

Versorgungssteuerung und Arzneimittelmärkte

Bachelorseminar SoSe 2026

Universität Hamburg, Professur Health Care Management

Prof. Dr. Tom Stargardt,

Dr. Carolin Brinkmann,

Mateo Wittig Martinez, M. Sc.

Organisatorischer Ablauf*

1. Themenvergabe/Kickoff (Anwesenheitspflicht)

- Montag, 26.01.2026, 18.00 Uhr - 20.00 Uhr, **s.t.**
- ESP36, 4030/4031 (Bekanntgabe Türcode der Esplanade 36 über Stine)
- Bitte erstellen Sie bereits vor der Kickoff-Veranstaltung eine absteigend geordnete Liste mit Ihren ersten drei Themenpräferenzen und **senden Sie diese bis spätestens 26.01.2026, 15:00 Uhr, an:**
mateo.wittig.martinez@uni-hamburg.de
- Doppelvergabe der Themen ab 16 Teilnehmenden möglich

2. Betreuung

- Formalia können dem Leitfaden für wissenschaftliches Arbeiten auf der Webseite der Professur entnommen werden: <https://www.bwl.uni-hamburg.de/hcm/bilder-docs/leitfaden-wissensch-arbeiten-new-111124.pdf>
- Die Besprechung der Gliederung und die Klärung inhaltlicher/methodischer Fragen erfolgt bei der/dem jeweiligen Betreuer:in der Arbeit. Termine müssen mit der/dem Betreuer:in abgestimmt werden. Die Initiative geht von den Studierenden aus.

3. Präsentation der Ergebnisse (Anwesenheitspflicht)

- Freitag, 08.05.2026, 09:00-18:00 Uhr, ESP36 4030/4031, **s.t.**
- Samstag, 09.05.2026, 09:00-17:00 Uhr, ESP36 4030/4031, **s.t.**

4. Abgabe der selbstständig erstellten Seminararbeiten

- Mittwoch, 01.07.2026 bis spätestens 12:00 Uhr im Sekretariat oder im Sekretariatsbriefkasten (Esplanade 36, 5. OG, Raum 5021) der Professur Health Care Management

*Bei Fragen zum Ablauf kontaktieren Sie bitte: mateo.wittig.martinez@uni-hamburg.de

Übersicht Themen

Nr	Thema
Arneimittelmärkte	
1)	Arzneimitteladhärenz nach Krankenhausaufenthalten aufgrund kardio- oder der zerebro-vaskulärer Erkrankungen
2)	Point-of-Care vs. Direct-To-Customer bei genetischer Testung
3)	Apothekeninhaberschaft in Deutschland vor dem Hintergrund der Arzneimittelversorgung im ländlichen Raum
4)	Maßnahmen unterschiedlicher Akteure zur Begegnung von Engpässen pharmazeutischer Produkte in der Europäischen Union
Versorgungssteuerung	
5)	Chancen, Risiken und Anwendung der Telemedizin innerhalb der Psychotherapie bei Depressionen
6)	Telemonitoring für Personen mit Herzinsuffizienz
7)	Disease Management als Instrument zur Erhöhung der Versorgungsqualität bei gleichzeitiger Senkung der Ausgaben am Beispiel von Asthma in Deutschland
8)	Einfluss der Substitution von Biologika auf Versorgungsqualität und Kosten
9)	Die „Opt-out“-Regelung im Rahmen der Organspende
Management von Unternehmen des Gesundheitsmarktes	
10)	Nachhaltigkeit im Lieferkettenmanagement von Krankenhäusern
11)	Nachhaltigkeit im Krankenhaussektor („Green Hospital“)
12)	Strategien zur Motivation von Personal in Gesundheits- und Pflegeberufen
13)	Führungsstile von Pflegepersonal und ihr Einfluss auf die Versorgungsqualität in Krankenhäusern
14)	Chancen und Herausforderungen von Gender Diversity im Gesundheitssektor
15)	Maßnahmen zu Gewalt gegen Mitarbeitende im Gesundheitswesen

