

„Wir brauchen eine Strate Förderung der Lotsensyst

„Aus meiner Sicht wäre es nützlich, wenn entlang der Selektivverträge weitere Evidenz zur Wirkungsweise gesammelt würde." Im Titelinterview mit „Monitor Versorgungsforschung" zeigt sich die erfahrene Versorgungsforscherin Prof. Dr. Leonie Sundmacher wenig erstaunt über die Nichtempfehlung des Innovationsprojekts „Cardiolotse" zur Überführung in die Regelversorgung. Doch kann ihrer Ansicht nach die Grundlage dieses Beschlusses nicht fehlende Evidenz sein. Ihre Vermutung ist, dass sich der Innovationsausschuss „anscheinend scheut, diese personalintensive Intervention für die Regelversorgung zu empfehlen, solange die Effektivität und Kosteneffizienz nicht durch weitere Projekte bestätigt wird".

Im Interview: Prof. Dr. oec. Leonie Sundmacher MSc, Technische Universität München, Lehrstuhl Gesundheitsökonomie

>> Lassen Sie uns unser Gespräch nutzen, um das Thema Lotsen – ausgehend von der von Ihnen und ihrem Team durchgeführten Evaluation des Innovationsprojekts „Cardiolotsen" – in einen größeren Zusammenhang zu stellen. Hierbei beziehe ich mich zum einen auf den Ergebnis- (1), den Evaluationsbericht (2) und den G-BA-Beschluss (3) des Innovationsprojekts „Cardiolotsen", zum anderen auf den Artikel „Patientenlotsen: Optimierte Versorgung oder Orientierungshilfe – im immer komplexer werdenden Gesundheitssystem brauchen Menschen Unterstützung. Überlegungen zur Zukunft von Patientenlotsen", im Juni 2024 erschienen im Deutschen Ärzteblatt (4), geschrieben von Marie Coors, Wolfgang Greiner, Lorenz Harst, Jochen Schmitt und Ihnen. Beginnen wir mit dem Innovationsprojekt „Cardiolotsen", um vom kleineren Punkt zum größeren zu kommen: Der beim G-BA angesiedelte Innovationsausschuss spricht in seinem Beschluss zum Innovationsprojekt „Cardiolotsen" keine Empfehlung aus, leitet aber „aufgrund positiver Tendenzen" die Ergebnisse an fünf benannte Stellen weiter, die damit tun können, was sie wollen, aber nicht müssen. Hat Sie das Ergebnis des Beschlusses erstaunt? Wie ordnen Sie den Textlaut des Beschlusses ein?

„Wir konnten allerdings nicht nachvollziehen, dass es dem Innovationsausschuss an aufschlussreicher Evidenz mangelte."

Als evaluierendes Institut arbeiten wir von Anfang an eng mit dem Team, das die Intervention durchführt, zusammen. Gleichzeitig ziehen wir uns immer wieder auf neutralen Boden zurück, da wir die Unabhängigkeit der Evaluation ernst nehmen und die Evaluationsergebnisse sachlich einordnen möchten. Aus dieser, ja, etwas distanzierten Sichtweise hat mich der Beschluss nicht erschüttert. Ich erkenne an, dass der G-BA eine Empfehlung für die Regelversorgung nur selten ausspricht, da, insbesondere bei Erkrankungen mit einer hohen Public-Health-Relevanz, die Anforderungen an eine flächendeckende Umsetzung hoch sind. Wir konnten allerdings nicht nachvollziehen, dass es dem Innovationsausschuss an aufschlussreicher Evidenz mangelte.

egie zur teme"

Würden Sie bitte diese Einschätzung erklären?

In dem Projekt wurde ein Lotsen-Modell für Patientinnen und Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen nach Entlassung aus der stationären Versorgung etabliert. Mit der Ausbildung von Lots:innen wurde auf die direkte Ansprache der Patient:innen gesetzt. Der Lotse sollte als Ansprechpartner für die Versorgung der Patient:innen nach dem Klinikaufenthalt erhalten bleiben. Der RCT wurde geordnet durchgeführt. Nach 12 Monaten konnten wir eine geringere Rehospitalisierungsrate und eine günstige Kosten-Effektivitäts-Relation nachweisen. Der G-BA kritisierte, dass die statistische Signifikanz des primären Endpunkts nicht in allen Adjustierungs- und Auswertungsverfahren gegeben war. Das ist auch korrekt, stellt jedoch eine hohe Anforderung an die Evidenz einer komplexen Intervention. Ich kann mir nicht vorstellen, dass alle empfohlenen Projekte diese Hürde genommen haben. Weiterhin wurde – korrekterweise – kritisiert, dass die Patientenpopulation im Trial schwerer erkrankt war als ursprünglich angenommen. Das stimmt auch, aber dies stellt nicht die Auswertbarkeit für die schwerer erkrankte Population infrage.

