



COMPETENCE CENTER GESUNDHEIT
CCG RINGVORLESUNG WINTERSEMESTER 2021/22

Neu sortieren! Paradigmenwechsel in der Gesundheitsversorgung?

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**
Hamburg University of Applied Sciences

**DOKUMENTATIONS BAND CCG RINGVORLESUNG
WINTERSEMESTER 2021/22**

Neu sortieren! Paradigmenwechsel in der Gesundheitsversorgung?

Vorwort 6

Vorträge 9

**Digitalisierung: die Schlüsselfrage für ein zukunfts-
fähiges Gesundheitssystem** 10

Dr. Andreas Meusch (Dozent für Gesundheitspolitik,
HAW Hamburg)

**Herausforderungen in der Versorgung psychisch
kranker Menschen** 14

Sarang D. Thakkar (Chefarzt Ambulanzzentrum,
Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll)

**Balance zwischen Fortschritt und Bezahlbarkeit –
Sicht der forschenden Pharmaindustrie** 16

Han Steutel (Präsident Verband Forschender
Arzneimittelhersteller e.V.)

**Nutzenstiftender Einsatz von Künstlicher Intelligenz
im Gesundheitswesen** 18

Dr. Torsten Hecke (Leiter Analytics & Insights, Techniker
Krankenkasse)

Rolle der Kommunen in der Gesundheitsversorgung	20
Matthias Mohrmann (Mitglied des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg)	
Die Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung im Bereich Gesundheit und Pflege	22
MinR Dr. Alexander Schmidt-Gernig (Leitung Referat „Nachhaltigkeit und Gesundheitskompetenz“, Bundesministerium für Gesundheit)	
Perspektiven von Hebammen im deutschen Gesundheitswesen	24
Prof. Dr. Dorothea Tegethoff (Professorin für Hebammenwissenschaft, Evangelische Hochschule Berlin)	
Neustart: ein Gesundheitssystem für die Menschen gestalten	26
Irina Cichon (Senior Projektmanagerin Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“, Robert Bosch Stiftung)	
Spotlight Gesundheit: wie die Versorgung in Deutschland verbessert werden kann	28
Dr. Stefan Etgeton (Senior Expert Gesundheitspolitik, Bertelsmann Stiftung)	

Corona und soziale Lage: Was kann man dazu aus Routine- und Befragungsdaten lernen? 30

Nele Meinert (Wissenschaftliche Mitarbeiterin, HAW Hamburg)

Prof. Dr. Susanne Busch (Professorin für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik, HAW Hamburg)

Corona und soziale Lage: Familien im Fokus 32

Dr. Inga Laß (Leitung Forschungsgruppe „Familie“, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung)

Wie kommen wir zu einem nachhaltigeren Gesundheitswesen? Ansatzpunkte für Krankenkassen und Versorger 34

Thomas Ballast (stv. Vorstandsvorsitzender Techniker Krankenkasse)

Gendermedizin in der digitalen Zukunft der Medizin 36

Prof. Dr. Sabine Wöhlke (Professorin für Gesundheitswissenschaft und Ethik, HAW Hamburg)

Weitere Vorträge 40

Präsentationen der Studierenden	43
Auszeichnung: Bestes Poster	46
Kontakt	48
Impressum	49

Vorwort

LIEBE LESENDE,

im Wintersemester 2021/22 konnte in Folge die dritte und vorerst letzte CCG Ringvorlesung zum Thema Gesundheitspolitik angeboten werden. Zu diesem Zeitpunkt trifft die Corona-Pandemie auf ein deutsches Gesundheitswesen mit Reformbedarf inkl. Defiziten in der Digitalisierung. Gleichzeitig drängen Nachhaltigkeits- und Genderfragen auf die gesundheitspolitische Agenda. Eine neue Bundesregierung will und muss neue Akzente in der Gesundheitspolitik setzen. Unter dem Titel „Neu sortieren! Paradigmenwechsel in der Gesundheitsversorgung?“ greift die CCG Ringvorlesung damit verbundene und darüberhinausgehende Fragen auf und versteht sich damit auch als Teil des gesellschaftlichen Diskurses zu mehr Patientorientierung. Das Programm wurde wieder in gewohnt souveräner Weise von Dr. Andreas Meusch zusammengestellt und moderiert. Fachlich wie auch menschlich war die Zusammenarbeit ein Gewinn, wir danken ihm ganz herzlich!



Prof. Dr. Susanne Busch
Leitung CCG



Prof. Dr. Joachim Westenhöfer
Leitung CCG

ÜBER DAS CCG

Das Competence Center Gesundheit (CCG) ist eine Kooperation der Fakultäten Life Sciences und Wirtschaft & Soziales der HAW Hamburg. Seit 2010 bündelt das CCG die gesundheitsbezogenen Kompetenzen aus fünf Departments und ist damit ein Zusammenschluss von mehr als 30 Professor*innen sowie zahlreichen wissenschaftlichen Mitarbeitenden. Durch die Expertise der CCG Mitglieder werden nicht nur regionale, sondern auch darüber hinausgehende Forschungsprojekte mitgestaltet. Das gemeinsame Ziel des CCG ist es, den Zugang zu relevanten Gesundheitsdienstleistungen und -gütern zu fördern und einen Beitrag zur Chancengerechtigkeit in der gesundheitlichen Versorgung zu leisten.

Weitere Informationen zum CCG finden Sie unter:

WWW.HAW-HAMBURG.DE/CCG

... aber es

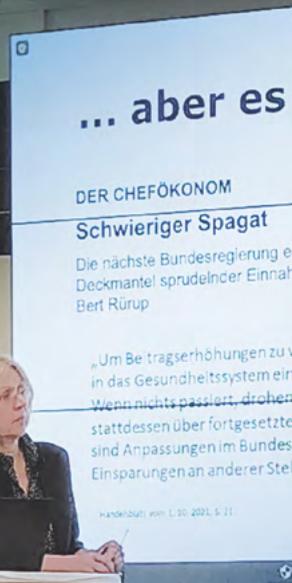
DER CHEFÖKONOM

Schwieriger Spagat

Die nächste Bundesregierung e
Deckmantel sprudelnder Einnah
Bert Rürup

„Um Beitragserhöhungen zu v
in das Gesundheitssystem ein
Wenn nichts passiert, drohen
stattdessen über fortgesetzte
sind Anpassungen im Bundes
Einsparungen an anderer Ste

Handelsblatt vom 1. 10. 2011, S. 21



Digitalisierung: die Schlüsselfrage für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem

Dr. Andreas Meusch

Dozent für Gesundheitspolitik, HAW Hamburg



Es ist fast wie bei einer päpstlichen Enzyklika, bei der die ersten Worte programmatische Bedeutung haben für das gesamte Dokument: „Moderner Staat und digitaler Aufbruch“ stehen am Beginn des Dokuments mit den Ergebnissen der Sondierungen zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP. Tatsächlich zieht sich die Idee eines digitalen Aufbruchs durch das gesamte Dokument, vor allem auch bei den Aussagen zur Gesundheits- und Pflegepolitik:

- „Dafür werden wir aus den Erkenntnissen der Pandemie lernen und den Öffentlichen Gesundheitsdienst digitalisieren und stärken.“
- „Wir wollen eine Offensive für mehr Pflegepersonal. (...) Das wollen wir durch Entbürokratisierung, die Nutzung digitaler Potenziale und klare bundeseinheitliche Vorgaben bei der Personalbemessung gewährleisten.“

Diesem Anfang kann ein Zauber innewohnen: Die Digitalisierung als Priorität für die Gesellschaft und für das Gesundheitssystem zu betrachten, ist auf alle Fälle zu begrüßen. Denn welches Potenzial gehoben werden kann, zeigen Erfahrungen aus dem Ausland: „Mit Stand 21. Februar 2021 liegt die Gesamtzahl der Infektionen in Taiwan seit Ausbruch des Virus in Wuhan im Dezember 2019 bei 942 Fällen, wovon neun Menschen mit oder an Covid-19 verstarben.“ So heißt es in einem Länderbericht der Konrad-Adenauer-Stiftung, der den Titel trägt: „Mit Digitalisierung und Vertrauen zum Erfolg“ [1]. Auch für eine deutsche Digitalstrategie kein schlechtes Motto.

Man darf unterstellen, dass die Ampel-Koalitionäre in spe sich bewusst sind, welche Mühen der Ebene auf sie warten. „Die Politik versteht nicht, warum die Ärzte meckern, die Ärzte verstehen nicht, warum die Politik von einem großen Potenzial spricht“, schreibt Ilse Schlingensiepen in einem Beitrag für die „Ärzte Zeitung“ über die „Anti-TI-Resolution“ in der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe [2]. Andererseits: „Mangelnde Digitalisierung erschwert die Versorgung chronisch kranker Menschen – Innovationen setzen sich bisher nicht durch“ [3], klagt ein anderer Mediziner. Andere hadern mit der Digitalisierung als zusätzlicher Belastung ohne Mehrwert für die Versorgung, auch weil sie ihre knappe Zeit dafür aufwenden müssen, ihren elektronischen Arztausweis bei der Post abzuholen, weil er an die Wohnadresse und nicht an die Praxis verschickt wird [4].

