

# monitor **VERSORGUNGSG FORSCHUNG**

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Titelinterview mit Prof. Dr.  
med. Sebastian Schellong,  
DGIM: „Struktur- und  
Indikationsqualität als Maß  
der Leistungsplanung“

„Ein Paradebeispiel für hohen Erkenntnisgewinn“ (Amelung)

„Chancen von Versorgungswettbewerb in der GKV“ (Bauernfeind)

„Leistungskonzentration in der stationären Versorgung?“ (Loos/Albrecht)

## Editorial

### Problem „Low-Value-Care“ 4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

## Redaktion

### „Struktur- und Indikationsqualität als Maß“ 6

Titelinterview mit Prof. Dr. med. Sebastian Schellong

### NRW setzt auf Kooperation statt Konkurrenz 12

Grundzüge der neuen Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen

### MV setzt auf Regional Health Care 14

Grundzüge der neuen Cluster-Struktur-Bildung in Mecklenburg-Vorpommern

### „Ein Paradebeispiel für hohen Erkenntnisgewinn“ 16

Erste Learnings aus dem Innovationsfonds-Projekt „IGiB-StimMT“

### Impulse für ein nachhaltigeres Gesundheitssystem 22

Gemeinsamer Forderungskatalog von Diakoneo, von Kliniken und AOK-Bundesverband

### Impferfolg mit Aufklärung und Wissensvermittlung 24

MVF-Fachkongress „Impfstatus 2021 – Impfen bei Erwachsenen“

### „Impflücken systematisch erfassen und schließen“ 28

Handreichung der Arbeitsgruppe „Impfschutz bei älteren Menschen“

### Ökonomische Folgen der Meningokokken-Infektionen 30

Warum eine Impfung im ersten Lebensjahr Sinn macht

### Denken und Forschen für die Rehabilitation 32

Sektion Rehabilitation und Arbeit am Institut für Sozialmedizin der Uni Lübeck

### Auf dem Weg zu Theorien von Lotsenprojekten 35

Zur Vorbereitung für den 10. MVF-Kongress: „Theorie wagen“

### „Wer A sagt, muss auch B sagen“ 38

Teil 3 des Kommentars von Dr. Dr. K. Piwernetz und Univ.-Prof. Dr. E.A.M. Neugebauer

### Instrumentalisierung der Kinder 41

Kommentar von Pater Klaus Mertes SJ

### „Chancen von Versorgungswettbewerb in der GKV“ 42

Kommentar von Johannes Bauerfeind, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg

## STANDARDS

Impressum 2 News 21, 31, 44 Rezension 21, 23

Dieser Ausgabe liegt in einer Teilaufgabe die Fachzeitschrift „Pharma Relations“ bei

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des DNVF auf den Seiten 45-48

Hinweis: Obwohl in MVF generell die männliche Schreibweise verwendet wird, sind immer alle Geschlechter gemeint.

## Impressum Monitor Versorgungsforschung – Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung

### Monitor Versorgungsforschung

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung  
14. Jahrgang  
ISSN: 1866-0533 (Printversion)  
ISSN: 2509-8381 (eFirst)

### Herausgeber

Prof. Dr. Reinhold Roski, Berlin  
roski@m-vf.de

### Chefredaktion

Peter Stegmaier (verantwort. Redakt.)

Kölstr. 119, 53111 Bonn  
Tel +49 228 7638280-0  
Fax +49 228 7638280-1

stegmaier@m-vf.de

### Redaktion

Kerstin Müller  
mueller@m-vf.de  
Jutta Mutschler  
mutschler@m-vf.de  
Martin Klein (Freier Journalist)  
klein@m-vf.de

### Verlag

eRelation AG – Content in Health  
Vorstand: Peter Stegmaier  
Kölstr. 119, 53111 Bonn  
www.ereRelation.org  
mail@ereRelation.org

### Verlagsleitung

Peter Stegmaier

### Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo

Anke Heiser (verantwortlich für den Anzeigenteil)

heiser@m-vf.de  
**Marketing:**  
Kölstr. 119, 53111 Bonn  
Tel +49 228 7638280-0  
Fax +49 228 7638280-1

### Abonnement

„Monitor Versorgungsforschung“ erscheint sechsmal jährlich. Der Preis für ein Jahresabonnement beträgt 120 Euro. Jahresvorzugspreis für Studenten gegen Vorlage einer Immatrikulationsbescheinigung 90 Euro. zzgl. MwSt. und Versandkosten: Inland 9,99 Euro; Ausland 54 Euro. Preisänderungen vorbehalten. Die Abonnentendauer beträgt ein Jahr. Das Abonnement verlängert sich

automatisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht spätestens sechs Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres schriftlich gekündigt wird.

### Verpackung

Die Verpackung dieser Zeitschrift ist bei www.verpackungsregister.org (LUCID) registriert unter: DE3360908810552

### Layout

eRelation AG, Bonn  
**Druck**  
Kössinger AG & Co.KG  
Fruehaufstraße 21  
84069 Schierling

info@koessinger.de  
Tel +49-(0)9451-499140  
Fax +49-(0)9451-499101  
Printed in Germany

### Urheber- und Verlagsrecht

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme des Manuskripts gehen das Recht zur Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Verlag über. Jede Verwertung

außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. In der unaufgeforderten Zusendung von Beiträgen und Informationen an den Verlag liegt das jederzeit widerrufliche Einverständnis, die zugesandten Beiträge bzw. Informationen in Datenbanken einzustellen, die vom Verlag oder Dritten geführt werden.  
**Auflagenmeldung**  
Mitglied der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. (IWV), Berlin. Verbr. Auflage: 6.466 (IWV 2. Qu. 2021).



## WISSENSCHAFT

### Theresa Sophie Busse MA / Chantal Jux BA / Sven Kernebeck MSc PH / Prof. Dr. rer. nat. Sven Meister / Prof. Dr. Jan P. Ehlers MA 49

### Steigerung der Versorgungsqualität in der Palliativversorgung durch elektronische Gesundheitsakten

Palliative Care (PC) birgt fachliche Besonderheiten, die spezielle Anforderungen an die Qualität stellen. Neben der Entwicklung von Qualitätsindikatoren (QI) für bestimmte Domänen (Plan), um Gesundheitsversorgung (Do) zu messen (Check), ist es auch notwendig Maßnahmen zur durchzuführen (Act), um die Versorgung stetig zu verbessern. Elektronische Patient\*innenakten (EPAs) können hierbei unterstützen, bestehen jedoch in Deutschland spezifisch für die PC kaum.

### Dr. Stefan Loos / Dr. Martin Albrecht 55

### Leistungskonzentration in der stationären Versorgung

In der Diskussion um Reformen im Krankenhaus-Sektor stehen vor allem Leistungskonzentration und Zentrenbildung im Fokus. Ziel ist es, so die Effizienz und Qualität der stationären Versorgung zu verbessern. Differenzierte Erkenntnisse über derartige Konzentrationsprozesse liegen jedoch bisher kaum vor.

### Kerstin Hermes-Moll PhD / Dr. rer. med. Walter Baumann / PD Dr. rer. medic. Christoph Kowalski / Dr. PH Christoph Ohlmeier / Dr. med. Holger Gothe / Dr. phil. Vitali Heidt 61

### Multidisziplinäre Tumorkonferenzen in Deutschland

Multidisziplinäre Tumorkonferenzen (MTK) nehmen eine wesentliche Rolle in der Therapieplanung und -durchführung in der Onkologie ein. Dennoch bestehen erhebliche Wissens- und Forschungslücken hinsichtlich zentraler Merkmale von MTK.

### Florian Brandt MSc 66

### Value Based Digital Health: Einsatz von Patientenfragebögen in DIGA als Einstieg in eine nutzenbasierte Versorgung

Mithilfe von Patientenfragebögen können Änderungen des Gesundheitszustands einfach erfasst und Behandlungserfolge dadurch messbar gemacht werden. Deren Einsatz in der Gesundheitsversorgung steigert somit die Patientenorientierung und kann zudem als Basis für eine erfolgsabhängige Vergütung dienen. Die DiGA-Versorgung bietet hierbei ein besonders geeignetes Anwendungsfeld.

### Prof. Dr. med. Matthias Schrappe / Hedwig François-Kettner / Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk / Franz Knieps / Dr. med. Andrea Knipp-Selke / Prof. Dr. rer. pol. Philip Manow / Prof. Dr. med. Klaus Püschel / Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske 71

### Thesenpapier 8.0 zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19

Bei diesem Text handelt es sich um die Kurzfassung des Thesenpapiers 8.0., das die Autorengruppe (siehe MVF Online First) erarbeitet hat (Datum 29.8.2021), das zu diversen Aspekten Stellung nimmt.

# Herausgeber-Beirat

Universitäten/Hochschulen

	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft	Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig	
	Hochschule Neubrandenburg University of Applied Sciences	Prof. Dr. Axel C. Mühlbacher	
	MEDIZINISCHE HOCHSCHULE BRANDENBURG	Univ.-Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund A.M. Neugebauer	
	Universität zu Köln	Prof. Dr. Matthias Schrappe	
	Universität zu Köln	Prof. Dr. Stephanie Stock	

Institute/Stiftungen

	bwftib Forschungsinstitut	Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn	
	BDI	Felix Esser	
	BertelsmannStiftung	Uwe Schwenk	

Akteure

	Gesundheitsforen	Roland Nagel	
	AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT	Dr. Ilona Köster-Steinebach	
	AOK Nordost	Harald Möhlmann	
	AOK Baden-Württemberg	Johannes Bauernfeind	
	B.A.G SELBSTHILFE	Dr. Martin Danner	
	Boehringer Ingelheim	Dr. Marco Penske	
	BKK Dachverband	Franz Knieps	
	DAK Gesundheit	Andreas Storm	
	Deutsche RHEUMA-LIGA GEMEINSAM MEHR BEWEGEN	Dr. Rolf Ulrich Schlenker	
	DiHeSys Digital Health Systems	Prof. Dr. Christian Franken	
	DocMorris Medikamente allein sind nicht genug	Sebastian Mindt	
	HCSG Health Care Systems GmbH	Dr. Josef Leiter	
	IGB Integrierte Gesundheitsversorgung in Brandenburg	Lutz O. Freiberg	
	IGV RESEARCH	Prof. Dr. rer.pol. h.c. Herbert Rebscher	

	socium Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik	Prof. Dr. Gerd Glaeske	
	TUM	Prof. Dr. Leonie Sundmacher	
	UNIVERSITÄT BAYREUTH	Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Dr. sc. nat. (ETH) Klaus H. Nagels	
	Universitätsmedizin UNIVERSITÄT	Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH	

	IGES	Prof. Dr. Bertram Häussler	
	inav	Prof. Dr. Volker Amelung	
	Zi ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND	Dr. Dominik von Stillfried	
	INSIGHT HEALTH	Christian Luley	
	janssen PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson	Dr. Dorothee Brakmann	
	KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayern	Dipl. Kfm. Fabian Demmelhuber	
	KVBB Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg	MUDr./CS Peter Noack	
	Lilly	Oliver Stahl	
	MEDICAL CONTACT	Prof. Dr. Stephan Burger	
	NOVARTIS	Dr. Andreas Kress	
	OptiMedis	Dr. Oliver Gröne	
	Pfizer	Friedhelm Leverkus	
	Robert Bosch Stiftung	Dr. Bernadette Klapper	
	Roche	Dr. David Traub	
	SANOFI	Dr. Stephanie Rosenfeld, MHBA	
	Vivantes	Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve	
		Dr. Christopher Hermann	



**Prof. Dr.  
Reinhold Roski**

Wirtschaftskommunikation  
und Gesundheitskommunikation  
Herausgeber von „Monitor  
Versorgungsforschung“

## Problem „Low-Value-Care“

**MVF-Titelinterview mit Prof. Dr. med. Sebastian Schellong, Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)** > 6 ff.

„Der schiere Mengenwettbewerb muss raus aus dem System.“ So **Professor Sebastian Schellong**, 1. Stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. „Wir müssen das Versichertengeld der Solidargemeinschaft vor unkoordinierter Leistungserbringung schützen und vor allem vor Leistungen, die das aufgewandte Geld nicht wert sind.“ Und: „Das gelingt nur gemeinsam, wenn alle wichtigen Akteure im Gesundheitswesen mitmachen: die, die Rahmenbedingungen schaffen, die, die Krankenhauspläne schreiben und verhandeln und die Ärzte, die die Leistungen schließlich erbringen.“ Weniger, aber besser! Ein zentrales Anliegen.

**10. MVF-Kongress „Theorie wagen“ am 7. Dezember 2021** > S. 35 ff.

Früher hießen sie Case Manager, dann gab es viele andere Namen und jetzt heißen sie Lotsen: diejenigen, die Patienten den Weg durch unser Gesundheitssystem zeigen und sie begleiten sollen. Wie sieht es aber mit der Empirie dazu aus? Wie kann man beurteilen, ob diese Ansätze richtig sind oder einer besser als der andere ist? Dazu braucht man Theorien über Lotsensysteme. An diesem Fallbeispiel wollen wir bei unserer nächsten MVF-Konferenz zeigen, wie es mit der Notwendigkeit von Theorien in der Versorgungsforschung aussieht. Dazu haben wir eine erste Umfrage gestartet. Siehe dazu auch die Beilage.

**MVF-Fachkongress „Impfstatus 2021 – Impfen bei Erwachsenen in Zeiten der Pandemie“** > S. 28 ff.

Alle sprechen von der Impfung gegen Covid-19, aber wie sieht es mit den Quoten für die Standard-Impfungen aus? Sie werden vernachlässigt, befinden sich auf niedrigem Niveau und sind teilweise sogar rückläufig. Mit diesem Problem befasste sich Anfang August der MVF-Fachkongress „Impfstatus 2021“ und weitere Beiträge in dieser Ausgabe.

**MVF-Serie „Inside Versorgungsforschung“** S. 32 ff.

Diesmal sind wir bei **Prof. Dr. phil. Matthias Bethge** an der Sektion Rehabilitation und Arbeit am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck und des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein und seinen Mitarbeitern.

### Wissenschaftliche Beiträge

**Busse u.a.** untersuchen Möglichkeiten der Verbesserung der Palliativversorgung durch elektronische Patientenakten. Insbesondere für die Bereiche Koordination, Symptomkontrolle und Advance Care Planning sehen sie Potenzial. > S. 49 ff.

**Loos und Albrecht** prüfen die Reformen des Krankenhaus-Sektors, wie sich die Konzentration innerhalb der letzten Jahre verändert hat, und wo Potenziale für eine Steigerung der Versorgungsqualität durch eine stärkere Konzentration der Krankenhausversorgung bestehen. > S. 55 ff.

**Hermes-Moll u.a.** ermitteln Wissens- und Forschungslücken zu Multidisziplinären Tumorkonferenzen, die eine wesentliche Rolle in der Onkologie spielen. Es besteht Forschungsbedarf hinsichtlich zentraler Merkmale, Varianzen, Bedingungen, Prozesse und der Wirkungen auf die Versorgung der Patienten. > S. 61 ff.

**Brandt** diskutiert Patientenfragebögen zur Messung des therapeutischen Nutzens von Digitalen Gesundheitsanwendungen, auch als Basis für eine erfolgsabhängige Vergütung im Sinne von Pay for Performance, und skizziert eine mögliche Umsetzung. > S. 66 ff.

**Schrapppe u.a.** präsentieren eine Kurzfassung ihres Thesenpapiers 8.0 mit den Aspekten Pandemie als Komplexes System, Indikatoren-Set zur Ablösung der Inzidenz, SARS-CoV2-Epidemie im Kindes- und Jugendalter, Politische Theorie der Pandemie. > S. 71 ff.

Ich wünsche Ihnen interessante Lektüre mit vielen Informationen, die Sie für Ihre Arbeit nutzen können. Vor allem: Bleiben Sie weiterhin gesund!

Mit herzlichen Grüßen  
Ihr Professor Dr. Reinhold Roski



## Daten für eine bessere Arzneimittelversorgung

Exzellente Datenqualität und individueller Service sind für INSIGHT Health eine Selbstverständlichkeit. Das gilt auch für unser Engagement in der Versorgungsforschung.

Mit unseren Daten zur Arzneimittelversorgung unter Alltagsbedingungen unterstützen wir Pharmaunternehmen, Krankenkassen und zahlreiche Institutionen des Gesundheitswesens.

Wir erkennen zeitnah Versorgungsauffälligkeiten in Regionen, bei Facharztgruppen und Kassen. Dafür analysieren wir neben Verordnungsdaten die Behandlungshistorie mehrerer Millionen anonymisierter Patienten. Auf diese Weise schaffen wir Wissen für eine bessere Arzneimittelversorgung.



INSIGHT Health GmbH & Co. KG  
 Auf der Lind 10 a/3  
 65529 Waldems-Esch  
 +49 6126 955-0  
 info@insight-health.de

[www.insight-health.de](http://www.insight-health.de)





# „Struktur- und Indikationsqualität als Maß der Leistungsplanung“

*„Mir geht es um den Blick auf das große Ganze und auch um das, was die Rolle von uns Medizinern ausmacht“, sagt Prof. Dr. med. Sebastian Schellong, 1. Stellvertretender Vorsitzender der DGIM, bis Februar dieses Jahres Vorsitzender der DGIM und Präsident des 127. Internisten-Kongresses, der im April stattgefunden hat. Im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“ mahnt er eine „zukunftsfähige Strukturierung der Krankenhauslandschaft“ an, und wehrt sich dagegen, dass „wir uns derzeit in Deutschland keinen Wettbewerb um Qualität leisten wollen, sondern einen reinen Zerfleischungswettbewerb ohne Plan und Strategie installiert haben“. Sein Vorschlag: Struktur- und Indikationsqualität zum Maß einer ebenso nachhaltigen wie regionalen Leistungsplanung zu machen.*

Im Interview: Prof.  
Dr. med. Sebastian  
Schellong, 1.  
Stellvertretender  
Vorsitzender der  
DGIM

>> Herr Professor Schellong, Sie plädierten auf der Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) Anfang Februar mit dem spannenden Titel „Leistungen sinnvoller einsetzen, Ressourcen schützen – Was die Medizin von der Coronakrise lernen kann“ u.a. dafür, dass man jetzt genau überprüfen sollte, welche Leistungen, die in der Corona-Pandemie heruntergefahren wurden, tatsächlich für die Versorgung der Patienten gefehlt haben und welche Leistungen möglicherweise in Zukunft gar nicht mehr hochgefahren werden sollten. Ein recht mutiger Ansatz für einen Mediziner, der in einem kommunalen Krankenhaus tätig ist, das seit längerem und auch aktuell rote Zahlen schreibt.

Das aber nur deshalb, weil es sich in einem erheblichen Wettbewerb mit anderen Kliniken in der Region und in der Stadt befindet.

Die übliche Strategie von Krankenhäusern in einer derart schwierigen Lage ist es, erstens die Kosten zu senken und zweitens die Leistungen zu mehren. Wird das von Ihnen als Chefarzt verlangt?

Unbestreitbar. Das heißt indes nicht, dass ich mich damit abfinden muss und nicht darauf hinarbeiten könnte, dass sich das ändert. Ich bin ein beobachtender Zeitgenosse, der mit einer gewissen Unzufriedenheit mit der derzeitigen Situation die Ursachen dessen analysiert, was in so vielen guten Krankenhäusern wie dem unseren Defizite verursacht. Hier kommt man ganz schnell auf den Fakt, dass wir in Deutschland im internationalen Vergleich eine viel zu große Vorhaltung an Krankenhauskapazitäten haben. Allein deshalb verteilen sich die vorhandenen Mittel auf zu viele Leistungsanbieter und die Erbringung zu vieler Einzelleistungen, um die ein wahrer Verteilungskampf ausgebrochen ist.

Was hat Sie veranlasst, in der DGIM-Pressekonferenz derart deutliche Worte zu wählen, die man eventuell als Nestbeschmutzung einordnen könnte?

Ich habe meine Rolle als Präsident des immerhin schon 127. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, der unter dem Titel „Von der Krise lernen“ stattfand, genutzt, um dieses Thema auf eine etwas größere Bühne zu heben – so verantwortungsbewusst, wie ich konnte (1). Ich bin weit davon entfernt, die Leistungen ärztlicher Kollegen oder gar meiner eigenen Klinik in Abrede stellen zu wollen oder in ihrer Qualität zu beschädigen, obwohl mir natürlich von einigen genau das vorgeworfen wurde. Das war nicht meine Absicht. Mir geht es um den Blick auf das große Ganze und auch um das, was die Rolle von uns Medizinern ausmacht.

Das wäre?

Wir Ärzte sollten wieder die Treuhänderfunktion der von der Soli-

dargemeinschaft der Versicherten aufgebracht Versicherungsbeiträge einnehmen dürfen.

Die Multimilliarden an Solidarbeiträgen scheinen jedoch dem System immer weniger zu genügen.

Wir sind in Deutschland im Vergleich zu vielen anderen Ländern in der ausgezeichneten Situation, dass das Versichertengeld der Solidargemeinschaft ausreichend zur Verfügung steht, auch wenn hier Corona einen kräftigen Impact erzeugt hat. Dennoch müssen wir

diese wertvolle finanzielle Ressource vor unkoordinierter Leistungserbringung schützen und vor allem vor Leistungen, die das aufgewandte Geld nicht wert sind. Die Amerikaner haben eine eigene Wissenschaft dafür: „Low-Value-Care“ beschäftigt sich mit medizinischen Leistungen, die einen geringen oder gar keinen Wert für die Patientenversorgung haben.

Deshalb haben Sie auf der DGIM-Pressekonferenz und der traditionsreichen Präsidentenrede (1) den Titel „Leistungen sinnvoller einsetzen, Ressourcen schützen“ gewählt.

Exakt. Die Forderung ist jedoch alles andere als trivial. Man muss schon sehr genau hinschauen, um genau jene Leistungen identifizieren zu können, die nicht so oder auch gar nicht sinnvoll sind, die aber trotzdem an unserer Ressource zehren. Das gelingt nur gemeinsam, wenn alle wichtigen Akteure im Gesundheitswesen mitmachen: die, die Rahmenbedingungen schaffen, die, die Krankenhauspläne schreiben und verhandeln und die Ärzte, die die Leistungen schließlich erbringen.

Wie kann man Messgrößen für „Low-Value-Care“ identifizieren?

Man nimmt am besten erst einmal jene, die auch in klinischen Studien angewandt werden. Hier gibt es ganz klare Messgrößen. Zum einen ist das der tatsächliche Outcome, gestaffelt vom ersten, härtesten Endpunkt – der Mortalität – über beispielsweise den Grad der Behinderung, die Höhe der Re-Hospitalisierungen und die Lebensqualität. Wenn man diese wichtigen Endpunkte klinischer Studien als Bemessungsgrundlage für verschiedene medizinische Leistungen nähme, könnte man sehr genau analysieren, was mit den angewandten Leistungsarten erreicht wurde und was nicht. Und zudem, welche günstigere Alternativen es gibt, die vielleicht dasselbe oder gar ein besseres Outcome bewirken. Wenn wir das hinbekommen, sind wir auf dem richtigen Weg.

Was wäre ein Beispiel für eine „Low-Value-Care“-Leistung?

Auf dem Kongress habe ich ein Fallbeispiel ausgeführt, das den Ansatz ziemlich gut erklärt. Dabei ging es um eine Patientin, die über Schwindel klagt und vom Hausarzt zunächst zu einem Facharzt zur Ultraschalluntersuchung der hirnversorgenden Arterien überwiesen wird. Dem liegt jedoch ein Denkfehler zugrunde, weil aus der Literatur bekannt ist, dass keine Veränderung der hirnzuführenden Arterien Schwindel verursacht, was beispielsweise mein Kollege Prof. Dr. Gerd Hasenfuß und ich in dem Paper „Weniger ist mehr in Kardiologie und Angiologie“ (2) dargestellt haben. Wenn man dennoch eine Ultraschalluntersuchung durchführt, wird man dabei fast zwangsläufig Befunde erheben, die womöglich die Patienten und versorgenden Ärzte

# Qualität Annung“

in eine Kaskade weiterer Diagnostik und darauf folgender therapeutischer Bemühungen treiben. Diese haben dann mit den ursprünglichen Beschwerden des Patienten nichts mehr zu tun, stellen jedoch ein echtes Risiko dafür dar, Ressourcen zu verzehren, die im engeren medizinischen Sinne gar keine Indikation hatten.

**Dennoch sehen auch Sie sich als Chefarzt genau diesem Zwang ausgesetzt, möglichst viele Leistungen erfüllen zu müssen.**

Das Kernproblem ist der Wettbewerb, den man zur Basis des Systems gemacht hat. Wenn man tiefer bohrt, kommt man sofort zu den sich hier manifestierenden Partikularinteressen: Niedergelassene Ärzte haben ein Interesse daran, Leistungen zu erbringen, weil sie davon leben und für jede einzeln erbrachte Leistung honoriert werden. Ich verrate kein Geheimnis, wenn ich sage, dass gerade viele niedergelassene Fachärzte ihr Geld mit solchen „Low-Value“-Prozeduren verdienen. Aber auch Krankenhäuser und die hier tätigen Ärzte haben ihre Partikularinteressen und stehen mitverantwortlich vor der Aufgabe, im Wettbewerb zu bestehen. Dass alle hier Tätigen – besonders die Ärzte – das nicht wollen, steht auf einem anderen Blatt. Doch müssen sich leider zu viele Ärzte diversen Interessenlagen und Sachzwängen unterwerfen.

**Wobei so ziemlich alle Sachzwänge auf eine Leistungsausweitung hinauslaufen, oder?**

Genauer gesagt auf eine Leistungsmehrung. Weit sinnvoller wäre es, als Arzt die Freiheit zurückzubekommen, die für jede Aufgabe adäquate Leistung erbringen zu dürfen, statt sich dem Zwang beugen zu müssen, Leistungen erbringen zu müssen, nur weil sie viel Geld bringen. Diesem Trend will ich aktiv gegensteuern.

**Wie kann dem gegengesteuert werden?**

Nehmen wir den ganzen Sektor der Hausärzte und zudem den einiger Facharztgruppen wie die der Gynäkologen, Geburtshelfer und Augenärzte als gesetzt, weil diese in der Fläche einen ganz wichtigen und unverzichtbaren Versorgungsauftrag haben. Doch warum gibt es hierzulande beispielsweise niedergelassene Kardiologen, Gastroenterologen, Gefäßmediziner oder Endokrinologen? In anderen Ländern gibt es diese Facharztgruppen überhaupt nicht. Schon wenn man nach Holland fährt, findet man keinen einzigen davon.

**Weil es keine dort keine doppelte Facharztschiene gibt.**

Genau das ist eines der Probleme, das wir in Deutschland seit langer Zeit haben. Aber das ist noch nicht einmal das wichtigste.

**Sondern?**

Das ist das Thema der fehlenden, zukunftsfähigen Strukturierung der Krankenhauslandschaft. Doch beide Themen – die doppelte Facharztschiene wie die Krankenhausstruktur – haben eines gemeinsam: Sie sind in Deutschland nahezu sakrosankt.

**Was wäre ein probater Ansatz?**

Probates gibt es da nichts. Man muss sich von dem Gedanken verabschieden, dass solche Diskussionen – vor allem dann, wenn darauf konsequente Entscheidungen folgen – nicht weh tun werden. Man hat seit Jahren versucht – und das auch geschafft – alle Krankenhäuser in

Wettbewerb zueinander zu bringen. Das hat eben nicht dazu geführt, den Krankenhausmarkt zu bereinigen, sondern nur dazu, dass die Effizienz aller Krankenhäuser gestiegen ist, und immer mehr Leistungen erbracht werden. Das macht doch keinen Sinn!

**Wie kann man das ändern?**

Wenn man das Instrument des Wettbewerbs beibehalten will, muss man seitens der Politik bereit und mutig genug sein, den Wettbewerb so straff zu führen, dass sich einige Marktteilnehmer tatsächlich aus dem System abmelden. So wird die hierzulande immens hohe Zahl der Krankenhausvorhaltung nach und nach geringer und wird sich auf die verbleibenden Systempartner verteilen, die dann mit mehr Fällen und vor allem mehr Personal bessere Arbeit abliefern können. Das Problem des ökonomischen Konstrukts namens Wettbewerb ist, dass wir uns derzeit in Deutschland keinen Wettbewerb um Qualität leisten wollen, sondern einen reinen Zerfleischungswettbewerb ohne jedwede Planung installiert haben.

**Was der aktuelle „Krankenhaus Rating Report“ bestätigt, befanden sich 2018 immerhin 13 Prozent der Krankenhäuser im „roten Bereich“ mit erhöhter Insolvenzgefahr.**

Insolvenz kann nie und nimmer eine planvolle Systematisierung der Krankenhauslandschaft in einer Region ersetzen.

**Eine zukunftsfähigere Art von Einflussnahme auf den Krankenhausmarkt wird derzeit von immer mehr Verbänden und Akteuren in sehr konstruktiver Art und Weise (s. MVF 04/21) zur Sprache gebracht, auch von einigen Parteien in ihren jeweiligen Bundestagswahlprogrammen.**

Immer mehr Akteuren und politischen Willensbildnern wird klar, dass die Maxime – der freie Markt wird es schon richten – nicht funktioniert und uns in eine Sackgasse geführt hat, auch wenn das vielleicht am ehesten der freiheitlichen Verfasstheit unseres Landes entsprechen mag.

**Und auf einmal prescht ein Bundesland vor.**

Hut ab vor dem Bemühen in Nordrhein-Westfalen und dem dortigen Gesundheitsministerium unter Leitung von Minister Karl-Josef Laumann. Mit dem eben vorgestellten neuen Krankenhausplan sollen in NRW tatsächlich Kriterien für eine sinnvolle Strukturierung des gesamten Leistungsgeschehens für ein Bundesland entwickelt werden, in dem immerhin knapp 18 Millionen Menschen leben. Auch sollen die dort am Versorgungsgeschehen Teilnehmenden innerhalb sogenannter Leistungsgruppen verpflichtet werden, in eine Art von Systematisierung einzutreten und dort ihren Platz zu finden. Diesen Zukunftsansatz erst einmal zu formulieren und dann konsensfähig zu machen, ist extrem schwierig, da man vor allem die Position der stationären Leistungserbringer erheblich verändern müsste. Zugrunde liegt ein ausführliches Gutachten mit einer Analyse der Versorgungssituation in NRW, die aber der Systematik nach in allen Bundesländern angewandt werden könnte.

**Ein guter Plan, scheint es.**

Doch wohin man auch blickt, es kommt nur Gegenwind. Gegenwärtig wird der unter großen Mühen vom Ministerium erarbeitete Ent-

---

*„Man muss sich von dem Gedanken verabschieden, dass solche Diskussionen – vor allem dann, wenn darauf konsequente Entscheidungen folgen – nicht weh tun werden.“*

wurf in den Landtag eingebracht. Wer weiß, was am Ende dabei herauskommt, frei nach dem Motto: „Der Berg kreißte und gebar eine Maus.“ Es wäre wirklich tragisch, wenn sich so viele exzellente Leute so gute Gedanken gemacht haben, und dann am Ende doch wieder nur ein Minimalkonsens ohne viel Veränderung herauskommen sollte. Andererseits ist schon der Versuch an sich lobenswert, weil er dazu führt, dass man über Inhalte diskutiert und im Dialog nach und nach Widerstände abbauen kann.

**Auf Basis welchen Bedarfs könnte ein solcher Plan verhandelt werden?**

Das ist die große Frage. Stand heute kann man überhaupt nicht exakt bestimmen, welches Krankenhaus qua Bettenplanung sich aus der Bedarfsplanung zu verabschieden hat und welches nicht. Bei einem privaten Eigner eines Krankenhauses käme das zudem einer Enteignung gleich. Darum muss man – wie es das derzeit das Bundesland NRW dankenswerter Weise tut – das Experiment wagen, alle Leistungserbringer in ein sinnvolles und bedarfsgerechtes Konzept zu integrieren.

**Dazu müsste man die Bedarfe doch erst einmal kennen.**

Da sind wir bei einem systematischen Problem: Kein Bundesland kennt seinen wirklichen Versorgungsbedarf, weil im Prinzip alle auf eine Fortführung des Status quo setzen. Doch liegen seit längerem durchaus sinnvolle Vorschläge auf dem Tisch, sei es eine Spezialisierung von Leistungserbringung und Zentralisierung auf wenige Leistungserbringer.

**Das hilft einem jedoch immer noch nicht, den wirklichen Bedarf zu erkennen ...**

Doch führt das auf jeden Fall zu keiner weiteren Leistungsausweitung, sondern möglicherweise sogar zu einer Begrenzung der Leistungsmenge.

**Kommt die nicht quasi von alleine? Wir haben doch während der Corona-Pandemie einen Schwund der Leistungsmenge erlebt, weil viele Patienten einfach weggeblieben sind.**

Das ist durchaus eine große Chance für unser System. Corona ist nicht nur ein riesiges Sozialexperiment, sondern auch ein Prüfstein für unser gesamtes Gesundheitswesen, weil – ohne dass das irgendjemand strategisch gewollt hat – auf einmal Leistungsmengen zurückgefahren wurden, von denen man vorher gedacht hat, dass es ohne sie dramatische Probleme für die Gesundheit der Bevölkerung geben müsste.