Wie kommt es dann Ihrer ganz persönlichen Meinung nach zu dieser Nichtempfehlung?

Aus dem Subtext habe ich für mich herausgelesen, dass sich der beim G-BA angesiedelte Innovationsausschuss anscheinend scheut, diese personalintensive Intervention für die Regelversorgung zu empfehlen, solange die Effektivität und Kosteneffizienz nicht durch weitere Projekte bestätigt wird. Zudem ist man vermutlich noch unsicher, welche Lotsenmodelle man in welcher Ausgestaltung priorisieren möchte. Meines Erachtens hätte man das genauso schreiben können, anstatt nur die Evidenz zu relativieren. Um die Güte der Evidenz zu beurteilen, fände ich es hilfreich, wenn der beim G-BA angesiedelte Innovationsausschuss den Evaluatoren eine knappe Kommentierung der Beschlussempfehlung erlauben würde. Nicht, um die Empfehlung zu relativieren oder in Frage zu stellen, sondern um die Wissenschaftsgemeinschaft bei der Einordnung der Ergebnisse zu unterstützen. Dies entspräche dem Austausch von Argumenten innerhalb eines Peer-Review-Verfahrens.

Durch die Beschluss-Weiterleitung u. a. an die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie aus einer Passage des Beschlusstextes (Zitat: „Aufgrund der erkennbaren positiven Tendenzen bleibt aber die Option, das Cardiolotsen-Konzept, entsprechend den jeweils vor Ort gegebenen Bedarfen, Ressourcen und Umsetzungsmöglichkeiten, selektivvertraglich umzusetzen") könnte man annehmen, dass sich daraus eine Art selektivvertraglicher Auftrag nach § 140 a SGB V ableiten lässt, mit denen die „Cardiolotsen" jenseits der Regelversorgung eingesetzt werden können. Ist das auch Ihre Wertung des Beschlusses? Und lassen Sie mich nachfragen: Gehen Sie davon aus, dass es bald Cardiolotsen nicht nur in den drei nordöstlichen Bundesländern Deutschlands gibt?

Ja, so lese ich den Beschluss auch. Die Vertragspartner AOK Nordost und Vivantes werden quasi aufgefordert, das Projekt nach der positiven Evaluation im Rahmen eines Selektivvertrags fortzusetzen.

Was sie übrigens tun.

Gut so. Daraus ergibt sich der positive Effekt, dass im Rahmen dieses oder weiterer Selektivverträge mehr Erfahrungen zu den Lotsenprojekten gesammelt werden können. Auch bestehende Schwächen können adressiert werden: Die Kommunikation der Cardiolotsen mit den niedergelassenen Ärzt:innen hat im Projekt beispielsweise

nicht reibungslos funktioniert. Selbst die Lots:innen hatten Probleme bei der Überwindung der Sektorengrenzen. Aus meiner Sicht wäre es zudem nützlich, wenn entlang der Selektivverträge weitere Evidenz zur Wirkungsweise gesammelt würde. Da bereits ein RCT vorliegt, können dies dann übrigens auch quasi-experimentelle Auswertungen sein.

Ich kann mir auch vorstellen, dass Krankenkassen und Klinikverbünde in anderen Regionen dieses Modell der direkten Ansprache in unserem schwer zu navigierenden Gesundheitssystem attraktiv finden. Es sollte aber einen Punkt der Wiedervorlage geben, an dem der G-BA auf Grundlage der verfügbaren Evidenz zu Lotsenprojekten entscheidet, für welche Erkrankungen und für welche Settings die Lotsentätigkeit in der Regelversorgung sinnvoll sein kann. Der auf der Hand liegende Vorteil ist, dass dann alle Patient:innen unabhängig von der Kassenzugehörigkeit profitieren können.