Inhaltsverzeichnis	
Organisatorischer Ablauf*	1
Übersicht Themen.....	2
Arzneimittelmärkte.....	4
1. Arzneimitteladhärenz nach Krankenhausaufhalten aufgrund kardio- oder zerebro-vaskulärer Erkrankungen	4
2. Point-of-Care vs. Direct-To-Customer bei genetischer Testung.....	5
3. Apothekeninhaberschaft in Deutschland vor dem Hintergrund der Arzneimittelversorgung im ländlichen Raum.....	5
4. Maßnahmen unterschiedlicher Akteure zur Begegnung von Engpässen pharmazeutischer Produkte in der Europäischen Union	6
Versorgungssteuerung	7
5. Chancen, Risiken und Anwendung der Telemedizin innerhalb der Psychotherapie bei Depressionen	7
6. Telemonitoring für Personen mit Herzinsuffizienz	8
7. Disease Management als Instrument zur Erhöhung der Versorgungsqualität bei gleichzeitiger Senkung der Ausgaben am Beispiel von Asthma in Deutschland	9
8. Einfluss der Substitution von Biologika auf Versorgungsqualität und Kosten.....	9
9. Die „Opt-out“-Regelung im Rahmen der Organspende	10
Management in Unternehmen des Gesundheitsmarktes.....	11
10. Nachhaltigkeit im Lieferkettenmanagement von Krankenhäusern.....	11
11. Nachhaltigkeit im Krankensektor („Green Hospital“)	12
12. Strategien zur Motivation von Personal in Gesundheits- und Pflegeberufen.....	12
13. Führungsstile von Pflegepersonal und ihr Einfluss auf die Versorgungsqualität in Krankenhäusern.....	13
14. Chancen und Herausforderungen von Gender Diversity im Gesundheitssektor.....	14
15. Maßnahmen zu Gewalt gegen Mitarbeitende im Gesundheitswesen	14

Arzneimittelmärkte

1. Arzneimitteladhärenz nach Krankenhausaufenthalten aufgrund kardio- oder zerebro-vaskulärer Erkrankungen

Die Nichteinhaltung bestehender Medikationspläne (=Adhärenz) nach Krankenhausentlassung stellt ein weltweit verbreitetes Problem dar. So liegt die Arzneimitteladhärenz zur Sekundärprävention infolge von akuten Koronarsyndromen je nach Land/Gesundheitssystem nach einem Jahr lediglich zwischen 54-86%. Gleichzeitig wird eine mangelhafte Arzneimitteladhärenz mit negativen medizinischen Ereignissen wie z.B. der erneuten Einweisung ins Krankenhaus oder erhöhter Mortalität in Verbindung gebracht.

Ziel dieser Arbeit ist es, am Beispiel kardio- und zerebrovaskulärer Erkrankungen, den Einfluss einer konsequenten Arzneimitteltherapie im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt auf das Risiko von unerwünschten medizinischen Ereignissen und der Kosten darzustellen und hinsichtlich der jüngst in Deutschland eingeführten Entlassverordnungen im Rahmen des Krankenhausentlassmanagements zu diskutieren.

Einstiegsliteratur:

Cruden, Nicholas L.; Din, Jehangir N.; Janssen, Christian; Smith, Reginald; Hilton, J. David; Klinke, W. Peter et al. (2014). Delay in filling first clopidogrel prescription after coronary stenting is associated with an increased risk of death and myocardial infarction. *Journal of the American Heart Association* 3(3). DOI: 10.1161/JAHA.113.000669

Lappé, Jason M.; Muhlestein, Joseph B.; Lappé, Donald L.; Badger, Rodney S.; Bair, Tami L.; Brockman, Ruth et al. (2004). Improvements in 1-year cardiovascular clinical outcomes associated with a hospital-based discharge medication program. *Annals of internal medicine* 141(6), 446-453. DOI: 10.7326/0003-4819-141-6-200409210-00010

Daliri, S., Boujarfi, S., El Mokaddam, A., Scholte Op Reimer, W.J.M., Riet, G. ter, Haan, C. den, Buurman, B.M., Karapinar-Çarkit, F., 2021. Medication-related interventions delivered both in hospital and following discharge: a systematic review and meta-analysis. *BMJ quality & safety* 30, 146–156.

