



BD Healthcare Resilience Barometer

Ausgabe 2024





Inhalt

VORWORT	4
ZUSAMMENFASSUNG	6
METHODIK	8
Auswahl der Resilienzindikatoren	8
Resilienzbewertung	10
KAPITEL 1: PATIENT:INNEN	12
Zugangsungleichheiten in der gesamten EMEA-Region	14
Wenn die Gesundheitsversorgung selbst ein Risiko darstellt	15
Nosokomiale Infektionen (Healthcare-Associated Infections, HAIs)	15
Sepsis	16
Fehler und unerwünschte Nebenwirkungen einer medizinischen Behandlung	17
Vermeidung von Fehlern und unerwünschten Nebenwirkungen	18
Der Kampf gegen arzneimittelresistente Keime	18
KAPITEL 2: MEDIZINISCHE FACHKRÄFTE	36
Fachkräftemangel und Demografie	38
Psychisches und körperliches Wohlbefinden und Sicherheit medizinischer Fachkräfte	41
KAPITEL 3: EFFIZIENZ	52
Der Aufbau von Resilienz im Gesundheitswesen – warum Prozesse wichtig sind	52
Die Herausforderung der ökologischen Nachhaltigkeit	53
Finanzielle und operative Herausforderungen	54
Ökologische Nachhaltigkeit als zentrales Anliegen	57
Effizienz und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen – ein Blick in die Zukunft	58
ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNG – EMPFEHLUNGEN	76
ANHANG	78
Primäre und sekundäre Datenquellen	78
Bewertungssystem des BD Healthcare Resilience Barometers	82



Heute stehen die Gesundheitssysteme weltweit an einem Scheideweg.



Roland Goette

Geschäftsführender Vizepräsident
und Präsident EMEA, BD

Vorwort

Die COVID-19-Pandemie hat die Schwachstellen unserer aktuellen Gesundheitsmodelle offenbart und deutlich gemacht, dass eine grundlegende Transformation erforderlich ist. Im Mittelpunkt dieser Transformation stehen zwei kritische Themen: die Nachhaltigkeit und Resilienz unserer Gesundheitssysteme. Nur durch systemische Veränderungen werden wir in der Lage sein, solide Grundlagen für die Zukunft der Gesundheitsversorgung zu erhalten. Das BD Healthcare Resilience Barometer 2023 untersucht die Vielzahl von Faktoren, die sich auf die Resilienz unserer Gesundheitssysteme auswirken von den demografischen Veränderungen und der Begrenzung der Ressourcen bis hin zur Entwicklung des makroökonomischen Umfelds und der Zunahme chronischer Krankheiten.

In diesem Jahr konzentrieren wir uns auf drei wesentliche Elemente, welche die Qualität der Gesundheitsversorgung beeinflussen: die Patient:innen, die medizinischen Fachkräfte, und Abläufe, welche die Effektivität steigern. Diese Komponenten hängen eng zusammen. Um nachhaltige und robuste Gesundheitssysteme zu schaffen, die eine sichere, qualitativ hochwertige Versorgung für heutige und künftige Generationen gewährleisten und die Umwelt schonen, müssen wir die damit verbundenen Herausforderungen ganzheitlich angehen.

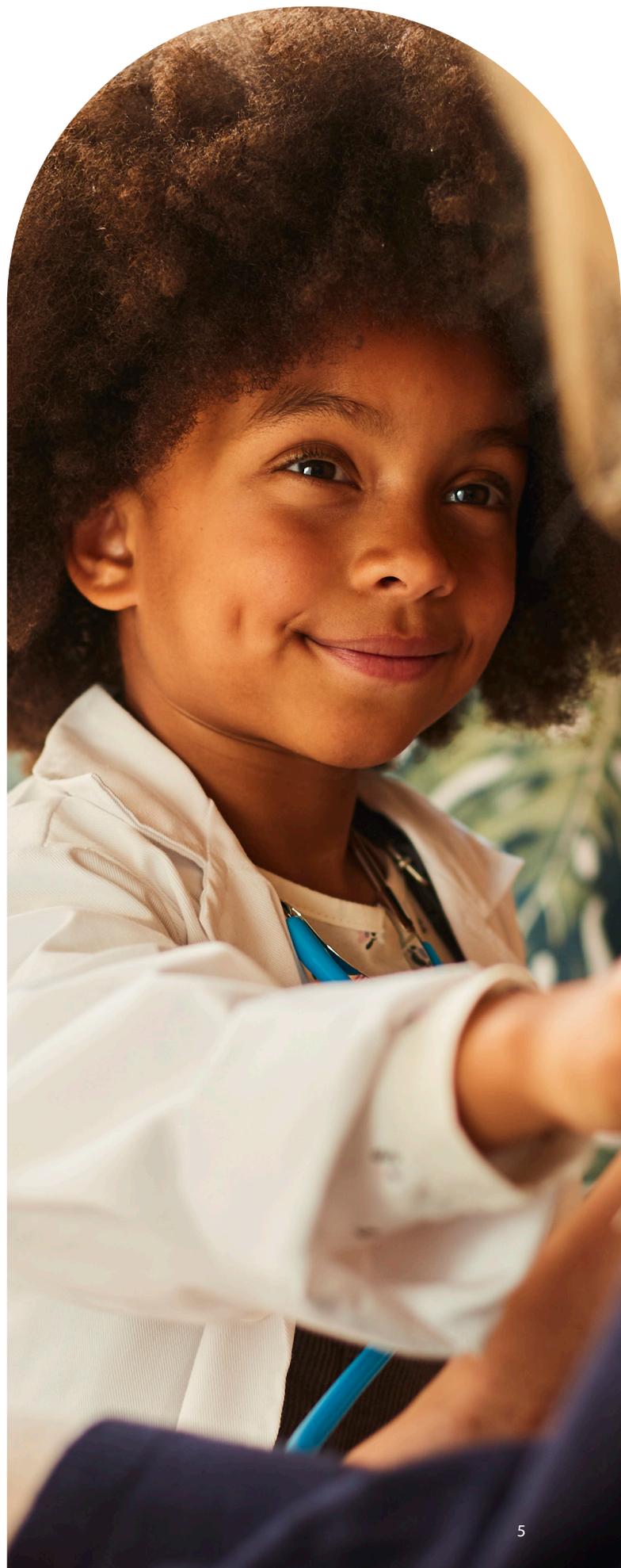
Weshalb wir uns in der Ausgabe 2024 des BD Healthcare Resilience Barometers besonders auf diese drei Bereiche konzentrieren?

Die Kernaufgabe eines Gesundheitssystems ist die sichere und qualitativ hochwertige Versorgung der Patient:innen. Die Priorisierung der Sicherheit in der gesamten Versorgungskette ist nicht nur von Vorteil für Patient:innen, sondern erhöht auch die wirtschaftliche Effizienz. Da Fachkräftemangel und Burnout-Raten weiter zunehmen,^{1,2} können kürzere Aufenthalte im Krankenhaus

und seltenere wiederholte Klinikaufnahmen zur besseren Nutzung der vorhandenen Ressourcen beitragen. Darüber hinaus kann ein verbessertes Wohlbefinden des Personals zu einer erhöhten Patientensicherheit führen.³ Insgesamt wird dies die Standards der Patientenversorgung erhöhen. Gleichzeitig ist es auch von entscheidender Bedeutung, die Auswirkungen auf die Umwelt wie der CO₂-Fußabdruck des Gesundheitswesens anzugehen.⁴ Wir müssen diese positive Dynamik als Leitmotiv für die vor uns liegende Transformation verstehen.

Um die Herausforderungen für die heutigen Gesundheitssysteme zu bewältigen, ist eine umfassende Zusammenarbeit und ein gemeinsames Engagement aller Beteiligten erforderlich. Dazu gehören Politik, Regulierungsbehörden, Forschung, Wissenschaft, Gesundheitsdienstleistungen, Finanzindustrie, Versicherungen, Patient:innen und die Industrie.

Die Ausgabe 2024 des BD Healthcare Resilience Barometers beleuchtet die Perspektiven von Akteur:innen aus dem gesamten Gesundheitsbereich und zeigt auf, welche Rolle jede einzelne Person beim Aufbau nachhaltig robuster Gesundheitssysteme spielen kann, die den sich wandelnden Bedürfnissen unserer Gesellschaften gerecht werden.



-
- 1 Weltgesundheitsorganisation *Ticking timebomb: Without immediate action, health and care workforce gaps in the European Region could spell disaster.* <https://www.who.int/europe/news/item/14-09-2022-ticking-timebomb--without-immediate-action--health-and-care-workforce-gaps-in-the-european-region-could-spell-disaster>
 - 2 Intensive Care Med. 27 March 2023. *High-level burnout in physicians and nurses working in adult ICU: a systematic review and meta-analysis.* <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36971792/>
 - 3 PubMed. *Healthcare professionals' perception of their working environment and how to handle mental strain.* <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37132084/>
 - 4 Health care Without Harm. *Health Care's Climate Footprint.* https://noharm-global.org/sites/default/files/documents-files/5961/HealthCaresClimateFootprint_092319.pdf

Zusammenfassung



Patient:innen

Herausforderungen in der Patientensicherheit, wie nosokomiale Infektionen (HAI, siehe Seite 15) und unerwünschte Nebenwirkungen einer medizinischen Behandlung (siehe Seite 17), sind in der EMEA-Region weit verbreitet. Dies verschärft die Krankheitslast und führt gleichzeitig zu erheblichen Kosten für die Gesundheitssysteme.



Patient:innen

Obwohl Gesundheitssysteme bereits Maßnahmen zur Infektionskontrolle eingeführt haben, sind verstärkte Anstrengungen notwendig, um Leitlinien und Monitoring-Systeme für Krankenhäuser zu entwickeln. Dies ist entscheidend, um das Infektionsrisiko konsequent zu senken und die Bedrohung durch antimikrobielle Resistenz (AMR) zu bekämpfen (siehe Seite 19).



Medizinische Fachkräfte

Burnout bei den medizinischen Fachkräften ist in allen Regionen verbreitet (siehe Seite 38). Das BD Healthcare Resilience Barometer betont den dringenden Bedarf an nationalen Rahmenbedingungen für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz, um das Wohlbefinden der medizinischen Fachkräfte zu gewährleisten und sicherzustellen, dass Institutionen hohe Standards einhalten (siehe Seite 41).



Effizienz

Europa mag im BD Healthcare Resilience Barometer insgesamt solide Ergebnisse erzielen, doch eine genauere Betrachtung der Effizienzkriterien offenbart ernsthafte Mängel in der Dauer von Krankenhausaufenthalten und der Zahl vermeidbarer Todesfälle. Dies unterstreicht die dringende Notwendigkeit einer verbesserten Versorgungssteuerung und einer effektiveren Ressourcenverteilung im Gesundheitssektor.



Effizienz

Die Reduzierung von Ineffizienzen in der Pflege ist von großer Bedeutung, da sie erhebliche Chancen für Gesundheitssysteme bietet. Diese Chancen umfassen die Verbesserung der Patientensicherheit, der Versorgungsergebnisse und der Patientenerfahrungen sowie die Steigerung des Wohlbefindens der Mitarbeitenden im Gesundheitswesen. Gleichzeitig können dadurch die Ausgaben optimiert und der ökologische Fußabdruck des Sektors verringert werden.

Methodik

Auswahl der Resilienzindikatoren

Die diesjährige Ausgabe des BD Healthcare Resilience Barometers bewertet die Resilienz von Gesundheitssystemen in 100 Ländern Europas, des Nahen Ostens und Afrikas (EMEA) anhand von drei Themenbereichen eines Gesundheitssystems: Patient:innen, medizinische Fachkräfte sowie Prozesse und Arbeitsabläufe, welche die allgemeine Effizienz und Nachhaltigkeit der Gesundheitsversorgung beeinflussen.

Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist ein widerstandsfähiges Gesundheitssystem ein System, das wirksam gegen Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit bestehen kann, und zwar durch Prävention, Vorbereitung, Aufdeckung, Anpassung, Reaktion und Wiederherstellung. Die Qualität von grundlegenden und routinemäßigen Gesundheitsdienstleistungen muss dabei in allen Kontexten bleiben.“⁵

Wir haben die Methodik der ersten Ausgabe des BD Healthcare Resilience Barometers angepasst, indem wir eine neue Reihe von Resilienzindikatoren verwendet haben, die für

diese drei Themenbereiche verwendet haben.

Die ausgewählten Indikatoren widerspiegeln die Herausforderungen, vor denen die Gesundheitssysteme aus der Perspektive der Patient:innen, der medizinischen Fachkräfte sowie der Effizienz und Nachhaltigkeit der Versorgung stehen.

Die Ausgabe 2024 des BD Healthcare Resilience Barometers besteht aus insgesamt 22 Indikatoren. Voraussetzung für die Aufnahme der Länder in das Barometer war, dass für mindestens 10 der 22 Indikatoren Daten verfügbar waren.



⁵ Weltgesundheitsorganisation. *Health Systems Resilience*. <https://www.who.int/teams/primary-health-care/health-systems-resilience>

Abbildung 1: 2024 BD Healthcare Resilience Barometer Themenbereiche

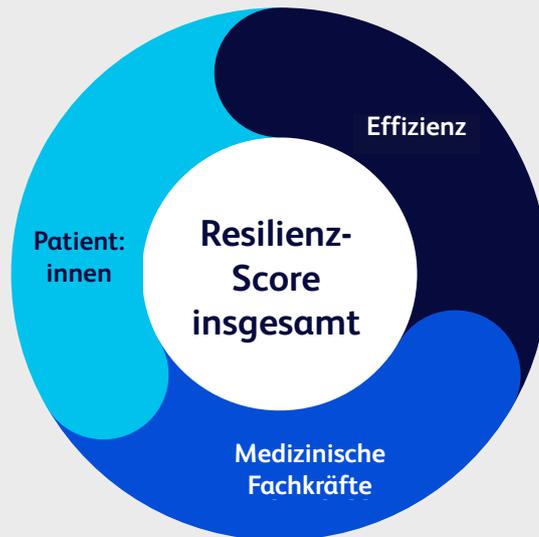


Tabelle 1: 2024 BD Healthcare Resilience Barometer – Indikatoren nach Themen

Patient:innen	Medizinische Fachkräfte	Effizienz
Allgemeine Gesundheitsversorgung	Verhältnis Pflegefachkräfte zu Patient:innen	Inflation
Unerwünschte Nebenwirkungen einer medizinischen Behandlung	Verhältnis Ärzt:innen zu Patient:innen	Gesundheitsausgaben
Komplikationen nach therapeutischen Behandlungen	Verhältnis Pflegefachkräfte zu Ärzt:innen	Gesundheitsbezogene Lebenserwartung
Nosokomiale Infektionen (Healthcare-Associated Infections, HAI)	Pflegekräfte über 55 Jahre	Vermeidbare Todesfälle
Postoperative Wundinfektionen (Surgical Site Infections, SSI)	Burnout bei medizinischen Fachkräften	Verweildauer
Sepsis	Richtlinien für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz	Gesundheitswesen in % des nationalen Fußabdrucks
AMR-bedingte Todesfälle		CO ₂ -Emissionen im Gesundheitswesen pro Kopf
HAI-Überwachung		
HAI-Richtlinien		

Das BD Healthcare Resilience Barometer wurde unter Verwendung einer Auswahl von Primärliteratur und sekundären Datensätzen aus international anerkannten Quellen entwickelt, u. a. der WHO, der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), dem Institut für Gesundheitsmetrik und -bewertung (IHME), der Weltbank und dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC). Ergänzend zu den Erkenntnissen wurde auch Primärforschung durchgeführt. Dazu gehörten eine Multi-Market-Umfrage unter medizinischen Fachkräften (Healthcare Professionals, HCPs) und eine Reihe

von ausführlichen Interviews mit Meinungsführer:innen im Gesundheitssektor in EMEA.

Bitte beachten Sie, dass die Interviews die Perspektive der einzelnen Personen zu den diskutierten Themen wiedergeben und nicht notwendigerweise die Position von BD oder der Organisation, die diese Person vertritt.

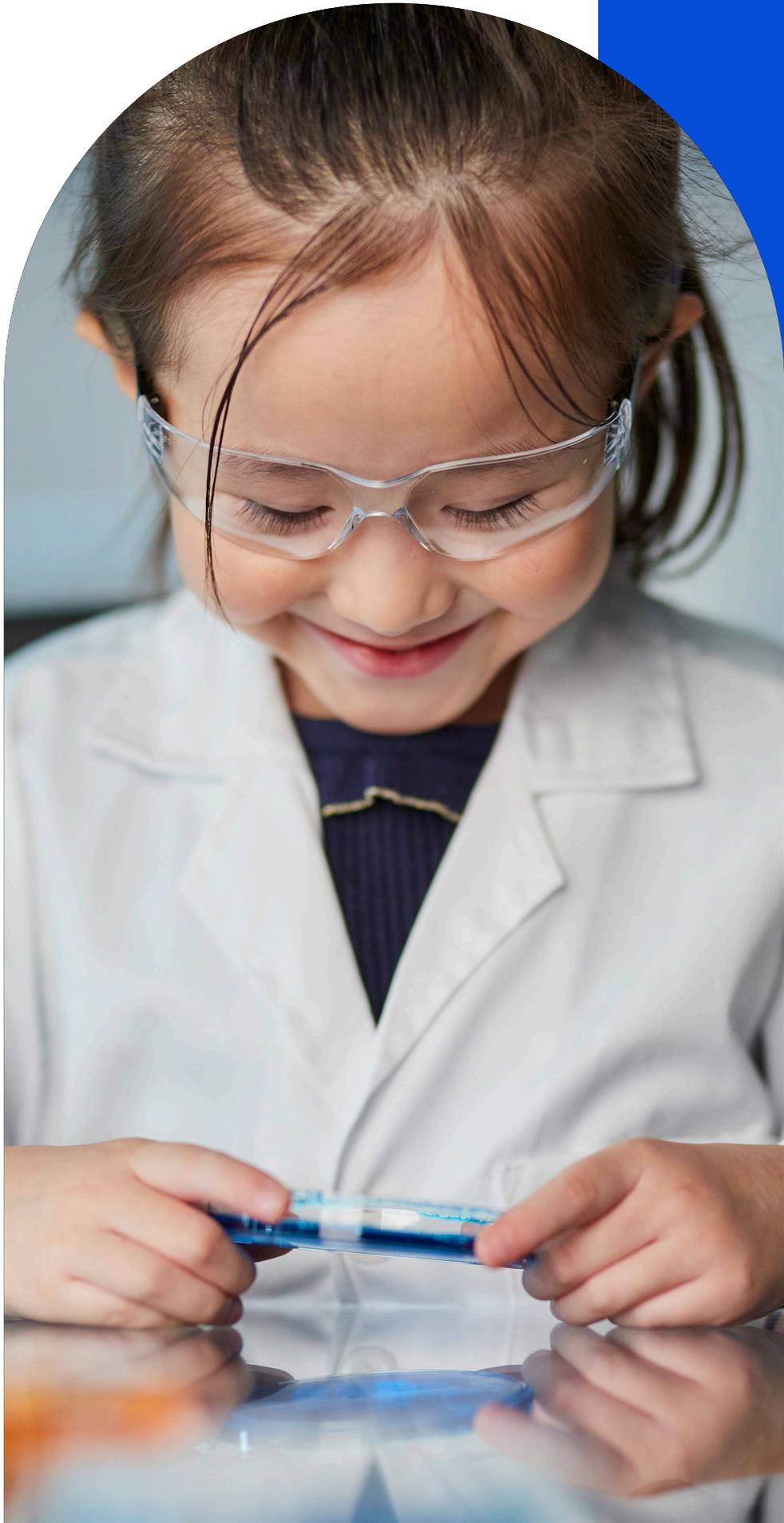
Im Anhang (Tabellen 12 – 15) finden Sie weitere Informationen über die genutzten Referenzen und eine vollständige Liste der interviewten Meinungsführer:innen.

Resilienzbewertung

Die für das BD Healthcare Resilience Barometer ausgewählten Resilienzindikatoren wurden in einen der drei oben genannten Themenbereiche eingeordnet. Da die Rohdaten auf unterschiedlichen Skalen und Messwerten erfasst wurden, sind alle Resilienzindikatoren auf einer Skala von 0 – 100 standardisiert, um einen Vergleich zu ermöglichen.

Innerhalb der drei Themenbereiche wurden die indikatorenspezifischen Bewertungen zusammengefasst, um eine thematische Bewertung zu erstellen und dann den Resilienz-Gesamtscore auf Länderebene zu ermitteln. Bitte beachten Sie, dass ein höherer Barometerwert immer einer stärkeren (positiven) Leistung entspricht.

Weitere Informationen zum Datenstandardisierungs- und Bewertungsverfahren sind dem Anhang zu entnehmen.



Kapitel 1

Patient:innen

Obwohl das Konzept der Resilienz im Gesundheitswesen auf unterschiedliche Weise verstanden und gemessen werden kann, beziehen sich einige der wichtigsten Indikatoren auf die Patient:innen. Die verschiedenen Stärken und Schwächen des Versorgungsangebots können sich in den Ergebnissen, der Sicherheit oder den Erfahrungen der Patient:innen widerspiegeln. Das Ziel einer widerstandsfähigen Gesundheitsversorgung muss daher sein, Systeme zu schaffen, die den Bedürfnissen aktueller und zukünftiger Patient:innen auf sichere und effiziente Weise entsprechen.

In diesem ersten Kapitel des Berichts untersuchen wir die Resilienz der Gesundheitsversorgung in EMEA aus der Perspektive der Patient:innen und deren Sicherheit. Wir bei BD glauben, dass die Sicherheit der Patient:innen entscheidend für die Resilienz im Gesundheitswesen ist. Die Schwachstellen im medizinischen Bereich bedeuten, dass die Implementierung von Innovationen zur Minimierung des Risikos für Patient:innen oberste Priorität für alle Gesundheitsorganisationen haben muss. Die Sensibilisierung und Schulung des Personals zur Identifizierung und effektiven Minderung von Risiken entlang des Patientenpfads ist ebenfalls unerlässlich, um die nachhaltige Bereitstellung sicherer und hochwertiger Gesundheitsversorgung für die aktuelle und zukünftige Generationen zu gewährleisten.⁶

Medizinische Fortschritte in den letzten Jahrzehnten haben die Patientensicherheit weltweit deutlich verbessert, aber es

gibt immer noch anhaltende und neue Risiken.⁷ Die Kosten unsicherer Versorgung sind beträchtlich – sowohl in Bezug auf die Gesundheitsbelastung der betroffenen Patient:innen als auch in Bezug auf die Kosten von Vorfällen im Zusammenhang mit der Patientensicherheit.^{8,9}

Bei der Bewertung der Resilienz von Gesundheitssystemen in EMEA-Ländern aus Sicht der Patient:innen konzentriert sich das BD Healthcare Resilience Barometer auf Schlüsselthemen wie den Zugang zur Versorgung, antimikrobielle Resistenz (AMR), nosokomiale Infektionen (HAIs) und Behandlungskomplikationen. Obwohl diese spezifischen Themen nicht alle Herausforderungen der Patientensicherheit vollständig abdecken, ist es dennoch wichtig, einige der dringendsten Probleme zu betrachten, welche die größte Belastung darstellen.¹⁰

⁶ European Union Network for Patient Safety (EUNetPaS). *Use of Patient Safety Culture Instruments and Recommendations*; 2010.

⁷ Organisation for Economic Co-operation and Development. *The economics of patient safety*; 2020.

⁸ Organisation for Economic Co-operation and Development. *The economics of patient safety*; 2020.

⁹ Sławomirski, L., Aaraaen, A., Klazinga, N. *The economics of patient safety: Strengthening a Value-Based Approach to Reducing Patient Harm at National Level*. <https://doi.org/10.1787/18152015>

¹⁰ Weltgesundheitsorganisation. *Patient Safety: Global Action on Patient Safety: Report by the Director-General*. Zugriff am 3. August 2022. <https://iris.who.int/handle/10665/327526>

Abbildung 2: Karte mit der Barometer-Gesamtbewertung für den Bereich „Patient:innen“ auf EMEA-Ebene

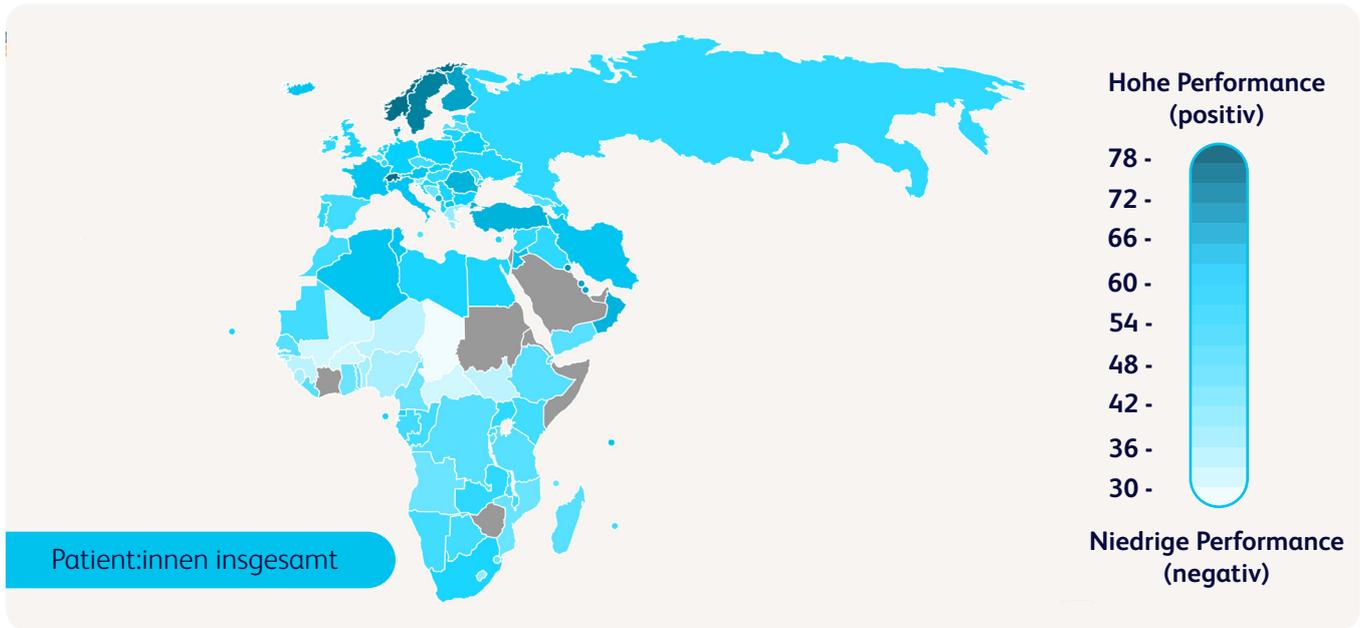


Tabelle 2: Barometer-Gesamtpformance „Patient:innen“ – ausgewählte Länder (in der Rangfolge)

Länder (in Rangfolge)

EMEA-Rangfolge (aus 100 Ländern)

1. Schweiz	2.
2. Schweden	3.
3. Dänemark	6.
4. Frankreich	21.
5. Italien	22.
6. Polen	23.
7. Deutschland	26.
8. Vereinigtes Königreich	38.
9. Niederlande	40.
10. Irland	45.
11. Spanien	53.
12. Belgien	67.