In Ihrem Evaluationsbericht zum Projekt „Cardiolotsen" steht geschrieben, dass „die bisherigen Evaluationsergebnisse darauf hindeuten, dass die neue Versorgungsform für Patient:innen einen Mehrwert aufweist". Warum wurde die Formulierung „darauf hindeuten" gewählt, obwohl der ICER-Wert (Anm.: incremental cost-effectiveness ratio) mit 2.664 Euro zugunsten der Intervention „Cardiolotse" recht eindeutig ausfällt? Soll etwa mit der Formulierung „darauf hindeuten" angedeutet werden, dass es sich um ein Ergebnis mit einem ganz niedrigen Evidenzgrad handelt? Was war der Grund für diese vorsichtige Formulierung?

Die Formulierung ergibt sich aus der zu Beginn bereits genannten distanzierten Sichtweise als neutraler, unabhängiger Evaluator. In der Kostenanalyse konnte eine signifikante Reduktion der Krankenhauskosten im Nachbeobachtungszeitraum aufgezeigt werden, bei Betrachtung der Gesamtkosten blieb die statistische Signifikanz jedoch aus. Weiterhin ergibt sich die Herausforderung, dass der berechnete ICER die eingesparten Kosten pro potenziell verhinderter Rehospitalisierung widerspiegelt. Die eingesparten Kosten sind daher für die Versorgungsrealität anteilig zu bewerten, was in der Gesamtbeurteilung unbedingt mitbedacht werden sollte. Eine niedrige Evidenzklasse hatte die Studie nicht.

Nachgefragt: Warum blieb bei der Betrachtung der Gesamtkosten die statistische Signifikanz aus? Woran liegt das genau?

Es sollte berücksichtigt werden, dass bei der Betrachtung der Gesamtkosten die Implementierungs- und Interventionskosten der Cardiolotsen einbezogen wurden, wodurch sich der signifikante Unterschied in den zuvor analysierten Versorgungskosten verringerte.

Im Artikel „Patientenlotsen: Optimierte Versorgung oder Orientierungshilfe" (4) schreiben Sie u. a. als Mitautorin, dass die „bisher verfügbare Evidenzlage unzureichend" ist, um differenzieren zu können, inwiefern sich der Effekt von Lots:innen je nach Erkrankung und Setting unterscheidet, was für Sie die Frage aufwirft, ob „Lotsen indikationsspezifisch eingesetzt werden" sollten (beispielsweise beim Umfang des Case-Managements sowie der damit verbundenen Honorierung) oder „inwieweit eher generelle Konzepte zur Lotsentätigkeit möglich sind". Mit dieser Aussage beziehen Sie sich sicher nicht nur auf die von Ihnen durchgeführte Evaluation des Projekts „Cardiolotsen", sondern wohl auch auf andere, bisher zu diversen Lotsenprojekten veröffentlichte Analysen: Was ist aus versorgungsforscherischer Sicht zu tun, um die anscheinend an dieser Stelle sichtbar werdende Evidenzlücke zu schließen?

Es liegen bereits einige veröffentlichte Abschlussberichte der vom Innovationsfonds geförderten Lotsenprojekte vor. Eine konkrete Empfehlung des Innovationsauschusses für die Überführung in die Regelversorgung blieb bisher aus. Der Einsatz von „Social Care Nurses" im Projekt OSCAR führte beispielsweise zu einer Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität onkologischer Patient:innen innerhalb der ersten sechs Monate und zu einer Verringerung der Gesamtkosten. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam ja auch das Cardiolotsen-Projekt, das eine kürzere Krankenhausverweildauer und niedrigere Krankenhauskosten feststellen konnte. Weiterhin wird die Zufriedenheit der Patient:innen mit den Lots:innen von der Mehrzahl der bereits abgeschlossenen Projekte als hoch eingeschätzt. Das Projekt STROKE OWL konnte hingegen eine stärker an den Leitlinien orientierte Versorgung der Schlaganfallpatient:innen feststellen, aber keine Unterschiede bezüglich Mortalität und Rezidivrate. Wir haben darum in dem von Ihnen genannten Artikel anerkannt, dass eine isolierte Betrachtung der einzelnen Projektergebnisse nicht sinnvoll ist. Zu einem Punkt der Wiedervorlage muss sortiert werden, welche Evidenz zu welchem Grad in welcher Ausprägung vorliegt. Welche Patientenpopulationen insbesondere profitieren und ob es mögliche Synergieeffekte zwischen Lotsenprojekten gibt.