2. Point-of-Care vs. Direct-To-Customer bei genetischer Testung

Die Möglichkeit der Testung menschlicher Gene eröffnet neue Möglichkeiten für die Prävention, Diagnostik und Therapie von Erkrankungen. Einerseits hat sich die Sequenzierung von Genen zu durch medizinische Leistungserbringer beispielsweise in der Diagnostik unklarer Syndrome, bei differentialdiagnostischen Fragen oder bei der Auswahl spezifischer Therapieoptionen in der Behandlung von Krebserkrankungen am Point of care (POC) etabliert. Andererseits werden Gentests auch direkt für Privatpersonen ohne medizinisch-fachliche Begleitung zu Zwecken der Sport- und Ernährungsoptimierung oder zur Identifikation gesundheitlicher Risiken angeboten (Direct-To-Customer, DTC).

Ziel der Seminararbeit ist es, die Märkte zu POC- und DTC-Testung menschlicher Gene inklusive ihrer Regulierungen vorzustellen und anhand selbstgewählter Kriterien zu vergleichen. Die Chancen und Risiken der POC- und DTC-Testung sollen daraufhin diskutiert werden.

Einstiegsliteratur:

Jiang, S., Liberti, L. & Lebo, D. (2023). Direct-to-Consumer Genetic Testing: A Comprehensive Review. *Ther Innov Regul Sci* 57, 1190–1198.

Hoxhaj, I., Stojanovic, J., Sassano, M., Acampora, A., & Boccia, S. (2020). A review of the legislation of direct-to-consumer genetic testing in EU member states. *European Journal of Medical Genetics*, 63(4), 103841.

Robert-Koch-Institut. (2022). Vierter Tätigkeitsbericht der Gendiagnostik-Kommission. https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/GendiagnostikKommission/Taetigkeitsbericht/Taetigkeitsbericht_04.pdf?__blob=publicationFile, abgerufen am: 10.12.2024.

3. Apothekeninhaberschaft in Deutschland vor dem Hintergrund der Arzneimittelversorgung im ländlichen Raum

In Deutschland obliegt die im öffentlichen Interesse gebotene Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung den Apotheken. Voraussetzung für den Betrieb einer Apotheke ist die Approbation als Apotheker (Fremdbesitzverbot). Des Weiteren ist es dem Apotheker mit einer Zulassung erlaubt, neben einer Hauptapotheke maximal drei Filialapotheken zu betreiben (Mehrbesitzverbot). Durch jenes Verbot soll die persön-

liche Verantwortung und Haftung des frei- und heil-beruflich tätigen Apothekers akzentuiert werden, während die Verschmelzung beliebig vieler Betriebe zu einer Kette nicht möglich ist.

Vor dem Hintergrund der abnehmenden Versorgungsstrukturen in ländlichen Gebieten hatte das Bundesgesundheitsministerium vor, eine Lockerung des Mehrbesitzverbotes erreichen. Auch in anderen europäischen Ländern wurden Apothekenmärkte liberalisiert, wodurch unter anderem die Gründung von Apothekenketten ermöglicht wurde.

Ziel der Seminararbeit ist es zu analysieren, welche Vor- und Nachteile sich aus der Lockerung des Mehrbesitzverbots insbesondere für ländliche Regionen in Deutschland ergeben würden.

Einstiegsliteratur:

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2014) Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung2014.pdf, abgerufen am: 18.12.2024.

Gidman, W. (2010). Exploring the impact of evolving health policy on independent pharmacy ownership in England. *Pharmacy world & science*, 32, 488-495.

Vogler, S., Habimana, K., & Arts, D. (2014). Does deregulation in community pharmacy impact accessibility of medicines, quality of pharmacy services and costs? Evidence from nine European countries. *Health policy*, 117(3), 311-327.