**Wäre es grobschlächtig zu sagen: Na bitte, geht doch?**

Unsinnig wäre es, daraus automatisch den Schluss zu ziehen, dass man die zurückgefahrenen Leistungsmengen generell nicht mehr aufbauen sollte. Das ist ähnlich wie bei der Insolvenz von Krankenhäu-



## Prof. Dr. med. Sebastian Schellong

*ist aktuell 1. Stellv. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V (DGIM) und war Präsident des 127. Internistenkongresses, der im April 2021 stattfand. Er ist zudem seit 2008 Chefarzt der 2. Medizinischen Klinik des Städtischen Klinikums Dresden. Schellong ist Facharzt für Innere Medizin, Angiologie und Hämostaseologie*

ern: Der Zufall ist ein schlechter Strategie! Sinnvoller wäre ist, genau zu analysieren, welche Leistungen weniger und welche zu wenig erbracht worden sind. Und vor allen Dingen: Welche Folgen das für die Patienten gebracht hat. Das Ergebnis wird nach Leistungsart sehr unterschiedlich ausfallen und wird auch sicher nicht jedem gefallen.

**Beispielsweise gibt es den durchaus verstörenden Befund des WIdO, dass die Akutvorstellung im Krankenhaus mit Herzinfarkt und Schlaganfall in der ersten Corona-Welle um über 30 Prozent zurückgegangen ist, sowie in der zweiten und dritten Welle immer noch um knapp 20 Prozent.**

Das ist ein ernster Befund, um den man sich kümmern muss. Im zweiten Schritt muss man exakt evaluieren, wann und mit welchem Gesundheitsstatus mehr Patienten mit einer schweren Herzinsuffizienz vorstellig werden, einfach weil ihre Herzinfarkte nicht früh genug behandelt wurden. Weitere Fragen lauten: Haben wir mehr Arbeitsunfähigkeit? Mehr Erwerbsunfähigkeit durch Schlaganfälle, die nicht erkannt worden sind? Gibt es Leistungsminderungen von Patienten, die nicht rechtzeitig versorgt oder im Zweifel gar nicht versorgt worden sind? Aber auch: Was bedeutet das für die Ability, für die Alltagstauglichkeit der Patienten? All das wissen wir nicht.

**Kann man das in Zukunft herausfinden?**

Wir haben zum Beispiel aktuell ein ganz spannendes Projekt mit dem WIdO begonnen. In diesem Projekt soll zum einen die Versorgungssituation von Covid-19-Kranken erforscht werden, zum anderen aber – das ist für mich das noch spannendere Thema – was eigentlich in der Zeit mit den Nicht-Covid-Kranken, aber ansonsten Erkrankten passiert ist. Deren Daten laufen bei den Krankenkassen

zusammen und können im zeitlichen Verlauf einiger Jahre genau darstellen, was bestimmte Ausfälle von Leistungen im Verlauf von mehreren Jahren an schwereren Erkrankungsverläufen erzeugt hat. Leider kann auch das WIdO nur auf rund 40% der in Deutschland auftretenden Fälle zugreifen und dann hochrechnen, weil es hierzulande einfach noch keine nationale Forschungsdatenbank gibt.

**Dann gibt es noch die spannende Gruppe der ambulant-sensitiven Leistungen. WIdO-Geschäftsführer Jürgen Klauber vermutet, dass „möglicherweise die Pandemie hier einen grundlegenden Strukturwandel in der Versorgung ambulant-sensitiver Fälle“ befördert.**

Da hat er recht. Viele dieser Diagnosen führen in anderen Ländern gar nicht zur Krankenhausaufnahme, weil entweder in vielen Ländern die Kapazitäten fehlen oder solche Leistungsarten für nicht krankenhausbehandlungsbedürftig erachtet werden. Nur in Deutschland besteht ein wesentlicher Teil der stationären Fälle aus sogenannten ambulant-sensitiven Leistungen.

## Zitationshinweis

Schellong, S., Roski, R., Stegmaier, P.: „Struktur- und Indikationsqualität als Maß der Leistungsplanung“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/21), S. 6-10. <http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2338>

### Warum ist das so?

Das derzeitige System zwingt Krankenhäuser, auf dem ein oder anderen Weg zu hospitalisieren. Wenn jedoch ein Krankenhaus zu einem nicht unerheblichen Teil von „Low-Value“-Episoden lebt, sollte man sich fragen, ob das auch künftig so sein muss. Man sollte jedoch sehr genau darauf achten, welche Instrumente man in Anschlag bringt, um dies zu verhindern oder zumindest zu minimieren.

### Wie etwa Mindestmengenregelungen.

Mindestmengen machen nur Sinn bei hochkomplexen Prozeduren, wie etwa Transplantationen oder Pankreasoperationen. Doch leider ist die wissenschaftliche Evidenz für Mindestmengen nicht so hoch, wie man sich das wünschen würde, wenn man das Instrument wirklich weiter schärfen wollte. Ich bin trotzdem weniger wegen des Outcomes, sondern mehr wegen der prozeduralen Vereinheitlichung dafür, vermehrt Mindestmengen zu formulieren.

### Liegt es nicht auf der Hand, dass ein Krankenhaus, das 8 Pankreasoperationen im Jahr macht, weniger gut darauf vorbereitet sein wird als ein Krankenhaus, das 50 davon durchführt?

Das ist zum einen eine Frage der personellen wie technischen Vorhalteleistung, in die ein Krankenhaus investieren muss, um solche Fälle für den Patienten bestmöglich abwickeln zu können. Allein deshalb sind möglichst hohe Fallzahlen wichtige Parameter. Aber es ist zum anderen tatsächlich eine Frage des Behandlungsergebnisses und der Patientensicherheit.

### In der seit 2011 begonnenen „Choosing-wisely“-Initiative aus Amerika gibt es eine Art „magisches Dreieck“, das die von Ihnen thematisierte Fehlentwicklung treibt.

Dieses „magische Dreieck“ hat drei Pole. Der eine ist der Patient, der andere der Arzt und der dritte das System. Daher muss man an allen drei Polen gleichzeitig ansetzen, wenn man versuchen will, eine Entwicklung zu steuern oder einer Fehlentwicklung gegenzusteuern.

### Die DGIM hat die amerikanische Choosing-wisely-Initiative adaptiert und nennt das „Klug entscheiden“.

In dieser Initiative werden „Klug-entscheiden-Empfehlungen“ entwickelt und herausgegeben. Aktuell bin ich mit der Leitung der Konsensus-Kommission betraut worden, die diese „Klug-entscheiden-Empfehlungen“ nicht nur weiterentwickeln, sondern auch für eine bessere Bekanntheit und Verbreitung sorgen soll. Das ist eine sehr wichtige und unverzichtbare Tätigkeit, weil es die Ärzteschaft in ihrem Eigen- und Rollenverständnis tangiert. Viele Ärzte sind zurecht stolz auf das, was sie sich in einem langen, sehr fordernden Studium und einer langen Praxisphase erarbeitet haben.

### Es fehlt immer noch die Stellschraube: Wäre das Pay for Performance bzw. per Outcome?

Ergebnisqualität zur Grundlage von Leistungsplanung zu machen, halte ich für einen Irrweg, weil Ergebnisqualität in der Medizin messen zu wollen, unendlich schwierig ist.

### Was würde besser funktionieren?

Das wäre der Parameter der Strukturqualität, auf die seit kurzem viele Krankenkassen mit Macht setzen. Manche Kassen insistierten mit Hilfe des Medizinischen Diensts unter dem Rubrum der neuen Regulation durch das veränderte MDK-Gesetz darauf, dass erbrachte Leistungen nur noch dann vergütet werden, wenn Kliniken transpa-

rent machen, welche Strukturen dafür vorrätig gehalten worden sind.

### Das klingt überaus sinnig.

Ich bin überzeugt von diesem Konzept, weil damit die Krankenkassen im Grunde nach etwas sehr Sinnvolles machen. Doch leider ist auch das noch keine regionale Leistungsplanung, wie ich sie fordere. Diese Art von Strukturqualität ist zwar ein ganz wichtiger Parameter. Doch sollte man ihn nicht dafür missbrauchen, Leistungserbringer, die vielleicht regional am besten eine bestimmte Funktion hätten erfüllen können, finanziell zu ruinieren. Zukunftsorientierter und für Patienten besser wäre es, die Struktur- und zudem die Indikationsqualität als Maß für eine ebenso nachhaltige wie regionale Leistungsplanung zu machen.

### Sie sprechen die Indikationsqualität an – ein Beispiel?

Als Gefäßmediziner nehme ich eine Prozedur an der Hauptschlagader. Wenn an der Aorta ein Aneurysma entweder operiert oder heutzutage gestentet werden soll, handelt es sich dabei um eine höchstpreisige Prozedur, bei denen sich alle gefäßmedizinischen Abteilungen in einem extremen Konkurrenzkampf um Patienten und Zuweiser befinden. Wenn ein Aneurysma entweder operiert oder gestentet werden soll, ist das nach Leitlinie (3) jedoch nur dann indiziert, wenn der Durchmesser der Hauptschlagader mehr als 55 Millimeter an der weitesten Stelle beträgt. Ich fände es sinnvoll, wenn sich der Medizinische Dienst vor der Vergütung des Eingriffs das entsprechende CT zeigen lässt, ob die Maßzahl eingehalten wurde.

### Wo bleibt der Grundsatz „not to harm“?

Aus dem Grunde wurde schon 2019 von der DGIM das Manifest „Medizin vor Ökonomie“ (4) verfasst. In diesem Ärzte-Kodex wurde unser aller Unbehagen formuliert, dass der überbordende Wettbewerb der Leistungserbringung und der Zwang zur Leistungsmehrung nach und nach die Indikationsqualität verschlechtert, weil Ärzte genötigt werden, Indikationen – ich drücke das vorsichtig aus – zu dehnen; auf dem letzten Chirurgenkongress war die Rede von „Indikationen beugen“. Viele Ärzte wie ich wollen so etwas nicht mitmachen, weil wir uns unseren Patienten und eben dem Grundsatz „not to harm“ verpflichtet fühlen.

### Wie lautet Ihre Kernforderung?

Der schiere Mengenwettbewerb muss raus aus dem System. Der Mengenwettbewerb ist omnipräsent und allen Leistungserbringern quasi eingraviert. Wenn davon fabuliert wird, der Markt würde alles regeln, tut er das eben nicht: Wenn es dem Markt freigestellt wird, sich selbst zu regeln, kommt nur Menge und Leistungsausweitung dabei raus. Sinniger wäre es, übergeordnet die Leistungsmenge zu steuern – zum einen medizinisch begründbar, zum anderen regional abgestimmt. <<

Das Gespräch führten MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

## Literatur

- 1) <https://www.youtube.com/watch?v=mYX53vCqgc&t=2s>
- 2) Hasenfuß, G., Schellong, S.: „Weniger ist mehr in Kardiologie und Angiologie“; Internist 62, 379–384 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00108-021-00982-6>
- 3) [https://leitlinien.dgk.org/files/31\\_2014\\_pocket\\_leitlinien\\_aortenerkrankungen.pdf](https://leitlinien.dgk.org/files/31_2014_pocket_leitlinien_aortenerkrankungen.pdf)
- 4) <https://www.dgim.de/veroeffentlichungen/aerzte-codex/>

# Gemeinsam zu mehr Therapieerfolg

indikationsbezogene  
Patienten-  
Begleitprogramme

Zugang zum  
Patienten



Stärkung  
der Adhärenz

Verbesserung der Lebensqualität

**Werden  
Sie  
Partner!**

Wir freuen uns auf Ihre Fragen und Anregungen.  
Sie erreichen uns unter  
[patientenprogramme@docmorris.de](mailto:patientenprogramme@docmorris.de)

Grundzüge der neuen Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen

## NRW setzt auf Kooperation statt Konkurrenz

Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann hat gemeinsam mit der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, den nordrhein-westfälischen Ärztekammern sowie Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen die wesentlichen Inhalte des Entwurfs des neuen Krankenhausplans für Nordrhein-Westfalen vorgestellt. Ziel der neuen Krankenhausplanung ist es, durch besonders leistungsfähige Strukturen eine innovative, qualitätsorientierte, bedarfsgerechte und flächendeckende stationäre Versorgung für alle Bürger in Nordrhein-Westfalen sicherzustellen – von den Metropolregionen bis zum ländlichen Raum.

>> Seit Ende 2019 sind unter Leitung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales in rund 50 Arbeitsgruppensitzungen des Landesausschusses für Krankenhausplanung die Grundzüge für einen neuen Krankenhausplan erarbeitet worden. In der letzten Ausschuss-Sitzung sind die Ergebnisse dieser Treffen dem Gesamtgremium vorgestellt worden. Ausgangspunkt der Erarbeitung waren die Ergebnisse des von Gesundheitsminister Laumann 2019 vorgestellten Gutachtens (1) sowie der Sachstandbericht (2) zur Analyse der Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen, im Auftrag von NRW-Gesundheitsminister Laumann von der „PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH“ in Kooperation mit der „Lohfert & Lohfert AG“ und dem Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin“ erstellt.

Die zentralen Ergebnisse des Gutachtens:

- in den Ballungszentren Tendenz zu einer medizinischen Überversorgung
- in den ländlichen Regionen des Landes teilweise Unterversorgung
- Bettenzahl als zentrale Planungsgrundlage verhindert gezielte Steuerung von Kapazitäten
- stationäre Versorgung orientiert sich zu wenig an der Behandlungsqualität.

„Wir gehen in Nordrhein-Westfalen mutig voran“, zeigte sich NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann sichtlich stolz, künftig als erstes Bundesland die Krankenhausstruktur „differenziert über Leistungsbereiche und Leistungsgruppen“ zu planen. Mit dem neuen Krankenhausplan soll eine differenzierte Planungssystematik eingeführt werden, die effektive Steuerung, Transparenz und Qualität verbindet. Es werden künftig sogenannte Leistungsbereiche und Leistungsgruppen ausgewiesen, die die medizinischen Fachgebiete und Unterdisziplinen abbilden. Das neue Planungssystem führt aber auch einheitliche und überprüfbare Qualitätsvorgaben je Versorgungsangebot für alle Krankenhäuser ein. Und vor allem: Die Krankenhausplanung wird nicht mehr wie bislang vorrangig die „starre

Plangröße Bett“ zu Grunde legen, sondern von den tatsächlichen Fallzahlen in den verschiedenen Leistungsbereichen ausgehen. Damit soll sich die Krankenhausplanung stärker als bisher am tatsächlichen Versorgungsgeschehen orientieren.

In den neuen Krankenhausplan fließen zudem auch die Erfahrungen der Corona-Pandemie ein: Die flächendeckende Grundversorgung wird gestärkt. In Nordrhein-Westfalen soll für über 90 Prozent der Bevölkerung ein Krankenhaus innerhalb von 20 Autominuten erreichbar sein. Der Plan schreibt auch die flächendeckende Vorhaltung der Intensivmedizin fest. Künftig werden außerdem auch Abteilungen für Lungenheilkunde, die in der Pandemie eine besondere Rolle gespielt haben, wieder im Krankenhausplan ausgewiesen. Die finale Beratung des neuen Krankenhausplans erfolgt im Landesausschuss für Krankenhausplanung. Im Anschluss daran wird der Entwurf des neuen Plans im Herbst im Landtag dem Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales vorgelegt. Anschließend kann der neue Krankenhausplan in Kraft treten, woraufhin die Landesregierung das Ziel verfolgt, dann Anfang nächsten Jahres auch die nötigen regionalen Planungsverfahren anstoßen zu können.

„Ich will mit der neuen Krankenhausplanung die bestmögliche Qualität in der stationären Versorgung erreichen“, gab Laumann die Richtung vor, bei deren neuen Strukturen die Patienten im Mittelpunkt stünden. Krankenhäuser müssten, so Laumann weiter, zum einen selbstverständlich für alle gut erreichbar sein. Zum anderen brauche es aber auch Spezialisierungen. „Die Bürger erwarten zu Recht, dass ein Krankenhaus über ausreichend Erfahrung verfügt und eine hohe Versorgungsqualität gewährleistet, wenn es eine bestimmte Leistung anbietet. Genau das wollen wir für die Zukunft sicherstellen

und dafür soll die neue Krankenhausplanung sorgen.“ Dabei gehe es jedoch um eine „sorgsame Neugestaltung mit Maß und Mitte“.

„Der jetzt vorliegende Entwurf des Krankenhausplans beweist aus unserer Sicht, dass die Fragen einer zukünftigen Versorgungsstruktur am tragfähigsten in den Bundesländern und in den Regionen beantwortet werden können“, betont Jochen Brink, Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW). Jetzt gehe es darum, die neue Planungssystematik mit Augenmaß und realistischem Blick für die regionalen Strukturen umzusetzen. „Die heute verlässliche, wohnortnahe und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung abzusichern, muss das Ziel bleiben“, sagt Brink. Damit mögliche Auswirkungen vor Ort auf Akzeptanz treffen, müssten alle Entscheidungsprozesse transparent gemacht werden.

„Gut aufgestellte Krankenhäuser sind ein zentraler und unverzichtbarer Baustein der Daseinsfürsorge und damit für unser Gemeinwesen“, so Dr. Hans-Albert Gehle, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Er begrüßt, dass die künftige Krankenhausplanung detaillierter sein soll als bisher. „Die Medizin hat sich weiterentwickelt und spezialisiert. Die Ärztekammern haben dieser Entwicklung mit neuen Qualifikationen in der Weiterbildung Rechnung getragen.

Auch der künftige Krankenhausplan geht mit breit aufgestellten Leistungsbereichen einerseits und spezialisierten Leistungsgruppen andererseits genau in diese Richtung und gibt einen sinnvollen Rahmen vor, innerhalb dessen dann die regionalen Planungskonzepte erarbeitet werden.“

Besonders wichtig ist Gehle dabei, dass eine regionale Krankenhausplanung die Zusammenarbeit der Krankenhäuser fördert: „Kooperation statt Konkurrenz. Sinnvolle Spezialisierung in gemeinsamer Absprache statt



Ein mutiger Schritt von Karl-Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.



Werte schaffen  
durch Innovation

*Die Gesundheit von Mensch  
und Tier zu verbessern  
– das ist unser Ziel.*

Als führendes forschungsgetriebenes biopharmazeutisches Unternehmen arbeitet Boehringer Ingelheim an bahnbrechenden Therapien in Bereichen mit hohem ungedeckten medizinischen Bedarf. Seit seiner Gründung im Jahr 1885 ist Boehringer Ingelheim in Familienbesitz und verfolgt eine langfristige Perspektive. Rund 52.000 Mitarbeitende bedienen mehr als 130 Märkte in den drei Geschäftsbereichen Humanpharma, Tiergesundheit und Biopharmazeutische Auftragsproduktion.

alle machen alles! Genau dieses sei im Sinne der Patienten. Der neue Krankenhausplan bietet laut Gehele eine Grundlage dafür, wohnortnahe Grundversorgung auf der einen Seite und sinnvolle Spezialisierung auf der anderen Seite gerade auf regionaler Ebene wieder in Einklang zu bringen. Diese Krankenhausplanung dürfte jedoch „nicht durch falsche Finanzierungsanreize der Bundesebene und sachfremde Vorgaben des G-BA konterkariert“ werden. Gehele: „Denn bedarfsnotwendige Krankenhäuser müssen auch eine ausreichende wirtschaftliche Grundlage haben.“

Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein, begrüßt die grundsätzliche Ausrichtung der neuen Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen. „Aus unserer Sicht hängt die medizinische Qualität der Krankenhausversorgung ganz entscheidend von einer angemessenen Ausstattung der Abteilungen mit den richtig qualifizierten ärztlichen Kollegen ab. Die wird es künftig nur geben können, wenn eine gute ärztliche Weiterbildung auch bei zunehmender Spezialisierung möglich bleibt.“ Daher begrüße die Ärztekammer die im Entwurf vorgesehene Ausrichtung der Krankenhausplanung an der ärztlichen Weiterbildungsordnung und plädiert dafür, „Weiterbündelungen zwischen Standorten der Spezialversorgung und solchen der Regelversorgung verbindlich vorzugeben.“

„Mit der neuen Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen wird die dringend erforderliche Kehrtwende eingeleitet und gute Voraussetzungen für eine zukunftsfähige, qualitäts- und patientenorientierte Krankenhausstruktur im Land geschaffen, die die Behandlungsqualität stärkt und den Ressourceneinsatz optimiert“, sagt Tom Ackermann. Die Patienten müssten darauf vertrauen können, dass Behandlungen „nur dort erfolgen, wo die bestmöglichen Voraussetzungen“ dafür gegeben sind.

„Nicht jedes Krankenhaus macht alles gleich gut“, ergänzt Matthias Mohrmann, Vorstandsmitglied der AOK Rheinland/Hamburg. Experten wüssten das und könnten entsprechend reagieren. Medizinische Laien seien hingegen auf eine verlässliche Unterstützung angewiesen. Mohrmann: „Für sie ist es erforderlich, dass die Krankenhausplanung künftig die Qualität zum Maßstab macht. Dadurch ändern sich Versorgungsschwerpunkte und Rollen vieler Kliniken.“ Dennoch bleibe dabei eine flächendeckende Versorgung „ein unverrückbarer Eckpfeiler, gerade auf dem Lande.“ <<

1) Link Gutachten: <https://bit.ly/38LqNdd>

2) Link Bericht: <https://bit.ly/3naW81u>

Grundzüge der neuen Cluster-Struktur-Bildung in Mecklenburg-Vorpommern

## MV setzt auf Regional Health Care

Im Juni dieses Jahres legte die Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ dem Landtag von Mecklenburg-Vorpommern ihren Abschlussbericht (1) vor. Auf über 180 Seiten wird ein Empfehlungskatalog entworfen, wobei einer der Hauptpunkte ist, die medizinische Versorgung für eine Cluster-Region modellhaft zu entwickeln und zu erproben.

>> Im Zuge der vorgesehenen Cluster-Struktur-Bildung sollten nach Ansicht der Kommissionsmitglieder „sektorenübergreifende Gesundheitszentren“ gebildet bzw. weiterentwickelt werden. Dabei soll nach Ansicht der 21 Enquete-Mitglieder mehrstufig vorgegangen werden. Zunächst sollte ein Ausschnitt des Clusters für eine solche modellhafte Erprobung ausgewählt werden, wobei in diesem Zusammenhang der Einzugsbereich Greifswald/Wolgast/Usedom denkbar sei. Die Enquete-Kommission empfiehlt der Landesregierung weiterhin die rechtlichen und formalen Rahmenbedingungen auf der Bundesebene zu erwirken, die ein solches Cluster-Modell ermöglichen. Unabhängig davon sollte sich das Land auf der Bundesebene für die Anpassung der Rechtssetzung stark machen, die derartige Modelle einschließlich der damit verbundenen Rahmenbedingungen regulär ermöglichen würde.

Im Abschlussbericht wird auch das Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ erwähnt, das bereits im April dieses Jahres vom Institute for Health Care Business GmbH unter Leitung von Prof. Dr. Boris Augurzky vorgelegt wurde. In diesem 120-Seiten-Werk wird unter anderem die Idee von Integrierten Gesundheitszentren (IGZ) propagiert, welche die Kommission als einen „nachhaltigen Lösungsvorschlag“ ansieht, der langfristig die ambulante Versorgung in der Fläche sichern könne. Auch die dort vorgeschlagene Vernetzung mit Arztpraxen in der Peripherie und die Einbindung von Apotheken sei sinnvoll. Ebenso könnten die im Land bestehenden MVZ in eine solche Struktur eingebunden werden.

Eingebunden in die zu bildenden Cluster sollen die Funktion der IGZ die derzeitigen Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung übernehmen, die damit ihr Angebot erweitern könnten. Hierbei sei zu beachten, dass diese Krankenhäuser nicht nur über die Anzahl ihrer Betten, sondern auch wesentlich über ihre Funktionalität definiert, Bestandteil der sektorenübergreifenden Versor-

gung innerhalb einer „Regional Health Care“ werden. Dadurch würden auch bisherige kleine Krankenhausstandorte nicht überflüssig, sondern sinnvoll in die flächendeckende Versorgung einbezogen.

Die Idee der IDZ, die auf die Gesundheitszentren für primärärztliche Versorgung in Finnland zurückgehen, würden sich laut Gutachten (2) für Mecklenburg-Vorpommern anbieten, weil diese dem Grunde nach bereits in § 19 und § 21 des Landeskrankengesetzes angelegt seien.

Anders als in Finnland, wo die fachärztliche Versorgung ausschließlich an den Krankenhäusern stattfindet, sollten die Zentren in Mecklenburg-Vorpommern auch die fachärztliche Versorgung mit abdecken können („Gesundheitszentrum plus“). Zudem sollten – wie im Abschlussbericht erwähnt – kleine Krankenhäuser der Grundversorgung in das Zentrum integriert werden, um damit ein ganzheitliches, sektorenübergreifendes Angebot der Grundversorgung zu schaffen, woraus dann ein „Integriertes Gesundheitszentrum“ entstehe. IGZ könnten, so die Gutachter, „die knappen Ressourcen besser nutzen“, wodurch sich die Stabilität der ländlichen Versorgung erhöhten.

Im Vergleich zum Status quo erwächst daraus nach Ansicht der Gutachter auch eine „neue Rolle für kleine Krankenhäuser“: Sie könnten dadurch eine größere Verantwortung für die lokale Versorgung übernehmen. Die Rolle der IGZ sehen die Gutachter wiederum darin, dass sie die medizinischen Angebote in ihrem Umfeld managen und organisieren sowie eng mit dezentralen Kümmerern zusammenarbeiten, die sich außerhalb des Zentrums befinden könnten.

Dabei müsse nicht jedes Zentrum auch eine stationäre Versorgungseinheit besitzen und zu einem vollwertigen IGZ werden. Vielmehr könnten auch entsprechende ambulante „Außenstellen“ betrieben werden, die eng mit dem IGZ zusammenarbeiten. <<

1) Link Bericht: <https://bit.ly/3tkGAc5>

2) Link Gutachten: <https://bit.ly/3h4rzGT>



## LEBENSQUALITÄT ENTSTEHT ...

**... wenn Fürsorge und Forschergeist sich verbinden.**

Seit mehr als 140 Jahren setzen wir alles daran, das Leben der Menschen zu verbessern. Dafür entwickeln wir wirksame Therapien und vertiefen unser Wissen über den Umgang mit Krankheiten. Damit immer mehr Patienten so normal wie möglich leben können.

[lilly-pharma.de](https://www.lilly-pharma.de)

Erste Learnings aus dem Innovationsfonds-Projekt „IGiB-StimMT – Strukturmigration im Mittelbereich Templin“

## „Ein Paradebeispiel für hohen Erkenntnisgewinn“

In den Bundestags-Wahlprogrammen der wichtigsten Parteien manifestiert sich im Bereich der Gesundheit mehr und mehr ein Gedanke: Versorgung ist regional. So wollen beispielsweise Bündnis 90/Die Grünen ambulante und stationäre Angebote in Stadt und Land besser vernetzen und kommunale Gesundheitszentren aufbauen, während die Linke regionale Gesundheitszentren als Anlaufstelle für eine wohnortnahe Versorgung sieht, die eine ambulante und stationäre Versorgung gewährleisten sollen, die auch die FDP besser vernetzen möchte. Während die CDU/CSU lediglich eine stärkere vernetzte Zusammenarbeit der einzelnen Akteure fördern will, spricht sich die SPD dafür aus, dass es in Kommunen mehr medizinische Versorgungszentren geben soll und Krankenhäuser mehr ambulante Behandlungen anbieten sollen. Dieses für Parteien recht neue Gedankengut hat sich über Jahre entwickelt und ist wohl zu Teilen auch zwei Innovationsfonds-Projekten und deren Protagonisten zu verdanken: zum einen Billstedt/Horn der OptiMedis AG, zum anderen dem allerersten Innovationsfonds-Projekt mit der laufenden Nummer 001 von IGiB-StimMT (1), das sich die große Aufgabe einer „Strukturmigration im Mittelbereich Templin“ vorgenommen hat. In diesem sehr umfassenden und hyperkomplexen Projekt wurden so ziemlich alle genannten Schlagwörter der Wahlprogramme erprobt und evaluiert. Die Frage ist nun, wie und was zuerst der G-BA beschließt und was dann vor allen Dingen die Politik daraus macht.

>> „Um die Versorgung in Stadt und Land sicherzustellen, wollen wir, dass ambulante und stationäre Angebote in Zukunft übergreifend geplant werden und etwa regionale Versorgungsverbände mit enger Anbindung an die Kommunen gefördert werden.“ Das steht wortwörtlich im Wahlprogramm der Partei Bündnis90/Die Grünen, die perspektivisch sogar eine gemeinsame Abrechnungssystematik für ambulante und stationäre Leistungen fördern sowie die strikte Trennung der ambulanten Gebührenordnungen von EBM und GOÄ aufheben will. Auch soll – da die Versorgung von den Patienten aus gedacht werden soll – insbesondere die Einrichtung von gemeinwohlorientierten regionalen Gesundheitszentren unterstützt werden, in denen alle Gesundheitsberufe unter gemeinsamer Trägerschaft auf Augenhöhe

zusammenarbeiten. All das oder zumindest fast – weil die derzeit existenten gesetzlichen Rahmenbedingungen bisher nicht mehr zulassen – gibt es schon: in Templin.

Aktuell liegt nach dem Ende der vierjährigen Laufzeit zum 31.12.20 seit Ende Juni dieses Jahres dem G-BA die Evaluation vor, der nun vor der schwierigen Frage steht: Was beschließen? Bei den bisher beendeten Projekten der Neuen Versorgungsformen (NVF) sind die vom G-BA gefassten Beschlüsse zur Überführung in die Regelversorgung (siehe hierzu MVF 04/21) recht heterogen ausgefallen: Von den sechs derzeit beendeten NVF-Projekten sollen nach Willen des G-BA zwei (LandRettung, Telenotarzt Bayern) eindeutig in die Regelversorgung überführt werden, zwei (IpKiSuN, ViDiK) wurden angelehnt und bei zwei weiteren (RESIST, Telnet@NRW) gab

es ein „Ja, aber“. Die große Frage lautet nun, in welche Kategorie das Projekt „Strukturmigration im Mittelbereich Templin“ fallen wird und ob die im Projekt erprobten und durch die Evaluation bestätigten Versorgungspotenziale überhaupt erkannt werden.

Durch das Multimillionen-Projekt „Strukturmigration in Templin“ mit der Innovationsfonds-Fördernummer 001, damit sozusagen mit der „Lizenz zur regionalen Versorgung“, wurde eines klar: Wer etwas derart komplexes wie eine Strukturmigration zum Erfolg führen will, braucht nicht nur das Geld und die nötige Zeit, sondern auch den erklärten Willen zur Veränderung samt der richtigen Partner dafür.

Festmachen kann man das in Templin an einem kleinen Beispiel, das pars pro toto stehen mag: So wurde für die Pädiatrie eine



Vertreter der Akteure vor dem Ambulant-Stationären Zentrum in Templin, dem sichtbaren Nukleus einer Ambulantisierungs-Strategie (v.l.): Detlef Tabbert (Bürgermeister der Stadt Templin), Henryk Wichmann (Sozialdezernent und 2. Beigeordneter des Landkreises Uckermark), Harald Möhlmann (AOK Nordost), Karina Dörk (Landrätin des Landkreises Uckermark), John Jander (Direktor des Sana-Krankenhauses Templin), Ursula Nonnemacher (Ministerin für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg sowie zweite stellvertretende Ministerpräsidentin), Dr. med. Annekathrin Möwius (Arztсеть „Gesundheit in Templin“), Marco Bohn (Geschäftsführer der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH), Albrecht Römpf (Arztсеть „Gesundheit in Templin“) und Lutz O. Freiberg (KV Brandenburg/IGiB).

### Die Akteure

Für die Durchführung des Projektes und die Konsortialführung wurde von den in der ARGE „Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg“ – IGiB GbR (Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V) zusammengeschlossenen Partnern die IGiB-StimMT gGmbH als Tochtergesellschaft gegründet. Die Partner der IGiB GbR sind die Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, die AOK Nordost – Die Gesundheitskasse und die Barmer, die als Konsortialpartner selbst am Projekt teilgenommen haben. Weitere Konsortialpartner waren die KV Consult und Management GmbH (KV COMM GmbH), die Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH und Agenon Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH. Die Evaluation des Projektes ist durch inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH erfolgt, das ebenfalls Partner im Konsortium war.

neue nichtstationäre Struktur geschaffen, was – so Steffen Bohm, Mitgeschäftsführer des Konsortialpartners Agenon und seit kurzem auch Geschäftsführer der IGiB-StimMT gGmbH, anderswo in Deutschland wohl zu heftigstem Widerstand in der Bevölkerung und anderer Gruppierungen geführt hätte, „vor Ort jedoch relativ geräuschlos“ abgelaufen sei.

