Prof. Dr. rer medic. Florian Kron / Johanna Röder / Katja Heße / Dr. rer. medic. Sebastian Wingen-Heimann / Prof. Dr. rer. pol. Björn Maier / Dr. rer. nat. Nils Keiner / Prof. Dr. med. Oliver Cornely

Innovative Antimykotika-Therapie und Versorgungssteuerung entlang der transsektoralen Patient-Journey

Die Ausbreitung invasiver Pilzinfektionen stellt insbesondere Krankenhäuser aufgrund der Komplexität der Behandlung und der damit assoziierten langen stationären Verweildauer vor große Herausforderungen. Innovative Arzneimitteltherapien eröffnen dabei Potenziale für eine transsektorale Patientenbehandlung und eine optimierte Steuerung entlang der Patient-Journey.

Zusammenfassung

Invasive Pilzinfektionen wie Candidämie und invasive Candidiasis erfordern häufig langwierige stationäre Behandlungen aufgrund des kontinuierlichen Therapiebedarfs und gehen mit hohen Sterblichkeitsraten einher. Sie stellen somit das Gesundheitswesen im Allgemeinen und Krankenhäuser im Besonderen vor große Herausforderungen. Im Gegensatz zur notwendigen täglichen Infusion herkömmlicher Antimykotika eröffnen innovative Antimykotika wie Rezafungin die Möglichkeit einer frühzeitigen Ambulantisierung. Durch die Verlagerung in den ambulanten Versorgungssektor können sowohl stationäre Ressourcen entlastet als auch die Versorgungseffizienz im Sinne der Patienten gesteigert werden. Insbesondere im Kontext der geplanten Krankenhausreform sind neue transsektorale Versorgungsmodelle entscheidend, um als Leistungserbringer den steigenden ökonomischen Druck zu bewältigen. Dafür ist die enge Zusammenarbeit aus klinischer, pharmazeutischer und auch ökonomischer Sicht erforderlich, um innovative Therapien erfolgreich in die Patientenversorgung zu integrieren.

Schlüsselwörter

Ambulantisierung, Antimykotika, Gesundheitsökonomie, interdisziplinäre Versorgungssteuerung, invasive Pilzinfektion, transsektorale Patientenversorgung

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.01.25.1866-0533.2696

>> Invasive Pilzerkrankungen, wie invasive Candidiasis und Candidämie, sind lebensbedrohliche Infektionen mit einer Sterblichkeitsrate von bis zu 70% [1]. Die Behandlung der invasiven Candidiasis und der Candidämie während einer stationären Krankenhausbehandlung ist mit einem verlängerten Aufenthalt und folglich mit höheren Behandlungskosten verbunden [2]. Hauptgründe für die hohe Mortalität sind u. a. die Verzögerung der mikrobiologischen Diagnose und eine erhöhte Rate resistenter Candida non-albicans spp. und Fluconazol-resistenter Candida albicans spp., was oft zu einer unzureichenden antimykotischen Therapie führt [3, 4]. In klinischen Studien konnte jedoch gezeigt werden, dass sich die Ergebnisse mit der Einführung von Antimykotika der nächsten Generation verbessert haben [5–7]. Infolgedessen haben sich die hochwirksamen und gut verträglichen Echinocandine zur bevorzugten Erstlinientherapie für (kritisch) kranke Patienten entwickelt {8–10]. Die zunehmende Prävalenz von Hochrisikopatienten und die allgemeine Zunahme invasiver Pilzerkrankungen zeigen jedoch die dringende Notwendigkeit, neue Behandlungsstrategien zu entwickeln.

Künftig wird auch von Bedeutung sein, inwiefern die geplante Krankenhausreform einen Einfluss auf die stationäre Versorgung von Patienten mit invasiver Candidiasis und Candidämie haben wird, da diese schwerwiegenden Infektionen in vielen der zukünftigen Leistungsgruppen auftreten werden. Hierbei handelt es sich vor allem um klassische nosokomiale Infektionen, sodass zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme kein infektiologisches Krankheitsbild erkennbar ist, was einer direkten Zuordnung zur Leistungsgruppe 3 „Infektiologie“ im Wege steht. Sicher ist jedoch schon jetzt, dass der finanzielle Druck auf deutsche Krankenhäuser weiter steigen wird. Innovative Arzneimitteltherapien, die eine frühzeitige Ambulantisierung von Patienten fördern, könnten vermehrt einen Beitrag dazu leisten, Bettenkapazitäten abzubauen und somit hohe stationäre Behandlungskosten zu reduzieren.