4. Maßnahmen unterschiedlicher Akteure zur Begegnung von Engpässen pharmazeutischer Produkte in der Europäischen Union

Obwohl Engpässe von Arzneimitteln nur vereinzelt auftreten, ist die eingeschränkte oder fehlende Lieferbarkeit von pharmazeutischen Produkten durch die Unterbrechung von Lieferketten aufgrund von Maßnahmen gegen COVID-19 besonders in den Vordergrund getreten. Die Europäische Union setze im Gegenzug eine Liste mit kritischen Medikamenten auf, welche jährlich, zuletzt im Dezember 2024, aktualisiert wird.

Ziel der Seminararbeit ist herauszuarbeiten, welche Arzneimittel und Indikationen Engpässe in der europäischen Versorgung erfahren. Anschließend sollen Maßnahmen verschiedener europäischer Akteure unterschiedlicher Ebenen dargestellt werden, um Engpässe von Arzneimitteln zu lindern und ihnen vorzubeugen. Hierzu sollen sowohl

Maßnahmen von europäischen Regierungen, versorgungsseitig betroffenen Fachkräften als auch pharmazeutischen Unternehmen dargestellt und vor dem Hintergrund realer Auswirkungen auf den Zugang zu Arzneimitteln und die Gesundheit von Personen kritisch diskutiert werden.

Einstiegsliteratur:

Pauwels, K., Huys, I., Casteels, M., & Simoens, S. (2014). Drug shortages in European countries: a trade-off between market attractiveness and cost containment?. *BMC health services research*, 14, 1-9.

Beck, M., Buckley, J., & O'Reilly, S. (2020). Managing pharmaceutical shortages: an overview and classification of policy responses in Europe and the USA. *International Review of Administrative Sciences*, 86(4), 622-640.

Heiskanen, K., Ahonen, R., Kanerva, R., Karttunen, P., & Timonen, J. (2017). The reasons behind medicine shortages from the perspective of pharmaceutical companies and pharmaceutical wholesalers in Finland. *PloS one*, 12(6), e0179479.

Versorgungssteuerung

5. Chancen, Risiken und Anwendung der Telemedizin innerhalb der Psychotherapie bei Depressionen

Die Telemedizin (Videosprechstunden, Online-Therapiesitzungen, Online-Gruppentherapien) gewann innerhalb der letzten Jahre nicht nur durch Covid-19 einen Aufschwung in Deutschland. Lange Anfahrtszeiten aufgrund von unzureichender oder gar fehlender Versorgungsmöglichkeit bei psychisch kranken Personen gerade im ländlichen Raum bieten hohes Potenzial für den Ausbau der telemedizinischen Versorgung in Deutschland.

Ziel der Seminararbeit ist es, die Chancen und Risiken sowie die Anwendung der Telemedizin im Bereich der Versorgung depressiver Personen in Deutschland herauszuarbeiten und zu diskutieren.

Einstiegsliteratur:

von der Groeben, S., Czaplicki, A., Hegerl, U., & Reich, H. (2023). Telemedicine during the COVID-19 pandemic in Germany: Results from three nationally representative surveys on use, attitudes and barriers among adults affected by depression. *Internet Interventions*, 32, 100622.

- Juckel, G., Neumann, E., Jäger, A., Welz, M., Heinrich, J., Pehnke, K., ... & Emons, B. (2022). Telemedicine for outpatient treatment of depressive disorders. *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 34(4), e1-e8.
- Berryhill, M. B., Culmer, N., Williams, N., Halli-Tierney, A., Betancourt, A., Roberts, H., & King, M. (2019). Videoconferencing psychotherapy and depression: a systematic review. *Telemedicine and e-Health*, 25(6), 435-446.
- Baumann M., Stargardt T., Frey S. (2020). Cost-utility of internet-based cognitive behavioral therapy in unipolar depression: A Markov model simulation. *Applied Health Economics and Health Policy*, 18(4), 567-578.