Haftungsausschluss: Für den Bericht des BD Healthcare Resilience Barometers war es unser vorrangiges Ziel, einen umfassenden Überblick über die Resilienz des Gesundheitssystems in Europa, dem Nahen Osten und Afrika (EMEA) zu geben. Um die Relevanz und Anwendbarkeit unserer Ergebnisse zu gewährleisten, haben wir uns mit einer Vielzahl von Meinungsführer:innen in der gesamten Region beraten. Während unserer Interviews wurde deutlich, dass ein breiter Überblick unerlässlich ist, es aber auch notwendig ist, tiefer in die regionale Leistungsfähigkeit einzudringen und zu untersuchen, wie sich Herausforderungen in Bezug auf Patientensicherheit, Gesundheitspersonal und Effizienz auf die Resilienz fortschrittlicherer Gesundheitssysteme in Europa auswirken. Um die Analyse zu erweitern und tiefere Einblicke in die regionale Dynamik des Gesundheitswesens zu geben, haben wir beschlossen, Zahlen aus einer ausgewählten Gruppe von Ländern einzubeziehen.

Zugangungleichheiten in der gesamten EMEA-Region

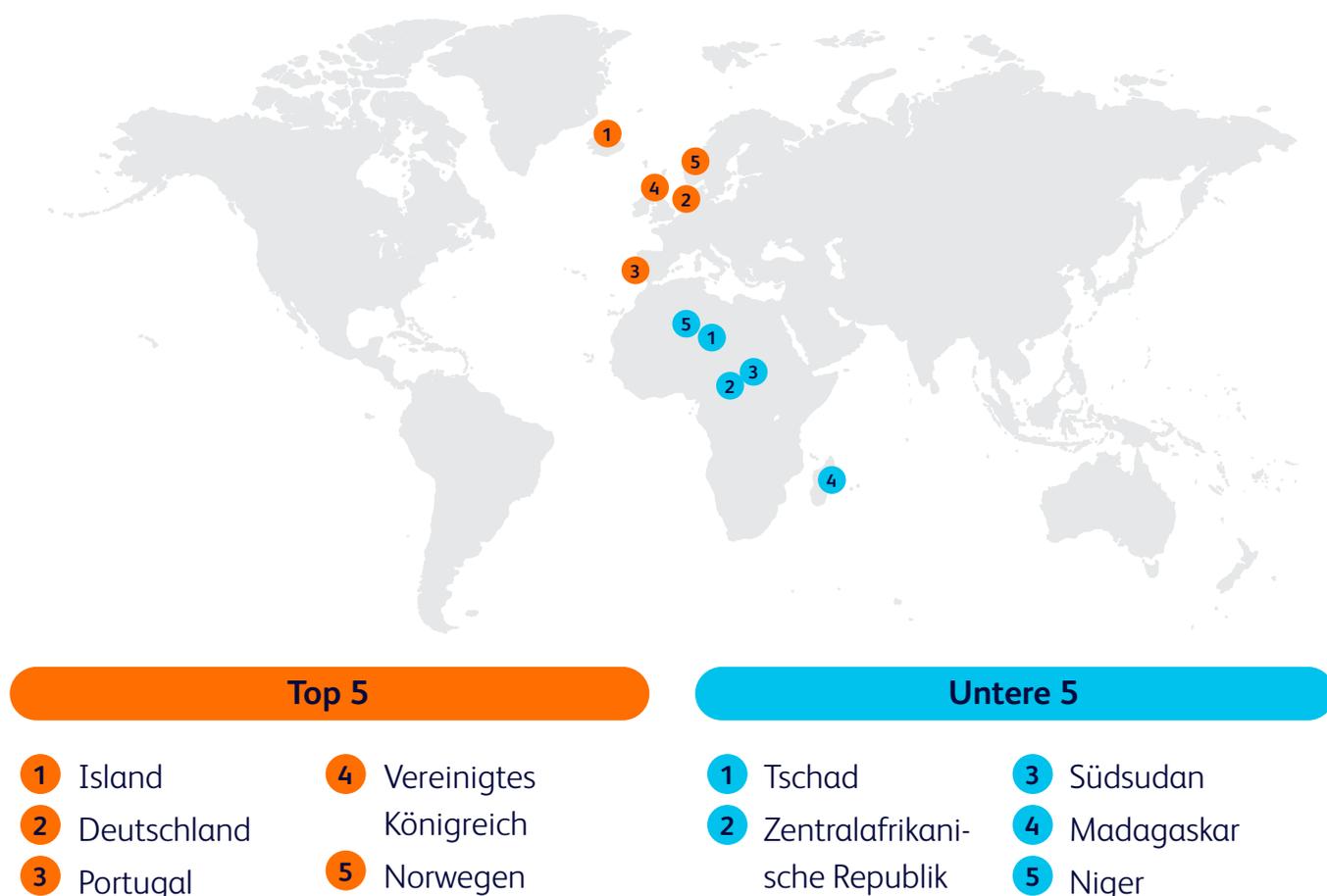
Bei der Betrachtung aus der Perspektive der Patient:innen ist es entscheidend, mit dem Zugang zur Gesundheitsversorgung zu beginnen. Es ist sinnlos, die Resilienz von Gesundheitssystemen zu analysieren und zu bewerten, wenn einem großen Teil der Bevölkerung der Zugang dazu verwehrt bleibt.

In der gesamten EMEA-Region zeigt das BD Healthcare Resilience Barometer deutliche Unterschiede beim Niveau der allgemeinen Gesundheitsversorgung (Universal Health Coverage, UHC) auf. Gemäß (WHO) bedeutet UHC, dass alle Menschen ohne finanzielle Härten Zugang zum gesamten Spektrum hochwertiger Gesundheitsdienstleistungen haben, wann und wo sie diese benötigen. Sie deckt das gesamte Spektrum

der wesentlichen Gesundheitsdienstleistungen ab, von der Gesundheitsförderung bis zur Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Palliativversorgung über den gesamten Lebenszyklus hinweg.¹¹ Wie Tabelle 3 zeigt, schneiden die nord- und westeuropäischen Länder am besten ab, während vielen Menschen in Afrika grundlegende Leistungen verwehrt bleiben.

Tabelle 3: Allgemeine Gesundheitsversorgung – Die 5 leistungsstärksten und die 5 leistungsschwächsten Länder (EMEA)

Quelle: UHC Service Coverage Index – SDG 3.8.1 (WHO)



¹¹ Weltgesundheitsorganisation. *Universal health coverage (UHC)*; 2023. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

Die Identifizierung und Beseitigung von Ungleichheiten beim Zugang zu grundlegenden Versorgungsdiensten ist entscheidend, um sicherzustellen, dass Patient:innen weltweit die gleichen Chancen haben, die Behandlung und Versorgung

zu erhalten, die sie benötigen. Weltweit können unsere Gesundheitssysteme nur dann wirklich resilient sein, wenn sie Patient:innen unabhängig von ihrem geografischen Standort und ihrem sozioökonomischen Status versorgen können.

Wenn die Gesundheitsversorgung selbst ein Risiko darstellt

Selbst wenn Patient:innen Zugang zu medizinischer Versorgung und Behandlung haben, sind sie mit inhärenten Risiken konfrontiert, die mit der medizinischen Versorgung, mit Komplikationen bei der Behandlung und mit HAIs verbunden sind.¹² Diese Risiken bestehen nicht nur

in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen, sondern auch in besser finanzierten Gesundheitssystemen. Diese Risiken können sich auf die Patient:innen, die medizinischen Fachkräfte und die Effizienz der Gesundheitsversorgung auswirken.

Nosokomiale Infektionen (Healthcare-Associated Infections, HAI)

Schätzungen zufolge treten allein in Europa jedes Jahr 8,9 Millionen eindeutige HAI-Fälle in Akutkrankenhäusern (ACH) und Langzeitpflegeeinrichtungen auf,^{13,14} das heißt, Patient:innen infizieren sich während einer Behandlung. Daten belegen, dass 42 % der Patient:innen mit HAI innerhalb von 30 Tagen wieder in ein Krankenhaus eingeliefert werden,¹⁵ was eine erhebliche Belastung für das System darstellt.

HAIs, Diagnosefehler und andere behandlungsbedingte Schäden können mehr als 65 % der Kosten und der epidemiologischen Belastung¹⁶ ausmachen, wobei postoperative Wundinfektionen (SSIs) besonders kostspielig sind und eine

jährliche Belastung von 3,5 bis 10 Mrd. USD verursachen, die auf längere Aufenthaltsdauer, Aufsuchen der Notfallambulanz und wiederholte Klinikaufnahmen zurückzuführen ist.¹⁷

12 Organisation for Economic Co-operation and Development. *The economics of patient safety*; 2020. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>

13 Suetens, C, Latour, K, Kärki, T, et al. *Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys*; 2016 to 2017. PubMed. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.1800516>

14 Suetens, C, Latour, K, Kärki, T, et al. *Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute*

care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys; 2016 to 2017. PubMed. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2018.23.46.1800516>

15 PHC4. *The impact of healthcare-associated infections in Pennsylvania*; Zugriff im August 2022. <https://www.phc4.org/wp-content/uploads/hai2010report.pdf>

16 MarketResearch.com. *Patient Safety in Healthcare. Forecast to 2022*; Zugriff am 4. Juli 2022. <https://store.frost.com/patient-safety-in-healthcare-forecast-to-2022.html>

17 A Ban, Kristen, Minei, J, Laronga, C, et al. *Surgical Site Infection Guidelines*; 2016 Update. J Am Coll Surg. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2016.10.029>

Sepsis

Wenn man sich das Thema Infektionen näher anschaut, ist Sepsis eines der drängendsten Probleme der Patientensicherheit.¹⁸ Im Durchschnitt erleiden fast 15 % der Patient:innen auf Intensivstationen (ICUs) eine schwere Sepsis, wobei 2 von 3 Fällen zu einem septischen Schock führen.¹⁹

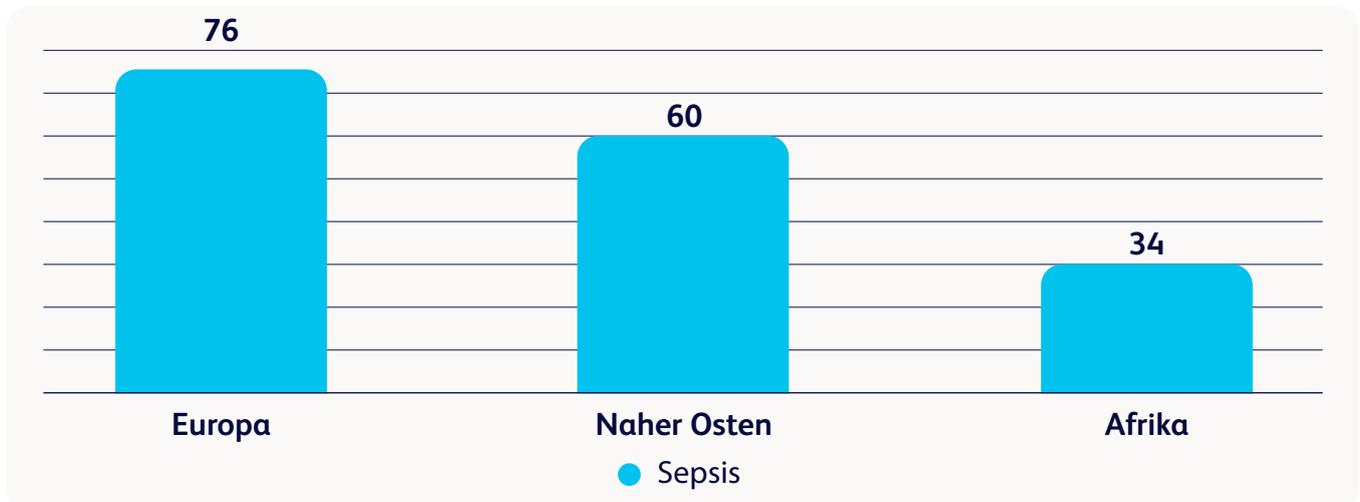
Obwohl das BD Healthcare Resilience Barometer zeigt, dass die Belastung durch Sepsis in den drei EMEA-Teilregionen in Europa am niedrigsten und in Afrika am höchsten ist (siehe Abbildung 3), sind die

damit verbundenen Kosten selbst in den leistungsfähigeren Ländern sehr hoch. In Frankreich etwa werden die Kosten für eine schwere Sepsis auf 22 800 Euro pro Patient:innen geschätzt.²⁰

Abbildung 3: Sepsis-Inzidenz – durchschnittliche Barometer-Performance nach Region

Quelle: Sepsis ASIR pro 100 000 (Lancet Publication)

Barometerskala: 100: hohe Performance (geringe Sepsis-Inzidenz) – 0: niedrige Performance (hohe Sepsis-Inzidenz)



Fehler und unerwünschte Nebenwirkungen einer medizinischen Behandlung

Während das grundlegende Ziel der Medizin die Heilung ist, können in der Realität Fehler auftreten – einschließlich Missmanagement von Medikamenten, Fehler bei der Verabreichung oder Ungenauigkeiten bei der Verschreibung.²¹ Auch wenn keine Fehler gemacht werden, können Medikamente und Behandlungen zu unerwünschten Nebenwirkungen bei Patient:innen führen.

Ein zentrales Risiko für die Patientensicherheit, das im BD Healthcare Resilience Barometer untersucht wird, sind die negativen Folgen medizinischer Behandlungen.²² Die Daten des Barometers (siehe nachstehende Abbildung) zeigen, dass der Nahe Osten bei dieser Maßnahme Europa übertrifft, wobei Länder wie Katar und Kuwait besonders stark abschneiden. Währenddessen haben die Gesundheitssysteme in europäischen

Ländern wie Griechenland und Slowenien mit einer höheren Rate an unerwünschten Nebenwirkungen zu kämpfen. Es ist jedoch wichtig, zu beachten, dass potenzielle Abweichungen bei der Konsistenz der Meldung von Zwischenfällen bei der Patientensicherheit zwischen den Ländern die Daten beeinflussen können und bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden sollten.

Abbildung 4: Unerwünschte Nebenwirkungen einer medizinischen Behandlung – durchschnittliche Barometer-Performance nach Region

Quelle: Unerwünschte Nebenwirkungen einer medizinischen Behandlung – Todesfälle (pro 100 000) (IHME)

Barometerskala: 100: hohe Performance (geringe Prävalenz unerwünschter Nebenwirkungen) – 0: niedrige Performance (hohe Prävalenz unerwünschter Nebenwirkungen)



18 Weltgesundheitsorganisation. *Patient Safety: Global Action on Patient Safety: Report by the Director-General*; Zugriff am 3. August 2022. <https://iris.who.int/handle/10665/327526>

19 Brun-Buisson. *Epidemiology of severe sepsis*; 2006. PubMed. [https://doi.org/10.1016/s0755-4982\(06\)74627-9](https://doi.org/10.1016/s0755-4982(06)74627-9)

20 Adrie, C, Alberti, C, Chaix-Couturier, C, et al. *Epidemiology and economic evaluation of severe sepsis in France: age, severity, infection site, and place of acquisition (community, hospital, or intensive care unit) as determinants*

of workload and cost. J Crit Care; 2005. PubMed. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2004.10.005>

21 Kopp, B, Erstad, B, Allen, M, Theodorou, A, Priestley, G. *Medication errors and adverse drug events in an intensive care unit: direct observation approach for detection*. PubMed. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000198106.54306.d7>

22 Weltgesundheitsorganisation. *Patient Safety. Global Action on Patient Safety. Report by the Director-General*. <https://iris.who.int/handle/10665/327526>

Vermeidung von Fehlern und unerwünschten Nebenwirkungen

Schätzungen zufolge sind zwischen 2 % und 14 % der Patient:innen in europäischen Krankenhäusern von Medikationsfehlern betroffen.²³ Trotz Fortschritten in der medizinischen Wissenschaft und Initiativen zur Qualitätsverbesserung verdeutlichen Risiken

im Gesundheitswesen die Notwendigkeit robuster Strategien zur Patientensicherheit und Infektionsprävention. Diese Strategien sind entscheidend, um Schäden zu minimieren und sowohl die Patient:innen als auch das Wohlergehen aller Beteiligten zu schützen.

Daten lassen darauf schließen, dass die Hälfte aller Vorfälle im Bereich der Patientensicherheit vermeidbar ist.²⁴ Gemeinsame Anstrengungen zur Verbesserung des Versorgungsstandards und zur Verhinderung von unerwünschten Nebenwirkungen können für Länder erhebliche wirtschaftliche Vorteile bringen.²⁵

Während sich die Gesundheitssysteme gerade von den Folgen der Pandemie erholen, rückt die Bedeutung der Gewährleistung

einer hochwertigen Versorgung und der Patientensicherheit über das akute Umfeld hinaus in den Fokus.

Der Kampf gegen arzneimittelresistente Keime

Nachdem wir die Belastung durch unerwünschte Nebenwirkungen einer medizinischen Behandlung und die potenziellen Verbesserungsmöglichkeiten sowohl aus klinischer als auch aus finanzieller Perspektive untersucht haben, müssen wir uns nun der Frage widmen, was geschieht, wenn antimikrobielle Medikamente ihre Wirkung verfehlen.

Angesichts ihrer weitreichenden Auswirkungen auf die Effizienz der Gesundheitsversorgung weltweit ist die wachsende Bedrohung durch AMR ein grundlegendes Thema bei der Bewertung der Resilienz der Gesundheitsversorgung für die Patientensicherheit.

Jährlich sterben ca. 700 000



Patient:innen an Infektionen durch arzneimittelresistente Erreger²⁶

Verschiedene Faktoren tragen zu diesem Problem bei, darunter die unsachgemäße Verschreibung von Antibiotika.²⁷ AMR betrifft alle Unterregionen in der gesamten EMEA-Region. Die folgende Tabelle zeigt die Länder mit der höchsten Anzahl an AMR-bedingten Todesfällen. Es ist wichtig, anzumerken, dass die Belastung durch AMR im Nahen Osten deutlich geringer ist, da die Länder in der gesamten Region durchweg starke Werte erzielen.

Tabelle 4: AMR-bedingte Todesfälle – Die 5 am schlechtesten abschneidenden Länder je Region

Quelle: [AMR-Todesfälle \(IHME\)](#)

Europa

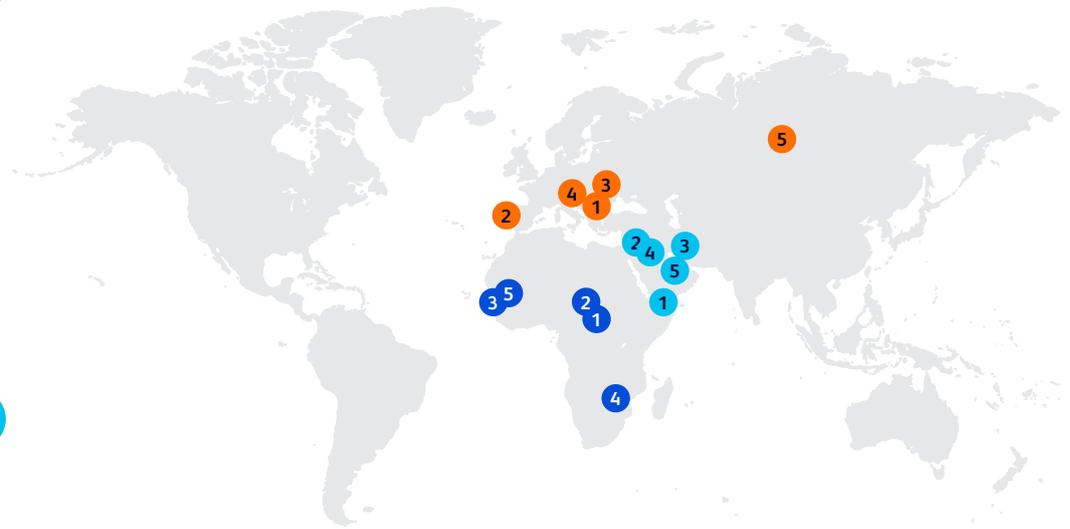
- 1 Bulgarien
- 2 Portugal
- 3 Rumänien
- 4 Serbien
- 5 Russland

Naher Osten

- 1 Jemen
- 2 Syrien
- 3 Iran
- 4 Irak
- 5 Bahrain

Afrika

- | | | |
|-------------------------------------|----------|-----------|
| 1 Zentralafrikani-
sche Republik | 2 Tschad | 4 Lesotho |
| | 3 Guinea | 5 Mali |



Bei BD sind wir überzeugt, dass ein gemeinsames Engagement zur Verbesserung der Praktiken im Umgang mit antimikrobiellen Medikamenten entscheidend ist, um die Resilienz des Gesundheitswesens zu verbessern.

Studien haben gezeigt, dass der Einsatz geeigneter Antibiotika im Vergleich zu ungeeigneten die Sterblichkeitsrate signifikant senken kann. Zudem können Behandlungsfehler und die Verweildauer reduziert werden. Dies unterstreicht die Bedeutung von Breitbandtherapien und Schnell Diagnostik für die frühzeitige Erkennung des Erregers.²⁸

Dies kann die Mitarbeitenden im Gesundheitswesen entlasten und die Versorgung effizienter gestalten.

23 Europäische Arzneimittelbehörde (EMA). *Streamlining EMA public communication on medication errors*. European Medicines Agency Science Medicines Health; 2015. https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/streamlining-ema-public-communication-medication-errors_en.pdf

24 Organisation for Economic Co-operation and Development. *The economics of patient safety*; 2020. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>

25 Organisation for Economic Co-operation and Development. *The economics of patient safety*; 2020. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>

26 Wellcome Collection. *Antimicrobial resistance: tackling a crisis for the health and wealth of nations / the Review on Antimicrobial Resistance chaired by Jim O'Neill*; Zugriff am 28. Juli 2022. <https://wellcomecollection.org/works/rdpck35v>

27 CDC-Archiv. *CDC: 1 in 3 antibiotic prescriptions unnecessary*. <https://archive.cdc.gov/#/details?url=https://www.cdc.gov/media/releases/2016/p0503-unnecessary-prescriptions.html>

28 Bassetti, M, Rello, J, Blasi, F, et al. *Systematic review of the impact of appropriate versus inappropriate initial antibiotic therapy on outcomes of Patienten with severe bacterial infections*; 2020. *International Journal of Antimicrobial Agents*. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.106184>

Perspektive einer Meinungsführerin



Die Patient:innen an die erste Stelle zu setzen, muss nicht nur gefördert werden – es muss im Mittelpunkt unseres Handelns stehen.



Dr. Maria Cruz Martín Delgado

Ehemalige Präsidentin, FEPIMCTI (Panamerikanischer und iberischer Verband für Intensivmedizin und Intensivpflege), und Leiterin der Abteilung Intensivmedizin, Hospital Universitario 12 Octubre Madrid, Spanien

Dr. Martín Delgado's Fachwissen auf dem Gebiet der Intensivmedizin, das sich über die Bereiche Gesundheitsversorgung, Lehre und Forschung erstreckt, hat sie mit den Problemen der Patientensicherheit im Gesundheitssystem vertraut gemacht, sowohl in ihrem Heimatland Spanien als auch international. In diesem Gespräch erörtert Dr. Martín Delgado die Rolle, welche die organisatorische Anpassungsfähigkeit und die gemeinsame Verantwortung bei der Sicherstellung kontinuierlicher Verbesserungen der Patientensicherheit spielen.

Unbekannte Herausforderungen aufdecken

Aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung auf der Intensivstation ist sich Dr. Martín Delgado des Drucks bewusst, dem das Gesundheitspersonal ausgesetzt ist, in stressigen Notfallsituationen der Patientensicherheit Priorität einzuräumen. Mit Blick auf die durch die Pandemie ausgelöste Krise stellt sie fest, dass das Krankenhauspersonal „weder das Wissen noch das Bewusstsein dafür hatte, wie man

am besten auf diese beispiellose Belastung reagieren kann.“ Dr. Martín Delgado glaubt, dass der Schlüssel zur Patientensicherheit in der Entwicklung der Anpassungsfähigkeit – und Resilienz – innerhalb von Gesundheitsorganisationen liegt.

Zur Bedeutung des Vorbereitetseins erklärt sie: „Die Komplexität der Patientensicherheit

– insbesondere auf der Intensivstation – ergibt sich aus der Tatsache, dass die Mitarbeitenden mit einigen unbekanntem Herausforderungen und sich schnell entwickelnden Situationen konfrontiert sind. Im Hinblick auf die Frage der antimikrobiellen Resistenz (AMR) stellt Dr. Martín Delgado fest, dass „viel mehr getan werden muss, um richtig zu quantifizieren, wie oft und unter welchen Umständen sie auftritt und welche Faktoren die Geschwindigkeit beeinflussen, mit der sie sich entwickelt“.

„Wenn man sich nicht darauf vorbereitet oder befähigt fühlt, auf diese Herausforderungen zu

reagieren, kann dies vom Gesundheitspersonal einen erheblichen emotionalen Tribut fordern.“ Dr. Martín Delgado befürwortet umfassende Kompetenzprogramme und weist darauf hin, dass das Personal Zugang zu Schulungsprogrammen über eine Reihe von Kompetenzen haben sollte, vom richtigen Händewaschen über den Umgang mit sensiblen Daten bis hin zum Krisenmanagement. „Die Patient:innen an die erste Stelle zu setzen, muss nicht nur gefördert werden – es muss im Mittelpunkt unseres Handelns stehen. Und das Personal muss entsprechend geschult werden“, fügt sie hinzu.