Das „Mindset“ zum Thema Digitalisierung in Deutschland sei das Problem. Zu diesem Ergebnis kommt zumindest eine Digitalisierungsstudie, die Deutschland in diesem Bereich auf einem weit abgeschlagenen drittletzten Platz innerhalb der G-20-Staaten sieht [5].

Das Gutachten des Sachverständigenrats Gesundheit vom April 2021 [6] hat relevante Impulse zu einer intensiveren Nutzung von Gesundheitsdaten gesetzt, die in Politik und Fachöffentlichkeit aufgenommen werden. Der Blick auf die internationale Entwicklung in der Digitalisierung des Gesundheitswesens macht deutlich, wie stark das deutsche Gesundheitswesen zurückliegt [7].

Die sich daraus ergebenden Herausforderungen der Digitalisierung des Gesundheitswesens in Deutschland lassen sich aufgrund dieser Rahmenbedingungen in sieben Thesen verdichten:

1. Digitalisierung wird sich nie wieder so langsam entwickeln wie heute
2. Digitalisierung muss Gesundheit einfach machen
3. Digitalisierung muss Versorgung besser machen
4. Digitalisierung braucht Vernetzung
5. Digitalisierung bleibt (zunächst) ein Investitionsthema
6. Europa braucht einen eigenen Weg der Digitalisierung
7. Akzeptanz ist erfolgskritisch

[1] <https://www.kas.de/de/laenderberichte/detail/-/content/pandemiebekaempfung-in-taiwan>

[2] <https://www.aerztezeitung.de/Nachrichten/KVWL-Vertreterversammlung-verabschiedet-Anti-TI-Resolution-422588.html>

[3] Jasper zu Puttlitz: Netflix, Nudging, Netzwerke – Die Zukunft der Versorgung chronisch kranker Menschen, in: Böttinger/zu Puttlitz (Hrsg.), Die Zukunft der Medizin, Berlin 2019, S. 24

[4] <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/127023/Aus-hausaerztlicher-Sicht-sind-alle-Probleme-Symptome-des-Arztzeitmangels>

[5] https://digital-competitiveness.eu/wp-content/uploads/Digital_Riser_Report-2021.pdf

[6] <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2021/>

[7] Als Beispiel für eine solche Überblicksstudie: Roland Berger: Future of health 3: https://content.rolandberger.com/hubfs/Future_of_Health3_D_ONLINE-1.pdf?utm_campaign=21-0059_BDEH_PHA_Future-of-health-3&utm_medium=email&_hsmi=165417445&_hsenc=p2ANqtz_rLfVb6TeMhLzsNYCDNi4UF5lZXsCKUqT3ZDTMU0-kXXy0wEOLzs-kaQpda4DiUaG_-12R9s-QVg-1zMRBSsTB7tk3cqA&utm_content=165417445&utm_source=hs_email



Herausforderungen in der Versorgung psychisch kranker Menschen

Sarang D. Thakkar

Chefarzt Ambulanzzentrum, Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll



Der Besuch bei Psychotherapeut:innen oder Psychiater:innen solle „so selbstverständlich [werden] wie ein Besuch beim Hausarzt“. Diese Aussage war Teil einer Antwort der SPD auf eine Anfrage der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) im Vorfeld der Bundestagswahl 2021.

Tatsächlich sieht die Situation von Menschen, die psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe suchen, jedoch ganz anders aus. Psychische Störungen und Erkrankungen sind vielfach immer noch stigmatisiert. Die Zeit des Wartens auf ein Erstgespräch, eine angemessene Diagnostik oder gar auf einen Therapieplatz ist teilweise sehr lang, und diese Hürden erscheinen gerade für z. B. depressive Patienten schier unüberwindbar. Das Versorgungssystem ist zudem unnötig kompliziert, und selbst „Profis“ fällt es manchmal schwer, den Überblick über ein fragmentiertes und kleinteiliges Angebot zu behalten. Die Folge sind vermeidbare stationäre Aufenthalte, teilweise lange Krankheitsdauern und Arbeitsunfähigkeiten, und nicht selten droht gar eine Chronifizierung der Erkrankung. Auf Seiten der Kliniken fehlt es außerdem zunehmend an Fachpersonal und aufgrund zunehmender gesetzlicher Dokumentationspflichten muss ein nicht unerheblicher Teil der Arbeitszeit von Therapeut:innen und Ärzt:innen für Dokumentations-tätigkeiten aufgewendet werden und fehlt in der Patientenversorgung. Diese Mängel in der Versorgung psychisch kranker Menschen werden in Deutschland wegen der weiter ansteigenden Krankheitszahlen und des daraus folgenden individuellen Leids, aber auch wegen der Folgen für die Volkswirtschaft noch stärker ins Gewicht fallen. Die Frage, ob „mehr Geld ins System“ muss oder ob eine Änderung unserer Herangehensweise an die Versorgung notwendig ist, wird dabei zunehmend gestellt. Bilden wir

also die tatsächlichen Bedarfe der Patient:innen mit psychischen Erkrankungen noch gut ab? Wahrscheinlich nicht!
Was wir brauchen, ist ein System, das den Betroffenen einfache Wege und klare Strukturen aufzeigt, und eine gewisse Selbstverständlichkeit, diese Hilfen auch in Anspruch zu nehmen. Notwendig ist deshalb ein Umdenken in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen. Statt weitere stationäre Angebote zu schaffen, müssen niedrigschwellige ambulante Angebote zeitnah zugänglich sein, die die Diagnosestellung übernehmen und im Sinne eines Fallmanagements den weiteren Weg durch das Behandlungssystem steuern können. Erste Ansätze dazu finden sich in einer neuen Gesetzgebung im Sozialgesetzbuch (SGB V), die sogenannte koordinierte und strukturierte Versorgung psychisch schwer Kranker. Aber auch im Krankenhaus braucht es einen Prozess des Umdenkens. Viele Patient:innen, die heute stationär aufgenommen werden, könnten auch (intensiv-) ambulant und akut tagesklinisch behandelt werden, wenn die Voraussetzungen dafür geschaffen würden. Hier ist eine deutlich höhere Flexibilität auch auf Seiten der für die Finanzierung zuständigen Krankenkassen erforderlich.

Balance zwischen Fortschritt und Bezahlbarkeit – Sicht der forschenden Pharmaindustrie

Han Steutel

Präsident Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.



Die Markteinführung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen in Deutschland zeigt über die letzten 25 Jahre die dauerhaft große Innovationskraft der pharmazeutischen Industrie. Die AMNOG-Statistik belegt: Der Zusatznutzen der neuen Wirkstoffe wird zumeist anerkannt – 60 Prozent der Arzneimittel können ihren Zusatznutzen im strengen Prozess der Zusatznutzenbewertung zeigen. In dieser Zeit gab es einen Innovationsschub bei Arzneimitteln in verschiedenen Therapiegebieten: Hepatitis C,

Krebs, Gentherapeutika und nicht zuletzt schnell entwickelte Impfstoffe. Insbesondere in der Onkologie zeigt sich der Beitrag zum medizinischen Fortschritt: Seit 2011 wurden in Deutschland Medikamente mit 104 Wirkstoffen gegen mehr als 40 Krebsarten neu eingeführt oder in ihrer Anwendung erweitert. Die Vielzahl der Wirkstoffe ermöglicht eine personalisierte Medizin, geeignete Kombinationen sowie das Ausweichen auf andere Therapien bei Resistenzentwicklung der Krebszellen. Alle innovativen Arzneimittel durchlaufen die Zusatznutzenbewertung und die anschließende Preisverhandlung. So haben wir eine lückenlose Erfassung und Bewertung von neuen Medikamenten in Deutschland, die preisreguliert sind. Dabei zeigt sich, dass die Anzahl der Bewertungsverfahren von Jahr zu Jahr steigt. Zum einen, weil die forschenden Pharmaunternehmen mit neuen Arzneimitteln und neuen Anwendungsgebieten voller Innovationskraft sind, zum anderen aufgrund zunehmender Neubewertungen, die der G-BA bei bereits bewerteten Arzneimitteln vornimmt. Onkologika schneiden bei der Zusatznutzenbewertung besonders gut ab [1]: Viele bewertete Onkologika sind inzwischen der neue Therapiestandard in den Leitlinien der Fachgesellschaften, und sie werden als neue zweckmäßige Vergleichstherapie vom G-BA anerkannt.