6. Telemonitoring für Personen mit Herzinsuffizienz

Telemonitoring bezeichnet die Anwendung moderner Informations- und Kommunikationstechnologie, um den Gesundheitszustand von Personen über weite Entfernungen überprüfen zu können. Gerade für die Versorgung von chronisch erkrankten Personen ist diese Technik ein Hoffnungsträger hinsichtlich möglicher Qualitätsverbesserungen und Kostenersparnissen.

Ziel der Seminararbeit ist es, bestehende wissenschaftliche Literatur zur Effektivität von Telemonitoring am Beispiel von Herzinsuffizienz auszuwerten und zu diskutieren.

Einstiegsliteratur:

- Chaudhry, S. I., Mattera, J. A., Curtis, J. P., Spertus, J. A., Herrin, J., Lin, Z., Phillips, C. O., Hodshon, B. V., Cooper, L. S. & Krumholz, H. M. (2010). Telemonitoring in patients with heart failure. *New England Journal of Medicine*, 363(24), 2301-2309.
- Brahmbhatt, D. H., & Cowie, M. R. (2019). Remote management of heart failure: an overview of telemonitoring technologies. *Cardiac failure review*, 5(2), 86.
- Terschüren, Claudia, Monika Mensing, and Odile CL Mekel. "Is telemonitoring an option against shortage of physicians in rural regions? Attitude towards telemedical devices in the North Rhine-Westphalian health survey, Germany." *BMC Health Services Research* 12.1 (2012): 1-9.

7. Disease Management als Instrument zur Erhöhung der Versorgungsqualität bei gleichzeitiger Senkung der Ausgaben am Beispiel von Asthma in Deutschland

Organisation von Versorgungsprozessen, sei es im stationären oder im ambulanten Bereich, hat einen entscheidenden Einfluss auf die Versorgungsqualität und die Kosten der Versorgung. Als ein mögliches Versorgungsinstrument wurden in Deutschland im Jahr 2003 Disease Management Programme (DMP) für verschiedene chronische Erkrankungen eingeführt.

In der Seminararbeit soll am Beispiel von Asthma kurz dargestellt werden, was unter einem DMP verstanden wird und wie es ausgestaltet ist. Auf Basis nationaler als auch internationaler Erfahrungen soll dann die Frage erörtert werden, inwieweit mit einem DMP Asthma eine Erhöhung der Versorgungsqualität und/oder eine Senkung der Ausgaben erreicht wurde bzw. werden kann.

Einstiegsliteratur:

Kanniess, F., Krockenberger, K., Oepen, P., Hedrich, R., Olbrich, D., Hessler, N., Ziegler, A. & Langer-Brauburger, B. (2020). Wirksamkeit von Disease-Management-Programmen für Asthma und COPD? Ergebnisse einer Querschnittstudie. *Pneumologie*, 74(03), 174-182.

Peytremann-Bridevaux, I., Arditi, C., Gex, G., Bridevaux, P.-O., & Burnand, B. (2015). Chronic disease management programmes for adults with asthma. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).

Mehring, M., Donnachie, E., Mutschler, R., Hofmann, F., Keller, M., & Schneider, A. (2013). Disease management programs for patients with asthma in Germany: a longitudinal population-based study. *Respiratory care*, 58(7), 1170-1177.

8. Einfluss der Substitution von Biologika auf Versorgungsqualität und Kosten

Biologika sind Eiweißstoffe, die in lebenden Zellen hergestellt werden. Gegenüber anderen Arzneimitteln unterscheiden sich Biologika insbesondere in der Komplexität ihres Herstellungsprozesses sowie den damit verbundenen hohen Preisen. Für Biologika, deren Patentschutz abgelaufen ist, können auf dem Arzneimittelmarkt wirkstoffähnliche Nachahmerpräparate (Biosimilars) eintreten.

