Festschrift für Ulrike Greb. Mabuse, Frankfurt/Main. S. 103–117

Rudolph, C & Schmidt, K (Hrsg.) (2019). Interessenvertretung und Care. Voraussetzungen, Akteure und Handlungsebenen. Westfälisches Dampfboot, Münster. S. 72–91.

Scheele, An (2018). Abwertung von Care-Arbeit durch Vergeschlechtlichung. In: Rudolph, C & Schmidt, K (Hrsg.) (2019): Interessenvertretung und Care. Voraussetzungen, Akteure und Handlungsebenen. Westfälisches Dampfboot, Münster. S. 24–36.

Vogler, C (2023). Mut zur Selbstverwaltung II: Die (Bundes-) Pflegekammer. Warum Pflegekammer ein zentrales und zwingendes Element für eine souveräne Profession darstellen. In: Büchner, A/ Engehausen, R/ Peters, M & Schwaiberger, M (Hrsg.): Zukunft der Pflege im Krankenhaus gestalten. Medhochzwei, Heidelberg. S. 665–677

Weidner, F. Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Mabuse, Frankfurt/M. 2011

Wright, M. T. (2020). Partizipation. Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.* Online verfügbar unter: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i084-2.0> (Abruf: 03.10.24)

Wright, M. T./von Unger, H. & Block, M. (2010). Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In Michael T. Wright (Hrsg.), Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. S. 35–52. Bern: Hans Huber.

Blick in die Schweiz

Die Entwicklung der Medbase Gruppe als heute wichtige Akteurin in der ambulanten Gesundheitsversorgung.

RETO SCHUMACHER,
KARL METZGER

Reto Schumacher ist dipl. Ernährungsberater und Organisator. Er arbeitete als Ernährungsberater im stationären und ambulanten Bereich und als Projektleiter in unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens. Seit 2014 ist Reto Schumacher als Projektleiter Business Development & Managed Care bei der Medbase Gruppe tätig. Sein Arbeitsschwerpunkt ist die Entwicklung und Umsetzung interprofessioneller und sektorübergreifender Konzepte zur Förderung der integrierten Versorgung.

Karl Metzger ist dipl. Organisator und Betriebswirtschaftler und war in verschiedenen Positionen bei unterschiedlichen Akteuren im Schweizer Gesundheitswesen tätig. Seit 2011 ist er Mitglied der Geschäftsleitung der Medbase Gruppe und leitet als Geschäftsführer das Geschäftsfeld Medical. Darüber hinaus führt Karl Metzger den interdisziplinären medizinischen Qualitätsausschuss der Medbase Gruppe. Als treibende Kraft für innovative Konzepte zur Förderung und Umsetzung der integrierten Versorgung hat er in den letzten Jahren die Entwicklung der Medbase Gruppe massgeblich geprägt.

Wir blicken in dieser Ausgabe über die Landesgrenzen hinaus stellen einen zentralen Akteur im Schweizer Gesundheitswesen vor: Reto Schumacher, Projektleiter Business Development & Managed Care bei der Medbase Gruppe und Karl Metzger Mitglied der Geschäftsleitung dort, präsentieren Erkenntnisse aus der Praxis für eine erfolgreiche integrierte Versorgung: Medbase treibt Innovationen bei der multiprofessionelle Zusammenarbeit, Chronic Care Management, Telehealth, Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) und der Nutzung digitaler Plattformen an und entwickelt alternative Versicherungsmodelle.

Einleitung

Medbase hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten zu einer wichtigen Akteurin im Schweizer Gesundheitswesen entwickelt. Der heutige CEO Marcel Napierala gründete das Unternehmen im Jahr 2001 mit zwei Co-Gründungsmitgliedern. Heute betreibt Medbase über 190 Standorte und beschäftigt rund 4200 Mitarbeitende.

Mit einem klaren Fokus auf ambulante Gesundheitsdienstleistungen deckt Medbase ein breites Spektrum ab: von der Prävention, über die Akutversorgung bis zur Rehabilitation. Die Migros, die seit 2010 als Eigentümerin agiert, unterstützt Medbase dabei, die integrierte Versorgung in der Schweiz massgeblich voranzutreiben. Dieser Artikel beleuchtet die strategische Ausrichtung von Medbase und zeigt, wie die Organisation die Entwicklung der ambulanten Gesundheitsversorgung in der Schweiz mitprägt. Dabei steht der Prozess der kontinuierlichen Weiterentwicklung im

Vordergrund. Der Artikel liefert hierfür praxisbezogene Beispiele, welche auch für Akteure ausserhalb der Schweiz von Interesse sein können.

Wichtige Akteurin in der Entwicklung der ambulanten Gesundheitsversorgung

Entwicklungsgeschichte und strategische Ausrichtung

Medbase begann 2001 als Physiotherapie-Praxis in Winterthur – Tür an Tür zu einem Fitnesspark der Migros – und hat sich über die Jahre zu einer der führenden Gesundheitsversorgerinnen der Schweiz entwickelt. Das Konzept von Medbase war von Beginn an multi- und interprofessionell ausgerichtet, mit Fokus auf Sport- und Hausarztmedizin und ambulante Rehabilitation. So wurden die Standorte in unmittelbarer Nähe zu Migros Fitnessparks aufgebaut, um deren Fläche für die Medizinische

Trainingstherapie (MTT) mit Patientinnen und Patienten zu nutzen. Nach Abschluss der Therapie konnten diese ihr Training mit den bekannten Geräten fortsetzen. Schrittweise setzte Medbase das bewährte Konzept an weiteren Standorten um.

Ein wesentlicher Meilenstein in der Entwicklung von Medbase war der Einstieg der Migros im Jahr 2010. Gesundheit ist heute eines der vier Geschäftsfelder der Migros. Mit dem Engagement im Gesundheitsbereich zielt die Migros darauf ab, die Lebensqualität und Gesundheit der Bevölkerung zu fördern und eine bedarfsgerechte Grundversorgung sicherzustellen. Aus dieser Philosophie heraus entwickelte Medbase das Konzept der integrierten Gesundheitsversorgung in den Folgejahren konsequent weiter.

Weiterentwicklung im angestammten Geschäftsfeld der ambulanten medizinischen Versorgung im Zeitraffer

- Zur Erreichung der strategischen Ziele hat Medbase 2015 die santé-med Gesundheitszentren mit ihren über 600 Mitarbeitenden in die Gruppe integriert.
- 2017 folgte die Übernahme der Permanence am Hauptbahnhof Zürich und damit die Ausdehnung des Tätigkeitsfeldes in den Bereich Walk-in- und Notfall-Praxen.
- Um die Kompetenzen in der ambulanten Medizin mit pharmazeutischem Know-how zu ergänzen, hat Medbase Ende 2018 die Topwell-Apotheken-Gruppe übernommen. Die Standorte werden heute unter der Marke Medbase Apotheken geführt.
- Im Juni 2020 hat Medbase mit einer Mehrheitsbeteiligung an zahnarztzentrum.ch ihr Portfolio um das Geschäftsfeld der Zahnmedizin erweitert.
- 2023 hat Medbase Zur Rose Schweiz übernommen und damit das Dienstleistungsportfolio in den Bereichen Medikamentengrosshandel und Online-Services erweitert. Dies ermöglicht eine bessere Verknüpfung von physischen und digitalen Kontaktpunkten. Kundinnen und Patienten profitieren dadurch von einem noch einfacheren Zugang zur Gesundheits-

versorgung. Zudem bietet Zur Rose Lösungen und Tools, die den Praxisalltag von Ärztinnen und Ärzten erleichtern.

- Per Anfang 2024 wurde WePractice, der Anbieter psychotherapeutischer Dienstleistungen, in die Medbase Gruppe integriert.

Im Rahmen der gezielten, schrittweisen Expansion hat Medbase die Fähigkeit zur Einbindung verschiedener Akteure im Gesundheitswesen, zur Verbindung von Medizin und Pharmazie und zur gemeinsamen Weiterentwicklung der Grundversorgung bewiesen. Heute umfasst Medbase vier zentrale Bereiche: Medizin, Pharmazie, Zahnmedizin, Ärztetrossistin und Onlineservices.

Vision und Mission

Die Vision von Medbase ist es, Patientinnen und Patienten eine adäquate, umfassende Gesundheitsversorgung zu ermöglichen – schweizweit und jederzeit.

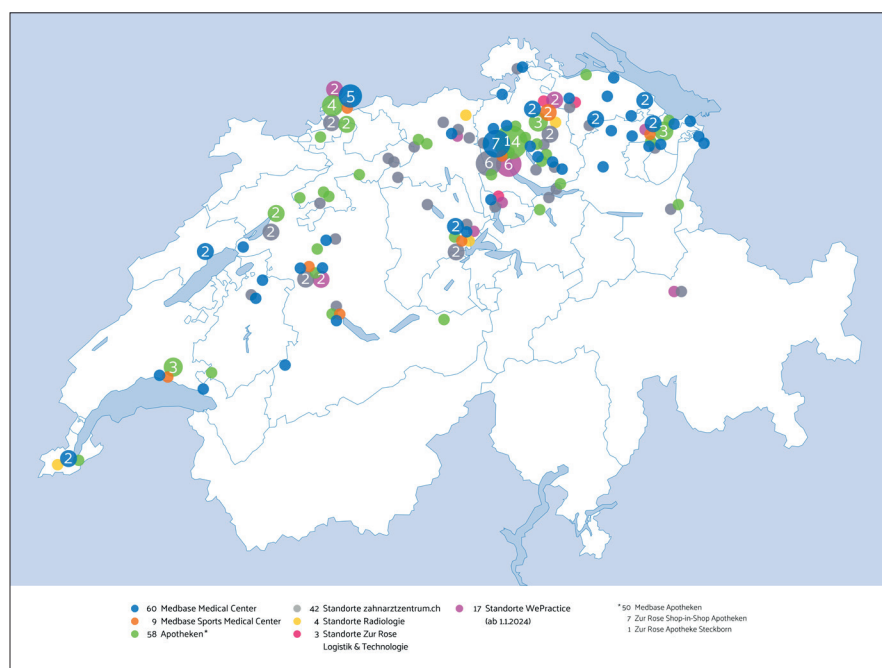
Diese Vision basiert auf folgenden Pfeilern: Medbase bietet als erste Anlaufstelle einen einfachen und niederschweligen **Zugang** – sowohl physisch wie digital – zu bedarfsgerechten und effizienten Leistungen. Durch eine partnerschaftliche 360°-Betreuung und die Vernetzung interner und externer Gesundheitskompetenzen verbessert Med-

base nachhaltig die **Lebensqualität** der Menschen. Als **Impulsgeberin** engagiert sich Medbase aktiv in der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens, gestaltet wegweisende Ökosysteme und fördert lokale und regionale Partnerschaften. Medbase ist leistungsorientiert und handelt **unternehmerisch**, ressourcenschonend, nachhaltig und ethisch.

Medbase als Arbeitgeberin

Medbase bietet ihren Mitarbeitenden vielfältige Arbeitsplätze mit grossem Gestaltungsspielraum. Mitarbeitende aller Funktionsbereiche und Kaderstufen profitieren von Arbeitszeitmodellen, die zur persönlichen Lebensphase passen. Medbase engagiert sich zudem in der Ausbildung junger Menschen und bietet Lehrstellen in verschiedenen Berufen wie Medizinische Praxisassistent/in, Fachfrau/Fachmann Apotheke, Logistiker/in oder Informatiker/in an. Engagierte Menschen profitieren von vielfältigen Entwicklungspfaden und der Möglichkeit, das Gesundheitswesen aktiv mitzugestalten. Die Kultur von Medbase zeichnet sich durch Teamgeist, Fairness und eine unkomplizierte Zusammenarbeit über die verschiedenen Berufsgruppen hinweg aus.

Abbildung 1: Übersicht Standorte. Medbase Jahresbericht 2023



Zentrale Komponenten in der Entwicklung und Umsetzung der Vision

Die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit

Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist ein wesentlicher Bestandteil der Strategie von Medbase. Gesundheitsfachpersonen verschiedener Disziplinen arbeiten eng zusammen. Auf lokaler und regionaler Ebene findet die Zusammenarbeit sowohl zwischen Medbase-Standorten – beispielsweise Medical Center und Apotheke – als auch mit Partnern wie Spitälern, spitalexterner Hilfe und Pflege (Spitex) statt. Dies ist angesichts des Fachkräftemangels und der Zunahme von Praxisschliessungen in verschiedenen Regionen wichtig. Um die von Engpässen betroffenen Medical Center zu entlasten, setzt Medbase auf eine verstärkte Zusammenarbeit mit Apotheken, Telemedizin-Anbietern und Walk-in-Praxen. Dank der Flexibilität und des Engagements der Mitarbeitenden ist eine kontinuierliche, qualitativ hochstehende Versorgung der Patientinnen und Patienten jederzeit gewährleistet. Um die Zusammenarbeit über Disziplinen hinweg zu fördern, bietet Medbase interprofessionelle Fortbildungsveranstaltungen zu Schwerpunktthemen wie Atemwegserkrankungen, Arzneimittelsicherheit und geschlechtersensible Medizin an.

Die Rollen der Apotheken – Stationär und Online

Medbase deckt mit den stationären Medbase Publikumsapotheken und der Online-Apotheke Zur Rose einen Grossteil des Spektrums an pharmazeutischen Leistungen physisch oder digital ab.

Zur Rose bedient mit der Online-Versandapotheke ein wachsendes Kundenbedürfnis – den bequemen Zugang zu Medikamenten von zu Hause aus. Mit Medi+ hat Zur Rose ein innovatives Instrument für Menschen mit chronischen Erkrankungen und Polymedikation entwickelt. Medi+ erleichtert das Medikationsmanagement, fördert die Generika-Substitution und erleichtert den Patientinnen und Patienten die Be-

stellung ihrer Medikamente online oder in ihrer Arztpraxis oder Apotheke.

Die Medbase Apotheken entwickeln sich zunehmend zu Anlaufstellen für Vorsorge und medizinische Erstversorgung und entlasten damit die Medical Center. Sie bieten Dienstleistungen wie Impfungen oder Blutzuckermessungen und vertiefte Gesundheitsberatungen in einem dafür eingerichteten Raum. Die dafür notwendige qualifizierte Weiterbildung wird vom schweizerischen Apothekerverband Pharmasuisse in Form von Fähigkeitsprogrammen (FPH) wie beispielsweise Impfen und Blutentnahme oder Anamnese in der Grundversorgung sichergestellt. Letzteres zielt darauf ab, Fälle, welche in der Apotheke abschliessend beraten und behandelt werden können, zuverlässig zu identifizieren und zu dokumentieren. Bei Bedarf können Apothekerinnen und Apotheker von Medbase auf ein telemedizinisches Konsilium (z. B. Dermatologie, Allgemeine Innere Medizin) zugreifen.

Um die Zusammenarbeit zwischen Medical Center und Apotheken zu stärken, lancierte Medbase 2022 das Projekt «Triage & Überweisung». Im Rahmen der Triage im Medical Center können Medizinische Praxisassistentinnen oder -assistenten (MPA) bei Bedarf und mit Hilfe einer Indikationsliste Patientinnen und Patienten an eine Apotheke überwiesen. Die Apotheke ihrerseits überweist Notfälle oder Personen, die keine Hausärztin oder keinen Hausarzt haben, bei entsprechender Indikation an ein Medical Center.

Das Reporting 2023 der in die Medbase Apotheken überwiesenen Fälle zeigt, dass 97% abschliessend beraten und behandelt werden konnten. Dieses Resultat und die Erkenntnis, dass Patientinnen und Patienten mit akuten, unkomplizierten Erkrankungen ohne grossen Aufwand an die Apotheke überwiesen werden können, haben dazu geführt, dass weitere Medical Center am Projekt teilnehmen wollen, selbst wenn keine Medbase Apotheke in Gehdistanz besteht. Zum Start findet jeweils ein interprofessioneller Workshop mit dem leitenden Arzt / der leitenden Ärztin, der leitenden MPA sowie dem leitenden Apotheker / der leitenden Apothekerin statt. Neben dem persönlichen Kennenlernen geht es bei diesen Workshops darum, Synergiepotenziale zu identifizieren und gemeinsam die Indikationen und

den Ablauf der Überweisungen zu definieren. Die fallführende Ärztin erhält jeweils nach Abschluss der Beratung und Behandlung in der Apotheke eine Rückmeldung. Diese unkomplizierte Art der Zusammenarbeit wird nicht nur von den Teams sehr geschätzt, sondern auch von den Patientinnen und Patienten gut aufgenommen und als nützlich und hilfreich empfunden.

Um die Prozesse und Behandlungsqualität laufend zu optimieren, werden in interprofessionellen Qualitätszirkeln die Resultate aus dem Reporting und Fallbeispiele besprochen.

Die Rolle von Telehealth

In der Schweiz bieten alle Krankenversicherer ihren Versicherten die Möglichkeit, bei Bedarf telemedizinische Konsultationen in Anspruch zu nehmen. Je nach Versicherungsmodell kann dies das Einholen einer Überweisung zu einem Spezialisten, eine Gesundheitsberatung durch eine Gesundheitsfachperson oder eine umfassende ärztliche telemedizinische Konsultation umfassen. Die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzten und der Telemedizin ist in den meisten Versicherungsmodellen einseitig ausgerichtet. Fälle, die nicht telemedizinisch gelöst werden können, werden an eine Hausarzt-Praxis oder direkt an eine Spezialistin weitergeleitet. Das ist angesichts der Kapazitätsengpässe in der ambulanten Grundversorgung oftmals nicht zufriedenstellend für die Patientinnen und Patienten. Oft finden sie keinen Hausarzt, der ihnen in der durch die Telemedizin festgelegten Dringlichkeit einen Termin für eine Konsultation anbieten kann.

Medbase lanciert auf Anfang 2025 einen eigenen Telehealth-Service, der eng mit den Medical Center und Apotheken vernetzt ist. Medbase setzt dabei auf einheitliche Triage-Kriterien und die Möglichkeit, innerhalb der Medbase Gruppe auf die Krankengeschichte zugreifen zu können, sofern die Patientinnen und Patienten ihr Einverständnis geben.

Die Rolle der Nurse Practitioner

Die Erfahrungen der letzten Jahre mit Advanced Practice Nurses (APN) am Pilotstandort Medbase Winterthur Neuwiesen und die Patientenrückmeldungen

sind durchweg positiv. Sie zeigen, dass APN die Ärztinnen und Ärzte sehr gut unterstützen und entlasten, zum Beispiel bei der Betreuung von Personen mit akuten oder chronischen Beschwerden wie Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. APN koordinieren die Bewegungs- oder Ernährungsberatung, führen weitere medizinische Abklärungen durch und nehmen so eine wichtige Brückenfunktion im Medical Center wahr. Medbase zeigt als Pionierin auf, wie effektive Lösungen im Praxisalltag in der ambulanten Grundversorgung funktionieren und führt wissenschaftliche Evaluationen durch¹. Ziel ist es, 2025 den Einsatz von APN in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Gesundheitsdirektionen der Kantone und den Krankenversicherern weiter zu fördern.

Die Rolle des Gesundheitsökosystems Compassana

Medbase hat zusammen mit der Privatklinikgruppe Hirslanden und den Krankenversicherern Groupe Mutuel, Helsana und SWICA sowie dem Dänischen IT Unternehmen Trifork ein Unternehmen gegründet, um ein digital unterstütztes Gesundheitsökosystem namens Compassana (<https://www.compassana.ch/de>) zu entwickeln. Ziele des Gemeinschaftsprojekts sind eine optimierte Koordination der medizinischen Versorgung und damit eine bessere Behandlungsqualität sowie effizientere Prozesse.

Das Compassana Gesundheitsökosystem steht allen Akteuren aus dem Gesundheitswesen offen: Ärzte- und Apothekerschaft, weiteren medizinischen und medizinischen Fachpersonen, Krankenversicherungen und Technologieanbietern.

Die Medbase Medical Center und Apotheken gehören zu den ersten Gesundheitseinrichtungen, die ihre Patientinnen und Kunden auf die Vorteile und Möglichkeiten der App aufmerksam machen. In einem ersten Schritt stehen Funktionen wie das Versenden und Empfangen sicherer Nachrichten, die Online-Terminbuchung und die Verwaltung von Medikamenten und Gesundheitsdokumenten zur Verfügung.

Mit dem webbasierten «Compassana MED Cockpit» ist es Gesundheitsfachpersonen möglich, online direkt aus der Krankengeschichte des Praxisinforma-

tionssystems auf behandlungsrelevante Daten ihrer Patientinnen und Patienten zugreifen können. Patientinnen und Patienten können ihren Behandlungsteams, die im «Compassana MED Cockpit» angemeldet sind, über die Compassana App Einsicht in relevante Daten gewähren.

Dadurch wird eine koordinierte Betreuung entlang des gesamten Behandlungspfads unterstützt. Die Authentifizierung der Gesundheitsfachpersonen erfolgt über eine in der Schweiz als Standard für Daten- und Informationssicherheit genutzten Service von Health Info Net (<https://www.hin.ch>).

Die Ökosystempartner sehen Compassana als Ergänzung zum Elektronischen Patientendossier (EPD), welches künftig in der Gesundheitsversorgung der Schweiz eingebettet sein soll, und streben eine Anbindung an das EPD an, sobald dies möglich ist.

Die Qualitätsphilosophie von Medbase

Die Basis der Qualitätsarbeit bei Medbase ist das Streben nach stetiger Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten. Die fachliche Qualitätsentwicklung spielt bei Medbase eine wichtige Rolle. Sie wird durch den Medizinischen Qualitätsausschuss (MQA) koordiniert.

Medizinischer Qualitätsausschuss von Medbase (MQA)

Der MQA wird interprofessionell geführt mit Fachpersonen aus den Bereichen Medizin, Therapie und Pharmazie. Der Ausschuss trägt die Verantwortung für die Entwicklung und Implementierung von interprofessionellen Betreuungskonzepten, wie zum Beispiel im Bereich Chronic Care, für die Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Institutionen sowie für das Wissensmanagement bei Medbase. Für alle Mitarbeitenden stehen interne, teils auch interdisziplinäre Fortbildungsprogramme sowie Qualitätszirkel zur Verfügung. Ebenso werden externe Fort- und Weiterbildungen gefördert und unterstützt.