„Eine isolierte Betrachtung der einzelnen Projektergebnisse ist nicht sinnvoll."

Wann wäre denn ein Zeitpunkt für die von Ihnen ins Spiel gebrachte Wiedervorlage, die der Innovationsfonds so gar nicht vorsieht, angemessen?

Der Innovationsausschuss hat ein breites Spektrum an Projekten mit Lotsen für unterschiedliche Indikationen und Settings bewilligt und an diese vermutlich auch Erwartungen geknüpft. Nach Abschluss der größten laufenden Projekte kann ein Kassensturz erfolgen. Es ist einfach wichtig, dass wir aus der erarbeiteten Evidenz systematische Lehren ziehen und diese Gelegenheit nicht an uns vorbeiziehen lassen.

Weiterhin steht in eben genanntem Artikel (4), dass es darüber hinaus zudem sinnvoll sein könnte, „spezielle Zielgruppen innerhalb der Krankheitsgruppen zu definieren, die potenziell besonders von der Intervention profitieren, was die Kosteneffektivität der Maßnahme erhöhen" würde. Doch sei eine „evidenzbasierte Identifizierung der Versorgungs- und Indikationsbereiche mit erhöhtem Verbesserungs- und Koordinationspotenzial für einen zielgerichteten Einsatz der Lotsen somit noch ausstehend". Auch hier die Frage: Wäre es

nicht sinnvoller, als noch irgendein Lotsenprojekt zu fördern, die von Ihnen adressierten Fragen zu beantworten? Weil Sie sicher „Ja“ sagen werden: Wie könnte ein entsprechendes Studiensetting oder gar eine entsprechende Theorie aussehen? Würden Sie eher einen weiteren Innovationsfondsantrag als sinnvoll ansehen oder gibt es einen anderen Ansatz, der aus Ihrer Sicht besser passen würde? Sollte man vielleicht ein entsprechendes Pilotprojekt in einer Region in Gang setzen?

Wir brauchen nicht immer mehr: Klassische Subgruppenanalysen in den laufenden RCTs liefern schon brauchbare Erkenntnisse zu den profitierenden Patientenpopulationen. Natürlich sind die RCTs auf den primären Endpunkt hin gepowert, sodass Subgruppenergebnisse ohne Signifikanz kein abschließendes Urteil erlauben. Aber die Subgruppenanalysen, welche signifikante Verbesserungen aufzeigen, sind von Informationswert.

Mich interessiert momentan zudem, ob die Lotsentätigkeit in ländlichen Regionen mit einer geringeren Versorgungsdichte und -intensität sowie mit kleineren Krankenhäusern funktioniert bzw. wie man die Modelle anpassen müsste, damit sie den Bedürfnissen der Bevölkerung entspricht.

„Obwohl es erste Hinweise zu Kosteneinsparungen für die gesetzliche Krankenversicherungen für kardiologische Patient:innen gibt, werden andere gesundheitsökonomische Perspektiven, wie aus Sicht der Gesamtgesellschaft oder weiterer Kostenträger, nur unzureichend abgebildet“, steht ebenso im DÄB-Artikel (4). Dies sei insbesondere hinsichtlich der angestrebten sektoren- und gesetzbuchübergreifenden Wirkungsweise der Patientenlots:innen „eine essenzielle, dringend zu schließende Forschungslücke“. Welche gesundheitsökonomische Perspektiven aus Sicht der Gesamtgesellschaft oder weiterer Kostenträger sprechen Sie hier genau an? Und: Wie könnten Sie sich vorstellen, auch diese Evidenzlücke zu schließen?

Die Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherungen ist für die Erstattungsentscheidung essenziell. Neben Kosten, die von den Patient:innen direkt getragen werden, sind für bestimmte Indikationen z. B. auch Pflege- und Rentenkassen wichtige Stakeholder/ Zahler, die bei einer gesetzbuchübergreifenden Lösung mit einbezogen werden sollten.