Verantwortung im Mittelpunkt der Patientensicherheit

Auf die Frage nach der Zukunft der Patientensicherheit betont Dr. Martín Delgado, dass alle Verbesserungen auf einem Gefühl der gemeinsamen Verantwortung beruhen müssten. „Nicht nur die Krankenhäuser, sondern auch die Politik, die Industrie und jede:r Einzelne müssen eine Rolle spielen“, sagt sie. „Es ist auch von entscheidender Bedeutung, dass Patient:innen und ihre Familien stärker einbezogen werden: Sie sollten über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt und ermutigt werden, sich zu beteiligen, Fragen zu stellen und sich über ihre Behandlung zu informieren, anstatt ihr blind zuzustimmen.“ Dr. Martín Delgado ist der Ansicht, dass die Stärkung der Patient:innen auf diese Weise einen signifikanten Einfluss auf die gesamte Patientenerfahrung hat. Nach Dr. Martín Delgados Ansicht spielt auch die Industrie eine entscheidende Rolle bei der Transformation der Patientensicherheit und Gesundheitsergebnisse. „Digitale Innovation und Technologie haben einen tiefgreifenden Einfluss auf unsere Arbeitsweise. Unternehmen in der Branche führen

Technologien ein, die unsere Arbeit schneller, effektiver und sicherer für Patient:innen und medizinisches Personal machen können“, sagt sie. Darüber hinaus erklärt Dr. Martín Delgado, dass Technologie auch Gesundheitsdienstleistern hilft, sich an neue Situationen anzupassen und allen Patient:innen eine individuellere Versorgung zu bieten.

Abschließend reflektiert Dr. Martín Delgado über die Fortschritte in der Patientenversorgung in den letzten Jahrzehnten. „Die Probleme, mit denen wir heute konfrontiert sind, sind nicht annähernd so gravierend wie früher. In den meisten Fällen erhalten die Patient:innen eine sichere und effektive Behandlung – aber es gibt immer Möglichkeiten, zu beurteilen, was gut funktioniert und was verbessert werden kann“, betont sie. Dr. Martín Delgado bekräftigt abschließend die Bedeutung der kontinuierlichen Weiterentwicklung und der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit: „Die Patientensicherheit ist keine nationale Angelegenheit – es ist eine internationale Herausforderung, der wir uns alle gemeinsam stellen müssen.“

Perspektive eines Meinungsführers



Solange wir keine Gesundheitssysteme haben, die in diesem gesamten Spektrum Spitzenleistungen erbringen, bremsen wir Innovationen und unsere Fähigkeit, den Patient:innen das Optimum zu bieten.



Dr. Ron Daniels

Gründer und Chief Executive des britischen Sepsis Trust, England, und Vizepräsident der Global Sepsis Alliance

Dr. Ron Daniels verfügt über langjährige Erfahrung und Expertise auf dem Gebiet der Sepsisversorgung, sowohl im Vereinigten Königreich als auch weltweit. Er ist ein Innovator und führend bei der Erstellung des Red Flag Sepsis Recognition Tools und des Sepsis Six Bundle. In diesem Gespräch erörtert Dr. Daniels die Herausforderungen, vor denen die Sepsisversorgung in Großbritannien steht, einschließlich des Zusammenhangs zwischen Infektionen und dem Klima, und wie die Infektionskontrolle auf globaler Ebene verbessert werden kann.

Resilienz und Chancengleichheit

Für Dr. Daniels muss die Definition von Resilienz im Gesundheitswesen auf Chancengleichheit und Gerechtigkeit basieren. Er ist der Ansicht, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung unabhängig von sozioökonomischem Status, ethnischer Zugehörigkeit und Geschlecht sein sollte, da „wir in einem resilienten Gesundheitssystem keine regionalen Unterschiede in Qualität, Zugang und

Ergebnissen sehen sollten“. Er stellt fest, dass die aktuelle wirtschaftliche Lage auch einen unverhältnismäßigen Einfluss auf die Resilienz der Gesundheitsversorgung in von Gemeinden mit überwiegend niedrigem oder mittlerem Einkommen hat. Apropos Sepsis-Prävention, -Diagnose und -Management: Dr. Daniels weist auf

demografische Unterschiede hin, wie z. B. das erhöhte sepsisbedingte Sterberisiko bei nicht-weißen Kindern und Erwachsenen aus sozioökonomisch benachteiligten Gegenden, das bei Kindern pakistanischer Abstammung im Vereinigten Königreich besonders ausgeprägt ist.

Dr. Daniels spricht von fehlenden

Sepsis, Klima und die Zukunft

Dr. Daniels spricht zentrale Punkte rund um die Umweltauswirkungen von Sepsis an. Er erklärt, dass es einen intrinsischen Zusammenhang zwischen Sepsis, antimikrobieller Resistenz (AMR) und Klimawandel gebe. „Zum Beispiel wird die Migration von Krankheitserregern über ihren typischen Lebensraum hinaus durch den Klimawandel und die Globalisierung beschleunigt. Vertreibung durch Faktoren wie Überbevölkerung, Hunger und Unterernährung verursacht auch eine schnellere Ausbreitung von Infektionen über Ländergrenzen hinweg“, fügt er hinzu.

Zum Zusammenhang zwischen Sepsis und Antibiotikaresistenzen sagt Dr. Daniels, dass die medizinischen Fachkräfte zwar nicht zu viele Antibiotika verschreiben wollten, aber oft nicht genügend Informationen hätten, um sicher zu sein, dass sie diese nicht verschreiben sollten. Er argumentiert, dass die Botschaften an Fachkräfte des Gesundheitswesens und die Allgemeinheit neu ausgerichtet werden müssten. „AMR ist keine zukünftige Bedrohung. Die Realität ist, dass AMR Millionen von Menschen betrifft. Sie ist heute

Investitionen in das Sepsis-Management und in die Behandlung der Folgen einer Sepsis. Er fügt hinzu, dass zwar bestimmte finanzielle Anreize zu Verbesserungen der Behandlungsergebnissen bei Sepsis geführt hätten, aber ein Rückgang bei der Sepsisleistungsüberwachung beobachtet werden konnte.

da, sie ist unmittelbar, sie ist persönlich.“

Zum Abschluss des Gesprächs empfiehlt Dr. Daniels die Einführung eines Infektionsmanagements mit Exzellenzstatus im Gesundheitswesen, das auf vier Säulen beruht: Überwachung von Krankheitserregern und auf Vorbereitung auf Pandemien; Infektionsprävention und -kontrolle; schnelle Behandlung und Diagnose der Sepsis sowie antimikrobielles Management. „Solange wir keine Gesundheitssysteme haben, die in diesem gesamten Spektrum Spitzenleistungen erbringen, bremsen wir Innovationen und unsere Fähigkeit, den Patient:innen das Optimum zu bieten“, sagt Dr. Daniels.



Perspektive einer Meinungsführerin



Innovationen aus der Industrie können sicherstellen, dass medizinische Fachkräfte ihre Arbeit effizienter erledigen können.



Dr. Eva Marie Castro

Leiterin Qualität bei RZ Heilig Hart Tienen und PhD am The Institute for Healthcare Policy (LIHP) KU Leuven, Belgien

Die Erfahrungen von Dr. Eva Marie Castro im Gesundheitswesen beziehen sich in erster Linie auf die Patientenversorgung und werden durch ihre gesundheitspolitisch ausgerichteten Post-Doc-Studien ergänzt. In diesem Gespräch äußert sie sich zur Notwendigkeit, den Stimmen der Patient:innen mehr Gehör zu verschaffen, und erörtert die Rolle der Brancheninnovation bei der Ermöglichung einer effizienteren Arbeitsweise der medizinischen Fachkräfte.

Patientenorientierte Innovation

Für Dr. Castro muss Resilienz im Gesundheitswesen sowohl auf Systemebene als auch auf individueller Ebene verstanden werden. „Bei der Resilienz geht es nicht nur darum, wie sich das System an Krisen anpassen kann, sondern auch darum, ob sich einzelne Mitarbeitende im Gesundheitswesen anpassen können und ob Patient:innen mit dem Wissen

und der Unterstützung ausgestattet sind, um die Krisen zu bewältigen, mit denen sie während ihrer Behandlung konfrontiert sein könnten“, erklärt sie. Auf Systemebene betont Dr. Castro die Notwendigkeit der Planung für die langfristige Nachhaltigkeit jeder Gesundheitsorganisation und empfiehlt dafür The Flanders Quality Model (FlaQuM).

Auf individueller Ebene argumentiert sie, dass die Patient:innen aktiv in die Entscheidungen über die Gesundheitssysteme einbezogen werden müssten, auf die sie sich verlassen.

„Wir sollten uns mehr auf die gemeinsame Gestaltung mit den Patient:innen konzentrieren“, betont Dr. Castro. „Stimmen der Patient:innen, der Angehörigen und der Patientenverbände haben immer noch weniger Einfluss als beim Aufbau und der Bewertung von Gesundheitssystemen

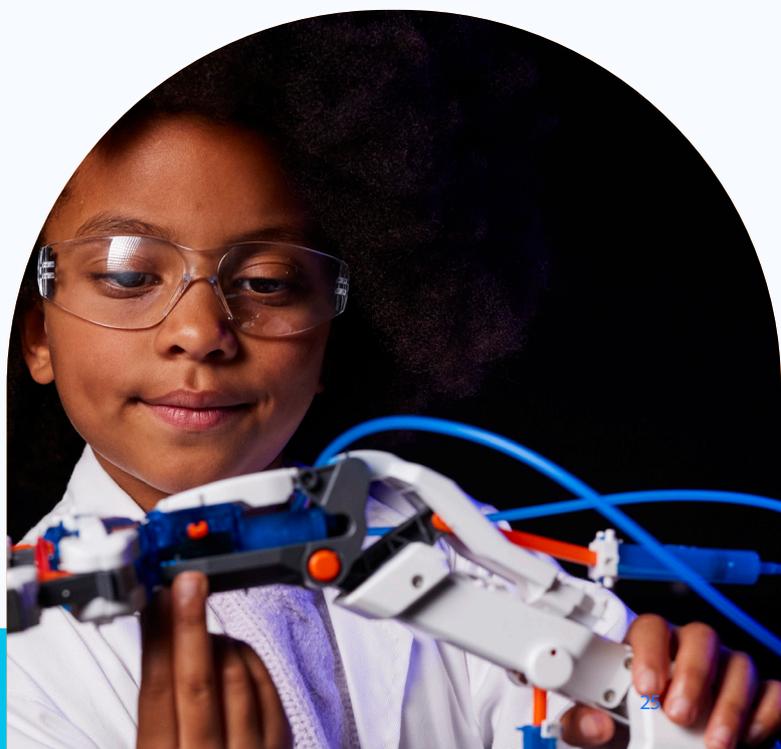
nötig wäre“, fügt sie hinzu. Dr. Castro ist der Ansicht, dass alle Innovationen, die darauf abzielen, Resilienz aufzubauen, in Zusammenarbeit mit Patient:innen entwickelt werden sollten. „Patient:innen sollten bei der Entscheidungsfindung als gleichberechtigte Partner:innen behandelt werden“, betont sie. Dieser Ansatz sei entscheidend für die Neugestaltung der Gesundheitsversorgung und die Integration von Innovationen in einer Weise, die den Interessen der Patient:innen am besten diene.

Die Rolle der Industrie bei der Steigerung der Effizienz und des Wohlbefindens der Mitarbeitenden

In Anerkennung der Belastung für das Gesundheitspersonal sagt Dr. Castro, dass starre rechtliche und finanzielle Funktionen im Gesundheitswesen oft zu einem begrenzten Zugang zu technologischer Innovation führe. „Der rechtliche und finanzielle Rahmen ist tatsächlich ein Hindernis für die Einführung von Innovationen, die ein resilienteres System fördern könnten“, sagt sie. Dr. Castro ist der Ansicht, dass vor dem Hintergrund verlängerter Wartezeiten und Behandlungsverzögerungen die Straffung interner Prozesse wichtiger denn je sei.

„Länderübergreifend wirkt sich der Druck auf die Belegschaft deutlich auf die Verfügbarkeit des Personals und die Gesamtqualität der Versorgung aus“, betont sie und unterstreicht dabei, dass der Zugang zu technologischer Innovation entscheidend für die Steigerung der Betriebseffizienz sei und daher für das Gesundheitsmanagement überall eine Priorität darstellen sollte. „Innovationen aus der Industrie

können sicherstellen, dass die medizinischen Fachkräfte ihre Arbeit effizienter erledigen können. Dies kann wiederum ihr Wohlbefinden steigern. Wenn die Technologie die Prozesse effizienter macht, können sich medizinische Fachkräfte auf die Gründe konzentrieren, warum sie sich überhaupt für diesen Beruf entschieden haben“, sagt sie abschließend.



Perspektive einer Meinungsführerin



Zusammenarbeit nicht nur in Krankenhäusern, sondern auch außerhalb des Krankenhauses wird die neue Normalität sein.



Dr. Ilke Montag

Vorsitzende des Verwaltungsrats von THE Institute und „De Maakbare Mens“ und Beraterin für Medizinpolitik bei Socialist Mutual Funds, Belgien

In unserem Gespräch erörtert Dr. Montag die Bedeutung der Stimme der Patient:innen für die Bereitstellung einer hochwertigen Versorgung sowie die Notwendigkeit eines zentralen digitalen Systems zur Vermeidung von Verschwendung sowie zur reibungsloseren Kommunikation und Verbreitung von Informationen.

In einem resilienten Gesundheitswesen müssen sich alle Zahnräder ständig drehen

Bereits zu Beginn unseres Gesprächs hebt Dr. Montag mehrere Faktoren hervor, die zur Resilienz des Gesundheitswesens beitragen – „Flexibilität und Anpassungsfähigkeit, emotionale Resilienz, Zusammenarbeit, Selbstfürsorge sowie kontinuierliches Lernen und Verbessern sind die Rädchen im Getriebe der beständigen Resilienz des Gesundheitswesens.“

Zu den aktuellen Makrofragen, die das System betreffen, gehören potenzielle Pandemien, Klimawandel und Umweltkatastrophen. Diese Probleme können die Flexibilität der Gesundheitssysteme beeinflussen, wobei Personalmangel und Burnout zu weiteren Störungen der Gesundheitsversorgung beitragen. Dr. Montag stellt fest, dass

die Bewältigung dieser Probleme einen integrierten Ansatz auf allen Ebenen erfordert. Dieser müsse „auf die Stärkung der Gesundheitssysteme, die Verbesserung des Zugangs zu erschwinglicher Versorgung und Medikamenten, die Verringerung von Ungleichheiten sowie die Sicherstellung der Qualität und Sicherheit der bereitgestellten Versorgung abzielen“.

Die COVID-19-Pandemie brachte zwar mehr Möglichkeiten für Technologie und verschiedene Arten der Versorgung mit sich, hatte jedoch erhebliche Auswirkungen auf die Versorgung in Belgien. Es ergaben sich Herausforderungen, die zu Problemen wie

Krankenhausüberlastung, Verschiebung der nicht essentiellen Versorgung, Beeinträchtigung des mentalen Wohlbefindens und Änderungen bei Protokollen und Verfahren der Gesundheitsversorgung führten. Dr. Montag erklärt, dass ein wichtiger Teil der Lösung darin bestehe, „dass die Zusammenarbeit nicht nur in den Krankenhäusern, sondern auch außerhalb des Krankenhauses zur neuen Normalität wird“. Darüber hinaus fordert sie eine Umorientierung, weg von einem kostenpflichtigen Finanzierungsmodell für Dienstleistungen hin zu einem Modell, das Pay for Performance (P4P)/ Pay for Quality (P4Q) umfasst. Sie begrüßt die Entwicklung hin zu einem werteorientierten Modell.

Den Patient:innen eine Wahlmöglichkeit bei ihrer Versorgung geben

Zum Thema Patient:innen betont Dr. Montag, dass eine bessere Kommunikation zwischen den Teams bei der Verbesserung des Systems in Belgien Priorität haben sollte. „Die verschiedenen Gruppen müssen wirklich anfangen zusammenzuarbeiten; jetzt arbeiten die Menschen zu oft nebeneinander anstatt miteinander.“ Während unseres gesamten Gesprächs betont Dr. Montag die Einbeziehung der Patient:innen selbst in die Diskussionen über ihre Versorgung und nennt es „notwendig für die Befähigung und das Engagement der Patient:innen“.

Um dies zu erleichtern sei es wichtig, die Stimme der Patient:innen so früh wie möglich zu berücksichtigen. So bewahrten sie ihr Selbstvertrauen, damit sie sich

über ihre Optionen und die gewünschte Versorgung äußern können. Wenn man ihnen Entscheidungen bezüglich ihrer Versorgung vorstelle, erklärt Dr. Montag, sei dies oft eine Zeit zum Nachdenken für Patient:innen. Diese sollten selbst über den Verlauf ihrer Behandlung und deren Einfluss auf ihre Zukunft entscheiden.



Perspektive eines Meinungsführers



**Alle vermeidbaren
Todesfälle sind
mit einer Art von
Patientensicherheits-
problem verbunden.**



Denis Herbaux

CEO bei PAQs und Stellvertretender CEO bei Santhea, Belgien

Denis Herbaux verfügt über jahrzehntelange Erfahrung und Expertise in der Patientenversorgung und Unterstützung der öffentlichen Gesundheit im belgischen Gesundheitssektor. Herbaux spricht über Probleme, welche die Patientensicherheit beeinflussen und die Bedeutung der Aufklärung für die Verbesserung der Versorgungsqualität.

Bürokratie und Resilienz

Mit einem Jahrzehnt Erfahrung in der Optimierung des Gesundheitswesens und der Patientensicherheit basiert Denis Herbaux' Vision für eine bessere Resilienz in Belgien auf der Optimierung und Vereinfachung bürokratischer Prozesse. Seiner Ansicht nach schränkt die eingebettete Komplexität im belgischen Gesundheitswesen die Fähigkeit des Systems ein, auf Veränderungen zu

reagieren. „Die Kompetenzen sind zwischen Bundes- und Regionalebene aufgeteilt. Krankenhäuser werden in der Regel vom Bund finanziert, aber ihre Normen, Standards und die Gesundheitsausbildung für das Personal werden meist auf regionaler Ebene etabliert.“

Dieses vielschichtige Governance-Modell, so Herbaux, könne eine erhebliche Herausforderung für die Resilienz im Gesundheitswesen darstellen.

Er weist jedoch darauf hin, dass die Erkenntnisse aus der Pandemie maßgeblich dazu beigetragen hätten, einen Wandel hin zu einem agileren Ansatz zu fördern.

„Das Gesundheitssystem fühlte sich wie eine Kriegszone an. Doch der Ernst der Lage zwang uns zu lernen, wie wir handeln, Entscheidungen treffen und uns schnell anpassen können.“

Die Rolle der Aufklärung bei der Patientensicherheit

In Bezug auf die Patientensicherheit unterstreicht Herbaux, wie ernst das Thema ist. „Alle vermeidbaren Todesfälle sind mit einer Art von Patientensicherheitsproblem verbunden“, erklärt er. Herbaux ist der Meinung, dass die Patientensicherheit derzeit nicht ganz oben auf der Agenda steht. „Belgien spricht nicht genug über Patientensicherheit, und auch das für dieses Thema vorgesehene Budget, ist sehr begrenzt.“

Während Herbaux der Meinung ist, dass Entscheidungsträger im Gesundheitswesen eine signifikante Verantwortung dafür haben, Maßnahmen einzuleiten, glaubt er,

dass echte Resilienz auch eine Reform der Gesundheitserziehung erfordert. „Was in medizinischen und Krankenpflegeschulen gelehrt wird, sollte überarbeitet werden, um zukünftigen medizinischen Fachkräften bewusst zu machen, dass sie in einem sehr komplexen Umfeld arbeiten werden und dass diese Art von Umfeld zu Sicherheitsproblemen führen kann“, sagt er. „Wer im Bereich der Patientenversorgung arbeiten möchte, muss darauf vorbereitet sein, komplexe Szenarien im Team zu bewältigen und gleichzeitig individuelle Entscheidungen treffen zu können.“



Perspektive einer Meinungsführerin



Wir konnten sehen, dass die Stimme der Patient:innen gehört wurde, aber jetzt wird sie verstärkt und wirklich berücksichtigt.



Dr. Neda Milevska Kostova

Ehemalige Vorsitzende der Internationalen Allianz der Patientenorganisationen (IAPO),
Vereinigtes Königreich

Mit mehr als 20 Jahren Erfahrung in Gesundheitsforschung, Gesundheitspolitik und Patientenschutz ist Dr. Neda Milevska Kostova eine wichtige Führungskraft im Bereich des Engagements für Patient:innen und medizinische Fachkräfte. In diesem Gespräch erläutert Dr. Kostova aus der Sicht eines Patienten, wie wichtig die Rolle der Patient:innen für die Effizienz des Systems und für die Zukunft einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung ist.

Der Wert der Patientenperspektive

Dr. Kostova beginnt mit einem positiven Rückblick auf die Zeit nach der Pandemie, da die Patient:innen nun die Möglichkeit hätten, sich in Diskussionen über die Gesundheitsversorgung viel stärker zu Wort zu melden. „Wir konnten sehen, dass die Stimme der Patient:innen gehört wurde, aber jetzt wird sie verstärkt und die gelebten Erfahrungen der Menschen werden wirklich berücksichtigt.“

Dr. Kostova hofft, dass dies einen dauerhaften Einfluss haben wird, dass die Erfahrungen von Patient:innen weitergegeben werden können, um anderen Verständnis zu vermitteln und sie dabei zu unterstützen, ihre Lebensqualität zu erhalten – „dass die Expertise von Patient:innen wirklich als Fachwissen genutzt wird, um die Nachhaltigkeit künftiger Gesundheitssysteme zu unterstützen“.

Dr. Kostova wird sich auch in Zukunft dafür einsetzen, dass sich die Erwartungen der Patient:innen darauf konzentrieren, im Vorfeld in die Gesundheitsvorsorge zu investieren. Sie erklärt, dass unsere Gesundheit zu einem großen Teil von Umwelt, Lebensstil und sozialen Faktoren abhängt. Wenn Patient:innen „an die Tür des Gesundheitssystems klopfen, wurden

oft bereits viele Chancen zur Vorbeugung von Krankheiten und Gesundheitsdefiziten verpasst“. Dr. Kostova ist der Meinung, dass es für die Gesundheitssysteme unmöglich sei, alle Gesundheitsbedürfnisse zu befriedigen, und betont, wie wichtig es sei, dass sich jede:r Einzelne so gut wie möglich um sich selbst sorgt.

Bedeutung zuverlässiger Informationen bei der Schaffung von Mehrwert

Für Dr. Kostova hängt die Einführung und das Angebot einer wertebasierten Pflege von der jeweiligen Kultur ab. So sei der geeignetste Ansatz die „Erarbeitung einer Lösung, die an den Kontext des jeweiligen Landes angepasst ist“, denn „was für ein Land ein normaler Wert ist, kann für ein anderes Land zum jetzigen Zeitpunkt noch unerreichbar sein“.

Dr. Kostova führt weiter aus, dass der Wert auch von der gesellschaftlichen Wahrnehmung und der Bedeutung der verschiedenen Arten von Informationen abhängt. In Fällen von zu viel Informationen oder einer Informationsasymmetrie kann sich dies auf die Wertewahrnehmung der Gesellschaft

auswirken. Dies wiederum kann Entscheidungen sowohl auf individueller als auch auf Systemebene beeinflussen, z. B. die Priorisierung einer Behandlung oder Pflege.

Schließlich glaubt Dr. Kostova, dass es die Bereitstellung zuverlässiger Informationen, Aufklärung und Erklärungen ist, welche die Akzeptanz von Innovationen bei den Patient:innen verbessern und gleichzeitig die Nachhaltigkeit im Gesundheitssystem vorantreiben wird. Um dies zu erreichen, müssen wir einen partnerschaftlichen Ansatz bei der Zusammenarbeit von Gesundheitsdienstleistern und Patient:innen fördern.



Perspektive einer Meinungsführerin



Die breite Bevölkerung sollte Zugang zu transparenten Zahlen, Daten und Fakten haben. Gut informiert zu sein, wird sie ermutigen, laut zu werden, wenn sie das Gefühl hat, dass etwas nicht stimmt.



Dr. Ruth Hecker

Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit und Beauftragte für Patientensicherheit am Universitätsklinikum Essen

In ihrer Funktion als Beauftragte für Patientensicherheit am Universitätsklinikum Essen hat Dr. Ruth Hecker einen wertvollen Blickwinkel auf das Thema Patientensicherheit. Sie spricht von der Notwendigkeit einer größeren Transparenz bei der Aufzeichnung von Patientenerfahrungen und -daten, um die Meinung sowohl der Patienten als auch die Widerstandsfähigkeit des gesamten Gesundheitssystems zu stärken. Während es in anderen Krankenhäusern in Deutschland ähnliche Positionen gibt, betont Dr. Hecker, dass die Rolle der „Beauftragten für Patientensicherheit“ im gesamten Sektor sichtbar gemacht werden sollte.

Der Bedarf an transparenten Daten zur Patientensicherheit

Ein wichtiger Schritt zum Aufbau von Widerstandsfähigkeit, so beginnt Dr. Hecker, ist die effizientere Nutzung von Daten im Gesundheitswesen. „Die Beteiligten müssen den gemeinsamen Willen haben, Zahlen, Daten und Fakten transparent zu machen“, sagt sie. Dr. Hecker ist der Ansicht, dass die Datennutzung und -transparenz im

Gesundheitswesen derzeit hinter anderen Sektoren wie der Kernenergie, der Luftfahrt und dem Bankwesen zurückbleibt - obwohl das Gesundheitswesen auch ein Sektor ist, in dem Fehler schwerwiegende Folgen haben können. Sie empfiehlt eine detailliertere, genauere und nachvollziehbare Aufzeichnung von Fehlern, anhand derer Ziele für die Verringerung und

Vermeidung wiederholter Vorkommnisse festgelegt werden können. „Ich fände es toll, wenn ich durch ein Krankenhaus oder eine Arztpraxis ginge und dort stünde: Seit 400 Tagen haben wir keinen Patienten verwechselt oder Medikamente vertauscht.“ Die Einführung des Transparenzgesetzes sei ein nützlicher erster Schritt, so Dr. Hecker, aber sie würde sich wünschen, dass das Register kontinuierlich verbessert wird, um schließlich Transparenz in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Im Mittelpunkt des Gesprächs mit Dr. Hecker steht die Notwendigkeit eines Konsenses zwischen den Beteiligten, das Wohl der

Aussichten der Gesundheitsreform

Zur anstehenden Gesundheitsreform in Deutschland äußert sich Dr. Hecker grundsätzlich positiv, weist aber auf eine Lücke in der Betrachtung der ambulanten Versorgung hin. Sie räumt ein, dass dies zwar zu erheblichen Veränderungen in den Abläufen führen wird, aber private Träger, die in diesem Bereich Pionierarbeit geleistet haben, dies gut vorleben und umsetzen.