Die Schwerpunkte der Aktivitäten sind:

- Chronic Care Management: Betreuungskonzepte entwickeln, planen und implementieren

- Interprofessionelle Versorgungsmodelle: Entwicklung, Implementierung und Evaluation
- Wissensmanagement: Review und Zusammenfassung von Fachartikeln und Empfehlungen an alle Health Professionals von Medbase über das firmeneigene Intranet.
- Internes Fortbildungsprogramm für Ärzte und Ärztinnen, Physiotherapeut/innen, med. Praxisassistent/innen, Pharma-Assistent/innen und Apotheker/innen
- Förderung von Qualitätszirkeln und Moderatorenausbildungen
- Sicherstellung des Zugangs zu Wissensdatenbanken (eigene Medbase-Wissensdatenbank «à jour» und weitere wie UpToDate® und EBM)
- Weiterentwicklung der medizinischen, therapeutischen und pharmazeutischen Qualität
- Einführung von validierten Assessmenttools
- Fördern und Koordinieren der Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Institutionen
- Fördern von Datenkompetenz

Hausärztliche Qualitätsarbeit

Seit April 2022 sind Ärzte und Ärztinnen im ambulanten Bereich gemäss dem Krankenversicherungsgesetz (Art. 58a KVG) zu transparenten Qualitätsmessungen und Qualitätsentwicklungsmassnahmen verpflichtet. Die Qualitätskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) und Vertreter und Vertreterinnen des Berufsverbandes der Haus- und Kinderärztinnen Schweiz (mfe) haben versuchsweise vier Qualitätsmassnahmen definiert. Diese werden schrittweise in den Medbase Medical Centern implementiert. Das bedeutet neben Hygienekonzept und CIRS das Durchführen und die Teilnahme an Qualitätszirkeln und die Anwendung der Smarter Medicine Top-5-Listen (<https://www.smartermedicine.ch/de/home>). Zusätzlich zu den von der Qualitätskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere

1 Ambrosch Ch., Mathier I., Bajusic I., Bucher Th., Wüst Ch. Treatment Quality through Advanced Practice Nurses (APN) and Clinical Nurses (CN) in Ambulatory Primary Health Care – a retrospective study. International Journal of Health Professions. Volume 7, Issue 1, 2020, Pages 84–89, ISSN 2296–990X, DOI: 10.2478/ijhp-2020-0008

Medizin (SGAIM) definierten Massnahmen setzen eine Vielzahl der Medical Center ein Chronic-Care-Betreuungskonzept für Diabetes Typ 2 umgesetzt. Bereits weitere Standorte setzen das neu implementierte Betreuungskonzept für Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen um.

Therapeutische Qualitätsarbeit

Auch in der Physiotherapie gilt die gesetzlich geforderte Transparenz. Der Schweizer Physiotherapie Verband Physioswiss hat zu diesem Zweck Sicherheits-Checklisten entwickelt. Diese werden seit 2022 von den Physiotherapie-Teams jeweils per Ende Jahr dokumentiert. Zudem stehen den Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen durch Medbase entwickelte Diagnostikhandbücher zur Verfügung. Diese Handbücher mit Test der verschiedenen Körperstrukturen aller Gelenke inklusive Wirbelsäule dienen als Grundlage für regelmässige praktische Trainings in den Teams. Physiotherapeuten und -therapeutinnen, welche involviert sind im Chronic-Care-Betreuungskonzept für Diabetes Typ 2, nehmen zudem an den entsprechenden interprofessionellen Workshops teil. Ein weiterer Schwerpunkt von Medbase ist die Entwicklung und Etablierung von spezifischen Reha-Pfaden durch ein standort-übergreifendes Projektteam an PhysiotherapeutInnen und ÄrztInnen. In der Schweiz leiden zwei Drittel der über 65-Jährigen an Arthrose, insbesondere an den Knie- und Hüftgelenken. In der Grundversorgung mangelt es oft an frühzeitigen Interventionen wie Edukation, Gewichtsreduktion und Bewegungsprogrammen, was zu unnötigen Bildgebungsverfahren und kostspieligen chirurgischen Eingriffen führt.² Um diesem Trend entgegenzuwirken, hat Medbase ein Projekt lanciert, um ein einheitliches, interdisziplinäres Rehabilitationsvorgehen auf Grundversorgebene anzubieten. Dieses einheitliche Vorgehen zielt darauf ab, die Arbeit der Hausärzte durch ein physiotherapeutisches Support-Team zu erleichtern und soll gleichermassen der Förderung der langfristigen Gesundheit der Patienten dienen.

Der initial erstellte Reha-Pfad Knie deckt mehrere Pathologien wie z. B. Arthrose, Meniskus, Vordere Kreuzband (VKB) Ruptur ab. Ärzte und Ärztinnen sowie Therapeuten und Therapeutinnen

können dabei auf ein umfangreiches Ressourcenpaket bei der Behandlung von Kniepatienten zurückgreifen. Durch die gemeinsamen Schnittstellen innerhalb des ambulanten Rehabilitationsprozesses, wie z. B. die Physio-Arzt-Visite, entsteht ein Mehrwert für Gesundheitsfachpersonen und Patienten, der in dieser Form einzigartig ist in der Schweiz. Weitere Reha-Pfade sind in Entwicklung.

Der gemeinnützige Verein «smarter medicine», dem die Medbase Gruppe als Partnerin angehört, setzt sich gegen medizinische Über- und Fehlversorgung ein und publiziert zu diesem Zweck sogenannte Top 5 Listen für Diagnostik und Behandlung. 2023 hat Physioswiss eine Top 5 Liste für die Physiotherapie erstellt. Die Liste gibt Empfehlungen für physiotherapeutische Behandlungen. Der MQA hat aufgrund dieser Listen eLearnings erstellt, die allen Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten bei Medbase zur Verfügung stehen.

Pharmazeutische Qualitätsarbeit

Der Fähigkeitsausweis «Anamnese in der Grundversorgung» gibt den Medbase-Apothekern und -Apothekerinnen die nötige Fachkompetenz in der Diagnostikstellung für bis zu 40 Indikationen. Pro Indikation wurde eine Leistung im Primärsystem der Apotheken hinterlegt. Dies ermöglicht die Erhebung der Anzahl vertiefter Beratungen und deren Indikation. Für die Dokumentation steht den Medbase Apotheken eine Vorlage zur Verfügung, in welcher die Anamnese, die klinischen und diagnostischen Untersuchungen sowie der Therapieentscheid erfasst werden können. Zusätzlich werden vertiefte Beratungen in einem Reporting erfasst. Die letztjährige Auswertung hat gezeigt, dass 87% (walk-in) bis 97% (Überweisung durch Medical Center) der vertieften Beratungen abschliessend in der Apotheke beraten und behandelt werden konnten.

Interne Audits, Selbstinspektionen und Coachings

Medbase führt jährlich interne Audits in den Medbase Medical Centern und den Medbase Apotheken durch. Die internen Audits und Selbstinspektionen überprüfen, ob Prozesse, Anforderungen und Richtlinien den geforderten Standards entsprechen. Darüber hinaus stellen sie

die kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung der Prozesse in der täglichen Praxis sicher.

Die Ergebnisse der internen Audits und Selbstinspektionen werden mit der Standortleitung besprochen. Daraus werden geeignete Massnahmen abgeleitet und umgesetzt. Zusätzlich werden auf Gruppenebene Auswertungen über die Standorte durchgeführt.

Qualitätsaktivitäten und Projekte

Chronic Care Management-Betreuungskonzepte und Begleitevaluation

2017 wurde in sieben Medbase Medical Centern ein interprofessionelles Betreuungskonzept pilotiert. Das strukturierte und patientenzentrierte Versorgungskonzept umfasst alle Patientinnen und Patienten mit Diabetes Mellitus Typ 2 (DMT2) in den entsprechenden Praxen. Mittlerweile konnte die Anzahl teilnehmender Medical Center ausgeweitet werden. Das Betreuungskonzept für Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen wurde 2023 mit ersten Medical Centern gestartet.

Betreuungskonzept für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2

Die Behandlung erfolgt nach den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED) und nach einem individuellen Behandlungsplan. Die Routinedaten werden jährlich ausgewertet und den Leistungserbringern zur Verfügung gestellt. Regelmässige Treffen und Fortbildungen dienen dem Austausch innerhalb und zwischen den Fachdisziplinen sowie der kontinuierlichen Verbesserung der Behandlungsqualität.

Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der ZHAW untersucht das Betreuungskonzept in einer Begleitevaluation. Diese hat zum Ziel, die Auswirkungen der Einführung eines Disease-Management-Programms

2 Wertli MM, Schlapbach JM, Haynes AG, Scheuter C, Jegerlehner SN, Panczak R, Chiolerio A, Rodondi N, Au-jesky D. Regional variation in hip and knee arthroplasty rates in Switzerland: A population-based small area analysis. PLoS One. 2020 Sep 21;15(9):e0238287.

(DMP) für Diabetikerinnen und Diabetiker auf die Behandlungsqualität in der Grundversorgung zu beleuchten. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitevaluation werden die Outcomes der Versorgung anhand von vier Messgrößen zur *Guideline-adhärenenten Diabetesversorgung*, die *Hospitalisationsrate* und *Gesundheitskosten* von Patientinnen und Patienten im Disease-Management-Programm (Treatment Gruppe) mit Patientinnen und Patienten in Standardbehandlung (Kontrollgruppe) über mehrere Jahre verglichen. Zusätzlich wird die Behandlungsqualität auf Praxisebene anhand von Kriterien für gutes Disease-Management Diabetes der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED) evaluiert.

Neu wurden zudem für die Outcomes *Guideline-Adhärenz der Versorgung*, *Hospitalisierungsrate* und die *abgerechneten Gesundheitskosten ambulant und stationär*, ausgewählte Subgruppenanalysen gemacht, um allfällige Unterschiede in den Outcomes erkennen zu können: nach Geschlecht sowie nach Franchi-sehöhe.

Die Resultate zeigen, dass sich das lebenslange Betreuungskonzept für Diabetes Typ 2 Patientinnen und Patienten für alle Beteiligten auszahlt. Der aktuelle Bericht³ welcher die Routinedaten von 2022 analysiert, zeigt, dass die Behandlungsqualität verbessert und der Kostenanstieg gedämpft werden konnten.

Die für die Evaluation der Behandlungsqualität auf Praxisebene verwendeten Routinedaten werden von medizinischen Fachpersonen bei Medbase gesammelt. Konkret bedeutet dies, dass Leistungserbringer die Daten, welche rund um die Konsultation anfallen, strukturiert erfassen müssen. Die Erfahrung der letzten Jahre hat gezeigt, dass es dazu entsprechender Schulung bedarf. Das jeweilige Resultat aus der jährlichen Evaluation hat Einfluss auf die Praxis bei Medbase, denn die Leistungserbringer erhalten die von ihnen erfassten Routinedaten zusammengefasst und sehen so, wie es um die Betreuung ihrer eigenen Kohorte von Patientinnen und Patienten steht. Sie können die Personen mit ungenügender Betreuung identifizieren und zusammen mit ihren Kolleginnen und Kollegen Massnahmen zur Verbesserung planen. So werden regelmässig Workshops durchgeführt, in denen neben der strukturierten Erfassung von

Routinedaten auch Themen wie deren Interpretation sowie das Identifizieren von Problemen und Planen von Massnahmen besprochen und geübt werden. Um Interprofessionalität in den Teams zu unterstützen, wird zu Beginn des Jahres jeweils ein gemeinsamer Workshop für alle Berufsgruppen durchgeführt. Die Teilnehmenden studieren zusammen die Daten ihrer Praxis und formulieren auf dieser Basis Qualitätsziele. Diese überregionalen Workshops werden geschätzt, nicht zuletzt auch für den Austausch mit Berufskolleginnen und -kollegen anderer Praxen.

Betreuungskonzept für Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Bereits erste Medical Center haben 2023 das entwickelte Betreuungskonzept zur interprofessionellen Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKL) oder von Personen mit einem erhöhten Risiko gestartet. Das Betreuungskonzept umfasst eine interprofessionelle Nachsorge von Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die von Advanced Practice Nurses (APN) oder Chronic Care MPA koordiniert und in Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen oder Ärzten durchgeführt wird. Die Beratung zielt auf Selbstmanagement, Kontrollen bezüglich klinischer Risikofaktoren und der Medikation. Sozialmedizinische Konsequenzen wie Arbeitsfähigkeit und Fahreignung werden ebenfalls thematisiert. Die Nachsorge beinhaltet Zugang zu Ernährungsberatung, Physiotherapie und psychologischer Beratung, falls erforderlich. Die beteiligten Gesundheitsfachpersonen werden in motivierender Gesprächsführung geschult. Mit Hilfe von Qualitätsindikatoren, welche den Prozess der Implementierung sowie die Klinik abbilden, wird die Umsetzung des Konzepts bewertet. Diese Bewertung ist die Grundlage für stetige Verbesserung und Diskussion im Rahmen von Qualitätszirkeln, die je nach Bedürfnis verschiedene Berufsgruppen umfassen.

Auch dieses Konzept zielt darauf ab, die Qualität der integrierten und patientenzentrierten Versorgung chronisch kranker Personen zu verbessern. Es wird von Versicherern unterstützt. Eine Begleitevaluation ist in Planung, so dass es

ebenfalls durch qualitative Daten untermauert werden kann.

Specialty Care: Bedarfsgerechte Therapien & Entlastung für Fachärzte

In Zusammenarbeit mit Fachärztinnen und Fachärzten, Pflegefachpersonen und Patientinnen und Patienten hat der Bereich Specialty Care von Zur Rose Dienstleistungen entwickelt, die auf moderne Therapieformen für chronisch kranke Menschen zugeschnitten sind. Solche Therapien basieren oft auf komplexen Therapieplänen und Infusionen. Sie erfordern einen hohen Planungs- und Zeitaufwand. Das macht die patientengerechte Umsetzung im Spital- oder Praxisalltag anspruchsvoll und hier setzt Specialty Care an.

Je nach Bedarf übernimmt Specialty Care die gesamte Koordination und Betreuung der Patientinnen und Patienten oder Teilaufgaben. Die verordneten Therapien werden nach den Vorgaben der Fachärztin von den Pflegefachpersonen vor Ort in der Arztpraxis oder beim Patienten zuhause durchgeführt und dokumentiert. Der behandelnde Facharzt ist stets über den Therapieverlauf informiert und bleibt so nah an der Patientin. Dieses Zusammenspiel ermöglicht eine individuelle und bedürfnisgerechte Behandlung, die Fachärztinnen und Fachärzte profitieren von einer professionellen Unterstützung, Entlastung und Effizienzsteigerung in ihrem Arbeitsalltag.

Die Dienstleistungen werden schweizweit von Fachärztinnen und Fachärzten für Neurologie, Rheumatologie, Pädiatrie, Infektiologie, Dermatologie und Gastroenterologie in Anspruch genommen. Sie umfassen beispielsweise Therapien bei Diagnosen wie Multiple Sklerose, Anämie, CIDP, Rheumatoide Arthritis, Psoriasis, Hepatitis C, Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa oder Migräne.

3 Höglinger M., Carlander M., Egger T., Wissenschaftliche Begleitevaluation: SWICA Disease-Management-Programm Diabetes Mellitus. Jan-2024. Zugriff am 26.09.2024 via <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/21956>

4. Effizienzsteigerung in den Standorten

Digitale Lösungen zur Prozessoptimierung

Medbase setzt verstärkt auf digitale Lösungen, um die Effizienz in ihren Medical Centern, Apotheken und Zahnarztzentren zu steigern. Im Sommer 2024 konnte die Umstellung aller Medical Center auf ein einheitliches Praxisinformationssystem abgeschlossen werden. Dieser Entwicklungsschritt ermöglicht es nun, die Abläufe bei der Patientenaufnahme und der Medikamentenverteilung schrittweise weiter zu optimieren. Dadurch werden Fehlerquellen minimiert und die Mitarbeitenden können sich noch besser auf die eigentliche Patientenarbeit konzentrieren.

Am Beispiel der Einführung der Medikationslösung Zur Rose Studio lassen sich deutliche Effizienzsteigerungen erkennen, die sich positiv auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten und auf die Zufriedenheit der Mitarbeitenden auswirken. Nahezu alle selbstdispensierenden Medbase Medical Center und mehrere Hundert Arztpraxen in der Schweiz sind damit ausgerüstet. Durch die Anbindung profitieren Arztpraxen von einer zuverlässigen und intelligenten Praxisapothek und sparen wertvolle Zeit im Praxisalltag.

Innovative Versicherungsmodelle – Managed Care

Flexible Versicherungsmodelle

Medbase engagiert sich seit mehreren Jahren in Zusammenarbeit mit Krankenversicherern für die Entwicklung von alternativen, innovativen Versicherungsmodellen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Die Alternativen Versicherungsmodelle (AVM) erlauben spezifische Bestimmungen, welche den Zugang und die Koordination der weiterführenden Behandlung regeln und zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung und zur Kostenkontrolle beitragen. Das sind beispielsweise Hausarzt-/HMO-Modelle, Telemedizin-Modelle oder Apotheken-Modelle. Die Beschränkung auf einen Zugang hat jedoch den entscheidenden Nachteil, dass er nicht in

jedem Fall der am besten geeignete ist. Das von Medbase und der Krankenversicherung Sanitas gemeinsam entwickelte und 2021 lancierte Modell Medbase MultiAccess war das erste alternative Versicherungsmodell mit flexiblem Zugang zu Medical Centern, Apotheken und Telemedizin, welches die Koordination der Weiterbehandlung durch das vom Versicherten gewählte Medical Center sicherstellt. Dieser Ansatz hat sich bewährt und wird nun in immer mehr Modellen auch von anderen Versicherern und Leistungserbringern genutzt und optimiert.

Die Fragmentierung im Schweizer Gesundheitswesen und die regulatorischen Rahmenbedingungen sind Hürden in der Entwicklung und Umsetzung von innovativen Versicherungs- und Versorgungsmodellen. Dennoch sieht Medbase weiteres Potential für integrierte Versorgungsmodelle, die sowohl Kostenkontrolle als auch eine qualitativ hochwertige Betreuung ermöglichen, insbesondere auch im Rahmen der regionalen, intersektoriellen Gesundheitsversorgung.

Zukunftsansichten und strategische Ausrichtung

Medbase hat sich als Akteurin in der Entwicklung und Erbringung der integrierten Gesundheitsversorgung in der Schweiz etabliert und leistet einen wichtigen Beitrag für ein qualitativ hochstehendes und wirtschaftliches Gesundheitswesen. Neben der Mitarbeit an der Entwicklung alternativer Versicherungsmodelle tragen kontinuierliche Innovationen, insbesondere in den Bereichen multiprofessionelle Zusammenarbeit, Chronic Care Management, Telehealth, Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) und digitale Plattformen bei. Die Erkenntnisse aus der Praxis zeigen, dass eine erfolgreiche integrierte Versorgung in erster Linie auf der engen multi- und interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsfachpersonen basiert. Zum anderen sind innovative Technologien und Interoperabilität erforderlich, um eine nahtlose Verbindung zwischen den beteiligten Akteuren zu gewährleisten und den Austausch relevanter Daten auch mit den Patientinnen und Patienten einfacher und sicherer zu gestalten. In den nächsten Jahren plant Medbase, ihre digitalen Angebote weiter auszubauen und dadurch die Lücken und

Unterbrüche innerhalb der Behandlungspfade zu schliessen. Insbesondere der Aufbau der Telehealth-Einheit und die Weiterentwicklung des digitalen Gesundheitökosystems Compassana stehen im Fokus, um die Versorgung noch stärker zu vernetzen und den Zugang zur ambulanten Gesundheitsversorgung aufrecht zu erhalten.

Starke lokale, regionale und nationale Partner – sowohl Leistungserbringer als auch Versicherer – sind von grosser Bedeutung für die Umsetzung. Die enge Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen ist ein zentrales Element, um die Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung weiter zu verbessern. Medbase engagiert sich seit ihrer Gründung aktiv als umfassende Gesundheitsdienstleisterin und adressiert Herausforderungen wie Fachkräftemangel, demografische Entwicklungen, Versorgungsengpässe sowie tarifarische und regulatorische Hürden. Die Politik und Tarifpartner sind gefordert, entsprechende Anreize für den Erhalt und die Förderung der Grundversorgung zu schaffen.

Ein Aufruf zur Weiterentwicklung der Operationalisierung der Orphan-Drug Umsatzschwelle im AMNOG

Berücksichtigung effektiver Umsätze statt theoretischer Kosten

STEFAN HÖNZKE,
SASKIA STEUBER, CLARA
BRIEKE, GERRIT MÜLLER,
CHRISTOPH ENGELKE

Dr. Stefan Hönzke ist Senior Manager Pricing & Reimbursement bei Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG, Berlin

Saskia Steuber ist Senior Managerin Pricing & Reimbursement bei Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG, Berlin

Dr. Clara Briek ist Senior Managerin bei Simon-Kucher & Partner Strategy & Marketing Consultants GmbH, Frankfurt

Dr. Gerrit Müller ist Health Technology Assessment (HTA) Manager bei Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG, Berlin

Christoph Engelke ist Partner bei Simon-Kucher & Partner Strategy & Marketing Consultants GmbH, München

Aufgrund der besonderen Schutzwürdigkeit von Orphan Drugs (OD) greift im Rahmen des AMNOG-Prozesses für OD eine eigene Regelung, die aber nach Überschreitung einer Schwelle von 30 Millionen Euro Jahresumsatz entfällt. Der Artikel zeigt auf, dass die aktuelle Operationalisierung der OD-Umsatzschwelle wesentliche Limitationen aufweist. Des Weiteren werden konkrete Verbesserungsansätze für eine langfristige Sicherstellung einer fairen Umsatzerhebung zur Feststellung der Schutzwürdigkeit von ODs diskutiert.

Arzneimittel für seltene Erkrankungen („Orphan Drugs“) benötigen verfahrenserleichternde Mechanismen im Marktzugangsprozess (AMNOG)

Sogenannte Orphan Drugs (OD) sind Arzneimittel, die zur Behandlung von Patienten¹ entwickelt werden, die an einer sowohl sehr schweren als auch sehr seltenen Krankheit leiden. Im regulatorischen Rahmen sind OD zusätzlich dadurch charakterisiert, dass es in ihrer Indikation noch keine oder zumindest keine zufriedenstellende Therapieoption gibt.

Die geringe Prävalenz dieser Krankheiten (nicht mehr als 5 Patienten unter 10.000 Personen in der EU²) stellt die pharmazeutische Industrie bei der Entwicklung und Vermarktung solcher OD vor besondere Herausforderungen. Vor allem die Durchführung von klinischen Studien zur Generierung von Evidenz in der Breite und der Qualität, wie sie für Arzneimittel zur Behandlung verbreitete-

rer Erkrankungen Standard ist, ist häufig massiv erschwert oder nicht möglich.

Um den Herausforderungen Rechnung zu tragen, wurden verschiedene fördernde Anreize für Forschung und Entwicklung, sowie den Zugang zu OD gesetzt: Sowohl auf europäischer Ebene mit der im Jahr 2000 eingeführten EG-Verordnung 141/2000 über Arzneimittel für seltene Krankheiten als auch auf nationaler Ebene im Zuge des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in 2011 (AMNOG³). Mit dem AMNOG-Nutzenbewertungsverfahren nach § 35a SGB V unterliegen OD in Deutschland einer speziellen Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA): Im Zentrum der nationalen OD-Regelung steht, dass für OD der medizinische Zusatznutzen durch die

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

2 EG-Verordnung Nr. 141/2000

3 Siehe auch § 35a Absatz 1 SGB V

europäische Zulassung als belegt gilt. Die vom pharmazeutischen Unternehmer im Rahmen seines Dossiers einzureichende Evidenz hat daher primär den Zweck, das Ausmaß des Zusatznutzens zu quantifizieren.⁴

Ohne diese Regelung wäre es vielen OD kaum möglich, einen Zusatznutzen nachzuweisen, da die Evidenzansprüche des G-BA aufgrund der geringen Patientenzahlen im Therapiegebiet nicht unter verhältnismäßigen Anstrengungen in angemessener Zeit erfüllt werden können, ohne dass der Zugang zur Therapie für Patienten verzögert würde. Da das Vorliegen eines Zusatznutzens aber direkten Einfluss auf den mit dem GKV-Spitzenverband zu verhandelnden Erstattungsbetrag hat und somit Verhandlungsflexibilität für die Erreichung eines auskömmlichen Preises gewährleistet, ist diese OD-Regelung von hoher Relevanz.