Da sich Biosimilars in ihrem Herstellungsprozess vom Originator-Produkt unterscheiden, fallen diese momentan nicht unter die sogenannte „Aut-idem-Regelung“. Dies

sollte sich mit Inkrafttreten des neuen „Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung“ ändern. Um die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenkassen zu senken, sollen Apotheker dazu verpflichtet werden, automatisch biotechnologisch hergestellte Medikamente durch Nachahmerprodukte auszutauschen, wenn ein günstigeres Präparat vorliegt.

Ziel der Arbeit ist es, die Konsequenzen einer Aut-idem Regelung für Biosimilars in Hinblick auf die Patient:innensicherheit und mögliche Kosteneinsparungen zu untersuchen. Am Beispiel von Adalimumab soll diskutiert werden, welche Auswirkungen die automatische Substitution des Originator-Produktes Humira durch ein Biosimilar auf Therapieerfolg, Patient:innensicherheit und Arzneimittelausgaben haben könnte.

Einstiegsliteratur:

Weinblatt, M. E., Baranauskaite, A., Dokoupilova, E., Zielinska, A., Jaworski, J., Racewicz, A., Pileckyte M., Jedrychowicz-Rosiak K., Baek I. & Ghil, J. (2018). Switching From Reference Adalimumab to SB5 (Adalimumab Biosimilar) in Patients With Rheumatoid Arthritis: Fifty-Two-Week Phase III Randomized Study Results. *Arthritis & Rheumatology*, 70(6), 832-840.

Blauvelt, A., Lacour, J. P., Fowler Jr, J. F., Weinberg, J. M., Gospodinov, D., Schuck, E., Jauch-Lembach, J., Balfour, A. & Leonardi, C. L. (2018). Phase III randomized study of the proposed adalimumab biosimilar GP 2017 in psoriasis: impact of multiple switches. *British Journal of Dermatology*, 179(3), 623-631.

Ebbers, H. C., & Schellekens, H. (2019). Are we ready to close the discussion on the interchangeability of biosimilars? *Drug Discovery Today*, 24(10), 1963 - 1967.

Heil, F.J. (2019). Stellungnahme des bng zum Referentenentwurf des GSAV. *Zeitschrift für Gastroenterologie*, 57, 437-440.

9. Die „Opt-out“-Regelung im Rahmen der Organspende

Regelmäßig wird in der deutschen Politik diskutiert, die aktuell geltende Zustimmungsregelung (Entscheidungslösung, bzw. „opt-in“) zur Organspende nach dem Tod zugunsten einer Ablehnungsregelung („opt-out“) zu ändern. Dies hätte zur Folge, dass zukünftig jede Person nach dem ärztlich festgestellten Tod potentiell für eine Organspende in Betracht käme, insofern zu Lebzeiten nicht ausdrücklich widersprochen wurde. Befürworter dieser Regelung erwarten hierdurch eine höhere Anzahl zur Verfügung stehender Organe und folglich eine Verbesserung Patientensituation. Kritiker hingegen befürchten

u.a. eine leichtfertige Feststellung des Todes, da das Zeitfenster zwischen Tod und potentieller Organentnahme in der Regel sehr kurz ist.

Ziel dieser Arbeit ist es, anhand bestehender, internationaler Literatur, die Auswirkungen einer opt-out-Regelung hinsichtlich der Transplantationslage für Patienten (z.B. Verfügbarkeit von Spenderorganen, Wartezeit, durchgeführte Transplantationen), aber auch potentieller unerwünschter Folgen darzustellen und hinsichtlich der Übertragbarkeit der Ergebnisse anderer Länder auf Deutschland zu diskutieren.