Intersektorale Patient-Journey bei der Behandlung invasiver Pilzerkrankungen

Pilzerkrankungen treten häufig bei immunsupprimierten Patienten während eines stationären Krankenhausaufenthalts auf. Betrachtet man die mit einer invasiven Candidiasis oder Candidämie einhergehenden Diagnosen, zeigt sich eine äußerst heterogene Verteilung hinsichtlich der eigentlichen Grunderkrankung. Aufgrund der Breite und Komplexität der Behandlungsfälle stellt die Versorgung der Patientengruppen eine besondere Herausforderung im Krankenhaussetting dar. Bei Anzeichen von Infektionssymptomen, wie beispielsweise Fieber, werden Blutkulturen zur Identifikation möglicher Erreger und zur Sicherung der Diagnose abgenommen. Die antimykotische Therapie der invasiven Candidiasis und Candidämie wird nach der Leitlinie „Invasive Pilzinfektionen – Therapie“ der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie insbesondere bei Tumorerkrankungen mit Echinocandinen initiiert und für mindestens 14 Tage nach der letzten positiven Blutkultur fortgeführt [11]. Aufgrund der Pilzinfektion ist bei schätzungsweise der Hälfte aller Krankheitsfälle ein Aufenthalt auf der Intensivstation (ITS) notwendig, ehe die Behandlung auf der Normalstation fortgesetzt und anschließend eine ambulante Weiterbehandlung möglich wird. Ergebnisse einer klinischen Studie (Candida-III-Studie) zeigen jedoch, dass ca. 16% der Patienten mit invasiver Candidiasis und Candidämie umfassend stationär im Krankenhaus behandelt werden, um eine täglich intravenös zu verabreichende Antimykotikatherapie zu erhalten, auch wenn ansonsten eine frühere Entlassung möglich gewesen wäre [12].

Der Zeitpunkt, ab dem eine ambulante Weiterbehandlung invasiver Pilzinfektionen möglich ist, spielt somit im Versorgungssetting sowohl aus Leistungserbringer- als auch aus Patientensicht eine bedeutende Rolle und bietet Möglichkeiten zur Steuerung. Am Beispiel