Die neuen Therapien ermöglichen häufig nicht nur eine deutlich erhöhte Lebenserwartung, sondern zugleich Linderung der Symptome und eine Verbesserung der Lebensqualität. Das macht sich auch in der Bevölkerung bemerkbar. Inzwischen können zwei von drei Personen mit einer Krebstherapie in das Arbeitsleben zurückkehren [2]. Im Vergleich zu anderen Therapien chronischer Krankheiten, wie z. B. bei psychischen Erkrankungen oder bei Epilepsie, ist jedoch auch zu sehen, dass die Bewertungskriterien den Besonderheiten nicht angemessen Rechnung tragen. Und bei alledem sind die GKV-Ausgaben in den vergangenen Jahren überaus stabil geblieben. Der Anteil der Arzneimittelausgaben an den GKV-Ausgaben liegt seit 2014 konstant bei rund 16 Prozent. Um weiterhin innovativ zu bleiben, braucht die Industrie bestimmte Voraussetzungen. Hier hat das AMNOG einige Webfehler, die Verbesserungspotenziale aufweisen, etwa im Hinblick auf die Berücksichtigung verfügbarer Evidenz. Der frühe Zugang zu innovativen Arzneimitteln in Deutschland muss erhalten bleiben. Das AMNOG bietet den Rahmen, um nutzenbasierte Erstattungsbeträge zu vereinbaren, und trägt somit zur Bezahlbarkeit medizinischer Innovationen bei. Erfolgsorientierte Erstattungsmodelle können im Einzelfall passende Lösungen sein, um das Finanzierungsrisiko gleichmäßiger zu verteilen.

[1] vfa AMNOG-Verfahrensdatenbank (Zugriff am 30.11.2021; Arzneimittel-Ebene gemäß abgeschlossenen G-BA-Verfahren).

[2] DKFZ (2018): Berufliche Reha ist mehr als Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell. Online verfügbar unter: <https://www.krebsinformationsdienst.de/aktuelles/2018/news079-reha-nach-krebs.php> (Zugriff am 30.11.2021).

Nutzenstiftender Einsatz von Künstlicher Intelligenz im Gesundheitswesen

Dr. Torsten Hecke

Leiter Analytics & Insights, Techniker Krankenkasse



Seit der Gründung von Krankenkassen sind Daten die Basis für die Erledigung ihrer Aufgaben und Tätigkeiten. Der Unterschied zum 19. Jahrhundert besteht in der Menge an (täglich neu entstehenden und digital speicherbaren) Daten, deren großer Varianz in den Datenformaten und vor allem in den verfügbaren maschinellen Kapazitäten der Datenverarbeitung.

Zudem befinden sich die Rollen der Akteure im Gesundheitswesen im Wandel: demografischer

Wandel oder die zunehmende Digitalisierung unserer Gesellschaft tragen hierzulande maßgeblich bei. Auf den zielgerichteten Einsatz von Empathie und Emotion im Kontakt zwischen Akteuren wird es in Zukunft zunehmend ankommen; Diagnostik und andere „nicht emotionale“ Tätigkeiten werden vermutlich in Teilen durch Künstliche Intelligenz (KI) und Robotik ersetzt werden.

Der „Space Race“ des vergangenen Jahrhunderts hat sich zum Wettbewerb um Datenarbeit entwickelt, die den Bedürfnissen von Menschen im Gesundheitswesen Rechnung trägt. Denn Menschen erleben ihre Umwelt zunehmend komplexer, in vielen unterschiedlichen Lebensbereichen.

Letztlich geht es bei Datenarbeit – und damit auch Künstlicher Intelligenz (KI) als Methode – um die Unterstützung von Entscheidungsfindungen der Menschen in diesem Umfeld.

Rahmen: Krankenkassen im deutschen Gesundheitswesen arbeiten hauptsächlich mit sogenannten Sekundärdaten, d. h. mit Daten, die ursprünglich zu einem anderen Zweck erhoben wurden (Leistungsgeschehen). Zudem stehen die Daten aus den verschiedenen Versorgungssektoren zu deutlich unterschiedlichen Zeitpunkten zur Verfügung, was bei der Analytik ebenfalls berücksichtigt werden muss.

Krankenkassen können auf Basis der Regelungen im Sozialgesetzbuch unter Anwendung von etablierten mathematischen Verfahren aus Daten, die den Krankenkassen per gesetzlicher Definition zur Verfügung stehen, wesentliche Erkenntnisse generieren und dadurch Nutzen stiften. Dabei werden stets ausschließlich anonymisierte oder – falls gesetzlich möglich und zum Analyseanlass passend – pseudonymisierte Daten analysiert. Nutzenstiftung: Datenarbeit als Wertschöpfungskreislauf, beginnend mit der Entwicklung einer Arbeitshypothese über die Aufbereitung von Daten und deren Analytik bis hin zur Interpretation der Ergebnisse und wiederum Ableitung von (neuen) Arbeitshypothesen, kann Nutzen in unterschiedlichen Dimensionen stiften.

Aus ökonomischer Sicht können als Beispiele bessere Versorgungsprodukte zu gleichem Preis, eine höhere Qualität zu gleichem Preis und effizientere Geschäftsprozesse benannt werden. Eine inhaltliche Versorgungsgestaltung kann in der Diagnostik, bei Versorgungsoptionen und in der Individualisierung von Versorgungsansätzen durch Analyseergebnisse untermauert werden. Zuletzt können Analyseergebnisse genutzt werden, um Ableitungen für das Serviceerleben von versicherten Menschen und Patient:innen vorzunehmen, ebenso wie für die Innovations- oder die Strategieentwicklung.

Aus Daten werden durch Analytik Erkenntnisse gewonnen, die Mehrwert für die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen darstellen können. Beispiele: Bereits um 2006 hatte die Techniker Krankenkasse KI in einem Patientenorientierten Versorgungsangebot zur Anwendung gebracht, den TK-Patientendialog. Heute, gut zehn Jahre nach diesen ersten Schritten, haben sich die Rahmenbedingungen maßgeblich verändert.

Ansätze von KI kommen bei der Analyse von bisher unbekanntem Wechselwirkungen von Arzneimittelwirkstoffen zu Anwendung (Innofonds-Projekt), in der Dokumentenklassifikation von papierbasierten Poststücken oder in der Abschätzung von zukünftigem Kontaktvolumen in den verschiedenen Kundenkommunikationskanälen.

Ausblick: Diese Beispiele verdeutlichen, dass KI nicht für den Ersatz menschlicher Intelligenz steht, sondern als komplementäre Schlüsseltechnologie eingesetzt wird.

Datenarbeit mit ihren verschiedenen Methoden kann die Basis für die digitale Vernetzung von Bedarf und Angebot der Akteure im Gesundheitswesen bilden. Damit antizipiert sie die Erwartung von Versicherten, Patient:innen und Kund:innen, die zunehmende Komplexität der Versorgungserbringung an den sie betreffenden Schnittstellen einfacher und homogener sowie frei von Medien- und Informationsbrüchen zu gestalten.

Rolle der Kommunen in der Gesundheitsversorgung

Matthias Mohrmann

Mitglied des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg



Zweck eines Gesundheitssystems ist die Deckung des Versorgungsbedarfs in guter Qualität. Medizinische und ökonomische Kriterien sind dabei nicht immer kongruent, Über-, Unter- und Fehlversorgung die Folge. Die zunehmende Kommerzialisierung, vor allem in der Pharmaindustrie, ein zunehmender Bedarf an Kompetenzen bei gleichzeitigem Personalmangel, ein hoher Bürokratieaufwand bei mangelnder Nutzung digitaler Techniken kommen hinzu. Nicht zuletzt bestehen sehr differenzierte

Zuständigkeiten der Kostenträger: Krankenkasse, Kommune, RV-Träger, Jobcenter, BG und viele mehr. Wer blickt da durch? Gerade derjenige, der diese Leistungen benötigt, immer weniger.

Eine Weiterentwicklung des Systems ist nicht einfach: Viele Akteure haben sich gut eingerichtet im Status quo, warum etwas verändern? Wer darf eine gestalterische Rolle einnehmen? Macht alles „die Politik“? Oder die Selbstverwaltung? Neue Akteure drängen auf den Markt, bisherige verteidigen ihre Pfründe. Gesellschaftsweit zunehmende Unsicherheiten, eine Emotionalisierung (nicht nur) durch soziale Medien, daraus resultierend aktionistisches Verhalten, wachsende soziale Ungleichheit und vieles mehr wirken zusätzlich auf das Gesundheitssystem. Wer verändern will, darf Widerstand nicht scheuen und muss einen langen Atem haben. Und Geld ist auch erforderlich.