Einstiegsliteratur:

Shepherd, L., O'Carroll, R.E. & Ferguson, E. (2014). An international comparison of deceased and living organ donation/transplant rates in opt-in and opt-out systems: a panel study. *BMC Med* 12, 131. <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0131-4>

Bea, Sara (2021). Opt-out policy and the organ shortage problem: Critical insights and practical considerations. *Transplantation Reviews* 35(1). <https://doi.org/10.1016/j.trre.2020.100589>

Management in Unternehmen des Gesundheitsmarktes

10. Nachhaltigkeit im Lieferkettenmanagement von Krankenhäusern

Im Kontext des fortschreitenden Klimawandels gewinnen Ansätze zur Umsetzung eines nachhaltigen Lieferkettenmanagements („Sustainable Supply Chain Management“, SSCM) an Bedeutung. Unter SSCM wird das Management von Material, Information und Kapitalflüssen sowie Unternehmenskooperationen entlang der Lieferkette unter Berücksichtigung nachhaltiger Entwicklungskriterien verstanden. Diese Ansätze betreffen auch Krankenhäuser als ressourcenintensive Großverbraucher.

Ziel der Seminararbeit ist es, das Konzept des SSCM vorzustellen, sowie mindestens zwei selbstgewählte Ansätze für SSCM in Krankenhäusern zu diskutieren.

Einstiegsliteratur:

Duque-Urbe, V., Sarache, W., & Gutiérrez, E. V. (2019). Sustainable supply chain management practices and sustainable performance in hospitals: a systematic review and integrative framework. *Sustainability*, 11(21).

Patel, A. B., & Desai, T. N. (2019). A systematic review and meta-analysis of recent developments in sustainable supply chain management. *International Journal of Logistics Research and Applications*, 22(4), 349-370.

11. Nachhaltigkeit im Krankenhaussektor („Green Hospital“)

Um die nationalen und internationalen Klimaschutzziele zu erreichen, ist auch im Gesundheitssektor ein bewusster Umgang mit Ressourcen notwendig. Insbesondere im Krankenhaussektor gibt es Projektinitiativen zur Implementierung von nachhaltigen Krankenhäusern, oft unter dem Stichwort „Green Hospital“.

Ziel der Seminararbeit ist es, das Konzept des „Green Hospitals“ vorzustellen und ein bis zwei ausgewählte Aspekte daraus detailliert im Vergleich zu konventionellen Ansätzen zu beschreiben. Diese sollen anschließend im Kontext des deutschen Gesundheitssystems und vor den bestehenden Herausforderungen diskutiert werden.

Einstiegsliteratur:

Ryan-Fogarty, Y., O'Regan, B., & Moles, R. (2016). Greening healthcare: systematic implementation of environmental programmes in a university teaching hospital. *Journal of Cleaner Production*, 126, 248-259.

Lattanzio, S., Stefanizzi, P., D'ambrosio, M., Cuscianna, E., Riformato, G., Migliore, G., ... & Bianchi, F. P. (2022). Waste management and the perspective of a green hospital—a systematic narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 15812.

Quitmann, C., Sauerborn, R., Danquah, I., & Herrmann, A. (2023). Reducing the carbon footprint of a German university hospital: Perspectives from hospital stakeholders. *The Journal of Climate Change and Health*, 12, 100247.

12. Strategien zur Motivation von Personal in Gesundheits- und Pflegeberufen

Psychische und physische Belastungen in Gesundheits- und Pflegeberufen sind seit jeher sehr hoch. Jedoch führen eine zunehmende Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegedienstleistungen durch den demografischen Wandel und die Knappheit von Fachkräften darüber hinaus zu einer gesteigerten Belastungsintensität der Arbeitnehmer:innen. Das

könnte u.a. in einer größeren Arbeitsunzufriedenheit oder höheren Fluktuationsrate resultieren.

Ziel der Seminararbeit soll es sein, theoretische Hintergründe für die Motivation von Mitarbeiter:innen im Allgemeinen aufzuzeigen und anhand geeigneter empirischer Literatur entsprechende Ansätze zur Mitarbeiter:innen-Motivation in Gesundheits- und Pflegeberufen zu identifizieren.

Einstiegsliteratur:

Baljoon, R. A., Banjar, H. E., & Banakhar, M. A. (2018). Nurses' work motivation and the factors affecting it: A scoping review. *International Journal of Nursing & Clinical Practices*, 5(1), 277.

Goncharuk, A. G. (2018). Exploring a motivation of medical staff. *The International journal of health planning and management*, 33(4), 1013-1023.