 This article was published under the license CC BY 4.0 and can be used

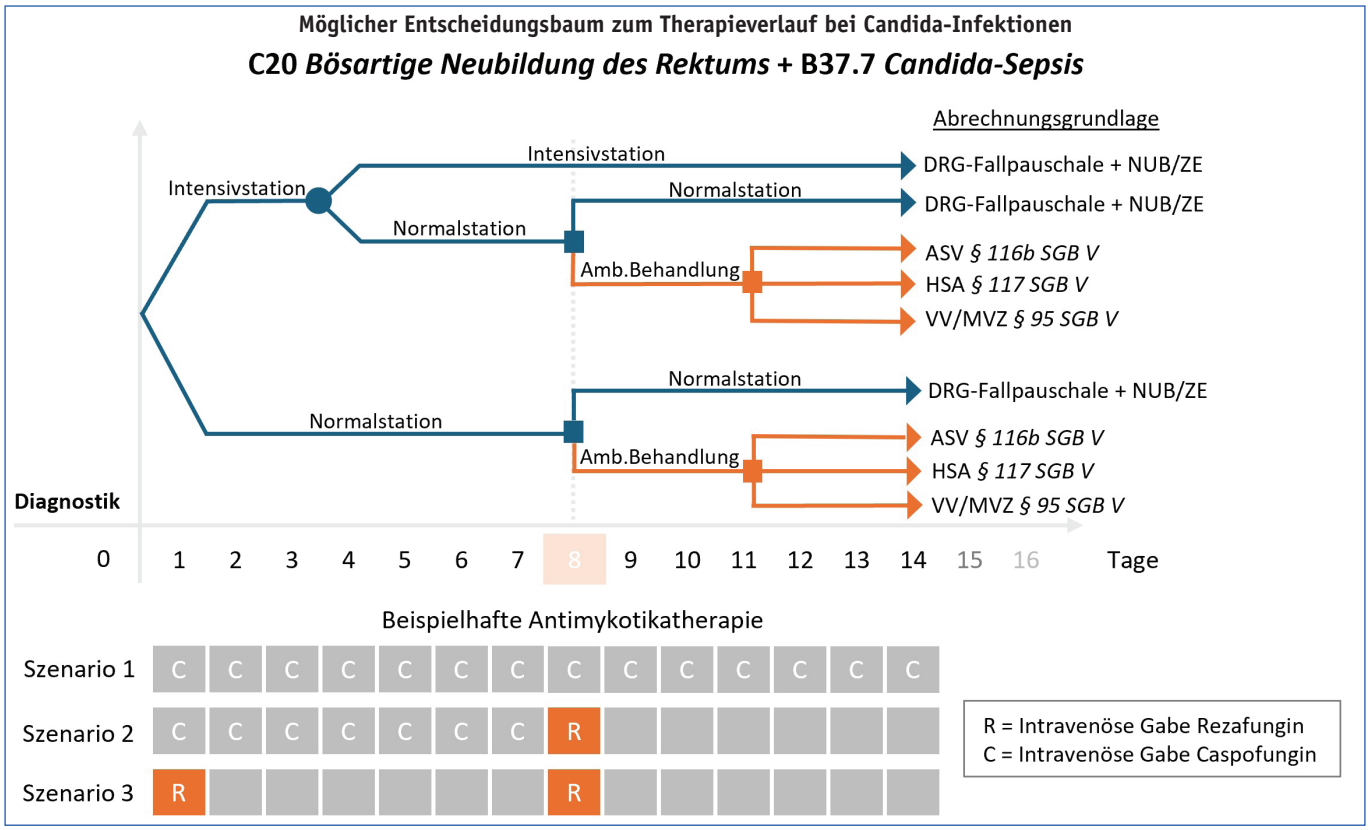


Abb. 1: *Möglicher Entscheidungsbaum zum Therapieverlauf bei Candida-Infektionen. Quelle: eigene Darstellung; Abkürzungen: NUB = Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. ZE = Zusatzentgelt. ASV = Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung. HSA = Hochschulambulanz. VV = Vertragsärztliche Versorgung. MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum.*

Antimykotikatherapien im stationären Setting und Erstattung		
Antimykotikum	**Beispielhafte DRGs**	**ZE/NUB/OPS**
Caspofungin	Intensivmedizinische DRGs: A09, A13, A11, A07 Gastrointestinale Tumore: G02, G60, G16 Infektiologie: T64, T60	ZE2025-123 (Gabe von Caspofungin, parenteral), 6-002.p
Micafungin		ZE2025-196 (Gabe von Micafungin, parenteral), 6-004.5
Anidulafungin		ZZE2025-154 (Gabe von Anidulafungin, parenteral), 6-003.k
Rezafungin		NUB-Status 1 seit 2024, 6-00m.e Rezafungin, parenteral (neu seit 2025)

Tab. 1: *Antimykotikatherapien im stationären Setting und Erstattung [14, 15]..*

des Echinocandin-Antimykotikums „Rezafungin" zeigt sich, dass u. a. innovative Arzneimitteltherapien dazu beitragen können, stationäre Ressourcen zu schonen und ambulante Behandlungspfade zu eröffnen.

Ökonomie der klassischen Patient-Journey: ein Überblick

Die Vergütung stationär behandelter Patienten mit invasiver Candidiasis oder Candidämie erfolgt über das DRG-Fallpauschalensystem. In jeder Fallpauschale sind bereits Beträge zur Deckung der Arzneimittelkosten über die Kostenartengruppen/Sachkosten „4a" Gemeinkosten Arzneimittel und „4b" Einzelkosten Arzneimittel berücksichtigt [3].