Was zum großen Teil aber auch daran lag, dass das Gesamtkonzept zur Neuordnung der Pädiatrie und Geburtshilfe insbesondere die Eltern, Medien und Kommunalpolitiker davon überzeugen konnte. Vor allen Dingen darin, dass es weiterhin eine qualitativ hohe wohnortnahe Versorgung sowie eine 24/7-Akutversorgung für Kinder und Jugendliche im Mittelbereich Templin gibt und Geburten vor Ort weiter möglich sind, auch wenn es die Kinderstation im Krankenhaus nicht mehr gibt. „Auch war es wichtig, die bis zu diesem Zeitpunkt ausschließlich ambulant bzw. stationär tätigen Ärzte zu gewinnen und berufliche Perspektiven aufzuzeigen“, ergänzt Lutz O. Freiberg, Geschäftsführer der IGiB GbR (bis Ende 2020 auch Geschäftsführer der IGiB-StimMT gGmbH).

Anlass und Kernpunkt der Etablierung der neuen Versorgungsstruktur: Die stationäre kinderärztliche Versorgung war wie in vielen ländlichen Regionen so auch in Templin nicht zukunftsfähig. Für die Substitution der bislang stationären wohnortnahen Versorgung von Kindern und Jugendlichen bedurfte es insbesondere eines über die ambulante Versorgungsangebots am Standort. Diese Aufgabe war von der gemäß Bedarfsplanung einzigen Vertragsärztin für Pädiatrie im Mittelbereich nicht leistbar.

Da es für die Neustrukturierung der wohnortnahen pädiatrischen Versorgung mit der Schließung der stationären Abteilung einer Erweiterung der ambulanten Kapazitäten bedurfte, hat laut Freiberg die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) kurzerhand bislang stationär tätigen Pädiatern einen Versorgungsauftrag im Rahmen der Eigeneinrichtung der KV erteilt, um ambulant tätig sein zu dürfen.“

Seitdem erbringt das Sana Krankenhaus Templin im Auftrag der KVBB auch ambulante pädiatrische Leistungen für das KV RegioMed Zentrum Templin (2). Da der Finanzierungszeitraum – zunächst auf zwei Jahre angelegt – zum 31. Dezember 2021 ausläuft, muss nun eine darüber hinausgehende Finanzierung zwischen der regionalen Arbeitsgemeinschaft der Landesverbände der

Krankenkassen („GKV in Brandenburg“) und der KV Brandenburg verhandelt werden. Ergebnis: noch offen. Zusätzlich wurde vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MSGIV) ein Versorgungsauftrag für teilstationäre Pädiatrie erteilt, ebenso besteht 24/7 die Möglichkeit, ein kinderärztliches Konsil telemedizinisch unterstützt einzuholen.

### Es werden bereits Fakten geschaffen

Dieses kleine, aber für die Versorgung vor Ort wichtige Beispiel, zeigt eines ganz deutlich: Es ist mittels einer konzertierten Anstrengung möglich, dass stationär tätige Ärzte auch ambulant tätig sein dürfen, um so eine Ambulantisierung zum Erfolgsmodell zu machen. Problematisch wird es dann, wenn der Bevölkerung vermittelt werden müsste, dass diese neue Art der Versorgung, die in Templin de facto schon längst Regelversorgung geworden ist, eingestellt werden müsste, falls nach dem Ende des Förderzeitraums keine Einigung zur Fortführung erzielt werden kann.

Dies scheint jedoch unwahrscheinlich, da – wie der „Uckermark Kurier“ (4) titelte – bereits „vier Partner ohne Politik loslegen“, weil sie nicht warten wollen, „bis bei der Politik der Groschen fällt“. So haben das im Rahmen des Innovationsfonds-Projekts erst gegründete und etablierte Ärztenetzwerk „Gesund in Templin“, die KVBB, die Sana Klinken und die Stadt Templin einen Konsortialvertrag geschlossen, um das Modellprojekt nicht nur weiterzuführen, sondern auch weiterzuentwickeln – auch ohne den noch ausstehenden G-BA-Beschluss.

Die große Frage wird sein, nach welchen Kriterien ein derartiger Beschluss gefasst wird oder – ganz simpel, indes alles andere als trivial – wie und woran Erfolg gemessen wird: Sei es die Erreichung der Planzahlen einzuschließender Patienten, die durch Befragungen bestätigte Projekt-Bekanntheit in der Bevölkerung und/oder Zufriedenheit der betreuten Patienten, eine Entlastung der Rettungsstelle, eine geringere Inanspruchnahme des Fahrdiensts, Rückgänge bei den Kurzliegerfällen im stationären Bereich oder die Sen-

## Die Uckermark

liegt im Nordosten Brandenburgs und ist mit einer Fläche von rund 3.000 km<sup>2</sup> der größte und gleichzeitig einer der am dünnsten besiedelten Landkreise Deutschlands. Etwa zwei Drittel der Bevölkerung leben in den vier Städten Schwedt, Prenzlau, Templin und Angermünde. Templin stellt dabei der



Fläche nach die größte Stadt in der Uckermark dar, in Bezug auf die Einwohnerzahl ist sie nach Schwedt und Prenzlau jedoch die drittgrößte Stadt des Landkreises. Der Landkreis ist mit diversen Strukturdefiziten belastet. Die wichtigsten Wirtschaftsfaktoren sind der Tourismus und die Naherholung.

## Der Mittelbereich Templin

Die Stadt Templin mit rund 16.000 Einwohnern liegt im Norden des Bundeslandes Brandenburg und gehört zum Landkreis Uckermark. Im Mittelbereich Templin lebten im Jahr 2015 ungefähr 27.000 Einwohner (2015, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg). Hierzu gehören die Städte Templin, Lychen, die Gemeinde Boitzenburger Land und das Amt Gerswalde.



kung ambulant-sensitiver Krankenhausfälle.

All das ist dem Innovationsfonds-Projekt Templin gelungen. Doch kommt es darauf wirklich an? „Man kann solch komplexen Projekten nicht gerecht werden, wenn man sie auf einen primären Endpunkt reduziert“, erklärt dazu Prof. Dr. Volker Amelung, Gründer des Instituts für angewandte Versorgungsforschung GmbH (inav), das als Konsortial- und Evaluationspartner in dieses Projekt seit Beginn an eingebunden ist. Seiner Erfahrung nach – und sein Institut betreut immerhin vier derartige Innovationsfonds-Projekte – handelt es sich bei dem Vorhaben einer Strukturmigration um eine sehr komplexe Intervention, in der unterschiedliche Instrumente und viele Partner und Leistungserbringer auf Basis diverser Rechtsgrundlagen intersektoral zusammenarbeiten.

Seitens einiger Evaluatoren wird die Logik solcher Komplexmodelle auf einen (oder wenige, was auch schon ein Widerspruch ist) primären Endpunkt reduziert. Entweder, weil es schlichtweg einfacher ist, oder weil es seitens der Auftraggeber und Konsortialführer erwartet wird. Vor allem aber, weil ein schlichter Endpunkt unter Zuhilfenahme von Routinedaten aus Kontrollgebieten oder -gruppen beweisbarer und auch ein möglicher Budget Impact darstellbar(er) ist. Auf

## Mögliche Überführung einzelner Versorgungsmodule des Projektes IGiB-StimMT

Dass ein derart umfassendes Projekt wie das einer Strukturmigration Licht- und Schattenseiten hat und auch nicht alles so geklappt hat, wie es zu Beginn im Förderantrag angedacht war, ist für jeden klar, der sich mit derartigen Komplexinterventionen auskennt. Trotz aller Schwierigkeiten konnten im Templiner Projekt verschiedene Lösungsansätze gefunden werden, die als Ansätze für andere Gesundheitsstandorte geeignet erscheinen:

- Die Neuordnung der Akut- und Notfallversorgung hat auch im Ergebnis der Evaluation den Nachweis eines in sich stimmigen und praxistauglichen Gesamtkonzeptes erbracht und kann als Orientierung für die Neuordnung unter vergleichbaren Gegebenheiten dienen.
- Als gleichfalls erfolgreicher Baustein in der Akut- und Notfallversorgung hat sich die Decision Unit (DU) erwiesen. Sie wurde im Projektverlauf kontinuierlich weiterentwickelt, so dass zum Ende des Förderzeitraumes eine Indikationsliste zugeschnitten auf die Fachabteilungen im Sana Krankenhaus Templin vorliegt, die auch als Aufsatzpunkt an anderen Standorten verwendet werden kann.
- Auch die Neuordnung der pädiatrischen Versorgung (unter Einschluss der Geburtshilfe) hat sich im Projekt als ein stimmiges und praxistaugliches Gesamtkonzept bewährt und erscheint als Ausgangspunkt für erforderliche Anpassungen in anderen Regionen geeignet.
- Zu den im Projekt entwickelten sektorenübergreifenden Behandlungspfaden (SÜ-BHPF) für Herzinsuffizienz, Rückenschmerz und Adipositas und der Frage ihrer Übertragbarkeit ist wie bei allen in hoher Kontextabhängigkeit entwickelten Konzepten in jedem Fall eine Anpassung an die konkreten Bedingungen vor Ort erforderlich. Dabei kann der im Projekt entwickelte Leitfaden zur Pfadentwicklung verwendet werden.
- Für die Strukturierte Harninkontinenzversorgung (SHIV) liegt im Ergebnis der Projektarbeiten ein Konzept vor, das als Aufsatzpunkt für Konzepte in anderen Regionen verwendet werden kann.
- Das Koordinierungs- und Beratungszentrum (KBZ) hat nicht nur in der Bevölkerung, sondern auch von den Versorgungspartnern vor Ort eine zunehmend breitere Anerkennung und positive Resonanz erfahren. Auch im Ergebnis der Evaluation wird dem KBZ ein gutes Zeugnis ausgestellt. Es hat sich aber auch gezeigt, dass ein SGB-übergreifendes Unterstützungs- und Beratungsangebot wie das des KBZ in den gegenwärtigen Strukturen nicht ohne Weiteres umsetzbar ist.

Zur Überführung einzelner Versorgungsmodule in die Regelversorgung wird zudem im Vorab-Ergebnisbericht festgehalten:

- Die Verzahnung der drei Säulen der Akut- und Notfallversorgung, die gerade in ländlichen Regionen aufgrund einer niedrigen Inanspruchnahme der Akut- und Notfallstrukturen sinnvoll ist, ist ohne die Anpassung geltenden Rechts nicht möglich.
- Für die Herzinsuffizienz-Sprechstunde in der mit dem Projekt etablierten Form gibt es aktuell kein Pendant in der Regelversorgung. Für den regelhaften Betrieb und die Finanzierung müssten zunächst die entsprechenden Voraussetzungen in den einschlägigen Richtlinien und in den Katalogen geschaffen werden, die den bundesrechtlichen Rahmen bestimmen und den regionalen Vergütungsverhandlungen zugrunde liegen.
- Auch für die Decision Unit gibt es in der mit dem Projekt etablierten Form aktuell kein Pendant in der Regelversorgung (Anm: Die Decision Unit ist jedoch nunmehr im neuen Krankenhausplan für das Land Brandenburg verankert.) Für den regelhaften Betrieb und die Finanzierung müsste – z. B. in Analogie zur teilstationären Versorgung – eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden, die Basis für die Kalkulation der Vergütung und ihre Vereinbarung in den Budgetverhandlungen bildet. Dabei besteht allerdings die Herausforderung, Vorkehrungen dafür zu treffen, dass dieses Angebot auch tatsächlich auf Fallgruppen beschränkt bleibt, die ohne eine DU stationär aufgenommen worden wären.
- Für die SÜ-BHPFs kommt der Evaluator zu dem Schluss, „die Ergebnisse der verschiedenen indikationsspezifischen Versorgungskonzepte aus anderen Innovationsfondsprojekten sowie aus Selektivverträgen zusammenzuführen und daraus Best-Practice-Modelle abzuleiten“. Bis dahin empfiehlt er, „Selektivverträge fortzuführen bzw. neu abzuschließen“.
- Mit Blick auf das KBZ in der im Projekt IGiB-StimMT etablierten Form werden im Ergebnis der Evaluation „vielmehr übergreifende Sozialberatungsstellen benötigt, die die Lebenssituation der Menschen vor Ort ganzheitlich berücksichtigen und diese ggf. an spezialisierte Beratungseinrichtungen wie Pflegestützpunkte oder Rechtsberatungsstellen weitervermitteln können.“ Auch hier stellt sich die Anforderung, entsprechende Rahmensetzungen zu schaffen.

jeden Fall beweisbarer als der einer Komplexintervention, bei der am Ende die Entscheidung – eher politisch, denn evident begründet – viel schwerer fällt: Daumen rauf oder Daumen runter!

Evaluationen derart komplexer Interventionen sind in den Augen Amelungs nicht mit Zulassungsstudien zu vergleichen, wie es kürzlich eine DNVF-Studie mit dem Titel „Charakteristika von durch den Innovationsfonds geförderten Interventionsstudien“ (5) tat und unter anderem monierte, dass das Fehlen registrierter Studienprotokolle bei 18 der 40 untersuchten Projekte zu mangelnder Transparenz führe. Amelung hält dagegen und sagt: „Bei den Innovationsfonds-Projekten handelt es sich häufig um Experimente, alternativ würde ich mir sogar wünschen, dass es gewagtere Experimente wären, bei denen der innovativere Impact dann womöglich größer ausfallen würde.“

### Suche nach Goldkrümeln

Bei der Art hochkomplexer Projekte wie in Templin findet Amelung einen anderen, naturgemäß aufwändigeren Weg viel spannender. Man solle sich, so sein Rat, wirklich Gedanken darüber machen, welche Tools und Instrumente funktioniert oder auch nicht funktioniert haben. Und – vor allen Dingen

– welche Learnings aus einer neuen Art der Kooperation und Kollaboration verschiedenster Leistungserbringer und -arten zu ziehen sind. „Es ist sinnvoller, sich aus vielen, gleich oder zumindest ähnlich gelagerten Projekten quasi die Goldkrümel herauszupicken, als über die Translation eines Gesamtprojekts in die Regelversorgung entscheiden zu wollen“, sagt Amelung. Templin ist seiner Meinung nach geradezu ein Paradebeispiel dafür, wie man einen hohen Erkenntnisgewinn schaffen kann, wenn man dieses Projekt „filetiert, um an die besten Stücke zu kommen“.

Allerdings stellt, so wirft Freiberg ein, „Ambulantisierung und Strukturmigration eine komplexe Veränderung der Versorgung in einer Region“ dar, die zusammen gedacht und nachhaltig umgesetzt werden müsse. Dieses Gesamtkonzept könne nicht so einfach „auf einzelne Elemente reduziert werden, da jeder Baustein im Gesamtkontext seinen Beitrag leistet“.

Dies wird an einem Beispiel klar: der Entwicklung von sektorenübergreifenden Behandlungspfaden. Dabei ging es nach Worten Freibergs „um mehr, als die Erprobung und Überführung eines Pfades in die Regelversorgung“. Der Pfad hätte vielmehr einen eigenen Beitrag für die Versorgung in der richtigen Versorgungsebene und damit für ein Mehr an wohnortnaher ambulanter Ver-

sorgung und weniger stationärer bzw. wohnortferner medizinischer und therapeutischer Versorgung geleistet.

Insofern versteht Freiberg das vorgeschlagene Identifizieren von „Nuggets“ eher als eine Suche nach Bausteinen über zahlreiche andere Projekte hinweg, die aufgrund „ihres Zusatznutzens in Strukturmigrationsprojekten nicht fehlen“ sollten.

Genau das versteht Amelung mit dem Begriff des Filetierens, mit dem er die recht aufwändige Suche nach genau jenen Elementen umschreibt, die für die Überführung in die Regelversorgung oder in andere Projekte geeignet sind – davon gebe es in Templin so einige (s. Kasten oben). Um diese „Nuggets“ statt irgendwelcher aggregierter Ergebnisse aus einem Förderprojekt – besser möglichst über alle Innovationsfonds- und sonstige Förderprojekte hinweg – identifizieren zu können, sollte man seiner Einschätzung nach lernen, „differenzierter mit den Ergebnissen umzugehen“. Dazu müsste man allerdings erst einmal das richtige Instrumentarium zur Verfügung haben, denn die bisherige Wissensbevorratung in Form einzelner PDFs, mit oft hunderten von Seiten regt nicht unbedingt zu Metaerkenntnissen gleich welcher Art an (siehe „Vorschlag für Wissensdatenbank Innovation“ in MVF 04/21).

## Was ist kontextabhängig?

Ebenso unabdingbar ist das Know-how, das nötig ist um herauszufinden, welche dieser Amelung'schen Goldkrümel überhaupt für eine Überführung in die Regelversorgung in Frage kommen und welche nicht. „Viele Instrumente, die wir im Rahmen dieses Projekts entwickelt haben, sind stark, weniger oder auch gar nicht kontextgebunden.“ Das sagt Steffen Bohm, dessen Unternehmen die Strukturmigration Templin schon vor Projektbeginn in einer anderthalbjährigen Entwicklungsarbeit sehr intensiv betreut hat. Er weiß daher sehr genau, wo und vor allem welche „Hauptstellschrauben bedient werden müssen“, um eine praxistaugliche Neuordnung von ganzen Versorgungsbereichen hinzubekommen. Leider gibt es dafür kein einfaches Baukastensystem, das auch nur ansatzweise im Evaluations- oder Ergebnisbericht nachzulesen wäre.

Dieses Wissen gibt es nur in einigen wenigen Köpfen. Dass ist zum einen der von Steffen Bohm. Oder der seines Vorgängers bei IGiB-StimMT, Lutz O. Freiberg, der seinerseits die „IGiB – Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg“ mit Projekten wie KV Regio oder Agnes<sup>zwei</sup> weiterführt. Doch sind auch die Evaluatoren des inav Wissensträger, da sie das Templiner Projekt als Konsortialpartner seit Beginn an begleitet und betreut haben. Dieser kleine Personenkreis ist in der Lage, andere Regionen dabei zu beraten, was an Detailergebnissen aus Templin andernorts in Projekte eingebracht werden könnte und welche Kontextanpassungen vorgenommen werden müssen.

Hier hilft wieder ein genauere Blick in ein Beispiel: So wurde im Templiner Teilprojekt 4 „Sektorenübergreifende Behandlungspfade“ ein ebensolcher für Herzinsuffizienz entwickelt. Zum Versorgungsbereich Herzinsuffizienz gehört wiederum eine Herzinsuffizienzprechstunde mit einer definierten Bandbreite diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten.

Diese wird im Templiner Projekt von einem im Sana Krankenhaus tätigen Kardiologen ambulant durchgeführt, weil es vor Ort keinen niedergelassenen Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie gibt. Wie schon im Fall der Pädiatrie darf der Sana-Kardiologe an sich keine ambulanten Leistungen erbringen, weshalb es nun einerseits eine Herzinsuffizienzprechstunde im Krankenhaus als Teil der Pfadversorgung gibt, zum anderen das ergänzende Angebot einer telemedizinisch unterstützten Herzinsuffizienzversorgung, das wiederum auf einer selektivvertraglichen Basis mit den Konsortialpartnern AOK Nordost und Barmer beruht.

Wer an einem anderen Ort oder Projekt einen sicher sinnvollen und in Templin auch funktionierenden Behandlungspfad Herzinsuffizienz einführen wollte, muss neben der Installation eines arbeitsfähigen Projektmanagements und der -koordination nach Ansicht von Bohm sehr genau wissen, welche Instrumente und Materialien zur Pfadumsetzung – unter anderem auch Printmaterialien zur Öffentlichkeitsarbeit sowie Patienteninformationen zur Ansprache und Überzeugung von Patienten – einzusetzen sind. Aber auch die bisherige Struktur der Leistungserbringer, der womöglich sich bereits gebildeten Netzwerke und der vorhandenen Selektivverträge kennen: Kontext eben, der ganz zwangsläufig über unterschiedliche regionale Versorgungssituationen zu jeweils unterschiedlichen Organisationsmodellen führt.

Doch Kontext ist immer und überall. Das müssen alle Parteien und das muss insbesondere Bündnis 90/Die Grünen wissen, wenn sie in ihrem Programm zur Bundestagswahl eine regional vernetzte Gesundheitsversorgung fordert. Und damit offenbar sogar auf Gegenliebe stößt, wie in einer Anhörung des Gesundheitsausschusses unter Leitung von Erwin Rüdell (CDU/CSU) Ende März 2021 (6) sichtbar wurde. Hier sprachen sich die anwesenden Abgeordneten dafür aus, dass bis zum Jahr 2025 schon zehn Prozent der Bevölkerung in Gesundheitsregionen ver-

sorgt werden sollten. Dazu sollen gesetzliche Regelungen für Gesundheitsregionen eine integrierte Versorgung mit regionalen Ärztenetzen oder anderen regionalen Akteuren ermöglichen und regionale Akteure zusammen mit den Ländern beim Aufbau von Gesundheitsregionen unterstützt werden.

Mit dabei bei der Anhörung waren als Einzel-Sachverständige unter anderen Dr. h.c. Helmut Hildebrandt (OptiMedis, der zu diesem Thema bereits 2020 auf der Online-Fachtagung von IGiB-StimMT referiert hat – (7)) und eben Prof. Dr. Volker Amelung.

## Eine Blaupause für Regionen

Vielleicht könnte aus den Templiner Erfahrungen so etwas wie eine Blaupause für andere Regionen werden, die beschreibt, wie eine Strukturmigration überhaupt aussehen muss und was es bedeutet, sich einem solch großen Thema zu nähern. Das würde, so Amelung, dazu führen, dass andere Regionen „im Prinzip die ersten Meilen schon hinter sich haben und nicht jeden Fehler selbst machen“ müssen. Da gelte ebenso für die bereits identifizierten „Nuggets“ wie die der ärztlichen Bereitschaftspraxis und der Decision Unit, die „absolut sinnvoll und richtig“ seien.

Im Endeffekt lande man Amelung zufolge immer wieder beim gleichen Grund-Thema, das da lautet: Wie kann man Sektorengrenzen aufbrechen, einbrechen oder zumindest die Schnittstelle ambulant-stationär aufweichen, und die zur Vor-Ort-Versorgung nötigen Versorgungsbereiche stärker verzahnen zu können? Genau das sei in Templin „sehr erfolgreich und sehr gut gemacht“ worden. Noch fehlen würde indes eine zweite Zukunftsbaustelle: die SGB-übergreifende Verzahnung des Gesundheits- und Sozialsystems. Amelung, der die WHO-Definition einer „People-centered Care“ im Blick hat: „Genau hier haben wir im Innovationsfonds Nachholbedarf, da gerade in ländlichen Regionen Gesundheitsversorgungs- fast immer auch Sozialthemen sind.“

## Literatur

- 1: Konsortialpartner sind IGiB-StimMT gGmbH, Sana Kliniken Berlin Brandenburg GmbH, KV Consult- und Managementgesellschaft mbH (KV COMM), Agenon GmbH, inav – Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH, KV Brandenburg, AOK Nordost und Barmer
- 2: <https://www.nordkurier.de/uckermark/templin-bangt-um-kinderarztpraxis-2443632205.html>
- 3: Seit dem Projektstart am 1. Januar 2017 wurden durch die beteiligten Konsortialpartner fünf Teilprojekte festgelegt:
  - Teilprojekt 1: Grundversorgungsgemeinschaft (GVG) und Arzt- und Psychotherapeutennetz
  - Teilprojekt 2: Anpassung und Ausbau der ambulanten Versorgungsmöglichkeiten im Ambulant Stationären Zentrum Templin (ASZ)
  - Teilprojekt 3: Koordinierungs- und Beratungszentrum Templin (KBZ)
  - Teilprojekt 4: Sektorenübergreifende Behandlungspfade (SÜ-BHPF)
  - Teilprojekt 5: Informations- und Kommunikationstechnologie: IT-Plattform und Clinical Data Repository (CDR)
- 4: „Uckermark-Kurier“; Sigrid Werner: „Vier Partner legen ohne Politik los“, Wochenendausgabe 10./11.7.21
- 5: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/a-1448-2412.pdf>
- 6: <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2021/kw12-pa-gesundheit-gesundheitsregionen-827276>
- 7: [https://www.monitor-versorgungsforschung.de/efirst/MVF\\_Serie-IGiB\\_StimMT](https://www.monitor-versorgungsforschung.de/efirst/MVF_Serie-IGiB_StimMT)

## Die Qual der Wahl

Jenseits der Entscheidung des Landes Brandenburg, das in der Sitzung des gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V am 11. November dieses Jahres über die Fortführung und Weiterentwicklung der Strukturmigration in Templin zu entscheiden hat, ist nun der G-BA gefordert. Der Bundesausschuss hat eine schwierige Aufgabe. Denn eigentlich gibt es vor dem Hintergrund der aktuellen politischen Debatten, der in diversen Wahlprogrammen lauter werdenden Forderungen nach mehr regionaler Versorgung und der durchweg positiven Ergebnisse der Evaluation nur eine Möglichkeit – das Innovationsfonds-Projekt Templin dort einzuordnen, wo es hingehört: in die Riege der in die Regelversorgung zu überführenden. Zumindest aber einzelne, vom Evaluator hervorgehobene und empfohlene kontextunabhängige Versorgungsverbesserungen in die breite Translation zu geben. Dazu müsste es allerdings ein Translations-Manual und eine -Strategie geben, sowie eine Art experimenteller Forschungsförderung eines „Reallabors“ für zukunftsfähige Regional-Versorgungsmodelle.

Ebenso wichtig ist die Schaffung einer gesetzlichen Basis, um die Weiterführung des Strukturmigrations-Projekts mit dem eben gegründeten Konsortium vor Ort zu ermöglichen. Dazu müsste das BMG prüfen, welche nötigen Gesetzesänderungen sich unmittelbar aus den Ergebnissen des Templiner Projekts ableiten lassen. Zum Beispiel muss für zukünftige Projekte dieser Art gesetzlich geregelt werden, mit welcher gesetzlichen Basis eine Ambulantisierung erleichtert und damit gefördert werden kann. <<

von:  
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

### Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Ein Paradebeispiel für hohen Erkenntnisgewinn“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/21), S. 16-20.  
<http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2339>

---

*„Um die Versorgung in Stadt und Land sicherzustellen, wollen wir, dass ambulante und stationäre Angebote in Zukunft übergreifend geplant werden und etwa regionale Versorgungsverbände mit enger Anbindung an die Kommunen gefördert werden.*

*Perspektivisch soll es eine gemeinsame Abrechnungssystematik für ambulante und stationäre Leistungen geben.“*

*„Außerdem heben wir die strikte Trennung der ambulanten Gebührenordnungen EBM und GOÄ auf.“*

**Aus dem Bundestagswahlprogramm 2021  
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

---

*„Eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung kann am besten durch eine Neuordnung der Rollenverteilung zwischen ambulante und stationärem Sektor, durch eine Überwindung der Sektorengrenzen und eine gute Koordination und Kooperation der medizinischen, psychotherapeutischen und pflegerischen Berufe gelingen. Wir brauchen darum eine stärkere Öffnung von Krankenhäusern für ambulante, teambasierte und interdisziplinäre Formen der Versorgung.“*

**Aus dem Bundestagswahlprogramm 2021  
SPD**

---

*„Wir wollen, dass die Ziele einer bedarfsgerechten und flächendeckenden Grund- und Regelversorgung in der Krankenhausplanung und insbesondere in der Krankenhausfinanzierung wesentlich stärker berücksichtigt werden, gerade mit Blick auf den ländlichen Raum.“*

**Aus dem Bundestagswahlprogramm 2021  
CDU/CSU**

---

*„Wir wollen die künstliche Sektorenbarriere zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungsbereich konsequent abbauen und die Verzahnung und Vernetzung aller Versorgungsbereiche weiterentwickeln.“*

*„Integrierte Gesundheitszentren sollen dabei unterstützen, die regionale Grundversorgung mit ambulanten und kurzstationären Behandlungen zu sichern. Die Bedürfnisse des ländlichen Raums mit seiner besonderen Versorgungsstruktur sollen durch entsprechende Programme berücksichtigt werden.“*

**Aus dem Bundestagswahlprogramm 2021  
FDP**

## Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt und patientenorientiert

Hrsg.: Stuppardt, R., Hildebrandt, H.

### Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt und patientenorientiert

Verlag: medhochzwei Verlag 2021

563 Seiten, Softcover

ISBN: 978-3-86216-845-3

Buch: 69,99 Euro

>> Wie wird integrierte, nachhaltige Gesundheitsversorgung – von zahlreichen Experten und Politikern schon lange gefordert – endlich Realität? Wie kann die Kooperation über alle Behandler und Berufsgruppen hinweg zugunsten der Patienten verbessert werden? Und wie lassen sich die finanziellen Herausforderungen der nächsten Jahre besser in den Griff bekommen? Um diese Fragen, so schreibt Mitherausgeber Dr. h.c. Helmut Hildebrandt (OptiMedis AG) geht es in dem gerade erschienenen Herausgeberband „Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert“. Das umsetzungsorientierte Werk, das Anfang September 2021 bei einer Online-Veranstaltung vorgestellt wurde, bündelt nach Ansicht Hildebrandts die „Diskussion rund um die Perspektiven der Gesundheitsversorgung für alle, die sich auf den Weg zu einer Neugestaltung machen“.

Auf der Online-Buchvorstellung von der Moderatorin gefragt, warum intersektorale Versorgung auch nach 20 Jahren immer noch nicht funktioniere, antwortete Hildebrandt: „Das Sitzfleisch und die Beharrungskräfte im Gesundheitswesen sind enorm – nicht nur bei uns, sondern auch in anderen europäischen Ländern“. Doch, so sein Hoffnungsschimmer: „Die Entwicklungsdynamik scheint voranzuschreiten.“

Die Struktur des Buches ist dem durchaus förderlich, wie Mitherausgeber Rolf Stuppardt erklärte: „Wir entwickeln vor dem Hintergrund unserer Erfahrung Lösungsvorschläge, die dann intensiv diskutiert werden müssen.“ So würden im ersten Abschnitt des Buchs, den die Herausgeber ganz bewusst „Aufschlag“ betiteln, Lösungsvorschläge für eine praktisch orientierte Diskussion gebracht. Im zweiten Abschnitt seien dann Autoren versammelt, die die ersten Aufschläge reflektieren und eigene Gedanken dazu entwickeln, während im dritten Abschnitt Stuppardts Worten zufolge „spezifische Positionen aus eigentlich allen Bereichen des Gesundheitswesens das bereits Geschriebene ergänzen und vertiefen“.

Eine der schreibenden Akteurinnen ist beispielsweise Daniela Teichert, die in ihrem

Beitrag „Gesundheit ist ein lokales Produkt“ fordert: „Mehr Regionalität wagen!“ Die Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost betont in dem Beitrag, dass „die Gesundheit selbst maßgeblich auch durch die Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen der Menschen im Zusammenwirken mit den konkreten Gesundheitsangeboten vor Ort beeinflusst“ wird und beantwortet danach ihre rhetorische Frage „Wie also lässt sich dieser Widerspruch auflösen?“ Davor allerdings weist sie zurecht daraufhin, dass die AOK im Nordosten Deutschlands schon in den vergangenen 15 Jahren daran gearbeitet habe, „Prozesse und Strukturen vor Ort“ zu verändern. Beispiele dafür seien unter anderem die Schaffung, Begleitung und Entwicklung von zwölf Arztnetzen unter dem Label „Mein AOK-Gesundheitsnetz“ sowie die Beteiligung an dem Innovationsfondsprojekt „Strukturmigration im Mittelbereich Templin“ (StimMT), das von 2017 bis 2020 realisiert wurde und zu dem erste Ergebnisse publiziert worden seien (s. S. 16 ff.).

Mit dem antagonistischen Begriffspaar „Viel Licht und Schatten“ ließen sich, so Teichert, zentrale Erkenntnisse aus diesen Vorhaben zusammenfassen:

- Die gewählten Instrumente – vom kontinuierlichen Vor-Ort-Austausch über abgestimmte Behandlungs-/Versorgungspfade, institutionelle Veränderungen, Qualitätsmessungen mit QuATRO bis hin zum „pay for results“-Ansatz – zeigen Wirkung: Sie können die Qualität der Versorgung verbessern, die Zufriedenheit der Gesundheitsakteure positiv beeinflussen und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessern.
- Die Einbindung der Beteiligten vor Ort ist eine zentrale Voraussetzung: Dazu zählen die Ärztinnen und Ärzte sowie deren lokale Zusammenschlüsse, das regionale Krankenhaus, die KVen, die Kommunalpolitik, die Medien, aber auch die Bürgerinnen und Bürger sowie die Versicherten.
- Die Versorgungsgestaltung erfordert ein Management auf Microebene sowie ein Ver-

ständnis für die Führung eines virtuellen Unternehmens „Gesundheit in Beispielhausen“. Insbesondere das Micromanagement ist – auch finanziell – aufwendig; es erfordert häufig Qualifikationen und Ressourcen, die es so nicht oder noch nicht hinreichend gibt.

- Trotz der im SGB V aktuell gegebenen Veränderungsmöglichkeiten sei man insbesondere bei infrastrukturellen Veränderungen schnell an Grenzen gestoßen, seien das die beschränkenden Regelungen des SGB V, die gelegentlich heterogenen Sichtweisen der vor Ort relevanten Krankenkassen oder die aktuell oftmals nur geringen Möglichkeiten, mit „incentive economics“ und „Nudging“-Blockadehaltungen zu überwinden.

Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen stelle sich die Frage: „Könnte eine regional abgegrenzte Freihandelszone nicht eine gute Lösung sein? Unter anderem mit entsprechenden Gestaltungsmöglichkeiten der rechtlichen Bedingungen, einer hinreichenden Finanzierung der Veränderungsplattform sowie einer etwas stärker auf das pay for results ausgerichteten Honorierung?“ <<

### App gegen Impfvorgessen

>> Die Nationale Krebspräventionswoche 2021 legt den Fokus auf die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs. Die HPV-Impfrate in Deutschland ist erschreckend niedrig, obwohl Impfungen eine sehr einfache Möglichkeit sind, das persönliche Krebsrisiko zu senken. Die Gesundheitsapp der Felix Burda Stiftung und der Assmann Stiftung überwacht den Impfstatus der ganzen Familie und erinnert auch an die HPV-Impfung. Diese wichtige Erinnerungsfunktion soll künftig die kostenlose „APPzumARZT“ – ein gemeinsamer Service der Assmann Stiftung für Prävention und der Felix Burda Stiftung – übernehmen. Einmal downgeloaded fragt sie den aktuellen Impf- und Vorsorge-Status ab, um dann automatisch an die nächste Impfung, Untersuchung, Check-up und Zahnprophylaxe zu erinnern. Ziel dieses digitalen Gesundheitsmanagers ist es, Familien dabei zu helfen, einfacher gesund zu bleiben. Denn der häufigste Grund für Nicht-Impfungen ist laut einer Umfrage der BZgA viel profaner als man denkt: 42 Prozent der Befragten gaben an, die Impfung schlicht vergessen zu haben. <<

Weitere Infos: [www.appzumarzt.de](http://www.appzumarzt.de)

Gemeinsamer Forderungskatalog von Diakoneo, Helios Kliniken, Bezirkskliniken Mittelfranken und AOK-Bundesverband

# Impulse für ein nachhaltigeres Gesundheitssystem

„Veränderung ermöglichen – Gesundheitsversorgung regional und patientenorientiert weiterentwickeln“. So überschreibt ein durchaus beachtenswertes Konsortium, gebildet aus AOK-Bundesverband und drei Vertretern von sehr unterschiedlichen Krankenhaus- und Pflegeeinrichtungen, seine aktuelle Forderungen „zum notwendigen Strukturwandel im Gesundheitssystem“, mit dem es „Leitplanken zur Entwicklung einer sektorenenunabhängigen Versorgung“ geben will.

>> „Das deutsche Gesundheitssystem bedarf einer tiefgreifenden Reform, schreiben die vier Protagonisten – Dr. Mathias Hartmann (Vorstandsvorsitzender Diakoneo),

Dr. Francesco De Meo (Vorsitzender der Geschäftsführung Helios Kliniken), Dr. Matthias Keilen (Vorstand Bezirkskliniken Mittelfranken) und Martin Litsch (Vorstandsvorsitzen-

der AOK-Bundesverband) – gleich zu Beginn der Präambel ihres 7 Haupt- und 30 Unterpunkte umfassenden Forderungs-Katalogs. Ihr zentrales Statement: „Veränderungen

## 7 Thesen und 30 Unterpunkte

### 1. Ambulante Versorgung wird sektorenenunabhängig erbracht – Vertragsärzte und Krankenhäuser nehmen teil.

- 1.1. Die Sektorengrenzen werden aufgelöst: Vertragsärzte, Krankenhäuser, Pflege und weitere Leistungserbringer erbringen ambulante Leistungen auf Basis konkreter Versorgungsaufträge, die regional ausgeschrieben werden.
- 1.2. Die Möglichkeit von Übernachtungen wird in den einzelnen ambulanten Leistungskomplexen nach Bedarf berücksichtigt, z. B. Übernachtung nach ambulanter Behandlung (ambulanter OP) oder kurzfristig notwendige Übernachtungen (Dehydrierung).
- 1.3. Die Umgestaltung wird mit einem Vergütungssystem flankiert, das Anreize für diese Entwicklung setzt. Das Planungsrecht wird zielkonform ergänzt.

### 2. Die stationäre Versorgung muss nachhaltig bereinigt werden, mit einer deutlichen Erweiterung der regionalen vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten

- 2.1. Nachhaltige Bereinigung der Krankenhauslandschaft, indem versorgungsstrukturell nicht notwendige Einrichtungen geschlossen, bzw. von der Versorgung ausgeschlossen werden.
- 2.2. Soweit aus planerischer Sicht Krankenhausleistungen der Basis- und Notfallversorgung an Standorten vorgehalten werden sollen, deren Betrieb aufgrund zu geringer Auslastung nicht wirtschaftlich ist, sind diese Vorhaltekosten (bzw. Sicherstellungszuschläge) in Abhängigkeit des nachgewiesenen Bedarfs durch die Bundesländer bereitzustellen. Ziel sollte es dabei sein, einen fairen und transparenten Wettbewerb zwischen allen Trägern zu ermöglichen.
- 2.3. Weitere Zentralisierung stationärer Leistungen durch weiter auszuweidende Mindestmengen und Qualitätsvorgaben, wobei hier der Ergebnisqualität stets Vorrang vor Strukturqualität gegeben werden muss.
- 2.4. Auf Landesebene werden differenzierte Versorgungsaufträge an eine bedarfsgerechte Anzahl von Krankenhäusern erteilt – eine Ausschreibung der stationären Leistungen erfolgt zunächst nicht.
- 2.5. Die Leistungen der Krankenhäuser können nur innerhalb der Versorgungsaufträge erbracht werden.
- 2.6. Strukturen der angrenzenden Bundesländer werden hierbei berücksichtigt.
- 2.7. Sicherstellung einer sachgerechten ausreichenden Investitionsquote, über die Mittelaufbringung ist politisch zu entscheiden.

### 3. Erweiterung der regionalen Spielräume für

### die vertragliche Regelung passgenauer Versorgungsvarianten

- 3.1. Etablierung regionaler Versorgungsnetzwerke, die gemeinsam Verantwortung für Kosten und Qualität der Versorgung der Bevölkerung tragen.
- 3.2. Aufbau von ambulanten Gesundheitszentren, in denen interprofessionelle Zusammenarbeit und Digitalisierung eine Steuerung von patientenorientierten Behandlungsprozessen ermöglichen und die auch aus nicht mehr bedarfsnotwendigen Krankenhäusern entstehen können.
- 3.3. **Case Management, auch durch Krankenkassen.**
- 3.4. Aufhebung des Kontrahierungszwangs, um selektivvertraglich neue Versorgungsmodelle lokal zu ermöglichen.

### 4. Erweiterung der regionalen Spielräume für die vertragliche Regelung passgenauer Vergütungsvarianten

- 4.1. Ermöglichung einer qualitätsbezogenen episodensbasierten Vergütung (bundled payments).
- 4.2. Budgets für regionale Versorgungsaufträge.
- 4.3. **Elemente einer erfolgsabhängigen Vergütung (pay for performance).**

### 5. Die sektorbezogene Bedarfsplanung wird umgestellt auf eine sektorenenunabhängige Definition von Versorgungsaufträgen

- 5.1. Zusammenführung der Krankenhausplanung und der Bedarfsplanung in der niedergelassenen Versorgung in eine abgestimmte Gesamtplanung.
- 5.2. **Bundeseinheitliche Leistungskomplexe mit verbindlichen Qualitätsvorgaben für konkrete Versorgungsaufträge mit regionalen Ausgestaltungsmöglichkeiten für ambulante und stationäre Versorgung.**
- 5.3. Leistungskomplexe für die stationäre Versorgung in Basisversorgung und spezialisierte Versorgung unterteilen.
- 5.4. Ambulante Versorgung erfolgt durch Vertragsärzte, Krankenhäuser, Pflege und weitere Leistungserbringer.
- 5.5. Die Vergabe der Versorgungsverträge für die ambulante Versorgung erfolgt durch regelmäßige regionale Ausschreibungen für vorab definierte Zeiträume, anhand von Leistungskomplexen und transparenten Qualitätskriterien.
- 5.6. Der Ordnungsrahmen, die Methode der Bedarfsermittlung und die Planungsvorgaben für die Leistungskomplexe werden auf Bundesebene durch den G-BA vereinbart. Abweichungsbefugnisse für die Landesebene sind vorzusehen.
- 5.7. Der Versorgungsumfang richtet sich nach der Morbidität und der zu versorgenden Einwoh-

nerzahl in der jeweiligen Region.

### 6. Ein neu zu errichtendes regionales gemeinsames Gremium unter der Aufsicht der Länder verantwortet und lenkt die Planung und Sicherstellung der regionalen Leistungsbedarfe auf Landesebene

- 6.1. **Planung:** Die regionale Planung wird in einem neuen, sektorenübergreifenden Gremium analog zur Besetzung des G-BA zusammengeführt. Dieses Gremium wird mit Vertretern der Krankenkassenverbände, Vertretern der niedergelassenen Ärzte und Vertretern der Krankenhäuser besetzt. Die Landesbehörde wird in der Funktion eines unparteiischen Vorsitzenden des Gremiums planerisch beteiligt (3+1-Gremium).
- 6.2. **Sicherstellung:** Das 3+1-Gremium übernimmt die Sicherstellung der Versorgung. Dafür werden Versorgungsaufträge ausgeschrieben und vergeben (ambulant) bzw. zugewiesen (stationär). Die Übernahme der Versorgungsaufträge erfolgt durch Leistungserbringer oder andere geeignete „Auftragnehmer“ (Managementgesellschaften, KVen, Krankenhäuser, Leistungserbringergemeinschaften). **Hierbei werden unterschiedliche Wettbewerbsmodelle möglich. Einbindung der Leistungserbringer durch kollektive und selektive regionale Verträge, mit denen regional angepasste Versorgungs- und Vergütungsgestaltungen vereinbart werden können.**

### 7. Ergebnisqualität als Treiber im Qualitätswettbewerb

- 7.1. Alle Beteiligten sprechen sich dafür aus, ein **systematisches, flächendeckendes Erheben der Ergebnisqualität, orientiert an etablierten internationalen Standards, verpflichtend** einzuführen und öffentlich verfügbar zu reporten.
- 7.2. **Ergebnisqualität ist, wo medizinische Evidenz vorhanden ist, Strukturqualitätsparametern stets Vorrang zu geben**, z. B. in Ausschreibungsverfahren.
- 7.3. Alle Beteiligten sind sich einig, dass Mindestmengen die Ergebnisqualität positiv beeinflussen. Die Anwendung von Mindestmengen sollte ausgeweitet werden. **Die bestehenden Mindestmengen sind mit dem Ziel einer deutlich verringerten Morbidität und Mortalität anzuheben.**
- 7.4. Nachgeordnet zu Ergebnisqualität und Mindestmengen gelten Infrastrukturmerkmale wie vorgehaltene Geräte als weitere mögliche Strukturparameter. Kleinteilige Vorgaben zu Stationsbesetzungen unterbleiben, soweit sie keinen relevanten Einfluss auf die Ergebnisqualität haben. <<

sind aus verschiedenen Perspektiven unausweichlich.“ Als Begründung dafür führen die Vier schlecht abgestimmte Versorgungsprozesse, Informationsbrüche zwischen Leistungserbringern und Qualitätsrisiken durch mangelnde Spezialisierung an, die die Versorgung gefährden. Auch sei für die Patienten nicht sichergestellt, dass sie mit ihren Anliegen schnell an die richtigen Ansprechpartner geleitet werden.

Gleichzeitig lägen nach Angaben der vier Unterschreibenden die Ausgaben in Deutschland strukturell höher als in anderen OECD-Ländern, wobei in Teilen diese Ausgaben „bestehenden Überkapazitäten in den Versorgungsstrukturen“ geschuldet seien. Aber auch die mangelhafte Zusammenarbeit und fehlende gemeinsame Verantwortungsübernahme für Kosten und Qualität der Versorgung durch die Akteure im System führten zu „unnötig hohen Kosten und suboptimaler Versorgungsqualität“.

Als mitschuldig an dieser Entwicklung sehen die Akteure die derzeitigen Strukturen des ambulanten und des stationären Sektors, die unter vielfältigem Anpassungsdruck aufgrund nicht mehr wirtschaftlich zu betreibender Betriebsstätten und Überkapazitäten stünden, die im internationalen Vergleich enorme Personalressourcen verschlingen.

Gleichzeitig würden sich die Unterschiede zwischen Stadt und Land vertiefen. Ein Zwischenfazit: „Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels stehen auf Dauer weder Finanzmittel noch Fachkräfte ausreichend zur Verfügung, um die Versorgungsstrukturen in dieser Form aufrecht zu erhalten.“

Da in den letzten Legislaturperioden die Chance für eine strukturelle Erneuerung nicht genutzt worden seien, zudem Reformen mit dem Ziel der Überwindung der sektoralen Trennung der Leistungsangebote ausgeblieben und regionale Gestaltungsmöglichkeiten beschnitten worden seien, müsse die sektorenunabhängige Weiterentwicklung der Versorgung auf die politische Agenda.

Darum stellen die Vier einen Forderungskatalog auf, um als „progressive Krankenhausträger und als AOK-Bundesverband“ gemeinsam Impulse für eine Veränderung des Gesundheitssystems zu setzen und Lösungswege aufzuzeigen für eine „nachhaltige, flächendeckende und patientenorientierte, aber auch finanzierbare Gesundheitsversorgung“. <<

von:  
MVf-Chefredakteur Peter Stegmaier

Link: <https://bit.ly/3DhJAQ9>

## Verschwörungstheorien

Autor.: Hepfer, K.  
**Verschwörungstheorien**  
Verlag: Transkript 2021  
222 Seiten, Paperback  
ISBN-Print: 978-3-8376-5931-3  
ISBN-PDF: 978-3-8394-5931-73  
Preis: 21,99-25,00 Euro

>> Ob Mondlandung, Illuminati und 9/11, ob Bielefeld-Verschwörung oder Kennedy-Attentat – wie funktionieren Verschwörungstheorien? Autor Hepfer legt mit seiner Analyse die Strukturmerkmale des Verschwörungsdenkens frei. Mit den Mitteln der Erkenntnistheorie und anhand zahlreicher Beispiele erhellt er, was Verschwörungstheorien von unseren „normalen“ Theorien unterscheidet und wie es ihnen oft meisterhaft gelingt, alle unsere Filter für unsinnige Erklärungen zu umgehen.

Die Neuauflage mit dem altbekannten Untertitel „Eine philosophische Kritik der Unvernunft“ wurde in der nunmehr dritten, aktualisierten und ergänzten Ausgabe um eine Analyse der Corona-Verschwörung erweitert und zeigt, warum Verschwörungstheorien insgesamt gerade im Kontext der Covid-19-Pandemie hoch im Kurs stehen. Sie schärft zugleich den Blick für Argumentationsformen, die uns im Alltag auch an vielen anderen Stellen begegnen. Warum das Verschwörungsd Denken mit der Corona-Pandemie

hier ein „Wirkumfeld, das größer ist, als dies für gewöhnlich der Fall ist“ erhielt, erklärt Hepfer ganz genau. Die pandemiebedingten „Gegenmaßnahmen“ (wie etwa Lockdowns) hätten – so Hepfer – „vom Start weg“ die Verbreitung und Akzeptanz verschwörungstheoretischer Deutungen direkt befördert. Seine Erklärung: „Wenn die direkten Begegnungen im öffentlichen Raum eingeschränkt sind, verlagert sich die Meinungsbildung verstärkt in die virtuellen Räume des Netzes und seiner Echokammern.“ Das bedeute, dass sich die „Meinungsbildung entkoppelt“, mehr noch als in den letzten Jahren ohnehin schon, von der unmittelbaren eigenen Erfahrung. Damit rücke die „Kohärenz“ (mit diesem Begriff wird erklärt, dass jede beliebige Fiktion, solange sie sich denn nur widerspruchsfrei und stimmig in unser Meinungsgefüge einpassen lässt, in den Genuss der Auszeichnung „wahr“ kommen könne) „als Kriterium der Wahrheit von Behauptungen noch einmal stärker in den Vordergrund“. <<



## Die erdrückte Freiheit

Autor: Kubicki, W.  
**Die erdrückte Freiheit**  
Verlag: Westend Verlag, 2021  
128 Seiten, Paperback  
ISBN: 978-3-86489-346-9  
Buch: 14,00 Euro

>> Ähnlich wie der kleine Band „Die schwierige Freiheit“ von Joachim Fest, der 1993 postulierte, dass eine Demokratie auf möglichst eigenständige Bürger angewiesen ist, ruft der FDP-Politiker Wolfgang Kubicki dazu auf, die Grundlagen unseres Gemeinwesens nicht leichtfertig über Bord zu werfen, sondern gerade in Krisenzeiten auf die Stärke unserer verfassungsmäßigen Ordnung zu setzen.

Der Autor plädiert für eine mutige, offene Auseinandersetzung um den richtigen Weg und erzeugt mit seinem – so liest es sich zumindest – ehrlichen Plädoyer gegen Moralismus, Angstmache und Ausgrenzung. Dieses kleine, feine Büchlein, in dem es um die Beeinträchtigung der Grundrechte in

der Pandemiezeit geht, beschreibt Kubicki, wie die Krise auf politische Entscheidungsträger traf, die „dem Wert der Freiheit mit fortschreitendem Verlauf immer weniger Bedeutung beimessen, je länger die Pandemie dauerte.“ Es sei, so wirft er der Regierung vor, nie erklärt worden, „dass das eigentliche Ziel der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen ist, sie selbst schnellstmöglich wieder abzuschaffen“. Man konnte, so sein deutlicher Ruffel, „den Eindruck gewinnen, die Beendigung des Ausnahmezustandes wurde deshalb nicht mit vollem Enthusiasmus betrieben, weil er eine bequemere Art des Regierens ermöglichte“. <<



MVF-Fachkongress „Impfstatus 2021 – Impfen bei Erwachsenen in Zeiten der Pandemie“

## Impferfolg mit Aufklärung und Wissensvermittlung

„Ist der Nordosten impfmüde?“ So überschrieb Susanne Dolfen, Leiterin Bereich Ambulante Versorgung der AOK Nordost, ihren Vortrag, mit dem sie den MVF-Fachkongress „Impfstatus 2021 – Impfen bei Erwachsenen in Zeiten der Pandemie“ eröffnete. Zwar zeigte sie mit einem detaillierten Blick auf Zahlen des Robert Koch-Instituts (RKI) und Abrechnungsdaten ihrer Kasse, dass der Nordosten Deutschlands (Brandenburg, Berlin und Mecklenburg-Vorpommern) im Vergleich aller Bundesländer so impfmüde gar nicht ist, doch erreichen auch hier die Quoten der Standardimpfungen in keinem einzigen Fall diejenigen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen werden. Warum das so ist und was man besser machen kann, um die Impfquoten generell zu erhöhen, erörterten die Referentinnen und Teilnehmenden des MVF-Fachkongresses „Impfstatus 2021“, der Anfang August virtuell per Zoom stattfand.

>> Ein Blick in das Epidemiologische Bulletin 47/2020 des RKI, das die aktuellsten Zahlen zu den Impfquoten bei Erwachsenen in Deutschland auflistet, zeigt, dass die Bundesländer Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zum Bundesdurchschnitt laut Dolfen durchaus „sehr gut dastehen“. Auch die angrenzenden Bundesländer Sachsen, Thüringen und Sachsen-Anhalt würden bei den Standardimpfungen, insbesondere bei Influenza und Pneumokokken, „gar nicht so schlecht“ abschneiden. Wobei, so Dolfen kritisch anmerkend: „sehr gut dann eben auch relativ ist“. Der Grund für die Einschränkung: Eine 100-Prozent-Durchimpfung wird in allen deutschen Bundesländern, so auch bei denen im Nordosten und Osten der Republik, bei weitem nicht er-

reicht. Und selbst bei der von der WHO empfohlenen Durchimpfungsrate von mindestens 75 und besser 80 Prozent bei Influenza ist Deutschland in keinem Bundesland auch nur in die Nähe gekommen.

Dabei handelt es sich bei allen Standardimpfungen um durchaus wichtige, da ein kleiner Piekoff oft schwere Erkrankungen vermeiden kann. Dolfen: „Auch Diphtherie, Tetanus und Pertussis sind Erkrankungen, die gerade bei der älteren Bevölkerung zu extremen Problemen führen können – bis hin zum Tod.“

Dr. Martina Littmann, Abteilungsleiterin im Landesamt für Gesundheit und Soziales des Landes Mecklenburg-Vorpommern und seit 2014 Mitglied der STIKO, fügt hinzu: „Impfungen gehören in allen Altersgruppen

und Lebensabschnitten zu den wichtigsten Präventivmaßnahmen in der Medizin.“ Auch oder gerade in der Corona-Pandemiezeit ist es ihrer Meinung nach für Senioren ab dem 60. Lebensjahr besonders wichtig, auf einen vollständigen Impfschutz zu achten. Littmann, die krankheitsbedingt am MVF-Fachkongress „Impfstatus 2021“ – finanziell unterstützt von GSK, MSD, Pfizer und Sanofi – nicht teilnehmen konnte, doch mit ihren Statements die Wichtigkeit des Themas unterstrich: „Dazu gehören neben der regelmäßigen 10-jährigen Auffrischimpfung gegen Tetanus und Diphtherie auch ein Impfschutz gegen Keuchhusten und Kinderlähmung. Zusätzlich wird für alle Über-60-Jährigen jedes Jahr ein Influenza-Impfschutz mit einem Hochdosis-Impfstoff empfohlen.“ Hinzu komme

Impfquoten im Nordosten Deutschlands bei Erwachsenen							
Impfung	Bevölkerungsgruppe		Datenstand	Gesamt	Berlin	Brandenburg	Mecklenburg-Vorpommern
Influenza	Standardimpfung: ≥ 60-Jährige		Influenzasaison 2019/20	38,8	49,1	58,6	55,1
	Indikationsimpfung: ≥ 18-Jährige mit impfrel. Grunderkrankungen			32,3	40,4	50,4	46,8
	Impfung bei Schwangeren			16,6	22,8	17,3	20,9
Pneumokokken	Standardimpfung: 60–72-Jährige* ohne impfrel. Grunderkrankungen		ab 60 Jahren bis I/2020	24,2	35,8	43,0	40,9
	Indikationsimpfung: ≥ 18-Jährige mit impfrel. Grunderkrankungen		innerhalb der letzten 6 J. bis I/2020	19,0	28,1	29,1	29,3
Herpes zoster	Standardimpfung: ≥ 60 Jahre	1. Impfung	I/2019 – I/2020	1,5	2,2	2,2	2,2
		2. Impfung		0,7	1,0	1,2	1,2
Diphtherie	Standardimpfung: ≥ 18 Jahre		innerhalb der letzten 10 J. bis 2019	51,9	54,7	68,6	68,6
Tetanus	Standardimpfung: ≥ 18 Jahre			53,3	55,7	68,6	68,8
Pertussis	Standardimpfung: ≥ 18 Jahre			41,9	47,2	61,4	63,2
Masern	≥ 18 Jahre, nach 1970 geboren		Impfzidenz 2019	1,1	1,3	0,7	0,7
FSME	≥ 18 Jahre und aktueller Impfstatus (grundimmunisiert und ggf. zeitgerechte Auffrischung), in ausgewiesenen Risikogebieten** der KV-Regionen		2018	17,0	-	-	-

**Tab. 1:** Auszug (BB, BE, MV) aus Inanspruchnahme von für Erwachsene empfohlenen Standard- und Indikationsimpfungen nach Saison, Jahr bzw. Quartal in allen 17 Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen (in %). Gesamtzahl untersuchter Personen: Influenza-Standardimpfung: n = 18.236.686; Influenza-Indikationsimpfung bei bestehenden Grunderkrankungen: n = 19.249.983; Influenza-Impfung bei Schwangeren: n = 614.249; Pneumokokken-Standardimpfung: n = 6.748.766; Pneumokokken-Indikationsimpfung: n = 15.987.065; Herpes-zoster-Impfung: n = 18.123.578; Diphtherie-, Tetanus-, Pertussis-Impfung: n = 56.052.691; Masern-Impfung: n = 27.451.629; FSME-Impfung: n = 13.281.110. Legende: \* Der untersuchbare Altersbereich ergibt sich aus dem für die Längsschnittanalyse zur Verfügung stehende Spanne der Datenfortschreibung; \*\* ausgewiesene Risikogebiete nach RKI. Aus: Epidemiologisches Bulletin 47/2020, RKI (2).



Susanne Dolfen, Leiterin Bereich Ambulante Versorgung der AOK Nordost: „Ich gebe die Hoffnung nicht auf, die Entwicklung der Impfraten nach oben zu treiben.“

für diese Altersgruppe, so Littmann weiter, eine Impfpflicht für die Pneumokokken-Impfung – Bakterien, die schwere Lungenentzündungen und Blutvergiftungen hervorrufen können – und die Impfung gegen Herpes zoster (Gürtelrose) sowie aktuell eine vollständige Covid-19-Impfserie.

Mit der Corona-Impfung spricht sie einen Widerspruch an: Wer bei Google das Stichwort „Corona Impfung“ eingibt, erhält binnen Sekunden über 51 Millionen Ergebnisse. Obwohl das Thema Impfung derzeit – auch durch die aktuell vierte Corona-Welle – schier omnipräsent ist, werden durch die Dominanz des Covid-19-Geschehens alle anderen Impfungen verdrängt. Das gilt einerseits für die mediale Berichterstattung: Wer bei Google das Stichwort „Impfen Herpes zoster“ eingibt, erhält nur 331.000 und bei „Impfen Pertussis“ lediglich 124.000 Ergebnisse. Andererseits gilt ähnliches auch für die Impfrealität: Trotz oder auch wegen des Hypes um Corona-Vakzine befinden sich alle Standard-Impfungen derzeit nicht nur auf einem niedrigen Niveau, sie sind sogar rückläufig.

Dieses Paradoxon greift unter anderem die aktuelle Ausgabe von „Focus Gesundheit“ in dem redaktionellen Bericht „Sicher vor Infektionen“ auf. „Bis zum Auftreten von Covid-19 waren sich die meisten Menschen hierzulande der Gefahr von Infektionskrankheiten überhaupt nicht mehr bewusst, sie war aus dem Alltag verschwunden“, wird Prof. Dr. Thomas Mertens, der Vorsitzende

## IMPFSTATUS 2021

Impfen bei Erwachsenen in Zeiten der Pandemie

der 18-köpfigen Ständigen Impfkommission, zitiert. Er hofft, so wird er weiter von „Focus“ zitiert, dass das im Zuge der Corona-Pandemie „erworbene Wissen über Impfungen die Menschen sensibilisiere, sich auch gegen andere vermeidbare Infektionskrankheiten zu schützen“.

Das allerdings ist Prinzip Hoffnung, aktuelle Zahlen dazu gibt es bislang noch nicht. Andererseits kam zu Beginn der Corona-Pandemie ein Fakt hinzu, der das Impfgeschehen bei wichtigen Standardimpfungen negativ beeinflusste, wie Susanne Dolfen mit Zahlen der AOK Nordost belegen konnte: Die Verfügbarkeit bei Pneumokokken- und Herpes-zoster-Impfstoffen im Jahr 2020 war eingeschränkt. So sei die Impfkampagne bei Herpes zoster im Jahr 2020 mit einem Lieferengpass gestartet worden, laut Dolfen „dummerweise genau in der Phase, in der die Impfung als Standardimpfung in die Schutzimpfungsrichtlinie aufgenommen worden war.“

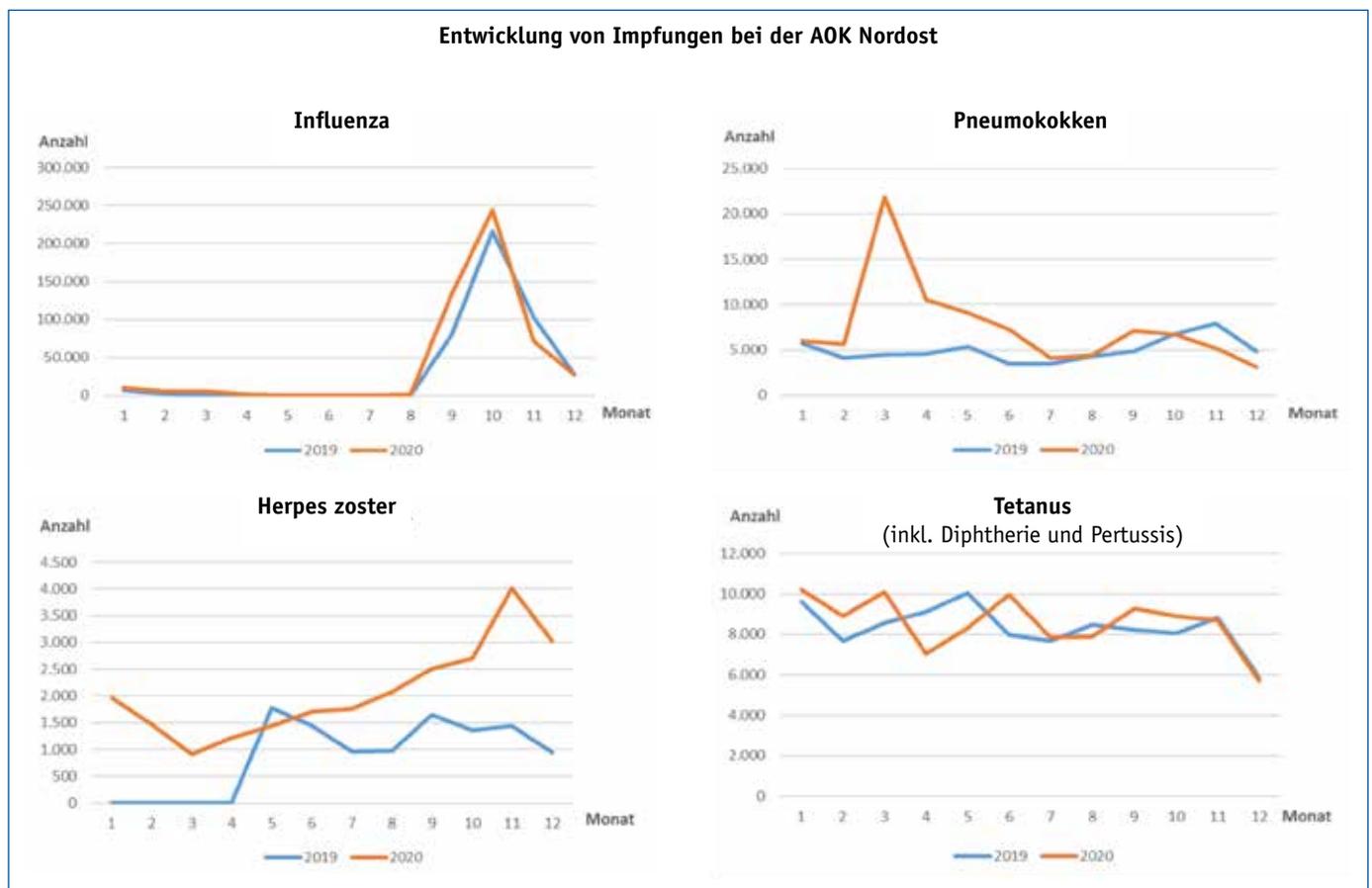


Abb. 1: Entwicklung von Impfungen bei der AOK Nordost. Quelle: Abrechnungen der Kassenärztlichen Vereinigungen für Versicherte der AOK Nordost. Aus: Vortrag Susanne Dolfen, „Impfstatus 2021“, 10.08.21

Ähnlich lag der Fall bei Pneumokokken-Impfstoffen. Die Zahlen der AOK Nordost, errechnet aus Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen für Versicherte der AOK Nordost, sind eindeutig und zeigen nach jeweils saisonalen Peaks ein Abflachen der jeweiligen Impfungen (s. Abb. 1).

Die mangelnde Lieferfähigkeit ist bei Herpes zoster allerdings nur ein Grund für die unzureichende Impfquote, die sich bundesweit im niedrigen einstelligen Bereich bewegt.

Wer sich an die Ursachenforschung begibt, erkennt, dass es drei weitere Gründe gibt:

- Zum einen haben die coronabedingten Kontaktbeschränkungen auch zu einer geringeren Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen geführt, wie das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) in einem Trendreport zur Entwicklung der vertragsärztlichen Leistungen im gesamten Jahr 2020 feststellte (1). Das änderte sich erst, als die Hausärzte in die Corona-Impfkampagne einbezogen wurden. Dennoch haben laut Zi Vertragsärzte im Zeitraum von März bis Dezember 2020 rund 1,13 Millionen Pneumokokken- und 3,54 Millionen Influenza-Impfungen mehr vorgenommen als im Vorjahreszeitraum.
- Zum Zweiten empfahl die STIKO noch bis September 2021 einen Abstand von zwei Wochen vor und nach jeder Corona-Impfung, was den Zeitraum für andere Standardimpfungen stark einschränkte
- Zum Dritten ist gerade bei Herpes zoster der Beratungsaufwand nicht zu unterschätzen, der durch niedergelassene Ärzte zu leisten ist.