Dr. Hecker ist besonders optimistisch, dass die Gesundheitsreform den Patienten mehr Gehör verschaffen wird. Unter Verweis auf die international verfügbaren Erfahrungsberichte der Krankenkassen fragt sie, warum diese Antworten nicht bundesweit einheitlich erhoben werden können. Für die Mediziner würde dies die Beobachtung regionaler Unterschiede bei den von Patient:innen gemeldeten Erfahrungen ermöglichen, was wiederum die Analyse dessen erleichtern würde, was in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens in Deutschland funktioniert und was nicht, und letztlich die Resilienz stärken würde.

Patient:innen über alles zu stellen. Dies erfordere eine effiziente Zusammenarbeit und ein kollektives Engagement auf globaler Ebene, um die Sicherheit und die Qualität der Versorgung der Patient:innen zu gewährleisten. Zu den Herausforderungen bei der Koordinierung des Gesundheitssystems in Deutschland sagt Dr. Hecker: „Es fehlt an Koordination in der Politik, sowohl auf regionaler, Landes- und Bundesebene als auch in den verschiedenen Institutionen.“ Stattdessen „werden immer wieder neue Institutionen gegründet, die keinen Mehrwert für die Bürgerinnen und Bürger bringen.“

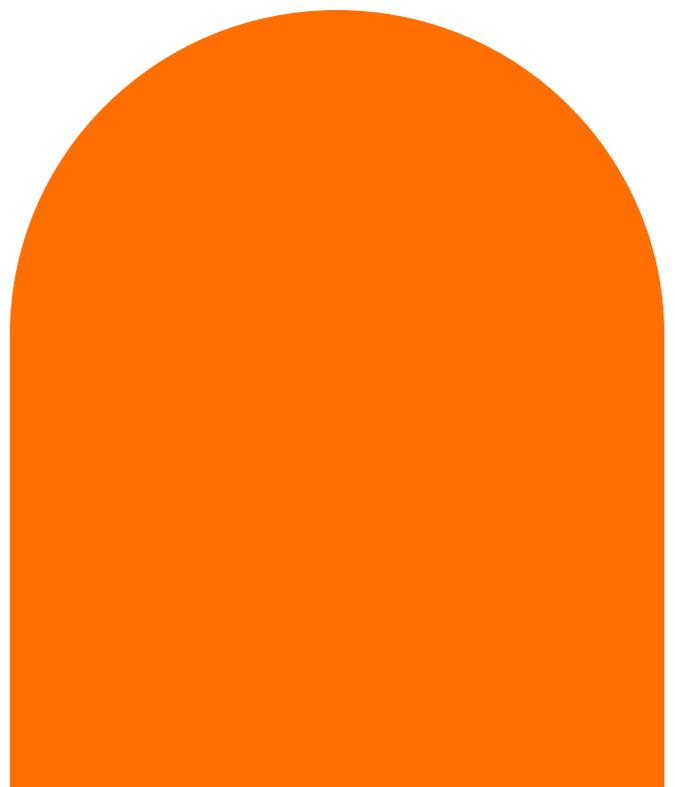
Dr. Hecker bekräftigt den Wert des Sammelns von Daten und plädiert für den Nutzen, den die Patient:innen daraus ziehen können. „Die Bevölkerung sollte Zugang zu transparenten Zahlen, Daten und Fakten haben. Gut informiert zu sein, wird sie ermutigen, laut zu werden, wenn sie das Gefühl hat, dass etwas nicht stimmt.“ - so ihr Fazit.





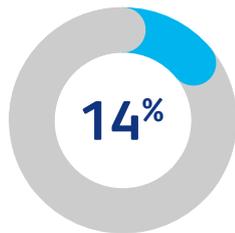
Erhöhung des Versorgungsstandards durch Monitoring

Angesichts der zahlreichen in diesem Kapitel untersuchten Patientensicherheitsrisiken liegt der Fortschritt in der Entwicklung und Umsetzung eines ganzheitlichen Systemansatzes, der robuste Rahmenbedingungen für den Umgang mit Antibiotikaresistenzen umfasst. Das BD Healthcare Resilience Barometer zeigt, dass die Länder zwar begonnen haben, die Bedeutung dieser Initiativen anzuerkennen, aber es bleibt noch ein langer Weg vor uns.

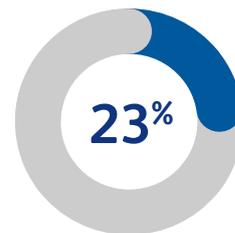


Europaweit schneiden Länder mit vergleichsweise starken Gesundheitssystemen bei den Indikatoren zur Bewertung der von HAI-Überwachungssystemen im Gesundheitswesen gemeldeten Prävalenz schlecht ab. Schlüsselbeispiele dazu sind Irland, die Niederlande und Belgien. In den skandinavischen Ländern scheinen größere Fortschritte erzielt worden zu sein, wobei Norwegen sowohl bei der HAI-Überwachung als auch beim Vorhandensein von HAI-Richtlinien für medizinische Fachkräfte gut abschneidet.

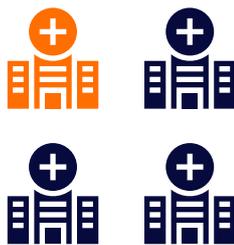
Trotz der Erkenntnis, dass die meisten Medikationsfehler vermeidbar sein könnten,²⁹ hat die BD-Marktforschung, Medication Errors Survey, ergeben, dass:



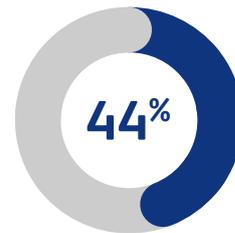
der Krankenhäuser Medikationsfehler nicht routinemäßig verfolgen,³⁰



keine Ursachenanalyse über solche Fehler durchführen,



und einem von vier Krankenhäusern die Anzahl der registrierten Medikamentenfehler nicht bekannt ist.



Noch bemerkenswerter ist, dass fast die Hälfte der Krankenhäuser keine geschulten Fachkräfte zur Erkennung von Medikationsfehlern hat.³⁰

Angesichts des wachsenden Forschungsvolumens zur Prävention von Vorfällen im Rahmen der Patientensicherheit ist die Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten von grundlegender Bedeutung für unser gemeinsames Ziel, den Versorgungsstandard zu verbessern.

Durch die Zusammenführung von Ressourcen und Erkenntnissen aus Industrie, Wissenschaft und Regierungen eröffnen sich uns neue Möglichkeiten, die Genesung von Patient:innen zu erleichtern und die Patientenerfahrungen zu verbessern. Gleichzeitig können wir die medizinischen Fachkräfte in die Lage versetzen, die Effizienz der Arbeitsabläufe im Gesundheitsbetrieb zu steigern.

Gemeinsam können wir eine Dynamik erzeugen, um die kommenden Herausforderungen anzugehen und sichere und resiliente Systeme für Patient:innen aufzubauen.

²⁹ Lahue BJ, Pyenson B, Iwasaki K, Blumen H, Forray S, Rothschild J. *National burden of preventable adverse drug events associated with inpatient injectable medications: healthcare and medical professional liability costs*. Am Health

Drug Benefits; 2012;5(7):1-10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24991335/>
³⁰ European Collaborative Action on Medication Errors and Traceability – ECAMET; 2022. <https://ecamet.eu/>

Kapitel 2

Medizinische Fachkräfte

Während sich die Diskussionen über die Widerstandsfähigkeit des Gesundheitswesens häufig auf die Komplexität und die Strukturen der Systeme konzentrieren, darf ein Faktor nicht übersehen werden. Die Versorgung wird letztlich von Einzelpersonen erbracht. Hinter jedem medizinischen Durchbruch, jeder erfolgreichen Behandlung und jedem beruhigenden Wort stehen medizinische Fachkräfte, die ihr Leben der Pflege anderer gewidmet haben.



Die letzten Jahre haben die Herausforderungen, mit denen Beschäftigte im Gesundheitswesen täglich konfrontiert sind, ins Rampenlicht gerückt, sei es im Zusammenhang mit Arbeitsbedingungen, Unterfinanzierung, mangelnder Planung oder anderen Hindernissen, die eine effiziente und sichere Gesundheitsversorgung behindern.³¹ Genauso wie Patientensicherheit ein integraler Bestandteil der Widerstandsfähigkeit des Gesundheitswesens ist, so ist auch das Wohlergehen und die Sicherheit der Beschäftigten im Gesundheitswesen. Um die Widerstandsfähigkeit der Gesundheitssysteme zu stärken, müssen Maßnahmen ergriffen werden, welche die Arbeitslast des Personals reduzieren und sicherstellen, dass Mitarbeitende über die notwendige Hilfe und Ressourcen verfügen, um eine hochwertige und sichere Versorgung zu bieten.

In diesem Kapitel untersuchen wir den Status quo für medizinische Fachkräfte in allen EMEA-Ländern und betrachten Themen wie das Verhältnis Fachkräfte zu Patient:innen, alternde Belegschaften, Erschöpfung der Mitarbeitenden und Arbeitssicherheit.

31 Michel JP, Ecarnot F. *The shortage of skilled workers in Europa: its impact on geriatric medicine*. Eur Geriatr Med; 2020;11(3):345-347. doi:10.1007/s41999-020-00323-0

Abbildung 5: Karte mit der Barometer-Gesamtbewertung für den Bereich „Medizinische Fachkräfte“ auf EMEA-Ebene

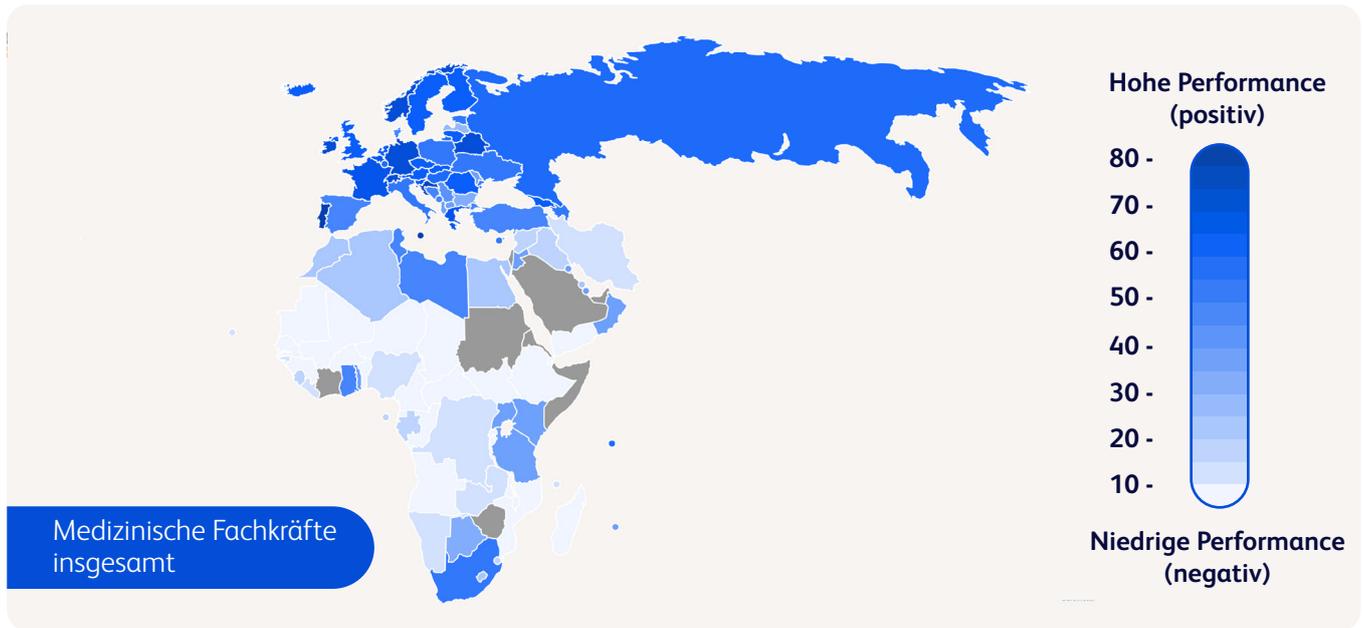


Tabelle 5: Barometer-Gesamtpformance „Medizinische Fachkräfte“ – ausgewählte Länder (in der Rangfolge)

Länder (in Rangfolge)	EMEA-Rangfolge (aus 100 Ländern)
1. Deutschland	4.
2. Irland	7.
3. Schweiz	8.
4. Frankreich	9.
5. Belgien	10.
6. Vereinigtes Königreich	13.
7. Schweden	14.
8. Niederlande	15.
9. Italien	28.
10. Polen	31.
11. Spanien	35.
12. Dänemark	36.

Haftungsausschluss: Für den Bericht des BD Healthcare Resilience Barometers war es unser vorrangiges Ziel, einen umfassenden Überblick über die Resilienz des Gesundheitssystems in Europa, dem Nahen Osten und Afrika (EMEA) zu geben. Um die Relevanz und Anwendbarkeit unserer Ergebnisse zu gewährleisten, haben wir uns mit einer Vielzahl von „Medizinische in der gesamten Region beraten. Während unserer Interviews wurde deutlich, dass ein breiter Überblick unerlässlich ist, es aber auch notwendig ist, tiefer in die regionale Leistungsfähigkeit einzudringen und zu untersuchen, wie sich Herausforderungen in Bezug auf Patientensicherheit, Gesundheitspersonal und Effizienz auf die Resilienz fortschrittlicherer Gesundheitssysteme in Europa auswirken. Um die Analyse zu erweitern und tiefere Einblicke in die regionale Dynamik des Gesundheitswesens zu geben, haben wir beschlossen, Zahlen aus einer ausgewählten Gruppe von Ländern einzubeziehen.

Fachkräftemangel und Demografie

Das Thema Fachkräftemangel stand in den vergangenen Jahren im Mittelpunkt der Diskussionen um die Resilienz im Gesundheitswesen. Die Schätzungen der WHO zeigen, dass es bis 2030 einen globalen Mangel von 18 Millionen Beschäftigten im Gesundheitswesen geben könnte, vor allem in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen.³² Während bereits vor der Pandemie Herausforderungen bezüglich Arbeitskräftemangel bestanden, haben Umfragen von Arbeitnehmerverbänden im Gesundheitswesen einen signifikanten Anstieg an Pflegefachkräften gezeigt, die den Beruf im Jahr 2020 aufgrund der Belastung durch COVID-19 verlassen haben.³³

Der Druck auf das Personal im Gesundheitswesen – und auf die einzelnen Mitarbeitenden – wird verschärft, wenn das Verhältnis Mitarbeitende zu Patient:innen im Gesundheitswesen niedrig ist.³⁴

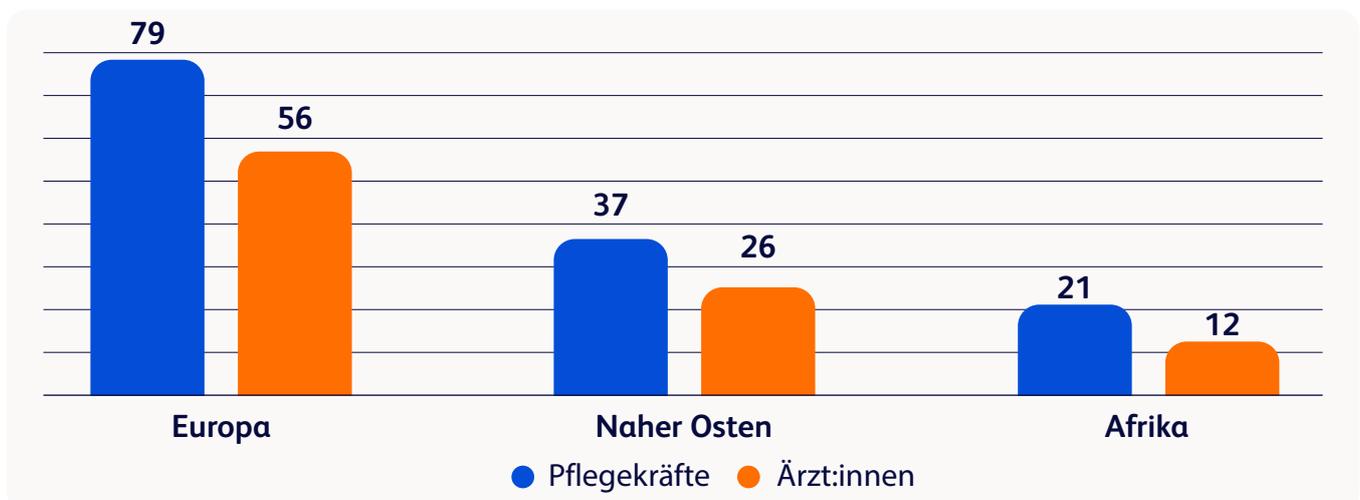
Die Ergebnisse des BD Healthcare Resilience Barometers zeigen, dass Europa sowohl im Verhältnis Pflegekräfte zu Patient:innen als auch Ärzt:innen zu Patient:innen im Gesundheitssystem weit über dem Nahen Osten und Afrika liegt.

Abbildung 6: Verhältnis medizinische Fachkräfte zu Patient:innen (Pflegekräfte/Ärzt:innen) – Barometerbewertungen nach Region

Quelle: Pflege- und Hebammenpersonal (pro 10 000) (WHO)

Ärzt:innen (pro 10 000) (WHO)

Barometerskala: 100: hohe Performance (niedriges Verhältnis Personal zu Patient:innen (Pflegekräfte/Ärzt:innen)) – 0: niedrige Performance (hohes Verhältnis Personal zu Patient:innen (Pflegekräfte/Ärzt:innen))



³² Weltgesundheitsorganisation. *Health workforce*; Zugriff am 8. Februar 2022. https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1

³³ Internationaler Rat der Krankenpfleger (ICN). *The Global Nursing Shortage and Nurse Retention*; 2021. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20Policy%20Brief_Nurse%20Shortage%20and%20Retention_0.pdf

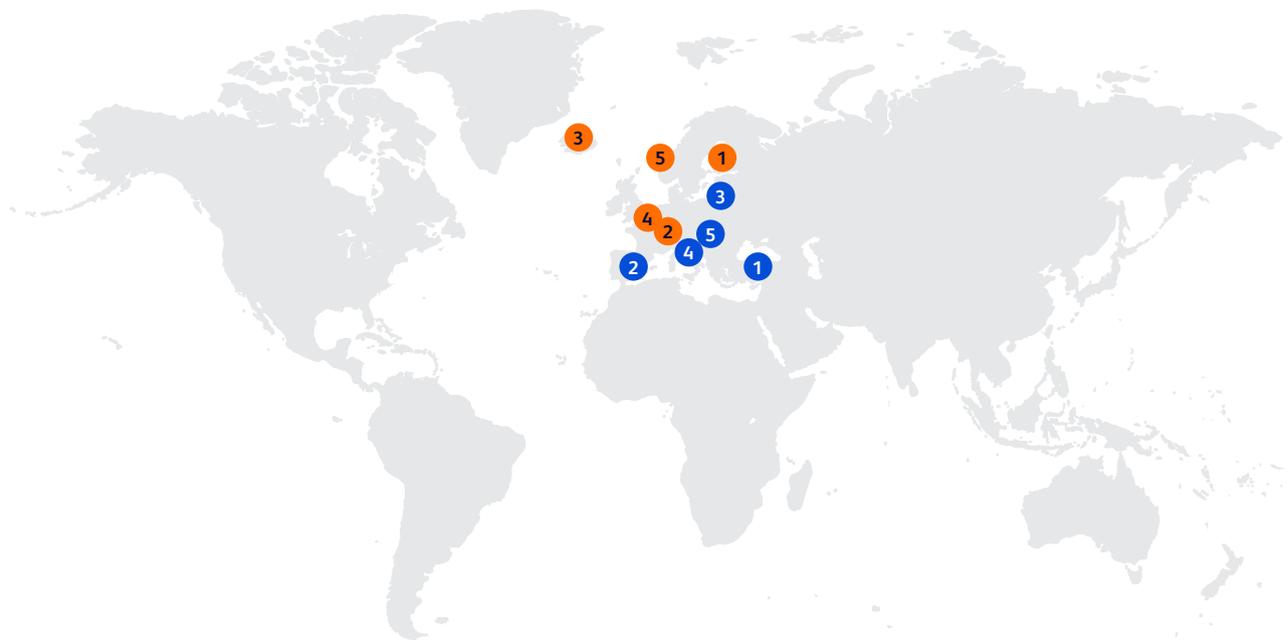
³⁴ Wang L, Lu H, Dong X, et al. *The effect of nurse staffing on patient-safety outcomes: A cross-sectional survey*. *J Nurs Manag*; 2020;28(7):1758-1766. <https://doi.org/10.1111/jonm.13138>

Um die Herausforderungen bei der Resilienz im Gesundheitswesen aus Sicht der Belegschaft zu verstehen, ist es auch sinnvoll, über die Anzahl der verfügbaren Pflegefachkräfte und Ärzt:innen hinaus zu schauen und zu verstehen, wie sich das Verhältnis Pflegefachkräfte zu Ärzt:innen auf die Versorgung auswirkt. Dieses Verhältnis ist wichtig, weil eine ausreichende Anzahl an Pflegefachkräften zur Unterstützung von Ärzt:innen sowohl die effiziente

Durchführung medizinischer Verfahren als auch die Möglichkeit für Ärzt:innen, ihre Zeit optimal zu einzusetzen, positiv beeinflussen kann. Innerhalb der europäischen Region zeigt das BD Healthcare Resilience Barometer Unterschiede in der Länder-Performance für diesen Indikator (siehe die Länder mit der besten und der niedrigsten Performance unten).

Tabelle 6: Verhältnis Pflegekräfte zu Ärzt:innen – Die 5 leistungsfähigsten und die 5 leistungsschwächsten Länder (Europa)

Quelle: Verhältnis Pflegekräfte zu Ärzt:innen (OECD)



Top 5

- 1 Finnland
- 2 Schweiz
- 3 Island
- 4 Luxemburg
- 5 Norwegen

Untere 5

- 1 Türkei
- 2 Spanien
- 3 Lettland
- 4 Italien
- 5 Slowakei

Die demografische Analyse der Arbeitskräfte ist von entscheidender Bedeutung, um Bereiche mit hohem Engpassrisiko zu ermitteln und proaktive Maßnahmen für eine nahtlose Versorgung der Patient:innen auf ihrem Weg zu ermöglichen.

Daten zeigen, dass bei bestehendem Pflegemangel in Kombination mit steigendem Alter der Pflegekräfte und dem zunehmenden COVID-19-Effekt bis zu 13 Millionen Pflegekräfte benötigt werden könnten, um die globalen Engpässe in den nächsten Jahren zu beheben.³⁵ Gerade in Europa bedeutet der wachsende Anteil der über 55-jährigen Mitarbeitenden im Gesundheitswesen, dass alternde Belegschaft eine zentrale Herausforderung ist, welche die Nachhaltigkeit und Widerstandsfähigkeit des Gesundheitswesens bedroht.³⁶

Wie Tabelle 7 zeigt, haben die Länder in Südosteuropa vergleichsweise die jüngsten Pflegefachkräfte, während die Länder weiter im Norden vor größeren Risiken durch eine alternde Belegschaft stehen.

Tabelle 7: Pflegekräfte über 55 Jahre – Die 5 leistungsfähigsten und die 5 leistungsschwächsten Länder (Europa)

Quelle: Pflegekräfte ab 55 Jahren (WHO)



Top 5

- 1 Türkei
- 2 Zypern
- 3 Griechenland
- 4 Belarus
- 5 Slowakei

Untere 5

- 1 Moldau
- 2 Island
- 3 Bulgarien
- 4 Litauen
- 5 Lettland

³⁵ Internationaler Rat der Krankenpfleger (ICN). *The Global Nursing Shortage and Nurse Retention*; 2021. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20Policy%20Brief_Nurse%20Shortage%20and%20Retention_0.pdf

³⁶ Weltgesundheitsorganisation. *Health and care workforce in Europe: time to act*; Zugriff am 18. November 2022. <https://www.who.int/Europa/publications/item/9789289058339>

Psychisches und körperliches Wohlbefinden und Sicherheit der medizinischen Fachkräfte

Es besteht kein Zweifel daran, dass es wichtig ist, über genügend Arbeitskräfte zu verfügen. Die Verfügbarkeit von Gesundheitspersonal ist jedoch noch keine Garantie für die Resilienz der Arbeitskräfte. Wahre Resilienz hängt vom Wohlbefinden der Mitarbeitenden im Gesundheitswesen ab – sowohl psychisch als auch physisch. Von der emotionalen Belastung durch die Patientenversorgung über die körperlichen Anforderungen langer Arbeitszeiten und intensiver Arbeitsumgebungen bis hin zum Risiko, gesundheitsgefährdenden Arzneimitteln ausgesetzt zu sein und mit ihnen zu hantieren, sehen sich medizinische Fachkräfte mit einer Vielzahl von Herausforderungen konfrontiert, die ihr allgemeines Wohlbefinden³⁷ beeinträchtigen und – im Endeffekt – ihre Fähigkeit zur optimalen Versorgung der Patient:innen untergraben können.^{38,39}

Die steigende Arbeitsbelastung kann zu einem Anstieg der Patientensicherheitsvorfälle führen,^{40,41} was nicht nur den Patient:innen, sondern auch den medizinischen Fachkräften schadet.⁴² Unerwünschte Ereignisse haben oft langanhaltende emotionale Auswirkungen auf die Mitarbeitenden im Gesundheitswesen.⁴³ Die Verwicklung in einen Vorfall erhöht das Risiko für Burnout,

übermäßigen Alkoholkonsum und problematischen Medikamentenkonsum bei den Beschäftigten im Gesundheitswesen.⁴⁴

Das BD Healthcare Resilience Barometer zeigt, dass Burnout bei medizinischen Fachkräften in der gesamten EMEA-Region weit verbreitet ist, wobei einige westeuropäische Länder in diesem Bereich besonders schlecht abschneiden (siehe Abbildung 7).