Seit Einführung des AMNOG wurde die Orphan-Drug-Regelung mehrfach eingeschränkt

Diese OD-Regelung wurde bereits mit Einführung des AMNOG-Verfahrens auf bestimmte Fälle begrenzt: Schutzwürdig sind aus Sicht des Gesetzgebers nur OD mit einem geringen Umsatz. Der Gesetzgeber geht demnach davon aus, dass ab einer gewissen Umsatzschwelle dem pharmazeutischen Unternehmer der Mehraufwand zum Nachweis eines Zusatznutzens anhand von Evidenz gemäß den Kriterien des G-BA zuzumuten sei.⁵ Bei Überschreitung dieser Umsatzschwelle wird daher der Zusatznutzen gegenüber einer definierten zweckmäßigen Vergleichstherapie (zVT) anhand der vorliegenden klinischen Evidenz erneut evaluiert. Kann das OD in der Neubewertung keinen Zusatznutzen nachweisen, verliert es den bisherigen Status des Zusatznutzens. In der darauffolgenden Neuverhandlung des Erstattungsbetrags führt dies in vielen Fällen zu einer erheblichen Preisreduktion, die die wirtschaftliche Auskömmlichkeit des betroffenen OD bedrohen kann.

Ursprünglich wurde bei Einführung der OD-Regelung im AMNOG-Verfahren diese Umsatzschwelle bei 50 Millionen Euro festgesetzt, bemessen anhand der Umsätze zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu Apothekenverkaufspreisen einschließlich Um-

satzsteuer und Handelsmargen in den letzten rollierenden 12 Kalendermonaten. Im Zuge weiterer Gesetzgebungsverfahren wurde die Umsatzschwelle mehrfach zu Lasten des pharmazeutischen Unternehmers adjustiert:

- Zunächst wurde mit dem Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) in 2019 eingeführt, dass auch stationäre Umsätze bei der Bemessung der Umsatzschwelle zu berücksichtigen sind.⁶
- In einem zweiten Schritt wurde Ende 2022 mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) die Umsatzschwelle auf 30 Millionen Euro abgesenkt. In der Folge mussten am Markt befindliche OD mit einem Jahresumsatz von über 30 Millionen Euro eine erneute Nutzenbewertung mit darauffolgender Neuverhandlung des Erstattungsbetrags durchlaufen. Da nicht alle Verhandlungen abgeschlossen sind⁷, sind die Folgen derzeit noch nicht vollständig abzusehen.

Auch für zukünftige OD sind die Folgen noch nicht abzuschätzen – adverse Kollateraleffekte wie verzögerte oder ausbleibende Markteintritte und eine damit assoziierte Unterversorgung der Patienten in Deutschland können nicht ausgeschlossen werden.^{8,9}

Die bestehende Bemessung der Umsatzschwelle bildet die Schutzwürdigkeit eines OD nicht sachgemäß ab

Diese Verschärfungen in der Höhe der Umsatzschwelle zu Lasten der pharmazeutischen Industrie sind bereits Gegenstand politischer Diskussionen. Bisher nicht beachtet ist die seit ihrer Einführung zu Lasten der pharmazeutischen Industrie ausgelegte Operationalisierung der Umsatzschwelle, also wie der Umsatz des Arzneimittels konkret bemessen wird.

Aus Sicht der Autoren sollte sich die politisch gewollte, umsatzbezogene Schutzwürdigkeit, also der Erhalt der OD-Regelung am tatsächlich anfallenden effektiven Umsatz des Arzneimittels für den pharmazeutischen Hersteller orientieren. Die derzeitige Umsatzbemessung hingegen erfasst theoretische (Höchst-) Kosten für die GKV.

Die heutige Operationalisierung stellt eine grundsätzliche Benachteiligung des pharmazeutischen Unternehmers dar, weil ein (teilweise deutlich) höherer Umsatz des OD suggeriert wird als dem pharmazeutischen Unternehmer tatsächlich zufließt. Die Schutzwürdigkeit des OD wird dadurch systematisch unterminiert, da die Kosten für OD, die dem Gesundheitssystem entstehen, systematisch überschätzt werden. Darüber hinaus benachteiligt der aktuelle Erhebungszeitraum von 12 rollierenden Kalendermonaten diejenigen OD, die nur kurzfristige Kostenspitzen verursachen oder die kumulierten Kosten einer alternativen Dauertherapie vorziehen. Solche Situationen können insbesondere bei der immer häufigeren Markteinführung von Einmaltherapien (z. B. Zell- & Gentherapien) entstehen.

Konkret ergeben sich bei der aktuellen Bemessung der Umsatzschwelle drei zu differenzierende Umsetzungsfehler (Kritikfelder), die wir im Folgenden beschreiben:

- **Kritikfeld 1 – Es werden „Kosten für die GKV“ statt „Umsätze des pharmazeutischen Unternehmers“ erhoben:** Die Umsatzbemessung erfolgt derzeit auf Basis des Apothekenverkaufspreises inkl. Umsatzsteuer und Handelsmargen. Diese Metrik kann nicht zur Messung des Umsatzes des pharmazeutischen Unternehmers herangezogen werden, da sie substantielle Beträge enthält, die weder dem pharmazeutischen Unternehmer als Umsatz zugutekommen noch im Ein-

4 Nach § 35a Abs. 1 Satz 11 SGB V müssen für Arzneimittel, die zur Behandlung einer seltenen Erkrankung zugelassen sind, Nachweise nach § 35a Abs. 1 Satz 3 Nummer 2 und 3 nicht vorgelegt werden

5 Siehe auch DAK AMNOG-Report 2022: Orphan Drugs – Erstattungs- und Versorgungsherausforderungen, S. 138ff.

6 Ergänzung des § 35a Abs. 1 Satz 13 SGB V: „sowie außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung“

7 Stand: Juni 2024

8 Der AMNOG-Report 2023 geht davon aus, dass durch die Absenkung der Umsatzschwelle jährlich 5 ODs zusätzlich eine vollständige Nutzenbewertung durchlaufen müssen; vgl. DAK AMNOG-Report 2023: Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz und seine Auswirkungen, S. 19f.

9 Vgl. vfa (Verband forschender Arzneimittelhersteller): Stellungnahme: Evaluation der Auswirkungen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes auf die Versorgung und den Wirtschaftsstandort; 2023

flussbereich des pharmazeutischen Unternehmers liegen.

- **Kritikfeld 2** – Es werden theoretische (Höchst-)Beträge statt effektiv gezahlter Beträge erhoben: Geleistete Rückzahlungen des pharmazeutischen Unternehmers an die Solidargemeinschaft in Form von Rabatten werden bei der Bemessung zur Überschreitung der Umsatzschwelle derzeit nicht berücksichtigt.
- **Kritikfeld 3** – Situationen von kurzfristigen oder vorgezogenen Kostenspitzen werden benachteiligt: Die OD-Regelung verfällt irreversibel, sobald eine einmalige Umsatzüberschreitung in einem Zeitraum von 12 rollierenden Kalendermonaten festgestellt wird. Es erfolgt keine Prüfung, ob diese Überschreitung nur eine Folge von einmaligen, außergewöhnlichen, Kostenspitzen ist oder ob tatsächlich von einer nachhaltigen Überschreitung der jährlichen Umsatzschwelle ausgegangen werden kann.

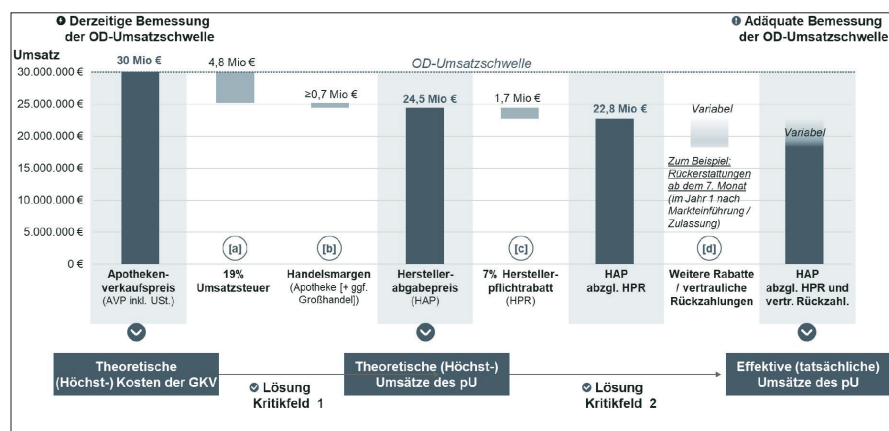
Im Folgenden möchten wir detailliert auf diese Kritikfelder zur aktuellen Bemessung der Umsatzschwelle eingehen und mögliche Lösungswege skizzieren.

Kritikfeld 1: Es werden „Kosten für die GKV“ statt „Umsätze des pharmazeutischen Unternehmers“ erhoben

Die Kopplung der OD-Regelung mit einer Umsatzschwelle impliziert, dass der Gesetzgeber davon ausgeht, dass ab einem gewissen Umsatz die Auskömmlichkeit eines OD für den pharmazeutischen Unternehmer gegeben ist und somit die Schutzwürdigkeit entfallen kann. Zur Bemessung der Auskömmlichkeit sollte daher der Umsatz des pharmazeutischen Unternehmers und nicht die aktuell definierten Kosten für die GKV herangezogen werden. Außerdem liegt nur der Umsatz im Einflussbereich des pharmazeutischen Unternehmers.

Die derzeitige Bemessung der Umsätze nach § 35a Abs. 1 Satz 13 SGB V erfolgt auf Basis des Apothekenverkaufspreises. In dieser Metrik sind zusätzlich Beträge enthalten, die nicht dem pharmazeutischen Unternehmer zufließen. Daher werden weit höhere Beträge als vermeintlicher Umsatz des pharmazeutischen Unternehmens verbucht.

Abbildung 1: Übersicht zu den ersten zwei Kritikfeldern an der Operationalisierung der Orphan-Umsatzschwelle und Lösungsvorschlag (AVP: Apothekenverkaufspreis; OD: Orphan Drug; HAP: Herstellerabgabepreis; HPR: Herstellerpflichttrabatt; GKV: Gesetzliche Krankenversicherung; pU: pharmazeutischer Unternehmer; [d]: Rückzahlungen nach §130a/b/c/e SGB V)



Quelle: Eigene Darstellung

Diese systematische Überschätzung liegt ursächlich in zwei Mechanismen:

- 1. Berücksichtigung der Umsatzsteuer:** Die Umsatzsteuer [a] ist eine gesetzlich geregelte Abgabe. Sie fließt nicht dem pharmazeutischen Unternehmer zu und kann somit nicht zu der wirtschaftlichen Auskömmlichkeit des Arzneimittels beitragen. Sie ist ausschließlich eine Kostenposition der GKV zugunsten des Staates. Mit der derzeitigen Umsatzsteuer in Höhe von 19% ist dies jedoch ein besonders relevanter Effekt. Ein Beispiel verdeutlicht dies: Im Jahresumsatz eines OD auf Basis des Apothekenverkaufspreises inkl. Umsatzsteuer in Höhe von 30 Millionen Euro sind über 4,8 Millionen Euro Umsatzsteuer enthalten, die nicht dem pharmazeutischen Unternehmer zufließen, aber im Sinne der OD-Umsatzschwelle derzeit als Umsatz gezählt werden. Auch ist anzumerken, dass die Höhe der Umsatzsteuer nicht im Einflussbereich des Unternehmers liegt. Änderungen der Umsatzsteuer-Regelung wurden bereits mehrfach diskutiert bzw. bereits im Kontext der Maßnahmen zur Bewältigung der COVID-Pandemie umgesetzt. Angenommen das eben skizzierte OD läge bei einem Jahresumsatz von 29,5 Millionen Euro, dann würde eine beispielhafte Anhebung der Umsatzsteuer um 3 Prozentpunkte den Umsatz auf über 30 Millionen Euro anhe-

ben und eine sofortige, irreversible Neubewertung ohne OD-Regelung auslösen. In diesem Fall würde also das OD seine Schutzwürdigkeit verlieren, ohne dass dem eine verbesserte wirtschaftliche Auskömmlichkeit des pharmazeutischen Unternehmers gegenüberstehen würde.

- 2. Berücksichtigung der Handelsmarge:** Wie die Umsatzsteuer werden auch die im Apothekenverkaufspreis enthaltenen Handelsmargen [b] derzeit als Umsatz im Sinne der OD-Umsatzschwelle verbucht, obwohl sie dem pharmazeutischen Unternehmer nicht zufließen. Diese Handelsmargen fließen stattdessen in der Regel der abgebenden Apotheke und dem Großhändler zu. Im skizzierten Beispiel eines OD mit 30 Millionen Euro Umsatz auf Basis des Apothekenverkaufspreises inkl. Umsatzsteuer sind neben der 19%-igen Umsatzsteuer mindestens 3% Apothekenmarge in Höhe von knapp 1 Million Euro enthalten. Je nach Preisniveau, Packungsgröße und Vertriebsweg können noch einmal ähnlich hohe Beträge für die Großhandelsmarge enthalten sein. Die Höhen der Handelsmargen sind im Regelfall über die Arzneimittelpreisverordnung geregelt und liegen somit – wie auch die Umsatzsteuer – nicht im Einflussbereich des pharmazeutischen Unternehmers, werden aber in die Bemessung der Umsatzschwelle einbezogen. Darüber hinaus entscheidet auch die verfügba-

re Packungsgröße über die kumulativ anfallenden Handelsmargen und damit den derzeit gezählten Umsatz. Es erscheint nicht logisch, dass die Schutzwürdigkeit eines OD mit der Packungsgröße im Zusammenhang steht bzw. direkt von ihr abhängig ist.

Die dargelegten Sachverhalte zeigen, dass die aktuelle Regelung zur Umsatzbemessung kein adäquates Maß zur Beurteilung der Schutzwürdigkeit des OD darstellt. Aus der derzeitigen Einbeziehung der Umsatzsteuer und Handelsmargen von Apotheke und Großhändler resultiert eine systematische Überschätzung der Beträge, die dem pharmazeutischen Unternehmer tatsächlich zufließen. Nicht umsonst wird der Erstattungsbetrag für ein Arzneimittel daher auf Basis des Herstellerabgabepreises zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer verhandelt. Die im Apothekenverkaufspreis zusätzlich einbezogenen Kosten liegen zudem außerhalb der Einflusszone des pharmazeutischen Unternehmers. Eine Änderung zur gesetzlichen Regelung der Handelsmargen oder Umsatzsteuer könnte somit zum Verlust der OD-Regelung führen, ohne dass dem eine verbesserte Auskömmlichkeit des Arzneimittels gegenübersteht. Somit weist die derzeitige Umsetzung der Umsatzbemessung zur Beurteilung der Auskömmlichkeit und Schutzwürdigkeit eines OD zu korrigierende Verfälschungen auf.

Ansatz zur Lösung des Kritikfeldes 1: Die Bemessung der Umsätze im Kontext der OD-Umsatzschwelle sollte statt auf Basis von Apothekenverkaufspreisen inkl. Umsatzsteuer auf der Ebene der Herstellerabgabepreise erfolgen.

Kritikfeld 2: Es werden theoretische (Höchst-) Beträge statt effektiv gezahlter Beträge erhoben

Neben der in Kritikfeld 1 beschriebenen nicht sachgemäßen Bemessungsgrundlage zur Erhebung des Umsatzes des pharmazeutischen Unternehmers auf Basis des Apothekenverkaufspreises verursacht ein weiterer, davon unabhängiger Umstand eine systematische Überschätzung des Umsatzes eines OD: Die vom pharmazeutischen Unternehmer geleisteten Rückzahlungen und Rabatte (inkl. gesetzlich geregelter Abschläge)

zugunsten der Solidargemeinschaft bleiben gänzlich unberücksichtigt, obwohl sie den tatsächlichen Umsatz und somit die wirtschaftliche Auskömmlichkeit (teilweise deutlich) reduzieren. Somit werden in der derzeitigen Listenpreis-basierten Umsatzerhebung theoretische Höchstbeträge gemessen, statt die vom Unternehmen effektiv erhaltenen bzw. einbehaltenden Umsätze.

Hinweis: Dieses Kritikfeld ist unabhängig davon, ob Umsätze wie heute anhand von Apothekenverkaufspreisen inkl. Umsatzsteuer oder wie zur Lösung des Kritikfeldes 1 gefordert anhand des Herstellerabgabepreises gemessen werden.

Diese Überschätzung lässt sich anhand von drei verschiedenen Mechanismen konkretisieren:

1. **Gesetzlich geregelte Abschläge^{10,11} werden nicht berücksichtigt:** Der pharmazeutische Unternehmer ist gemäß § 130a SGB V Abs. 1 verpflichtet, den Krankenkassen einen gesetzlich geregelten Rabatt [c] auf den Herstellerabgabepreis einzuräumen, der somit von der Umsatzbemessung abzuziehen ist. Für patentgeschützte Arzneimittel beträgt dieser derzeit 7%; das heißt bei einem OD mit einem Jahresumsatz auf Basis des Apothekenverkaufspreises inkl. Umsatzsteuer von 30 Millionen Euro fallen 1,7 Millionen Euro als Pflichtrabatt an. Dieser Rabatt ist nicht nur in der Lauer-Taxe einsehbar und regelhaft ausgewiesen, auch der G-BA schließt den Rabatt in der Kostendarstellung seines Nutzenbeschlusses explizit aus. Die Umsetzung des Rabatts erfolgt als Nacherstattung des pharmazeutischen Unternehmers in Form eines Rabatts auf abgerechnete Rezepte. Trotz der eindeutigen Ausweisung und regelhaften Gewährung des Rabatts wird diese Rückzahlung des pharmazeutischen Unternehmers derzeit nicht umsatzmindernd in die Umsatzerhebung einbezogen, obwohl dieser Rabatt sehr wohl einen direkten Einfluss auf die wirtschaftliche Auskömmlichkeit und Schutzbedürftigkeit eines OD hat und im Grenzfall zu einer Überschreitung und somit einer erneuten Nutzenbewertung ohne OD-Regelung führen kann. Wie auch die Umsatzsteuer und Handelsmargen unterliegen diese gesetzlich gere-

gelten Abschläge zudem möglichen gesetzlichen Änderungen. Erst kürzlich im Zuge des GKV-FinStG wurde eine temporäre Erhöhung des Herstellerpflichtrabatts auf 12% für 2023 festgelegt. Diese Erhöhung hätte im beschriebenen Beispiel 1,2 Millionen Euro zusätzliche Rückzahlungen des pharmazeutischen Unternehmers zur Folge gehabt, die nach derzeitiger Regelung der Umsatzbemessung der OD-Umsatzschwelle gänzlich unberücksichtigt geblieben wären.

Darüber hinaus führt die Nicht-Berücksichtigung des gesetzlich geregelten Herstellerabschlags¹² zu einer Benachteiligung der Arzneimittel, für die in der Erstattungsbetragsverhandlung keine Ablösung des Herstellerabschlags im Tausch gegen einen niedrigeren Herstellerabgabepreis vereinbart werden konnte. Dies ist von besonderer Brisanz, da der pharmazeutische Unternehmer eine im Rahmen der derzeitigen Umsatzbemessung vorteilhaftere Ablösung nicht einseitig umsetzen kann, sondern auf die Zustimmung des GKV-Spitzenverbands im Rahmen eines konsentierten Verhandlungsergebnisses angewiesen ist.¹³ Unter dem Strich bedeutet dies, dass OD mit einem abgelösten Herstellerabschlag mehr Umsatz in der GKV machen können, ohne die OD-Regelung zu verlieren, als OD ohne Ablösung des Herstellerabschlags.

2. **Gewährte Rückzahlungen im Rahmen von § 130b-Vereinbarungen werden nicht berücksichtigt:** Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz wurden Ende 2022 verschiede-

10 Neben dem hier im Detail besprochenen Herstellerabschlag fällt auch ein Apothekenabschlag in Höhe von 2,00 € pro Packung an. Aufgrund des vergleichsweise geringen Betrags wird der Apothekenabschlag in dieser Diskussion nicht weiter aufgeführt.

11 Als weiterer gesetzlich geregelter Abschlag ist in bestimmten Konstellationen zusätzlich der Kombinationsabschlag nach § 130e SGB V zu berücksichtigen.

12 Im Rahmen der Erstattungsbetragsverhandlungen zwischen dem pharmazeutischen Unternehmen und dem GKV-SV können die Parteien vereinbaren, dass der Herstellerabschlag im Gegenzug für einen in der Regel niedrigeren Herstellerabgabepreis entfällt und somit auch nicht separat in der Lauer-Taxe ausgewiesen wird.

13 Es ist ständige Spruchpraxis der Schiedsstelle, Abschläge entsprechend der gesetzlichen Wertung regelhaft nicht abzulösen (zuletzt bei Retsevm (Schiedsspruch vom 09.06.2022)) – so auch bei Nicht-Einigung der Parteien (z. B. Forxiga (Schiedsspruch vom 02.02.2022)).

ne Änderungen eingeführt, die auch über gesetzlich geregelte Abschläge hinaus regelhaft zu Rückzahlungen [d] des pharmazeutischen Unternehmens an die Krankenkassen führen: Der mit dem GKV-Spitzenverband zu verhandelnde Erstattungsbetrag gilt seither rückwirkend bereits ab dem 7. Monat nach Markteinführung (des Arzneimittels bzw. eines neuen Anwendungsgebiets des Arzneimittels). Der Erstattungsbetrag wird jedoch in der Regel frühestens 12 Monate nach Markteinführung final ausgehandelt. Der pharmazeutische Unternehmer ist in der Folge gesetzlich verpflichtet, die Differenz zwischen dem Markteinführungspreis (bzw. dem gültigen Erstattungsbetrag vor Anwendungsgebietserweiterung) und dem ausgehandelten Erstattungsbetrag an die Kostenträger für den betroffenen Zeitraum zurückzuerstatten. Diese vertraulichen Rückerstattungen werden zurzeit bei der Umsatzerhebung nicht umsatzmindernd berücksichtigt, obwohl der pharmazeutische Unternehmer die Rückwirkung nach § 131 SGB V melden muss und die Rabatte somit auf Ebene der Selbstverwaltung entsprechend berücksichtigt werden könnten. Auch dieser Effekt führt zu einer deutlichen Überschätzung der effektiven Umsätze des Unternehmers, der in gewissen Fällen dazu führen kann, dass fälschlicherweise eine Überschreitung der OD-Umsatzschwelle mit irreversiblen Verlust der OD-Regelung festgestellt wird, obwohl der tatsächliche Umsatz weit unter der Schwelle lag.