Jedoch führen neuartige Arzneimittel häufig zu einer Unterfinanzierung der vorgesehenen Pauschale. Um dennoch ein Defizit für die Leistungserbringer zu vermeiden, stehen Zusatzentgelte und Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (ZE/NUB) für Antimykotika im stationären Bereich als zusätzliche Vergütung über die DRG hinaus zur Verfügung.

Transsektorale Patient-Journey am Beispiel eines onkologischen Patienten

Onkologische und immunsupprimierte Patienten sind häufig anfällig für eine Candida-Infektion [11]. Die Abbildung illustriert verschiedene Behandlungsverläufe am Beispiel eines Darmkrebspatienten nach viszeralchirurgischer Operation. Der Entscheidungsbaum zeigt potenzielle Ambulantisierungsoptionen durch den beispielhaften Einsatz des Antimykotikums Rezafungin.

Zu Beginn der Antimykotikatherapie befinden sich die Patienten je nach Grunderkrankung und Allgemeinzustand entweder auf der

Intensivstation oder der Normalstation. Nach der Diagnose einer invasiven Candidiasis oder Candidämie erfolgt üblicherweise eine stationäre Antimykotikatherapie mit einer täglichen Infusion eines Echinocandins (Szenario 1), siehe stationäre Erstattung in Tabelle 1.

Sollte der Patient aus medizinischer Sicht stabil genug sein, um entlassen zu werden, kann es an Tag 8 zu einer strategischen Umstellung der Therapie kommen. In diesem Fall wird das täglich zu verabreichende Echinocandin (z. B. Caspofungin) auf Rezafungin umgestellt, welches nur einmal wöchentlich verabreicht werden muss und eine effektive Fortführung der Antimykotikatherapie im ambulanten Bereich ermöglicht (Szenario 2). Zusätzlich dazu konnte in der ReSTORE Phase-3-Studie gezeigt werden, dass ein frühzeitiger Einsatz von Rezafungin zu einer schnelleren mykologischen Eradikation führen kann [16]. Es bleibt abzuwarten, inwieweit sich in diesem Fall ein früherer Einsatz bereits zu Beginn der Therapie etablieren kann, sodass sich in der Folge auch der Intensivaufenthalt verkürzen kann.

Obwohl das in Abbildung 1 dargestellte rein ambulante Szenario 3 in der Praxis bislang noch nicht oder nur sehr vereinzelt umgesetzt wird, könnte es in Zukunft weiter an Bedeutung für langfristig zu therapierende invasive Pilzinfektionen, wie beispielsweise Knocheninfektionen bei ansonsten gutem Allgemeinzustand des Patienten, gewinnen. Bei derart schwerwiegenden Infektionen kann sich der Behandlungszeitraum mit notwendigen antimykotischen Infusionen von sechs Monaten bis zu einem Jahr erstrecken. In diesem Fall würde Rezafungin nicht nur den erheblichen Vorteil einer wöchentlichen Applikation zur weitestgehenden Erhaltung der Lebensqualität des Patienten, sondern gleichzeitig ein günstiges Nebenwirkungsprofil für eine langfristige ambulante Behandlung bieten.

Aktive Versorgungssteuerung im crossfunktionalen Krankenhausteam

Damit die Einführung innovativer Arzneimitteltherapien nach erfolgter Marktzulassung gelingt und diese auch weitestgehend kostendeckend eingesetzt werden können, bedarf es der interdisziplinären Zusammenarbeit insbesondere zwischen dem ärztlichen Dienst, dem Krankenhausmanagement und (Medizin-)Controlling sowie der Krankenhausapotheke. Ein zentraler Baustein der Arzneimittelversorgung im Krankenhaus ist die Arzneimittelkommission (AMK), in der alle der genannten Berufsgruppen vertreten sind. In der AMK wird das Versorgungsportfolio an Arzneimitteln nicht nur allein aus medizinischer Perspektive und aus Sicht der Arzneimitteltherapiesicherheit bewertet, sondern auch aus ökonomischer Perspektive hinsichtlich der Erstattbarkeit und Refinanzierung abgestimmt. Die AMK ist somit ein wichtiges Entscheidungsgremium zur Platzierung und Abstimmung innovativer Arzneimittel und Therapien im Krankenhaus.