Kein Grund für Fatalismus: Wir sind eine reiche Gesellschaft, Gesundheit bleibt ein vorrangiges gesellschaftliches Ziel. Dafür lohnt es sich zu investieren, aber wir können effizienter und effektiver werden. Wo sind wir in fünf Jahren? Die heutigen Sektorengrenzen sind durchlässiger geworden. Regionale Netzwerke und Verbände sorgen dafür, dass der Patient seine „Anschlüsse“ besser findet, die Digitalisierung führt zu weniger Mehrfachbefundungen und reduziert Bürokratieaufwand. Krankenkassen

verstehen sich als Partner der Versicherten, die sie auf ihrem Weg durch das System begleiten und Gesundheitskompetenz vermitteln. Mittel zum Zweck können populationsorientierte Versorgungsangebote sein, die heute bereits vereinzelt bestehen. Verträge nur auf spezifische Diagnosen zu beziehen, verengt dagegen den Blick. Vielmehr kann ein Agieren über Sektorengrenzen hinweg Synergievorteile erzeugen (z. B. beim Übergang von der stationären in die ambulante Behandlung). Dies erfordert ein anderes Miteinander der Leistungserbringer, aber auch eine umfassendere Beratung der Patienten. Letzteres konkretisiert sich in einem sektorenübergreifenden Versorgungsmanagement mit niedrigschwelligem Beratungsangeboten wie dem Gesundheitskiosk im Hamburger Osten oder der „Kümmerei“ in Köln-Chorweiler. Vor allem geht es darum, dem Patienten Zeit zu geben, um das richtige Angebot zur richtigen Zeit zu wählen, wovon auch die Qualität des Versorgungssystems profitieren wird. Ein besonderes Augenmerk liegt auf einer Begleitung der Menschen, die derzeit nicht gut in unserem System zurechtkommen, sei es wegen einer geringeren Gesundheitskompetenz, unzureichender Sprachkenntnisse oder anderweitig limitierter Zugänge. Insgesamt bündeln diese Angebote die medizinische und soziale Versorgung mit Hilfe eines quartiersbezogenen Arztnetzes für alle Indikationen, sie halten ein transsektorales Netzwerkmanagement vor, beraten, begleiten und leiten über.

Die GKV ist in der Lage, in Kooperation mit anderen Sozialleistungsträgern und dem ÖGD derartige Angebote zu etablieren. Kollektives Handeln zählt, der Wettbewerb kann nicht alleiniges Ordnungsprinzip in einem solidarisch orientierten Versorgungssystem sein. Auch die Anbieterseite wird sich wandeln, Versorgerrollen werden neu definiert und müssen sich vernetzen – der Wandel hat begonnen. Fachkräftemangel und zunehmende Qualifikationsanforderungen werden ihn beschleunigen. Zusätzliche Angebote wie die kurzstationäre Behandlung werden bestehende Versorgungsbrüche überwinden.

Unser heutiges System ist eine gute Basis, auch wenn Kooperation und Kommunikation noch Schwachstellen sind. Eine weitsichtigere politische Agenda ist erforderlich, aber dann besteht kein Zweifel: Unser deutsches Gesundheitssystem kann Maßstäbe im Zugang, der Chancengerechtigkeit und Qualität der medizinischen Versorgung setzen.

Die Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung im Bereich Gesundheit und Pflege

MinR Dr. Alexander Schmidt-Gernig

Leitung Referat „Nachhaltigkeit und Gesundheitskompetenz“,
Bundesministerium für Gesundheit



Die von den Vereinten Nationen im Herbst 2015 einstimmig beschlossene „Agenda 2030“ [1] ist ein Meilenstein für eine Politik der Nachhaltigkeit im 21. Jahrhundert. Sie definiert 17 Ziele (Sustainable Development Goals, SDGs) für eine sozial, wirtschaftlich und ökologisch nachhaltige Entwicklung, die von allen UN-Mitgliedern bis 2030 umgesetzt werden sollen. Die „Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie“ (DNS) [2] greift diese Agenda politisch auf. Zu jedem der 17 Sustainable Development Goals der

Agenda 2030 werden in der DNS politische Ziele ausgewiesen, die mit messbaren Indikatoren unterlegt sind. Die Neuauflage der DNS im März 2021 definiert das grundlegende Ziel, Nachhaltigkeit als übergreifendes Leitbild für das Handeln in allen Politikfeldern umzusetzen: Ziel ist, eine Kultur der Nachhaltigkeit durch politisches Handeln zu verankern, die auf die 17 SDGs ausgerichtet ist und damit auf mehr Lebensqualität, Zukunftsfähigkeit, Generationengerechtigkeit und gesellschaftlichen Zusammenhalt und die die Resilienz konsequent im Blick behält [2]. Der Nachhaltigkeitsbericht des Bundesministeriums für Gesundheit „Nachhaltigkeit für Gesundheit und Pflege“ vom Mai 2021 [3] zeigt, mit welchen Indikatoren bzw. Maßnahmen eine auf Nachhaltigkeit ausgerichtete Gesundheitspolitik die Ziele der Agenda 2030 vor allem im Bereich des Nachhaltigkeitsziels 3 („Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“) umsetzt. Grundlegende Nachhaltigkeitsziele sind dabei u. a., die Institutionen des Gesundheitswesens in ihrer Leistungs- und Innovationsfähigkeit für die Zukunft zu sichern, ihre Ressourcen zu schonen („Zukunftsfähigkeit“) und sie gegen Gesundheitskrisen (weltweit) widerstandsfähiger zu machen („Resilienz“). Es geht aber auch darum, die Qualität der Versorgung in Gesundheit und

Pflege für die kommenden Generationen zu sichern, eine generationengerechte Finanzierung des Gesundheitswesens in Zukunft sicherzustellen („Generationengerechtigkeit“) sowie die Teilhabe am Gesundheitswesen für alle Menschen zu gewährleisten („gesellschaftlicher Zusammenhalt“). Schließlich zielt eine nachhaltige Gesundheitspolitik im Sinne des Prinzips von „health in all policies“ darauf ab, für gesunde bzw. gesundheitsfördernde Lebensverhältnisse zu sorgen („Lebensqualität“). Um diese Ziele erfolgreich umsetzen zu können, wird es in Zukunft insbesondere darauf ankommen, die Chancen der Digitalisierung für mehr Nachhaltigkeit zu nutzen und beide „Megatrends“ innovativ zu verbinden. Es geht u. a. darum, wie „smarte“ digitale Formate systematisch für mehr Nachhaltigkeit in den Organisationen des Gesundheitswesens, aber auch in der Versorgung vor Ort so eingesetzt werden können, dass nachhaltigere Lösungen entstehen. Konzepte wie das „Green Hospital“ für die Krankenhauslandschaft weisen bereits in diese Richtung. Dies bietet auch die Chance, die Patientenorientierung zu stärken, ohne die keine echte Nachhaltigkeit im System erreicht werden kann.

[1] Vereinte Nationen (2015): Resolution der Generalversammlung, verabschiedet am 25. September 2015. A/RES/70/1*, Tagesordnungspunkte 15 und 16. <https://www.un.org/depts/german/gv-70/band1/ar70001.pdf> (letzter Zugriff 4.2.2022).

[2] Die Bundesregierung (Hrsg.) (2020): Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie. Weiterentwicklung 2021. <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/998006/1873516/3d3b15cd92d0261e-7a0bc8f43b7839/2021-03-10-dns-2021-finale-langfassung-nicht-barrierefrei-data.pdf?download=1> (letzter Zugriff 4.2.2022).

[3] Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2021): Nachhaltigkeit für Gesundheit und Pflege. Nachhaltigkeitsbericht. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Ressortbericht-gesundheit-und-pflege-data.pdf (letzter Zugriff 4.2.2022).

Perspektiven von Hebammen im deutschen Gesundheitswesen

Prof. Dr. Dorothea Tegethoff

Professorin für Hebammenwissenschaft, Evangelische Hochschule Berlin



Um einige der Herausforderungen zu identifizieren, denen sich Hebammen im deutschen Gesundheitswesen zu stellen haben, können exemplarisch drei verschiedene Perspektiven eingenommen werden: der Blick auf die Versorgung, auf die Bildung und auf die Gesundheitspolitik.

PERSPEKTIVE VERSORGUNG – Hebammen sind in Deutschland sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich tätig. Nur wenige Hebammen versorgen Frauen während des gesamten Betreu-

ungsbogens [1], der von der Familienplanung über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bis zum Ende der Stillzeit reicht. Daher sind die Perspektiven von Hebammen mit Blick auf die Versorgung divers. Eine Gemeinsamkeit der verschiedenen Versorgungsbereiche ist allerdings, dass praktisch in allen Feldern der Hebammentätigkeit Personalmangel herrscht. So gibt ein Gutachten im Auftrag des Dt. Hebammenverbandes [2] an, dass in 102 befragten Kliniken 1388 Stellen (18 % der Vollzeitäquivalente) nicht besetzt waren. Auch im ambulanten Bereich fehlen Hebammen, wie Wehrstedt (2021) [3] für die Hausgeburtschilfe zeigt. In beiden Versorgungsbereichen gehört die hohe Arbeitsbelastung zu den Gründen, die Hebammen zum Ausstieg aus dem Beruf bewegen. Hier handelt es sich demnach um einen „Teufelskreis“, dem unbedingt entgegengewirkt werden muss.

PERSPEKTIVE BILDUNG – Seit 2020 werden Hebammen in Deutschland im tertiären Bildungsbereich ausgebildet. Als letztes Land der Europäischen Union hat damit Deutschland die Richtlinie zur Berufsankennung 2005/36/EG umgesetzt. Dieser Übergang bringt verschiedene Herausforderungen mit sich. Auf absehbare Zeit werden Hebammen mit unterschiedlichen Abschlüssen tätig sein. Altrechtlich ausgebildete Hebammen

behalten die Berufszulassung. Dennoch werden Nachqualifizierungsprogramme erforderlich sein, um ihnen die Möglichkeit zu geben, den Bachelorgrad zu erwerben. Weiterführende hebammenwissenschaftliche Studiengänge auf Masterniveau sind im Moment noch kaum vorhanden. Das Gleiche gilt für Promotionsmöglichkeiten. Die Entwicklung einer eigenständigen wissenschaftlichen Disziplin an Hochschulen und Universitäten ist ebenso sehr zu leisten wie die Neuorientierung von Hebammen mit Masterabschluss oder Promotion in der Versorgung von Frauen und Familien.