Darüber hinaus sieht das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz nun obligatorisch mengenbezogene Vereinbarungen vor. Auch wenn zum heutigen Stand verfügbare Schiedsstellenentscheidungen noch keine mengenbezogenen Regelungen mit Rückzahlungen an die Krankenkassen vorsehen, sind solche Modelle in vielen Fallkonstellationen sinnvoll und technisch umsetzbar. In der derzeitigen Umsatzbemessung der OD-Umsatzschwelle fehlt jedoch häufig der Anreiz für eine kreative Ausgestaltung solcher Rückzahlungsmodelle, da mengenbezogene Rückzahlungen nicht umsatzmindernd gegenüber der OD-Umsatzschwelle berücksichtigt würden. Es erscheint widersprüchlich, dass auf der einen Seite die

gesetzliche Vorgabe zur Vereinbarung einer mengenbezogenen Regelung besteht und auf der anderen Seite solche Regelungen bei der OD-Umsatzschwelle nicht berücksichtigt werden. Das beschneidet sowohl den GKV-Spitzenverband als auch den pharmazeutischen Unternehmer bei möglichen lösungsorientierten Verhandlungsoptionen für betroffene OD.

3. Rückzahlungen im Rahmen von § 130a/c-Vereinbarungen mit Krankenkassen werden nicht berücksichtigt: Neben der Verhandlung eines Erstattungsbetrags nach § 130b SGB V können pharmazeutische Unternehmen und einzelne Krankenkassen oder ihre Verbände zusätzlich Rabattverträge¹⁴ [d] schließen. Dadurch gewährte Rabatte werden ebenfalls in der Regel über Rückzahlungen vom pharmazeutischen Unternehmer an die Krankenkasse umgesetzt. Wie in den vorherigen Mechanismen beschrieben, werden jedoch auch diese Rabatte nicht bei der Umsatzbemessung gegenüber der OD-Umsatzschwelle berücksichtigt. Sollten solche Vereinbarungen bestehen, wird also auch hier der effektive Umsatz des OD überschätzt. Somit wird der Anreiz, solche Vereinbarungen für OD abzuschließen, begrenzt. Dieser Konflikt wird zukünftig an Relevanz gewinnen, da sich der Bedarf und Nutzen von innovativen Vertragsmodellen aufgrund der steigenden Anzahl von ATMP (Advanced Therapy Medicinal Products, Arzneimittel für neuartige Therapien) unter den OD stetig erhöhen. So hat das Bundesamt für Soziale Sicherung in einem Sondergutachten von 2022 festgestellt, dass sich Pay-for-Performance-Verträge auf Einzelkassenebene inzwischen etabliert haben (85 Verträge zum Stand Juni 2021).¹⁵ Auch die im Juni 2024 vorgestellte Nationale Strategie für gen- und zellbasierte Therapien¹⁶ ruft zu einer verstärkten Nutzung von erfolgsabhängigen Erstattungsmodellen auf. Die Berücksichtigung von im Rahmen solcher Verträge gewährten Rückzahlungen im Kontext der OD-Umsatzschwelle ist aber für die weitere Etablierung solcher Vertragsmodelle – ganz gleich ob auf Einzelkassenebene oder nationaler Ebene – elementar.

Die Missachtung von regelhaft anfallenden Rückzahlungen und zum Teil sogar transparent ausgewiesenen Rabatten bei der Umsatzbemessung von OD im Sinne der Umsatzschwelle sorgt für eine substantielle systematische Überschätzung des Umsatzes: Derzeit werden „theoretische Höchstbeträge“ statt „tatsächlicher, effektiver Beträge“ erhoben. Dies führt zu einer Überschätzung der wirtschaftlichen Auskömmlichkeit und folglich zur Unterschätzung der Schutzwürdigkeit von OD. Darüber hinaus bleiben mögliche Anreize ungenutzt, fallspezifisch für den pharmazeutischen Unternehmer und für die GKV sinnvolle Vereinbarungen auf nationaler oder regionaler Ebene zu vereinbaren. Eine Berücksichtigung solcher Vereinbarungen im Rahmen der OD-Umsatzschwellenbemessung könnte für mehrere Seiten sinnvoll sein: einerseits ein Erhalt der OD-Regelung für den pharmazeutischen Unternehmer, sowie andererseits Kostenbegrenzungen für die GKV und uneingeschränktem Zugang von Patienten zu OD.

Ansatz zur Lösung des Kritikfeldes 2: Die Bemessung der Umsätze im Kontext der OD-Umsatzschwelle sollte dem pharmazeutischen Unternehmer die Möglichkeit einräumen, geleistete Rückerstattungen an Krankenkassen nachzuweisen und umsatzmindernd einzubeziehen.

Kritikfeld 3: Situationen von kurzfristigen oder vorgezogenen Kostenspitzen werden benachteiligt

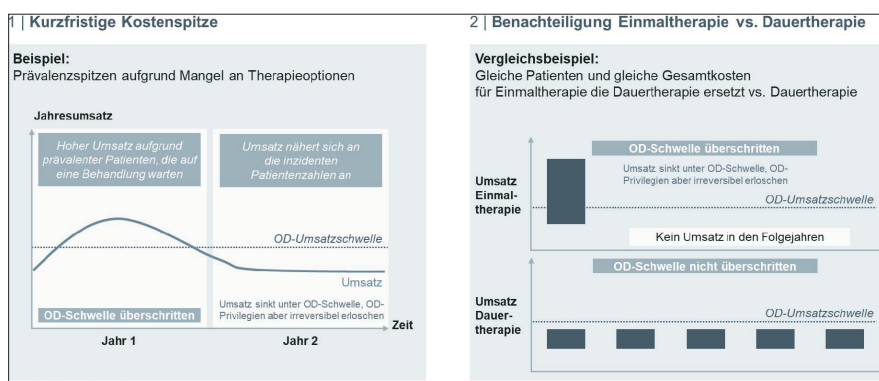
Neben den hier schon beschriebenen Kritikfeldern bei der Bemessung der OD-Umsatzschwelle führt auch die Erhebungsmethodik zu Benachteiligungen bestimmter OD, wie wir hier anhand von zwei Beispielen skizzieren (siehe Abbildung 2):

1. Fehlende Resilienz gegenüber kurzfristigen Kostenspitzen: Der aktuelle Erhebungszeitraum – innerhalb 12 rollierender Kalendermonate – kann

¹⁴ § 130a Abs. 8 oder § 130c SGB V

¹⁵ Bundesamt für Soziale Sicherung „Sondergutachten zu den Wirkungen von Pay-for-Performance-Verträgen vor dem Hintergrund des Risikopools“, 2022, S. IX.

¹⁶ Vgl. Multi-Stakeholder-Strategie koordiniert vom Berlin Institute of Health Charité im Auftrag vom Bundesministerium für Bildung und Forschung: Nationale Strategie für gen- und zellbasierte Therapien

Abbildung 2: Beispiele für das Kritikfeld 3 (OD: Orphan Drug)

Quelle: Eigene Darstellung

dazu führen, dass bei kurzfristigen Kostenspitzen eine Überschreitung der Umsatzschwelle und somit eine Neubewertung mit irreversiblen Verlust der OD-Regelung erfolgt. Solche (einmaligen) Kostenspitzen können z. B. durch Bevorratungsmaßnahmen, wie sie während der COVID-Pandemie zu beobachten waren, oder Prävalenzbedingt entstehen: Auch wenn der OD-Status eines Arzneimittels impliziert, dass nur wenige Patienten für diese Therapie infrage kommen, können Fallkonstellationen entstehen, in denen viele Patienten bereits vor vielen Jahren eine Diagnose erhalten haben, aber weiterhin auf eine Therapie warten. Es besteht also trotz einer geringen Rate von Neuerkrankungen („Inzidenz“) eine hohe Anzahl prävalenter Patienten, die nun mit Markteinführung für eine Behandlung mit dem neuen OD in Frage kommen. Damit führt die direkte Behandlung der auf eine Therapie wartenden Patienten zu einer kurzfristigen und nur temporären Umsatzspitze, welche aber trotzdem die Überschreitung der OD-Umsatzschwelle induzieren und somit eine Neubewertung mit irreversiblen Verlust der OD-Regelung auslösen kann. Das erscheint jedoch nicht sachgerecht, falls der mittelfristig zu erwartende jährliche Umsatz deutlich unterhalb der OD-Umsatzschwelle liegen sollte. In solch einer Situation wird es dem pharmazeutischen Unternehmen im Sinne des Erhalts der OD-Regelung zum Nachteil, dass er nach Markteinführung einen raschen Zugang zum Arzneimittel für alle auf

eine Therapie wartenden Patienten ermöglicht hat.

2. Benachteiligung von Einmaltherapien: Die aktuelle Umsetzung der Umsatzbemessung benachteiligt auch innovative Einmaltherapien, bei denen die Kosten nicht wie bei kontinuierlichen Dauertherapien über viele Jahre verteilt, sondern über einen Einmalpreis vorab anfallen. Diese Benachteiligung wird deutlich bei einem fiktiven Beispielvergleich einer Dauertherapie mit einer Einmaltherapie: Eine Dauertherapie, mit der 1.000 Patienten zu Therapiekosten pro Jahr von 20.000 Euro über 5 Jahre behandelt werden, verursacht in dem Zeitraum Gesamtkosten von 100 Millionen Euro. Die jährlichen Kosten werden jedoch nur 20 Millionen Euro betragen, so dass die OD-Umsatzschwelle nicht überschritten wird und die OD-Regelung im Sinne der Schutzwürdigkeit der OD erhalten bleibt. Eine innovative Einmaltherapie für dieselbe Erkrankung, die jedoch mit einem Einmalpreis vorab erstattet würde, müsste bei gleichen Gesamtkosten je Patient einen Einmalpreis von 100.000 Euro kosten (5 Jahre x 20.000 Euro). Werden nun jedoch die gleichen 1.000 Patienten in einem Jahr behandelt, kommt es ebenfalls zu Gesamtkosten in Höhe von 100 Millionen Euro. Anders als bei der Dauertherapie fällt dieser Betrag jedoch direkt im ersten Jahr an, während kein weiterer Umsatz in den darauffolgenden 4 Jahren folgt. Durch die vorgezogenen Kosten würde nach derzeitiger Regelung die OD-Umsatzschwelle überschritten und die OD-Regelung mit zum Teil

drastischen Konsequenzen für den Erstattungsbetrag ab dem 2. Jahr entfällt. Es findet also eine Benachteiligung von innovativen Einmaltherapien im Sinne des Erhalts der OD-Regelung statt, insbesondere, solange diese anhand eines Einmalpreises und nicht anhand innovativer kontinuierlicher Erstattungsmodelle erstattet werden.

Diese beiden Beispiele zeigen, dass es ebenfalls einen Anpassungsbedarf bezüglich des Bemessungszeitraums für die Umsatzbemessung der OD-Umsatzschwelle gibt. Darüber hinaus ist es elementar, die Umsatzschwelle fit für die Zukunft zu machen, indem die Umsatzbemessung für Einmaltherapien mit denen einer Dauertherapie gleichgestellt wird.

Ansatz zur Lösung des Kritikfeldes 3:

Um Benachteiligungen von Arzneimitteln, bei denen kurzfristige oder vorgezogene Kostenspitzen auftreten können, zu beseitigen, sollte der Erhebungszeitraum erweitert werden und zumindest eine langfristig wiederkehrende Überschreitung der Kriterien festgestellt werden. Zudem sollten bei Einmaltherapien die individuellen Bezahlungs- und Vertragsmodelle bei der Bemessung berücksichtigt werden (siehe auch Kritikfeld 2).

Zusammenfassung und Fazit

Die im Rahmen des AMNOG-Verfahrens eingeräumte Regelung für Orphan Drugs, insbesondere des mit Zulassung garantierten Status eines Zusatznutzens, ist für die Verhandlung eines auskömmlichen Erstattungsbetrags, der den Patientenzugang zur Therapie sicherstellt, zentral. Der Gesetzgeber beschränkt diese Schutzwürdigkeit allerdings auf jene Orphan Drugs, die einen jährlichen Umsatz in der GKV von 30 Millionen Euro nicht überschreiten. Dahinter verbirgt sich der Grundsatz, dass ab einer gewissen Umsatzhöhe es dem pharmazeutischen Unternehmen zuzumuten ist, den AMNOG-Prozess des Arzneimittels ohne Orphan Drug-Regelung zu durchlaufen und einen Zusatznutzen regelhaft per direkt vergleichender Evidenz gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie nachweisen zu müssen. Gerade aber für Orphan Drugs mit einem Umsatz unterhalb der durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz verschärften Umsatzschwelle bewegt sich der Aufwand für diese Evidenzgenerierung

rung nicht im Rahmen verhältnismäßiger Anstrengungen. Daher ist die Regelung zur Schutzwürdigkeit dieser Orphan Drugs zur Sicherstellung der Versorgung elementar.

Zur Prüfung dieser Schutzwürdigkeit erhebt der Gemeinsame Bundesausschuss kontinuierlich die Arzneimittelumsätze der Orphan Drugs in der GKV. Um eine angemessene Bewertungsbasis der Schutzwürdigkeit zu erhalten, wäre es dabei angebracht, die tatsächlichen, effektiven Umsätze des Arzneimittels des pharmazeutischen Unternehmers zu ermitteln. Die derzeitige Praxis der Umsatzbemessung führt jedoch dazu, dass keine tatsächlichen, effektiven Umsätze des Unternehmers, sondern theoretische Höchstkosten für die gesetzliche Krankenversicherung herangezogen werden.

Zum einen werden aufgrund der derzeitigen Umsatzerhebung in der Metrik der Apothekenverkaufspreise inkl. Umsatzsteuer explizit nicht dem pharmazeutischen Unternehmer zufließende Beträge wie die Umsatzsteuer oder Handelsmargen zum Umsatz gezählt, obwohl

diese fremdgesteuerten Beträge nicht zur Auskömmlichkeit des Arzneimittels beitragen. Zum anderen werden die vom Unternehmer an die GKV gewährten Rabatte und Rückzahlungen, wie etwa der regelhaft anfallende Herstellerpflichttrabatt und ggf. weitere vertrauliche Rückzahlungen, nicht umsatzmindernd berücksichtigt. Der tatsächlich effektive Umsatz eines Orphan Drugs wird somit aufgrund der nicht sachgemäßen Berechnungsgrundlage deutlich überschätzt und seine Schutzwürdigkeit unterschätzt. Mit der aktuellen Erhebung wird die Finanzierung weiterer Akteure in der Arzneimittelversorgung (Großhandel und Apotheken) mitbemessen, obwohl die Konsequenzen einer Überschreitung allein der pharmazeutische Unternehmer zu tragen hat. Zusätzlich werden Anreize für pharmazeutische Unternehmer, Rabatte zur Einhaltung der 30 Millionen Euro Orphan Drug-Umsatzschwelle anzubieten, systembedingt unterdrückt.

Eine Reformierung der praktischen Umsatzbemessung von Orphan Drugs im Kontext der Orphan Drug-Umsatzschwelle ist daher notwendig, um die

tatsächlichen, effektiven Umsätze des pharmazeutischen Unternehmers mit dem Arzneimittel zu erheben. Dazu muss zum einen die Umsatzbemessung auf Basis der Herstellerabgabepreise erfolgen. Zum anderen muss dem pharmazeutischen Unternehmer die Möglichkeit eingeräumt werden, die gemessenen Umsätze zu Listenpreisen (Herstellerabgabepreis) um gezahlte Rückerstattungen und Rabatte zu bereinigen. Darüber hinaus muss die Umsatzbemessung so reformiert werden, dass sowohl innovative Einmaltherapien, die die Kosten einer mehrjährigen Therapie vorziehen, als auch Therapien, die nur aufgrund kurzfristiger Umsatzspitzen die Umsatzschwelle temporär überschreiten, nicht in ihrer Schutzwürdigkeit benachteiligt werden. Nur mit dieser Reformierung kann eine faire Umsatzerhebung zur Feststellung der tatsächlichen Schutzwürdigkeit im Sinne der bestehenden Regelung für Orphan Drugs langfristig sichergestellt werden.

Patientenportale: Kommunikation und Self-Services entscheidend für Zufriedenheit und Nutzung

ALEXANDER
ALSCHER, BENEDIKT
SCHNELLBÄCHER,
CHRISTIAN WISSING

Prof. Dr. Alexander Alscher ist Professor an der BSP Business School Berlin und Gründer/Geschäftsführer der samedi GmbH (Software-as-a-Service im Bereich Patientenportale). Sein Forschungs- und Praxisschwerpunkt liegt im Bereich E-Health bzw. in der digitalen Vernetzung im Gesundheitswesen
alexander.alscher@business-school-berlin.de

Prof. Dr. Christian Wissing ist Professor für Marketing an der BSP - Business School Berlin mit den Schwerpunkten in Digitalisierung und Servicemarketing
christian.wissing@business-school-berlin.de

Prof. Dr. Benedikt Schnellbacher ist Professor für Digitale Transformation und Entrepreneurship an der Universität des Saarlandes und Managing Director an der Scheer School of Digital Sciences at Saarland University
benedikt.schnellbaecher@uni-saarland.de

Im Kontext des COVID-19-Impfmanagements werden die Patientenportal-Eigenschaften untersucht, die die Zufriedenheit und eine erfolgreiche Weiternutzung von digitalen Gesundheitsleistungen ausmachen, um bestehende und zukünftige Hebel zur Optimierung von Patientenportalen zu verstehen. Kommunikation und Self-Services werden als signifikante Einflussfaktoren für die aktuelle Zufriedenheit und zukünftige Nutzungsintention herausgestellt. Portal-Individualisierung zeigt nur einen Effekt auf die aktuelle Zufriedenheit, während bei der Portalschnelligkeit bzw. dem Datenmanagement kein Einfluss festgestellt wird. Hierbei stellt sich die minimale Dateneingabe und ein minimaler Aufwand in den Self-Services als deutlich wichtiger als die eigentliche Schnelligkeit und Antwortzeit eines Patientenportals dar. Manager und Krankenhausdirektoren sollten daher bei der zukünftigen Gestaltung von Patientenportal genau auf die gezielte Ansprache und Aufwandsminimierung fokussieren.

Patientenportale und Patientenzentrierung als Schlüsselfaktoren im Gesundheitswesen

Die Qualität von Dienstleistungen im Gesundheitsbereich wird heutzutage nicht mehr nur durch ihre Wirksamkeit bei Patienten und Patientinnen bestimmt, sondern zunehmend auch von der Art und Weise, wie sie angeboten und abgewickelt werden. Hierfür zeigen digitale Plattformen große Potenziale, um digitale als auch nicht-digitale Dienste anzubieten; insbesondere auch, weil die Menschen die Funktionalität

von Plattformen aus ihren beruflichen und privaten Lebensbereichen kennen [1,2]. Patientenportale verstehen wir als ein Bündel digitaler Ressourcen, die als Infrastruktur für digitale Dienste und Inhalte wertschöpfende Interaktionen zwischen mehreren, miteinander verbunden Parteien im oder für das Gesundheitswesen ermöglichen [4]. Ein Beispiel dafür sind die Impfplattformen, die während der COVID-19-Pandemie signifikant zu einer schnelleren und besseren Versorgung der Bevölkerung mit Impfungen beigetragen haben [3]. Sie bieten unterschiedliche, digitale Dienste zur Registrierung und Aufnahme in das

Impfsystem, zur Buchung von Impfterminen, zur Überwachung nach der Injektion und zur Dokumentation der Impfgaben an [2]. Die ersten Erfahrungen mit Impfportalen während der COVID-19-Pandemie lassen darauf schließen, dass die Adoption von digitalen Portalen, d. h. ihre regelmäßige Nutzung durch die Bevölkerung, zu einem Schlüsselfaktor im Gesundheitswesen werden können [5]. Dies setzt eine ausreichende Akzeptanz dieser Portale auf der Anbieter- und Nachfragerseite voraus.

Allerdings werden auf der Anbieterseite innovative Portalsysteme bisher nur zögerlich eingesetzt, wenngleich die COVID-19-Pandemie zu einer beschleunigten Integration von Portalen in das Gesundheitswesen geführt hat [6]. Auch die Patienten, als potenzielle Nachfrager von digitalen Gesundheitsdiensten zeigten sich über Jahre zurückhaltend, was den Einsatz von technischen Hilfsmitteln für Prävention, Diagnose, Behandlung und Pflege angeht. Allerdings hat auch hier ein Umdenken eingesetzt; international und national. Mittlerweile haben mehr als 50 Prozent der 3,4 Milliarden Smartphone-Nutzer weltweit Gesundheits-Apps auf ihren Geräten installiert [7]. In Deutschland nutzen 64 Prozent der Patienten digitale Tools für die Suche nach Symptomen und krankheitsbezogenen Informationen [8]. Um die positiven Dynamiken auf der Seite der Anbieter und der Nutzer weiter zu forcieren, und demnach die die Adoption von Patientenportalen weiter zu erhöhen, besteht Handlungsbedarf. Für Portale, die auf die Impfversorgung

spezialisiert sind, ist es z. B. wichtig im Pandemiefall schnell die notwendigen Kapazitäten für innovative Prozesse und Dienste aufzubauen und zu administrieren [9]. Zudem müssen die Anbieter ihre digitalen Dienste und Portale noch stärker an die Patienten ausrichten. Diese Patientenzentrierung steckt noch in ihren Kinderschuhen. So zeigt die Studie von Chowdhury et al. [10], die 415 COVID-19-bezogene mobile Gesundheitsdienste umfasst, dass lediglich 3–5 Prozent dieser Anwendungen, den Bedürfnissen der Zielgruppen entspricht. Dies torpediert den Wert von Portalen und Diensten für Patienten und somit auch deren Technologieakzeptanz. An diesem Defizit setzt unsere Studie an, die sich mit der optimalen Gestaltung von Patientenportalen beschäftigt, um die Patientenzentrierung von Digitalen Gesundheitsdiensten zu erhöhen. Vor diesem Hintergrund lautet die Forschungsfrage der vorliegenden Ausarbeitung:

Welche Konfigurationen eines Patientenportals tragen am meisten zur aktuellen Zufriedenheit und zukünftigen Nutzungsintention von Patienten bei?

Theorie: Konfiguration von Patientenportalen

Zur Erforschung der Konfiguration von Patientenportalen nutzen wir die TOPCOP-Taxonomie zur Klassifizierung und Strukturierung von digitalen Gesundheitsplattformen [11]. Diese haben wir auf vier Konfigurationsbereiche, so-

nannte Portalkonfiguratoren verdichtet (vgl. Tab. 1).