### Beispiel: Impfen in einer Hausarztpraxis

Wenn Ärzte denn überhaupt daran denken, ihre Patienten auf real existente und obendrein oft massive Lücken in ihren, seit Corona zumindest oft wiedergefundenen Impfpässen aktiv anzusprechen. So, wie es beispielsweise Dr. Irmgard Landgraf, Inhaberin der Berliner Hausarztpraxis am Agaplesion Bethanien Sophienhaus seit vielen Jahren tut. Die engagierte Hausärztin ist, wie sie auf dem MVF-Workshop „Impfstatus 2021“ erklärte, mit ihrer Praxis in die Nähe des von ihr betreuten Heims gezogen, um nicht nur die Patienten, die zu ihr in die Praxis kommen, sondern auch immobile Heimbewohner betreuen zu können. Wozu ihrer Meinung nach auch und gerade bei älteren Menschen Standardimpfungen gehören, die für sie damit ihrer ärztlichen Verantwortung



Dr. Irmgard Landgraf, Hausarztpraxis am Agaplesion Bethanien Sophienhaus in Berlin: „Es war wichtig, dass wir mit gutem Beispiel vorangegangen sind.“



Marianna Kaiser, Beratende Apothekerin der KVBB: „Wir legen großen Wert darauf, Aufklärung und Wissensvermittlung an oberste Stelle zu bringen, weil Unkenntnis ein schlechter Begleiter für das große Ziel ist, die Durchimpfungsrate zu erhöhen.“

gegenüber ihren Patienten obliegen.

Wobei der gesamte Aufwand, sowohl die Erhebung des Impfstatus als auch die damit einhergehenden Beratungsleistungen durch die Versichertenpauschale abgegolten ist. Zumindest solange es keine Zusatzimpfvereinbarungen, zum Beispiel in Form einer hausarztzentrierten Versorgung, mit einzelnen Kassen gibt. „Die hausarztzentrierte Versorgung ist ein wesentliches Tool, um die Patientenbindung an den Hausarzt zu unterstützen. Wenn jeder Patient gut hausärztlich versorgt wäre, dann hätten wir viel weniger Probleme in unserem Land“, erklärte Landgraf. Sie betonte aber auch, dass Hausärzte seit jeher viele nicht extra abrechenbare Leistungen übernehmen würden. Dazu gehörten EKGs, Medikamentenplankontrolle und eben auch die Erhebung des Impfstatus. Die engagierte Hausärztin: „Das alles gehört in die Fürsorgepflicht, die ich gegenüber meinen Patienten übernommen habe.“

Was nun nicht heißt, dass sich die regelmäßige Erhebung des Impfstatus nicht auch rein finanziell rechnen würde. Landgraf: „Wenn ich den Status erhebe, der bei vielen meist nicht ausreichend ist, impfe ich auch mehr.“ Da aber die Impfung eine extrabudgetäre Leistung ist, ist in ihren Augen die Erhebung des Impfstatus die Vorarbeit für mehr anzurechnende Impfleistungen. Wenn das alle Vertragsärzte so sehen würden, gäbe es in der deutschen Bevölkerung nicht derartig hohe Impflücken. Wollte man diese schließen, wäre ihrer Ansicht nach die Einführung einer EBM-Ziffer für Impfberatung der einfachste und schnellste Weg.

Landgraf macht das als verantwortungs-

volle Hausärztin auch so, weil sie die Impfung als ein „total wichtiges Instrument“ schätzt, um vor schweren Infektionskrankheiten zu schützen. Landgraf: „Wir haben jede einzelne Impfung gegen Covid-19 dazu genutzt, uns den gesamten Impfstatus unserer Patienten anzuschauen.“ Auch habe ihr Team alle Patienten aktiv darauf aufmerksam gemacht, dass es für alle – auch für junge Menschen – gute Gründe gibt, einen Impfcheck zum Beispiel vor einer Urlaubsreise oder vor einem längeren Auslandsaufenthalt zu machen, generell den Impfstatus zu erheben und im Zweifel fehlende Standardimpfungen zu ergänzen oder aufzufrischen. Landgraf: „Das Impfen in der Hausarztpraxis ist stark davon abhängig, wie man das Impfmanagement in der Praxis organisiert hat.“ Hier müssen ihrer Erfahrung nach standardisierte Organisationsprozesse im Rahmen des Qualitätsmanagements sowie Erinnerungsfunktionen und Recall-Systeme in der Arztinformatik-Software zusammenspielen. Unabdingbar auch: „kompetente Mitarbeiterinnen, die das Impfen mittragen, mitorganisieren und die Patienten immer wieder darauf ansprechen“. Dafür sind von der Gesellschaft zur Förderung der Impfmedizin (GZIM) Praxis-Mitarbeiterinnen qualifiziert worden.

All das führt zum Impferfolg: Sie gibt die Durchimpfungsrate ihres Teams mit 100 Prozent an. Landgraf: „Die von uns betreuten Patienten sind immerhin zu über 90 Prozent geimpft – ob jung oder alt. Das liegt wirklich daran, dass wir alle gemeinsam an einem Strang ziehen und als Team aktiv geworden sind.“ Mitverantwortlich für diesen

## Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Impferfolg mit Aufklärung und Wissensvermittlung“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/21), S. 24-27. <http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2340>



Andrea Jäger, Leiterin des Pflegeheims Lutherstift: „Viele Dinge waren den Angehörigen vor den von uns veranstalteten Informationsabenden gar nicht klar.“

Erfolg ist aber auch, dass ihr Team und sie selbst geimpft sind. „Es war wichtig, dass wir mit gutem Beispiel vorangegangen sind. So konnten wir unseren Patienten viele Ängste nehmen und sehr viel Sicherheit geben und sie so überzeugen, dass sie mit einer Impfung das Richtige machen, um sich selbst, ihre Angehörigen und die ganze Gesellschaft zu schützen.“

### Beispiel: Impfen in einer Pflegeeinrichtung

Wie man mit gutem Beispiel vorangeht und was man damit erreichen kann, zeigte auch der Vortrag von Andrea Jäger, der Leiterin des Pflegeheims Lutherstift in Berlin-Steglitz, in dem inzwischen knapp 90 Prozent der Mitarbeiter geimpft sind. Auch bei der Influenza-Impfung konnte die nur geringe Durchimpfungsquote seit Beginn der Aktion im August 2019 erhöht werden – von 21 auf 28 Prozent in 2020. Jäger: „Die Quote wäre höher ausgefallen, wenn es noch genügend Impfstoff gegeben hätte.“ So seien zu dieser Zeit viele Mitarbeiter nicht mehr geimpft worden, obwohl sie sich nach vielem Reden und Argumentieren dazu entschlossen hatten. Die Leiterin des Lutherstifts ist auf jeden Fall „gespannt, wie sich das in diesem Jahr entwickeln wird“. Und dieses Vorbild überträgt sich auf die Betreuten: Inzwischen sind im Lutherstift, in dem 62 Bewohner – aufgeteilt in 38 allgemein pflegebedürftige und 24 in einem spezialisierten Demenzbereich – betreut werden, 95 Prozent gegen Influenza geimpft. „Wir müssen unsere Bewohner und deren Angehörige, aber

auch unsere Mitarbeiter darüber informieren, dass es nicht nur noch die Impfung gegen Corona gibt, sondern alle anderen Standardimpfungen genauso wichtig sind“, sagte Jäger. Denn, so die Heimleiterin weiter: „Viele Dinge waren den Angehörigen vor den von uns veranstalteten Informationsabenden gar nicht klar, vor allem, was die Tragweite einer Gripeschutzimpfung betrifft.“ Die sei gerade für die älteren Bewohner, deren Immunsystem nicht mehr so stark ausgeprägt ist, von immenser Bedeutung. Denn Grippe sei halt nicht ein „einfacher Infekt“, sondern führe bei älteren Menschen oft zu schweren Erkrankungen – bis hin zum Tod, was das Lutherstift 2018 selbst miterlebt hat, als viele Bewohner auch an der Grippe verstorben sind. Jäger: „Damals hatten wir viele Bewohner, die sich nach überstandener Infektion leider nicht mehr erholt haben.“ Dies habe vor allem viele Bewohner im Demenzbereich betroffen, deren demenzielle Erkrankung sich nach der Infektion so verschlechtert habe, dass in der Folge der Demenzfortschritt eskaliert ist und der Tod folgte. Mit oft dramatischen Verlusten an Lebenszeit.

### Beispiel: Impfen in einem Bundesland

Dieses einschneidende und durchaus auch traumatische Erlebnis führte im Lutherstift zu einer langfristig angelegten Impfkampagne in Kooperation mit den betreuenden Hausärzten und unter Zuhilfenahme von Materialien eines Projekts der Arbeitsgemeinschaft Impfschutz im Bündnis „Gesund Älter werden im Land Brandenburg“. Dieses Bündnis, getragen vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg (MASGF), leistet in einer Gemeinschaft von 39 Partnern – unter ihnen die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB), die AOK Nordost, der Hausärzterverband, stationären Pflegeeinrichtungen und der Wohlfahrtsverband – bereits seit 2018 einen wichtigen Beitrag dazu, den Impfschutz für ältere, in diesem Bundesland lebende Menschen zu verbessern.

Dazu wurde, ausgehend vom Pilotprojekt „Stärkung des Impfschutzes in stationären Pflegeeinrichtungen“ am Beispiel des Seniorenhilfeszentrums Rathenow, eine Handreichung (s. S. 30) entwickelt, die wiederum Andrea Jäger im Lutherstift nutzen konnte. „Wir legen großen Wert darauf, Aufklärung und Wissensvermittlung in den Fokus zu nehmen, weil Unkenntnis ein schlechter

Begleiter für das große Ziel, die Durchimpfungsrate zu erhöhen, ist“, gab Marianna Kaiser, Beratende Apothekerin der KVBB, auf dem MVF-Impfworkshop zu Protokoll.

Dazu sei es nötig, zuallererst dieses Thema in wichtigen Bereichen der Gesellschaft zu sensibilisieren und diese dann auch mit guten Argumenten und Aktionen zu überzeugen. Dazu gehören insbesondere Pflege- und Altersheime, die dort betreuten Menschen, aber eben auch Angehörige und Mitarbeiter. Da das Impf-Bündnis zuvörderst in den Bereichen Influenza und Pneumokokken-Impfungen vorankommen wollte, war es das erste Teilziel, den Impfstatus von Bewohnern sowie des Pflegepersonals zu erheben. Dazu musste allerdings erst ein „Werkzeugkasten“ entwickelt werden, um diese Aufgabe für die Heimleitungen praktikabel zu machen, da es unabdingbar sei, die Erhebung des Impfstatus in den Routineablauf eines Pflegeheimes integrieren zu können, wie Kaiser weiter ausführte.

Im Pilotprojekt in Rathenow konnte im Rahmen dieser Initiative die Durchimpfungsrate bei Influenza auf 76 Prozent gesteigert werden. Kaiser: „Das ist ein Potenzial, das die Jahre davor nicht in Ansätzen zu erfüllen war.“ Leider wurde auch hier, ähnlich wie im Lutherstift, festgestellt, dass auch vor Projektbeginn fast kein Bewohner einen Impfausweis hatte. Das erstaunt doch, denn immerhin waren und sind zehn Vertrags- und Hausärzte in die Betreuung der Heimbewohner involviert. „Wir haben versucht, dieses Manko auszugleichen, indem wir allen Bewohnern einen Impfausweis zur Verfügung gestellt haben“, erklärte Kaiser. Nun solle der Impfstatus jedes Jahr einmal aktualisiert werden und schön, so Kaiser, „ist es, wenn das Ganze auch noch digital erfasst“ würde.

Die nächsten Schritte des Impf-Bündnisses stehen schon fest. Zum einen soll die inzwischen erprobte Handreichung in möglichst vielen Pflegeeinrichtungen des Landes Brandenburg verbreitet werden. Gleichzeitig wird eine weitere Handreichung zur „Stärkung des Impfschutzes in der ambulanten Pflege“ und eine Kampagne zur Inanspruchnahme der Gripeschutzimpfung entwickelt. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

### Literatur

- 1: <https://www.zi.de/presse/presseinformationen/19-april-2021>
- 2: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/47\\_20.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/47_20.pdf?__blob=publicationFile)

Handreichung der Arbeitsgruppe „Impfschutz bei älteren Menschen“

## „Impflücken systematisch erfassen und schließen“

Eine „Handreichung zur Stärkung des Impfschutzes in stationären Pflegeeinrichtungen“ hat das Bündnis Gesund Älter werden (BGÄw) – ein landesweiter Zusammenschluss in Trägerschaft der Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., in dem sich 39 Partner (1) mit dem gemeinsamen Ziel zusammengefunden haben, um älteren Menschen im Land Brandenburg mehr Chancen für ein gesundes Älterwerden zu ermöglichen – erarbeitet. Die nutzwertige Broschüre (2), in der 1. Fassung bereits 2018 in der Bündnis-Arbeitsgruppe „Impfschutz bei älteren Menschen“ erarbeitet, skizziert die dafür notwendigen Schritte und schlägt eine Integration des Impfschutzes in den Routineablauf der Pflegeeinrichtung vor. Zu jedem der vier Abschnitte (Information, Bestandsaufnahme, Impfungen und Evaluation) finden sich Anlagen mit wichtigen, unterstützenden Materialien.

>> „Insbesondere bei Menschen mit geschwächtem Immunsystem oder älteren Menschen zählen Impfungen zu den wichtigsten vorbeugenden Maßnahmen gegen Infektionskrankheiten“, schreibt die Ministerin für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, Ursula Nonnenmacher, im Vorwort der zweiten, überarbeiteten Auflage der Handreichung. Es sei, so die Ministerin weiter, „wichtig, Impflücken systematisch zu erfassen und zu schließen“.

Die Grundlage und damit die Evidenz für die Inhalte der Broschüre stammt aus dem von der Arbeitsgruppe „Impfschutz bei älteren Menschen“ ins Leben gerufenen Pilotprojekt zur Erfassung des Impfstatus der Bewohner sowie der Mitarbeitenden in einer Altenpflegeeinrichtung in Rathenow. „Dank guter Vorbereitung und Planung konnten wir die Impfquote in unserer Einrichtung deutlich erhöhen – und damit hoffentlich viele Bewohnerinnen und Bewohner vor Infektionen schützen“, wird Thomas Briest, Leiter

des Seniorenhilfeszentrums Rathenow, in der Broschüre zitiert. Um den Erfolg weiter vertiefen können, wurden im Zuge der Evaluation des Projekts weiterführende Ideen entwickelt, zum Beispiel wie die Thematik in den Fortbildungszyklus für Mitarbeitende aufgenommen werden kann und wie der Impfstatus neuer Bewohnerinnen und Bewohner bei Ankunft in den Einrichtungen systematisch erfasst werden kann.

Nun braucht es nach Meinung von Marianna Kaiser, die im Bündnis als Beratende Apothekerin als Vertreterin der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) fungiert, vor allem eines: Eine stärkere Verbreitung der Handreichung in möglichst vielen Pflegeheimen. Aber nicht nur das: „Es braucht auch die Überzeugung der Heimleitungen, das Thema Impfen noch viel stärker als bisher in den Fokus zu nehmen.“

Zur Zeit liegt die Durchimpfungsrate in den brandenburgischen Alten- und Pflegeheimen bei durchschnittlich 50 Prozent, verdeutlicht Marianna Kaiser. Sie hofft, dass



es auch durch die Bündnis-Impfinitiative „in einem Jahr dann schon 60 oder gar 70 Prozent“ und – als Vision – „wir irgendwann auch einen Herdenschutz in diesem Bereich“ haben werden.

Dies sei auch dringend nötig, insbesondere dann, wenn man die Impfquoten chronisch Kranker in Brandenburg 2018 betrachtet. „Nur knapp 40 Prozent der Asthmakranken sind bisher im Land Brandenburg geimpft, und die an Multiple Sklerose Leidenden sind noch weniger oft geimpft“, sagt Marianna Kaiser und fügt hinzu: „Und trotzdem sind wir bei den Impfquoten das zweitbeste Bundesland in Deutschland. „Das sagt uns doch, dass wir hier noch viel zu tun haben.“ <<

- 1) <https://www.buendnis-gesund-aelter-werden.de/das-buendnis-1/partnerinnen-und-partner-buendnispartnerliste>
- 2) [https://msgiv.brandenburg.de/sixcms/media.php/9/Final\\_Handreichung\\_Impfschutz.pdf](https://msgiv.brandenburg.de/sixcms/media.php/9/Final_Handreichung_Impfschutz.pdf)

Mehr Informationen zum Bündnis Gesund Älter werden im Land Brandenburg finden Sie online unter: [www.buendnis-gesund-aelter-werden.de](http://www.buendnis-gesund-aelter-werden.de)

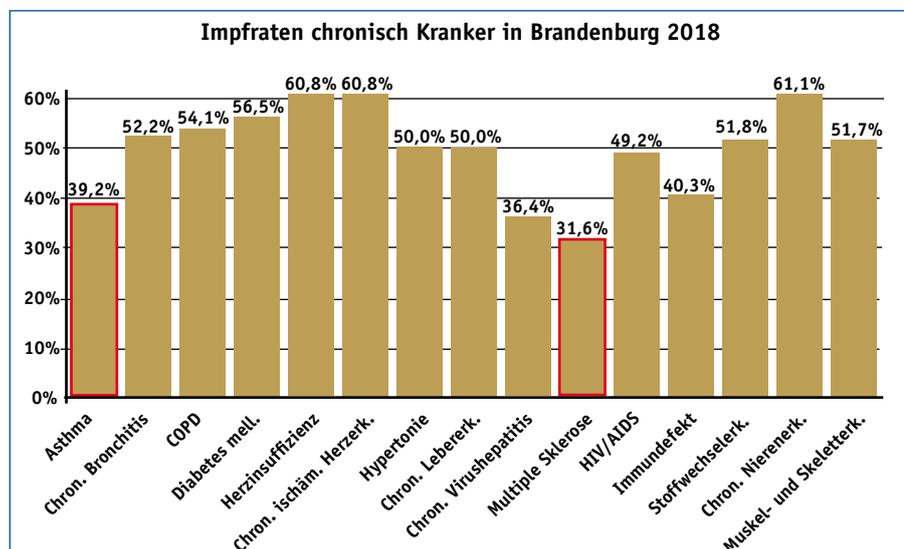


Abb. 1: Impfraten chronisch Kranker in Brandenburg 2018. Aus Vortrag Kaiser, „Impfstatus 2021“. Quelle: [www.versorgungsatlas.de/themen](http://www.versorgungsatlas.de/themen).



# Ein JA kann alles außer aufgeben.

Unsere Vision bei Janssen ist eine Zukunft, in der Krankheiten der Vergangenheit angehören. Wir arbeiten unermüdlich daran, dies für Patienten auf der ganzen Welt Wirklichkeit werden zu lassen: Indem wir Krankheiten durch die Erforschung und Entwicklung wirksamer Therapien gezielt bekämpfen, den Zugang zu Arzneimitteln verbessern und auch in vermeintlich hoffnungslosen Situationen nicht aufgeben. Ein JA ist dabei der Anfang von allem.

Entdecken Sie hier, wozu wir JA sagen:  
[www.einJAKann.de](http://www.einJAKann.de)

Janssen-Cilag GmbH

Warum eine Impfung im ersten Lebensjahr Sinn macht

## Ökonomische Folgen der Meningokokken-Infektionen

Das Robert Koch-Institut (RKI) schreibt auf seiner Homepage<sup>1</sup> folgenden Satz: „Impfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten präventiven Maßnahmen, die in der Medizin zur Verfügung stehen.“ In 2019 haben die Kosten für Impfstoffe und Impfleistungen rund 0,75% der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) betragen. Die Ausgaben beliefen sich im Jahr 2019 auf rund 1,80 Mrd. Euro.<sup>2</sup>

>> Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt die einmalige Impfung gegen Meningokokken Serogruppe C (Meningokokken C) als Standardimpfung für Kinder und Jugendliche, nicht jedoch die Impfung gegen Meningokokken Serogruppe B (Meningokokken B) als Standardimpfung.<sup>3</sup> Im Zuge der STIKO-Empfehlung wird zwischen Standardimpfungen und Indikationsimpfungen für besonders gefährdete Personengruppen unterschieden.

Die Serogruppe B war zwischen den Jahren 2011 und 2020 für über 65% aller IME-Fälle über alle Altersgruppen hinweg verantwortlich.<sup>4</sup>

Die Empfehlung zur Meningokokken-Impfung aufgrund von medizinischen Indikationen wurde im Epidemiologischen Bulletin 37/2015 aktualisiert. Die STIKO begründet die Empfehlung zum Einsatz eines Meningokokken-B-Impfstoffs als Ergänzung zur Impfung mit einem Meningokokken-ACWY-Konjugatimpfstoff bei Personen mit besonderen Grunderkrankungen (bspw. Asplenie<sup>5</sup>, Komplementdefekten<sup>6</sup>) oder aufgrund von medikamentöser Therapie (bspw.

C5-Komplement-Inhibitoren<sup>7</sup>). Im Zuge dieser wissenschaftlichen Begründung kommt die STIKO auf eine Number Needed to Vaccinate (NNV) von 19.000 bei den Meningokokken B und 31.250 bei den Meningokokken ACWY für Patienten mit Asplenie. Bei Patienten mit Komplementdefekten beträgt die NNV 49 – 98 bei den Meningokokken B und 89 – 179 bei den Meningokokken ACWY- und bei HIV-Patienten müssen 51.000 – 102.000 gegen Meningokokken B und 89.000 – 179.000 gegen Meningokokken ACWY geimpft werden, um jeweils einen Fall zu verhindern. Die NNV bezieht sich in diesen Fällen auf die Verhinderung jeweils eines Falls im Jahr nach der Impfung. Die Inzidenzen und die damit verbundenen NNV hat die STIKO geschätzt. Die STIKO geht von einer Schutzdauer von drei Jahren aus.<sup>8</sup>

Etwa 10%<sup>9</sup> der Bevölkerung sind asymptomatische Träger<sup>10</sup> von *Neisseria meningitidis*. Der Nasen-Rachen-Raum dieser Personen ist mit Meningokokken besiedelt. Die Trägerrate ist u. a. vom Alter abhängig. Bei Kleinkindern sind rund 4,5% und bei den 19-Jährigen bis zu 24% Träger.<sup>11</sup>

Eine invasive Meningokokken Erkrankung (IME) beginnt recht häufig mit unspezifischen Symptomen im Nasen-Rachen-Raum, Kopfschmerzen, Fieber, Schüttelfrost, Schwindel und schwerstem Krankheitsgefühl. Bei Säuglingen und Kleinkindern, die den Großteil der Fälle ausmachen, können die Symptome unspezifischer sein. Die IME kann sich innerhalb von wenigen Stunden von den unspezifischen Symptomen hin zu einer lebensbedrohlichen Erkrankung entwickeln und binnen 24 Stunden tödlich enden.<sup>12</sup>

Die Letalität bei einer IME hängt u.a. von der Serogruppe als auch von der Art der Infektion (Sepsis bzw. Meningitis) ab. In Deutschland liegt die Letalität bei einer IME der Serogruppe B bei 9,4% und im Falle der Serogruppe C bei 13,6%. Die Letalität aller IME bei einer reinen Meningitis liegt bei etwa 2,1% und bei einer Sepsis bei ca. 18%. Kommt es im Rahmen der Sepsis zum Waterhouse-Friderichsen-Syndrom liegt die Letalität bei ca. 38%.<sup>13</sup>

In 10 – 20% der IME-Fälle entwickeln sich Spätfolgen der Infektion.<sup>14</sup> Diese reichen von Amputationen (ca. 1,26%) in Folge

### Literatur

- 1: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Impfen (URL: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/impfen\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/impfen_node.html))
- 2: GKV-Spitzenverband (Hrsg.): GKV-Kennzahlen (URL: [https://www.gkv-spitzenverband.de/service/zahlen\\_und\\_grafiken/gkv\\_kennzahlen/gkv\\_kennzahlen.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/service/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp))
- 3: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Epidemiologisches Bulletin 34/2020 Tab. 1
- 4: Robert Koch-Institut (Hrsg.): SurvStat@RKI 2.0, Abfragedatum 07.03.2021
- 5: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Impfungen bei Asplenie (Entfernung der Milz oder Ausfall der Organfunktion) (URL: [https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/AllgFr\\_Grunderkrankungen/FAQ01.html](https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/AllgFr_Grunderkrankungen/FAQ01.html))
- 6: Kirschfink, M. (2014): Komplementsystem und Komplementdefekte
- 7: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Epidemiologisches Bulletin 34/2020 S. 11
- 8: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Epidemiologisches Bulletin 37/2015
- 9: Robert Koch-Institut (Hrsg.): RKI-Ratgeber Meningokokken, invasive Erkrankungen (*Neisseria meningitidis*) (URL: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_Meningokokken.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Meningokokken.html))
- 10: Robert Koch-Institut (Hrsg.): RKI-Fachwörterbuch Infektionsschutz und Infektionsepidemiologie S. 79
- 11: Christensen, H. et al. (2010): Meningococcal carriage by age: a systematic review and meta-analysis (The Lancet Infectious Diseases).
- 12: Robert Koch-Institut (Hrsg.): RKI-Ratgeber Meningokokken, invasive Erkrankungen (*Neisseria meningitidis*) (URL: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_Meningokokken.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Meningokokken.html))
- 13: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Epidemiologisches Bulletin 43/2016 S. 474
- 14: Robert Koch-Institut (Hrsg.): RKI-Ratgeber Meningokokken, invasive Erkrankungen (*Neisseria meningitidis*) (URL: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_Meningokokken.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Meningokokken.html))
- 15: Vgl. für prozentuale Angaben im Absatz Scholz, S. et al. (2019): The cost-of-illness for invasive meningococcal disease caused by serogroup B *Neisseria meningitidis* (MenB) in Germany (Elsevier Vaccine)
- 16: Scholz, S. et al. (2019): The cost-of-illness for invasive meningococcal disease caused by serogroup B *Neisseria meningitidis* (MenB) in Germany (Elsevier Vaccine)
- 17: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Epidemiologisches Bulletin 37/2015
- 18: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Epidemiologisches Bulletin 3/2018 i. V. m. Robert Koch-Institut (Hrsg.): Epidemiologisches Bulletin 37/2015.
- 19: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Epidemiologisches Bulletin 37/2015

von Gefäßschäden und Nekrosen im Zuge einer Sepsis bis hin zu verschiedensten Formen von Nervenschäden (ca. 6,62%) bei einer Meningitis. Die Meningitis kann zu Hirnnervenlähmungen, Hemiplegie, Krampfanfällen, Taubheit (inkl. Hörschäden ca. 11,46%), Einschränkungen des Intellekts (ca. 0,5%) und Lernschwierigkeiten führen.<sup>15</sup>

Die durchschnittlichen Kosten zur Behandlung einer IME inklusive Folgekosten belaufen sich bis zum 5. Geburtstag gemäß der Veröffentlichung von Scholz et al. (2019)<sup>16</sup> auf 74.290 Euro. Die notwendige NNV zur Verhinderung einer IME der Serogruppe B im ersten Lebensjahr beträgt auf Basis der Daten des RKI<sup>17</sup> 39.962 im ersten Jahr nach der Impfung. Die Inzidenzen wurden vom RKI anhand der gemeldeten Fallzahlen ermittelt und nicht wie bei den Indikationspatienten geschätzt.

Die Inzidenz bei Säuglingen im ersten Lebensjahr ist etwa drei Mal so hoch wie bei HIV-Patienten.<sup>18</sup> Selbst durch die geringe Stammabdeckung bei Säuglingen<sup>19</sup> ist die NNV zur Verhinderung einer IME der Serogruppe B geringer als bei HIV-Patienten.

Die IME-Fälle der Serogruppen A, W und Y spielen vor allem im höheren Lebensalter eine Rolle.

### Fazit

Da sich das Impfschema in den ersten 24 Monaten nicht grundlegend unterscheidet, macht eine Impfung im ersten Lebensjahr Sinn und ist aufgrund der hohen Inzidenz im ersten Lebensjahr gerechtfertigt.

Außerdem ist durch die gute immunologische Antwort und die Auswirkungen auf das Trägertum durch die Nutzung von Konjugatimpfstoffen ein Switch von reinen Meningokokken-C-Konjugatimpfstoffen zu tetravalenten Meningokokken-ACWY-Konjugatimpfstoffen bei der Grundimmunisierung von Kleinkindern ein überlegenswerter Schritt. <<

von: Peter Münch\*

\* Manager Marktzugang und Erstattung, Health & Value Germany bei Pfizer Deutschland

### Zitationshinweis

Münch, P.: „Ökonomische Folgen der Meningokokken-Infektionen“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/21), S. 30-31. <http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2341>

## RKI warnt vor Koinzidenz von Infektionskrankheiten

>> In seinen Empfehlungen zur „Vorbereitung auf den Herbst/Winter 2021/22 (Stand: 22.07.2021) weist das Robert Koch-Institut (RKI) jenseits von sechs Szenarienmodellierungen, die beschreiben, wie die Übergangsphase vom pandemischen in ein endemisches Geschehen von SARS-CoV-2/Covid-19 aussehen könnte, auf die Dringlichkeit von Standardimpfungen hin.

In einem Unterpunkt des Kapitels zu modifizierenden Einflüssen und zusätzlich zu bedenkenden Faktoren weist das RKI darauf hin, dass im Herbst „ein paralleler Anstieg von SARS-CoV-2, Influenza, und RSV“ möglich sein könnte. Als Grund dafür wird eine reduzierte Grundimmunität aufgeführt, die durch ausgebliebene Booster-Infektionen für Influenza und RSV der letzten beiden Saisons

zu erwarten sei. „Das gemeinsame Auftreten dieser Infektionskrankheiten kann zu einer deutlichen Gesundheitsbelastung durch die Erkrankungen selbst und zusätzlich durch sekundäre Pneumonien führen“, warnt das Institut. Es rät daher, dass „Präventions- und Versorgungsmöglichkeiten wie Influenza-Impfung, passiver Schutz gegen RSV, Impfung gegen Pneumokokken und Meningokokken etc., insbesondere bei Kindern und in der älteren Bevölkerung“ vorbereitet werden sollten. Das RKI: „Impfstoffe sollten frühzeitig bestellt, gelagert und eine umfangreiche Informationskampagne initiiert werden.“ <<

Weitere Infos und Link: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Downloads/Vorbereitung-Herbst-Winter.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Downloads/Vorbereitung-Herbst-Winter.html)

## 40% der abgesagten Impftermine immer noch nicht nachgeholt

>> In ihrer Arbeit „Cancelled routine vaccination appointments due to Covid-19 pandemic in Germany“ kommt die Autorengruppe um Nora Katharina Schmid-Küpke, Wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Robert Koch-Institut (RKI), zu dem Schluss, dass pandemische Maßnahmen zur Eindämmung des Ausbruchs von SARS-CoV-2 in Deutschland zur Absage von Routineimpfungs-Terminen sowohl für Erwachsene als auch für Kinder geführt haben. Umfragedaten deuteten zudem darauf hin, dass mit der Lockerung der Pandemiebeschränkungen zwar viele abgesagte Termine neu angesetzt oder nachgeholt wurden, dennoch seien „immer noch 40% der abgesagten Termine nicht nachgeholt“ und seien „vor allem von Patienten abgesagt“ worden.

Die Ergebnisse im Detail, nachzulesen im Artikel „Cancelled routine vaccination appointments“, publiziert im Open-Access-Online-Format „Vaccine“ von Elsevier: Die erste Datenerhebung (14.4.2020) ergab, dass 120 von 1.032 Befragten in den letzten sechs Wochen einen Impftermin hatten (Kinder: 73/306). Fast die Hälfte der Impftermine wurde abgesagt, sowohl bei Erwachsenen (53/120 = 44,17%) als auch bei Kindern (31/73 = 42,47%). Fast alle wurden aufgrund der Pandemiesituation abgesagt (Erwachsene: 42/53 = 79,25%, Kinder: 26/31 = 83,87%). Zwei Drittel der Befragten gaben an, dass ihre Ärzte ihre Termine wegen der Pandemie abgesagt hatten (Erwachsene: 28/42 = 66,67%); die Hälfte von ihnen gab

an, dass ihr Kinderarzt den Kinderimpfungstermin abgesagt hatte (12/26 = 46,15%). Die übrigen abgesagten Termine wurden von den Patienten selbst abgesagt (Erwachsene: 14/42 = 33,33%, Kinder: 14/26 = 53,85%).

Die zweite Datenerhebung (28.4.2020) ergab, dass bei den Erwachsenen genauso viele Termine abgesagt wurden wie zuvor (53/123 = 43,09%). Der häufigste Grund für die Absage war nach wie vor die Pandemiesituation (43/53 = 81,13%). Im Gegensatz zur vorherigen Datenerhebung, bei der Termine häufiger von Ärzten abgesagt wurden, wurden Termine nun häufiger von Patienten (24/43 = 55,81%) als von Ärzten (19/43 = 44,19%) abgesagt. Bei Kindern ist der Anteil der abgesagten Termine insgesamt zurückgegangen. Ein höherer Prozentsatz der ursprünglich geplanten Impftermine fand statt (43/57 = 75,44%), während der am häufigsten genannte Grund für die Absage weiterhin die Pandemiesituation war (12/14 = 85,71%). Ein Drittel der Impftermine für Kinder wurde vom Arzt abgesagt (4/12 = 33,33%) und zwei Drittel von den Eltern (8/12 = 66,66%).