In Ergänzung dazu ist der medizinische, pharmazeutische und ökonomische Austausch auch im täglichen Berufsalltag nicht mehr wegzudenken. Im Rahmen begleiteter Visiten stimmen sich behandelnde Ärzte gemeinsam mit (Stations-)Apothekern und dem Medizincontrolling zur bestmöglichen Patientenbetreuung ab. Am Beispiel der invasiven Candidiasis und Candidämie ist dazu neben der Auswahl des Antimykotikums unter Berücksichtigung möglicher Wechselwirkungen auch der Zeitpunkt der medizinisch vertretbaren Entlassung in die ambulante Weiterbehandlung als zentraler Steuerungspunkt zu nennen. Sofern keine medizinischen Kontraindikationen vorliegen und der Allgemeinzustand des Patienten es zulässt, kann die aktive Versorgungssteuerung dazu führen, dass eine Entlassung bereits an Tag 8 anstelle von Tag 14 möglich ist.

Verweildauerreduktion und ökonomische Einspareffekte durch Rezafungin

Neben den Erkenntnissen aus klinischen Studien konnten auch bereits gesundheitsökonomische Einspareffekte im deutschen Versorgungskontext durch die Gabe von Rezafungin durch eine Studie von Jeck et al. (2023) beschrieben werden (17). Hierfür wurden monozentrische Daten des Universitätsklinikums Köln und Ergebnisse der klinischen Zulassungsstudie modelliert, mit dem Ergebnis, dass durch den Einsatz von Rezafungin mediane Einspareffekte i. H. v. 7.175 Euro pro Patient erzielt werden können. Von zentraler Bedeutung für dieses Ergebnis ist die Reduzierung der stationären Verweildauer und mögliche Verlagerung von Patienten mit Rezafungin-Therapie in den ambulanten Bereich. Dies ist nicht nur aufgrund von Kosteneinspareffekten für beispielsweise medizinische Leistungen, Personal und Verpflegung, sowie schneller frei werdenden Bettenkapazitäten für das Krankenhaus von Interesse. Auch aus Patientensicht ist eine schnellere Rückkehr in das gewohnte Umfeld möglich und kann positiv zur Lebensqualität und der weiteren Genesung beitragen.

Ambulante Versorgungs- und Abrechnungsformen nutzen

Mit Fortschreiten der Ambulantisierung wird sich künftig auch die Abrechnung der medizinischen Leistungen und Arzneimitteltherapien weg von DRG-Fallpauschalen und NUB/ZE hin zu ambulanten Erstattungsmöglichkeiten bewegen. Denkbar ist hierbei die ambulante Behandlung im Rahmen der

1. ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V mit Abrechnung von Quartals- und Einzelleistungspauschalen nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM),
2. Hochschulambulanz nach § 117 SGB V mit Abrechnung von frei verhandelten Quartalspauschalen,
3. vertragsärztlichen Versorgung bzw. im Medizinischen Versorgungszentrum nach § 95 SGB V mit der Abrechnung von Quartals- und Einzelleistungspauschalen nach EBM.

Zusätzlich zur Abrechnung der medizinischen Leistungen können für die o. g. Versorgungsformen die Kosten ambulant eingesetzter Arzneimittel im (ambulanten) Krankenhaus über ein Rezept nach § 129a SGB V direkt mit dem Kostenträger taxiert werden. Bei den o. g. Antimykotika wie z. B. Rezafungin handelt es sich wie auch bei den herkömmlichen Echinocandin-Therapien um ein Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung, das vor Einsatz rekonstituiert werden muss. Aus Gründen der Arzneimitteltherapiesicherheit und Haltbarkeit kann hierbei die zentrale Herstellung in der Krankenhausapotheke ressourcenschonend und somit von Vorteil sein. In diesem Fall können Herstellungspauschalen für die

aseptische Zubereitung zusätzlich abgerechnet werden.