PERSPEKTIVE GESUNDHEITSPOLITIK – In den vergangenen Jahren hat sich bei gesundheitspolitischen Entscheidungen immer wieder gezeigt, dass die kleine Berufsgruppe der Hebammen nicht im Fokus steht. Ein Beispiel dafür ist der Beschluss des G-BA vom 26.09.2021, den elektronischen Mutterpass einzuführen, während zu diesem Zeitpunkt Hebammen keinen Zugang zur Telematikinfrastruktur (TI) hatten. Wenn es auch regionale Projekte zur Einbindung von Hebammen in die Infrastruktur gibt, so gibt es dennoch kein verbindliches Datum für den flächendeckenden Anschluss von Hebammen an die TI [4]. Die berufspolitischen und wissenschaftlichen Vertretungen von Hebammen stehen hier wie auch in anderen Fällen vor der Herausforderung, den Beitrag von Hebammen zur Gesundheitsversorgung von Frauen und Familien noch besser sichtbar zu machen. Nur so kann gewährleistet werden, dass die Profession bei gesundheitspolitischen Entscheidungen entsprechend ihrer Bedeutung mitgedacht und berücksichtigt wird.

[1] Zu Sayn-Wittgenstein F (2007): Geburtshilfe neu denken. Verlag Hans Huber. Bern

[2] IGES Institut (2019): Stationäre Hebammenversorgung. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin

[3] Wehrstedt C (2021): Berufsbiografische Entscheidungsprozesse bei Hebammen zum Verbleib in der außerklinischen Geburtshilfe in Deutschland – eine qualitative Studie. Dissertation. Universität Witten-Herdecke

[4] Peters M., Agricola C., Luksch K., Mattern E. und Jahn-Zöhrens U. für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft. Standpunkt der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V., des Bunds freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. und des Deutschen Hebammenverbands zur Änderung der Mutterschafts-Richtlinien (Mu-RL): Regelungen zur Erfüllung der Dokumentationsvorgaben im elektronischen Mutterpass vom 16.09.2021. <https://www.dghwi.de/veroeffentlichungen/standpunkte/>

Neustart: ein Gesundheitssystem für die Menschen gestalten

Irina Cichon

Senior Projektmanagerin Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“, Robert Bosch Stiftung



Das deutsche Gesundheitswesen braucht einen Paradigmenwechsel, um überzeugende Antworten auf die großen Herausforderungen wie den demografischen Wandel, die Digitalisierung, die Globalisierung und den Klimawandel anbieten zu können. Es ist nach wie vor auf eine Akutversorgung ausgerichtet und tut sich, sektoriert und zersplittert, schwer mit der kontinuierlichen Begleitung chronisch und mehrfach erkrankter Menschen. Gerade die Corona-Pandemie hat Mängel im Bereich Prävention

und Gesundheitsförderung und fehlende Public-Health-Ansätze als entscheidende Schwachstellen unseres Gesundheitssystems entlarvt. In der Krise wird erkennbar, wie sehr belastbare Lösungen auf Dialog angewiesen sind, wie sehr wir Gesundheit mitgestalten (können) und dass viele Faktoren – nicht nur eine geeignete medizinische Therapie – dazu beitragen, ob wir gesund bleiben oder wieder werden.

Die Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“ der Robert Bosch Stiftung ist 2018 angetreten, gemeinsam mit Bürger:innen und Expert:innen aus Wissenschaft und Praxis langfristig Vorschläge für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem zu entwickeln.

Die Bürger:innen knüpften mit ihrer Schwerpunktsetzung an wichtige Diskurse vor allem der internationalen gesundheitswissenschaftlichen Debatte an. So wurde die medizinische Behandlung im Krankheitsfall kaum thematisiert. Der Akzent auf Prävention, Bildung und eine auf Solidarität und Beteiligung setzende Gestaltung des Gesundheitssystems und seiner Leistungen zeigte ein Verständnis von Gesundheit, das die individuelle Gesundheit als voraussetzungsfull und an die Interaktion mit dem Umfeld gebunden sieht.

Die dabei entwickelte Initiative „Neustart! Zukunftsagenda – für Gesund-

heit, Partizipation und Gemeinwohl“ ist ein eindeutiges Plädoyer für ein solidarisches, zukunftsfähiges und patientenorientiertes Gesundheitswesen. Notwendig ist eine radikale Neuausrichtung des Systems auf Prävention und soziale Gesundheit im Sinne einer vorsorgenden Gesundheitspolitik. Zu den konkret vorgeschlagenen Maßnahmen der Initiative gehört zum Beispiel eine flächendeckende Einrichtung von Primärversorgungszentren, die zum einen die Grundversorgung vor Ort gewährleisten und die darüber hinaus in der Kommune den Menschen in ihren unterschiedlichen Lebenslagen mit passenden Unterstützungsangeboten fachübergreifend helfen – auch mit Präventionsangeboten und Gesundheitsförderung. Weitere Forderungen: eine stärkere Partizipation der Bürger:innen und mehr Bildung zum Thema Gesundheit, mehr digitale Kompetenz, höhere Investitionen in Gesundheitsberufe, in Spitzenmedizin und Spitzenpflege sowie stärkere interprofessionelle Zusammenarbeit aller Berufsgruppen für eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung. Mut zu tragfähigen, zukunftsgerichteten Veränderungen und Entschlossenheit sind nun angebracht, um unsere Gesundheitsversorgung – so paradox es klingt – tatsächlich auf Gesundheit auszurichten.

www.neustart-fuer-gesundheit.de

Spotlight Gesundheit: wie die Versorgung in Deutschland verbessert werden kann – zur strategischen Aufstellung im Themenfeld „Gesundheit“ der Bertelsmann Stiftung

Dr. Stefan Etgeton

Senior Expert Gesundheitspolitik, Bertelsmann Stiftung



Ein bürgerorientiertes Gesundheitswesen soll die Teilhabe aller an einer qualitativ hochwertigen Versorgung nachhaltig gewährleisten. Ein solches Gesundheitssystem ist somit:

- partizipativ: Im Zentrum jeder medizinischen oder pflegerischen Behandlung stehen die Beteiligung und bewusste Einwilligung der Patient:innen (Shared Decision Making).
- solidarisch: Der Zugang zum Gesundheitssystem muss diskriminierungsfrei gewährleistet sein – neben den Risikoausgleich zwischen Gesunden und Kranken tritt notwendig der Einkommensausgleich.
- kosteneffektiv: Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung muss die Begrenztheit der finanziellen und personellen Ressourcen berücksichtigen.
- responsiv: Medizinische und pflegerische Angebote sollten in der Lage sein, auf individuelle Bedürfnisse, aber auch sich verändernde Versorgungslagen in angemessener Weise zeitnah zu reagieren.

Vor dem Hintergrund dieser Kriterien verfolgen die Projekte der Stiftung drei strategische Ziele. Diese sind nicht unabhängig und losgelöst voneinander, sondern stützen sich gegenseitig.

1. Gesundheitskompetenz stärken: Damit Menschen auch im Erkrankungsfall möglichst gut und selbstbestimmt am gesellschaftlichen

Leben teilhaben können, sind leicht zugängliche, vertrauenswürdige Informationen, nutzerfreundliche Systemstrukturen und eine gelingende partnerschaftliche Kommunikation zwischen Patient:innen und ihren Behandler:innen notwendig. Zugleich gilt es, die im deutschen Gesundheitswesen besonders ausgeprägte Arztzentrierung aufzulösen und den Rollenwandel im Arzt-Patienten-Verhältnis durch eine Stärkung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe zu unterstützen.

2. Versorgung wohnortnah gestalten: Um die Allokation der knappen personellen und finanziellen Ressourcen so effizient wie möglich zu gestalten, ist es sinnvoll, hochspezialisierte Behandlungen auf Einrichtungen zu konzentrieren, die dafür besonders qualifiziert und ausgestattet sind. Ergänzend sollen neue sektorübergreifende Angebotsstrukturen die Ambulantisierung der Versorgung flankieren. Nicht zuletzt müssen die Möglichkeiten der Digitalisierung ausgeschöpft werden, um Patient*innen von jedem Ort aus den Zugang auch zu spezialisierten Versorgungsangeboten zu erleichtern sowie die Zusammenarbeit und die Informationsflüsse im Gesundheitswesen zu optimieren.
3. Solidarprinzip erhalten: Gegen die mit der Digitalisierung oftmals einhergehenden Tendenzen zur Individualisierung und Risikoselektion muss der Primat der öffentlichen Daseinsvorsorge im Gesundheitswesen gestärkt werden. Nutzen, Usability und Patientensouveränität der digitalen Instrumente sollen den Mehrwert eines solidarischen Gesundheitssystems für die Bürger:innen im Alltag erfahrbar machen, denn mit dem Gelingen der digitalen Transformation steht zugleich auch das europäische Sozialstaatsmodell auf dem Spiel.