Individualisierung für bessere Serviceerlebnisse

Die Individualisierung ist ein zentraler Managementansatz, um die Interaktionen zwischen Serviceanbietern und Servicenutzern zu verbessern [21,22]. Im Grad der Individualisierung, verstanden als die Anpassung des Serviceangebots an einzelne Patienten oder an eine kleine Gruppe von Patienten mit gleichen Ansprüchen, drückt sich der Fokus einer Organisation auf den individuellen Gesundheitszustand, die Bedürfnisse und Interessen des Patienten aus, welche erkannt, verstanden, gewürdigt und berücksichtigt werden müssen [23,24]. Gegenstände der Individualisierung im Gesundheitswesen sind Diagnosen, Therapien, Medikationspläne, Impfprogramme sowie Digitale Dienste und entsprechende Patientenportale [25,26]. Bei der Individualisierung von Patientenportalen geht es folglich um die Gebrauchstauglichkeit der Nutzeroberfläche der Software als auch um die Anpassung des Wertversprechens des Portals an die (individuellen) Bedarfe der Patientinnen und Patienten [13,24]. Gelingt dies, fördert die Individualisierung die sogenannte User Experience und erhöht damit die Attraktivität und den wahrgenommenen Wert der angebotenen Dienste [27,28]. Damit wiederum kann die Individualisierung signifikant zur wichtigen Zufriedenheit von Patienten mit nicht-digitalen [14,29] und digita-

Tabelle 1: TOPCOP-Taxonomie für die Konfiguration von Patientenportalen

| TOPCOP-Kategorie | Handlungsdimensionen | Portalkonfiguratoren | Referenzen |
|--------------------|--|----------------------|------------|
| Portal Design | Care Sector Target, Portal Specialization, Activity Monitoring, Patient Target | Individualisierung | [12–14] |
| Management | Appointment Booking, Prescription Renewal, Portal Customizability | | |
| Communication | E-Consult, System Notifications, | Kommunikation | [15,16] |
| Instruction | Patient Education, Therapy Instructions | | |
| Self-Management | Health-Monitoring, Visit Preparation | Self-Service | [17–19] |
| Self-Determination | Declaration of Will, Second Opinion, Study Sign-Up | | |
| Data Management | Record Access, Records Management, Health Data Amend, Health Data Upload | Datenmanagement | [20] |

Anmerkung: Konfigurationsbereiche von Plattformen im Gesundheitswesen auf der Grundlage des TOPCOP-Patientenportalmodells (in Anlehnung an Glöggler & Ammenwerth, 2021)

len Gesundheitsdiensten [12] beitragen. Neben der Zufriedenheit fördert die Individualisierung auch die Absicht eine Software vermehrt zu nutzen [12,30]. Daraus leiten wir folgende Hypothesen an:

- H1.a) Individualisierung steigert die künftige Nutzungsintention von Patientenportal-Diensten.
- H1.b) Individualisierung erhöht die aktuelle Zufriedenheit von Patientenportal-Diensten.

Kommunikation zum Abbau von psychologischen Nutzungsbarrieren

Um Misstrauen gegenüber neuen Technologien im Allgemeinen und Patientenportalen im Speziellen abzubauen, ist eine gezielte Kommunikation unabdingbar [31]. Dadurch soll die notwendig Informationsbasis geschaffen, Verständigung hergestellt, Vertrauen gestiftet und die Erwartungshaltung von Patienten gesteuert werden [32]. Nutzungsbarrieren können durch kommunikative Stimuli gesenkt werden, indem Vorbehalte, Ängste und negative Stereotype auf der Seite der Patienten korrigiert werden [15,16]. Ein Stereotyp ist die vermeintliche Unsicherheit von digitalen Diensten, verbunden mit der romantisierten Vorstellung eines Gesundheitswesens, das ausschließlich auf persönlichen Vertrauensverhältnissen beruht [36]. Ein weiterer Stereotyp ist die Angst vor der Veränderung von sozial gelernten Werten, Überzeugungen, Verhaltensweisen und Routinen [37]. Ein dritter Stereotyp steht für die technologische Verwundbarkeit im Allgemeinen und für die wahrgenommene technologische Abhängigkeit sowie die technologische Angst im Besonderen [28,38]. Mit der Auflösung dieser Stereotypen durch Kommunikation geht die Erhöhung der Zufriedenheit der Patienten mit den digitalen Diensten einher [39]. Mit Blick auf Patientenportale, die auf Impfdienste fokussieren, leiten wir daraus ab:

- H2.a) Kommunikation stärkt die künftige Nutzungsintention von Patientenportal-Diensten
- H2.b) Kommunikation steigert die aktuelle Zufriedenheit von Patientenportal-Diensten

Self-Services für eine erhöhte Selbstwirksamkeit

Self-Services verstehen wir als digitale Angebote eines Patientenportals, die sich dadurch auszeichnen, dass nur wenige oder keine persönlichen Interaktionen bei der Serviceerbringung stattfinden [19]. Patienten nutzen Technologie in Eigenregie und prägen durch ihren Selbstaufwand die Servicequalität entscheidend mit, da sie als Co-Produzenten in die Serviceproduktion eingebunden sind [32]. Von daher prägen Self-Services die Selbstbestimmtheit (Self-determination) und die Erfahrung von Selbstwirksamkeit (Self-efficacy) von Patienten nachhaltig. Dies ist für gelingende Portaldienste bedeutend, weil die Selbstbestimmtheit und die Selbstwirksamkeit zentrale Faktoren menschlicher Handlungen sind [40,41]. Bei Patientenportalen spiegelt sich die Selbstwirksamkeit zum einen in der Computerselbstwirksamkeit [42,43] und zum anderen in der Internet-selbstwirksamkeit [18,44] wider – beide können wichtige psychologische Barrieren für die Akzeptanz von Portalen sein. Wenn Menschen Selbstwirksamkeit erleben, haben sie das Gefühl, dass ihr Verhalten effektiver ist, und sie empfinden ein Gefühl der Zufriedenheit, wenn sie sich an einer Aktivität beteiligen. Mit Blick auf Patientenportale, die auf Impfdienste spezialisiert sind, leiten wir daraus ab:

- H3.a) Self-Services stärken die zukünftige Nutzungsintention von Patientenportal-Diensten
- H3.b) Self-Services erhöhen die aktuelle Zufriedenheit von Patientenportal-Diensten

Datenmanagement für eine optimierte Portalperformance

Die Wahrscheinlichkeit, dass digitale Serviceinnovationen von ihren Zielgruppen akzeptiert und regelmäßig genutzt werden, steigt signifikant, wenn die Interaktionen zwischen Anbieter und Nutzer den Erwartungen des Nutzers entsprechen [20]. Eine schnelle bzw. hohe Interaktionsqualität kann ein zentraler Faktor für die Patientenzufriedenheit sein, wie die koreanische Studie nach Um & Lau [45] belegt. Ein wesentliches Hemmnis der Interaktionsqualität ist eine unzureichende Kapazität des

Serviceanbieters [46]. Anders als bei physischen Dienstleistungen werden bei digitalen Dienstleistungen sofortige Antworten auf Anfragen erwartet, da diese Standards von digitalen Branchenführern zu Suchmaschinen, sozialen Netzwerken und Smart Services gesetzt wurden [47]. Ein leistungsfähiges Datenmanagement ist daher erforderlich, um die Schnelligkeit von Diensten und kurze Reaktionszeiten zu gewährleisten und so zu vermeiden, dass Adoptionsbarrieren aufgebaut werden. Somit beeinflussen rasche, zuverlässige und aufschlussreiche Reaktionen die Zufriedenheit von Patienten und sind damit auch eine Vorbedingung der zukünftigen Nutzungsintention (Pearson et al., 2012):

- H4.a) Datenmanagement erhöht die zukünftige Nutzungsintention von Patientenportal-Diensten
- H4.b) Datenmanagement vergrößert die aktuelle Zufriedenheit von Patientenportal-Diensten

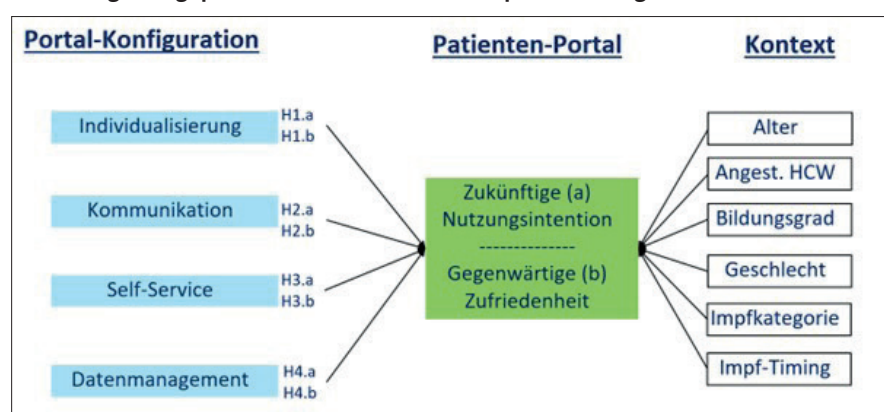
Hypothesen und ausgewählte Kontextvariablen im Überblick

Den aufgeworfenen Hypothesen zur Patientenportal-Diensten wurden Kontextvariablen beigelegt, welche die Akzeptanz und Adoption von digitalen Gesundheitsdiensten typischerweise beeinflussen. Dazu zählen das Alter von Patienten [49], ihr Beruf (im Gesundheitswesen tätig oder nicht) [50], ihr Bildungsgrad [51], ihr Geschlecht [52] und, bezogen auf den Kontext der Impfung, die Impfkategorie (Impfpriorisierung) und das Impf-Timing [53].

Methodik: Umfrage im Bundesland Saarland

Zur Beantwortung der Forschungsfrage, wurde auf das Saarland, als Bundesland mit der höchsten Impfquote in Deutschland, fokussiert [3] (s. a. Anhang 1). Das Bundesland Saarland nutzte als Patientenportal zum Impfen die Firma samedi [54], welche ein führender Anbieter für Patientenportal- und Versorgungsmanagement-Lösungen ist und von mehr als 40.000 Gesundheitsdienstleistern zur Koordination von über 30 Millionen Patienten genutzt wird [55]. Das Patientenportal im Impfmanagement unter der Top-Level-Domain www.impfen-saar-land.de

Abbildung 1: Angepasstes Modell zur Patientenportal-Konfigurationen



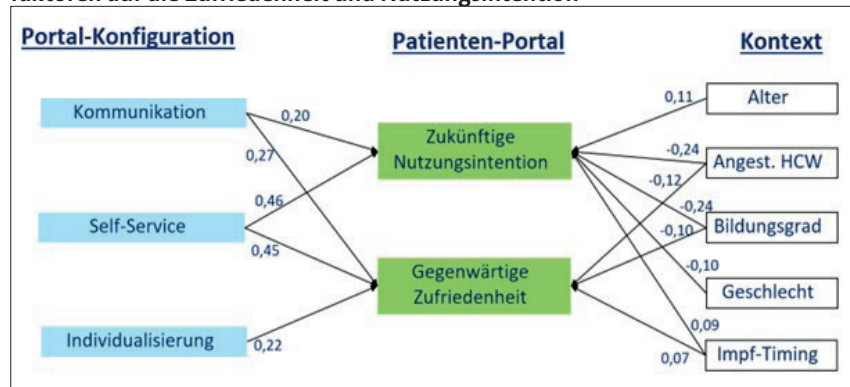
es Vorteile hinsichtlich der gegebenen Stichprobenverteilung und -größe bietet [59]. Das Modell wurde mit SmartPLS 3.0 mit Pfadwichtungsberechnung [60] und einem Algorithmus zur fallweisen Ersetzung fehlender Werte [61] berechnet. Für die Berechnung des Standardfehlers wurde ein nicht-parametrisches Bootstrapping mit 5'000 Replikationen und Änderungen auf individueller Ebene verwendet [62].

Ergebnisse: Kommunikation und Self Services prägen patientenzentrierte Portale

Die Umfrage wurde von 411 Teilnehmern (mit 404 gültigen Antworten, vgl. Anhang 3) in einer durchschnittlichen Zeit von 12 Minuten beantwortet. Hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem Bundesland Saarland als Impfanbieter sind 86 Prozent positiv oder neutral eingestellt und 85 Prozent würden auch in Zukunft (positiv/neutral) den digitalen Gesundheitsdienst nutzen. In Bezug auf die vier Konfigurationsbereiche der digitalen Plattform halten 83 Prozent die Plattform positiv/neutral für geeignet für ihr Anliegen (Individualisierung), 83 Prozent positiv/neutral für gut informiert (Kommunikation), 86 Prozent einfach selbst zu bedienen (Self-Service) und 76 Prozent positiv/neutral für schnell reagierend (Datenmanagement) (vgl. Tabelle 2).

Zur Modellvalidierung wurde die Qualität der Messkonstrukte bewertet, indem sie ohne strukturelle Zusammenhänge getestet wurden [63]. Anschließend wurde eine explorative Hauptkomponentenanalyse für die Konstrukte durchgeführt [64]. Die Indikatorladungen lagen durchweg über 0,708, was auf eine Indikatorreliabilität für alle Konstrukte hindeutet [65]. Anschließend wurde Cronbachs Alpha für die Konstrukte berechnet, um die jeweiligen Reliabilitäten der Konstrukte zu bestimmen. Die Ergebnisse übertrafen 0,7, was auf eine angemessene Reliabilität hinweist [66]. Bei der Untersuchung der konvergenten Validität und der diskriminanten Validität wurde die durchschnittlich extrahierte Varianz [AVE] berechnet, die über dem Mindestwert von 0,5 lag [62], und der Vergleich mit der quadrierten Interkorrelation der Konstrukte ergab ebenfalls angemessene Ergebnisse [67]. Die gemessenen R^2 zeigen eine angemessene Übereinstimmung zwischen den Daten und dem Modell

Abbildung 2: Patientenportale – Signifikante Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit und Nutzungsintention



land.de wurde für die folgenden Dienste angepasst (Deutscher Medizinpreis, vgl. [56]): (1) Buchung von Impfterminen (Registrierung), (2) Einladungs-E-Mail mit QR-Code und Kurznachricht-Erinnerung, (3) Sicherheits-Check-in mit QR-Code, (4) Zulassungsmanagement (Check-in-Formulare), (5) Warteliste mit datenschutzkonformen Patienten-anrufen, (6) Impfkabinenzuweisung, (7) Überwachungsliste, (8) Impfdokumentation mit Einscannen der Impfcharge und des Mitarbeitercodes und (9) Berichterstattung über die Regierungsdaten. Als Forschungsprojekt mit der Universität des Saarlandes wurde die Evaluation des digitalen Impfmanagements vom saarländischen Gesundheitsministerium am 8. Juni 2021 genehmigt, wobei die Datenerhebung vom 12. August bis zum 30. September 2021 lief. Die Umfrage wurde mit der Software Unipark (Version EFS Survey 2021) erstellt und in den saarländischen Impfzentren mit Plakaten und Flyern beworben. Die Umfrage war anonym und freiwillig, begann mit neun

Fragen zu Kontrollfaktoren und Kontextvariablen (z. B. Geschlecht, Alter, Bildung) und schloss mit der Bewertung der Plattformdienste (vgl. Anhang 2). Die Befragten gaben ihre Zustimmung zu den Aussagen auf einer 7-stufigen Likert-Skala von "stimme überhaupt nicht zu" bis "stimme voll und ganz zu" an (d. h. Skala 1–3 als negativ, 4 neutral, 5–7 als positiv).

Um die Wahrscheinlichkeit einer Verzerrung durch gemeinsame Methoden zu verringern, wurde ein vollständiger Kollinearitätsbewertungsansatz gewählt, um auf pathologische Kollinearität zu prüfen [57]. Die Ergebnisse der Varianzinflationsfaktoren [VIF] des vollständigen Kollinearitätstests lagen unter 3,3. Daher deuten die Ergebnisse auf eine geringe Wahrscheinlichkeit einer Verzerrung des Modells durch die gemeinsame Methode hin [57]. Zur Bewertung des Forschungsmodells und der damit verbundenen Hypothesen wurde der Datensatz mit einem komponentenbasierten Strukturgleichungsmodell [58] analysiert, da

Tabelle 2: Deskriptive Ergebnisse der Studie

| Variable | Beschreibung | M | SD | Erklärung |
|-----------------|--|------|------|---------------------------------------|
| Dauer | Bearbeitungsdauer der Umfrage. | 706 | 435 | Durchschnitt war 11,8min. |
| Alter | (1-4) <46, (5-6) 46-67, (7-8) >67 | 4.69 | 1.64 | 40% 18-45, 50% 46-67, 10% >67 Jahre |
| Geschlecht | (1) Männlich,..., (5) Weiblich | 3.67 | 1.88 | 32% männlich, 66% weiblich |
| Bildungsgrad | (1-5) Schule/Ausb., (6-7) Studium | 4.84 | 1.53 | 49% Schule/Ausb., 41% Studium |
| Angest. HCW* | 1 (ja), 2 (nein) | 1.74 | 0.44 | 26% ja, 74% nein |
| Priorit.gruppe | (1-4) Alter, (5) Pflege, (6) GW, (7) Job | 4.91 | 1.59 | 35% Alter, 15% Pflege, 40% GW, 8% Job |
| Satis_3 | Zufriedenheit mit Impfprozess | 5.61 | 1.89 | 78% positiv, 8% neutral, 14% negativ |
| Intent_Adopt_2 | Intention in Zukunft zu nutzen | 5.45 | 1.88 | 72% positiv, 13% neutral, 15% negativ |
| Personal_1 | portal appropriate for concern | 5.65 | 1.86 | 77% positiv, 6% neutral, 16% negativ |
| Commun_1 | Informationsbereitstellung Portal | 5.63 | 1.99 | 76% positiv, 7% neutral, 15% negativ |
| Usab_1 (rev.**) | Einfache Nutzung des Portals | 1.95 | 1.62 | 86% positiv, 4% neutral, 10% negativ |
| Data_R_Man_1 | Schnelligkeit Datenanfrage | 4.88 | 2.04 | 64% positiv, 12% neutral, 24% negativ |

Notizen: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung. *HCW = Health Care Workers. **reverted

Tabelle 3: Ergebnisse aus dem Structural Equation Modeling.

| Bereich | Unabhängige Variablen | a) Zukünftige Nutzungsintention (Abhängige Variable) | | | | | b) Aktuelle Zufriedenheit (Abhängige Variable) | | | | |
|-----------|-----------------------|--|--------|-------|-------|-------|--|--------|-------|-------|-------|
| | | Original Sample | M | SD | t | p | Original Sample | M | SD | t | p |
| Hypoth. 1 | Individualisierung | -0,083 | -0,079 | 0,078 | 1,052 | 0,293 | 0,221** | 0,223 | 0,055 | 4,055 | 0,000 |
| Hypoth. 2 | Kommunikation | 0,203* | 0,206 | 0,081 | 2,513 | 0,012 | 0,268** | 0,272 | 0,056 | 4,779 | 0,000 |
| Hypoth. 3 | Self-Services. | -0,458** | -0,450 | 0,068 | 6,776 | 0,000 | -0,447** | -0,441 | 0,065 | 6,829 | 0,000 |
| Hypoth. 4 | Datenmgmt. | 0,067 | 0,067 | 0,054 | 1,234 | 0,217 | 0,037 | 0,038 | 0,044 | 0,830 | 0,406 |
| Kontext | Alter | 0,109** | 0,107 | 0,039 | 2,806 | 0,005 | 0,039 | 0,036 | 0,031 | 1,245 | 0,213 |
| | Angest. HCW | -0,241** | -0,236 | 0,075 | 3,201 | 0,001 | -0,119* | -0,114 | 0,057 | 2,100 | 0,036 |
| | Bildungsgrad | -0,236** | -0,234 | 0,042 | 5,558 | 0,000 | -0,104** | -0,102 | 0,025 | 4,156 | 0,000 |
| | Geschlecht | -0,095* | -0,091 | 0,042 | 2,258 | 0,024 | 0,019 | 0,021 | 0,026 | 0,739 | 0,460 |
| | Impfkategorie | -0,005 | -0,003 | 0,049 | 0,110 | 0,912 | -0,011 | -0,010 | 0,020 | 0,551 | 0,582 |
| | Impftiming | 0,093* | 0,089 | 0,040 | 2,331 | 0,020 | 0,069* | 0,067 | 0,029 | 2,364 | 0,018 |

Notizen: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, t = t-Statistik, p = p-Wert. reverted. HCW = Health Care Workers. Signifikanz *95%, **99%

mit Werten zwischen 0,10 und 0,51. In Anbetracht des Vorhandenseins von Multikollinearität auf struktureller Ebene wurden die VIFs geschätzt, aber alle fielen unter die erforderlichen Parameter von unter 5. Schließlich wurde die Modellanpassung durch Berechnung des standardisierten mittleren quadratischen Residuums (SRMR = 0,08) bewertet (Ergebnisse in Tabelle 3).

Wie die Tabelle 3 zeigt, können auf Basis der zukünftigen Nutzungsintention als abhängige Variable, die Hypothese 2.a (Kommunikation steigert Nutzungsabsicht) (t-Statistik 2,5; $p < 0,02$) und die Hypothese 3.a (Self-Services erhöhen die Nutzungsabsicht) (t-Statistik 6,8; $p < 0,00$) statistisch signifikant bestätigt werden. Bei der derzeitigen Zufriedenheit in der Anwendung des Impfportals als

abhängige Variable können die Hypothese 1.b (Individualisierung erhöht Zufriedenheit) (t-Statistik 4,1; $p < 0,00$), die Hypothese 2.b (Kommunikation verbessert Zufriedenheit) (t-Statistik 4,8; $p < 0,00$) und die Hypothese 3.b (positiver Einfluss von Self-Services auf die Zufriedenheit) (t-Statistik 6,8; $p < 0,00$) bestätigt werden. Die zukünftige Nutzungsintention wurde zusätzlich begünstigt je höher das Alter (t-Statistik 2,8; $p < 0,01$), falls die Person nicht im Gesundheitswesen angestellt war (t-Statistik 3,2; $p < 0,01$), je geringer der Bildungsgrad (t-Statistik 5,6; $p < 0,00$), wenn die Person männlich war (t-Statistik 2,3; $p < 0,03$) und je später die Impfung stattfand (t-Statistik 2,3; $p < 0,03$). Die Zufriedenheit mit dem Impfportal korrelierte negativ mit der Anstellung im Gesundheitswesen (t-Statistik 2,1; $p < 0,04$) und dem Bildungsgrad (t-Statistik 4,2; $p < 0,00$) sowie positiv mit einem späteren Impftermin (t-Statistik 2,4; $p < 0,02$). Die Ergebnisse sind in der folgenden Abbildung 2 visualisiert. Zusammenfassend ist festzustellen, dass die größten Effektstärken (mit absoluten Beträgen von über 0,2 auf beiden abhängigen Variablen) von den beiden Konfigurationsfaktoren Kommunikation und Self-Service ausgehen sowie in negativer Richtung von den Kontextvariablen Anstellung im Gesundheitswesen und Bildungsgrad kommen.

statistik 2,1; $p < 0,04$) und dem Bildungsgrad (t-Statistik 4,2; $p < 0,00$) sowie positiv mit einem späteren Impftermin (t-Statistik 2,4; $p < 0,02$). Die Ergebnisse sind in der folgenden Abbildung 2 visualisiert. Zusammenfassend ist festzustellen, dass die größten Effektstärken (mit absoluten Beträgen von über 0,2 auf beiden abhängigen Variablen) von den beiden Konfigurationsfaktoren Kommunikation und Self-Service ausgehen sowie in negativer Richtung von den Kontextvariablen Anstellung im Gesundheitswesen und Bildungsgrad kommen.

Kommunikation und Self-Services überwiegen Individualisierung und Datenmanagement

Unsere Studie zeigt, wie wichtig eine gute Kommunikation und passende Self-Services sind, wenn es darum geht, Patientenportale erfolgreich zu konfigurieren. Die bedeutende Rolle der Kommunikation wird auch in anderen Studien betont [68], in denen sich bei Diabetes-Patienten die Ressourcen- und Befundlage durch digitale Kommunikation signifikant verbessert. Ähnliche Resultate erzielten Chrischilles et al. [69] bei ihrer Studie zur Medikamentengabe bei älteren Menschen. Zudem unterstreicht die Studie von Krist et al. [70], die Gesundheitsinformationssysteme in den USA untersucht, die hohe Bedeutung der Kommunikation für die Verstärkung von Nutzungsabsichten und regelmäßiger Nutzung.