13. Führungsstile von Pflegepersonal und ihr Einfluss auf die Versorgungsqualität in Krankenhäusern

Die Arbeit von Pflegepersonal in Krankenhäusern erfordert die Übernahme weitreichender Verantwortung unter hoher physischer und psychischer Belastung. Führungskräfte in diesem Bereich stehen somit vor großen Herausforderungen. Um trotz dieser Herausforderungen eine gute Versorgungsqualität zu ermöglichen, sind effektive Führungsstrategien hilfreich.

Ziel der Seminararbeit ist es, verschiedene Führungsstile gegenüberzustellen und anhand von empirischer Literatur zu diskutieren, welchen Einfluss diese auf die Versorgungsqualität von Krankenhäusern haben können.

Einstiegsliteratur:

Kiwanuka, F., Nanyonga, R. C., Sak-Dankosky, N., Muwanguzi, P. A., & Kvist, T. (2021). Nursing leadership styles and their impact on intensive care unit quality measures: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 29(2), 133-142.

Sfantou, D. F., Laliotis, A., Patelarou, A. E., Sifaki-Pistolla, D., Matalliotakis, M., & Patelarou, E. (2017, October). Importance of leadership style towards quality of care measures in healthcare settings: a systematic review. In *Healthcare* (Vol. 5, No. 4, p. 73). MDPI.

14. Chancen und Herausforderungen von Gender Diversity im Gesundheitssektor

Obwohl der Großteil der Beschäftigten im Gesundheitswesen aus Frauen besteht, besetzen noch immer überwiegend Männer die leitenden Positionen. Der Anteil an weiblichen Führungspositionen im Gesundheitssektor steigt stetig, doch sind sie in den Spitzenpositionen seltener zu finden als Männer.

Ziel der Seminararbeit soll es sein, theoretische Hintergründe für die Führungslücke im Gesundheitssektor zu umreißen und anhand geeigneter wissenschaftlicher Literatur die Chancen und Herausforderungen von Gender Diversity anhand selbstgewählter Beispiele zu beschreiben.

Einstiegsliteratur:

McDonagh, K. J., Bobrowski, P., Hoss, M. A. K., Paris, N. M., & Schulte, M. (2014). The leadership gap: ensuring effective healthcare leadership requires inclusion of women at the top. *Open Journal of Leadership*, 2014.

Fontenot, T. (2012). Leading ladies: women in healthcare leadership. *Frontiers of health services management*, 28(4), 11-21.

Herrin, J., Harris, K. G., Spatz, E., Cobbs-Lomax, D., Allen, S., & León, T. (2018). Hospital leadership diversity and strategies to advance health equity. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 44(9), 545-551.

15. Maßnahmen zu Gewalt gegen Mitarbeitende im Gesundheitswesen

In emotionalen Ausnahmesituationen von Patient:innen müssen Mitarbeitende im Gesundheitswesen im Berufsalltag zum Teil Gewalt durch Patient:innen oder Angehörige erleben. Für die medizinische Fachkraft kann dies körperliche, psychische oder soziale Konsequenzen bis zum Ausscheiden aus dem Beruf nach sich ziehen. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels sind Maßnahmen und Strategien durch das Management von Gesundheitseinrichtungen zu entwickeln, um Mitarbeitende im Gesundheitswesen vor Gewalt zu schützen.

Ziel der Arbeit ist es, einen Überblick zu Gewalt im deutschen Gesundheitssystem zu geben. Anschließend sollen Maßnahmen identifiziert und diskutiert werden, die Mitarbeitende im Gesundheitswesen vor Angriffen schützen können.

Einstiegsliteratur:

Mento, C., Silvestri, M. C., Bruno, A., Muscatello, M. R. A., Cedro, C., Pandolfo, G., & Zoccali, R. A. (2020). Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. *Aggression and violent behavior*, 51, 101381.

Wirth, T., Peters, C., Nienhaus, A., & Schablon, A. (2021). Interventions for workplace violence prevention in emergency departments: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 18(16), 8459.