Ambulantisierungspotenzial nutzen

Angesichts der aktuellen wirtschaftlichen Situation stehen immer mehr Krankenhäuser in Deutschland finanziell unter Druck. Umso wichtiger wird es künftig werden, alternative Versorgungsmodelle zur vollstationären Krankenhausbehandlung zu berücksichtigen. Das Potenzial zur Ambulantisierung der Behandlung invasiver Pilzinfektionen am Beispiel Rezafungin bietet eine vielversprechende Möglichkeit, die Versorgungseffizienz zu steigern, gleichzeitig die Patientensicherheit und die Lebensqualität zu erhöhen. Durch die einmal wöchentliche intravenöse Verabreichung von Rezafungin, im Gegensatz zu den täglich erforderlichen Infusionen herkömmlicher Echinocandine, wird die Notwendigkeit eines stationären Aufenthalts erheblich reduziert. Dies ermöglicht es, die Patienten früher aus dem Krankenhaus zu entlassen oder unter Umständen die Behandlung direkt in einem ambulanten Setting durchzuführen. Die Verlagerung hin zur ambulanten Therapie erfordert jedoch eine gezielte Anpassung der Versorgungsstrukturen und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, um eine kontinuierliche und qualitativ hochwertige Betreuung der Patienten sicherzustellen. <<

Literatur

[1] Mazi PB, Olsen MA, Stwalley D, Rauseo AM, Ayres C, Powderly WG, Spec A. Attributable Mortality of Candida Bloodstream Infections in the Modern Era: A Propensity Score Analysis. Clin Infect Dis. 2022 Sep 29;75(6):1031-1036. doi: 10.1093/cid/ciac004.

[2] Heimann SM, Cornely OA, Wisplinghoff H, Kochanek M, Stippel D, Padosch SA, Langebartels G, Reuter H, Reiner M, Vierzig A, Seifert H, Vehreschild MJ, Glossmann J, Franke B, Vehreschild JJ. Candidemia in the intensive care unit: analysis of direct treatment costs and clinical outcome in patients treated with echinocandins or fluconazole. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2015 Feb;34(2):331-8. doi: 10.1007/s10096-014-2230-8.

[3] Zilberberg MD, Kollef MH, Arnold H, Labelle A, Micek ST, Kothari S, Shorr AF. Inappropriate empiric antifungal therapy for candidemia in the ICU and hospital resource utilization: a retrospective cohort study. BMC Infect Dis. 2010 Jun 3;10:150. doi: 10.1186/1471-2334-10-150.

[4] Bassetti M, Molinari MP, Mussap M, Viscoli C, Righi E. Candidaemia in internal medicine departments: the burden of a rising problem. Clin Microbiol Infect. 2013 Jun;19(6):E281-4. doi: 10.1111/1469-0691.12155.

[5] Reboli AC, Rotstein C, Pappas PG, Chapman SW, Kett DH, Kumar D, Betts R, Wible M, Goldstein BP, Schranz J, Krause DS, Walsh TJ; Anidulafungin Study Group. Anidulafungin versus fluconazole for invasive candidiasis. N Engl J Med. 2007 Jun 14;356(24):2472-82. doi: 10.1056/NEJMoa066906.

[6] Pappas PG, Rotstein CM, Betts RF, Nucci M, Talwar D, De Waele JJ, Vazquez JA, Dupont BF, Horn DL, Ostrosky-Zeichner L, Reboli AC, Suh B, Digumarti R, Wu C, Kovanda LL, Arnold LJ, Buell DN. Micafungin versus caspofungin for treatment of candidemia and other forms of invasive candidiasis. Clin Infect Dis. 2007 Oct 1;45(7):883-93. doi: 10.1086/520980.

[7] Kuse ER, Chetchotisakd P, da Cunha CA, Ruhnke M, Barrios C, Raghunadharao D, Sekhon JS, Freire A, Ramasubramanian V, Demeyer I, Nucci M, Leelarasamee A, Jacobs F, Decruyenaere J, Pittet D, Ullmann AJ, Ostrosky-Zeichner L, Lortholary O, Koblinger S, Diekmann-Berndt H, Cornely OA; Micafungin Invasive Candidiasis Working Group. Micafungin versus liposomal amphotericin B for candidaemia and invasive candidosis: a phase III randomised double-blind trial. Lancet. 2007 May 5;369(9572):1519-1527. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60605-9.