Corona und soziale Lage: Was kann man dazu aus Routine- und Befragungsdaten lernen?

Nele Meinert

Wissenschaftliche Mitarbeiterin, HAW Hamburg

Prof. Dr. Susanne Busch

Professorin für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik,
HAW Hamburg



„Routinedaten sind prozessproduzierte, umfangreiche Informationssammlungen, die im Rahmen der Verwaltung, Leistungserbringung bzw. Kostenerstattung (z. B. bei der gesetzlichen Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung sowie in Arzt- oder Krankenhausinformationssystemen) anfallen und elektronisch erfasst sind“ (Hoffmann & Glaeske 2017: 122). Insbesondere Abrechnungsdaten gesetzlicher Krankenkassen (GKV-Routinedaten) werden im Rahmen der Versorgungsforschung seit vielen Jahren für Analysen zur Bevölkerungsgesundheit verwendet, denn ihre Beschaffenheit ermöglicht – auch in Abwägung der Nachteile der Daten – die weitgehend vollständige und verzerrungsfreie Darstellung von Gesundheitsinformationen für große Stichproben.

In einem Forschungsvorhaben der HAW Hamburg werden GKV-Routinedaten aufgrund dieser Eigenschaften verwendet, um sozialagensensitive Informationen zum aktuellen Infektionsgeschehen im Rahmen der Covid-19-Pandemie in Hamburg zu analysieren. Denn wie viele andere Bereiche sozialer Ungleichheit lässt die Covid-19-Pandemie auch das Problem der sogenannten gesundheitlichen Ungleichheit umso deutlicher hervortreten: Waren zu Beginn der Pandemie noch vor allem Menschen höherer Statusklassen betroffen (sog. Ischgl-Effekt), so zeigt sich in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen mittlerweile systema-

tisch nicht nur eine erhöhte Erkrankungsrate, sondern auch eine erhöhte Sterblichkeit infolge einer Infektion mit dem Coronavirus sowie eine niedrigere Impfquote (z. B. Berkessel et al. 2021; Plümper & Neumayer 2020; RKI 2022).

Mit den noch weiterzuführenden Analysen entsteht zusätzlich zu den bestehenden Informationen der Hamburger Sozialbehörde eine weitere sozialagensensitive Perspektive des Infektionsgeschehens. Datengrundlagen sind anonymisierte und aggregierte Abrechnungsdaten von zwei gesetzlichen Krankenkassen aus dem Jahr 2020, denen ein an der HAW Hamburg bereits verwendeter Indikator für die soziale Lage (quartiersbezogener Sozialindikator) der Hamburger Bevölkerung zugespielt wurde (Meinert et al. 2021). Erste deskriptive Auswertungen ambulanter Abrechnungsdaten zeigen eine häufigere Diagnostizierung einer Covid-19-Erkrankung in Bevölkerungsgruppen mit sehr niedriger sozialer Lage. Im Weiteren wird die Validität des Indikators für die soziale Lage diskutiert werden müssen, systematische Auswertungen der Gesamtdaten folgen.

Schon zu diesem Zeitpunkt wird deutlich, dass es mit Hilfe von GKV-Routinedaten möglich ist, das Infektionsgeschehen für große Bevölkerungsgruppen darzustellen, auch wenn die Daten nur diagnostizierte und vermutete Diagnosen und Behandlungen enthalten. In Verbindung mit dem Indikator für die soziale Lage der Bevölkerung können die Daten auch (verhältnismäßig) kurzfristig für Berichterstattung und das Monitoring des Infektionsgeschehens verwendet werden. Potenziell ist der Indikator erweiterbar um eine kleinräumige Perspektive, die, in Erweiterung der Berichterstattung auf Stadtteil und Bezirksebene, eine zielgruppenspezifische Planung von Interventionen – nicht nur in Pandemiesituationen – liefern kann.

Corona und soziale Lage: Familien im Fokus

Dr. Inga Laß

Leitung Forschungsgruppe „Familie“, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung



Eltern und Kinder standen in der Pandemie vor großen Herausforderungen. Neben den beruflichen Veränderungen, wie dem Wechsel in Kurzarbeit oder in das Homeoffice, war der familiäre Alltag stark von den Schließungen der Kindertagesstätten, Schulen und Freizeiteinrichtungen betroffen. Vor diesem Hintergrund untersucht der Vortrag anhand der aktuellen Studienlage die Folgen der Pandemie für Familien mit Blick auf drei Dimensionen: Arbeitssituation, psychische Gesundheit und

Bildung. Dabei wird auch der Frage nach Unterschieden in den Pandemieeffekten nach sozialer Lage nachgegangen.

Der erste Teil des Vortrags wirft ein Schlaglicht auf das Thema Homeoffice. Im Zuge der Pandemie gewann die Arbeit von zu Hause stark an Bedeutung. Homeoffice kann die Vereinbarkeit von Beruf und Familie verbessern, z. B. durch weniger Pendeln und flexiblere Arbeitszeiten. Allerdings birgt es auch verschiedene Risiken wie überlange Arbeitszeiten oder Abend- und Wochenendarbeit. Darüber hinaus war Homeoffice für Eltern während der Lockdowns mit hohen Belastungen verbunden, da häufig parallel Kinder betreut werden mussten. Viele Beschäftigte möchten nach der Pandemie zumindest teilweise weiter im Homeoffice arbeiten. Jedoch ist zu bedenken, dass diverse – vor allem relativ schlecht entlohnte – Berufe nicht zu Hause ausgeübt werden können.

Der zweite Teil fokussiert das psychische Wohlbefinden von Eltern. Die Pandemie stellte für Familien einen multidimensionalen Stressfaktor dar, da Aspekte wie Sorgen um die Gesundheit von Familienmitgliedern, die Organisation von Homeschooling und Betreuung, dauerhaftes Aufeinanderhocken und finanzielle Sorgen häufig zusammenkamen. Entsprechend sank das Wohlbefinden von Eltern im Rahmen der Pandemie stärker als in

anderen Gruppen. Mütter, Alleinerziehende und Eltern mit niedrigem Einkommen waren besonders beeinträchtigt. Der dritte Teil untersucht die Situation von Kindern. Auch Kinder waren durch die Pandemie mehrfach betroffen, da die Schließungen und Kontaktbeschränkungen nicht nur den Verlust von Bildungsmöglichkeiten, sondern auch von alltagsichernden Strukturen und Sozialräumen bedeuteten. Dabei kam es in den beiden Lockdowns zu einer erheblichen Reduktion der Lernzeit und damit auch zu einer Verringerung des Lernerfolgs. Dies galt besonders für Schülerinnen und Schüler aus sozioökonomisch schwächeren Familien. Zudem wurde das psychische Wohlbefinden von Kindern beeinträchtigt. So stieg der Anteil Jugendlicher mit depressiven Symptomen deutlich an, wobei junge Frauen und Jugendliche mit Migrationshintergrund besonders betroffen waren. Insgesamt zeigt sich, dass die Herausforderungen der Pandemie in den Familien auf – je nach familialen Strukturen und Ressourcen – unterschiedlich gute Bewältigungsmöglichkeiten trafen und sich damit zuvor bestehende soziale Ungleichheiten weiter verstärkten.

Download der BiB-Studie „Belastungen von Kindern, Jugendlichen und Eltern in der Corona-Pandemie“: <https://doi.org/10.12765/bro-2021-02>

Wie kommen wir zu einem nachhaltigeren Gesundheitswesen? Ansatzpunkte für Krankenkassen und Versorger

Thomas Ballast

Stv. Vorstandsvorsitzender Techniker Krankenkasse



Das Gesundheitswesen ist einer der großen CO²-Emittenten weltweit. In Europa liegt der Anteil an allen Emissionen im Durchschnitt bei 4,7%. Mit 5,2% verursacht das deutsche Gesundheitswesen einen vergleichsweise überdurchschnittlichen Anteil. Damit muss das Gesundheitswesen auch ein Objekt der Bemühungen um mehr Nachhaltigkeit sein. Allerdings treten hier – wie oft bei der Auseinandersetzung um Nachhaltigkeit – Zielkonflikte auf, die ein nachhaltigeres Agieren für Krankenkassen und Leistungserbringer erschweren.

Aus Sicht der Kassen ist dies vor allem der Konflikt zwischen potenziellen Mehrausgaben durch nachhaltigeres Agieren und dem Anspruch der Beitragszahler auf wirtschaftlichen Mitteleinsatz.