Prof. Dr. Leonie Sundmacher

leitet den Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie an der Technischen Universität München. Davor war sie Professorin für Health Services Management an der Ludwig-Maximilians-Universität. Sie studierte Volkswirtschaftslehre, Gesundheitsökonomie und Politikwissenschaft an der University of York und an der Freien Universität Berlin und promovierte an der Technischen Universität Berlin. Sie ist Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Mitglied im Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege und Mitglied im wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs.

Gehen wir nun weiter von der Mikro- auf die Metaebene, da Sie ja nicht nur Leiterin des Fachgebiets Gesundheitsökonomie an der Technischen Universität München und als solche unter anderem auch Evaluatorin sind. Sie sind auch Mitglied des Sachverständigenrats Gesundheit und ebenso Mitglied der Regierungskommission für moderne Krankenhausversorgung beim Bundesministerium für Gesundheit und einiger anderer Räte: Welchen Rat geben Sie als vor allem wissenschaftlich geprägte Gestalterin von Gesundheitssystemen der Politik, den Kassen, den KVen und den Krankenhausgesellschaften auf Bundes- und Landesebene, wie sie mit dem Thema Lots:innen – auch im Hinblick auf die zunehmenden Probleme der Versorgung im Zeitalter von doppelter Demografie und des Fachkräftemangels – im Sinne einer besseren Versorgung und vor allem zum Besten der Patient:innen umgehen sollten?

Es klang bereits oben an. Ich kann nachvollziehen, dass die Entscheidung zur Empfehlung nicht für jedes einzelne Lotsenprojekt isoliert getroffen wird. Vielmehr bedarf es einer Strategie zur Förderung und Finanzierung dieses Versorgungskomplexes.

Die Entscheidung sollte maßgeblich auf Grundlage der verfügbaren Evidenz getroffen werden, aber gleichzeitig muss berücksichtigt werden, welche Auswirkungen die Etablierung von Lots:innen auf die Fachkräftesituation vor Ort haben. Für Lots:innen werden oft Stellen geschaffen, die mit geschultem Personal besetzt werden müssen. Möglicherweise bevorzugte Arbeitszeiten abseits des Schichtbetriebs könnten den Lotsenberuf zu einer attraktiven Alternative zum Praxis- und Klinikalltag machen. Dies bedeutet allerdings auch, dass ausgebildete Fachkräfte an anderer Stelle ersetzt werden müssen. Im letzten Sachverständigenratsgutachten sind wir zu einer differenzierten Analyse gelangt, nach der in Deutschland im internationalen Vergleich relativ viele Beschäftigte pro Einwohner:in zur Verfügung stehen. Dennoch kommt es aufgrund der hohen Fallzahl pro Patient:in zu einer hohen Arbeitsbelastung im Gesundheitssystem. Im Mittelpunkt unserer Empfehlungen stand daher, die strukturellen Schwächen des Gesundheitssystems zu beheben und medizinisch nicht notwendige Fälle möglichst zu reduzieren. Eine bloße Steigerung des Angebots an Fachkräften übersieht, dass wir viel Effizienz zugunsten behäbiger Strukturen

aufgeben und ist angesichts des demografischen Wandels nicht realistisch.

Lots:innen binden demnach einerseits Personalkapazitäten, versprechen aber andererseits gleichzeitig Effizienzsteigerung.

Die Rechnung geht meines Erachtens nur auf, wenn der Einsatz von Patientenlotsen keine Zwischenlösung auf dem Weg zu einer grundsätzlichen Umstrukturierung der Sektoren und Sektorengrenzen darstellt, sondern einen darüberhinausgehenden Nutzen für vulnerable Patientenpopulationen bietet.

„Eine effektive Steuerung von Patient:innen verlangt nun mehr Bindung aufseiten der Patient:innen sowie eindeutige Patientenpfade und Entscheidungsregeln zwischen den Versorgern: Es ist eine Gesamtaufgabe."

Steht hinter allem nicht eine bisher unbeantwortete, weil recht unbequeme Fragestellung: Sollten Patient:innen gesteuert werden oder im Sinne des Primus der individuellen Freiheit besser sich selbst überlassen bleiben? Und, was sicher ein großer Wurf ist: Sollten zum anderen nicht die Stakeholder unseres Gesundheitssystems zum Besten der Patient:innen verpflichtet werden, statt wie bisher eine einzelleistungsbezogene eine outcomebasierte Versorgung zu etablieren?