Die Bedeutung von Self Services für erfolgreiche Patientenportale spiegelt sich ebenfalls in anderen Studien wider. So betont z. B. Osei-Frimpong [71], dass Self Services insbesondere die positive Erfahrung von Selbstwirksamkeit, Selbstbestimmtheit und damit die Zufriedenheit von Patienten fördern. Assadi und Hassanein [72] haben nachgewiesen, dass die Selbstbestimmtheit auch die Nutzung von digitalen Gesundheits-services fördert, weil sie eine positive Grundhaltung gegenüber der Technologie etabliert.

Dass individualisierte Portale und Dienste die Zufriedenheit von Patienten fördert, ist nicht überraschend, da bereits einige Studien diesen Zusammenhang belegen [27,73]. Dass die Individualisierung in unserer Studie die Nutzungsintention nicht erhöht, ist zu diskutieren. Denn die aktuelle Studienlage [12,30] legt eine positive Korrelation von Individualisierungsgrad und Nutzungsabsicht nahe. Eine mögliche Erklärung sehen wir in den Einstellungen der Bevölkerung zum Zeitpunkt der Befragung. Zahlreiche Befragte erlebten das Corona-Virus als so gravierende Bedrohung für Leib, Leben und persönliche Freiheiten [74], sodass sie keine individualisierte Serviceerlebnisse wahrnahmen und diese daher keine Rolle für eine erneute Portalnutzung spielten. Die gleiche Argumentation mag auch geringe Rolle des Datenmanagements auf die Zufriedenheit und zukünftige Portalnutzung erklären. Für die Patienten war die Wichtigkeit der Impfung so

eminent hoch, dass auch ein schlechtes Datenmanagement (langsame Datenverbindung, lange Antwortzeiten, etc.) nicht zum Abbruch der Portalnutzung oder zur Verweigerung der zukünftigen Nutzung geführt hätte. Dies steht im Gegensatz zu Studien, die sich mit Konsumgütermärkten befassen, in denen Individualisierung und Datenschnelligkeit eine besondere Rolle im Nutzungsverhalten bzw. im Kaufabschluss der Konsumenten spielen.

Darüber hinaus zeigt unsere Studie bemerkenswerte Ergebnisse zum Einfluss der Bildung und Angestelltenstatus als „Health Care Worker“ [HCW] auf die Zufriedenheit und Nutzungsintention von Patientenportalen. Hierzu lässt sich argumentieren, dass je mehr Informationen aufgrund des Bildungsstands oder der (kritischen) Auseinandersetzung mit der Materie auf Basis der Berufsausübung zur Verfügung stehen, sowohl die Zufriedenheit als auch die Nutzungsintention zurückgeht. Allerdings können wir mit dem vorliegenden Studiendesign nicht die Skepsis oder das Misstrauen gegenüber dem digitalen Dienst von der generellen Abneigung gegen Impfungen oder Impfstoffe abgrenzen. Weitere Forschungsarbeiten müssen dieses kontraintuitive Ergebnis klären, da HCW eine Schlüsselrolle insbesondere in pandemischen Lagen spielen [50] und höhere Bildungsabschlüsse eher Führungsaufgaben und Vorbildfunktionen im Gesundheitswesen übernehmen.

Nutzungssteigerung als Ziel der Portalmanager, Zufriedenheit als Ziel der Politik

Die Art und Weise wie Gesundheitsdienste angeboten werden, prägt mehr und mehr die Qualitätswahrnehmung auf der Seite der Patienten [75]. Für Manager und politische Entscheidungsträger im Gesundheitswesen resultiert daraus die Frage, wie Patientenportale, als digitale Infrastruktur für diese Dienste, in Zukunft gestaltet und betrieben werden sollen, um die Versorgungsqualität und die Prozesseffizienz gleichzeitig zu optimieren. Dabei sind Priorisierungen bei der Gestaltung unumgänglich, wofür unsere Studie Anhaltspunkte liefert, indem sie die Bedeutung einer guten Kommunikation und wertstiftender Self-Services betont. Eine gezielte Kommunikation hilft Nutzungsbarrieren abzubauen, Präferenzen der Nutzer

zu erkennen und stereotypes Denken, z. B. die Angst vor einer Technologieabhängigkeit, zu reduzieren. Damit hat die Kommunikation einen signifikanten Einfluss darauf, ob Patientenportale zufriedenstellen und in Zukunft genutzt werden. Im Saarland wurde z. B. der Informationsprozess nicht nur auf der Website des Bundesgesundheitsministeriums, sondern auch auf der speziellen Website www.impfen-saarland.de mit Erklärungen und Anleitungen sowie einem fortlaufenden Prozess mit E-Mail-Erinnerungen, Informationsanhängen, Wegbeschreibungen, SMS-Erinnerungen und Checklisten für den Impfprozess in den speziellen Impfzentren bereitgestellt [54]. Was nicht unterschätzt werden sollte ist der Aufwand für die Bekanntmachung eines Patientenportals. Diesbezüglich kann online gearbeitet werden, z. B. über die Homepage des Portalbetreibers, über Suchmaschinen, Empfehlungsplattformen oder über Soziale Medien. Zum anderen kann offline kommuniziert werden, z. B. dann, wenn die Patienten sich in Gesundheitseinrichtungen aufhalten.

Im Bereich Self-Service geht es zum einen darum, Patienten einen möglichst minimal-aufwändigen Einstieg in das Portal zu ermöglichen. Minimal heißt mit möglichst wenig Dateneingaben, um die Schwelle zur Nutzung möglichst gering zu halten. So erlauben z. B. manche Praxen und Krankenhäuser bei der Online-Terminbuchung eine sogenannte Gastbuchung. Oder die Anlage des Nutzerkontos wird gemeinsam mit Angestellten einer Gesundheitseinrichtung vorgenommen, so dass sichergestellt wird, dass die Patienten das Portal auch tatsächlich nutzen. Dabei muss die Authentifizierung der Patienten zum Portal sicher und fehlerfrei ablaufen (u. a. Zweifaktor-Authentifizierung) und einfach und schnell gehen. Damit wird die Grundlage gelegt für so wichtige Konzepte wie „Patient Education“, „Patient Empowerment“ oder „Shared Decision-Making“. Zum anderen geht es bei den Self-Services um eine adäquate Usability (Benutzerfreundlichkeit) der Softwareoberfläche für eine optimale Interaktion zwischen Portal und Patient; z. B. zur Online-Terminbuchung, Online-Anamnese oder zum Self-Monitoring. Allerdings zeigt unsere Studie, dass es bei der Usability nicht primär um die Schnelligkeit geht,

sondern um den minimalen Aufwand in der Bedienung des Portals.

Die Individualisierung hatte nur einen Einfluss auf die aktuelle Zufriedenheit und nicht auf die zukünftige Nutzungsintention. Daher verstehen wir die Individualisierung eher als Hebel für die politischen Akteure und weniger für die Manager im Gesundheitsbereich. Dabei folgen wir der Hypothese, dass die Zufriedenheit von Patienten wichtig für die aktuelle Stimmungslage in der Bevölkerung ist, was wiederum die politische Debatte beeinflusst. Die Nutzungsintention dagegen prägt die Auslastung des Portals in der Zukunft, was für die Return-on-Invest-Prognosen des Gesundheitsmanagements relevant ist. Da das Datenmanagement keinen signifikanten Einfluss auf die Zufriedenheit und die Portalnutzung hat, sehen wir keinen akuten Handlungsbedarf in diesem Bereich. Allerdings sehen wir Forschungsbedarf zu den Themen Outsourcing, Kooperationen oder „Public-Private-Partnership“ für das Datenmanagement, -organisation und -monetarisierung im Gesundheitsbereich.

Fazit und Limitationen

Unsere Studie konzentriert sich auf Deutschland, einer fortentwickelten Volkswirtschaft mit guter Ressourcenausstattung. Andere Länder und Gesellschaften unterscheiden sich kulturell und ökonomisch. Demnach empfehlen wir Folgeuntersuchungen, die sich mit der Übertragbarkeit unserer Ergebnisse auf internationale Gegebenheiten beschäftigen. Eine weitere Einschränkung ist unser Fokus auf die COVID-19-Impfkampagne. Auch hier empfehlen wir weitere Forschung, die prüft, wie vollständig unsere Erkenntnisse auf andere (öffentliche) Gesundheitsdienste mit geringerer Medienaufmerksamkeit und mit weniger wahrgenommener Bedrohung und sozialer Einschränkung übertragen werden kann.

Mit unserer Studie liefern wir eine Orientierung, wie die richtige Plattformkonfiguration für digitale Gesundheitsdienste priorisiert werden kann. In diesem Sinne heben wir drei Schlüsselerkenntnisse hervor: (1) Kommunikation und Self-Service sind die wesentlichen Hebel für die zukünftige Nutzungsintention und aktuelle Zufriedenheit mit digitalen Gesundheitsdiensten von

Patientenportalen. Im Gegensatz zu Verbrauchermärkten spielen dabei das Datenmanagement und die Individualisierung eine untergeordnete Rolle bzw. Individualisierung nur im Rahmen der aktuellen Zufriedenheit für politische Entscheidungsträger. (2) Bildungsgrad und Angestellte im Gesundheitswesen bedürfen einer genaueren Betrachtung und Zuwendung im Gesundheitswesen, da beide Kontextfaktoren mit einer geringeren Nutzungsintention und Zufriedenheit mit Patientenportal-Diensten einhergingen. (3) Der Faktor Benutzerfreundlichkeit (Usability) bekommt im Kontext des Patientenportals eine bestimmte Gewichtung, dass der minimale Aufwand (Dateneingabe) wichtiger als die eigentliche Schnelligkeit und Antwortzeit eines Patientenportals ist. Strukturen, Präferenzen und Barrieren im „Click-flow“ sind damit entscheidender als die (technischen) Ladezeiten von Seiten und Eingabemasken des Portals. Diese Erkenntnisse tragen zur Verbesserung des Managements von digitalen Infrastrukturen für innovative Gesundheitsservices bei und stärken damit die zukünftige Versorgungsqualität in den bestehenden Gesundheitssystemen.

Schlussbemerkung

Wir danken dem Gesundheitsministerium des Saarlandes und der samedi GmbH für die Unterstützung des Fallstudienteils zum Bundesland Saarland.

Finanzierung: Diese Forschung erhielt keine externe Finanzierung.

Quellenverzeichnis

- [1] Collis A, Garimella K, Moehring A, et al. Global survey on COVID-19 beliefs, behaviours and norms. *Nat Hum Behav* 2022. doi:10.1038/s41562-022-01347-1
- [2] Radonjic-Simic M, Mahrt C, Niemand S, et al. Decentralized Open Platform for Vaccination—A German Example: COVID-19-Vacc. *J Open Innov Technol Mark Complex* 2021; 7: 186. doi:10.3390/joitmc7030186
- [3] Alscher A. Pre-Registration in COVID-19 Vaccination: The Case of Saarland. *Qual Prim Care* 2023; 31: 127–135. doi:10.36648/1479-1064.31.3.24
- [4] Constantinides P, Henfridsson O, Parker GG. Introduction—Platforms and Infrastructures in the Digital Age. *Inf Syst Res* 2018; 29: 381–400. doi:10.1287/isre.2018.0794
- [5] Ward G, Eichholtzer M, Ariss A. Digital Platforms for COVID-19 Vaccination Delivery. *World*

Bank Wash DC 2021. Im Internet: <https://hdl.handle.net/10986/36758>; Stand: 05.06.2024

- [6] Agarwal R, Gaule P. What drives innovation? Lessons from COVID-19 R&D. *J Health Econ* 2022; 82: 102591-102591
- [7] Woldeyohannes HO, Ngwenyama OK. Factors Influencing Acceptance and Continued Use of mHealth Apps. In: Nah FF-H, Tan C-H, Hrsg. *HCI in Business, Government and Organizations. Interacting with Information Systems*. Cham: Springer International Publishing; 2017: 239–256. doi:10.1007/978-3-319-58481-2_19
- [8] BCG. Corona öffnet digitale Schere in Deutschland. BCG Glob 2021. Im Internet: <https://www.bcg.com/press/8november-2021-corona-opens-digital-scissors-germany>; Stand: 05.06.2024
- [9] Han S, Cai J, Yang J, et al. Time-varying optimization of COVID-19 vaccine prioritization in the context of limited vaccination capacity. *Nat Commun* 2021; 12: 4673. doi:10.1038/s41467-021-24872-5
- [10] Chowdhury S. Exclusion by Design: A Systematic Assessment of Community Engagement in COVID-19 Mobile Apps. 2022. Im Internet: <https://www.proquest.com/openview/0cf7e84eae2c056603f94299ce6d2c8b/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>; Stand: 12.06.2022
- [11] Glöggler M, Ammenwerth E. Improvement and Evaluation of the TOPCOP Taxonomy of Patient Portals: Taxonomy-Evaluation-Delphi (TED) Approach. *J Med Internet Res* 2021; 23: e30701. doi:10.2196/30701
- [12] Gaß O, Ortbach K, Kretzer M, et al. Conceptualizing Individualization in Information Systems – A Literature Review. *Commun Assoc Inf Syst* 2015; 37. doi:10.17705/1CAIS.03703
- [13] Pearson JM, Pearson A, Green D. Determining the importance of key criteria in web usability. *Manag Res News* 2007; 30: 816–828. doi:10.1108/01409170710832250
- [14] Tekin F, Findik UY. Level of Perception of Individualized Care and Satisfaction With Nursing in Orthopaedic Surgery Patients. *Orthop Nurs* 2015; 34: 371. doi:10.1097/NOR.0000000000000194
- [15] Heidenreich S, Kraemer T. Passive innovation resistance: The curse of innovation? Investigating consequences for innovative consumer behavior. *J Econ Psychol* 2015; 51: 134–151. doi:10.1016/j.joep.2015.09.003
- [16] Talwar S, Talwar M, Kaur P, et al. Consumers' Resistance to Digital Innovations: A Systematic Review and Framework Development. *Australas Mark J* 2020; 28: 286–299. doi:10.1016/j.ausmj.2020.06.014
- [17] Bao Z, Shang B. Self-efficacy and continuance intention of Web 2.0 platforms: a meta-analysis. *Data Technol Appl* 2021; 55: 511–526. doi:10.1108/DTA-02-2020-0047

- [18] Ding L, Er E. Determinants of college students' use of online collaborative help-seeking tools. *J Comput Assist Learn* 2018; 34: 129–139. doi:10.1111/jcal.12221
- [19] Fernando E, Surjandy S, Meyliana M, et al. Factors Influencing the Intention to Use Technology Services to Implement Self-Service Technology Case Study: Situation Pandemic Covid-19. *Adv Sci Technol Eng Syst J* 2020; 5: 342–347. doi:10.25046/aj050542
- [20] Goode MR, Dahl DW, Moreau CP. Innovation Aesthetics: The Relationship between Category Cues, Categorization Certainty, and Newness Perceptions. *J Prod Innov Manag* 2013; 30: 192–208. doi:10.1111/j.1540-5885.2012.00995.x
- [21] Glushko RJ, Nomorosa KJ. Substituting Information for Interaction: A Framework for Personalization in Service Encounters and Service Systems. *J Serv Res* 2013; 16: 21–38. doi:10.1177/1094670512463967
- [22] Guo Y, Salvendy G. Factor Structure of Content Preparation for E-Business Web Sites: A Survey Results of Industrial Employees in P.R. China. In: Jacko JA, Hrsg. *Human-Computer Interaction. Interaction Design and Usability*. Berlin, Heidelberg: Springer; 2007: 784–795. doi:10.1007/978-3-540-73105-4_86
- [23] Murthi BPS, Sarkar S. The Role of the Management Sciences in Research on Personalization. *Manag Sci* 2003; 49: 1344–1362. doi:10.1287/mnsc.49.10.1344.17313
- [24] Sunikka A, Bragge J. What, Who and Where: Insights into Personalization. 2008: 283. doi:10.1109/HICSS.2008.500
- [25] Kuhl J, Ding A, Ngo NT, et al. Design of Personalized Devices—The Tradeoff between Individual Value and Personalization Workload. *Appl Sci* 2021; 11: 241. doi:10.3390/app11010241
- [26] López-Domingo B, Rodríguez-Martín B. Factors associated with the provision of individualized care during hospitalization: A systematic review. *J Nurs Manag* 2021; 29: 113–132. doi:10.1111/jonm.13150
- [27] Alscher A, Wissing C. Individualization Trumps Standardization in Health Platforms: Optimizing Digital Vaccination Services based on Enforcing Self-Efficacy and User Experience. *J Infect Dis Ther* 2024; 12. Im Internet: <https://www.omicsonline.org/open-access/individualization-trumps-standardization-in-health-platforms-optimizing-digital-vaccination-services-based-on-enforcing-.pdf>; Stand: 23.03.2024
- [28] Mani Z, Chouk I. Consumer Resistance to Innovation in Services: Challenges and Barriers in the Internet of Things Era. *J Prod Innov Manag* 2018; 35: 780–807. doi:10.1111/jpim.12463
- [29] Suhonen R, Välimäki M, Leino-Kilpi H. Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *J Adv Nurs* 2005; 50: 283–292
- [30] Ortbach K, Käs S. Individualization of Information Systems – Analyzing Antecedents of IT Consumerization Behavior. *Thirty Fourth Int Conf Inf Syst Milan* 2013 2013
- [31] Frambach RT, Barkema HG, Nooteboom B, et al. Adoption of a service innovation in the business market: An empirical test of supply-side variables. *J Bus Res* 1998; 41: 161–174. doi:10.1016/S0148-2963(97)00005-2
- [32] Haller, Wissing C. *Dienstleistungsmanagement*. Springer Gabler Verlag; 2022. Im Internet: <https://www.springerprofessional.de/dienstleistungsmanagement/17976550>; Stand: 05.06.2024
- [33] Talke K, Heidenreich S. How to Overcome Pro-Change Bias: Incorporating Passive and Active Innovation Resistance in Innovation Decision Models. *J Prod Innov Manag* 2014; 31: 894–907. doi:10.1111/jpim.12130
- [34] Wu C-C. Status quo bias in information system adoption: a meta-analytic review. *Online Inf Rev* 2016; 40: 998–1017. doi:10.1108/OIR-09-2015-0311
- [35] Annandale E. Working on the Front-Line: Risk Culture and Nursing in the New NHS. *Sociol Rev* 1996; 44: 416–451. doi:10.1111/j.1467-954X.1996.tb00431.x
- [36] Gilson L. Trust and the development of health care as a social institution. *Soc Sci Med* 2003; 56: 1453–1468. doi:10.1016/S0277-9536(02)00142-9
- [37] Naor M, Bernardes ES, Druehl CT, et al. Overcoming barriers to adoption of environmentally-friendly innovations through design and strategy: Learning from the failure of an electric vehicle infrastructure firm. *Int J Oper Prod Manag* 2015; 35: 26–59. doi:10.1108/IJOPM-06-2012-0220
- [38] Bobbitt M, Dabholkar PA. Integrating attitudinal theories to understand and predict use of technology-based self-service: The Internet as an illustration. *Int J Serv Ind Manag* 2001; 12: 423–450. doi:10.1108/EUM0000000006092
- [39] Earl M, Oelschlegel S, Breece A. Impact of a Consumer and Patient Health Information Service on User Satisfaction, Attitudes, and Patient-Health Care Professional Interactions. *J Consum Health Internet* 2012; 16: 192–212. doi:10.1080/15398285.2012.673460
- [40] Bandura A, Freeman WH, Lightsey R. Self-Efficacy: The Exercise of Control. *J Cogn Psychother* 1999; 13: 158–166. doi:10.1891/0889-8391.13.2.158
- [41] Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol* 2000; 55: 68–78. doi:10.1037/0003-066X.55.1.68
- [42] Hardin A, Chang J, Fuller M. Clarifying the Use of Formative Measurement in the IS Discipline: The Case of Computer Self-Efficacy. *J Assoc Inf Syst* 2008; 9: 544–546. doi:10.17705/ijais.00168
- [43] Torkzadeh G, Van Dyke TP. Effects of training on Internet self-efficacy and computer user attitudes. *Comput Hum Behav* 2002; 18: 479–494. doi:10.1016/S0747-5632(02)00010-9
- [44] Fan Y-H, Lin T-J. Identifying university students' online academic help-seeking patterns and their role in Internet self-efficacy. *Internet High Educ* 2023; 56: 100893. doi:10.1016/j.ihe-duc.2022.100893
- [45] Um KH, Lau AKW. Healthcare service failure: how dissatisfied patients respond to poor service quality. *Int J Oper Prod Manag* 2018; 38: 1245–1270. doi:10.1108/IJOPM-11-2016-0669
- [46] Lovelock C. Seeking synergy in service operations: Seven things marketers need to know about service operations. *Eur Manag J* 1992; 10: 22–29. doi:10.1016/0263-2373(92)90040-B
- [47] Grunwald A. Menschenbilder und die Beziehung zu Technik und Maschine. In: Zichy M, Hrsg. *Handbuch Menschenbilder*. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2020: 1–18. doi:10.1007/978-3-658-32138-3_53-1
- [48] Pearson A, Tadisina S, Griffin C. The Role of E-Service Quality and Information Quality in Creating Perceived Value: Antecedents to Web Site Loyalty. *Inf Syst Manag* 2012; 29: 201–215. doi:10.1080/10580530.2012.687311
- [49] Frishammar J, Essén A, Bergström F, et al. Digital health platforms for the elderly? Key adoption and usage barriers and ways to address them. *Technol Forecast Soc Change* 2023; 189: 122319. doi:10.1016/j.techfore.2023.122319
- [50] Alscher A, Wissing C. Adoption of digital Vaccination Services from a literally professional view: A commentary.. *EPH-Int J Bus Manag Sci* 2023; 9: 14–16. doi:10.53555/eijbms.v9i3.142
- [51] Yao R, Zhang W, Evans R, et al. Inequities in Health Care Services Caused by the Adoption of Digital Health Technologies: Scoping Review. *J Med Internet Res* 2022; 24: e34144. doi:10.2196/34144
- [52] Dash A, Sahoo AK. Moderating effect of gender on adoption of digital health consultation: a patient perspective study. *Int J Pharm Healthc Mark* 2021; 15: 598–616. doi:10.1108/IJPHM-01-2021-0012
- [53] Alscher A, Schnellbacher B, Wissing C. Adoption of Digital Vaccination Services: It Is the Click Flow, Not the Value—An Empirical Analysis of the Vaccination Management of the COVID-19 Pandemic in Germany. *Vaccines* 2023; 11: 750. doi:10.3390/vaccines11040750