Die TK als Unternehmen hat sich zum Ziel gesetzt, auf Basis des Deutschen Nachhaltigkeitskodex nachhaltiger zu wirtschaften. Im Jahr 2021 wurde ein Nachhaltigkeitsmanagementsystem entwickelt und erste Ergebnisse erreicht. Das Maßnahmenprogramm des Bundes für eine nachhaltigere Verwaltung ist eine begrüßenswerte Unterstützung, schafft es doch auch für Kassen einen praktikablen Rahmen für mehr Nachhaltigkeit.

Auch in der ambulanten und stationären Versorgung bestehen Ansatzpunkte für mehr Nachhaltigkeit. So bieten die hausärztliche und die Besondere Versorgung Möglichkeiten, Maßnahmen für einen nachhaltigeren Praxisbetrieb zu vereinbaren, beispielsweise im Hinblick auf eine digitale Praxisverwaltung oder die Nutzung digitaler Behandlungsoptionen. Besonders Krankenhäuser verfügen über mehrere Hebel für einen nachhaltigeren Betrieb. Viele Kliniken sind sich dessen bewusst und setzen u. a. Maßnahmen im Bereich Energieeffizienz, Einkauf oder Abfallmanagement um. Auch der Arzneimittelbereich verfügt über Möglichkeiten für nachhaltiges Agieren. Die Produktionsverlagerung nach Asien in den vergangenen

20 Jahren hat dazu geführt, dass heute der Herstellungsprozess von über 60% der zertifizierten Wirkstoffe dort stattfindet, oft mit schlechteren Arbeitsbedingungen und fehlender Erfüllung von Umweltauflagen. Zwar kann eine Förderung des Produktionsstandortes Europa zu einem insgesamt nachhaltigeren Produktionsprozess führen. Allerdings erschweren heute rechtliche Vorgaben, die eine globale und günstige Versorgung fördern, eine grünere Pharmazie und eine heimische Produktion in Europa. Deshalb sollte der Marktzugang in Europa an nachhaltige Voraussetzungen in der Herstellung geknüpft sein.

Außerdem ist es denkbar, im nationalen Zulassungsverfahren Anforderungen an Produktion und Logistik zu verankern. Auch bei der Bewertung des Zusatznutzens patentgeschützter Arzneimittel können solche Aspekte implementiert werden. Gleiches gilt für das Rabattvertragssystem, das heute keinerlei Berücksichtigung eines nachhaltigen Herstellungsprozesses erlaubt. Im Ergebnis bestehen im Gesundheitswesen durchaus Hebel zur nachhaltigeren Ausgestaltung. Sowohl Zielkonflikte als auch fehlende rechtliche Rahmenbedingungen erschweren jedoch die Umsetzung und schränken die Möglichkeiten ein. Hier gilt es auf nationaler und internationaler Ebene gegenzusteuern.

Gendermedizin in der digitalen Zukunft der Medizin

Prof. Dr. Sabine Wöhlke

Professorin für Gesundheitswissenschaft und Ethik, HAW Hamburg



Die Begrifflichkeit gender ist in der Medizin und Forschung seit den 1960er Jahren bekannt. Es soll damit verdeutlicht werden, dass die Sozialisation des Individuums für die Geschlechterzugehörigkeit bzw. Geschlechtsidentität mitverantwortlich ist. Zentral ist dabei die Grundannahme, dass Geschlechterrollen kein biologisches Phänomen sind, sondern eine soziale Zuschreibung darstellen [1].

In der sogenannten Genderforschung geht es demnach um die Erforschung von sozialen Prozessen, welche die Geschlechterrollen, die Geschlechtsidentitäten und das Geschlechterverhältnis konstruieren. Daraus können Erkenntnisse gewonnen werden, wie Ordnungssysteme sich durch eine geschlechtsspezifische Strukturierung und Hierarchisierung im Alltag konstituieren, rekonstruieren oder aber sich auflösen [2].

Und obwohl bereits seit den 1980er Jahren eine frauengerechtere Versorgung in der Medizin angestrebt wird, kamen Frauen bis dahin kaum als Gegenstand in der Wissenschaft vor. Heute wissen wir, dass die vermeintlich aus der Wissenschaft gewonnenen „objektiven Erkenntnisse“, die für und von Männern gewonnen wurden, ungeprüft auf Frauen übertragen wurden [3]. Diese Geschlechterungleichheiten hatten und haben bis heute für bestimmte Frauengruppen (Stichwort: soziale Ungleichheit) einen erschwerten Zugang zu medizinischen Behandlungen durch fehlende geschlechtersensible Forschungsergebnisse zur Folge. Heute stellt eine Berücksichtigung der Geschlechterperspektive einen Standard im wissenschaftlichen und politischen Handeln dar, wobei wir nach wie vor mit den Fehlern aus der Forschungsvergangenheit sensibel umgehen müssen, da zahlreiche alte Datensätze bis heute für die Forschung genutzt werden.

Dabei wird zum einen von einer Gleichheit oder Ähnlichkeit von Männern und Frauen ausgegangen, wo diese nicht vorhanden ist, und andererseits werden Unterschiede zwischen Männern und Frauen angenommen, wo (möglicherweise) keine bestehen. Wissenschaft hat somit ein verzerrtes Bild der Wirklichkeit produziert, in der Geschlechterunterschiede negiert und gesellschaftliche Normen über Geschlechterstereotype verzerrt wurden.

Für den Bereich der Gesundheitswissenschaften stellt die Geschlechterforschung gerade durch die digitale Transformation ein innovatives Gebiet dar. Dies betrifft unter anderem den Bereich des geschlechtsspezifischen Umgangs mit dem Körper, die sogenannte somatische Kultur des Geschlechts, die durch die zunehmende Quantifizierung des Selbst und die damit verbundene Selbstvermessung enormes Forschungspotenzial bietet. Die Perspektive auf die Veränderungen durch die Digitalisierung des Gesundheitswesens sollte dabei keineswegs auf die digitale Technik beschränkt werden. Vielmehr ist heute ein multiperspektivischer Ansatz gefragt, der gendersensible medizinische Daten mit Informationstechnologien verknüpft, die bereits gendersensible Kommunikationstechniken sowie ethisch relevante Ansätze verinnerlicht haben. Der Fortschritt im digitalen Zeitalter bedeutet immer auch eine Konvergenz zwischen der Vielfalt der Daten und der Vielfalt der medizinischen Realitäten [4]. Daher ist es auch dringend geboten, geeignete Analyseverfahren für Geschlecht und Gender für alle wissenschaftlichen Disziplinen einzuführen. Nur so kann vermieden werden, dass längst veraltete Genderstereotype im Zuge der Digitalisierung wider besseres Wissen neue Diskriminierungspotenziale entwickeln.

Digitalisierung beinhaltet dabei ein wesentliches ethisches Dilemma. Dies betrifft zum einen die Informationsdimension; denn solange eine Technik noch nicht sehr bekannt und etabliert ist, weiß man sehr wenig über ihre

Auswirkungen und möglichen unerwünschten Nebenwirkungen. Andererseits ist hierin auch eine Macht- und Steuerdimension enthalten. Denn ist eine Technik erst verbreitet und etabliert, kann man sie nur noch schwer kontrollieren oder gar zurücknehmen.

Daher ist es in einer auf Daten basierenden Welt (Big Data), in der mit großen Rechenleistungen über Algorithmen Ergebnisse produziert und Entscheidungen gelenkt werden, umso wichtiger, der Geschlechterlücke entgegenzuwirken. Geschlechtersensible Forschung sollte in jeder Phase des digitalen Forschungsprozesses relevante Genderaspekte begründen und sachgerecht berücksichtigen. Nur so können wir erkenntnistheoretische Ungerechtigkeiten vermeiden.

[1] Villa, P.-I. (2011): *Sexy Bodies: Eine soziologische Reise durch den Geschlechtskörper*, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

[2] Brockmeyer, B., Lettow, S., Manz, U., & Schäfer, S. (2018). Vorwort: Praxeologien des Körpers: Geschlecht neu denken. *GENDER – Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, 10(1), 7–12. <https://doi.org/10.3224/gender.v10i1.0>

[3] Criado-Perez, C. (2020): *Unsichtbare Frauen. Wie eine von Daten beherrschte Welt die Hälfte der Bevölkerung ignoriert*, 3. Aufl., btb, München.

[4] Lux, T. (2019): E-Health: Begriff, Umsetzungsbarrieren, Nachhaltigkeit und Nutzen. In: Haring, R. (Hrsg.): *Gesundheit digital. Perspektiven zur Digitalisierung im Gesundheitswesen*, Springer, Berlin.



PRÄSENTATIONEN ZU VORTRÄGEN ONLINE AUF:

[www.haw-hamburg.de/ccg/veranstaltungen/ccg-ringvorlesung/archiv/
neu-sortieren-paradigmenwechsel-in-der-gesundheitsversorgung/](http://www.haw-hamburg.de/ccg/veranstaltungen/ccg-ringvorlesung/archiv/neu-sortieren-paradigmenwechsel-in-der-gesundheitsversorgung/)

Weitere Vorträge

Hier finden Sie eine Übersicht über weitere Vorträge von Referentinnen und Referenten aus der CCG Ringvorlesung „Neu sortieren! Paradigmenwechsel in der Gesundheitsversorgung?“, die auch als Download-PDF im CCG Archiv vergangener Ringvorlesungen auf der CCG Homepage veröffentlicht sind.