Im Juni 2020 ergab die Datenerhebung, dass mehr als die Hälfte der Impftermine für Erwachsene (73/135 = 54,07%) sowie für Kinder (48/82 = 58,54%) stattfanden, obwohl immer noch viele Termine abgesagt wurden. <<

Link zum Artikel: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590136221000115#>



Serie (Teil 33): Sektion Rehabilitation und Arbeit am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck und Masterstudiengang Gesundheits- und Versorgungswissenschaften

## Gemeinsames Denken und Forschen für die Rehabilitation

Wer an Versorgungsforschung (und ganz nebenbei auch an Marzipan) denkt, dem kommt ganz zwangsläufig ein Name in den Sinn, der mit der Hansestadt eng verknüpft ist: Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe – einer, wenn nicht der Vorreiter der Versorgungsforschung in Deutschland, der dort vor allem zu Sozialmedizin, Rehabilitation und evidenzbasierter Medizin geforscht und gelehrt hat. Bereits 1989 hat er in Lübeck das Institut für Sozialmedizin gegründet. Seit 2014 arbeitet hier Prof. Dr. Matthias Bethge als Leiter des Masterstudiengangs Gesundheits- und Versorgungswissenschaften.

>> Acht Professoren arbeiten heute mit knapp 100 Mitarbeitern am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, das seit 2013 von Prof. Dr. Alexander Katalinic als Direktor geführt wird. Das Institut, das Anfang 2013 durch die Fusion der Institute für Sozialmedizin und für klinische Epidemiologie entstanden ist, arbeitet aktuell in sechs Fachbereichen und Forschungsaktivitäten, u.a. der Medizin, der Gesundheitswissenschaften, der Psychologie und der Soziologie.

Sie verteilen sich dabei auf die Arbeitsbereiche:

- Epidemiologie, insbesondere chronischer Erkrankungen

- Sozialmedizinische Folgen von Erkrankung
- Versorgungsforschung sowie evidenzbasierte Gesundheitsversorgung
- Rehabilitationsforschung (Sektion Rehabilitation und Arbeit)
- Pflegeforschung (Sektion Forschung und Lehre in der Pflege)
- Versicherungsmedizin

Im Bereich Methoden befasst sich das Institut seit Jahren mit der Epidemiologie von Krebserkrankungen und anderen chronischen Erkrankungen, mit Grundlagen zur Bewertung von Früherkennungsmaßnahmen, systematischen Übersichten und Verfahrensbewertungen in der Medizin



**Prof. Dr. phil. Matthias Bethge**

hat seit 2014 die Stiftungs-Proessur für Rehabilitation in der Arbeitswelt und die Leitung der Sektion Rehabilitation und Arbeit am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck und des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, inne. Bethge, 1977 in Berlin geboren, ist Diplom-Rehabilitationspädagoge. Seine Schwerpunkte sind Rehabilitation in der Arbeitswelt, Rehabilitationsbedarf und -zugang, Evidenzbasierung medizinischer Rehabilitation und international vergleichende Rehabilitationsforschung.

### Werdegang/Ausbildung:

2000-2006: Studium der Rehabilitationspädagogik an der Humboldt-Universität zu Berlin  
2006-2014: wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Charité – Universitätsmedizin Berlin und der Medizinischen Hochschule Hannover  
2010: Promotion und Zarnekow-Preis für Rehabilitationsforschung der DGRW  
2014: Habilitation  
seit 2014: Professur an der Universität zu Lübeck  
seit 2020: Leitung des Masterstudiengangs Gesundheits- und Versorgungswissenschaften der Universität zu Lübeck.

(HTA), mit kontrollierten Interventionsstudien und mit qualitativer Forschung. Das Institut bietet methodische Beratung für versorgungswissenschaftliche Forschungsprojekte sowie eine Reihe von Fortbildungen an. Es ist der Kristallisationskern des Zentrums für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung (ZBV). Ihm assoziiert sind das wissenschaftliche Sekretariat des ZBV und des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein (vffr) und die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität zu Lübeck.

Das hat Geschichte und Tradition: Professor Raspe höchstselbst hat in Lübeck die ersten pragmatischen, randomisierten und kontrollierten Studien zur Wirksamkeit medizinischer Rehabilitation durchgeführt und die Effekte von Rehabilitation unter realen Versorgungsbedingungen geprüft. Auch Raspes Grundgedanke, dass die Frage von Versorgungsbedarfen nicht losgelöst von klaren Wirksamkeitsnachweisen diskutiert werden sollte, hat die Versorgungsforschung in Deutschland mitgeprägt. Die Universität zu Lübeck hat sich zudem als eine der ersten medizinischen Hochschulen umfassend um die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe (Ergotherapie/Logopädie, Hebammenwissenschaft, Pflege und Physiotherapie) bemüht und damit die Voraussetzungen für einen gemeinsamen Masterstudiengang geschaffen. „Für mich schließt sich damit als Rehabilitationswissenschaftler der Kreis: Hier habe ich alle relevanten Berufsgruppen vor Ort“, sagt Bethge, der in Berlin Rehabilitationspädagogik studiert und nach seinem Studium zunächst an der Charité und später an der Medizinischen Hochschule Hannover gearbeitet hat.

Seine Arbeitsgruppe an der Charité gehört heute zum Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften. Die Studien, die dort durchgeführt wurden – und daran hat sich Bethges Worten zufolge bis heute wenig geändert – wurden immer unter realen Versorgungsbedingungen umgesetzt. Bethge: „Wir hatten und haben es zudem mit Menschen zu tun, die chronische Erkrankungen haben und die daher häufig in komplexen Versorgungszusammenhängen behandelt werden. Wenn wir einzelne Elemente dieser Versorgungszusammenhänge zu bewerten versuchen, dann verlieren wir das leicht aus dem Blick.“

Dagegen hilft nur Versorgungsforschung, die es – so Bethge – schafft, „den Blick auf Ganze – zu wahren“. Dieser Blick von oben, aber auch von der Seite auf das komplexe Versorgungsgeschehen habe ihm von vorneherein eingeleuchtet. Außerdem hätte er von Beginn an große Freude daran gehabt, selbst in die Daten zu schauen und diese kritisch zu hinterfragen. Das sei bis heute ein Antrieb; genauso „wie die Begeisterung für die methodischen Herausforderungen, vor denen wir stehen, wenn wir Wirksamkeitsnachweise unter realen Versorgungsbedingungen prüfen wollen“.

Bethge will aber auch zeigen, dass Rehabilitation nicht nur verfügbar ist, sondern eine wirksame Strategie gesundheitlicher Versorgung darstellt. „Ich hoffe auch, dass wir da – wo wir die antizipierte Wirkung nicht sehen oder nicht in dem Ausmaß sehen, wie wir es erwarten – dazu beitragen können, die Versorgung so weiterzuentwickeln, dass sie die Teilhabechancen von Menschen mit chronischen Erkrankungen verbessert“, erklärt Bethge einen seiner Beweggründe in Lübeck zu forschen und zu lehren. Bethge: „Diese Weiterentwicklung durfte ich in den vergangenen Jahren begleiten. Aus Lübeck haben wir u. a. die bundesweite Einführung medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitationsprogramme mitgestaltet. Wir haben mit pragmatischen randomisierten kontrollierten Studien den Weg vorbereitet und schließlich auch die Implementierung wissenschaftlich begleiten können.“

Und die Wissenschaftler, die es braucht, um diese Daten auch auszuwerten und interpretieren zu können, werden unter anderem in Lübeck ausgebildet. So werden im Masterstudiengang Gesundheits- und Versorgungswissenschaften die gesundheits- und informationswissenschaftliche Lehr- und Forschungserfahrung der Universität zu Lübeck zusammengeführt, um disziplinüberschreitend vermitteln zu können, welche Chancen technische Entwicklungen für Gesundheit und Gesundheitsversorgung bieten und wie zukünftige Gesundheitsversorgung aussehen kann. Seit über 20 Jahren werden in Lübeck Grund- und Aufbaukurse zur evidenzbasierten Medizin angeboten, was nach Bethge „unser gemeinsames Denken und Forschen“ prägt.

In den vergangenen Jahren ist es allen Beteiligten des interdisziplinär besetzten Institutes gemeinsam gelungen, die Versorgungsforschung zu chronischen Erkrankungen als einen der Forschungsschwer-

punkte der Universität zu Lübeck zu verankern. Damit verbunden war die Gründung des Zentrums für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung, das heute über 20 Mitglieder zählt. 2007 wurde die Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege gegründet und 2014 hat der Bachelorstudiengang Pflege die ersten Studierenden zugelassen.

Der Aufbau des Bachelorstudiengangs Pflege war wiederum eine Initialzündung für eine Reihe gesundheitswissenschaftlicher Studiengänge an der Universität zu Lübeck und hat schließlich auch zum Masterstudiengang geführt. <<



David Fauser  
Wissenschaftlicher Mitarbeiter

>> [Warum arbeiten Sie am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie an der Universität zu Lübeck?](#)

Nachdem ich meine gesundheitswissenschaftliche Ausbildung an der Pädagogischen Hochschule Freiburg absolvierte, begann ich im Januar 2017 meine Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Sektion Rehabilitation und Arbeit am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck. Das Institut ist eine optimale Forschungseinrichtung für die inhaltliche Spezialisierung im Bereich Gesundheitswissenschaft und die Weiterentwicklung meiner forschungsmethodischen Kompetenzen. Ganz nebenbei sind die Ostsee und Marzipan immer in greifbarer Nähe.

[Was zeichnet für Sie das Institut aus?](#)

Am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie schätze ich besonders die interdisziplinäre und kollegiale Zusammenarbeit,

die Möglichkeit zur Lehre in verschiedenen Studiengängen, den vertrauensvollen und wertschätzenden Umgang sowie die individuelle Förderung und die vielfältigen Fortbildungsmöglichkeiten.

#### Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Während meiner bisherigen Forschungstätigkeit habe ich mich mit der Analyse von Wirksamkeit rehabilitativer Strategien beschäftigt. Aktuell arbeite ich mit der Deutschen Rentenversicherung Nord und drei beteiligten Rehabilitationseinrichtungen am Modellvorhaben GIBI (Ganzheitliche Klärung des Interventionsbedarfs bei gefährdeter beruflicher Integration; [www.gibi-rehapro.de](http://www.gibi-rehapro.de)), das Teil des Bundesförderprogramms „rehapro“ ist. Das Projekt begleitet die Entwicklung, Implementierung, Erprobung und Evaluation einer frühzeitigen diagnostischen Klärung gesundheitlicher Probleme, die die berufliche Teilhabe gefährden.

#### Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Arbeit ist ein zentraler Bestandteil des Lebens, weil sie Einkommen und materielle Sicherheit bietet, darüber hinaus aber auch soziale Kontakte sowie Raum für persönliche Weiterentwicklung ermöglicht. Mit meiner Forschungstätigkeit möchte ich einen Teil dazu beitragen, dass Menschen, deren berufliche Teilhabe aufgrund gesundheitlicher Probleme eingeschränkt ist, wirksam unterstützt werden

### News aus dem Institut

#### 11. Lübecker Reha-Symposium

>> Unter dem Titel „**Rehabilitation – heute für morgen handeln**“ laden das Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, der vffr und die Deutsche Rentenversicherung Nord am 29.11.2021 zum 11. Reha-Symposium nach Lübeck ein.

Wie reagieren wir auf Covid-19? Welche Angebote braucht es, damit Rehabilitation digital genutzt werden kann? Wie bringen wir die vielen verschiedenen Akteure, die Rehabilitation gestalten, so zusammen, dass daraus gemeinsames Handeln wird? Auf dem 11. Reha-Symposium werden wir uns mit diesen Fragen und möglichen Lösungen auseinandersetzen.

Die Veranstaltung findet hybrid statt. Weitere Informationen zum Programm und zur Anmeldung finden Sie unter <https://www.reha-vffr.de/> <<

und zurück in Arbeit finden können. Zudem möchte ich im Rahmen unserer wissenschaftlichen Arbeiten methodische Ansätze der Versorgungsforschung weiterentwickeln. <<



Annika Sternberg  
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

#### >> Warum arbeiten Sie am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie an der Universität zu Lübeck?

Ich habe einen Master in Gesundheitsförderung und Prävention an der Europa-Universität Flensburg abgeschlossen und dann zunächst als wissenschaftliche Mitarbeiterin in einem kommunalen Gesundheitsförderungsprojekt in Flensburg gearbeitet. Nach Abschluss dieses Projektes bin ich im September 2015 nach Lübeck gekommen und habe am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie in der Sektion Rehabilitation und Arbeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin begonnen. Meine Wahl für Lübeck fiel mir aufgrund der engagierten und herzlichen Arbeitsgruppe, der vielfältigen Themen am Institut und natürlich auch der Stadt Lübeck und seiner Umgebung nicht schwer.

#### Was zeichnet in Ihren Augen das Institut aus?

Die Mitarbeiter des Instituts arbeiten innerhalb des großen Themenfeldes Versorgungsforschung an vielen unterschiedlichen Projekten und Fragestellungen. Es findet ein reger Austausch innerhalb der Sektion und auch im Institut statt, der mit internen Fortbildungen und regelmäßigen Teamtreffen unterstützt wird. So ist es möglich, immer wieder neue Impulse für die eigene Arbeit zu erhalten und sich weiterzuentwickeln.

#### Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Der Fokus meiner Tätigkeit liegt auf beruflichen Rehabilitationsleistungen. Im Rahmen einer vierjährigen Kohortenstudie mit bewilligten Antragstellern von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben haben wir Zugangswege in die berufliche Rehabilitation, Verläufe und Ergebnisse von Leistungen untersucht. Als Studiengangskordinatorin im Masterstudiengang Gesundheits- und Versorgungswissenschaften freue ich mich, die unterschiedlichen Masterarbeitsthemen der Studierenden im Bereich Versorgungsforschung mit begleiten zu dürfen.

#### Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Ich finde es wichtig, in der eigenen Forschungstätigkeit die Situation der einzelnen Studienteilnehmenden immer mitzudenken. Diese können zum Beispiel früh in den Forschungsprozess miteinbezogen werden oder durch verständliche Rückmeldung von Forschungsergebnissen und gegebenenfalls vermittelten Unterstützungsangeboten konkret profitieren. Insofern kann Versorgungsforschung nicht nur langfristig die Versorgungsstrukturen verändern, sondern, wenn möglich, auch unmittelbar eine konkrete Unterstützung für die Studienteilnehmenden bieten. <<

### Ihr Institut fehlt?

Wenn Sie der Ansicht sind, dass in der MVF-Serie „Versorgungsforschung made in ...“ auch Ihre Abteilung oder Ihr Institut an einer Universität oder Hochschule (nicht nur mit Lehr-, sondern auch mit Forschungstätigkeit) vorgestellt werden sollte, mailen Sie bitte an [redaktion@m-vf.de](mailto:redaktion@m-vf.de) oder direkt an MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier ([stegmaier@m-vf.de](mailto:stegmaier@m-vf.de)).

Eine Übersicht der bisher schon vorgestellten Versorgungsforschungs-Standorte – inzwischen sind es schon über 30 – finden Sie in der Serienübersicht online unter <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/vf-made-in>



Zur Vorbereitung für den 10. MVF-Kongress: „Theorie wagen“ am 7.12.21

## Auf dem Weg zu Theorien von Lotsenprojekten

Sie heißen Case Manager, Patientennavigatoren, Pflegekoordinatoren, Pflegemanager, Gesundheitscoaches, Koordinatoren für die medizinische Versorgung zu Hause, klinische Pflegekoordinatoren, Lotsen oder schlichtweg Kümmerer. „Obwohl diese Rollen in der Vergangenheit unterschiedliche Zuständigkeiten hatten, werden die Begriffe in der Literatur heute austauschbar verwendet“, schrieben Dr. Katherine J. Kelly, Prof. Dr. Shelley Doucet und Dr. Alison Luke von der kanadischen University of New Brunswick Saint John in ihrer 2019 bei Elsevier erschienenen Übersichtsarbeit (1). Es werde, so die Autoren, „oft beschrieben, dass sich die Funktionen der jeweiligen Rollen überschneiden“, was zu „einem Mangel an Klarheit hinsichtlich der genauen Funktionen“ geführt habe. Genau das wollen „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF) und der Bundesverband Managed Care (BMC) ändern. Und zwar mit einer Umfrage zur Selbsteinschätzung, in der sich die Verantwortlichen von Lotsen-/Management-Care-Projekten in ihre jeweiligen Kategorien/Funktionen einordnen sollen.

>> Nachdem das Autorinnen-Trio für seinen Review „Exploring the roles, functions and background of patient navigators and case managers“ 10.523 Artikel identifiziert hatte, blieben nach Anwendung der von ihnen definierten Zulassungskriterien (zum Beispiel haben sie nur englischsprachige Arbeiten ausgewertet) insgesamt 160 Artikel über. Diese untersuchten die Autorinnen nach extrahierbaren Daten und Informationen über Patientennavigatoren und/oder Case Manager in Bezug auf ihren Hintergrund, ihre Ausbildung und/oder ihr Wissen, ihre Rolle und/oder ihre spezifischen Funktionen, ihr klinisches Umfeld und die Art der Zielerkrankung. Dabei wurde von ihnen folgende Forschungsfrage identifiziert, um damit eine Lücke in der Literatur zu schließen: „Wie unterscheiden sich die Rollen, Funktionen und Hintergründe von Patientennavigatoren und Case Managern im Kontext der Gesundheitsversorgung?“

In ihrem Review werden die Begriffe „Rolle“ und „Funktion“ in Anlehnung an Tahan und Campagna (2010) definiert: Rolle als Begriff, der sich auf eine Reihe von Verhaltensweisen bezieht, die mit einer Position in einer sozialen Struktur verbunden sind; Funktion als eine „Gruppierung spezifischer Aktivitäten, die von einer Rolle abgeleitet sind“. Durch ihre Arbeit konnten die drei kanadischen Forscherinnen die Funktionen von Patientennavigatoren und Case Managern in neun Kategorien einteilen:

- (1) Interessenvertretung;
- (2) Koordination der Versorgung;
- (3) Fallüberwachung und Bedarfsermittlung;
- (4) Engagement in der Gemeinschaft;
- (5) Bildung;
- (6) Verwaltung und Forschungsaktivitäten;
- (7) psychosoziale Unterstützung;
- (8) Navigation zu Dienstleistungen; und
- (9) Abbau von Barrieren

In der Literatur gebe es Diskussionen darüber, wie Patientennavigation definiert werden sollte, was zum Teil auf die unterschiedlichen Arbeitsumgebungen und Hintergründe der Navigatoren zurückzuführen sei. Generell hängt nach Meinung des Autorinnen-Trios die Definition eines Patientennavigators von drei entscheidenden Komponenten ab:

- (a) der Art des Navigators (z. B. Fachmann vs. Laie),
- (b) dem klinischen Kontext (z. B. Krebs) und
- (c) dem organisatorischen Umfeld (z. B. Gemeinde vs. Krankenhaus)

Das typische Umfeld von Patientennavigatoren und Case Managern ist, so schreiben die Drei, sehr unterschiedlich: Patientennavigatoren können von Krankenhäusern und anderen Gesundheitszentren, gemeindebasierten Organisationen, Versicherungsgesellschaften und als unabhängige Berater beschäftigt werden. Ebenso seien Case Manager in vielen Bereichen anzutreffen, z. B. in der häuslichen Pflege, in Krankenhäusern, Rehabilitations- und Langzeitpflegeeinrichtungen, aber auch in gemeindenahen und unabhängigen Pflegeeinrichtungen. Case Manager würden aber manchmal auch von Versicherungsgesellschaften und staatlichen Stellen beschäftigt.

Der Zeitpunkt, zu dem Patientennavigatoren und Case Manager in die Versorgung eines Patienten einbezogen werden (z. B. vom Screening bis zur Entlassung und darüber hinaus), könne variieren, je nach Programm. Patientennavigationsdienste würden in allen Phasen der Krebsversorgung (z. B. Prävention, Screening, Behandlung und Überleben) eingesetzt, aber auch an bestimmten Punkten der Versorgung, an denen Patienten erhebliche Unterstützung und Anleitung benötigen

## UMFRAGE

Versorgungsforschungs-Theorien bei Lotsensystemen

(z. B. bei der Diagnose). Ebenso arbeiteten Case Manager an verschiedenen Punkten des Gesundheitskontinuums, wie z. B. in palliativen und terminalen Phasen von Krankheiten. Case-Management-Dienste können indes auch auf Patienten beschränkt sein, die bestimmte Kriterien erfüllen, die durch eine erste Beurteilung ermittelt werden.

Die Beziehung zwischen Case Managern und Patienten sei zudem in der Regel langfristig und erstrecke sich manchmal über mehrere Jahre. Case Manager würden oft innerhalb der ersten 24 Stunden nach einer kritischen Verletzung oder Diagnose hinzugezogen und bauten eine erste Beziehung bei der Aufnahme auf. In einigen Navigationsmodellen dienen Patientennavigatoren wiederum als ständiger Ansprechpartner für die Patienten während ihrer gesamten Behandlungsdauer.

Sowohl Patientennavigatoren als auch Case Manager arbeiten in der Regel mit bestimmten Patientengruppen, die zusätzliche Unterstützung benötigen. Navigatoren richten sich in der Regel an Personen, bei denen eine bestimmte Krankheit oder ein bestimmter Zustand diagnostiziert wurde, z. B. Krebs, psychische Gesundheit und andere chronische Krankheiten.

### Umfrage

Unsere Bitte an alle Verantwortlichen, die ein öffentlich gefördertes Projekt ins Leben gerufen haben oder betreuen, das Lotsen-/Case Management-, Navigatoren- oder Kümmerer-Elemente beinhaltet: Ordnen Sie bitte

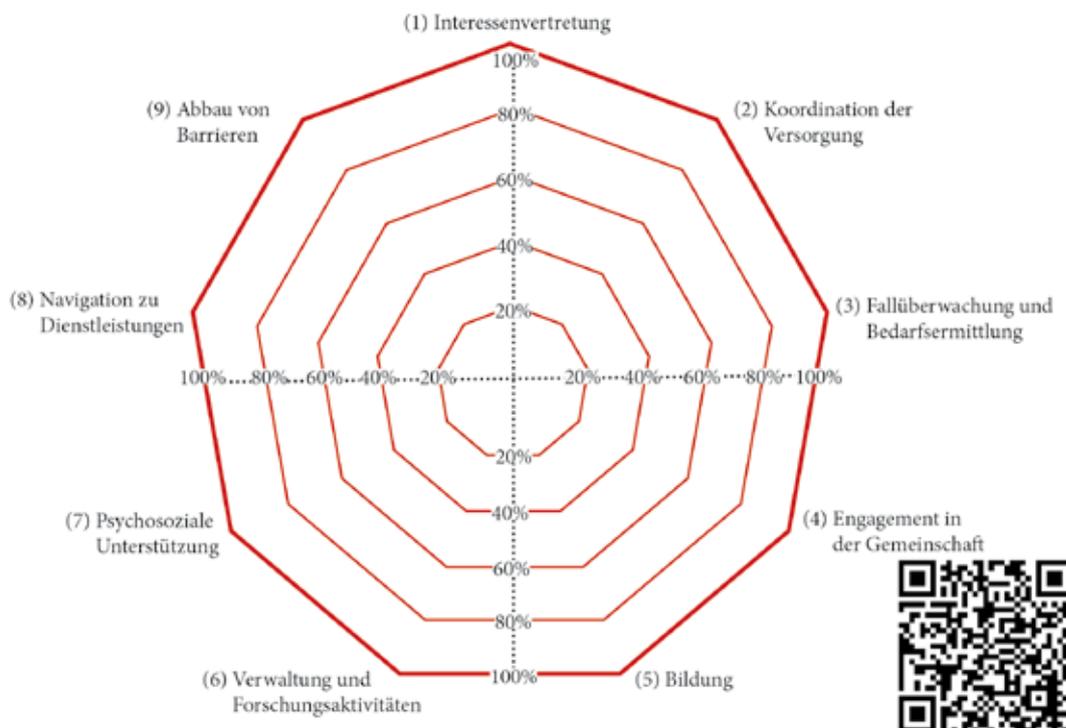
Ihr Projekt ein! Und zwar, indem Sie zuerst gedanklich Ihr Projekt im rechts abgebildeten Nonagon einer oder auch mehreren Kategorien zuordnen. Es werden mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit mehrere Kategorien sein, bei denen Sie jeweils den Grad der tatsächlichen Zielerfüllung eintragen sollen (von 0-100%).

Nun rufen Sie bitte die Online-Seite von „Monitor Versorgungsforschung“ auf, auf der Sie zu dieser Umfrage ein tabellenbasiertes Abfrageformular ([https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Lotsenumfrage\\_2021](https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Lotsenumfrage_2021) oder QR-Code) finden, in der Sie dann bitte Ihre Selbsteinschätzungen inklusive der Zielerreichung eintragen.

Die hiermit gestartete Umfrage (die Auswertung erfolgt durch das IMVR, Köln) wird

### 9 Kategorien von Patientennavigatoren und Case Managern

Bitte ordnen Sie Ihr Projekt nach der von Ihnen selbst eingeschätzten Zielerfüllung in Prozent ein (Mehrfachnennungen möglich)



von BMC an alle Mitglieder seiner AG Lotsen per eMail versandt, um diese direkt anzusprechen. Ebenso angeschrieben werden alle Konsortialführer von Lotsen- und „lot-

senähnlichen“ Projekten, die vom Innovationsfonds gefördert werden. Da es aber auch andere (auch regionale) Fördertöpfe gibt, die wir vielleicht nicht alle im Blick

### Erläuterungen zu den Kategorien/Funktionen\*

Laut Kelly et al. (2019) werden die neun Funktionen und Aufgaben von Case Managern (CM) und Patientennavigatoren (PN) wie folgt festgelegt und definiert:

#### 1) Interessenvertretung (Advocacy)

CM und PN vertreten die Interessen von Patienten z. B. gegenüber Krankenhäusern oder Versicherungen. Sie unterstützen Personen, die aus bestimmten Gründen (z. B. Krankheit, Behinderung) nicht in der Lage sind, ihre Interessen wahrzunehmen und ihre Angelegenheiten selbstständig zu regeln.

#### 2) Koordination der Versorgung (Care coordination)

In der Funktion agieren CM und PN als Koordinatoren des Versorgungsteams, um Patienten, Pflegekräfte und Versorgungsanbieter zu vernetzen. Durch regelmäßige Rücksprache mit den beteiligten Akteuren verteilen sie Informationen und koordinieren den Versorgungspfad des Patienten mit mehreren Anbietern und Spezialisten. Sie koordinieren ebenfalls die Planung und Bereitstellung medizinischer und psychosozialer Dienstleistungen – unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patienten.

#### 3) Fallüberwachung und Bedarfsermittlung (Case monitoring and patient needs assessment)

Die Funktion beschreibt die kontinuierliche Überwachung, Dokumentation und Bewertung des gesamten Versorgungsablaufs nach festgelegten Zielvereinbarungen. Eine Aufgabe besteht darin, Veränderungen in der Bedarfslage des Patienten zu erkennen und entsprechend zu reagieren, indem ggf. notwendige Anpassungen in Abstimmung mit dem Patienten vorgenommen werden. CM und PN ermitteln die Bedarfe der Patienten und helfen ihnen, sich im Pflegesystem zurechtzufinden.

#### 4) Engagement für die Gemeinschaft (Community engagement)

Unter dieser Funktion wird die Zusammenarbeit der CM/PN mit verschiedenen Personen aus unterschiedlichen Gemeinschaftsgruppen zusammengefasst. Ziel ist es, an gemeinsamen Aktivitäten teilzunehmen (z. B. Fundraising, Mittelbeschaffung, Verbreitung von Wissen). Dazu gehört auch eine Öffentlichkeitsarbeit in der Gemeinde, z. B. um die Rolle des CM/PN zu vermitteln.

#### 5) Bildung und Selbstmanagement (Education, including self-management skills and empowerment)

Diese Funktion beschreibt die Förderung selbstbestimmten Handelns (Selbst-Management) durch Ermutigung, Aufklärung, Informationsvermittlung, Beratung und Unterstützung. Kompetenzen werden gefördert, um dadurch die Patienten in ihren Handlungen zu bestärken. Zu den zentralen Aufgaben der CM/PN gehören dabei auch die Förderung der Motivation auf Seiten des Patienten, notwendige Angebote in Anspruch zu nehmen.

#### 6) Verwaltung (Administration and research activities)

Diese Funktion umfasst verschiedene verwaltungstechnische Aktivitäten, wie z. B. die Beschaffung und Bereitstellung von Informationen, die Beurteilung der Notwendigkeit der Versorgung, die Verwaltung der Ressourcenallokation und die Dokumentation der Maßnahmen.

#### 7) (Psycho)soziale Unterstützung (psychosocial support)

Die Funktion beschreibt die emotionale, soziale und instrumentelle Unterstützung für die Patienten. Ziel ist es unter anderem, Ängste und Sorgen der Patienten im Umgang mit dem Gesundheitssystem zu verringern sowie Beziehungen von Patienten, Pflegekräften und dem Betreuungsteam aufzubauen und zu fördern.

#### 8) Navigation von Dienstleistungen/Versorgung (Navigation of services)

Die Funktion beschreibt die proaktive Führung des Patienten durch Gesundheitsdienste, -programme und -behandlungen durch CM/PN, ausgerichtet an den Bedürfnissen des Patienten. CM/PN helfen den Patienten, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden, indem der Kontakt mit relevanten Diensten und Einrichtungen initiiert wird.

#### 9) Verringerung und Abbau von Barrieren (Reduction of barriers)

Der Abbau von Barrieren bezieht sich auf die Minimierung oder Beseitigung tatsächlicher oder wahrgenommener Hindernisse, zum einen auf der Ebene der Systeme (z. B. Hilfe beim Organisieren von Fahrten zu Terminen, Finanzierung, Inanspruchnahme von Dienstleistungen), zum anderen in Bezug auf die Patienten selbst, indem CM und PN den Patienten helfen, z. B. sprachliche Barrieren zu überwinden oder die Gesundheitskompetenz zu verbessern.

## Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Auf dem Weg zu Theorien von Lotsenprojekten“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/21), S. 35-37. <http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2342>

haben, wählen wir diesen dualen Weg der Ansprache: medial und online über MVF, per eMail seitens des BMC.

Wir bitten um rege Beteiligung. Denn nur so wird eine Morphologie der Lotsenlandschaft in Deutschland entstehen. Wo bei es – was vorherzusehen ist – eindeutige Schwerpunkte geben wird. Aber eben auch Ausprägungen und Verbindungen, die wir (mangels Erkenntnissen) bisher noch gar nicht geahnt haben.

Wenn es uns dann noch gelingen sollte, die Projekte, die sich an dieser Umfrage beteiligt haben, zu klassifizieren, kommen wir dem Ziel des Dezember-Kongresses von MVF in Kooperation mit dem BMC ein Stück näher: sich der grundlegenden Theorien (Logikmodelle) der Lotsenprojekte und darüber auch jener der Versorgungsforschung zu nähern.

Denn die gibt es noch nicht. Was aber wichtig ist, wie Prof. Dr. Holger Pfaff, Kongresspräsident des 20. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung, im Interview mit MVF (04/21) erklärte: „Irgendwann wird man den Punkt des schwer Erklärbaren oder bei ganz neuen Ereignissen wie Covid-19 den Punkt des noch nicht Erklärbaren erreichen: Spätestens dann braucht man Theorie.“

Und wie sieht das bei Lotsen aus? Hier sagt Pfaff ganz deutlich, dass man für fast jede Funktion einer Versorgungsstruktur – wie eben auch dem Lotsen – „normalerweise eine separate Theorie“ benötige. Ein Lotse könne beispielsweise in erster Linie eine unterstützende Funktion haben und zur Erklärung dieser Funktion dann die Theorie der sozialen Unterstützung heranziehen. Ist der Lotse hingegen in erster Linie ein Koordinator, müsste man eine Koordinationstheorie heranziehen, wie zum Beispiel die Theorie des kommunikativen Handelns von Habermas. Ein Lotse kann und wird nach Pfaff jedoch in der Regel „verschiedene Funktionen gleichzeitig wahrnehmen, was das Ganze selbstredend komplexer macht“.