- [54] Alscher A, Trenkmann J, Wissing C. Digital Vaccination Journey and Experience in the Vaccination Campaign of Saarland (COVID-19) – Potential of Hybrid Value Creation/Digital Vaccination Journey und Experience bei der Impfkampagne des Saarlandes (Covid 19) – Potenziale für die hybride Wertschöpfung. In: Digitalisierung von industriellen Dienstleistungen – Wie Servitization das Service-Business voranbringt (Bollhöfer, E., & Weimann, S.). Wiesbaden: Springer Gabler Verlag; 2022
- [55] samed. About samed. www.samed.com 2021. Im Internet: https://www.samed.de/ueber_uns/index.html; Stand: 25.05.2021
- [56] M&K. Samed gewinnt German Medical Award 2021 für die Organisation von Corona-Impfterminen – Samed wins German Medical Award 2021 for organizing corona vaccination appointments. Manag-Krankenh MK 2021. Im Internet: <https://www.management-krankenhaus.de/news/samed-gewinnt-german-medical-award-2021-fuer-die-organisation-von-corona-impfterminen>; Stand: 05.05.2022
- [57] Kock N. Common Method Bias in PLS-SEM: A Full Collinearity Assessment Approach. *Int J E-Collab* 2015; 11: 1–10. doi:10.4018/ijec.2015100101
- [58] Vinzi VE, Russolillo G. Partial least squares algorithms and methods: PLS algorithms and methods. *Wiley Interdiscip Rev Comput Stat* 2013; 5: 1–19. doi:10.1002/wics.1239
- [59] Chin WW, Newsted PR. Structural equation modeling analysis with small samples using partial least squares. In: Hoyle RH, Hrsg. *Statistical strategies for small sample research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1999: 307–341
- [60] Hair J, Hollingsworth CL, Randolph AB, et al. An updated and expanded assessment of PLS-SEM in information systems research. *Ind Manag Data Syst* 2017; 117: 442–458. doi:10.1108/IMDS-04-2016-0130
- [61] Tenenhaus M, Vinzi VE, Chatelin Y-M, et al. PLS path modeling. *Comput Stat Data Anal* 2005; 48: 159–205. doi:10.1016/j.csda.2004.03.005
- [62] Chin WW. The partial least squares approach for structural equation modeling. In: Marcoulides GA, Hrsg. *Modern methods for business research*. Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1998: 295–336
- [63] Wetzels M, Odekerken-Schröder G, van Open C. Using PLS Path Modeling for Assessing Hierarchical Construct Models: Guidelines and Empirical Illustration. *MIS Q* 2009; 33: 177–195. doi:10.2307/20650284
- [64] Wilson J. *Essentials of business research: a guide to doing your research project*. Second edition. Los Angeles: SAGE; 2014
- [65] Chin WW. How to Write Up and Report PLS Analyses. In: Vinzi VE, Chin WW, Henseler J, Wang H, Hrsg. *Handbook of Partial Least Squares*. Berlin, Heidelberg: Springer; 2010: 655–690. doi:10.1007/978-3-540-32827-8_29
- [66] Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric theory*. 3rd ed. New-York: McGraw-Hill; 1994
- [67] Fornell C, Larcker DF. Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error: Algebra and Statistics. *J Mark Res* 1981; 18: 382–388. doi:10.1177/002224378101800313
- [68] Tang PC, Overhage JM, Chan AS, et al. Online disease management of diabetes: engaging and motivating patients online with enhanced resources-diabetes (EMPOWER-D), a randomized controlled trial. *J Am Med Inform Assoc JAMIA* 2013; 20: 526–534. doi:10.1136/amiajnl-2012-001263
- [69] Chrischilles EA, Hourcade JP, Doucette W, et al. Personal health records: a randomized trial of effects on elder medication safety. *J Am Med Inform Assoc JAMIA* 2014; 21: 679–686. doi:10.1136/amiajnl-2013-002284
- [70] Krist AH, Woolf SH, Rothenmich SF, et al. Interactive preventive health record to enhance delivery of recommended care: a randomized trial. *Ann Fam Med* 2012; 10: 312–319. doi:10.1370/afm.1383
- [71] Osei-Frimpong K. Patient participatory behaviours in healthcare service delivery: Self-determination theory (SDT) perspective. *J Serv Theory Pract* 2017; 27: 453–474. doi:10.1108/JSTP-02-2016-0038
- [72] Assadi V, Hassanein K. Consumer Adoption of Personal Health Record Systems: A Self-Determination Theory Perspective. *J Med Internet Res* 2017; 19: e7721. doi:10.2196/jmir.7721
- [73] Germonprez M, Hovorka D, Collopy F. A Theory of Tailorable Technology Design. *J Assoc Inf Syst* 2007; 8: 351–367. doi:10.17705/1jais.00131
- [74] Stangier U, Kananian S, Schüller J. Perceived vulnerability to disease, knowledge about COVID-19, and changes in preventive behavior during lockdown in a German convenience sample. *Curr Psychol* 2022; 41: 7362–7370. doi:10.1007/s12144-021-01456-6
- [75] Batalden M, Batalden P, Margolis P, et al. Coproduction of healthcare service. *BMJ Qual Saf* 2016; 25: 509–517. doi:10.1136/bmjqs-2015-004315
- [76] RKI. Digitales Impfquotenmonitoring zur COVID-19-Impfung/Digital Vaccination rate monitoring for Covid-19 vaccination – German government. 2022. Im Internet: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html; Stand: 21.03.2022

Anhang:**Impfquoten in Deutschland
im ersten Halbjahr****Fragebogen der Umfrage****Teil 1: Allgemeine Informationen**

Bitte beantworten Sie die folgenden, auf Ihre Person bezogenen Fragen.

1. Welche Rolle nehmen Sie im Rahmen der Covid 19-Impfkampagne ein? (Bei mehreren Möglichkeiten, wählen Sie bitte die involvierteste Rolle.)
 - o Impfling/Zu impfende Person
 - o Impfende(r) Ärztin bzw. Arzt

- o Medizinisches Fachpersonal zur Impfunterstützung
- o Nicht-medizinisches Fachpersonal zur Impfunterstützung
- o Freiwillige(r) Helfer*in
- o Sonstige

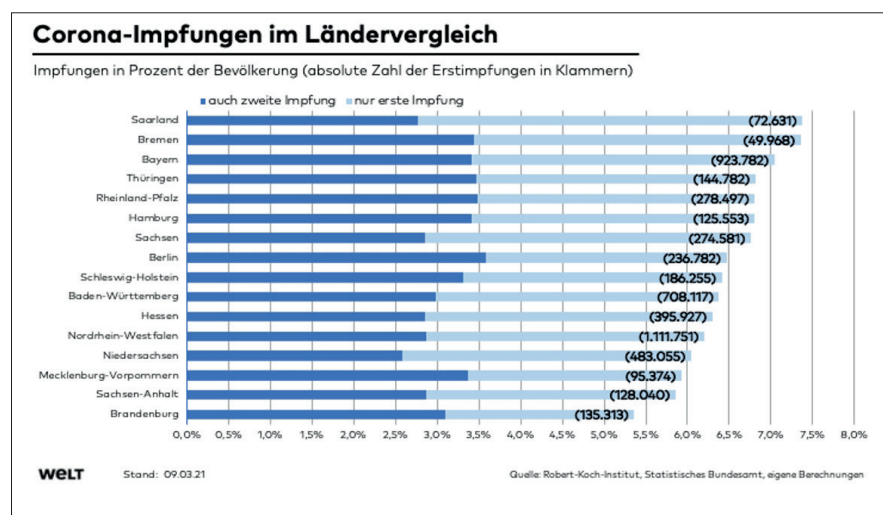
2. Sind Sie beruflich im Gesundheitswesen tätig?

- o => Falls ja:
 - Wie lange sind Sie bereits im Gesundheitswesen tätig? (Jahre)
 - Wie lange engagieren Sie sich bereits im Rahmen der Covid 19 Impfkampagne? (Monate)
 - Wie würden Sie ihre Position beschreiben?
 - Obere Führungsebene
 - Mittlere Führungsebene

- Nachwuchsführungskraft
 - Angestellter
 - Sonstiges
3. Mit welchem Geschlecht identifizieren Sie sich (männlich, weiblich, andere/verschiedene)?
 4. Welches Alter haben Sie? (Jahre)
 5. Was ist der höchste Bildungsabschluss, welchen Sie abgeschlossen haben?
 - o Kein Schulabschluss
 - o Grundschule
 - o Weiterführende Schule-Abschluss (Gymnasium, Realschule, etc.)
 - o Bachelor Abschluss
 - o Master/Diplom/MBA (oder Äquivalent)
 - o Dr. / PhD
 - o Sonstiges
 6. Wie haben Sie Ihren Impflisteneintrag erstellt:
 - o Eigenständig online über die Impfliste
 - o Über einen Angehörigen, der Sie online auf die Impfliste eingetragen hat
 - o Eigenständig telefonisch über das Call-Center
 - o Über einen Angehörigen, der Sie telefonisch über das Call-Center für den Impftermin angemeldet hat
 7. Über welche Kategorie haben Sie sich für den Impftermin angemeldet:
 - o Kategorie 1 (Über 80jährige)
 - o Kategorie 2 (70–80jährige)
 - o Kategorie 3 (60-70-Jährige)
 - o Kategorie 3 (Kontaktperson für Pflegebedürftige)
 - o Kategorie 3 (Priorisierungscode aufgrund Vorbelastung)
 - o Kategorie 3 (Priorisierungscode Berufsbedingt)
 - o Ohne Priorisierungscode (im Alter von 18–59)
 - o Ohne Priorisierungscode (im Alter von 12–17)
 8. Wie haben Sie den konkreten Impftermin erhalten:
 - o Per E-Mail mit automatischer Terminvergabe
 - o Per Post mit automatischer Terminvergabe
 - o Online über die Impfliste für einen kurzfristig freien Impftermin
 - o Online mittels Verschiebung des Impftermins über das Online-Impfportal

Table 1: Vaccination quota in Germany on April 30th 2021 [76]

| Rank | Federal State | Vaccination (in ths.) | Population (in mn) | Vaccination quota |
|------|------------------------|-----------------------|--------------------|-------------------|
| 1 | Saarland | 211,1 | 1,0 | 22% |
| 2 | Mecklenburg-Vorpommern | 344,7 | 1,6 | 21% |
| 3 | Nordrhein-Westfalen | 3614,5 | 17,9 | 20% |
| 4 | Bremen | 132,6 | 0,7 | 19% |
| 5 | Rheinland-Pfalz | 791,9 | 4,1 | 19% |
| 6 | Sachsen-Anhalt | 413,7 | 2,2 | 19% |
| 7 | Niedersachsen | 1479,3 | 8,0 | 18% |
| 8 | Bayern | 2420,4 | 13,1 | 18% |
| 9 | Thüringen | 388,3 | 2,1 | 18% |
| 10 | Baden-Württemberg | 2008,6 | 11,1 | 18% |
| 11 | Hamburg | 331,6 | 1,9 | 18% |
| 12 | Schleswig-Holstein | 513,9 | 2,9 | 18% |
| 13 | Sachsen | 713,0 | 4,1 | 18% |
| 14 | Hessen | 1099,8 | 6,3 | 17% |
| 15 | Berlin | 614,2 | 3,7 | 17% |
| 16 | Brandenburg | 409,5 | 2,5 | 16% |

Table 2: German newspaper “Welt” on vaccination rate of 16 federal states

Teil 2: Angaben zum Impfprozess

Bitte beantworten Sie inwiefern die folgenden Fragen auf Sie zu treffen (1 – stimme überhaupt nicht zu; – 7 stimme voll zu).

A) Digitale Impfprozess-Lösung Beschreibung

9. Das digitale Impfportal wurde so "eingerichtet", so dass ich es für mein persönliches Anliegen für die Impfung passend nutzen konnte.
10. Man hat sich Mühe gegeben, die digitale Impfprozess-Unterstützung an persönliche Bedürfnisse anzupassen.
11. Die Impfportal-Software ist soweit möglich auf meine allgemeine Situation eingegangen.
12. Die Lösung zum digitalen Impfmanagement hält mich gut auf dem Laufenden bezüglich der Erst- und Zweitimpfung.
13. Die Lösung zum digitalen Impfmanagement hat auch den Impfablauf im Impfzentrum gut vorbereitet und auf sinnvolle Weise erklärt.
14. Die Impfplattform-Software hat mich sinnvoll über den Impfprozess informiert.

Bitte bewerten Sie die Geschwindigkeit, mit der die Webseiten auf Ihre Befehle reagiert haben.

15. Jedes Mal, wenn Sie die Impfprozess Software-Lösung genutzt haben, wie schnell hat diese reagiert?
16. Wenn Sie eine Aktion auf der Webseite durchgeführt haben, was war Ihr Eindruck davon, wie viel Verzögerung es gab, eine Antwort zu erhalten?
17. Bitte bewerten Sie die generelle Reaktionsgeschwindigkeit der Impfportal-Software.

Bitte bewerten Sie wie die digitalen Dienste sich im Laufe der Covid 19-Situation verändert haben.

18. Die digitalen Lösungen zur Impfunterstützung wurden über die Zeit vom Bundesland Saarland verbessert.
19. Die Impfportal-Software wurde über die Zeit den aktuellen politischen Entwicklungen und Vorgaben angepasst.
20. Digitale Begleitung des Impfprozesses – Evaluation

21. Ich bin mit generell zufrieden mit der Erfahrung, welche ich in der Impfanmeldung gemacht habe.
22. Insgesamt bin ich mit der digitalen Anmeldung zum Impfprozess zufrieden.
23. Ich bin mit generell mit dem Impfablauf des Bundesland Saarland zufrieden.
24. Ich bin mit generell mit der Kommunikation des Bundesland Saarland zum Impfablauf zufrieden.
25. Ich beabsichtige, in naher Zukunft digitale Dienste im Gesundheitswesen wie die Online-Impfanmeldung nutzen.
26. Ich werde, wenn möglich digitale Dienste zur Impfprozess-Begleitung nutzen, wenn ich das nächste Mal mich impfen lasse.
27. Generell verursacht die Nutzung von digitalen Lösungen im Impfprozess Probleme, die ich nicht brauche.
28. Die digitalen Lösungen im Impfprozess sind nichts für mich.
29. Die digitale Impfportal-Software (Anmeldung, etc.) war für mich einfach zu bedienen.
30. Es war einfach, das von mir gewünschte Ziel des Impftermins bei der Nutzung der Impfportal-Software (Anmeldung, etc.) zu erhalten.
31. Ich denke, dass mein Aufwand in der Nutzung der digitalen Impfportal-Software gering ist.
32. Ich denke, dass mein Aufwand in der Benutzung der digitalen Impfportal-Software größer als mein Nutzen ist.

Datenquelle und Auswertung

Siehe Anhang csv-Datei „Patientenportal (Large model)“

Professor Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz (†)

Pionier und Gestalter für die Gesundheit der Bevölkerung

ULLA WALTER

Ulla Walter ist Direktorin des Instituts für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover

Friedrich Wilhelm Schwartz ist am 12.10.2024 im Alter von 81 Jahren verstorben. Sein berufliches Wirken und seine Produktivität rechtfertigen den Vergleich mit einem Universalgelehrten.

Schon als Doktorand befasste er sich mit der staatlich organisierten Sorge für die Gesundheit der Bürger. Die Idee, die Gesundheit der Bevölkerung in den Mittelpunkt zu stellen, war Kern seines gesamten beruflichen Lebens. FW Schwartz kämpfte für ein soziales, bedarfsgerechtes und wirtschaftliches Gesundheitswesen. Er legte Wert auf eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung, die ihre Wirksamkeit wissenschaftlich zeigt. Die Professionalität der Leistungserbringer war ihm ebenso wichtig wie die Perspektive der Patienten und deren Selbstverantwortung für ihre Gesundheit. 2006 gründete FW Schwartz die erste Patientenuniversität in Deutschland. Visionäre Strategien bestimmten sein Handeln. Vieles, was uns heute als selbstverständlich erscheint, basiert auf seinen wegweisenden Arbeiten.

Betrachtet man den Aufbau des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (1972–1984) entwickelte er vor 50 Jahren die empirische ambulante Versorgungsforschung unter Nutzung von Routinedaten und institutionalisierte diese in der kassenärztlichen Versorgung. FW Schwartz strukturierte Präventionsprogramme für Kinder, für Schwangere und die Krebsfrüherkennung.

Er hat zahlreiche Reformen angestoßen und beratend begleitet, u. a. die Gesundheitsberichterstattung, die Medizintechnikfolgenabschätzung und die Entwicklung der Gesundheitssystemforschung. Er setzte sich ein für vernachlässigte, oft wenig geschätzte Versorgungsbereiche: die Allgemeinmedizin, die Prävention und Rehabilitation. Seine Expertise war weltweit gefragt. Für sein Wirken wurde er mehrfach ausgezeichnet.

FW Schwartz war an der strategischen Konzeption des Sachverständigenrats für Gesundheit beteiligt, war Mitglied und Vorsitzender. Wegweisend ist das Gutachten „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ 2000–2001 mit den Analysen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung.

Seine originären Ideen und Konzepte trafen oft auf ein innovationsfeindliches, verrechtlichtes, von organisierten Interessengruppen besetztes und von divergierenden Forderungen geprägtes Feld. Dennoch gelang es ihm, Akteure zusammenzubringen, Probleme herauszudestillieren und widerstreitende Interessen konstruktiv zusammenzuführen.

Diese besondere Fähigkeit kam ihm auch zu Gute beim Neuaufbau des Instituts für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, das er ab 1985 als berufener Professor an der Medizinischen Hochschule Hannover übernahm. Zudem leitete er 1991–2013 ein von ihm gegründetes außeruniversitäres Institut in Witten und Hannover.

Mit FW Schwartz eng verbunden ist die Einführung von New Public Health in Deutschland. Der von ihm 1990 eingerichtete Studiengang Public Health war der erste an einer medizinischen Hochschule.

Die Früchte seines Lebenswerkes nahm er mit Freude wahr. Unser letztes gemeinsames Projekt war die Überarbeitung des Public Health Buches.

Nachfolgenden Generationen hat FW Schwartz Wege geebnet und neue Betätigungsfelder eröffnet. Wir vermissen ihn – als entschlossenen Pionier, kritische Stimme in aktuellen Debatten und inspirierenden Menschen.

20 Jahre Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung (DGIV)

Anmerkungen zu Historie, Gegenwart und Zukunft der gesundheitlichen Versorgung*

ULLA SCHMIDT

Ulla Schmidt,
Bundesministerin a.D.

Die Jubiläumsveranstaltung „20 Jahre DGIV“ bietet eine gute Gelegenheit, das Thema „Neuordnung von Versorgungsstrukturen und -prozessen“ erneut zu reflektieren. Denn dieser Punkt war in der Amtszeit der Verfasserin als Bundesministerin für Gesundheit ein Schwerpunktthema und hat heute – 25 Jahre nach der Einfügung des berühmten § 140a ins Sozialgesetzbuch V und 20 Jahre nach Gründung einer entsprechenden Fachgesellschaft – keinesfalls das Stadium der Regelversorgung erreicht. Noch immer prägen die Silos von ambulant und stationär unsere Versorgungslandschaft und finden sich an vielen Stellen Brüche in den Versorgungsprozessen. Solche Brüche führen zu unnötigem Leid und zur Verschwendung von Ressourcen. Solche Brüche gefährden Qualität, Wirksamkeit und Effizienz im gesamten Versorgungssystem. Internationale Vergleiche lassen Deutschland nicht gut aussehen.

Bei diesem Thema und beim entsprechenden Jubiläum bietet es sich an, einen kurzen Blick zurück in die jüngste Geschichte zu werfen, denn das Thema Integrierte Versorgung war und ist ein Kernthema sozialdemokratischer Gesundheitspolitik. Die schon zitierte Vorschrift des § 140a SGB V ist zwar in der Amtszeit der Vorgängerin Andrea Fischer ins Gesetz aufgenommen worden, doch die Integrierte Versorgung wurde erst durch die Schaffung von ökonomischen Anreizen – auf Neudeutsch Anschubfinanzierung – zu Beginn der Amtszeit der Verfasserin zum Fliegen gebracht. Mit dem Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) vom 14. November 2003 wurden für die-

se neue Versorgungsform je 1 Prozent der Budgets der ambulanten ärztlichen Versorgung und der stationären Versorgung abgezogen. Leider machten die Gerichte dem bisher größten Integrationsprojekt der Barmer Ersatzkasse mit Hausärzten und Apotheken mit recht fadenscheiniger Begründung den Garaus. Bis heute zeigt sich, dass die etablierten verbandlichen Akteure keinesfalls den Reformwillen des Gesetzgebers unterstützen. Das gilt

* Der Beitrag beruht auf einem Vortrag, den die Verfasserin anlässlich des zwanzigjährigen Bestehens der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung am 19. März 2024 in Berlin gehalten hat. Die Vortragsform wurde weitgehend beibehalten.

exemplarisch, aber nicht ausschließlich für die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die auch noch stolz darauf war, wenn sie innovative Projekte verhindern konnte. Peinlich wurde es, wenn einzelne Abgeordnete direkt aus Papieren der KBV vorlasen (und von Horst Seehofer blamiert wurden) und Argumente gegen jegliche Veränderungen präsentierten. Nur so ist zu erklären, dass die Reservierung von Mitteln für die Integrierte Versorgung zeitlich befristet blieb und von der schwarz-gelben Koalition trotz nachweisbarer Erfolge nach meiner Amtszeit nicht verlängert wurde.

Im gleichen Gesetzesvorhaben und in Folgegesetzen wurde der Kreis der Teilnahmeberechtigten erweitert und sowohl die Pflege als auch die Pharmazeutische Industrie sowie die Medizinproduktehersteller einbezogen. Außerdem wurden die Möglichkeiten der Verbände und Körperschaften begrenzt, IV-Verträge zu blockieren oder zu behindern. Nicht unerwähnt bleiben soll die Aufwertung der hausärztlichen Versorgung sowohl innerhalb der Kollektivverträge als auch über Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Hausärztlichen Vertragsgemeinschaften nach § 73b SGB V.

Besonders kontrovers wurde über die dauerhafte Verankerung kooperativer Betriebsformen in der vertragsärztlichen Versorgung diskutiert. Erst die Provokation, dem damaligen Ministerpräsidenten des Landes Sachsen-Anhalt Professor Wolfgang Böhmer ein erfülltes ärztliches Berufsleben abzusprechen, da er immer als angestellter Arzt tätig war, bewirkte den Durchbruch in nächtlichen Allparteien-Gesprächen. Natürlich durften die Einrichtungen mit angestellten Ärztinnen und Ärzten, die nach der Wiedervereinigung trotz des bewundernswerten Engagements von Regine Hildebrandt ein Mauerblümchen-Dasein führten am Ende des SGB V in einer befristeten Übergangsregelung nicht Ambulatorien und Polikliniken oder gar Gesundheitszentren heißen. So wurden aus den 311er-Einrichtungen im Beitrittsgebiet Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in ganz Deutschland. Die Sozialdemokratie hat diese MVZ bewusst als Teil der Integrierten Versorgung angelegt und auf einer fachübergreifenden Ausgestaltung bestanden. Das hat die Verfasserin nicht davor bewahrt, als Förderer „einer sozialistischen Staatsmedizin“ verunglimpft zu werden. Übrigens von den gleichen

Institutionen, die heute vor dem Eindringen eines amerikanischen Heuschrecken-Kapitalismus warnen, denn nach der Ermöglichung fachgleicher MVZ durch die schwarz-gelbe Koalition sind weite Teile der spezialisierten fachärztlichen Versorgung – so etwa in der Labormedizin, in der Radiologie oder in der operierenden Augenheilkunde – in der Hand investorengestützter Ketten. Die jüngste Entwicklung soll an dieser Stelle nicht bewertet werden. Allerdings ist festzustellen, dass bisher keine Erkenntnisse vorliegen, die negativ auffällige qualitative oder wirtschaftliche Abweichungen in investorengestützten Einrichtungen belegen. Vieles spricht dafür, dass eine Mischung aus rückwärtsgewandter Ideologie und Konkurrenzschutz die Diskussion treibt.