37 Occupational Health and Safety Administration. *Healthcare*. <https://www.osha.gov/healthcare>

38 Hall, L, Johnson, J, Watt, I, Tsipa, A, O'Connor, B. *Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review*. PLOS ONE. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>

39 Madsen MD, Cedergreen P, Nielsen J, Østergaard D. *Healthcare professionals' perception of their working environment and how to handle mental strain*. Acta Anaesthesiol Scand; 2023;67(7):979-986. doi:10.1111/aas.14249

40 Dall'Ora C, Ball J, Reinius M, Griffiths P. *Burnout in nursing: a theoretical review*. Hum Resour Health; 2020;18(1):41. Veröffentlicht am 5. Juni 2020. doi:10.1186/s12960-020-00469-9

41 Madsen MD, Cedergreen P, Nielsen J, Østergaard D. *Healthcare professionals' perception of their working environment and how to handle mental strain*. Acta Anaesthesiol Scand; 2023;67(7):979-986. doi:10.1111/aas.14249

42 Madsen MD, Cedergreen P, Nielsen J, Østergaard D. *Healthcare professionals' perception of their working environment and how to handle mental strain*. Acta Anaesthesiol Scand; 2023;67(7):979-986. doi:10.1111/aas.14249

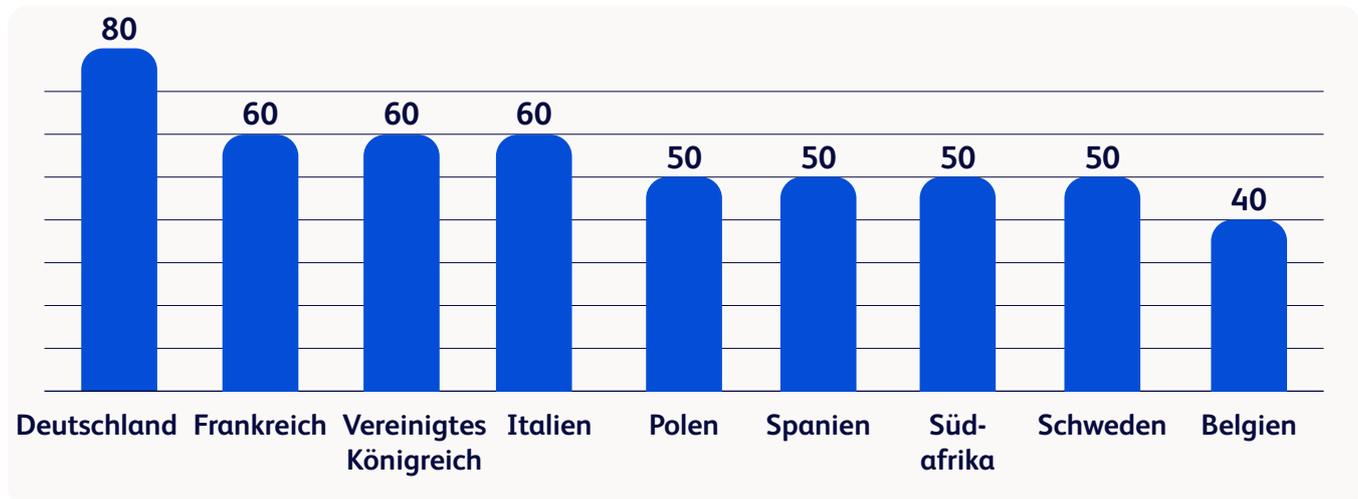
43 Ullström, S, Sachs, M, Hansson, J, Øvretveit, J, Brommels, M. *Suffering in Silence: a qualitative study of second victims of adverse events*. British Medical Journal; 2014. <https://qualitysafety.bmj.com/content/23/4/325>

44 Van Gerven E, Vander Elst T, Vandenbroeck S, et al. *Increased Risk of Burnout for Physicians and Pflegekräfte Involved in a Patient Safety Incident*. Med Care; 2016;54(10):937-943. doi:10.1097/MLR.0000000000000582

Abbildung 7: Burnout bei medizinischen Fachkräften – Barometerbewertungen nach Ländern (ausgewählte EMEA-Länder)

Quelle: Havas Lynx – Healing the Healers (Point.1 data) (Havas Lynx) ergänzt durch zusätzliche Marktforschung

Barometerskala: 100: hohe Performance (niedrige Burnout-Rate) – 0: niedrige Performance (hohe Burnout-Rate)



Obwohl hochintensive, schnellebige Umgebungen ein Schlüsselfaktor für die Entwicklung von Burnout bei Mitarbeitenden im Gesundheitswesen sind, ist nicht nur das Personal von Intensivstationen davon betroffen. Untersuchungen haben ergeben, dass mehr als die Hälfte (51 %) der Apotheker:innen ebenfalls unter Burnout leiden.⁴⁵

Betrachtet man Themen wie vermeidbare Medikationsfehler (die in Kapitel 1 dieses Berichts erörtert wurden), wird deutlich, dass der Aufbau von Resilienz im Gesundheitswesen ein tiefes Verständnis der Zusammenhänge zwischen dem Wohlergehen des Personals, der Patientensicherheit und der effizienten Versorgung erfordert.

Was den wirtschaftlichen Nutzen einer Verbesserung des Wohlbefindens des Gesundheitspersonals betrifft, schätzt eine US-Studie, dass 4,6 Milliarden Dollar an Gesundheitsausgaben auf die Fluktuation von Ärzt:innen und die durch Burnout bedingte Verringerung der klinischen Arbeitszeit zurückzuführen sind.⁴⁶

Maßnahmen im Bereich Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit (Occupational Health and Safety, OHS) sind so ausgelegt, dass sie eine qualitativ hochwertige Versorgung auf effiziente und nachhaltige Weise gewährleisten. Allerdings stellte das BD Healthcare Resilience Barometer fest, dass es

vielen Ländern an umfassenden politischen Instrumenten mangelt, um im Gesundheitswesen auf OHS einzugehen. Dänemark, Finnland und Luxemburg sind einige Beispiele für europäische Länder, in denen eine solche Politik auf nationaler Ebene nicht existiert.

Die Einführung formaler Rahmenbedingungen und Vorschriften kann dazu beitragen, dass Mitarbeitende im Gesundheitswesen nicht durch vermeidbare Gefahren am Arbeitsplatz gefährdet werden und – was besonders wichtig ist – eine Kultur der Verantwortlichkeit und Konsistenz in Gesundheitssystemen entsteht.

Der Schutz des Wohlergehens der medizinischen Fachkräfte kann eine enorme Chance bieten, die Resilienz und Nachhaltigkeit in Krankenhäusern und Gesundheitssystemen im Allgemeinen zu fördern.

Indem alle Beteiligten aus dem Gesundheitssektor zusammenarbeiten, um unerwünschte Ereignisse zu vermeiden, neue Talente für den Beruf zu gewinnen und das Risiko von Engpässen zu mindern, kann die Kontinuität und Qualität der Versorgung von Patient:innen weltweit verbessert werden.

Diese Initiativen können jedoch nicht isoliert existieren. Vielmehr müssen sie in die Bemühungen zur Verbesserung der Patientensicherheit und zur Verbesserung der betrieblichen Effizienz integriert werden. Wir werden dies im nächsten Kapitel dieses Berichts untersuchen.

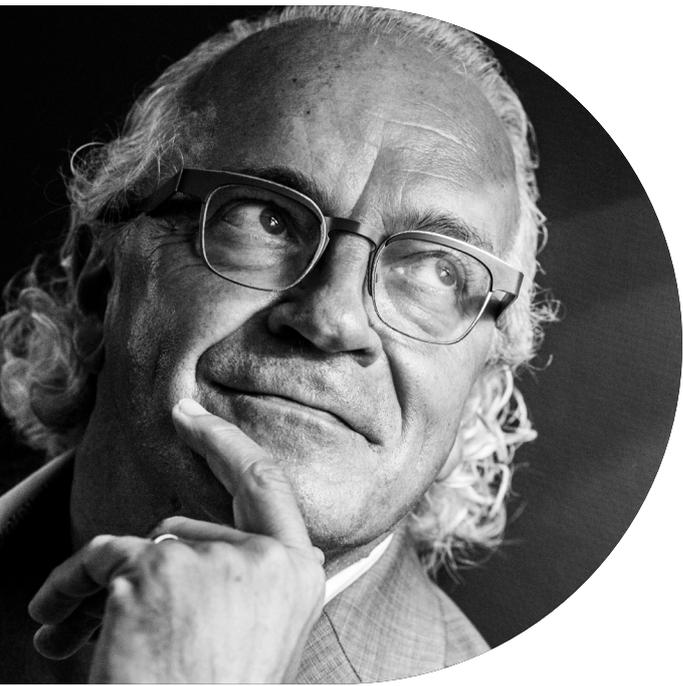
Ganzheitliche Ansätze, welche die miteinander verbundenen Aspekte der Resilienz im Gesundheitswesen erkennen, können den Weg für eine robustere und nachhaltigere Zukunft in der Gesundheitsversorgung ebnen.

⁴⁵ Dee, J, Dhuhaibawi, N, Hayden, J. A systematic review and pooled prevalence of burnout in pharmacists. *Int J Clin Pharm* 45, 1027–1036 (2023). <https://doi.org/10.1007/s11096-022-01520-6>

⁴⁶ Chan, S, Shanafelt, T, Sinsky, C, et al. *Estimating the Attributable Cost of Physician Burnout in the United States*; 2019. *Ann Intern Med*. <https://doi.org/10.7326/M18-1422>



Perspektive eines Meinungsführers



Es ist die Summe einer Reihe kleiner und großer Aktionen, die eine immaterielle Kultur der Wertschätzung in einem Krankenhaus schaffen können.



Marc Noppen

Geschäftsführer am Universitätsklinikum UZ Brüssel, Belgien

Mit rund zwei Jahrzehnten Erfahrung als CEO eines Universitätskrankenhauses und einem Hintergrund in klinischer und interventioneller Pulmologie teilt Marc Noppen seine Vision für den Aufbau von Resilienz im Gesundheitssystem. Er erörtert die sich entwickelnden Ansätze zum Aufbau einer gesunden Arbeitskultur und wie MedTech die Beziehung zwischen Patient:innen und Leistungserbringern unterstützen kann.

Arbeitskräfte: überfordert und nicht genug gewürdigt

Für Marc Noppen liegt die größte Herausforderung für die Resilienz des Gesundheitswesens im Zustand der Belegschaften. In Bezug auf die Kapazitätsprobleme in den Gesundheitssystemen weltweit nach der Pandemie scheidern seiner Meinung nach die meisten Bemühungen um den Aufbau von Resilienz „an der Kluft zwischen dem akuten Bedarf an robusten

Arbeitskräften und der Zahl der qualifizierten Fachkräfte, die zur Verfügung stehen – und bereit sind, unter den aktuellen Umständen zu arbeiten.“ Er stellt fest, dass die Überalterung der Bevölkerung und der begrenzte Zustrom neuer Ärzt:innen sowie die Überalterung und die zunehmenden Aufgaben des Pflegepersonals dazu führen, dass sich

ein höherer Prozentsatz der Beschäftigten überfordert fühlt, sich krankschreiben lässt oder den Beruf verlässt. „Der Fachkräftemangel führt zu längeren Wartelisten, Stationsschließungen und erhöhtem Druck auf die verbleibende Belegschaft, was zu einem Teufelskreis wird“, erklärt Noppen.

Der Aufbau einer robusten Belegschaft bedeutet aber nicht nur, dass genügend Personal erhalten bleibt. Noppen betont, dass die Nachhaltigkeit und Resilienz jeder Gesundheitsorganisation von der Fähigkeit der Führung abhängt, dem Wohlergehen der Arbeitskräfte und der Unternehmenskultur Priorität einzuräumen und diese zu verbessern.

Gesundheit für Nachhaltigkeit

Noppen weist darauf hin, dass das belgische Gesundheitssystem nach wie vor volumenorientiert ist und die Kostenerstattung und Finanzierung hauptsächlich auf der Grundlage von Leistungsentgelten erfolgt. Er betont, dass ein Wechsel des Schwerpunkts erforderlich sei und das vorrangige Ziel der Gesundheitsfürsorge darin bestehen sollte, die Menschen bei der Erhaltung ihrer Gesundheit zu unterstützen und Krankheiten vorzubeugen. „Das belgische System profitiert nach derzeitigem Stand finanziell davon, dass seine Krankenhäuser ausgelastet sind. Das ist auf Dauer nicht tragbar, und wir müssen den Zweck der Gesundheitsfürsorge neu denken“, sagt er.

Noppen ist begeistert von der Einführung von KI und generativer KI in der Gesundheitsversorgung. „Ich glaube wirklich, dass dies die Arbeitsbelastung von Ärzt:innen und Pflegefachkräften entscheidend mindern wird.“

„Wir müssen mit gutem Beispiel vorangehen und in unserem Umgang mit den Menschen Wertschätzung zeigen“, sagt er. „Es ist die Summe einer Reihe von kleinen und großen Aktionen, die eine immaterielle Kultur der Wertschätzung in einem Krankenhaus schaffen können, die zum Aufbau eines nachhaltigen, resilienten Gesundheitssystems beitragen kann“, fügt Noppen hinzu. Noppen stellt weiter fest, dass Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten, größtenteils durch intrinsische Faktoren motiviert sind, die auf einem Fundament von Autonomie, Fähigkeiten und Sinnhaftigkeit aufbauen – und eine resiliente Kultur müsse daher diese Qualitäten widerspiegeln.

Er fügt hinzu, dass Beispiele für generative Technologien, wie genAI-gestützte Sprache-zu-Text-Systeme, eine zentrale Rolle bei der Automatisierung verschiedener Arbeitsabläufe spielen können. „Dass dadurch Patientenkonsultationen aufgezeichnet werden können, nimmt Ärzt:innen einen Großteil des Prozesses ab und ermöglicht ihnen viel mehr Zeit für die Interaktion mit ihren Patient:innen.“



Perspektive eines Meinungsführers



Die Industrie kann oft alternative Sichtweisen und Rückmeldungen liefern, die den Gesundheitsdienstleistern helfen, Verbesserungen zu implementieren und resilientere Strategien für die Patientenversorgung zu entwickeln.



Experte für Arbeitskräfte im Gesundheitswesen, Frankreich

Diese Perspektive umfasst ein Interview mit einem Experten für Arbeitskräfte im Gesundheitswesen. Mit mehr als einem Jahrzehnt Erfahrung als Krankenhausdirektor in Frankreich gibt er Einblicke in die effektive Versorgung von Patient:innen und Mitarbeitenden im Gesundheitswesen. In unserem Gespräch geht es um die Bedeutung der Kultur als zentrales Element auf allen Ebenen einer Organisation und darüber, wie die Anpassungsfähigkeit des Gesundheitssystems das Wohlbefinden der Angestellten fördern kann.

Ökosystemgesteuerte Entscheidungsfindung

Kultur, so der Experte, sei ein wesentlicher Bestandteil eines gut funktionierenden Gesundheitssystems. „Eine widerstandsfähige Belegschaft ist in der Lage, sich täglich an veränderte Bedingungen anzupassen – und das ist die Mission, die in den Mittelpunkt der Unternehmenskultur einer Organisation gestellt werden muss.“

Dazu müsse das Management von Gesundheitsdienstleistern ein gründliches und genaues Verständnis für das Ökosystem in ihrer Organisation haben. „Führungskräfte können nur dann effektive Managemententscheidungen treffen, wenn sie wissen, was in ihrer Organisation vor sich geht, wo die Ineffizienzen sind und welche Bereiche zu wenig Ressourcen haben“, erklärt er.

Er argumentiert jedoch, dass Kultur etwas sei, das auf allen Ebenen der Organisation verankert werden müsse. „Wir müssen eine Kultur der Resilienz im Gesundheitssystem pflegen, und alle Ebenen des Personals müssen einbezogen werden.“ Er betont die Bedeutung der Motivation der Belegschaft und stellt fest, dass die Mitarbeitenden verstehen müssten, „nicht nur was die Probleme sind, sondern wie und warum diese Probleme gelöst werden können.“ Die Verknüpfung von Herausforderungen mit individuellen Perspektiven könne eine proaktive Problemlösung fördern, fügt er hinzu.

Resilienz müsse ganzheitlich verstanden werden und könne nur durch die Zusammenarbeit mit anderen Akteur:innen aus Gemeinden, Politik und Industrie erreicht werden, stellt der Experte fest. „Der Austausch bewährter Methoden ist entscheidend“, argumentiert er. Er hebt insbesondere die Vorteile von Industriepartnerschaften hervor und weist darauf hin, dass „die Branche oft alternative Sichtweisen und Feedback liefern [kann], die den Gesundheitsdienstleistern bei der Implementierung von Verbesserungen und der Entwicklung von Strategien für eine resilientere Patientenversorgung helfen“.

Vorrang für das Wohlbefinden der Mitarbeitenden

Er erörtert den Zustand der heutigen Arbeitskräfte im Gesundheitswesen und weist darauf hin, dass die Richtlinien der Organisationen an die sich ändernden Bedürfnisse ihrer Mitarbeitenden angepasst werden müssten. „Alternde Belegschaften sind natürlich eine zentrale Herausforderung, der wir uns stellen müssen. Führungskräfte neigen dazu, zu denken, dass sie nichts dagegen tun können – aber das ist nicht der Fall.“ Er schlägt vor, dass Krankenhäuser Mentoringprogramme einführen könnten, bei denen jüngere Mitarbeitende eine:n ältere:n Mentor:in erhalten, der oder die ihnen bei der Weiterentwicklung helfen kann. „Das wäre eine Win-win-Situation, weil die älteren Arbeitnehmenden eine neue Generation von Fachkräften ausbilden können, auf deren Unterstützung sie sich dann verlassen können“, erklärt er.

wenn auch aus einer besonderen Perspektive. Während in den vergangenen vier Jahren viel über das Thema Burnout von Mitarbeitenden im Gesundheitswesen gesprochen wurde, hebt er eine andere Herausforderung hervor, die sich aus der Neuorganisation von Arbeitsabläufen in Krankenhäusern ergibt. „Die Pandemie erforderte eine Verlagerung hin zu mehr selbständiger Arbeit. Wir beginnen jetzt konkret, die negativen Auswirkungen dieser Isolation auf das Wohlbefinden der Mitarbeitenden zu erkennen“, erklärt er. „Effizienz muss natürlich eine primäre Überlegung sein, aber wenn wir Burnout verhindern wollen, glaube ich, dass wir versuchen müssen, einige der herkömmlichen kollegialeren Arbeitsweisen zurückzubringen.“

Er geht kurz auf die Auswirkungen der Pandemie auf das Gesundheitspersonal ein und spricht über den Aspekt der psychischen Gesundheit –

Perspektive eines Meinungsführers



Die Technologie bietet unendlich viele Möglichkeiten für die Zukunft des Gesundheitswesens, aber mit der Geschwindigkeit, mit der sich die Medizintechnik weiterentwickelt, kann man nur schwer Schritt halten.



Dr. Jose Luis Cobos Serrano

Vizepräsident III des Allgemeinen Rates für Krankenpflege in Spanien und Mitglied des Verwaltungsrats des Internationalen Rates für Krankenpflege (ICN) Spanien

Dr. Jose Luis Cobos Serrano verfügt über drei Jahrzehnte Erfahrung im spanischen Gesundheitswesen und hatte auch hochrangige Positionen in Organisationen inne, in denen er u. a. für Schulungen und Qualitätssicherung verantwortlich war. In diesem Gespräch erläutert Dr. Cobos Serrano, wie wichtig es ist, die medizinischen Fachkräfte umfassend zu schulen, damit sie die Innovationen der MedTech-Branche effektiv nutzen können.

Stärkung der Belegschaft

Die meisten Diskussionen um die Resilienz im Gesundheitswesen, so Dr. Cobos Serrano, konzentrieren sich auf die Notwendigkeit, die Belegschaft im Gesundheitswesen zu stärken und aufzustocken. Ein wichtiger Punkt, der jedoch oft übersehen werde sei, ist die Tatsache,

dass eine solide Belegschaft allein nicht ausreicht, um sicherzustellen, dass Gesundheitsorganisationen effizienter arbeiten. „Das medizinische Personal hat oft nicht die Flexibilität, die neueste Innovation tatsächlich anzunehmen und zu nutzen“,

betont Dr. Cobos Serrano.

„Technologie bietet unendliche Möglichkeiten für die Zukunft des Gesundheitswesens, aber es kann schwierig sein, mit dem Tempo, in dem sich die Medizintechnik entwickelt, Schritt zu halten“, erklärt er und fügt hinzu, dass die Finanzmittel in den Gesundheitsorganisationen nicht nur für die Beschaffung modernster

Verantwortung teilen

Laut Dr. Cobos Serrano besteht eine der größten Herausforderungen für Arbeitskräfte im Gesundheitswesen derzeit darin, dass die Gesellschaft immer höhere Anforderungen an sie stellt. Er sagt: „In der Vergangenheit wurde von den medizinischen Fachkräften erwartet, dass sie einen paternalistischen Ansatz bei der Bereitstellung von Pflegeleistungen verfolgen, aber jetzt werden sie von den Patient:innen und Gemeinschaften stärker gefordert.“ Dr. Cobos Serrano sorgt sich um das körperliche und geistige Wohlbefinden der Mitarbeitenden, das einen integralen Bestandteil der Resilienz im Gesundheitswesen darstellt.

„Es liegt nicht allein in der Verantwortung der Mitarbeitenden, die Gesundheitsversorgung zu verbessern“, argumentiert er und weist darauf hin, dass die verschiedenen Akteur:innen, die Einfluss auf das Gesundheitssystem haben, für die Lösung dieser Probleme entscheidend

MedTech-Geräte bereitgestellt werden sollten, sondern auch dafür, dass die Mitarbeitenden im sicheren Umgang mit diesen Technologien geschult werden. „Um zu verhindern, dass das Gesundheitssystem stagniert, müssen wir Pflegekräfte, in die Lage versetzen, sich in dem Bereich weiterzuentwickeln.“

sein. Um eine kompetente und qualifizierte Belegschaft aufzubauen, fordert Dr. Cobos Serrano Führungskräfte und Verwaltungsangestellte im privaten Gesundheitssektor auf, eine effiziente Rekrutierung mit ausreichenden Mitteln durchzuführen, um sicherzustellen, dass die eingestellten Mitarbeitenden gehalten werden können und geeignet sind, die für das System erforderlichen langfristigen Verbesserungen umzusetzen. Abschließend appelliert er an die Entscheidungsträger:innen und die Politik, ihre jeweiligen Aufgaben und Verantwortlichkeiten zu erfüllen, indem sie dafür sorgen, dass für die öffentlichen Sensibilisierungskampagnen genügend finanzielle Mittel zur Verfügung stehen.



Perspektive einer Meinungsführerin



Die Länder stehen jetzt im globalen Wettbewerb um Mitarbeitende im Gesundheitswesen.



Ana Nicholls

Direktorin für Industrieanalysen bei The Economist Intelligence Unit (EIU), Vereinigtes Königreich

Ana Nicholls hat sich auf globale Wirtschaftsentwicklung spezialisiert und ist Expertin für staatliche Industrie- und Wirtschaftspolitik. Sie arbeitet eng mit Kunden im Gesundheitswesen und im Automobilssektor zusammen. In diesem Gespräch bietet Nicholls eine makroökonomische Perspektive für die Zukunft einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung. Sie berührt dabei Themen wie Kontinuität der Belegschaft und Gesundheitsausgaben.

Mitarbeitende im Gesundheitswesen sind sehr gefragt

Nicholls sieht die rapide steigende Nachfrage nach Mitarbeitenden im Gesundheitswesen als eine der größten Herausforderungen für die Resilienz im Gesundheitswesen weltweit. Sie gibt zu bedenken, dass „die Länder heute in einem globalen Wettbewerb um Mitarbeitende im Gesundheitswesen stehen. Einerseits bedeutet eine alternde

Bevölkerung, dass viele Länder verzweifelt versuchen, Fachkräfte für die Pflege ihrer älteren Bürger:innen zu gewinnen. Und auf der anderen Seite stehen Entwicklungsländer, welche die Arbeitskräfte brauchen, um ihre Gesundheitssysteme zu entwickeln.“ Nicholls stellt fest, dass dieser Wettbewerb dazu führt, dass Entwicklungsländer Maßnahmen

und Anreize einführen müssen, um ihre Mitarbeitenden im Gesundheitswesen im eigenen Land zu halten, während die Industrieländer versuchen, diese abzuwerben.

Nicholls ist der Ansicht, dass eine effizientere Zusammenarbeit eine Schlüsselrolle bei der Verringerung des Drucks spielen könnte, indem praktische Anstrengungen unternommen werden, um sich die Arbeitskräfte zu teilen und so die Resilienz im Gesundheitswesen über Regionen hinweg zu stärken. Sie verweist auf das Beispiel eines britischen Auslandshilfeprogramms, in dessen Rahmen das Vereinigte Königreich Fachkräfte

des Gesundheitswesens aus Afrika ausbildet und mit ihnen Erfahrungen austauscht. Nicholls argumentiert, dass ähnliche Programme dazu beitragen könnten, den Wettbewerb um Mitarbeitende im Gesundheitswesen zu verringern, beispielsweise wenn wohlhabende Länder Schulungen unter der Bedingung anbieten, dass ausgebildete Mitarbeitende in Zukunft sowohl im Gastland als auch im eigenen Land arbeiten. „Es wäre wirklich hilfreich, wenn es mehr von dieser Art des gemeinsamen Denkens über internationale Gesundheitsberufe gäbe.“

Stabilisierung der Gesundheitsausgaben

Nicholls erklärt, dass sich die Gesundheitsausgaben weltweit in den letzten vier Jahren verändert haben. „Ein großer Teil der Mittel wurde für die 'COVID-19-Versorgung' bereitgestellt, sodass die restliche Versorgung auf der Strecke blieb.“ Dies habe zu einer instabilen Finanzierung in verschiedenen Bereichen der klinischen Versorgung geführt, insbesondere im Zeichen der gestiegenen Inflation. Aus der Perspektive der Ausgabenallokation argumentiert Nicholls, dass es zwar wichtig sei, in Innovationen zu investieren, um Behandlungen für weniger verbreitete medizinische Probleme wie seltene Krankheiten zu entwickeln, dies aber nicht dem allgemeineren Bedarf einer soliden Gesundheitsversorgung in der Breite der Bevölkerung gerecht werde.

Im Hinblick auf eine wertebasierte Gesundheitsversorgung fordert Nicholls mehr Konsens und Klarheit über den Wert, der dem Produkt auf der Grundlage individueller Patientenergebnisse zukommt, und den Wert, den das Produkt für die Gesellschaft als Ganzes hat. Sie glaubt, dass die Festlegung klarer Prioritäten dazu beitragen könne, langfristig nachhaltigere Gesundheitssysteme zu schaffen. Nicholls schließt die Diskussion mit einem Verweis auf Daten der WHO, wonach heute über 90 % der Bevölkerung in Gebieten leben, in denen die Luftverschmutzung die WHO-Grenzwerte überschreitet.⁴⁷ Vor diesem Hintergrund fordert sie Gesundheitsdienstleister auf, ihre Verantwortung zu erkennen, so umweltbewusst wie möglich zu handeln und sich zu verpflichten, die Verschwendung im Gesundheitswesen zu reduzieren.