Innovative Versorgungsangebote in Psychiatrie und Psychotherapie

Prof. Dr. Andreas Bechdorf

(Chefarzt Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Vivantes Kliniken Am Urban und Friedrichshain)

Wird der pharmakologische Fortschritt unbezahlbar?

Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig

(Vorsitzender Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft)

Nutzenstiftender Einsatz von KI im Gesundheitswesen

Manouchehr Shamsrizi

(Mitbegründer und CEO RetroBrain R&D, Mitbegründer der Forschungsgruppe gamelab.berlin)

Rolle der Kommunen in der Gesundheitsversorgung

Prof. Dr. Susanne Moebus

(Leiterin Institute for Urban Public Health, Universitätsklinikum Essen)

Haben wir zu viele Intensivbetten in den Kliniken?

Prof. Dr. Reinhard Busse

(Professor für Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin)

Dr. Ines Gröner

(Leiterin Fachabteilung für Versorgungsplanung im Amt für Gesundheit, Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration der Freien und Hansestadt Hamburg)

Perspektiven der Hebammen im deutschen Gesundheitssystem

Prof. Dr. Waltraut M. Merz

(Leitung Maternale Medizin, Universitätsklinikum Bonn)

Governance-Aspekte einer geschlechtersensiblen Gesundheitsversorgung

Antje Kapinsky

(Co-Vorsitzende Spitzenfrauen Gesundheit e.V.)



Präsentationen der Studierenden

Präsentationen der Studierenden

Digitalisierung deutscher Krankenhäuser

Carla Sommer, Laura Bollow,
Elma Nasupovic

Wie kann klinisches Pflegepersonal nachhaltig beschafft, gehalten und zurückgeholt werden?

Annika Clausen, Elisabeth Janke,
Laura Stefan, Sarah Valdix

Depression bei männlichen Personen – Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen

Svea Constantin,
Julia Sophie Meyer,
Marinela Galrinho Domingues,
Kendra Sommer

Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme von Schutzimpfungen in Deutschland am Beispiel der HPV-Impfung

Lena Jedamzik, Anne Klinker,
Martina Henatsch, Pauline Schulz

Inwiefern kann die Covid-19-Pandemie als Chance zum Ausbau von Telemedizin im Bereich der Psychotherapie begriffen werden?

Paula Huth, Oliver Orgaß,
Julian Wiggers

Die psychische Gesundheit von jungen Menschen in der Corona-Pandemie

Kamila Bangaew, Hadia Rashbud,
Trinh Nguyen, Lejla Hazuev

Fachkräftemangel in der deutschen Pflege

Mona Loof, Meike Hannemann,
Moritz Oliver Schröder

Innovative Behandlungsformen von psychischen Störungen

Zahra Ismail, Thorsten Kock,
Valentyna Karasevich

Legalisierung von Cannabis – Chancen und Risiken für das Gesundheitssystem

Laura Kusma, Pia Schacht,
Lena Syska, Annemarie Waßmann

Überlastung der Hebammen im Gesundheitssystem

Linnea Hansen, Hanife Hayran,
Kate Wentland, Paula Harmes

Bestes Poster

Das CCG würdigte im Anschluss an die Präsentationen das beste Poster. Erstellt wurde es von Svea Constantin, Marinela Garinho Domingues, Julia Sophie Meyer und Kendra Sommer.

Wir gratulieren recht herzlich!

DEPRESSION BEI MÄNNLICHEN PERSONEN IN ANSPRUCHNAHME PSYCHOTHERAPEUTISCHER LEISTUNGEN

von: Svea Constantin, Julia Sophie Meyer,
Marinela Garinho Domingues, Kendra Sommer




Quellenverzeichnis:


EINLEITUNG

- geringere Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen von männlichen Personen
- keine konkrete Formulierung von diesbezüglichen Handlungszielen im Koalitionsvertrag!

FRAGESTELLUNG

Mögliche Ursachen, Auswirkungen und Handlungsempfehlungen zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen von männlichen Personen

METHODIK

Systematische Erarbeitung der Thematik anhand aktueller Literatur und Studienlage

Männer aller Altersgruppen nehmen psychotherapeutische Leistungen weniger in Anspruch als Frauen



Altersgruppe (Jahre)	Frauen (%)	Männer (%)
0-10	11,3%	8,1%
10-20	10,0%	7,0%
20-30	9,0%	6,0%
30-40	8,0%	5,0%
40-50	7,0%	4,0%
50-60	6,0%	3,0%
60-70	5,0%	2,0%
70-79	4,0%	1,0%
80+	3,0%	0,5%

PROBLEMSTELLUNG

35% 31%
Bei denen eine depressive Symptomatik besteht, hatten im letzten Jahr psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe aufgesucht?

GRÜNDE & FOLGEN

Gesamtgesellschaftliche Problematik: Furcht vor Stigmatisierung psychischer Erkrankungen, teilweise Abgrenzung der Gesellschaft

Folgen: Hemmschwelle höher, Hilfe in Anspruch zu nehmen

folge: verschleimte psychische Verfassung, höhere Hemme für Selbstverhalten, später Therapiebeginn und damit verbunden: schwerer Krankheitsverlauf!

Folgen des Gesundheitssystems:

- Enorme Belastung für Berater:innen, Krankenkassen und Arbeitgeber:innen durch Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung!
- Durchschnittlicher bei Rentenbezug aufgrund von Depressionen liegt für Männer bei 51 Jahren!
- Arbeitslosigkeit nehmen höhere Stellenwert ein bei Arbeitslosenhilfen!
- Hohe Zahl an Krankheitsausweisungen und Kosten für Arztbesuche und Psychotherapie!

Geschlechterunterschiede: Gesundheitsangebots nicht auf weibliche Bedürfnisse ausgerichtet! Depressive Symptome bei Männern anders als bei Frauen (Aggressivität, Wut, erhöhtes Selbstwertgefühl)

Folgen: Vorliegende Depression wird nicht diagnostiziert bzw. behandelt!

mögliche Symptome: Gereiztheit, Aggressivität, Alkoholkonsum

3,8%¹ 12-Monats-Prävalenz: 6% 8,1%¹

SCHLUSSFOLGERUNGEN

→ Ziele des Koalitionsvertrags müssen eingehalten werden

→ **Gesundheitspolitik** muss geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich Entstigmatisierung, Aufklärungskampagnen, Versorgungsangebote behandeln

→ **Männliche Personen anders** als weibliche Personen **ansprechen**, da sie Verhaltensunterschiede und andere Vermittlungsstrategien aufweisen

→ Akzeptanz der **Rollenbilder** und typische Zuweisungen von Eigenschaften auf **gesellschaftlicher Ebene** muss aufgearbeitet werden

→ Für die Sensibilisierung dieser Thematik: **Verantwortung bei Gesundheitspolitik**

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

- die **Prävention** psychischer Störungen bzw. die **Förderung** psychischer Gesundheit!¹²
- **vordringliche sozial- und gesundheitspolitische Aufgabe!**¹²
- **Männerspezifische Anti-Stigma Strategien!**¹²
 - Kampagnen
 - Männergesundheitszentren
 - Depressionsforen im Internet
 - Männerrechtshilfen
 - Männergesundheitsstage
 - Handy-Apps

DISKUSSION & FAZIT

- Symptome einer Depression sind bei Männern & Frauen **unterschiedlich ausgeprägt**
- meist nur **diagnostizierte Fälle** erfasst
- **Dunkelziffer** bei Männern höher
- **Forschungsbedarf!**
- **gesamtgesellschaftliche** Thematik
- **Empfehlung** an die **Gesundheitspolitik** zur Berücksichtigung der Problematik und Entwicklung von Maßnahmen



**Depression bei männlichen Personen –
Inanspruchnahme psychotherapeutischer
Leistungen**



Kontakt

CCG LEITUNG



Prof. Dr. Susanne Busch
Susanne.Busch@haw-hamburg.de



Prof. Dr. Joachim Westenhöfer
Joachim@Westenhoefer.de

CCG TEAM



Ralf Schattschneider
Geschäftsführung
Ralf.Schattschneider@haw-hamburg.de



Michaela Weber
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Michaela.Weber@haw-hamburg.de

STUDENTISCHE UNTERSTÜTZUNG

Martina Henatsch, Paul Hofmann, Sophia Kagerer

IMPRESSUM

Herausgeber:
Competence Center Gesundheit (CCG)

Redaktionsanschrift:
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
CCG Geschäftsstelle
Alexanderstraße 1, Raum 7.22
20099 Hamburg

+49 40 42875-7210
cgg@haw-hamburg.de

Redaktion:
Ralf Schattschneider

Layout:
Sophia Kagerer

Fotos:
Beatrice Król, stock.adobe.com

© HAW Hamburg, Juli 2022



WEITERE INFORMATIONEN FINDEN SIE AUF
WWW.HAW-HAMBURG.DE/CCG

Foto: sudok1 - stock.adobe.com