[8] Andes DR, Safdar N, Baddley JW, Playford G, Reboli AC, Rex JH, Sobel JD, Pappas PG, Kullberg BJ; Mycoses Study Group. Impact of treatment strategy on outcomes in patients with candidemia and other forms of invasive candidiasis: a patient-level quantitative review of randomized trials. Clin Infect Dis. 2012 Apr;54(8):1110-22. doi: 10.1093/cid/cis021.

[9] Pappas PG, Kauffman CA, Andes DR, Clancy CJ, Marr KA, Ostrosky-Zeichner L, Reboli AC, Schuster MG, Vazquez JA, Walsh TJ, Zaoutis TE, Sobel JD. Clinical Practice Guideline for the Management of Candidiasis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2016 Feb 15;62(4):e1-50. doi: 10.1093/cid/civ933.

[10] Cornely FB, Cornely OA, Salmanton-García J, Koehler FC, Koehler P, Seifert H, Wingen-Heimann S, Mellinghoff SC. Attributable mortality of candidemia after introduction of echinocandins. Mycoses. 2020 Dec;63(12):1373-1381. doi: 10.1111/myc.13177.

[11] Groll AH, Buchheidt D, Heinz W, Bellmann R, Cornely O, Höhl R, Hönigl M, Kluge S, Kurzai O, Lass-Flörl C, Lehrnbecher T, Lichtenstern C, Mendling W, Rath P-M, Rickerts V, Schwartz S, Willinger B, Ruhnke M. S1 Leitlinie Diagnose und Therapie von Candida Infektionen: Gemeinsame Empfehlungen der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft (DMykG) und der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie (PEG) ICD 10: B37.-. https://register.awmf.org/assets/guidelines/082-005l_S1_Diagnose-Therapie-Candida-Infektionen_2020-09.pdf

[12] Hoenigl M, Salmanton-García J, Egger M, Gangneux JP, Bicanic T, Arikan-Akdagli S, Alastruey-Izquierdo A, Klimko N, Barac A, Özenci V, Meijer EFJ, Khanna N, Bassetti M, Rautemaa-Richardson R, Lagrou K, Adam KM, Akalin EH, Akova M, Arsic Arsenijevic V, Aujayeb A, Blennow O, Bretagne S, Danion F, Denis B, de Jonge NA, Desoubeaux G, Drgona L, Erben N, Gori A, García Rodríguez J, Garcia-Vidal C, Giacobbe DR, Goodman AL, Hamal P, Hammarström H, Toscano C, Lanternier F, Lass-Flörl C, Lockhart DEA, Longval T, Loughlin L, Matos T, Mikulska M, Narayanan M, Martín-Pérez S, Prattes J, Rogers B, Rahimli L, Ruiz M, Roilides E, Samarkos M, Scharmann U, Sili U, Sipahi OR, Sivakova A, Steinmann J, Trauth J, Turhan O, Van Praet J, Vena A, White PL, Willinger B, Tortorano AM, Arendrup MC, Koehler P, Cornely OA; ECMM Candida III Study Group. Guideline adherence and survival of patients with candidaemia in Europe: results from the ECMM Candida III multinational European observational cohort study. Lancet Infect Dis. 2023 Jun;23(6):751-761. doi: 10.1016/S1473-3099(22)00872-6.

[13] Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung. 2016. Kalkulation von Behandlungskosten. Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern. Version 4.0. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH.

[14] aG-DRG-Fallpauschalen-Katalog 2024 nebst Anlagen (Katalog ergänzender Zusatzentgelte gem. § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG, Katalog noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen sachgerecht vergüteter Leistungen gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG, Zusatzentgelt-Katalog nach § 6 Abs. 1

Autorenerklärung

Florian Kron, Johanna Röder und Katja Heße sind Mitarbeiter des Unternehmens VITIS GmbH in Köln. Sebastian Wingen-Heimann und Oliver Cornely sind Mitarbeiter des Universitätsklinikums Köln. Nils Keiner ist bei der Apotheke des Universitätsklinikums Frankfurt am Main beschäftigt. Björn Meier ist Mitarbeiter der Dualen Hochschule Baden-Württemberg in Mannheim. Das Manuskript wurde von Mundipharma Deutschland GmbH und Co. KG finanziell unterstützt.