⁴⁷ Weltgesundheitsorganisation. *Billions of people still breathe unhealthy air: new WHO data*; 2022. <https://www.who.int/news/item/04-04-2022-billions-of-people-still-breathe-unhealthy-air-new-who-data>

Kapitel 3

Effizienz

Der Aufbau von Resilienz im Gesundheitswesen – warum Prozesse wichtig sind

Eine resiliente Gesundheitsversorgung kann nur erreicht werden, wenn alle Beteiligten des Systems optimal zusammenarbeiten und das gleiche Ziel verfolgen. In den vorangegangenen Kapiteln lag der Fokus zu Recht auf den beiden Hauptakteuren im Gesundheitssystem: den Patient:innen und den Mitarbeitenden im Gesundheitswesen. Es gibt jedoch einen wichtigen und oft übersehenen Aspekt, der noch behandelt werden muss.

Dieses Kapitel widmet sich der Untersuchung der Prozesse, welche die Effizienz der Gesundheitsversorgung in der EMEA-Region prägen. OECD-Daten zeigen, dass „ein erheblicher Teil der Gesundheitsausgaben [...] bestenfalls ineffektiv und schlimmstenfalls verschwenderisch ist“.⁴⁸ Dieses Jahr untersuchen wir dieses Thema genauer und zeigen auf, wo die systemischen Ineffizienzen auftreten.

Die steigende Inflation wirkt sich auf die Gesundheitsausgaben in der gesamten EMEA-Region aus⁴⁹, wobei die Nachfrage nach Pflegeleistungen bereits jetzt zu immer höheren Betriebskosten führt. Die daraus resultierende Ausgabenbeschränkungen wirken sich demzufolge negativ auf die Resilienz der Gesundheitssysteme aus. Diese Einschränkungen wirken sich direkt auf die Gehälter der

Mitarbeitenden, die Betriebskosten und die finanziellen Aussichten aufgrund der Einführung neuer Technologien sowie die Bemühungen zur Verbesserung der Nachhaltigkeit aus.

Eine Übersicht der Europäischen Kommission zeigt auf, dass Gesundheitssysteme in ganz Europa versuchen, einen gleichberechtigten Zugang zu grundlegender, hochwertiger Versorgung zu gewährleisten und gleichzeitig ihre langfristige Nachhaltigkeit zu schützen. Damit wollen Regierungen Wege aufzeigen, wie sie die Effizienz ihres Gesundheitssystems verbessern und gleichzeitig diese doppelte Herausforderung angehen können.⁵⁰

Die Indikatoren, welche die Bewertungen in diesem Abschnitt des BD Healthcare Resilience Barometers untermauern, wurden sorgfältig ausgewählt, um ein detailliertes Bild der Effizienz zu erhalten. An erster Stelle steht dabei die gesundheitsbezogene Lebenserwartung (Health-Adjusted Life Expectancy, HALE), aber wir betrachten auch spezifischere Kennzahlen

wie die durchschnittliche Verweildauer, welche die Wirksamkeit von Behandlungen und die allgemeine Qualität der Gesundheitsversorgung widerspiegelt. Vermeidbare Todesfälle sind ein weiterer wichtiger Indikator dafür, wie gut das Gesundheitssystem seinen Zweck erfüllt.

Die Herausforderung der ökologischen Nachhaltigkeit

Abschließend gehen wir auf die Herausforderungen im Zusammenhang mit der ökologischen Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen ein. Mit einem Klima-Fußabdruck des Gesundheitswesens, der 4,4 % der globalen Nettoemissionen ausmacht,⁵¹ besteht ein deutlicher Handlungsbedarf, Prozesse überall dort anzupassen, wo es möglich ist, um Verschwendung zu minimieren und die Umweltauswirkungen des Betriebs zu reduzieren.

Wenn dies vernachlässigt wird, werden die Verschmutzung und die Umweltrisiken, die durch das Gesundheitswesen verursacht werden, weiterhin zu den Gesundheitsproblemen der Bevölkerung beitragen, die es zu versorgen sucht.

Das BD Healthcare Resilience Barometer zeigt, dass eine Verbesserung der Effizienz der Schlüssel zur Förderung der Resilienz und zur Vorbereitung des Gesundheitssystems auf eine gute Leistung in Zeiten von Belastungen ist.

Unsere Gespräche mit Expert:innen des Gesundheitswesens haben ergeben, dass das Erkennen von Möglichkeiten für MedTech zur Verbesserung der Systemeffizienz die Resilienz stärken und das System in Zeiten der Belastung stabil halten kann.

(Siehe Seite 64 Perspektive von Professor Pascal Verdonck).

Die Ermittlung der Ursache von Ineffizienzen kann den Weg zur Verbesserung der Finanzstruktur des Systems ebnen, um Verschwendung zu reduzieren. Dies wiederum sorgt dafür, dass die Gesundheitsausgaben bestmöglich und im Interesse der Angestellten und Patient:innen eingesetzt werden.

⁴⁸ Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). *Tackling Wasteful Spending on Health*; Veröffentlicht online 2017. <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>

⁴⁹ Weltbank. *Inflation, consumer prices (annual %)*. <https://data.worldbank.org/indicator/FP.CPI.TOTL.ZG?view=map>

⁵⁰ Europäische Kommission. *Tools and methodologies to assess the efficiency of health care services in Europe: an overview of current approaches and opportunities for improvement*; 2019. Zugriff am 28. Juli 2022. <https://ec.europa.eu/newsroom/sante/items/650120>

⁵¹ Health Care Without Harm. *Health care's climate footprint*; 2019. https://noharm-global.org/sites/default/files/documents-files/5961/HealthCaresClimate-Footprint_092319.pdf

Finanzielle und operative Herausforderungen

Abbildung 8: Karte mit der Barometer-Gesamtbewertung für den Bereich „Effizienz“ auf EMEA-Ebene

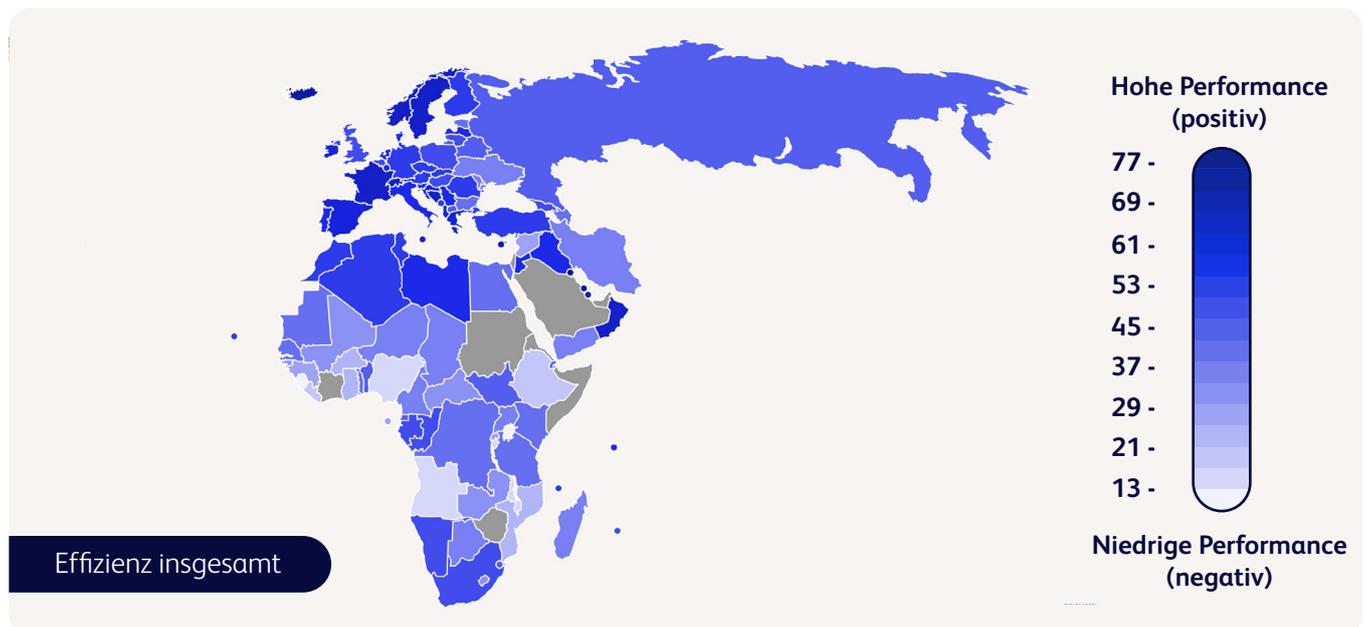


Tabelle 8: Barometer-Gesamtpformance „Effizienz“ – ausgewählte Länder (in der Rangfolge)

Länder (in Rangfolge)

EMEA-Rangfolge (aus 100 Ländern)

1. Frankreich	6.
2. Schweiz	11.
3. Schweden	12.
4. Spanien	14.
5. Irland	15.
6. Dänemark	18.
7. Italien	22.
8. Niederlande	24.
9. Deutschland	42.
10. Vereinigtes Königreich	43.
11. Belgien	45.
12. Polen	53.

Haftungsausschluss: Für den Bericht des BD Healthcare Resilience Barometers war es unser vorrangiges Ziel, einen umfassenden Überblick über die Resilienz des Gesundheitssystems in Europa, dem Nahen Osten und Afrika (EMEA) zu geben. Um die Relevanz und Anwendbarkeit unserer Ergebnisse zu gewährleisten, haben wir uns mit einer Vielzahl von Meinungsführer:innen in der gesamten Region beraten. Während unserer Interviews wurde deutlich, dass ein breiter Überblick unerlässlich ist, es aber auch notwendig ist, tiefer in die regionale Leistungsfähigkeit einzudringen und zu untersuchen, wie sich Herausforderungen in Bezug auf Patientensicherheit, Gesundheitspersonal und Effizienz auf die Resilienz fortschrittlicherer Gesundheitssysteme in Europa auswirken. Um die Analyse zu erweitern und tiefere Einblicke in die regionale Dynamik des Gesundheitswesens zu geben, haben wir beschlossen, Zahlen aus einer ausgewählten Gruppe von Ländern einzubeziehen.

In den drei Themenbereichen des BD Healthcare Resilience Barometers ist die Verfügbarkeit von Ressourcen für die Gesundheitsversorgung in den europäischen Ländern nach wie vor am größten, immer dichter gefolgt vom Nahen Osten, während Afrika am weitesten zurückliegt.

Allerdings hatte insbesondere Europa in den letzten Jahren mit einer steigenden Inflation zu kämpfen, welche die effektive Nutzung der Budgets in den Gesundheitseinrichtungen vor erhebliche Herausforderungen stellt. Betrachtet man die staatlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf, so schneiden die Schweiz und Norwegen im Barometer am besten ab. Diese Länder mit ihren starken Währungen bleiben resilienter gegenüber der Inflation, die den Rest Europas erfasst hat.

Die Ergebnisse des BD Healthcare Resilience Barometers zeigen, dass die Inflation im Nahen Osten weniger eine unmittelbare Herausforderung darstellt.

Die Golfstaaten sind in der Lage, ihre verfügbaren Ressourcen zu nutzen, um in die Gesundheitsversorgung zu investieren und die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern, um allmählich zu den europäischen Standards aufzuschließen – und diese in einigen Fällen sogar zu übertreffen.

Bei der Betrachtung der gesundheitsbezogenen Lebenserwartung (Health-adjusted Life, HALE) schneidet Europa von den drei Subregionen am besten ab, wobei die regionalen Ergebnisse die Höhe der verfügbaren Mittel für die Gesundheitsversorgung widerspiegeln.

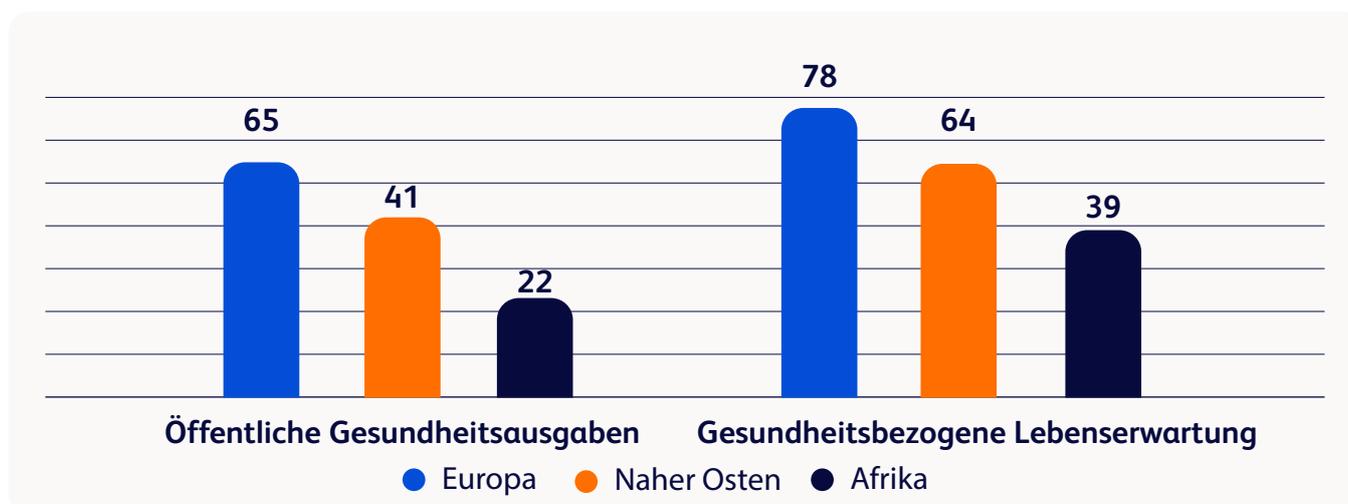
Abbildung 9: Gesundheitsausgaben und gesundheitsbezogene Lebenserwartung, Durchschnittswerte nach Region

Quelle 1: Gesundheitsausgaben der öffentlichen Haushalte nach Funktionen des Gesundheitswesens (WHO)

Barometerskala: 100: hohe Performance (niedrige Gesundheitsausgaben) – 0: niedrige Leistung (hohe Gesundheitsausgaben)

Quelle 2: Gesundheitsbezogene Lebenserwartung (HALE) bei der Geburt (Jahre) (WHO)

Barometerskala: 100: hohe Performance (hohe HALE) – 0: niedrige Performance (niedrige HALE)



Wenn es um vermeidbare Todesfälle geht, weisen die Gesundheitssysteme der west- und nordeuropäischen Länder eine bessere Effizienz auf, während die osteuropäischen Länder Schwierigkeiten haben, die Zahl der vermeidbaren Todesfälle zu verringern.

Tabelle 9: Vermeidbare Todesfälle – Die 5 leistungsstärksten und 5 leistungsschwächsten Länder (Europa)

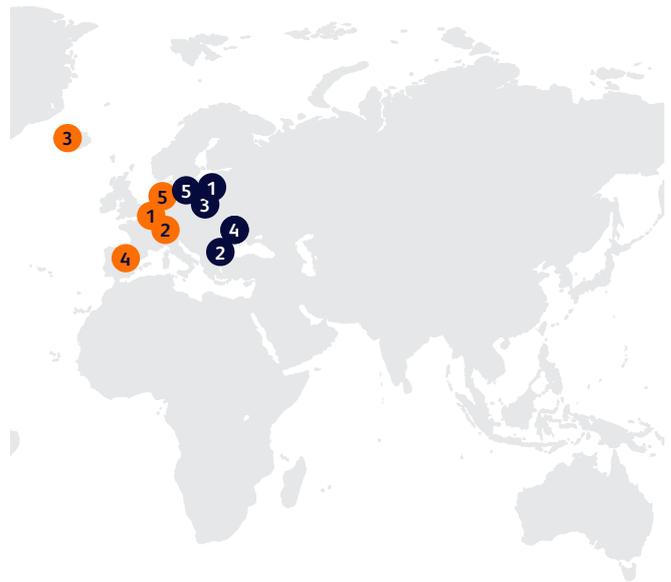
Quelle: Potenziell verlorene Lebensjahre (OECD)

Top 5

- | | |
|-------------|---------------|
| 1 Luxemburg | 4 Spanien |
| 2 Schweiz | 5 Niederlande |
| 3 Island | |

Untere 5

- | | |
|-------------|------------|
| 1 Lettland | 4 Rumänien |
| 2 Bulgarien | 5 Polen |
| 3 Litauen | |



Ein genauerer Blick auf die Effizienz-Ergebnisse zeigt, dass große europäische Länder wie Italien, Deutschland und Portugal bei der durchschnittlichen Verweildauer schlecht abschneiden. Dies zeigt, dass die verschiedenen Faktoren, die sich auf die Verweildauer auswirken, besser aufeinander abgestimmt werden müssen, und zwar nicht nur in Bezug auf das Patientenmanagement und die Behandlung.

Tabelle 10: Verweildauer – Die 5 leistungsstärksten und 5 leistungsschwächsten Länder (Europa)

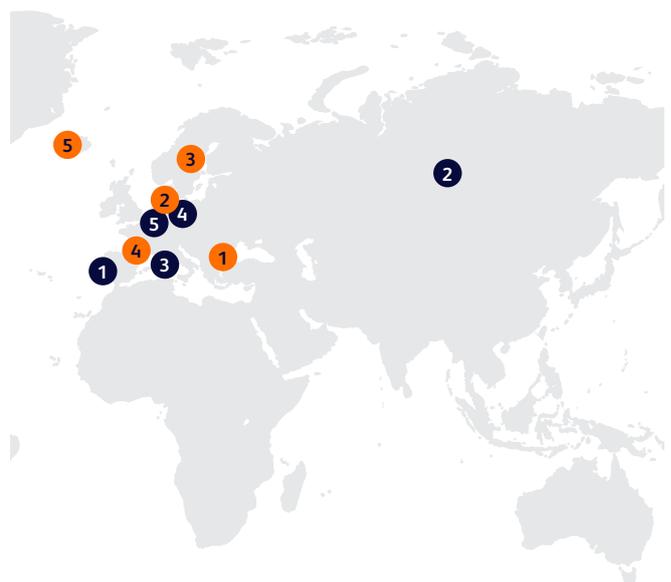
Quelle: Nutzung des Gesundheitswesens – Verweildauer (Akutversorgung) (OECD)

Top 5

- | | |
|---------------|--------------|
| 1 Bulgarien | 4 Frankreich |
| 2 Niederlande | 5 Island |
| 3 Schweden | |

Untere 5

- | | |
|------------|---------------|
| 1 Portugal | 4 Deutschland |
| 2 Russland | 5 Luxemburg |
| 3 Italien | |

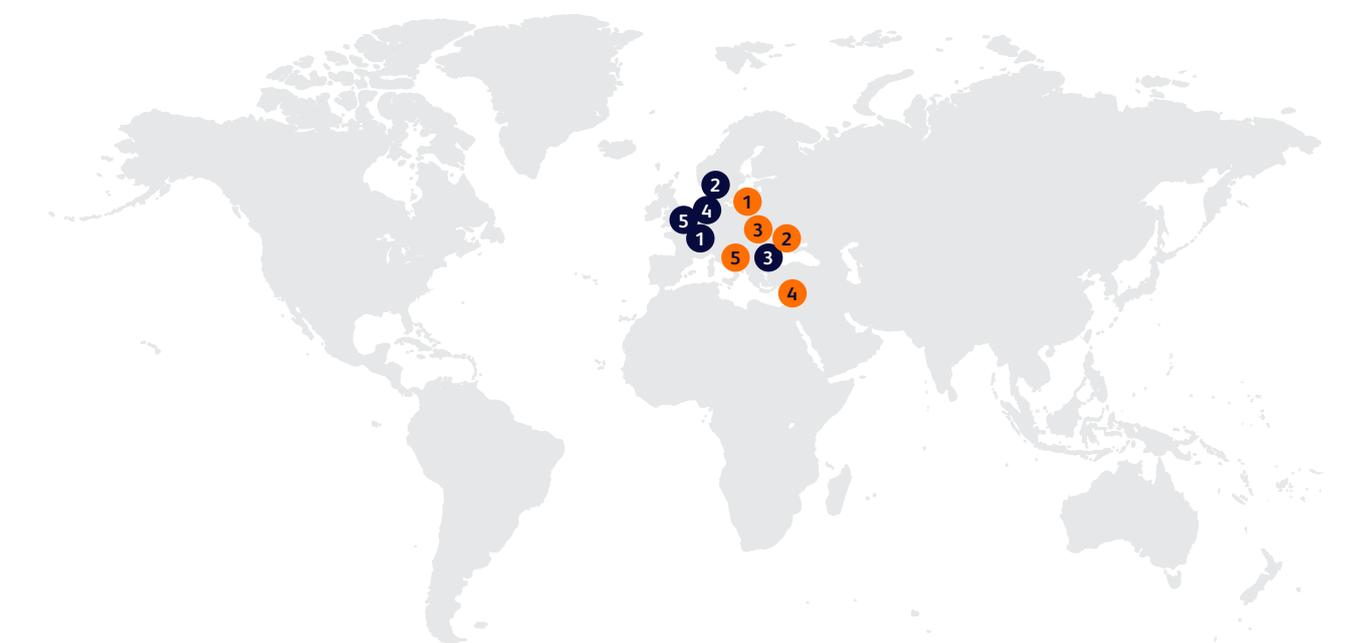


Ökologische Nachhaltigkeit als zentrales Anliegen

Angesichts der Größe und des Umfangs der Gesundheitsstrukturen der europäischen Länder stellt die ökologische Nachhaltigkeit ein zentrales Anliegen dar. Länder, die im Allgemeinen im BD Healthcare Resilience Barometer gut dastehen – wie Dänemark oder die Schweiz –, schneiden schlecht ab, wenn es um den Beitrag ihres Gesundheitssystems zum nationalen CO₂-Fußabdruck geht. Die Länder, die bei dieser Messgröße am besten abschneiden, sind dagegen fast alle osteuropäische Länder mit einer geringeren Finanzierung der Gesundheitsversorgung.

Tabelle 11: Emissionen des Gesundheitswesens in % des nationalen Fußabdrucks – Die 5 leistungsstärksten und die 5 leistungsschwächsten Länder (Europa)

Quelle: [Gesundheitswesen in % des nationalen Fußabdrucks \(WIOD\)](#)



Top 5

- | | |
|------------|------------|
| 1 Litauen | 4 Zypern |
| 2 Rumänien | 5 Kroatien |
| 3 Slowakei | |

Untere 5

- | | |
|-------------|---------------|
| 1 Schweiz | 4 Niederlande |
| 2 Dänemark | 5 Belgien |
| 3 Bulgarien | |

Klar ist, dass für entwickelte Länder die nächste große Herausforderung darin besteht, gleichzeitig den Patientenbedarf zu decken und Strategien zur Minimierung der im System erzeugten Abfallmenge zu entwickeln, sowie die Nutzung von Gesundheitsressourcen zu optimieren, um die Nachhaltigkeit sicherzustellen.

Effizienz und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen – ein Blick in die Zukunft

Angesichts der weltweit steigenden Nachfrage nach Pflegeleistungen – in Verbindung mit Inflationsdruck und begrenzten finanziellen Mitteln – sind die Gesundheitseinrichtungen an ihre Grenzen gestoßen. Die Daten im BD Healthcare Resilience Barometer zeigen, dass die Effizienz von Gesundheitssystemen durch eine Vielzahl finanzieller, operativer, klinischer und technologischer Faktoren sowie durch menschliche Faktoren beeinflusst wird.

Angesichts dieser Situation wird klar, dass das Gesundheitsmanagement häufig vor der Herausforderung steht, Ressourcen, Kapazitäten oder Bandbreiten für scheinbar untergeordnete Themen wie den ökologischen Fußabdruck der Einrichtung bereitzustellen. Dennoch liegt gerade in der Komplexität dieser Herausforderungen das Potenzial für innovative, systemübergreifende Lösungen.

Indem die ökologische Nachhaltigkeit als integraler Bestandteil der Effizienz des Gesundheitswesens betrachtet wird, kann der Sektor umfassende Strategien entwickeln, welche die richtige Technologie nutzen, um nicht nur betriebliche Herausforderungen zu bewältigen, sondern auch die Belastung der medizinischen Fachkräfte zu verringern und so eine qualitativ hochwertige und sichere Patientenversorgung zu ermöglichen und gleichzeitig die Umwelt weniger zu belasten.

Der Aufbau resilienter Gesundheitssysteme erfordert gemeinsame Anstrengungen aller Beteiligten auf allen Ebenen. Im folgenden und letzten Abschnitt dieses Berichts skizzieren wir die Schritte, die Entscheidungsträger:innen aus Politik, Forschung, Gesundheitsdienstleistung und der Industrie unternehmen können, um die Gesundheitssysteme umzugestalten und sie angesichts der heutigen und zukünftigen Herausforderungen resilienter zu machen.



Perspektive eines Meinungsführers



Bei der Resilienz im Gesundheitswesen geht es darum, Systeme zu entwickeln und einzurichten, die es ermöglichen, einer Vielzahl von Schocks zu widerstehen, die langfristig auftreten können.



Lord James O'Shaughnessy

Mitglied des britischen Oberhauses, Senior Partner bei Newmarket Strategy, Mitglied des Board of Trustees bei Health Data Research UK (HDR UK) und Autor der UK Review of Commercial Clinical Trials

Als Schlüsselfigur im britischen Gesundheitswesen hat Lord James O'Shaughnessy verschiedene Funktionen inne und ist u. a. für die Förderung des Zugangs zu Innovationen und die Entwicklung einer wirksamen Gesundheitspolitik zuständig. In diesem Gespräch erläutert Lord O'Shaughnessy die Probleme, welche die Resilienz des britischen Gesundheitswesens betreffen, und er spricht über die Strategien der Regierung zum Aufbau eines zukunftssicheren Gesundheitssystems.

Gemeinschaft und Resilienz

Während des gesamten Gesprächs weist Lord O'Shaughnessy auf den möglichen Einfluss der Gemeinschaft auf die Verbesserung der Resilienz im Gesundheitswesen hin. Unter Berufung auf alarmierende aktuelle Daten über Karies bei Kindern⁵² als Beispiel stellt er fest, dass trotz der zunehmenden Konzentration auf die Prävention im Vereinigten Königreich in den letzten

Jahren die Verantwortung des:der Einzelnen für das eigene Wohlergehen noch immer häufig übersehen werde. Lord O'Shaughnessy weist darauf hin, dass die Hilfe und Beratung durch eine vertrauenswürdige Person innerhalb der eigenen Gemeinschaft ein wichtiger Anreiz sein kann, um die Menschen zu motivieren, auf ihre eigene Gesundheit zu achten.