Davon ist auch die aktuelle Debatte um die IV nicht frei. Heute macht der mehrfach reformierte § 140a nahezu alles möglich, wozu sich Vertragspartner in besonderen Versorgungsformen bereithalten. Doch alle wissen, dass viele politisch gewünschten Veränderungen nicht schon dann kommen, wenn der Gesetzgeber sie möglich macht. Selbst wenn aus dem „können“ ein „sollen“ oder gar „müssen“ wird, tut sich häufig wenig bis nichts. Denn noch immer halten einige der Akteure im Gesundheitswesen Gesetze für „unverbindliche Empfehlungen der Ministerin“. Allerdings ist auch nicht zu verhehlen, dass einige administrative Regelungen, wie insbesondere die Budgetbereinigung gegenüber dem Kollektivvertrag, noch immer nicht praktikabel gelöst worden sind. Wo bleibt eigentlich hier die Kreativität der deutschen Gesundheitsökonomie, die doch sonst so schnell mit Kritik an der Gesundheitspolitik bei der Hand ist? Schließlich darf man aktuell nicht verkennen, dass die finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung – gelinde gesagt – prekär ist. Es ist hier nicht der Ort, sich zur mehrmaligen Abschmelzung der Vermögensreserven vieler Krankenkassen zu äußern. Krankenkassen sind keine Sparkassen. Aber ohne finanzielle Polster gibt es keine Investments in neue Versorgungsformen. Selbst wenn diese längerfristig einen Effizienzgewinn versprechen (das versprechen übrigens alle), muss zuerst in neue Strukturen und Prozesse investiert werden.

Zum Schluss der kleinen Reise durch die jüngste Vergangenheit sei ein Blick

in die Zukunft der IV gestattet. Die Verfasserin ist zutiefst überzeugt, dass die flächendeckende Durchsetzung der Integrierten Versorgung als „Regelversorgung“ nur erreicht werden kann, wenn die betriebswirtschaftlichen Binnenlogiken der Silo-Versorgung durchbrochen werden. Konkret heißt das: Wir brauchen bei den wichtigsten Steuerungsinstrumenten Kapazitätsplanung, Honorierung und Qualitätssicherung in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung ein möglichst einheitliches System über die Sektorengrenzen hinweg. Dieses System darf weniger daran ausgerichtet sein, dass die Versorgung im Bett, nahe an einem Bett oder ohne Bett organisiert ist, sondern muss sich auf eine einheitliche Bedarfsplanung, eine vergleichbare Honorierung ärztlicher Leistungen und gemeinsame Qualitätsstandards stützen. Zudem muss das neue System attraktiver sein für Ärztinnen und Ärzte sowie für Patientinnen und Patienten als der Verbleib im alten System. Schließlich muss die Integrierte Versorgung der Zukunft die gleichberechtigte Mitwirkung aller Gesundheitsberufe umfassen. Die ärztliche Profession muss vom Thron des Arztvorbehalts absteigen und sich für eine Substitution von bestimmten Leistungen durch (akademisch ausgebildete) Pflegekräfte und Therapeuten öffnen.

Im Zentrum der Integrierten Versorgung stehen Kooperation, Koordination und Kommunikation zwischen allen Beteiligten. Das wichtigste Instrument zur Neuorientierung der Gesundheitsversorgung ist die digitale Transformation bei Versicherung und Versorgung. Digitale Zugangs- und Patientensteuerung sind geeignet, den Herausforderungen, wie etwa dem sozialen und demographischen Wandel, dem Fachkräftemangel oder der Ambulantisierung und Personalisierung der Medizin, zu begegnen. Ohne hier in die Details zu gehen, die Digitalisierung und der medizinisch-technische Fortschritt machen Humanität und Empathie im Handel aller Akteure nicht weniger wichtig. Nur mit einer klaren Patientenzentrierung wird das Vertrauen der Menschen in die Medizin gewahrt bleiben. Integrierte Versorgung erfüllt all diese Kriterien. Sie ist die Versorgung der Zukunft!

Neue Bücher

- **Die Europäische Union – Europarecht und Politik, von Roland Bieber, Astrid Epiney, Marcel Haag und Markus Kotzur, 16. Auflage,** Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2024, 831 Seiten, ISBN 978-3-7560-1477-4, 39,90 €

Die Europäische Union ist in den letzten Jahren heftig ins Schlingern geraten. Kriege in der Ukraine und im Nahen Osten, Energiekrise und Flüchtlingsströme, Klimawandel und humanitäre Katastrophen, Rechtspopulismus und Nationalismus – die Liste der Herausforderungen ließe sich noch deutlich verlängern. Trotzdem wanken die Institutionen der EU nicht. EU-Kommission und Ministerrat, das Europäische Parlament und der Europäische Gerichtshof trotzen diesen Herausforderungen und finden – trotz zunehmender nationaler Alleingänge (auch von Deutschland) immer wieder Antworten auf neue und alte Fragen.

Zeit also, sich grundsätzlicher mit dem Phänomen EU zu befassen und dem bis zur Dystopie anschwellenden Pessimismus eine realistische, pragmatische und optimistische Perspektive entgegenzusetzen. Gerade die skizzierten Herausforderungen erzwingen ein gemeinschaftliches Handeln der europäischen Staaten, Ökonomien und Gesellschaften, um Frieden, Sicherheit und Wohlstand in Europa und der Welt zu fördern und gute Grundlagen für künftige Generationen zu schaffen. Basis dafür ist die unbedingte Verpflichtung auf ein gemeinsames Recht und auf gemeinsame Werte. Gerade das ist es, was die EU von den meisten anderen Staatenbünden und Initiativen unterscheidet.

Eine exzellente Grundlage für einen unvoreingenommenen Blick bildet das gewichtige Werk von Roland Bieber und seinen Mitstreitern, die in Deutschland, der Schweiz und in Brüssel tätig sind. In 40 Kapiteln werden die rechtlichen und politischen Eigenarten auf der Basis europarechtlicher Vereinbarungen und Normsetzungen erschlossen und deren Wirkungen in den Mitglieds-

staaten und im internationalen Raum analysiert. Nach der Beschreibung der allgemeinen Grundlagen und der Würdigung der Grundfreiheiten setzen sich 20 Kapitel mit den einzelnen Bereichen europäischer Politik und Rechtsetzung auseinander.

Für die Leserinnen und Leser von *Gesundheits- und Sozialpolitik* dürften die Ausführungen zu Sozialpolitik und Arbeitsrecht sowie zu Verbraucherschutz und Gesundheitswesen von besonderem Interesse sein. Leider wird in den Bemerkungen zur Gesundheitspolitik kaum auf die Versäumnisse des gemeinsamen Handelns in der Covid-19-Pandemie eingegangen. Gerade Deutschland benahm sich zu Beginn der Pandemie wie ein Ego-Shooter und ließ internationale Verantwortung vermissen. Das Buch wird abgerundet durch eine Analyse der Außenbeziehungen und einem durchaus optimistischen Ausblick auf die Zukunft der Europäischen Union.

Das vorgestellte Lehrbuch hat längst den Status eines Standardwerks erreicht. Es findet – wie schon in den Voraufgaben – die gelungene Balance zwischen allgemeiner Aufklärung und wissenschaftlicher Auseinandersetzung. Erneut ist die Preiswürdigkeit des Buches hervorzuheben. Kurzum: Hochachtung vor Autoren und Verlag.

Franz Knieps

- **Joseph Schumpeter, Band 179 der Reihe Staatsverständnisse, herausgegeben von Richard Sturm,** Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2024, 339 Seiten, ISBN 978-3-8487-7337-4, 79,00 €

Im Laufe der Jahrhunderte hat sich das Verständnis von Staat und Gesellschaft immer wieder verändert. Ob wir ans Ende einer nationalstaatlichen Entwicklung angekommen sind oder erneut vor einem fundamentalen Wandel hin zu supranationalen Gebilden wie die Europäische Union oder gar zu einem Weltstaat stehen, darf angesichts des Wiedererstarkens von Nationalismus und Populismus bezweifelt werden. Es

ist deshalb unverändert sinnvoll, sich mit den Modellen und Theorien klassischer und heutiger Staatsdenker von Platon und Aristoteles über Machiavelli, Hobbes und Marx bis zu Carl Schmitt und Helmut Ridder auseinanderzusetzen und neben der ideengeschichtlichen Bedeutung auch die Wirkungen auf die politische Praxis zu beleuchten. Diesem Ziel sind alle Bände der Nomos-Reihe Staatsverständnisse verpflichtet.

Der jüngste Band ist dem österreichisch-amerikanischen Ökonomen Joseph A. Schumpeter (1883–1950) gewidmet, der 1919 kurz Staatssekretär und Finanzminister in Österreich war. Schumpeter war zwar nie ein klassischer Staatsdenker. Seine häufig provokanten Beiträge zur Analyse des Kapitalismus haben aber in aller Regel einen direkten Bezug zu Staatstheorie und politischer Soziologie. Das unternehmerische Gen könne sich nur entfalten, wenn der liberale Staat dem Bereich privatwirtschaftlicher Tätigkeit entsprechende Freiräume schaffe und ungerechtfertigte Privilegien und Veto-Positionen traditioneller Akteure abschaffe.

12 Beiträge setzen sich in dem Sammelband mit den vielen Facetten des Schumpeterschen Werks auseinander und zeigen die Bezüge der ökonomischen Beiträge zu Demokratie und Rechtsstaat auf. Sie versuchen, Schumpeter nicht nur im Kontext seiner Zeit zu deuten, sondern fragen nach der universellen Bedeutung dieser Ideen in Zeiten sozioökonomischen Wandels. Sie zeigen, dass sein Werk, das der unternehmerischen Ermöglichung den Vorrang vor Einschränkungen gibt, nicht allein neoliberal gedeutet werden darf, sondern stets im Kontext der sozialen Bezüge zu sehen ist und den Staat nicht zum Nachtwächter degradiert. Es lohnt sich also bis heute, Schumpeter zu lesen und zu diskutieren.

Franz Knieps

- **Das politische System Polens, Studienkurs Politikwissenschaft, von Stefan Garsztecki, Robert Grzeszczak, Aleksandra Maatsch und Dariusz Wojtaszyn**, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2024, 195 Seiten, ISBN 978-3-8487-7197-4, 22,90 €
- **Das politische System der Schweiz, von Adrian Vatter, Studienkurs Politikwissenschaft, 5. Auflage**, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2024, 587 Seiten, ISBN 978-3-7560-0814-8, 29,90

Die Gesundheits- und Sozialpolitik ist weitgehend ein nationales Politikfeld. Obwohl die Staaten und Gesellschaften der EU und der OECD-Staaten vor gemeinsamen Herausforderungen stehen – zum Beispiel die sozio-demografische Entwicklung, die ökonomischen Veränderungen, die digitale Entwicklung oder die ökologische Krise – fallen die politischen Antworten auf diese Herausforderungen sehr unterschiedlich aus und finden wenig transnationale Handlungsansätze. Gründe hierfür sind unter anderem die finanziellen Möglichkeiten, historische Bezüge, kulturelle Verwurzelung und ideologische Überzeugungen der politischen Akteure. Ganz wesentlich bestimmen aber die politischen Systeme die Ausgestaltung der Politikfelder. Über deren Gemeinsamkeiten und Unterschiede lernen angehende Rechts- und Sozialwissenschaftlerinnen und -wissenschaftler noch immer vergleichsweise wenig. Aber auch viele Praktiker wissen über unsere Nachbarländer vergleichsweise wenig.

Abhilfe dagegen können Bücher aus dem Studienkurs Politikwissenschaft schaffen. In dieser Reihe sind gerade eine Neuerscheinung und eine Neuauflage über die politischen Systeme in zwei wichtigen Nachbarländern Deutschlands auf den Markt gekommen: Polen und die Schweiz. Beide Bücher sind ähnlich aufgebaut, werden aber der unterschiedlichen Geschichte der Länder gerecht. Im Mittelpunkt stehen jeweils die klassischen Institutionen einer Demokratie Legislative, Exekutive und Judikative. Aber besonders hervorgehoben werden die historischen Bezüge und speziell die Entwicklungen der jüngsten Zeit.

So beginnt der Band über Polen mit der Transformation und Konsolidierung der

Demokratie nach 1989, hebt die besondere Stellung des Präsidenten hervor und beschreibt die Versuche der PiS-Partei, die Justiz des Landes in den Würgegriff zu nehmen. Die Zivilgesellschaft mit der besonderen Rolle der Katholischen Kirche und der Konflikt Tradition versus Moderne sind Charakteristika, die von außen nur schwer einzuordnen sind. Die Autoren deuten die Parlamentswahl 2023 als Wendepunkt. Sie sehen Polen auf dem Rückweg zu Demokratie, Rechtsstaatlichkeit und nach Europa. Dass dieser Weg nicht einfach und geradeaus wird, erschließt sich nach der Lektüre dieses Bands besser als nach der Berichterstattung über das östliche Nachbarland in den Medien.

Auch das politische System der Schweiz ist durchaus vielfältiger als vom deutschen Nachbarn wahrgenommen. Die Zuschreibung „Konsensdemokratie“, speziell die überparteiliche Zusammensetzung der Regierung in Bern – dem Nationalrat – trifft diese Vielfalt nur unzureichend. Die föderalistische Aufteilung in 26 Kantone, die besonderen Ausprägungen der direkten Demokratie und die starke Stellung der Verbände sind es wert, näher betrachtet zu werden. Speziell die Volksentscheide im Bund sind immer wieder für Überraschungen gut.

Dem Nomos Verlag ist es mit den Büchern des Studienkurses gelungen, Printprodukte anzubieten, die auch für Studierende erschwinglich sind und die hohen wissenschaftlichen Ansprüchen gerecht werden. Beide Bände sind absolut empfehlenswert,

Franz Knieps

- **SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar, herausgegeben von Ulrich Becker und Thorsten Kingreen, 9. Auflage**, München 2024, 3032 Seiten, ISBN 978-3-406-81036-7, 159,00 €

Es gibt wohl kaum ein Rechtsgebiet wie das Gesundheitsrecht und ein Gesetz wie das SGB V, das so oft und intensiv ergänzt oder reformiert, aber auch verunstaltet und verzerrt worden ist. Längst hat der Gesetzgeber die Übersicht ebenso verloren wie diejenigen, die das Gesetz anwenden, Urteile darüber fällen und ihr Handeln an diesem Gesetz ausrichten müssen. Die Regulierungsmenge wächst stetig, die Eindringtiefe

nimmt ständig zu. Gleichzeitig nimmt die Wirkungskraft – ausweislich des Urteils vieler Praktiker und fast aller Beobachter – kontinuierlich ab. Nicht nur deshalb fällt die Kritik der beiden Herausgeber an der XXL-Gesetzgebung vernichtend aus. So würden Normen produziert, die kaum noch lesbar seien und die Grenzen des rechtsstaatlichen Bestimmtheitsgebots austesteten. Erneut werden exemplarisch die Bestimmung der §§ 87 und 87a SGB V über die Bestimmung der ärztlichen Vergütung in der ambulanten Versorgung als Paradebeispiel für eine verkorkste Gesetzgebung angeführt. Das hindert den Gesetzgeber nicht, alsbald eine ähnlich komplizierte Regelung für die stationäre Versorgung einführen zu wollen.

Weil diese Kritik im politischen Berlin verhallt, bleibt allen, die mit dem Gesundheitsrecht zu tun haben, nichts Anderes übrig, als mit qualifizierter Hilfe der Kommentatoren im Standardwerk zum SGB V das Recht auszudeuten und pragmatisch anzuwenden. Dessen Neuauflage, die zum ersten Mal auch in der Mitte der Legislaturperiode erscheint, berücksichtigt alle Rechtsänderungen und die Rechtsprechung bis zum Stichtag 31. März 2024. Sie kommentiert in gewohnter sprachlicher Präzision, fachlicher Kompetenz und praktischer Relevanz. Zu diesem Kommentar gibt es keine Alternative. Er ist und bleibt Referenzwerk zu allen anderen Kommentaren. Die Neuauflage wird ihren Vorgänger also hoffentlich nicht nur auf dem Schreibtisch des Rezensenten verdrängen.

Franz Knieps

- **Die rechtliche Systematik der Gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen – Gesetzliche Eingriffe in deren Entwicklung, ihre Auswirkungen auf die rechtliche Systematik und rechtliche Aspekte einer künftigen Gestaltung, Bochumer Schriften zum Sozial- und Gesundheitsrecht Band 27**, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2024, 284 Seiten, ISBN 978-3-7560-1897-0, 94,00 €

Dr. Rainer Hess muss nicht vorgestellt werden. Er ist ein Urgestein der ärztlichen und der Gemeinsamen Selbstverwaltung. Er

war Justiziar und Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses und Interimsvorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation. Er ist bis heute als Rechtsanwalt in Köln tätig und kommentiert fleißig und gekonnt das Vertragsarztrecht im Kasseler Kommentar. Rainer Hess hat sich jetzt einen Lebenstraum erfüllt und im Alter von über 80 Jahren eine rechtswissenschaftliche Habilitationsschrift vorgelegt. Thema musste natürlich die Gemeinsame Selbstverwaltung sein, von deren politischen Vorzügen er überzeugt war und ist und die er immer gegen alle juristischen und politischen Angriffe verteidigt hat.

Dieses Ziel verfolgt Dr. Hess auch in seiner Bochumer Habilitationsschrift. Er stützt sich ausdrücklich auf das historisch gewachsene Fundament und auf die zentralen Strukturprinzipien der sozialen Krankenversicherung in den Einleitungsvorschriften des SGB V: Solidarität, Subsidiarität, Sachleistung und Wirtschaftlichkeit. Diese Prinzipien sind für ihn zeitlose Anker für alle Reformversuche, an denen es seit der Wiedervereinigung nicht mangelt. Etliche Reformvorhaben hätten das geschlossene System der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung aufgebrochen und dabei nicht unbedingt Effizienz und Qualität dieser Versorgung verbessert. Dies ergibt eine kritische Analyse sowohl der wichtigsten sozialrechtlichen Rahmenbedingungen als auch des mangelhaften Zusammenwirkens von Sozialrecht und Gesundheitsrecht, insbesondere im Krankenhausrecht und im ärztlichen Berufsrecht.

Generell stellt Hess dem Gesetzgeber bei Eingriffen in das Vertragsarztrecht ein schlechtes Zeugnis aus. Exemplarisch sei die Kritik an der fortgesetzten Budgetierung, der unwirksamen sektorbezogenen Bedarfsplanung, dem Konzept des Vertragswettbewerbs oder der Umstellung der Gesamtvergütung auf die Morbidität der Versicherten verwiesen. Die Steuerung von Preisen, Mengen und Qualität von Arzneimitteln hätte allenfalls eine temporäre Wirksamkeit gezeigt. Gewisse Sympathien erweist der Autor sektorenübergreifenden Regelungskompetenzen, etwa bei der Großgeräteplanung, dem ambulanten Operieren oder der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. Die Umstellung auf regionale Steuerungsinstrumente wie zum Beispiel Gesundheitsregionen mit eigenen Budgets sieht er sehr kritisch. Vernichtend ist

die Bewertung der direkten Eingriffe des Gesetzgebers und der Regierung in die Selbstverwaltungsstrukturen. Detailregelungen und Gängelung durch die Aufsichtsbehörden hätten Innovationskraft und Veränderungsbereitschaft bei allen Akteuren erlahmen lassen. Hess appelliert an eine maßvolle Eigenverantwortung von Versicherten und Patienten und sieht erhebliches Steuerungspotenzial in einer funktionsfähigen Telematikinfrastruktur.

Auch wenn man nicht jeden Kritikpunkt von Rainer Hess teilen mag, in jedem Fall sollte man die Ratschläge an die Gesundheitspolitik in den abschließenden Bemerkungen ernst nehmen und zu einer maßvollen Regulierung unter Beachtung der zentralen Strukturprinzipien des SGB V und zur Ausschöpfung der Problemlösungskompetenz der Gemeinsamen Selbstverwaltung zurückkehren.

Chapeau für das Opus Magnum, lieber Rainer Hess.

Franz Knieps

■ **Das Vertragsarztrecht – ein Systemsprenger? – Zwischen Veränderungsresistenz und neuen Herausforderungen, herausgegeben von Frank Schreiber, Andrea Kießling und Indra Spiecker gen. Döhmman, Band 30 der Frankfurter Schriften zum Gesundheits- und Sozialrecht, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2024, 181 Seiten, ISBN 978-3-7560-1662-4, 59,00 €**

Das Frankfurter Institut für europäische Gesundheitspolitik und Sozialrecht (INEGES) scheut keine schwierigen Themen aus den Bereichen Gesundheit und Sozialrecht. Das hat sich unter der neuen Leitung von Andrea Kießling nicht geändert. Das Vertragsarztrecht einschließlich der Bestimmungen zur Gemeinsamen Selbstverwaltung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ist ein solches heißes Eisen. Hier stellen sich vielfältige Rechtsfragen mit starken verfassungsrechtlichen Bezügen, auf die eine Tagung des INEGES am 19. September 2023 nach Antworten gesucht hat.

Im Mittelpunkt der Debatte und des jetzt bei Nomos erschienenen Tagungsbands steht die Erforschung des Vertragsarztrechts als Sonderfall des

öffentlichen Wirtschaftsrechts mit genuiner Rechtsetzungskompetenz und Einschränkungen der grundrechtlichen Berufsfreiheit. Hinterfragt werden die demokratische Legitimation des gemeinsamen Bundesausschusses und die grundrechtlichen Anforderungen an die untergesetzliche Rechtsetzung speziell im Lichte des Wesentlichkeitsgrundsatzes. Politische Innovationen, wie beispielsweise die Einführung von Medizinischen Versorgungszentren, haben das Potenzial, herkömmliche Leitbilder der vertragsärztlichen Tätigkeit in Frage zu stellen.

Ob man daraus ableiten darf, dass das Vertragsarztrecht zum „Systemsprenger“ wird, muss man nach der Lektüre der insgesamt sieben Beiträge in diesem Sammelband bezweifeln. Aber man darf die Frage stellen, ob Tempo und Qualität der Gesetzgebung adäquat sind und zu einer kohärenten Neuordnung des Leistungserbringerechts führen. Es wundert nicht, dass die Tagungsbeiträge mehr als kritisch mit der Diskussionskultur und der Detailbesessenheit der Normgebung bei gleichzeitiger Geringschätzung zentraler wirtschafts- und sozialrechtlicher Prinzipien umgehen. Ob das den selbstzufriedenen Gesundheitsminister und die überfordert wirkenden Parlamentarier beeindrucken wird – wohl eher nicht.

Franz Knieps