Zitationshinweis

Kron et al.: „Innovative Antimykotika-Therapie und Versorgungssteuerung entlang der transsektoralen Patient-Journey“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (01/25), S. 80–84. http://doi.org/10.24945/MVF.01.25.1866-0533.2696

Innovative antifungal therapy and care management along the transsectoral patient journey

Invasive fungal infections such as candidemia and invasive candidiasis are associated with prolonged hospital stays due to the consistent need for treatment and high mortality rates. Consequently, they pose major challenges for the healthcare system in general and hospitals in particular. In contrast to the actual necessary daily infusion of conventional antimycotics, innovative antimycotics such as rezafungin offer potential for early outpatient treatment. By shifting treatment to the outpatient care sector at an earlier stage, both inpatient resources can be relieved, and the efficiency of care can be increased. Particularly in the context of the planned hospital reform, new trans-sectoral care models are crucial for service providers to cope with the increasing economic pressure. This requires close cooperation from a clinical, pharmaceutical as well as economic perspective to successfully integrate innovative therapies into patient care.

Keywords

Outpatient treatment, antifungals, health economics, interdisciplinary care management, invasive fungal infection, trans-sectoral patient journey

Prof. Dr. rer. medic. Florian Kron ORCID: 0000-0003-4907-7490
ist Gründer und CEO der Vitis Healthcare Group und Mitarbeiter im Bereich Innovative Versorgung am Centrum für integrierte Onkologie, Strategisches Controlling der Klinik I für Innere Medizin, Universitätsklinikum Köln. Zudem ist er Professor für Gesundheitsmanagement an der FOM Hochschule für Oekonomie & Management, Köln. Aktuell ist er Konsortialpartner des Versorgungsforschungsprojekts DigiNet im Rahmen des Innovationsfonds. Kontakt: F.Kron@vitis-healthcare.com



Johanna Röder MSc ORCID: 0009-0009-7098-6753
studierte Health Economics and Management an der Universität zu Köln und an der Universität Maastricht. Sie ist HEOR Consultant bei der VITIS Healthcare Group in Köln. Davor arbeitete Sie als Projektmanagerin und Referentin der Geschäftsführung in einem Kölner Krankenhaus.
Kontakt: J.Roeder@vitis-healthcare.com



Katja Heße MSc ORCID: 0009-0002-6692-9560
studierte Gesundheitsökonomie an der Universität zu Köln und arbeitet als Junior Consultant HEOR bei der VITIS Healthcare Group in Köln. Davor arbeitete Sie als studentische Hilfskraft im Bereich klinischer Studien in einem Kölner Krankenhaus.
Kontakt: K.Hesse@vitis-healthcare.com



Dr. rer. medic. Sebastian Wingen-Heimann
FOM Hochschule, Essen, Klinik I für Innere Medizin, Universitätsklinikum Köln (AöR), VITIS Healthcare Group, Köln
Kontakt: Sebastian.Wingen-Heimann@uk-koeln.de
ORCID: 0000-0002-4232-6944



Dr. rer. nat. Nils Keiner
Universitätsklinikum Frankfurt am Main, Apotheke
Kontakt: Nils.Keiner@unimedizin-ffm.de



Prof. Dr. rer. pol. Björn Maier
Studiendekan, Studiengangsleiter, Professor BWL – Gesundheitsmanagement, Duale Hochschule Baden-Württemberg Mannheim.
Kontakt: B.Maier@imcog.de



Prof. Dr. med. Oliver Cornely
Klinik I für Innere Medizin, Universitätsklinikum Köln (AöR)
Kontakt: Oliver.Cornely@uk-koeln.de
ORCID: 0000-0001-9599-3137