Vor diesem Hintergrund verweist Lord O'Shaughnessy auf den Gemeinschaftssinn, der während der Pandemie entstand, als sich die Menschen gegenseitig beim Einkaufen und bei alltäglichen Aufgaben halfen. Er schlägt vor, dass die gemeinschaftlichen Anstrengungen von damals heute Menschen mit psychischen Problemen unterstützen könnten.

Lord O'Shaughnessy ist der Ansicht, dass die Unterstützung durch die Gemeinschaft die Beratung durch Expert:innen nicht ersetzen könne, sondern „ein wichtiger ergänzender Mechanismus ist, der dazu beiträgt, psychische und andere gesundheitliche Probleme anzugehen und Resilienz aufzubauen“.

Beschleunigung der Einführung von MedTech

Lord O'Shaughnessy unterstreicht die Bedeutung technologischer Innovationen im Gesundheitswesen und hebt Screening-Programme als eine der großen Erfolgsgeschichten des Vereinigten Königreichs und als herausragendes Beispiel für eine technologiegestützte Versorgung hervor, die zur Resilienz in Form einer präventiven Gesundheitsversorgung beiträgt. Aus politischer Sicht äußert sich Lord O'Shaughnessy zwar positiv über die Strategie zur Einführung von Medizintechnik, räumt aber ein, dass die Tatsache, dass MedTech vom National Institute for Health and Care Excellence (NICE) nicht routinemäßig bewertet wird, von den Krankenhäusern oft als Herausforderung für die Kostenerstattung angesehen wird. „Das bedeutet, dass das Vereinigte Königreich MedTech langsamer einführt und annimmt, als dies wünschenswert wäre, und dass die Patient:innen letztendlich die Folgen zu tragen haben“, sagt er.

Lord O'Shaughnessy betont, wie wichtig der Schutz des Technologiebudgets im Interesse der langfristigen Resilienz des NHS sei. Er ist der Ansicht, dass damit die Produktivität des Systems geschützt und darin investiert werde, insbesondere für die Mitarbeitenden – „sodass die durchschnittliche Person, die im NHS arbeitet, im Laufe der Zeit immer bessere technische Hilfsmittel verwendet und die betriebliche Effizienz auf ein immer höheres Niveau hebt. Das ist heute leider nicht der Fall“, fügt er hinzu. Lord O'Shaughnessy unterstreicht auch die Notwendigkeit, für eine gewisse Zeit die Kapazitäten für die gleichzeitige Anwendung des bestehenden und des neuen Konzepts vorzusehen, um den Übergang zu ermöglichen. „Bei der Resilienz im Gesundheitswesen geht es darum, Systeme zu entwickeln und einzurichten, die es ermöglichen, einer Vielzahl von Schocks zu widerstehen, die langfristig auftreten können“, sagt er.

52 NHS Confederation. Die NHS Confederation reagiert auf Daten, die zeigen, dass seit 2018 mehr als 100 000 Kinder mit Karies ins Krankenhaus eingeliefert wurden. <https://www.nhsconfed.org/news/nhs-confederation-responds-data-showing-more-100000-children-have-been-hospitalised-tooth>

Perspektive eines Meinungsführers



Das Gesundheitswesen sollte Menschen nicht krank machen – doch Gesundheitssysteme tun dies, indem sie der Umwelt schaden.



Daniel Eriksson

Gründer des Nordic Centre for Sustainable Healthcare (NCSH), Schweden

Mit mehr als zwei Jahrzehnten Erfahrung im nachhaltigen Gesundheitssektor und als Gründer von NCSH hat Daniel Eriksson ein tiefes Verständnis dafür, wie Nachhaltigkeit den Gesundheitssektor verändern kann. In diesem Gespräch gibt er einen Einblick, wie die Pionierarbeit in den nordischen Ländern und den Niederlanden auf andere Länder übergreift.

Ohne Nachhaltigkeit gibt es keine Resilienz

Eriksson beginnt das Gespräch mit seiner eigenen Definition von Resilienz im Gesundheitswesen und erklärt, dass Resilienz „die Fähigkeit ist, sich angesichts widriger Umstände, wie Streiks, Kriege, einem sich verändernden Klima oder einer Pandemie, anzupassen“. Er ist der Ansicht, dass Nachhaltigkeit entscheidend für das Erreichen echter Resilienz sei. „Ein gutes Beispiel dafür ist,

wenn Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen über eigene Energiequellen verfügen und auf diese zugreifen können, wenn die primäre Energiequelle ausfällt“, erklärt Eriksson.

Eriksson weist darauf hin, dass das überzeugendste Argument für Nachhaltigkeit je nach den besonderen Herausforderungen der einzelnen Krankenhausabteilungen und

Interessengruppen im Gesundheitswesen unterschiedlich sein kann. „Kostenwirksamkeit oder Effizienz sind wahrscheinlich die nützlichsten Argumente, wenn es darum geht, die Finanzabteilung zu überzeugen, während das Argument für die Mitarbeitenden lautet, dass die Gesundheitsversorgung die Menschen nicht krank machen sollte – doch das tun die Gesundheitssysteme, indem sie die Umwelt schädigen“, erklärt er.

Eriksson betont, dass es keine einzige, endgültige Lösung zur Verbesserung der Nachhaltigkeit gibt. Laut Eriksson betont das NCSH, dass es sich um einen Prozess der kontinuierlichen Verbesserung über einen langen Zeitraum handelt. „In vielen Ländern unterscheiden sich die Umweltvorschriften und Umweltverträglichkeitsprüfungen von Krankenhaus zu Krankenhaus und ändern sich jährlich, sodass ein flexibler und kontinuierlich anpassbarer Ansatz erforderlich ist.“

Export nachhaltiger Innovationen im Gesundheitswesen

Eriksson stellt fest, dass die aus den nordischen Ländern und den Niederlanden hervorgegangene bedeutende Innovationskraft im Bereich Nachhaltigkeit in der Vergangenheit nicht von anderen Ländern anerkannt wurde. Um die Bemühungen des NCSH besser zu fördern, hat die Organisation in den letzten Jahren verschiedene Initiativen umgesetzt, um ihre Arbeit bekannt zu machen und andere Gesundheitssysteme zu ermutigen, nachhaltige Mechanismen zu implementieren. Dazu gehört auch eine englischsprachige Berichtsreihe mit dem Titel Nordic Know-How. „Unsere Aufgabe ist es, Menschen in anderen Ländern, welche die Nachhaltigkeit ihrer Systeme verbessern wollen, in die Lage zu versetzen, auf bestehenden Lösungen aufzubauen, anstatt das Rad neu zu erfinden.“

Den Unternehmen empfiehlt Eriksson, lösungsorientiert zu bleiben und ihre Ideen jedes Jahr weiterzuentwickeln, da ein Großteil der Klimaauswirkungen des Gesundheitswesens aus der Lieferkette stammt. „Unternehmen werden die nächsten zehn Jahre nicht überleben, wenn sie Nachhaltigkeit nicht ernst nehmen.“ Eriksson weist darauf hin, dass Gesundheitsorganisationen zwar offen für die Umsetzung von Innovationen sein müssen, der Erfolg des Aufbaus nachhaltiger Systeme jedoch von einer Vielzahl anderer Faktoren abhängen wird, dazu gehören Energieversorger, Entsorgungsunternehmen und politische und gerichtliche Entscheidungen.

Perspektive eines Meinungsführers



Man muss mit Patient:innen in Kontakt treten, um die Pflege in ihrem Umfeld effektiv zu integrieren. In diesem Sinne wird die Technologie zu einer wertorientierten Pflege beitragen.



Professor Pascal Verdonck

Professor für biomedizinische Technik und Medizintechnik an der Universität Gent, Vorstandsvorsitzender der Artvelde University of Applied Sciences und Vorsitzender des National Committee of Biomedical Engineering, Niederlande

Gestützt auf seinen Hintergrund in biomedizinischer Technik und seine jahrzehntelange Arbeit im Gesundheitssystem stellt Professor Pascal Verdonck in diesem Gespräch seine Sichtweise auf die aktuellen Auswirkungen und das Potenzial von MedTech bei der Förderung von Effizienz und Resilienz im Gesundheitswesen in Belgien dar.

Chancen für MedTech

Professor Verdonck sieht die Nutzung der Technik als einen ersten integralen Schritt zur Veränderung des Gesundheitssystems. Vor allem beim Thema Verschwendung kann die Technologie seiner Meinung nach dazu beitragen, dass die Patient:innen die korrekte Behandlung und Pflege

zum richtigen Zeitpunkt erhalten. In Bezug auf die Inspiration, die er in den Gesundheitssystemen anderer EU-Länder gefunden hat, nennt Professor Verdonck Portugal als ein System, das ihn beeindruckt, weil es mehr in die IT investiert, die Fragmentierung im Gesundheitskontinuum und die Anzahl der

Silos verringert, was die Bekämpfung der Verschwendung erleichtert: „Es geht nicht nur um demokratische Führung, sondern auch um eine gemeinsame Vision und den Willen, das System zu verändern.“

Herausragende Beispiele für MedTech,

Förderung einer werteorientierten Versorgung

Im Zusammenhang mit der werteorientierten Versorgung unterteilt Professor Verdonck die Technologie in diesem Bereich in drei Kategorien: Digitalisierung und Optimierung (z. B. Chirurg:innen, die von Robotern unterstützt werden), mobile Technologie wie tragbare und implantierbare Elemente sowie Data Science in Form von KI und VR. Die vielleicht wichtigste Art von Technologie, die für all diese Kategorien benötigt wird, um effektiv zu funktionieren, ist jedoch die Anbindung „Eine zuverlässige Anbindung ist unerlässlich, um den Empfang der erzeugten Daten zu gewährleisten. Dies wird ein Anreiz und eine Triebkraft für den Einsatz der Technologie sein, bevor konkrete Nutzen daraus gezogen werden. Professor Verdonck führt aus: „Man muss mit Patient:innen

die nach Ansicht von Professor Verdonck in die richtige Richtung gehen, sind die von tragbaren und implantierbaren Technologien generierten Daten, die bei korrektem Einsatz zur Prävention, Früherkennung und Nachsorge beitragen können.

in Verbindung treten, um die Pflege in ihrem Umfeld effektiv zu integrieren“. In diesem Sinne wird die Technologie zu einer werteorientierten Gesundheitsversorgung beitragen.

Zum Abschluss des Gesprächs nimmt sich Professor Verdonck die Zeit, die Rolle der Patient:innen bei der Nutzung dieser technologischen Möglichkeiten zur Förderung des Gesundheitssystems zu kommentieren. Er stellt fest, dass „eine Änderung der Einstellung der Verbraucher:innen gegenüber dem Gesundheitssystem sowie der Einstellung der Organisatoren des Systems, sodass sie in die gleiche Richtung laufen, es den Verbraucher:innen erleichtern wird, sich anzupassen und ihr Verhalten zu ändern“.



Perspektive eines Meinungsführers



Nachhaltige Gesundheit bedeutet, die Gesundheit und das Wohlbefinden aller zu verbessern und dabei innerhalb der planetarischen Grenzen zu bleiben.



Professor Tobias Alfvén

Professor / Kinderarzt am Karolinska Institutet; Präsident der schwedischen Gesellschaft für Medizin, Schweden

Professor Tobias Alfvén, der auf eine Karriere im Bereich der Kindergesundheit zurückblicken kann, beschäftigt sich in seiner Forschung mit den Herausforderungen des globalen öffentlichen Gesundheitswesens und den Auswirkungen des ungleichen Zugang zu den Versorgungsergebnissen. In diesem Interview spricht er über die verschiedenen Strategien, die erforderlich sind, um die Resilienz der Gesundheitssysteme in Ländern mit hohem Einkommen und in Ländern mit niedrigem Einkommen zu verbessern.

Soziale Determinanten der Gesundheit im Fokus

Professor Alfvén weist zu Beginn des Gesprächs darauf hin, dass der sozioökonomische Kontext in einem Land dem Aufbau von Resilienz im Gesundheitswesen enge Grenzen setzen kann. „Es besteht eine sehr klare Korrelation zwischen Wirtschaft und Versorgungsergebnissen“, betont er. „Die Verringerung globaler Gesundheitsprobleme wie Kindersterblichkeit kann nur dann

erreicht werden, wenn wir auch Armut und Ungleichheit angehen.“ Professor Alfvén weist darauf hin, dass sich die Politik mit den sozialen Determinanten der Gesundheit befassen muss, um gesunde Gemeinschaften zu schaffen, in denen Kinder aufwachsen können. Diese schließen u. a. Bildung, Wasser und sanitäre Einrichtungen, Klima und Ernährung mit ein.

Professor Alfvén erklärt, dass soziale Determinanten die Gesundheit von Kindern selbst in wohlhabenden Teilen der Welt negativ beeinflussen können. „In vielen Ländern mit hohem Einkommen hätten Familien die Mittel, ihre Kinder gesund zu erziehen, aber die schlechte ‚Gesundheit‘ des Wohnorts kann ein Hindernis darstellen. Wenn Eltern das Gefühl haben, dass ihr Stadtviertel nicht sicher ist,

werden sie ihre Kinder zur Schule fahren und wollen, dass sie zu Hause bleiben. Das trägt zum Problem der Fettleibigkeit bei Kindern bei, was wir in verschiedenen Regionen sehen.“ Professor Alfvén ist der Ansicht, dass Maßnahmen zur Schaffung eines sicheren und sauberen Umfelds ein wesentlicher Bestandteil der Resilienz im Gesundheitswesen sein sollten.

Was nachhaltige Gesundheit in der Praxis bedeutet

Professor Alfvén zitiert Statistiken über den Gesundheitssektor, der 4 % des globalen CO₂-Fußabdrucks ausmacht,⁵³ und betont, dass ein sektorübergreifender Ansatz erforderlich sei, um zu verstehen, wie diese Klimaauswirkungen auf globaler Ebene verringert werden können. „Es reicht nicht aus, nur mit dem Gesundheitsmanagement darüber zu sprechen – wir brauchen Expert:innen aus Ökonomie, Umweltschutz, Stadtplanung, dem Lebensmittelsektor und einer Reihe anderer Interessengruppen, die an der Ausführung wirksamer Maßnahmen beteiligt sind“, sagt er.

Professor Alfvén meint, dass die Agenda 2030 der Vereinten Nationen und die Ziele für nachhaltige Entwicklung einen guten Rahmen für das Nachdenken über die sozialen

Determinanten von Gesundheit und den Aufbau von Resilienz in der Pflege darstellen. Er argumentiert, dass sich viele Definitionen von nachhaltiger Gesundheit auf einen einzelnen, spezifischen Aspekt konzentrieren, anstatt das Gesamtbild zu betrachten. „Einfach ausgedrückt: Nachhaltige Gesundheit bedeutet, die Gesundheit und das Wohlbefinden aller zu verbessern und dabei innerhalb der planetarischen Grenzen zu bleiben.“ Professor Alfvén schließt mit der Feststellung, dass Resilienz im Gesundheitswesen nicht nur dadurch entstehe, dass die Gesundheitsdienstleister bessere Arbeit leisten, sondern auch dadurch, dass die Beteiligten zusammenarbeiten, um die richtigen Bedingungen zu schaffen, damit die Gesundheitsdienstleister ihre Arbeit machen können.

53 Karliner, J, Slotterback, S, Boyd, R, Ashby, B, Steele, K, Wang, J. *Healthcare's climate footprint: the health sector contribution and opportunities for action*; Research Gate ; September 2020. <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckaa165.843>

Perspektive einer Meinungsführerin



Mit einem wirklich dynamischen MedTech- und Biowissenschaftssektor haben wir eine phänomenale Gelegenheit, großartige Innovationen zu übernehmen und bewährte Methoden zu verbreiten.



Charlotte Pickles

Direktorin von Reform Think Tank, Vereinigtes Königreich

Dank einem halben Jahrzehnt als Direktorin von Reform Think Tank hat Charlotte Pickles wertvolle Einblicke in den Zustand des britischen Gesundheitssystems. In diesem Gespräch erörtert sie die Bedeutung der Eigenständigkeit für Gesundheitsorganisationen und die Möglichkeiten, Innovationen zur Förderung der präventiven Pflege zu nutzen.

Gesundheitssysteme weniger anfällig machen

Für Charlotte Pickles muss der Aufbau von Resilienz im Gesundheitswesen mit Maßnahmen beginnen, welche die externen Abhängigkeiten des Systems verringern. Sie weist darauf hin, dass im Vereinigten Königreich die derzeitige Abhängigkeit von ausländischen Herstellern erhebliche Risiken für

die Stabilität der Gesundheitsversorgung birgt. „Wir müssen inländische Lieferketten etablieren, um diese Schwachstelle zu reduzieren“, erklärt Pickles. Sie weist darauf hin, dass insbesondere angesichts der unbeständigen geopolitischen Lage die Fähigkeit, wichtige Produkte im Inland zu beschaffen und anzubieten, wichtiger denn je ist.

Pickles vertritt die Auffassung, dass die Regierung eine wichtige Rolle dabei spielen müsse, die Verlagerung der Produktion ins Inland zu fördern. „Die Regierung muss ein besserer Partner für die Industrie sein und dafür sorgen, dass das Vereinigte Königreich als ein guter Standort für Investitionen in die Herstellung von Produkten, auf die wir angewiesen sind, betrachtet wird.“

Eine weitere zentrale Herausforderung, die Pickles hervorhebt, ist das britische Modell der Gesundheitsversorgung, das zu sehr auf Krankenhäuser ausgerichtet sei. „Wenn man viele internationale Gesundheitssysteme vergleicht, sind wir im Vereinigten Königreich ein Ausreißer mit einem besonders krankenzentrierten Modell“, erklärt sie. Charlotte Pickles

Technologie und Effizienz

Charlotte Pickles beendet das Gespräch mit einem optimistischen Hinweis darauf, dass das britische Gesundheitssystem viele Möglichkeiten habe, seine Resilienz zu verbessern. „Mit einem wirklich dynamischen MedTech- und Biowissenschaftssektor haben wir eine phänomenale Chance, großartige Innovationen zu übernehmen und bewährte Methoden zu verbreiten“, erklärt sie und fügt hinzu, dass „das Vereinigte Königreich bei dieser Art von Innovation weltweit führend ist“. Laut Pickles sollte ein wichtiges Ziel darin bestehen, mehr produktivitätssteigernde Technologien zu integrieren, u. a. zur Automatisierung von Prozessen und der intelligenteren Analyse von Daten, um den Ablauf einer Behandlung effizienter zu gestalten.

„Es gibt alle möglichen Technologien – Sensoren, Monitore –, die bei den Menschen zu Hause eingesetzt werden können und

plädiert dafür, mehr Mittel für die Frühintervention, für Hausarztpraxen und kommunale Pflegeeinrichtungen bereitzustellen. Sie meint, dass eine Verlagerung des Schwerpunkts gleichzeitig zu mehr Möglichkeiten für die Gesundheitsvorsorge führen würde. „Wir haben ein System, das auf die Dienstleister und nicht auf die Patienten ausgerichtet ist“, betont Pickles. Sie unterstreicht die Bedeutung der Eigenverantwortung der Patient:innen: „Bei der Gesundheitsfürsorge geht es darum, Gespräche zu führen, um den Patient:innen als Ganzes zu verstehen, sie dabei zu unterstützen, einen gesünderen Lebensstil zu wählen und die neuen Technologien zur Selbstüberwachung ihres Zustands optimal zu nutzen“, sagt sie.

die es den Patient:innen ermöglichen, ihren Gesundheitszustand selbst zu überwachen,“ fügt Pickles hinzu. Sie erwähnt, dass auch im Bereich der personalisierten Medizin erhebliche Fortschritte erzielt werden, wobei das Vereinigte Königreich bei der Genomik führend sei. Laut Pickles wird die Herausforderung darin bestehen, diese Innovationen im NHS in großem Umfang wirksam einzusetzen. Um diese Möglichkeiten voll ausschöpfen zu können, so Pickles, bedarf es eines Konsenses einer ausreichenden Anzahl von Stimmen aus Politik, Gesundheitsorganisationen, Stiftungen und Interessengruppen innerhalb des NHS, die ihre Stimme erheben und ihr Engagement für Veränderungen demonstrieren. „Es wird einige wirklich ehrliche Gespräche erfordern und die Bereitschaft, die Art und Weise unserer Handlungen etwas radikaler zu gestalten“, so ihre Schlussfolgerung.

Perspektive eines Meinungsführers



Wir müssen die Zeit der medizinischen Fachkräfte schützen, damit sie Zeit für die Patient:innen haben und mit ihnen gemeinsam Entscheidungen treffen können.



Professor Hamish Laing

Professor für Enhanced Innovation, Engagement and Outcomes, Universität Swansea, und Direktor der Value-Based Health and Care Academy, Vereinigtes Königreich

Professor Hamish Laing, der über jahrzehntelange Erfahrung in Wissenschaft und Forschung im walisischen Gesundheitswesen verfügt, trägt zur Diskussion über die Zukunft der nachhaltigen Gesundheitsversorgung bei, indem er seine Ansichten über die Rolle der wertorientierten Pflege bei der Erreichung einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung darlegt.

Die Menschlichkeit im Gesundheitswesen bewahren

Professor Laing erklärt, dass die Belastungen der letzten Jahre einen erheblichen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit der medizinischen Fachkräfte hatten. Er berichtet: „Arbeit sollte erfüllend sein, aber viele meiner Kolleg:innen sagen, dass es nur noch eine Plackerei ist, zur Arbeit zu gehen – und sie überlegen sich, etwas anderes zu machen.“ Die Erkenntnis, dass

der Zulauf an Mitarbeitenden im Gesundheitswesen nicht ausreicht, um die wachsende Nachfrage der Patient:innen zu befriedigen, hat Raum für technologische Innovationen geschaffen, wie Prof. Laing hervorhebt: „Die Automatisierung von Prozessen durch Roboter und andere digitale Technologien hat das Potenzial zur Entlastung

des vorhandenen Personals“.

Er betont jedoch, wie wichtig es sei, ein Gleichgewicht zwischen der Implementierung der Technologie und der Beibehaltung Menschlichkeit bei der Pflege zu erreichen. „Ich denke, dass das Gesundheitswesen ein menschliches Geschäft ist, bei dem es um Beziehungen geht. Es besteht die Sorge, dass wir meinen, wir könnten alles mit Technologie

machen und dabei den menschlichen Aspekt aus den Augen verlieren.“ Professor Laing weist darauf hin, dass bei der Implementierung von Technologie auch die Gefahr besteht, dass die erhöhte Kapazität der Arbeitskräfte nur mit mehr Volumen statt mit mehr Wert gefüllt wird. „Wir müssen die Zeit der medizinischen Fachkräfte schützen, damit sie mehr Zeit mit den Patient:innen verbringen und gemeinsam mit diesen Entscheidungen treffen können.“

Wie wertorientierte Gesundheitsversorgung zur Nachhaltigkeit beiträgt

Während des gesamten Gesprächs wirbt Professor Laing für die Rolle der wertorientierten Gesundheitsversorgung bei der Gewährleistung eines nachhaltigen Gesundheitssystems, insbesondere bei der Reduzierung der Verschwendung. Er erklärt, dass es eine starke Korrelation zwischen wertorientierter Gesundheitsversorgung und grünen Gesundheitsprogrammen gibt, denn „jeder unnötige Termin, zu dem jemand gefahren wird, jedes Verfahren, das nicht den Bedürfnissen entspricht, jedes Medikament, das verschrieben, aber nicht eingenommen wird und vernichtet werden muss, jeder Test, der wiederholt werden muss, weil man den letzten nicht finden kann“ – all diese Dinge, so erklärt er, seien nicht unbedeutend, sondern führten zu erheblichen CO₂-Emissionen.“

In Bezug auf die Auswirkungen der sich ständig weiterentwickelnden Technologie auf die Umweltverträglichkeit kritisiert Professor

Laing digitale Technologien, die aufgrund fehlender Software-Updates nach drei oder vier Jahren obsolet werden. „Es sollte nicht akzeptabel sein, dass wir ein funktionierendes Gerät wegwerfen, weil es kein Software-Update dafür gibt. Ich denke, dass MedTech eine wichtige Rolle dabei spielen kann, uns zu helfen, den ökologischen Fußabdruck ihrer Geräte und auch den CO₂-Fußabdruck der Gesundheitsdienstleister zu reduzieren.“ Zum Abschluss des Gesprächs geht Professor Laing auf die potenzielle Herausforderung ein, wie Patient:innen die Veränderungen, die zur Verringerung der Umweltauswirkungen der Gesundheitsversorgung durchgeführt werden, wahrnehmen. Er vermutet, dass deutlich gemacht werden muss, dass diese Änderungen erforderlich sind, um die Nachhaltigkeit des Systems zu gewährleisten, und nicht, um die kontinuierliche Versorgung zu unterbrechen.

Perspektive eines Meinungsführers



Es ist wichtig, wirtschaftliche Lösungen mit geringen Auswirkungen zu finden, denn es gibt möglicherweise bessere Möglichkeiten, unsere Ressourcen zu nutzen.



Dr. Fabrizio d'Alba

Nationaler Präsident von Federsanità, Italien

Basierend auf seiner Rolle bei Federsanità hat Dr. d'Alba seinen Standpunkt zur Effizienz des italienischen Gesundheitssystems dargelegt. In diesem Gespräch erörtert Dr. d'Alba mögliche Verbesserungen des Systems und wie wir den Bedürfnissen unserer schwächsten Mitmenschen besser gerecht werden können.

Wie sollten sich unsere Gesundheitssysteme anpassen?

In seiner Definition der Resilienz im Gesundheitswesen hebt Dr. d'Alba die Bedeutung der Anpassungsfähigkeit in drei Schlüsselbereichen hervor: das nationale Gesundheitssystem, die Fachkräfte und die Mitmenschen. Er verfolgt einen lösungsorientierten Ansatz für Probleme, die sich weltweit auf das Gesundheitssystem

auswirken, und glaubt, dass die Lösung „im Bereich der Veränderung, der Innovation und der Systemtechnik“ liegt.

Er hält es für notwendig, zuerst die Ursache des Problems zu ermitteln, um auf dieser Grundlage diagnostische und therapeutische Lösungen zu entwickeln und umzusetzen.