Aber: Wenn Sie bei dieser Umfrage mithelfen, das Ganze ein wenig transparenter und zu machen, hat das einen eindeutigen Nutzeneffekt für jeden; denn wie Pfaff im bereits zitierten Interview sagt: **„Wer den Kontext verstehen will, braucht eine Theorie über den Kontext. Wer Praxistransfer befördern will, braucht auch eine Theorie über die Praxis.“** <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

### Literatur

1: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.05.016>

# Theorie wagen

Versorgungsforschungs-Theoreme bei Lotsensystemen

## FACHKONGRESS

07. Dezember 2021 von 09:00 bis 18:00 Uhr

### Vormittag: im Scharounsaal der AOK Nordost (Wilhelmstr. 1, 10963 Berlin)

von	bis	Thema	
<b>Status quo: Die Theorie(n) der Versorgungsforschung</b>			
09:00	09:30	Check-in	
09:30	10:00	Begrüßung und „Blitzlichter“	Prof. Dr. Roski, MVF / Daniela Teichert, AOK Nordost / Prof. Dr. Volker Amelung, BMC
10:00	10:30	„Nichts ist praktischer als eine gute Theorie“	Prof. Dr. Holger Pfaff, IMVR (zugesagt)
10:30	11:00	Theorien der Versorgungsforschung	Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe, Zentrum für Wissenschaftstheorie, WWU Münster (zugesagt)
11:00	11:30	Die Resource-Dependency-Theorie (RDT) im Praxiseinsatz der Versorgungsforschung	Prof. Dr. Lena Ansmann, Universität Oldenburg (zugesagt)
11:30	12:30	<b>Podiumsdiskussion:</b> Welche Theorien können für die Versorgungsforschung herangezogen werden?	Moderation: Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve, Vivantes (zugesagt)
12:30	13:30	Mittagspause	

### Nachmittag

von	bis	Thema	
<b>Theorie(n) in der Praxis am Fallbeispiel der Lotsensysteme</b>			
13:30	14:00	1 Lotse – 9 Theorien	Lara Schломann MSc, IMVR (zugesagt)
14:00	14:30	Innovationsdatenbank: Lotsenprojekte im Überblick	Roland Nagel, Leipziger Foren; Martin Klein
14:30	14:50	Fallbeispiel 1: Schlaganfall-Lotsen	Dr. Michael Brinkmeier, Deutsche Schlaganfall-Hilfe (zugesagt)
14:50	15:10	Fallbeispiel 2: Cardio-Lotsen	Petra Riesner, AOK Nordost (angefragt)
15:10	15:40	Kaffeepause	
15:40	16:00	Fallbeispiel 3: Lotsenprojekt XYZ	noch offen, wird nach Auswertung der Umfrage angefragt, um eine Theorienvielfalt zu garantieren
16:00	16:20	Fallbeispiel 4: Lotsenprojekt XYZ	noch offen, wird nach Auswertung der Umfrage angefragt, um eine Theorienvielfalt zu garantieren
16:20	16:40	Fallbeispiel 5: Lotsenprojekt XYZ	noch offen, wird nach Auswertung der Umfrage angefragt, um eine Theorienvielfalt zu garantieren
16:40	17:30	<b>Podiumsdiskussion:</b> Mit Theorie(n) zur Versorgungsforschung 2.0 – Auf dem Podium diskutieren neben den Referenten des Nachmittags: Friederike Botzenhardt, BMG (anzufagen), Prof. Dr. Volker Amelung, BMC	Moderation: Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve, Vivantes
17:30	18:00	Fazit/Verabschiedung	Prof. Dr. Roski, MVF
bis 20:00		Abend-Talk mit Catering	

## Anmeldung

per Fax an: 0228 76 38 280-1

per Mail an: [kongress@m-vf.de](mailto:kongress@m-vf.de)

Online: [https://www.monitor-versorgungsforschung.de/willkommen/kongresse/Theorie\\_wagen](https://www.monitor-versorgungsforschung.de/willkommen/kongresse/Theorie_wagen)

per QR-Code:





**Dr. Dr. Klaus Piwernetz<sup>1</sup>, Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Edmund A. M. Neugebauer<sup>2</sup>**  
 1: medimaxx health management GmbH, München  
 2: Senior-Professor Versorgungsforschung an der Medizinischen Hochschule Brandenburg

## Gesundheitssystem neu denken: Strategiewechsel jetzt!

### Teil 3: Wer A sagt, muss auch B sagen

>> Die Erfahrungen aus der Pandemie zeigen, dass komplexe Situationen und Systeme nur mit klaren Zielvorgaben und Verantwortlichkeiten gesteuert werden können. Für die konkret Handelnden ist es weiter hilfreich, wenn klare operative Rahmenbedingungen und ein Wertekanon zur Verfügung stehen. Solche Ziele finden sich im Nationalen Pandemieplan (1, 2). Rahmenbedingungen liefern unter anderem Methoden aus Epidemiologie und Infektiologie sowie aus Versorgungsmanagement und Gesundheitsversorgung. Ein Wertekanon lag nur implizit vor, er konkretisierte sich im Laufe der Pandemie durch Statements des Deutschen Ethikrates, der Leopoldina und weiterer Gremien. Zielkonflikte zwischen Gesellschaft, individueller Gesundheit und Wirtschaft wurden im politischen Handeln vornehmlich ad hoc bearbeitet. Dabei wurden sie aber in vielen Situationen weder zeitlich, noch regional konsistent noch sachgerecht gelöst.

Moritz Schularick hat dabei aufgetretene Probleme aus volkswirtschaftlicher Sicht analysiert (3) und kommt zu dem Schluss, dass staatliches Handeln durchaus Optimierungspotenziale hat. **Aus systemtheoretischer Sicht können sich politisches Handeln und operatives Krisenmanagement gut ergänzen, sich aber nicht gegenseitig ersetzen.** Solche Beziehungen nennt man komplementär. Die Vermischung der beiden Handlungslinien führte zu deutlichen Friktionen und resultierte nicht selten in suboptimalen Lösungen und unbefriedigenden Ergebnissen. Die Ministerpräsidentenkonferenzen machten dies in ihren Entscheidungen und den folgenden Umsetzungsvarianten immer wieder deutlich. Faktenbasis, Zeittakte der Entscheidungen und Schlussfolgerungen unterschieden sich in den Bundesländern zum Teil erheblich. **Allein der informalen Selbstorganisation der Leistungsträger in Gesundheitsversorgung (Ärzte und Pflege), den öffentlichen Gesundheitsdiensten und der kommunalen Katastrophen-Steuerung ist der halbwegs glimpfliche Verlauf zu verdanken.**

Würde in Zukunft Good Governance auf der politischen Ebene besser mit einer solch engagierten Selbstorganisation verzahnt, käme das Land sehr viel besser durch die nächsten Krisen. Besonders hilfreich wäre dabei eine klare Definition von Zielen und Aufgaben auf Bundes- und Landesebene und die konsequente Beachtung von Subsidiarität. Also: Ziele, Methoden, Daten und Fakten, Verantwortung und Transparenz.

**Die Parallelen für die Neuausrichtung des Gesundheitssystems sind offensichtlich.** Eine feste Verbindung von politischen Vorgaben mit deren konsequenter operativer Umsetzung ist für die Neuausrichtung unverzichtbar. Konkret würde dies mit der konstruktiven Verzahnung von Good Governance und Selbstorganisation aber gleichzeitig mit einer konsequenten Trennung der Aufgaben umgesetzt. Die beiden vorhergehenden Artikel (4, 5) beschreiben dies ausführlicher. Der erste Artikel (4) beschrieb das funktionale Zusammenwirken der Ebenen im Gesundheitssystem, der zweite (5) die Verbindung von Governance und Selbstorganisation. Die politische Ebene entscheidet, was das Gesundheitssystem erreichen soll und was dabei zu beachten ist, die Ebene der Gesundheitsversorgung ent-

wickelt dann die besten Wege, um die Vorgaben mit Methoden der Selbstorganisation umzusetzen.

Die logischen und organisatorischen Verbindungen der Ebenen verdienen dabei besondere Aufmerksamkeit. Bund, Länder, Regionen und Einrichtungen sind in der Gesundheitsversorgung vertikal miteinander verbunden, innerhalb jeder dieser Ebenen ergänzen sich Good Governance und Selbstorganisation konstruktiv. In einem föderalen Gesundheitssystem verlangen die Prinzipien der Subsidiarität eine klare Trennung zwischen Politik und operativem Handeln. Aktivitäten in allen Bereichen orientieren sich immer an den gemeinsam formulierten Gesundheits- und Versorgungszielen und am Gemeinwohl.

Für die konkrete Umsetzung ist es innerhalb mancher Länder wie Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen oder Nordrhein-Westfalen empfehlenswert, Regionen als weitere Untergliederung einzuziehen. Die geopolitischen und/oder soziodemografischen Unterschiede innerhalb ihrer Gebiete sind so groß, dass eine Unterteilung in mehrere Versorgungsregionen erforderlich ist.

### Subsidiarität ist das Zauberwort

**Das Subsidiaritäts-Prinzip bildet die Grundlage föderaler Planung.** Sven Leunig liefert dazu eine klärende Analyse [7], die sich auf das „Handbuch des Föderalismus“ [8] von Ines Härtel stützt. Beindruckend ist danach eine Formulierung von Papst Pius XI. in der Enzyklika „Quadragesimo Anno“ in der These Nr. 79 [9]:

*„...: wie, was der Einzelmensch aus eigener Initiative und mit seinen eigenen Kräften leisten kann, ihm nicht entzogen und der Gesellschaftstätigkeit zugewiesen werden darf, so verstößt es gegen die Gerechtigkeit, das, was die kleineren und untergeordneten Gemeinwesen leisten und zum guten Ende führen können, für die weitere und übergeordnete Gemeinschaft in Anspruch zu nehmen; zugleich ist es überaus nachteilig und verwirrt die ganze Gesellschaftsordnung. Jedwede Gesellschaftstätigkeit ist ja ihrem Wesen und Begriff nach subsidiär; sie soll die Glieder des Sozialkörpers unterstützen, darf sie aber niemals zerschlagen oder aufsaugen.“*

Die Forderung hat seit ihrer Veröffentlichung im Jahr 1931 nichts an ihrer Bedeutung verloren.

Für den konkreten Zweck in dieser Arbeit sind zwei Quellen Leunigs direkter umsetzbar. Nach Nida-Rümelin [10] werde nach dem Subsidiaritäts-Prinzip „nur das auf die nächsthöhere Ebene verlagert (...), was von der unteren Ebene nicht adäquat zu bewältigen ist“. Und nach Ines Härtel [8] sei es „gerade auch eine Frage der Effizienz, die Aufgabenerfüllung derjenigen Ebene zu überlassen, die dazu am besten in der Lage ist. Das bedeutet in der Regel, erst dann eine Weitergabe in die nächst höhere Ebene vorzunehmen, wenn die untere Ebene die Aufgabe im gesamtstaatlichen Interesse nicht und der Bundesstaat sie gleichzeitig besser erfüllen kann“.

Im Gesundheitssystem beobachten wir also Subsidiarität in zwei Richtungen: Zwischen Good Governance und Selbstorganisation sowie zwischen den Ebenen Bund-Länder-Regionen-Einrichtungen. Das

bedeutet aber auch eine wechselseitige Abhängigkeit: die obere Ebene schafft geeignete Rahmenbedingungen, damit die nachfolgende Ebene ihre Aufgaben adäquat bewältigen kann.

Die Erfahrungen aus der Corona-Pandemie zeigen, dass insbesondere die Kopplung von Gesundheitspolitik auf Bundes- und Landesebene bei der Neuausrichtung einer gründlichen Überarbeitung bedarf. Eigentlich ist die **Trennung der Aufgaben** logisch:

Auf der **Bundesebene** sorgt die Gesundheitspolitik dafür, dass Gesundheits- und Versorgungsziele (GVZ), Rahmenbedingungen und Wertekanon auf breiter gesellschaftlicher Basis einheitlich definiert werden (z. B. durch Bürgerkonferenzen). Die Selbstorganisation definiert die Inhalte der Versorgung in Form von Leitlinien und medizinisch-pflegerischen Standards. Selbstverständlich gelten Methoden der Gesundheitswissenschaften wie Epidemiologie, Infektiologie, Hygiene, Gesundheitsökonomie, Versorgungsforschung, Risikomanagement oder Qualitätsmanagement im gesamten Bundesgebiet. Auch die Methoden zur Bedarfsermittlung oder zur Planung integrativer Gesundheitsversorgung können einheitlich sein. Die Ausgestaltung der Fachkunde erfolgt länderübergreifend.

Auf der **Landesebene** wird Gesundheitsversorgung spezifisch organisiert. Dazu ist es zunächst Aufgabe der Gesundheitspolitik auf

Landesebene, für belastbare Planungsgrundlagen zu sorgen. Die Methodik zur Bedarfsermittlung wird bundeseinheitlich zur Verfügung gestellt, die regionalen Planungsergebnisse können durchaus erhebliche Unterschiede aufweisen.

Die Rahmenbedingungen für Versorgungssteuerung und Lenkung von Patientenströmen sind Aufgaben der Gesundheitspolitik eines Landes. Nach dem Transparenzgebot werden Versorgungsmodelle und deren Ergebnisse benchmarkfähig evaluiert. So wird das Gesundheitssystem zu einem lernenden System mit erheblichen Effizienzvorteilen.

Für die konkrete Umsetzung spielen die **fünf Schlüsselemente** des Konzepts „Strategiewechsel jetzt!“ (5) eine tragende Rolle: 1) Gesundheits- und Versorgungsziele, 2) Patientenorientierung, 3) Bedarfsorientierung, 4) Verantwortung und 5) Transparenz.

Die Elemente 1 bis 3 sind bedeutsam für die Definition von Good Governance, die Elemente 4 und 5 für die Selbstorganisation.

Gemäß den Prinzipien von Good Governance formuliert die Politik die Ziele so gut und definiert die Rahmenbedingungen und Wertebasis so klar, dass die Selbstorganisation Gesundheitsversorgung optimal organisieren kann. Über das Element 4 ist Verantwortung für die Zielerreichung klar zugewiesen, das Element 5 schafft so viel Transparenz, dass die jeweilige Zielerreichung zeitnah deutlich wird. Vereinbarte Toleranzgrenzen definieren den Handlungsspielraum der Selbstorganisation.

Konkret ist diese Kopplung auf der Ebene „Bund“ zwischen Good Governance und Selbstorganisation durch die Regel G3 realisiert (6): sie beschreibt das Delegationsverfahren zwischen dem BMG als operativen Vertreter von Good Governance mit dem **Nationalen Institut für Gesundheit** als oberster Instanz der Selbstorganisation, Details finden sich in (4, Abb. 3).

In den vertikalen Verbindungen etwa zwischen Bund und Bundesländern gibt es selbstverständlich keine Anordnungs-kompetenz.

Die laufende Gesundheitsberichtserstattung nach den Grundsätzen eines Public Reporting zeigt Bürgern und Patienten auf den verschiedenen Ebenen wie gut die subsidiären Ziele erreicht werden. Qualitätsorientierte Vergütung bzw. Ressourcenzumessung entfalten über die Methoden der allokativen Effizienz eine steuernde Wirkung. Dabei ist die Versorgungsforschung aufgerufen, geeignete Methoden zu entwickeln, um den Einfluss systemischer Vorgaben auf die operative Gesundheitsversorgung besser zu verstehen und transparenter zu machen.



**Abb. 1:** Verzahnung von Good Governance und Selbstorganisation. Die Verzahnung ist in der Initiative Strategiewechsel jetzt! (6) durch eine klare Regel (S3) realisiert. Das Delegationsverfahren wird vom Bundestag beschlossen und vom BMG operationalisiert.



**Abb. 2:** Verzahnung von Bundes- und Landerebenen. Da niemand ein staatliches Gesundheitssystem will, werden einheitliches, evidenzbasiertes Wissen sowie technische und methodische Standards auf Bundesebene definiert. Die organisatorische Umsetzung erfolgt auf Landesebene. Governance in beiden Bereichen ist kompatibel verbunden. Selbstorganisation auf Landesebene kann auf alle inhaltlichen und methodischen Vorarbeiten der Bundesebene zurückgreifen.

### Sektorübergreifende oder integrative Versorgung?

**Zwischen den beiden Ansätzen „sektorübergreifende“ und „integrative“ Versorgung liegen Welten.** Sektorübergreifende Versorgung geht davon aus, dass die Sektoren im Gesundheitssystem grundsätzlich erhalten bleiben. Dafür gibt es aber außer der geschichtlichen Entwicklung oder der Berücksichtigung von Partikularinteressen keine logische Begründung. Zeitgemäße Gesundheitsversorgung wird immer von den Patienten aus gedacht, ausschließlich für sie ist das Gesundheitssystem da. Das Denken in Sektoren ist im Gesundheitswesen obsolet geworden und behindert den Weg in eine moderne Gesundheitsversorgung.

Für die Neuausrichtung kann es also nur um integrative Versorgung gehen. Sie wird von den Patienten, von den Gesundheits- und Versorgungszielen und von den aktuellen Evidenzen aus gedacht. Dies wird von neutralen Fachleuten derzeit einvernehmlich auch so gefordert.

Zugegeben, eine integrative Gesundheitsversorgung ohne Sektoren ist nicht einfach vorstellbar. Man zögert unweigerlich bei dem

## Zitationshinweis

Piwernetz, K., Neugebauer, E.A.M.: „Wer A sagt, muss auch B sagen“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/21), S. 38-40. <http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2352>

Gedanken, GKV-SV, DKG und KBV gleichzeitig zu ersetzen. Wie soll das funktionieren? Eine Selbstverwaltung ohne Interessenvertreter? Man kann das Problem in zwei Schritten angehen. Zunächst könnte man a) die Aspekte herausstellen, die diese Interessensvertreter grundsätzlich nicht mehr bearbeiten sollen: Das sind alle Themen, die Ziele und Werte festlegen, die also definieren, was das Gesundheitssystem insgesamt leisten soll und wie Patienten in diesem System eingebunden sind. Ausgehend von den jeweiligen Stärken könnten dann b) die drei Partner definieren, wie sie die gesundheitspolitischen Vorgaben konstruktiv erfüllen können. GKV-SV bringt ihre Expertise ein, wie Beiträge erhoben und sinnvoll den Leistungen zugeordnet werden. Im Übrigen werden sich die Rollen der Krankenkassen unter Bedingungen eines Grundeinkommens sowieso drastisch ändern, da die Kosten der Gesundheitsversorgung dann vornehmlich aus Steuermitteln bestritten werden und sich individuelle Beitragszahlungen eher auf Wahlleistungen konzentrieren. Diese Entwicklung könnte, nein müsste, jetzt bereits vorbereitet werden.

DKG und KBV können sich auf Bundesebene darauf konzentrieren, methodische Gemeinsamkeiten für die regionale Gesundheitsversorgung auszuarbeiten. Dabei orientieren sie sich an den generischen Behandlungspfaden, deren Entwicklung das Nationale Institut für Gesundheit (NIG) koordiniert. Diese Gemeinsamkeiten haben dann in allen Regionen Geltung und unterstützen die Entwicklung und Funktionsfähigkeit der regionalen Versorgungsketten. Auf dieser inhaltlichen Grundlage können sie auch im Sinne der traditionellen Interessenvertretung als Verhandlungsführer bei den „Tarifverhandlungen“ mit dem GKV-SV auftreten. Dabei gilt das Prinzip: Das Geld folgt der Leistung innerhalb der integrativen Versorgung. Eine feste Verbindung von Budgets mit den „Sektoren“ gibt es dann nicht mehr. Diese Aufgabenteilung stellt auch die Kopplung von inhaltlichen und methodischen Vorgaben auf Bundesebene mit der organisatorischen Realisierung in den regionalen Versorgungsmodellen sicher.

## Literatur

1. Robert Koch Institut, editor. Nationaler Pandemieplan Teil I – Strukturen und Maßnahmen: druckhaus köthen GmbH & Co. KG; 2017.
2. Robert Koch Institut, editor. Nationaler Pandemieplan Teil II – Wissenschaftliche Grundlagen. Berlin: druckhaus köthen GmbH & Co. KG; 2016.
3. Moritz Schularick: Der entzauberte Staat. Was Deutschland aus der Pandemie lernen muss. Verlag C.H.Beck oHG, München 2021. ISBN eBook (PDF) 978 3 406 77784 4
4. Piwernetz, K., Neugebauer, E.A.M.: „Gesundheitssystem neu denken: Strategiewechsel jetzt!“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (02/21), S. 40-42. doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.02.21.1866-0533.2295>
5. Piwernetz, K., Neugebauer, E.A.M.: „Gesundheitssystem neu denken: Strategiewechsel jetzt!“ (Teil 2), in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/21), S. 26-29. doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2013>
6. Klaus Piwernetz und Edmund Neugebauer, Strategiewechsel jetzt! Die Corona-Pandemie als Chance für eine Neuausrichtung unseres Gesundheitssystems, Verlag deGruyter. 2020. ISBN 978-3-11-070674-1
7. Sven Leunig: Subsidiarität als Kompetenzverteilungsregel im deutschen Föderalismus? Bundeszentrale für politische Bildung. 2015. <https://www.bpb.de/apuz/209068/subsidiaritaet-als-kompetenzverteilungsregel?p=2#bio0>. Download 01.07.2021
8. Ines Härtel (Hrsg.): Handbuch Föderalismus, Bd. 1: Grundlagen des Föderalismus und der deutsche Bundesstaat, Wiesbaden 2012, ISBN: 978-3642015724
9. Papst Pius XI: Enzyklika „Quadragesimo Anno“. 1931. [https://homepage.univie.ac.at/Christian.Sitte/PAkrem/zerbs/volkswirtschaft\\_I/beispiele/wio\\_b07.html](https://homepage.univie.ac.at/Christian.Sitte/PAkrem/zerbs/volkswirtschaft_I/beispiele/wio_b07.html). Download 01.07.2021
10. Julian Nida-Rümelin: Philosophische Grundlagen des Föderalismus, in: Ines Härtel (Hrsg.), Handbuch Föderalismus, Bd. 1: Grundlagen des Föderalismus und der deutsche Bundesstaat, Wiesbaden 2012, S. 145-164
11. Claudia Maria Hofmann, Gerhard Igl, Franz Knieps, Hartmut Reiners, Felix Welti, Ulrich Wenner, Silvia Woskowski: Neustart! Für das Gesundheitsrecht. Ein Handlungskatalog für Politik und Selbstverwaltung. 2021. Herausgegeben von der Robert Bosch Stiftung GmbH. ISBN 978-3-939574-65-1

So verbinden sich einerseits die Prinzipien von Good Governance auf Bundesebene mit der auf den Landesebenen und andererseits die Aufgaben der jeweiligen Selbstorganisationen. Vor einer konkreten Umsetzung ist in manchen Bundesländern noch eine zum Teil erhebliche Aufbauarbeit zu leisten, damit die entsprechenden Einrichtungen ihre Aufgaben im Rahmen der Selbstorganisation erfüllen können. Dazu zählen insbesondere die Landesinstitute, die in Abstimmung mit den Landes-Gesundheitsministern die Versorgungsbedarfe erarbeiten und die Grundlagen dafür bereitstellen, regionale Ziele und Prioritäten abzuleiten.

## Strategiewechsel jetzt!

Klare Ziele – klare Wege: Sobald die Ziele klar und insbesondere messbar (smart) sind, werden auch die Wege deutlich, auf denen man die Ziele erreichen kann. Jeder Weg hat Begrenzungen und, wenn es gefährlich wird, sogar Leitplanken. Zusammen mit Wegweisern, Entfernungangaben, Verkehrsschildern und am Ende auch Verkehrsregeln kann sich jeder damit auf den Straßen zurechtfinden und sich halbwegs sicher bewegen. Niemand kommt auf die Idee, im Verkehrssystem auf diese Grundelemente verzichten zu wollen. Das Gesundheitssystem ist wesentlich komplexer. Warum sollte man den „Verkehrsteilnehmern“ nicht auch dort vergleichbare Hilfen bereitstellen?

**Eindeutige Verantwortung:** Wenn es Ziele gibt, muss sich auch jemand darum kümmern, sie zu erreichen. Insbesondere dann, wenn es um Menschen und/oder Geld geht. In der Wirtschaft als einen der wesentlichen Motoren unserer Gesellschaft verzichtet kein Eigentümer eines Unternehmens darauf, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen klar zu benennen und sich regelmäßig über die Zielerreichung berichten zu lassen. In der Neuausrichtung muss dies auch für das Gesundheitssystem eine unverzichtbare Grundforderung sein.

**Transparenz und Lernen:** Wenn ein System lernen soll, muss es unbedingt wissen, wo es im Bezug auf die Zielerreichung steht. Gesundheitspolitik und Selbstorganisation brauchen gleichermaßen eine belastbare Faktenbasis als Entscheidungsgrundlage. Mit zeitnaher Transparenz im Rahmen einer modernen Gesundheitsberichtserstattung kann man ein Gesundheitssystem steuern. Unter den aktuellen Bedingungen ist es hilfreich, wenn Krankenkassen Sachstandsberichte zu unterschiedlichen Themen herausgeben. Mittelfristig wird das ein funktionierendes NIG unter konstruktiver Mitwirkung der Krankenkassen bundeseinheitlich leisten.

**Wer A sagt, muss auch B sagen:** Föderalismus ist in der Gesundheitsversorgung höchst willkommen. Keiner will ein staatliches Gesundheitssystem. Zur Realisierung des Subsidiaritätsprinzips müssen die Bundesländer dann aber auch entsprechende Kapazitäten und Kompetenzen aufbauen. Mit klarem gestalterischem Willen können sie so die Rahmenbedingungen schaffen, um eine moderne integrative Gesundheitsversorgung in verbundenen Regionen zu gewährleisten. <<

Autoren: Piwernetz, K., Neugebauer, E.A.M.  
**Strategiewechsel jetzt! Corona-Pandemie als Chance für die Neuausrichtung unseres Gesundheitssystems**

Verlag: De Gruyter, 2021  
363 Seiten, Paperback  
ISBN: 9783110706741  
Digital: 9783110706826  
Preis: 79,95 Euro



## Zitationshinweis

Mertes, K.: „Instrumentalisierung der Kinder“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/21), S. 41. <http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2353>



**Pater Klaus Mertes SJ**

früherer Rektor des Canisius-Kollegs in Berlin, danach Kollegdirektor am internationalen Jesuitenkolleg in St. Blasien

## Instrumentalisierung der Kinder

>> „Wenn wir jedem in Deutschland ein Impfangebot gemacht haben, dann können wir zur Normalität in allen Bereichen zurückkehren.“ Auf diesen seinen Satz in einem ZDF-Interview am 12.9.2021 angesprochen erwiderte Kanzleramtschef Helge Braun, die Zusage ließe sich noch nicht umsetzen, unter anderem deswegen, weil es kein Impfangebot für Kinder gäbe. Damit sei noch nicht „allen“ ein Impfangebot gemacht. Mit dem Ohr des Pädagogen gehört bedeutet das: Zur Normalität können wir erst zurückkehren, wenn alle Kinder ein Impfangebot haben. Also liegt das Problem bei den Kindern. Und diese Botschaft kommt auch bei den Kindern an.

Ein Angebot für Kinder ab 12 Jahren steht zur Verfügung, spätestens seit die STIKO die entsprechende Impfung empfohlen hat. Für Fünf- bis Elfjährige hat Biontech kürzlich als erste Firma Studienergebnisse zur Wirksamkeit ihres Covid-19-Impfstoffs vorgelegt (vgl. TAGESPIEGEL, 21.9.2021). Doch vor dem Ganzen ist eine Klammer zu setzen: Der Sinn der Impfung von Kindern besteht in erster Linie gar nicht darin, die Kinder zu schützen. „Die Überlebensrate bei Covid-19 von Kindern unter 18 Jahren beträgt ohne medikamentöse Behandlung 99,998 %.“ (Centers for Disease Control and Prevention). Auch die Hinweise auf ein besonderes „Long-Covid“-Risiko bei Jugendlichen werden inzwischen relativiert. Aufgrund von Studien zweifelt man inzwischen sogar daran, dass Long-Covid bei Minderjährigen überhaupt ein Problem sei (vgl. ZDF heute-journal vom 28.7.2021).

Es ist also sehr wahrscheinlich, dass die Politik auf die Impfung von Kindern hauptsächlich drängt, um die sogenannte „Herdenimmunität“ herzustellen. Das ist allerdings ein Grund, der bei Eltern und Kindern nicht unbedingt Vertrauen schafft. Kinder werden zum Mittel für den Zweck gemacht. Die Botschaft der Gesellschaft an sie lautet: Ihr seid ein Infektionsrisiko. Wenn ihr euch nicht impfen lasst – oder wenn eure Eltern das nicht wollen –, dann leidet die gesamte Gesellschaft weiter an den Einschränkungen der Grundrechte, und ihr seid schuld.

Diese Diskussion ist in den Schulen und Kitas angekommen: Bei den Eltern, bei dem pädagogischen Personal, und bei den Jugendlichen selbst, auch bei den Kleinsten und Schutzbedürftigsten. Sie spaltet Erzieher- und Lehrerkollegien, Kindergruppen und Schulklassen, Elternvertretungen und Elternabende, und schließlich Familien einschließlich der Beziehung zwischen Eltern und Kindern – und zwar aus unterschiedlichsten Gründen. An der Frage nach der Impfung, genauer: nach dieser Impfung scheiden sich immer mehr die Geister. Dabei geht es lange nicht mehr nur um eine kühle Abwägung möglicher Risiken. Es geht um die Frage nach Vertrauen in Politik, Medien und Wissenschaft. Es geht um Misstrauen, um Diffamierungen, Verletzungen, Gesprächsabbruch, Beziehungsabbruch. Auch die Sprache über die Impfung selbst versagt in dem Maße, in dem sie eskaliert: Während die einen von der Impfung als „Erlösung“ sprechen, nennen andere sie eine „Bio-Waffe“ (Mike Yeadon, Luc Montagnier u.a.).

Bleiben wir noch kurz bei der Impfung. Nie war bisher in der Geschichte die „Gewährung“ von Grundrechten an eine Impfung gebunden. Nie zuvor wurde eine flächendeckende gesundheitspolitische Präventionsstrategie mit einem Impfstoff kombiniert, dessen Langzeitfolgen allein schon deswegen nicht bekannt sein können, da er ja erst

seit einem knappen Jahr eingesetzt wird. Gerade diese Impfung fordert ja deswegen das Vertrauen besonders heraus. Dieses Vertrauen wird jedoch erschüttert, wenn die Skepsis Aggression hervorruft, gerade auch in der öffentlichen Sprache – „Impfgegner“, „Esoteriker“, „Bekloppte“ (Joachim Gauck). Es ist nachvollziehbar, dass Eltern gerade bei der Impfung ihrer Kinder besonders sorgfältig hinschauen. Kann man ihnen verdenken, wenn sie unter dem gestiegenen Impfdruck beginnen, sich mit Geschichten wie die der Schweinegrippe 2009 zu befassen, wie sie in der Arte-Dokumentation „Profiteure der Angst“ erzählt wird und nun schon seit 1½ Jahren im Internet zu finden ist? Damals wurde ein Impfstoff als Ausweg aus der Pandemie als sicher angeboten; nach längerer Zeit stellt sich heraus, dass er eine schwere Nebenwirkung (Narkolepsie) auslöst, woraufhin er unverzüglich vom Markt genommen wurde.

Schon einmal hat die Politik im Herbst 2020 rückblickend zugegeben, dass man bei dem ersten Lockdown zu wenig auf die Kinder und Jugendlichen geachtet habe, und auch nicht auf die überforderten Eltern in prekären Verhältnissen, auf sexualisierte Gewalt und Misshandlungen in Familien, auf Vereinsamung, Depression, Waschzwänge, Spielsucht, Essstörungen und so weiter. Im Herbst dieses Jahres geht es nun mit dem Druck weiter, gefühlt bei vielen sogar schärfer als im Frühjahr 2021, seit das Impftema hinzugekommen ist. Der pädagogische Preis ist jedenfalls hoch, wenn man die „Durchimpfung“ der Kinder und Jugendlichen zum Schlüssel für das Offenhalten der Bildungsinstitutionen macht, oder gar zum Schlüssel für die Beendigung der Maßnahmen. Weil ein Mädchen positiv getestet ist, wird eine ganze Kita geschlossen und werden die ungeimpften Eltern mit in Quarantäne verwiesen. Weil ein Junge in der dritten Klasse eine ärztliche Maskenbefreiung hat, muss er sich in die hintere Ecke setzen und wird mit Plexiglas-Scheiben eingekreist. Lehrer fragen in Klassen ab, wer geimpft ist und wer nicht geimpft ist. Ungeimpfte Kinder müssen sich von Lehrer:innen Sprüche anhören wie: „Wenn ich auf der Intensivstation liege, schreibe ich dir eine Postkarte.“ Wer sich weigert, auf die Frage „Bist du geimpft?“ zu antworten, gilt als ungeimpft. Mobbing-Situationen entstehen nicht nur, sondern werden sogar legitimiert: Wenn Ungeimpfte von Geimpften gehänselt werden, dann sei das „vielleicht zu akzeptieren“ (Heinz Faßmann, ÖVP-Bildungsminister, in heute.at, 12.8.2021). Die pädagogischen und damit auch gesundheitlichen Kollateralschäden werden beiseitegeschoben. Sie werden die Gesellschaft noch viele Jahre lang beschäftigen. Sie sind „dramatisch – sie sind auch viel dramatischer als die Folgen der Infektion selbst“ (Jakob Maske, Sprecher des Bundesverbandes der Kinder- und Jugendärzte, ZDF-Mittagsmagazin, 15.9.2021).