Die Frage ist nicht mehr so unbequem wie sie vor zehn Jahren noch war. Die Diskussionen auf dem diesjährigen Ärztetag in Mainz und in den Ärztenverbänden und -gewerkschaften sind geprägt von dem Wunsch nach mehr Patientensteuerung. Als Gesundheitsökonomin kann ich mich dieser Einschätzung anschließen.

Auch haben wir im diesjährigen Sachverständigenratsgutachten deutlich gemacht, dass das deutsche Gesundheitssystem zu komplex ist und nicht mehr den Bedürfnissen der Menschen entspricht. Dabei ist die Tatsache, dass vier von fünf Menschen in Deutschland Schwierigkeiten haben, das Gesundheitssystem zu navigieren, meines Erachtens kein Nachweis einer frappierend niedrigen Gesundheitskompetenz, sondern das Resultat eines stark fragmentierten Systems. Auf Ebene der einzelnen Ärzt:innen und Pflegekräfte haben wir keine ausgeprägten Qualitätsdefizite, aber wir schaffen es nicht, die Patient:innen zügig zu der für sie effektivsten und effizientesten Versorgung zu leiten. So kommt es in Summe zu schlechteren Outcomes als es mit koordinierter Versorgung möglich wäre. Eine effektive Steuerung von Patient:innen verlangt nun mehr Bindung aufseiten der Patient:innen sowie eindeutige Patientenpfade und Entscheidungsregeln zwischen den Versorgern: Es ist eine Gesamtaufgabe. So hat in unserem Innovationsfondsprojekt „Pfad" (5) eine Umfrage unter Versicherten der Techniker Krankenkasse ergeben, dass vielen ein verlässlicher Ansprechpartner für ihre Gesundheitsprobleme wichtiger ist als der schnelle Zugang zu einer Vielzahl von Versorger:innen. Das war für mich überraschend und ist ermutigend.

Wie kommen wir schneller voran?

Mit dem Willen zur Veränderung und sicher auch einer neuen Kultur des Miteinanders in der Gesundheitsversorgung. Das erfordert gezielte Schritte, nicht nur die Health Literacy der Patientenschaft zu erhöhen, sondern auch in die Managementfähigkeiten der Stakeholder zu investieren.

Wäre es nicht eine Aufgabe der Versorgungsforschung oder gar eine, die sich Versorgungsforscherin Prof. Sundmacher annehmen könnte, eine Art universitäres Spin-off-Institut zu gründen, um Seminare für Gesundheitsregionalmanager durchzuführen, um die Chance zu erhöhen, vor allem Lotsenprojekte im ländlichen Raum zu etablieren?

Darüber denke ich mal nach. Eine neue Kultur des Miteinanders lernt man ja am liebsten von Peers. Wir liefern aber gerne die Evidenz dafür.

„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen." Sie kennen den § 12 SGB V aus dem Effeff: Kommen wir in Deutschland jemals hin zu einem Anspruch auf eine bessere, wenn schon nicht die beste Versorgung, wenn die Evidenz dafür vorliegt?

Evidenz ist maßgeblich. Mir ist aber kein Gesundheitssystem bekannt, in dem rein evidenzgetrieben entschieden wird. Insofern ist ein gewisses Stückwerk eingepreist. Neben der Evidenz ist daher die Transparenz der Entscheidungsfindung das wichtigste Kriterium auf dem Weg zu einer effizienten Nutzung unserer Ressourcen.

Frau Prof. Sundmacher, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Literatur

1: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/499/2023-12-15_Cardiolotse_Ergebnisbericht.pdf
2: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/500/2023-12-15_Cardiolotse_Evaluationsbericht.pdf
3: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/498/2023-12-15_Cardiolotse.pdf
4: https://www.aerzteblatt.de/archiv/239856/Patientenlotsen-Optimierte-Versorgung-oder-Orientierungshilfe15 – xystem.
5: https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/pfad-muster-der-inanspruchnahme-analyse-von-empirischen-patientenpfaden-und-befragung-von-versicherten.343

Links zu wissenschaftlichen Papieren „Cardiolotse":
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39428539/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39503813/

Zitationshinweis

Sundmacher, L., Stegmaier, P.: „Wir brauchen eine Strategie zur Förderung der Lotsensysteme", in „Monitor Versorgungsforschung" (06/24), S. 6–10. http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2661