Dr. d'Alba spricht über die Notwendigkeit, die Integration und die Leistungserbringung zu optimieren, um das System in Italien zu verbessern. Dies würde zu einer Verbesserung der Patientenversorgung führen und Fragen zu den organisatorischen Abläufen und der Art und Weise der Leistungserbringung auf lokaler Ebene erforderlich machen. Er spricht auch über den Vorstoß zur Reform der Primärversorgung im italienischen Gesundheitssystem. Nach Ansicht von Dr. d'Alba ist eine bessere Organisation erforderlich, die durch neue Berufsgruppen beispielsweise in Management-Engineering und Logistik sowie einen digitalen Managementprozess unterstützt wird.

Im Hinblick auf die Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems sagt Dr. d'Alba, dass

es einen Zusammenhang zwischen der Gesundheit und dem Wohn- und Arbeitsort gebe. In Bezug auf den Zusammenhang zwischen Versorgungsergebnissen und integrierten Maßnahmen sagt er: „Es wäre sinnvoll, den wirtschaftlichen Nutzen zu quantifizieren, um die Verbindung zwischen Wohlfahrts- und Gesundheitssystemen besser zu verstehen.“ Dr. d'Alba fügt hinzu, dass es sich lohnen könnte, neue Standorte für die Gesundheitsversorgung in Erwägung zu ziehen, aber er beurteilt diese Aussicht aufgrund von finanziellen Fragen realistisch. „Es ist wichtig, wirtschaftliche Lösungen mit geringen Auswirkungen zu finden, denn es gibt möglicherweise bessere Möglichkeiten, unsere Ressourcen zu nutzen.“

Leistung für die Vulnerabelsten bereitstellen

Schließlich betont Dr. d'Alba, dass ein Gesundheitssystem danach beurteilt werden müssen, ob es in der Lage ist, die schwächsten Menschen zu versorgen, d. h. Menschen mit Behinderungen oder psychischen Problemen. In Zeiten des Wandels, sagt er, liege es in der Verantwortung der Politik, pragmatische Entscheidungen zu treffen, wie sie die Versorgung sicherstellen und welche Ressourcen zur Verfügung stehen: „Es ist eine Verteilungsfrage.“

Zum Abschluss des Gesprächs unterstreicht Dr. d'Alba die Notwendigkeit, das kollektive

Ziel des nationalen Gesundheitssystems in Italien anzuerkennen und zu priorisieren, individuelle Ambitionen zurückzustellen, um die Ergebnisse für die Menschen, insbesondere für die Schwächsten, zu verbessern.



Perspektive eines Meinungsführers



**Nachhaltige
Gesundheitssysteme
sollten auf einer Reihe
universeller Werte und
Erwartungen beruhen.**



Dr. Paolo Petralia

Nationaler Vizepräsident bei FIASO, Italien

Als Mitglied der Italienischen Föderation der Gesundheits- und Krankenhausbehörden (FIASO) besitzt Dr. Petralia wertvolle Einblicke in die Hindernisse und Chancen für den Aufbau von Resilienz im Gesundheitssektor. In diesem Gespräch erläutert er seine Sicht auf die Rolle der kollektiven Verantwortung und die Bedeutung einheitlicher Werte im Gesundheitswesen.

Gesundheitsförderung und kollektives Engagement

Bei der Erörterung von Strategien zum Aufbau widerstandsfähigerer Gesundheitssysteme betont Dr. Petralia zuerst, dass eine stärkere Konzentration auf Gesundheitsförderung und Präventivmaßnahmen integraler Bestandteil der Bemühungen zur Verbesserung der Nachhaltigkeit sein müsse. „Da die Mittel

immer weniger ausreichen, um die ständig steigenden Kosten der Gesundheitsdienste zu decken, ist die Vorbeugung von Krankheiten die wirksamste Investitionsstrategie, die uns zur Verfügung steht“, sagt er.

Dr. Petralia verweist auf den One-Health-Rahmen, der zu einem ganzheitlichen Ansatz

in der Gesundheitsversorgung ermutigt und verstärkte Anstrengungen zur Einbindung der Menschen und zur Förderung des Gesundheitsbewusstseins beinhaltet. „Neben der Pflicht, für jede einzelne Person zu sorgen, müssen wir uns darum bemühen, dass die Menschen sich wohlfühlen und gesund leben“, sagte er.

Dr. Petralia ist der Ansicht, dass die Veränderung des italienischen Gesundheitssystems in der Verantwortung aller liegen müsse, und weist darauf hin, dass die Änderung der bestehenden Methoden und Ziele sowie der Übergang zu

Systemweite Harmonisierung

Dr. Petralia unterstreicht die Notwendigkeit, für eine angemessene Steuerung des Systems zu sorgen, wozu auch die Festlegung und Verbreitung von Regelwerken gehört, die miteinander vereinbar sind und problemlos angewendet werden können. Eine Harmonisierung sei auf drei Ebenen erforderlich: zwischen der zentralen und der regionalen Ebene, zwischen der regionalen und der Unternehmensebene sowie innerhalb der Unternehmen selbst angesichts der verschiedenen Interessengruppen.

„Die Harmonisierung der Ansätze ist unerlässlich, damit die verschiedenen Komponenten des Sozial- und Gesundheitssystems zusammen funktionieren“, sagt Dr. Petralia.

einem nachhaltigeren Modell individuelle Maßnahmen erfordern, die sich in kollektive Verantwortung umwandeln lassen.

„Nachhaltige Gesundheitssysteme sollten auf den Werten und Erwartungen von Gerechtigkeit und Universalität beruhen, um nachhaltig zu sein“, erklärt Dr. Petralia. „In ganz Italien sollten die Standards für die Patientenversorgung und die Durchsetzbarkeit der wesentlichen Versorgungsstufen angeglichen werden, und alle Patient:innen sollten die gleichen Möglichkeiten haben, versorgt und betreut zu werden“, fügt er hinzu.

Wichtig sei, dass die Resilienz im Gesundheitsbereich nicht erreicht werden könne, ohne „einschränkende Faktoren zu erkennen und anzugehen, einschließlich Lücken bei den wirtschaftlichen Ressourcen, dem Humankapital und dem Regulierungsapparat“. Dr. Petralia schließt mit der Feststellung, dass „Resilienz aufzubauen vor allem bedeute, anzuerkennen, dass wir nicht nur Nutzer:innen, sondern aktive Protagonist:innen beim Aufbau eines neuen Gesundheitssystems sind“.



Zukünftige Entwicklung – Empfehlungen



Priorisierung der Patientensicherheit während des gesamten Versorgungsprozesses



Fachkräftemangel und Burnout beheben



Förderung eines ganzheitlichen Ansatzes für das Verständnis von Resilienz im Gesundheitswesen



Verstehen der Rolle der ökologischen Nachhaltigkeit beim Aufbau von Resilienz



Förderung der Zusammenarbeit aller Beteiligten des Gesundheitssektors



Sicherstellen, dass die Patientensicherheit in allen Bereichen des Gesundheitswesens an erster Stelle steht, was zu einer höheren betrieblichen Effizienz und besseren Ergebnissen für die Patient:innen führt.



Implementierung von Strategien zur Behebung von Personalengpässen und zur Verringerung von Burnout, zur Optimierung der vorhandenen Ressourcen und zur Verbesserung der betrieblichen Effizienz.



Erkennen des Zusammenhangs zwischen Patientensicherheit, Wohlbefinden der medizinischen Fachkräfte und Systemeffizienz sowie Implementierung umfassender Strategien zur Bewältigung der Herausforderungen in diesen Bereichen, um einen positiven Kreislauf mit Vorteilen für alle beteiligten Akteur:innen zu fördern.



Betonen der Bedeutung des Aufbaus nachhaltiger Gesundheitssysteme – sowohl in Bezug auf die Senkung der CO₂-Emissionen als auch in Bezug auf den Erhalt eines kontinuierlichen Zugangs zu sicherer und hochwertiger Versorgung für zukünftige Generationen.



Förderung der Zusammenarbeit zwischen Politik, Regulierungsbehörden, Gesundheitsdienstleistern, Investor:innen, Versicherungen, Patient:innen und der Industrie, um innovative Lösungen zu entwickeln, die es den Gesundheitssystemen ermöglichen, sich an die sich wandelnden Bedürfnisse der Gesellschaft anzupassen.

Anhang

Tabelle 12: Vollständige Beschreibungen der Indikatoren und Quellen

Primäre und sekundäre Datenquellen			
Indikatorgruppe	Indikator	Vollständige Beschreibung	Quelle
Patient:innen	Unerwünschte Nebenwirkungen einer medizinischen Behandlung	<u>Unerwünschte Nebenwirkungen einer medizinischen Behandlung – Todesfälle (pro 100 000)</u>	IHME, Studie zur globalen Krankheitslast
Patient:innen	Komplikationen nach therapeutischen Verfahren	<u>Komplikationen nach therapeutischen Verfahren*</u>	IHME, Studie zur globalen Krankheitslast
Patient:innen	AMR-bedingte Todesfälle	<u>AMR-Todesfälle</u>	IHME, Studie zur globalen Krankheitslast
Patient:innen	Sepsis	<u>Sepsis ASIR pro 100 000</u>	Lancet-Veröffentlichung
Patient:innen	HAI-Prävalenz	<u>Schätzung der Anzahl der Patient:innen mit mindestens einem HAI an einem beliebigen Tag</u>	ECDC
Patient:innen	SSI-Prävalenz	<u>Infektionen an der Operationswunde (Komposit)</u>	ECDC
Patient:innen	HAI-Richtlinien	<u>Melderichtlinien für Krankenhäuser für die HAI-Prävention</u>	ECDC
Patient:innen	HAI-Überwachung	<u>Krankenhäuser, welche die Überwachung im Rahmen von HAI-Präventionsstrategien melden</u>	ECDC
Patient:innen	Allgemeine Gesundheitsabsicherung	<u>UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1)</u>	WHO Global Health Observatory
Mitarbeitende im Gesundheitswesen	Verhältnis Pflegefachkräfte zu Patient:innen	<u>Pflege- und Hebammenpersonal (pro 10 000)</u>	WHO Global Health Observatory
Mitarbeitende im Gesundheitswesen	Verhältnis Ärzt:innen zu Patient:innen	<u>Ärzt:innen (pro 10 000)</u>	WHO Global Health Observatory
Mitarbeiter im Gesundheitswesen	Verhältnis von Pflegekräften zu Ärzten	<u>Verhältnis Pflegekräfte zu Ärzt:innen(OECD)</u>	OECD

Primäre und sekundäre Datenquellen

Indikatorgruppe	Indikator	Vollständige Beschreibung	Quelle
Mitarbeitende im Gesundheitswesen	Pflegekräfte über 55 Jahre	<u>Pflegekräfte ab 55 Jahren</u> <u>Havas Lynx – Healing the Healers</u> <u>(Point.1 data)</u>	WHO
Mitarbeitende im Gesundheitswesen	Burnout bei medizinischen Fachkräften	<u>Verhältnis Pflegekräfte zu</u> <u>Ärzt:innen (OECD)</u>	Havas Lynx und zusätzliche Marktforschung
Mitarbeitende im Gesundheitswesen	Richtlinien für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz	<u>Vorhandensein nationaler politischer Instrumente für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz für medizinische Fachkräfte</u>	WHO Global Health Observatory
Effizienz	Inflation	<u>Inflation, Verbraucherpreise</u> <u>(jährlich in %)</u>	Weltbank
Effizienz	Verweildauer	<u>Nutzung des Gesundheitswesens –</u> <u>Dauer des Krankenhausaufent-</u> <u>halts (Akutversorgung)</u>	OECD
Effizienz	Gesundheitsausgaben	<u>Gesundheitsausgaben der öffent-</u> <u>lichen Haushalte nach Funktionen</u> <u>des Gesundheitswesens</u>	WHO-Datenbank zu den globalen Gesundheitsausgaben
Effizienz	Gesundheitsbezogene Lebenserwartung	<u>Gesundheitsbezogene Lebenser-</u> <u>wartung (HALE) bei der Geburt</u> <u>(Jahre)</u>	WHO Global Health Observatory
Effizienz	Vermeidbare Todesfälle	<u>Potenziell verlorene Lebensjahre</u> <u>(OECD)</u>	OECD
Effizienz	Gesundheitswesen in % des nationalen Fußabdrucks	<u>Gesundheitswesen in % des</u> <u>nationalen Fußabdrucks</u>	Health Care with No Harm – World Input-Output Database (WIOD) European Environmental Agency
Effizienz	Fußabdruck des Gesundheitswesens pro Kopf	<u>Fußabdruck des Gesundheitswesens</u> <u>pro Kopf (tCO₂e/capita)</u>	Health Care with No Harm – World Input-Output Database (WIOD) European Environmental Agency

Tabelle 13. Vollständige Liste der befragten Meinungsführer:innen

Name	Land	Titel und Organisation
Dr. Eva Marie Castro	Belgien	Leiterin der Qualitätsabteilung bei RZ Tienen
Professor Pascal Verdonck	Belgien	Professor für biomedizinische Technik und Medizintechnik an der Universität Gent
Denis Herbaux	Belgien	CEO der Plattform zur kontinuierlichen Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit / Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQs)
Dr. Ilke Montag	Belgien	Vorsitzende des Verwaltungsrats bei The Institute
Marc Noppen	Belgien	CEO von UZ Brussels
Dr. Ron Daniels	Vereinigtes Königreich	CEO von Sepsis Trust
Lord James O'Shaughnessy	Vereinigtes Königreich	Mitglied des britischen Oberhauses
Charlotte Pickles	Vereinigtes Königreich	Direktorin von Reform Think Tank
Stefan Krojer*	Deutschland	Gründer von Future Hospital Purchasing / Zukunft Krankenhaus-Einkauf (ZUKE Green)
Dr. Ruth Hecker	Deutschland	Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit und Universitätsklinikum Essen (AÖR)
Daniel Eriksson	Schweden	Gründer des Nordic Centre for Sustainable Healthcare (NCSH)
Professor Tobias Alfvén	Schweden	Klinischer Professor für globale Kindergesundheit am Karolinska-Institut
Dr. Maria Cruz Martín Delgado	Spanien	Leiterin der Abteilung Intensivmedizin am Hospital Universitario 12 Octubre Madrid
Dr Jose Luis Cobos Serrano	Spanien	Vizepräsident III des Allgemeinen Pflegerates in Spanien
Dr. Fabrizio d'Alba	Italien	Nationaler Präsident von Federsanitá

Name	Land	Titel und Organisation
Dr. Paolo Petralia	Italien	General Manager bei ASL4 Chiavarese (Ligurien, Italien) und National Vice President bei FIASO
Ana Nicholls	Vereinigtes Königreich	Direktorin für Industrieanalysen bei The Economist Intelligence Unit
Professor Hamish Laing	Vereinigtes Königreich	Professor für Enhanced Innovation, Engagement and Outcomes an der Swansea University
Dr. Neda Milevska Kostova	Nord-Mazedonien	Vorsitzende der International Alliance of Patient Organisations (IAPO)

* KOL-Perspektive, die in den Bericht zum BD Resilienzbarometers für das Gesundheitssystem in Deutschland aufgenommen wird



Bewertungssystem des BD Healthcare Resilience Barometers

Klassifizierung

Im BD Healthcare Resilience Barometer erhielt jedes Land eine aggregierte Resilienz-Bewertung zwischen 0 und 100, die als Durchschnitt der Resilienz-Bewertungen in den folgenden drei Themenbereichen berechnet wird: Patient:innen, medizinische Fachkräfte und Effizienz.

Bewertungs-Zuordnung auf Indikatorenebene

Für jeden der einzelnen Resilienzindikatoren haben wir die Rohdaten in eine Skala von 1 bis 10 umgewandelt, um eine Standardisierung und Vergleichbarkeit zu ermöglichen. Die Werte zwischen 1 und 10 wurden mit 10 multipliziert und im Barometer auf einer Skala von 0 bis 100 dargestellt, um die Verwendung ganzer Zahlen für national- und regionale Durchschnittswerte zu ermöglichen.

Dabei wurden für jeden Indikator individuelle Bandbreiten erstellt, wobei das Ziel darin bestand, eine Bandbreite zu finden, die eine gute Verteilung der Datenpunkte aus jedem EMEA-Land ermöglichte. Dabei wurde eine glockenförmige Normalverteilung angestrebt, während nach Möglichkeit eine Standardbandbreite beibehalten wurde.

Für einige Indikatoren war es aufgrund der Leistungsniveaus der verschiedenen im Barometer enthaltenen Länder nicht möglich, diese Verteilung der Daten über den Bereich 1 bis 10 zu erreichen. Dies liegt daran, dass die Daten naturgemäß stark nach Regionen geclustert sind, wobei die europäischen Länder bei den meisten Indikatoren eher am oberen Ende und die afrikanischen Länder eher am unteren Ende der Bereiche zu finden sind.

Interpretation der Barometerbewertungen

Da die ursprünglichen Datenpunkte, auf die sich das Barometer stützt, für unterschiedliche Skalen und Maßstäbe definiert sind, wurde das Punktesystem 0 bis 100 geschaffen, um die Daten aus den verschiedenen Quellen auf einheitliche Weise einordnen und interpretieren zu können.



Nach diesem einheitlichen System ist 100/100 die bestmögliche Punktzahl über alle Indikatoren hinweg. Wie die Tabelle im obigen Abschnitt zeigt, ist eine höhere Punktzahl immer positiver, da sie auf eine höhere Resilienz der Gesundheitsversorgung in einem Land hinweist.

Um die Interpretation der Diagramme und Tabellen in diesem Bericht zu erleichtern, veranschaulichen die beiden folgenden Beispiele den im Standardisierungsprozess verwendeten Rahmen.

Indikator 1: AMR-bedingte Todesfälle (IHME)

Bei diesem Indikator wird auf der Skala von 0 bis 100 im Barometer eine höhere Prävalenz von AMR-bedingten Todesfällen in einen niedrigeren (schwächeren) Wert umgerechnet, eine niedrigere Prävalenz in einen höheren (stärkeren) Wert. Mit anderen Worten: Eine niedrige Punktzahl bedeutet nicht, dass die Prävalenz von AMR-bedingten Todesfällen niedrig ist. Sie bedeutet vielmehr, dass das Land bei den AMR-Todesfällen schwach abschneidet.

Ursprünglicher Wert (pro 100 000)	Zugewiesene Barometerbewertung
< 18	100
> 162	10

Indikator 2: Verhältnis Pflegekräfte zu Patient:innen (WHO)

In diesem Fall zeigt der Originaldatensatz die Anzahl der Pflegekräfte pro 10 000 Einwohner:innen in jedem Land. Eine höhere Zahl von Pflegekräften ist aus Sicht der Gesundheitsfürsorge besser, daher bedeutet eine höhere Zahl von Pflegekräften eine höhere Punktzahl auf dem Barometer und eine niedrigere Zahl von Pflegekräften eine niedrigere Punktzahl auf der Skala 0 bis 100.

Ursprünglicher Wert (Anzahl Pflegekräfte pro 100 000)	Zugewiesene Barometerbewertung
< 10	10
> 115	100

Die Skala von 0 (schwach) bis 100 (stark) ist in diesem Bericht in jeder Tabelle enthalten, um die Leser:innen daran zu erinnern, wie die Bewertungen zu interpretieren sind.

Tabelle 14: Barometer-Bewertungssystem je Indikator

Indikator	Quelle	Ursprüngliche Maßeinheit der Skala	Zugewiesene Barometerbewertung
Unerwünschte Nebenwirkungen einer medizinischen Behandlung	IHME, Studie zur globalen Krankheitslast	Sterberate pro 100 000	< 0,25 = 100 > 14 = 10
Komplikationen nach therapeutischen Verfahren	IHME, Studie zur globalen Krankheitslast	Prävalenzrate pro 100 000	< 10 = 100 > 70 = 10
AMR-bedingte Todesfälle	IHME, Studie zur globalen Krankheitslast	Sterberate pro 100 000	< 18 = 100 > 162 = 10
Sepsis	Lancet	Sepsis ASIR pro 100 000	< 100 = 100 > 2000 = 10
HAI - Prävalenz	ECDC	%	< 1 = 100 > 9 = 10
HAI - SSI-Prävalenz	ECDC	% SSIs pro 100 Operationen	< 1,2 = 100 > 10,80 = 10
HAI - Richtlinien	ECDC	Anzahl der Krankenhäuser	< 10 = 10 > 90 = 100
HAI - Überwachung	ECDC	Anzahl der Krankenhäuser	< 9,5 = 10 > 85,50 = 100
Allgemeine Gesundheitsabsicherung	WHO Global Health Observatory	Durchschnittliche Abdeckung mit wesentlichen Diensten	< 40 = 10 > 87,50 = 100
Verhältnis Pflegefachkräfte zu Patient:innen	WHO Global Health Observatory	Anzahl der Pflegekräfte pro 10 000	< 10 = 10 > 115 = 100
Verhältnis Ärzt:innen zu Patient:innen	WHO Global Health Observatory	Anzahl der Ärzt:innen pro 10 000	< 8 = 10 > 72 = 100
Verhältnis Pflegekräften zu Ärzt:innen	OECD	Verhältnis	< 4,5 = 100 > 40,50 = 10
Pflegekräfte ab 55 Jahren	WHO	%	< 4,5 = 10 > 40,50 = 100
Burnout bei medizinischen Fachkräften	Havas Lynx	Eigene Berechnung	< 6,7 = 100 > 13,2 = 10

Indikator	Quelle	Ursprüngliche Maßeinheit der Skala	Zugewiesene Barometerbewertung
Richtlinien für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz	WHO Global Health Observatory	Vorhandensein nationaler politischer Instrumente für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz für medizinische Fachkräfte	< 1 = 10 > 9 = 100
Inflation	Weltbank	Jährlich in % gemessen am Verbraucherpreisindex	< 2 = 100 > 18 = 10
Verweildauer	OECD	Durchschnittliche Anzahl der Tage im Krankenhaus	<4 = 100 >7,20 = 10
HC % der Gesundheitsausgaben (pro Kopf)	WHO	Pro-Kopf-Ausgaben des Staates im Inland (USD)	< 50 = 10 > 8800 = 100
Gesundheitsbezogene Lebenserwartung	WHO Global Health Observatory	Durchschnittliche Anzahl Jahre	< 50 = 10 > 74 = 100
Vermeidbare Todesfälle	OECD	Zusammenfassende Maßzahl der möglicherweise vermeidbaren vorzeitigen Mortalität	< 950 = 100 > 8550 = 100
Gesundheitswesen in % des nationalen Fußabdrucks	Health Care with No Harm – World Input-Output Database (WIOD) European Environmental Agency	%	< 0,7 = 10 > 6,30 = 100
Fußabdruck des Gesundheitswesens pro Kopf	Health Care with No Harm – World Input-Output Database (WIOD) European Environmental Agency	tCO ₂ e pro Kopf	< 0,09 = 100 > 0,81 = 10

Tabelle 15: Gesamtergebnis des 2024 BD Healthcare Resilience Barometers für das Gesundheitswesen nach Land

Liste der Länder (100)	Region	Gesamtergebnis des BD BHealthcare Resilience Barometers	Liste der Länder (100)	Region	Gesamtergebnis des BD Healthcare Resilience Barometers
Albanien	Europa	54	Dänemark	Europa	62
Algerien	Afrika	54	Dschibuti	Afrika	43
Angola	Afrika	33	Ägypten	Afrika	47
Österreich	Europa	63	Äquatorialguinea	Afrika	46
Aserbaidshan	Europa	54	Estland	Europa	54
Bahrain	Naher Osten	63	Eswatini (Swasiland)	Afrika	42
Belarus	Europa	63	Äthiopien	Afrika	35
Belgien	Europa	57	Finnland	Europa	66
Benin	Afrika	36	Frankreich	Europa	69
Bosnien und Herzegowina	Europa	55	Gabun	Afrika	47
Botswana	Afrika	46	Georgien	Europa	54
Bulgarien	Europa	51	Deutschland	Europa	64
Burkina Faso	Afrika	27	Ghana	Afrika	44
Burundi	Afrika	33	Griechenland	Europa	56
Kamerun	Afrika	39	Guinea	Afrika	29
Kap Verde	Afrika	50	Guinea-Bissau	Afrika	34
Zentralafrikanische Republik	Afrika	29	Ungarn	Europa	57
Tschad	Afrika	28	Island	Europa	69
Komoren	Afrika	44	Iran	Naher Osten	46
Demokratische Republik Kongo	Afrika	42	Irak	Naher Osten	47
Republik Kongo	Afrika	45	Irland	Europa	63
Kroatien	Europa	65	Italien	Europa	62
Zypern	Europa	63	Jordanien	Naher Osten	59
Tschechien	Europa	57	Kenia	Afrika	49
			Kuwait	Naher Osten	67

Liste der Länder (100)	Region	Gesamtergebnis des BD Health-care Resilience Barometers
Lettland	Europa	49
Lesotho	Afrika	36
Liberia	Afrika	36
Libyen	Afrika	59
Litauen	Europa	58
Luxemburg	Europa	58
Madagaskar	Afrika	39
Malawi	Afrika	35
Mali	Afrika	29
Malta	Europa	60
Mauretanien	Afrika	42
Mauritius	Afrika	51
Moldau	Europa	46
Montenegro	Europa	60
Marokko	Afrika	47
Mosambik	Afrika	34
Namibia	Afrika	46
Niederlande	Europa	61
Niger	Afrika	32
Nigeria	Afrika	29
Nord-Mazedonien	Europa	55
Norwegen	Europa	76
Oman	Naher Osten	63
Polen	Europa	57
Portugal	Europa	63

Liste der Länder (100)	Region	Gesamtergebnis des BD Health-care Resilience Barometers
Katar	Naher Osten	65
Rumänien	Europa	63
Russland	Europa	54
Ruanda	Afrika	39
São Tomé und Príncipe	Afrika	43
Senegal	Afrika	41
Serbien	Europa	56
Seychellen	Afrika	63
Sierra Leone	Afrika	28
Slowakei	Europa	61
Slowenien	Europa	56
Südafrika	Afrika	58
Südsudan	Afrika	35
Spanien	Europa	58
Schweden	Europa	70
Schweiz	Europa	74
Syrien	Naher Osten	42
Tansania	Afrika	46
Togo	Afrika	45
Tunesien	Afrika	58
Türkei	Europa	59
Uganda	Afrika	49
Ukraine	Europa	53
Vereinigtes Königreich	Europa	60
Jemen	Naher Osten	40
Sambia	Afrika	42





Gemeinsam für ein nachhaltig robustes Gesundheitswesen

<https://lp.bd.com/HRB-DE>

BD, das BD-Logo sind Marken von Becton, Dickinson and Company oder seinen Tochterunternehmen.

© 2024 BD. Alle Rechte vorbehalten. BD-124972 (07/24)