Die Politik hat sich verrannt. Deswegen steigert sie den Druck auf die Kinder und deren Eltern. Doch anstatt das Problem auf dem Rücken der Kinder auszutragen, stünde etwas ganz anderes an, zum Beispiel eine Rede an die Kinder: Ihr seid nicht das Risiko. Ihr seid nicht schuld daran, dass die Maßnahmen noch aufrechterhalten werden müssen. Überhaupt: Diese ganzen Schuldzuweisungen an irgendwelche Gruppen führen uns in die Irre. Mehr noch: Ihr braucht uns nicht zu schützen – denn wir sorgen schon selbst dafür, dass wir uns schützen. <<



**Johannes Bauernfeind**

Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg

## „Chancen von Versorgungswettbewerb in der GKV“

>> Angesichts der Finanzsituation der GKV erscheinen steigende Steuerzuschüsse und erhöhte Zusatzbeiträge bereits zu Beginn der 20. Legislaturperiode des Bundestags als kurzfristige Maßnahmen unausweichlich. Mittel- und langfristig braucht es hingegen keine fiskalischen, sondern strukturelle Maßnahmen für eine leistungsfähige GKV. Diese Einsicht belebt von neuem die „alte“ Diskussion um das Verhältnis zwischen staatlicher Regulierung und wettbewerblichen Ansätzen – und damit den Wunsch nach einem tauglichen Ordnungsrahmen, der insbesondere Qualität und Effizienz der gesundheitlichen Versorgung bestmöglich befördert. Nachfolgend soll cursorisch gezeigt werden, warum dabei – entgegen der gesundheitspolitischen Präferenz für exekutiven Dirigismus – wettbewerbliche Strukturen einen wesentlichen Beitrag zur Bewältigung der anstehenden Herausforderungen leisten können – und sollten.

### 1. Demografie, sozialer Wandel, medizinischer Fortschritt und Digitalisierung als Treiber von Veränderungsprozessen

Die großen Herausforderungen für das deutsche Gesundheitssystem und die Perspektive der Gesetzlichen Krankenversicherung sind schnell benannt: Demografischer Wandel und vielfältige gesellschaftliche Veränderungen (hier insbesondere ein Trend zur Individualisierung), medizinischer Fortschritt und Digitalisierung. Die Konsequenzen dieses Vierklangs für die sozialpolitische Agenda der kommenden Jahre liegen auf der Hand.

Dennoch ist die Gesellschaft des „längeren Lebens“ offenkundig (noch) nicht bereit, die in den unterschiedlichsten biografischen Entwürfen liegende Dysbalance zwischen den Lebensphasen Ausbildung – Erwerbsarbeit – Alter/Ruhestand neu auszutarieren. Niedrige Geburtenraten und die Lebenserwartung, die seit Jahrzehnten stabil pro Jahr um etwa einen Monat steigt, schlagen naturgemäß als Unwucht unmittelbar auf die Renten- und Versorgungssysteme durch. Doch auch die Kranken- und Pflegeversicherung gerät mit ihrer Abhängigkeit von der Entwicklung der Erwerbseinkommen immer stärker in eine strukturelle Überforderung.

Im Gesundheitswesen stellt der medizinisch-wissenschaftliche Fortschritt eine weitere epochale Herausforderung dar. Die – aus Patientensicht – hoch erfreuliche Entwicklung neuer und besserer Diagnostik- und Therapieansätze verläuft dynamischer als der allgemeine Produktivitätszuwachs. Und mit Blick auf den Versicherten als „Kunden“ entfällt auch der Preis als limitierender Faktor für die Leistungsgewährung. Schließlich trägt in unserer Werteordnung aus guten Gründen die Solidargemeinschaft das Kostenrisiko des medizinischen Fortschritts; selbst dann, „wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht“.

Untrennbar verknüpft mit dem medizinischen Fortschritt ist die Digitalisierung im Gesundheitswesen. Die Innovationspotenziale in Forschung, Versorgung und Administration sind noch längst nicht zu ermessen. Gleichzeitig ziehen die neuen Möglichkeiten der Datenverarbeitung neue Optionen und Wünsche nach sich – und nähren mit der Informationstechnologie Teile einer ganzen Branche aus den Beiträgen der Versicherten.

Und es zeichnen sich weitere „Stressfaktoren“ für die Kranken- und Pflegeversicherung ab: Etwa die Arbeitsmarkt-Effekte des sozialen und demografischen Wandels auf der Leistungsseite. So erreicht der Arbeitskräftemangel immer mehr Versorgungsbereiche und Gesundheitsberufe – auch wenn die Knappheit nicht durchweg der Demografie geschuldet ist, sondern, etwa in den akademischen Heilberufen, auch einer fehlgeleiteten politischen oder berufsständischen Regulierung von Ausbildung und Berufszugang.

Die hier genannten Trends sind weder Anlass für Untergangsszenarien noch zur Euphorie, sondern ein schlichtes Faktum, mit dem sich das Gesundheitssystem und seine Akteure zu befassen haben. Vieles dürfte dabei auf dem Prüfstand stehen: Der gesetzlich-regulatorische Rahmen – und damit Fragen nach dem Verhältnis zwischen Markt und Steuerung, das (Selbst-)Verständnis der Krankenkassen bzw. der GKV insgesamt, die Rollen und Funktionen der Versorgungsakteure – und nicht zuletzt die Perspektive der Versicherten: Ihre Ansprüche als Patienten und ihre Erwartungen als Kunden, aber auch legitime Anforderungen der Solidargemeinschaft an das Individuum.

### 2. Deregulierung und Wettbewerb als Erfolgsmodell mit hohem Kundennutzen

Entgegen dem verbreiteten Zerrbild einer „blockierten Republik“ hat die Politik seit den 1990er Jahren wiederholt tief in Strukturen und Besitzstände eingegriffen, die lange als sakrosankt gegolten hatten. Und dies mit Erfolg: Selbst Nostalgiker wünschen sich die alten Post- und Fernmeldemonopole nicht mehr zurück. Auch die Deregulierungen in Energie und Luftfahrt sind aus Verbrauchersicht Erfolgsgeschichten. In den genannten Beispielen ist es gelungen, Leistungen der Daseinsvorsorge aus der unmittelbaren Obhut des Staates in öffentlich regulierte Märkte zu überführen. Kritik und Unmut von Bürgern artikulieren sich heute sogar eher dort, wo die Daseinsvorsorge in den Händen der unmittelbaren Staatsverwaltung geblieben ist. So ist es etwa bis heute nicht gelungen, Schule und Verwaltung flächendeckend mit digitalen Plattformen und Werkzeugen auszustatten.

Trotz dieser unbestrittenen Erfolge der Deregulierung geraten wettbewerbliche Ansätze im politischen Diskurs zunehmend in die Defensive. Dies mag das Zögern der Politik erklären, den in 1990er Jahren begonnenen Weg fortzuführen. Ganz besonders gilt dies für das Gesundheitswesen.

### 3. GSG – Integrierte Versorgung – Innovationsfonds: Etappen zu mehr Wettbewerb oder Fortführung der Regulierungsspirale?

Es fällt schwer, das Gesundheitswesen auf einem Kontinuum zwischen „Staat“ und „Markt“ zu verorten. Einzig bei der Kassenwahl der Versicherten bestand ab 1996 ein weitgehend homogener und transparenter Wettbewerb, in den die Krankenkassen nach dem „Lahnsteiner Kompromiss“ von 1992 entlassen wurden. In jüngerer Zeit hat jedoch auch hier der Staat die einst gewährten Freiheiten sukzessive zurückgenommen – im Kontext weiter Eingriffe in die Selbstverwaltung und die Finanzautonomie der Krankenkassen.

In der Gesamtschau vermittelt das Gesundheitswesen somit ein

heterogenes Bild im Kontext der Kategorien von Markt und Wettbewerb. Zudem hat sich im deutschen Gesundheitswesen schon früh jener „dritte Weg“ etabliert, den die Politikwissenschaft als „Korporatismus“ bezeichnet. Also jenes fein austarierte Geflecht institutionalisierter Interessen – die vielzitierte „Selbstverwaltung“ –, die der Staat als Normgeber einerseits schützt und derer er sich andererseits als „Erfüllungsgehilfe“ für sein eigenes Rational bedient.

Der Korporatismus und die Sektorierung im deutschen Gesundheitswesen sind dabei zwei Seiten einer Medaille, insoweit „ambulant“ und „stationär“ dem Zuschnitt der wesentlichsten institutionellen Akteure auf der Leistungsseite entsprechen, nämlich Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) bzw. deren Pendanten in den Ländern.

Ökonomie und Politik arbeiten sich seit Jahrzehnten an diesem Status quo der Gesundheitsversorgung ab. Zwar hat der Gesetzgeber seit den 1990er Jahren Durchlässe und Übergänge an den „Sektorengrenzen“ geschaffen, aber dennoch die Statik des „Doppelhauses“ der ambulanten und stationären Versorgung im Kern nicht angetastet. Sektorübergreifende Versorgung war und ist unter diesen Umständen nur im experimentellen Setting möglich – und stets nur mit elaborierten Mechanismen zur Bereinigung sektorspezifischer Budgets, damit am Ende das Geld der Leistung folgt. Trotz einer hohen Investitionsbereitschaft der GKV ist die Integrierte – sektorunabhängige – Versorgung unter diesen Umständen kaum über den Modellstatus hinausgekommen.

Für diesen Strukturkonservatismus gibt es plausible Gründe: Die genannten korporatistischen Akteure mögen für die Politik mitunter unbequeme Partner sein. Noch mehr aber stehen sie – als Adressaten des Sicherstellungsauftrags – für Verlässlichkeit. Immerhin hat Deutschland mit seinem korporatistischen „Sonderweg“ seit 1945 keinen Streik seiner niedergelassenen Ärzte erlebt. Selbst die wenigen Streiks von Beschäftigten in Krankenhäusern erfolgten stets unter Aufrechterhaltung der Notfallversorgung. Auch mit Blick auf die Kostensteuerung erwies sich die Selbstverwaltung als probates Instrument: So greifen gesetzliche Maßnahmen der Preisregulierung und Kostendämpfung nur dann, wenn sie auch institutionell durchsetzbar sind. Dies gelingt – zumindest auf kurze Sicht – vortrefflich mittels sektoraler Budgets, die von den korporatistischen Akteuren effektiv „verwaltet“ werden.

Mit dem Motiv der Risikovermeidung hat der Gesetzgeber vor allem zu liberalen Wettbewerbsmodellen stets Abstand genommen. Zwar hat die Politik den Vertragsärzten mit der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) bzw. der GKV mit der Integrierten Versorgung (IV) Zugeständnisse im Sinne einer institutionellen Alternative zur körperschaftlichen Interessenvertretung gewährt. Gleichzeitig hat der Gesetzgeber auf die Versuche, insbesondere der Hausärzte, den körperschaftlichen Rahmen durch kollektive Zulassungsrückgabe vollständig zu verlassen, mit einer harschen, ja existenzgefährdenden Sanktionsandrohung reagiert.

Im Ergebnis bleiben Kollektivvertrag und Kontrahierungszwang in der ambulanten Versorgung bis heute die Regel, HZV und IV die Ausnahme. Und selbst in der HZV hat der Gesetzgeber beharrlich am Vertragszwang zu Lasten der Kassen festgehalten und auch die freie Wahl des Vertragspartners empfindlich eingeschränkt.

Eine systematische Öffnung im Sinne einer sektorunabhängigen Versorgung ist also nur möglich, wenn der Staat entweder selbst höhere Steuerungsrisiken in Kauf nimmt – oder ein regulatorisches Arrangement findet, in dem die Versorgungs- und Kostenrisiken von Akteuren übernommen werden, die selbst keine sektorspezifischen

Eigeninteressen verfolgen. Keinesfalls kann dieses Arrangement ein strukturelles „Weiter so“ bedeuten. Stattdessen sollten die Chancen eines neuen Wettbewerbsmodells in den Blick genommen werden, mithin nicht die Frage ob, sondern wie Versorgungswettbewerb zukünftig im Gesundheitswesen erfolgreich etabliert werden kann. Dieser Paradigmenwechsel erschließt nicht nur wettbewerbliche Potenziale, sondern bietet auch die Chance, die Versorgung nicht aus der Perspektive von Strukturen zu denken, sondern von den individuellen Bedarfen von Versicherten und Patienten. Somit rücken Koordination und Kooperation in den Mittelpunkt der Leistungserbringung.

#### 4. Ganzheitliche Versorgungsprozesse und Patientenorientierung

Das sektoral gegliederte deutsche Gesundheitssystem mag innerhalb seiner Sektoren leistungsfähig sein; allerdings führt das Binnenrational der Akteure aus einer patientenorientierten Gesamtversorgungssicht nicht zu einem befriedigenden Ergebnis. Ferdinand Gerlach, Vorsitzender des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen, hat diesen Befund gelegentlich als „Organisierte Verantwortungslosigkeit“ charakterisiert. Dieses Diktum mag zugespitzt sein, dennoch beschreibt es die vielen Brüche in den Versorgungsketten zwischen Professionen, Disziplinen und Sektoren. Zentrale Herausforderung für ein effizientes Gesamtsystem ist daher eine wirksame Koordination und Kooperation der Leistungsbereiche: Zum einen auf der Ebene der quantitativen und qualitativen Angebotsstrukturen (Bedarfsplanung), zum anderen auf der Ebene einer koordinierten Zusammenarbeit (Versorgungsaufträge und Versorgungspfade anhand stabiler Prozessketten) und schließlich – und in erster Linie – in einer patientenorientierten individuellen Versorgungssteuerung.

Die gesetzlichen Krankenkassen sind dabei die einzigen Akteure, die grundsätzlich aus ihrer institutionellen Verfasstheit heraus (indem sie einen internen Ausgleich zwischen den antagonistischen Interessen der Versicherten als Beitragszahler und Leistungsempfänger organisieren) und wegen ihrer Wettbewerbsstellung zueinander systemisch auf ein effektives und effizientes Gesamtversorgungsergebnis im Sinne der Versicherten und Patienten ausgerichtet sind.

Die skizzierte Rolle eines Systemintegrators bedarf auch auf operativer Ebene hoher logistischer Fähigkeiten und eines System- und Steuerungswissens, welches im dt. Gesundheitswesen in erster Linie Krankenkassen vorhalten (können). Sie sind in allen Leistungsepisoden von Versorgungsprozessen in unterschiedlichen Rollen involviert, etwa als Vertragspartner aller Leistungserbringern, als Genehmigungs- und Vergütungsinstanz, ggf. als Anbieter eigener (Satzungs-) Leistungen, als Informationsquelle, als Adressat von Beschwerden, als QS-Prüfinstanz – und nicht zuletzt als „Halter“ eines kaum übersehbaren Datenbestandes. Dieses Merkmal bzw. die Fähigkeit, sämtliche Behandlungsepisoden zu „verklammern“, prädestiniert allein Krankenkassen oder ihre Arbeitsgemeinschaften dafür, (Paket-)Leistungen nach Kunden-/Patientenbedürfnissen zu entwickeln und anzubieten, ggf. auch „einzukaufen“ – und sie gleichzeitig an Qualitätskriterien auszurichten, die dem Patienten in seiner Rolle als „Kunde“ kaum zugänglich und erst Recht nicht zu überprüfen sind. Durch eine gezielte Kompetenzzuweisung an Krankenkassen in den sektoralen Regulierungsregimen kann ein Innovationsprozess stimuliert werden, der intrinsisch auf eine optimale Gesamtversorgung zielt, ohne die Effizienzorientierung zu vernachlässigen.

Zur Erfüllung ihres Auftrags im SGB V, „den Versicherten die (...) Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung zu stellen“, stehen Krankenkassen zwar mit allen Leistungs-

## Zitationshinweis

Bauernfeind, J.: „Chancen von Versorgungswettbewerb in der GKV“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/21), S. 42-44.  
<http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2343>

erbringergruppen in Vertragsbeziehungen. Aufgrund der heterogenen und sektoralen Regulierungsregime gelingt es gleichwohl nicht, diese Konstellation auf durchgängige Gesamtversorgungsprozesse auszurichten. Im Gegenteil: Zuletzt hat der Gesetzgeber mit zahlreichen unmittelbaren dirigistischen Eingriffen einen solchen Ansatz erschwert, etwa indem er

- in der Heilmittelversorgung Vertragsbeziehungen und Vergütungen vollständig vereinheitlicht und zentralisiert hat;
- mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) unsinnige Terminvorgaben und Zusatzvergütungen für Arztpraxen zentral oktroyiert;
- mit den Digitalen Gesundheitsanwendungen ganz neue Leistungsbereiche ohne Mitwirkung der Krankenkassen (und ohne Nutzenbewertung) ins Leistungsrecht aufnimmt.

Mit einer unmittelbaren staatlichen Steuerung kann eine rationale Gesamtsteuerung nicht erreicht werden. Noch weniger wird auf diese Weise eine Stabilisierung der GKV-Finzen realistisch zu erzielen sein.

### 5. Kollektive Gesundheitsregionen als Lösungsoption?

Das zuletzt in der gesundheitspolitischen Fachöffentlichkeit diskutierte Konzept von Gesundheitsregionen scheint hingegen kaum geeignet, den skizzierten Anforderungen patientenorientierter Gesamtversorgungsprozesse unter Berücksichtigung von Effizienz und Qualität gerecht zu werden. Die Übertragung von Initiativrechten auf Kommunen zur Ausrufung von Gesundheitsregionen und der damit konzeptionell verbundenen Einschaltung von Managementgesellschaften mit Koordinierungsfunktion gegenüber Leistungserbringern würde in der Konsequenz die Auflösung der für die GKV konstitutiven Kongruenz von Finanzierungs- und Versorgungsverantwortung bedeuten. Die oben aufgezeigten Kompetenzen der Krankenkassen blieben als Potenzial für das Gesundheitswesen ungenutzt.

Angesichts der Erfahrungen mit entsprechenden Modellen in Baden-Württemberg mag es erstaunen, dass dieser Ansatz weiterhin als Blaupause für eine flächendeckende Neuaufstellung der Versorgungsstrukturen in Deutschland gilt. Sehr viel naheliegender erscheint es, stufenweise die Krankenkassen in ihrem Gesamtversorgungsauftrag zu fordern und zu stärken und dafür die regulatorischen Weichen zu stellen.

### 6. Auf dem Weg zu einer Gesamtverantwortung durch die Krankenkassen

Eine zwingende Voraussetzung für Kooperation und Koordination auf der Versorgungsebene ist die Bereitschaft der verschiedenen Akteure, sich auf ein übergreifendes Steuerungsrational einzulassen und sich darin selbst als gestaltendes Element zu begreifen. Dazu bedarf es eines Regulierungsgefüges, das (regionale) gemeinsame Gestaltungsziele befördert, um schrittweise mehr sektorenübergreifende Versorgungsprozesse passgenauer abzustimmen und die Übergänge zwischen (Teil-)Versorgungsaufträgen verlässlicher auszugestalten. Dieser Rahmen beschreibt explizit nicht etwa die ehemals diskutierten Kasseneinkaufsmodelle, sondern vielmehr ein Setting, in dem regional vorhandene oder zu aktivierende Ressourcen entsprechend den Bedarfen mit klaren Versorgungsaufträgen hinsichtlich Quantität und Qualität in ein koordiniertes Versorgungsgeschehen eingebunden werden.

Auf dem Weg dorthin erscheinen folgende Maßnahmen zielführend:

1. Einführung des von der AOK-Gemeinschaft eingebrachten übergreifenden „3+1 Gremiums“ für sektorenunabhängige (regionale) Bedarfsplanung in Verbindung mit der Vergabe von Versorgungsaufträgen an Leistungserbringern bzw. deren Verbünde sowohl selektivvertraglich als auch kollektiv.
2. Die Verankerung von Versorgungs- und Finanzierungsverantwortung auf regionaler Ebene; derzeit steht die Ausgestaltung des Morbi-RSA (etwa der neu eingeführte Regionalfaktor) den dafür notwendigen Anreizen entgegen.
3. Die Digitalisierung als Innovationstreiber darf nicht durch einengende Regeln der Telematikinfrastruktur behindert werden. Die Möglichkeiten der Digitalisierung werden jedoch nicht nur technisch beschränkt. Bleiswerer wirkt hier die über Jahrzehnte gewachsene Struktur der ärztlichen Vergütung als Innovationshemmnis. Feste Preise in Verbindung mit einer konsequenten Prüfung der Leistungsmengen sollten die Tür öffnen für eine Auflösung der budgetierten Gesamtvergütung und des HVM.
4. Vertrags- und Vergütungskompetenz gehören dorthin, wo Versorgung gestaltet und (im Wettbewerb erfolgreich) verantwortet wird. Eine Revision der genannten zentralistischen Eingriffe der letzten Legislatur ist dringend geboten. <<

## „Jenseits des Lagerdenkens“

>> Die Allianz Kommunaler Großkrankenhäuser und der AOK-Bundesverband beschreiben in ihrem Forderungskatalog „Jenseits des Lagerdenkens“ wesentliche Reformbedarfe und skizzieren damit ebenso eine „zukunftsfähige Krankenhausstruktur“:

**1** ... Die mittlerweile fast vier Milliarden Euro, die den Krankenhäusern dadurch jährlich fehlen, führen auch dazu, dass diese aus den Erlösen der Krankenhausbehandlung ihre Investitionen mitfinanzieren müssen. ... Ziel einer Neuaufstellung der Investitionskostenfinanzierung muss es sein, eine qualitätsorientierte Leistungskonzentration an geeigneten Krankenhäusern zu erreichen sowie eine auskömmliche Investitionsfähigkeit sicherzustellen. **Dabei müssen Anreize zu einer medizinisch nicht induzierten Mengenausweitung vermieden werden.**

**2** Auch zukünftig muss die Finanzierung der Investitionsbedarfe für die Basis- und Notfallversorgung in der Verantwortung der Länder liegen und durch diese sichergestellt werden. Darüber hinaus sind eine gezielte Förderung und Finanzierung von Strukturen für spezialisierte und hochkomplexe Behandlungen wie z. B. Leistungen mit einem positiven Volume-Outcome-Verhältnis oder neuartiger Leistungen erforderlich. ... Um die skizzierte qualitätsbasierte Krankenhausstruktur zu erreichen, bedarf es einer **stringenten Krankenhausplanung mit Strukturvorgaben unter besonderer Berücksichtigung von Mindestmengen.**

**3** ... Eine derartige Versorgungspyramide auf Basis einheitlicher Strukturvoraussetzungen und Mindestqualitätsanforderungen trägt auf allen Ebenen zu einer hohen Versorgungsqualität bei. So haben große kommunale Krankenhäuser und Universitätskliniken während der Corona-Pandemie in vielen Regionen die Steuerung von Patienten, Kapazitäten und Material koordiniert. Dabei sind sinnvolle Strukturen der Zusammenarbeit entstanden. ...

**4** ... Es sind ein geeignetes Vergütungssystem und ein sachgerechter Ordnungsrahmen mit regionalen Vertragsprinzipien, Qualitätssicherung sowie Bedarfsplanung vorzusehen, die das Prinzip „Wer kann, der darf“ ersetzen. Die Umgestaltung muss mit einem intersektoralen Vergütungssystem für klar definierte Leistungsbereiche flankiert werden, das Anreize für die kontinuierliche qualitative Weiterentwicklung in diesem Bereich setzt. ... <<

Link: <https://bit.ly/3nQ3N5u>

### Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

Der erste DKVF 2001 war ein wichtiger Ausgangspunkt von 20 Jahren erfolgreicher Aufbauarbeit in der Versorgungsforschung

## 20 Jahre Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) – Rückschau und Ausblick

Im Jahr 2002 wurde an der Universität zu Köln der 1. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) ausgerichtet. 24 medizinische Fachgesellschaften beschlossen dort, die in Deutschland zuvor lange vernachlässigte Versorgungsforschung gemeinsam voranzubringen. Im Anschluss an den 1. DKVF wurde die Ständige Kongresskommission gegründet, mit dem Ziel, die Versorgungsforschung als Thema und die wissenschaftliche Community der Versorgungsforscher:innen gemeinsam voranzubringen.

>> Als Sprecher dieser Kongresskommission wurde Prof. Dr. H. Pfaff gewählt. Bei diesem Treffen wurde deutlich, dass sehr viele medizinische Fachgesellschaften einen Bedarf haben, konkrete Versorgungsprobleme fachübergreifend zu diskutieren. Als besonders dringlich wurde eine Zusammenarbeit zwischen den klinischen und den methodischen Fachgesellschaften angesehen. 2004 wurde das Memorandum I zur Versorgungsforschung in Deutschland verfasst, 2005 folgte das Memorandum II „Konzeptionelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen der Versorgungsforschung.“ Das Memorandum III befasst sich in vier Teilen mit den Methoden in der Versorgungsforschung und hat hier einen Rahmen und wissenschaftliche Standards für die Versorgungsforschung gesetzt. Das Memorandum IV setzt sich mit der theoretischen Fundierung der Versorgungsforschung auseinander. Die Memoranden werden laufend aktualisiert. In jüngster Zeit sind Memoranden zu den Themen Gesundheitskompetenz, Gesundheits- und Medizin-Apps (GuMAs), zur Versorgungsforschung in der Onkologie und der Teil 4 des Memorandums III Konzept und Methoden organisationsbezogener Versorgungsforschung sowie ein Update des Memorandum Register konsentiert und veröffentlicht worden [1].

Aus der Kongresskommission heraus wurde 2006 von 26 Fachgesellschaften das „Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung“

als gemeinnütziger Verein gegründet. Prof. Dr. Holger Pfaff wurde zum Gründungspräsidenten gewählt. Den Gründer:innen war der Netzwerkgedanke besonders wichtig. Eine gute Gesundheitsversorgung gelingt vor allem mittels eines interdisziplinären Austausches und einer sektorübergreifenden Zusammenarbeit in der Versorgung. 2008 wurde die Geschäftsstelle in Köln eröffnet. Geschäftsführerin wurde Dr. Gisela Nellessen-Martens. 2019 erfolgte der Umzug nach Berlin. Dr. Thomas Bierbaum übernahm die Geschäftsführung.

Das DNVF zählt inzwischen 50 Fachgesellschaften und 53 wissenschaftliche Institutionen sowie 270 Einzelpersonen zu seinen Mitgliedern. Ein Fokus der Arbeit des DNVF ist die methodische und institutionelle Weiterentwicklung der Versorgungsforschung und die evidenzgeleitete Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems. Das Netzwerk erarbeitet wichtige Voraussetzungen für evidenzbasierte Entscheidungen im Gesundheitswesen und für eine verbesserte Versorgung und Gesundheit der Bevölkerung. Die Evidenzgenerierung durch versorgungsnahe Daten zu konkretisieren und weiterzuentwickeln, ist ein aktueller Arbeitsschwerpunkt. Das DNVF engagiert sich für den Transfer von Forschungsergebnissen in die Versorgungspraxis und die wissenschaftliche Begleitung des Innovationsfonds. Die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses ist ein zentrales Anliegen.

#### Kommentar

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wenn Sie dieses Heft in den Händen halten, haben wir den 2. digitalen Kongress für Versorgungsforschung durchgeführt. Dass sich über 700 Teilnehmer:innen registriert haben, freut uns sehr. Das Kongressmotto



Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke  
Vorsitzende des DNVF e.V.

„Versorgungskontext verstehen – Praxistransfer befördern“ wurde in den ersten beiden Plenarsitzungen aufgenommen und vertieft. Aus der dritten Plenarsitzung „Versorgungsforschung 2.0 – Ergebnisse der DNVF Zukunftswerkstatt“ haben wir wichtige Anregungen und Hinweise für die zukünftige Entwicklung und Ausrichtung des DNVF mitnehmen können. Ganz herzlichen Dank an Prof. Martin Härter und die Mitglieder der Zukunftskommission für die Durchführung der Zukunftswerkstatt. Neben den 49 interaktiven Abstracts und 21 Science-Pitches, die das ganze breite Spektrum der Versorgungsforschung abbildeten, fanden fünf Symposien in acht virtuellen Räumen statt. In neun Sessions wurde aktuelle Covid-19-Studien präsentiert und diskutiert. Das zeigt wie stark die Versorgungsforschung sich für die Bewältigung der Pandemie und ihrer Folgen engagiert. Besonders gefreut habe ich mich, dass wir wieder ein vom Bundesministerium für Gesundheit gefördertes Satellitensymposium zum Thema „Angemessene medizinische Versorgung in Krisensituationen“ veranstalten konnten.

Ganz herzlich bedanken möchte ich mich beim Kongresspräsidenten Prof. Holger Pfaff, seinem Kölner Organisationsteam und allen Beteiligten dieses Jubiläumskongresses.

20 Jahre Deutscher Kongress für Versorgungsforschung sind ein Anlass für eine Rückschau und einen Ausblick auf zukünftige Aufgaben und Herausforderungen. Der erste DKVF vor zwanzig Jahren war der Ausgangspunkt für die Gründung des DNVF. Wir können auf zwanzig Jahre erfolgreiche Aufbauarbeit in der Versorgungsforschung zurückblicken und ich freue mich sehr, dass unsere Konzepte, methodischen Ansätze und Fragestellungen zunehmend Berücksichtigung finden und von Leistungserbringern, Krankenkassen und Fachgesellschaften nachgefragt werden. Basis dieser erfolgreichen Arbeit ist das enorme ehrenamtliche Engagement unserer Mitglieder in den vielen Arbeitsgruppen, den Ad-hoc-Kommissionen und in der Vorstandsarbeit.

Ihnen allen eine gute Zeit und geben Sie gut auf sich acht!

Ihre Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke,  
Vorsitzende DNVF

Das DNVF versteht sich als unabhängig und neutral im Spannungsfeld Wissenschaft, Versorgungspraxis, Gesundheitswirtschaft und Gesundheitspolitik. Die inhaltliche Arbeit wird getragen durch ein hohes ehrenamtliches Engagement des Vorstands, der 15 Arbeits- und 7 Fachgruppen, der Gruppe der Hochschullehrer:innen und der Gruppe internationale Versorgungsforschung.

### **Das Geschäftsmodell des Netzwerks ist die ehrenamtliche Arbeit vieler sehr engagierter Wissenschaftler:innen.**

In den Jahren 2019-2021 hat das DNVF fünf Memoranden [1] und zwei Positionspapiere [2] sowie zwei Kapitel des Manuals für Methoden und Nutzung versorgungsnaher Daten zur Wissensgenerierung veröffentlicht. Ein weiterer Teil der ehrenamtlichen Arbeit sind Stellungnahmen zur aktuellen Gesetzgebung, die Ausrichtung des Forums Versorgungsforschung sowie Workshops auf Kongressen von Fachgesellschaften. Das Netzwerk engagiert sich bei der Leitlinienerstellung und kooperiert hier eng mit der AWMF.

Jährlich lädt das DNVF zum Deutschen Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) ein, der etwa 1.000 Expert:innen aus Wissenschaft, Praxis, Selbstverwaltung und Politik zusammenbringt. Seit 2013 richtet das Netzwerk eine Spring School aus. Das Programm ermöglicht den fundierten Einstieg in die Versorgungsforschung und bietet auch erfahrenen Versorgungsforscher:innen eine breite Auswahl zur Weiterbildung. Das DNVF bedankt sich herzlich bei allen Referent:innen, die durch ihre hervorragende und engagierte Lehre die Spring School zu einer der führenden Weiterbildungsveranstaltungen der Versorgungsforschung in Deutschland gemacht haben.

Im Netzwerk hat sich eine sehr kooperative Kommunikationskultur etabliert, die neben einem konstruktiven sachbezogenen, wissenschaftlichen Dialog auch Offenheit, Humor und Wertschätzung pflegt.

### **Die Netzwerktätigkeit des DNVF hat Qualität und Relevanz der Versorgungsforschung nachhaltig gestärkt.**

Der Fokus der Versorgungsforschung hat sich von einem anfangs deskriptiv-analytischen Ansatz zu einem interventionellen auf Veränderung gerichteten Schwerpunkt entwickelt [3]. Die Aktivitäten des DNVF und seiner Mitglieder sowie Studien und Konzepte der Versorgungsforschung werden im deutschen Gesundheitswesen zunehmend beachtet und haben Eingang in die Gesetzgebung gefunden. Ebenso hat sich die Anzahl der Professuren mit Denomination Versorgungsforschung stark erhöht (aktuell 34 Kolleg:innen an 28 Standorten) [7] und die Gruppe der Hochschullehrer:innen des DNVF hat aktuell 48 Mitglieder. Seit 2015 vergibt das DNVF, in Gedenken an das verstorbene Ehrenmitglied Prof. Dr. Wilfried Lorenz, den Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis. Der Preis dient der Weiterentwicklung der Versorgungsforschung in Deutschland und der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Er wird alljährlich im Rahmen des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung (DKVF) verliehen.

### **Wichtige Meilensteine**

#### **2011 AMNOG**

Im Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) führte der Gesetzgeber 2011 den Begriff des Zusatznutzens in das Sozialgesetzbuch V (§ 35a) ein. Ein Kriterium für den Zusatznutzen ist die Messung der gesundheitlichen Lebensqualität. Die Anerkennung und

zunehmende Nutzung von Patient Reported Outcomes ist ein Verdienst der Versorgungsforschung.

#### **2015 Das Versorgungsstärkungsgesetz**

Das Versorgungsstärkungsgesetz regelt unter anderem die Sicherstellung der flächendeckenden ambulanten Versorgung, die Stärkung der Versorgungseffizienz und die Einrichtung eines Innovationsfonds.

#### **2016 Innovationsfonds**

Der Innovationsfonds bietet mit der Förderung neuer Versorgungsformen und der Versorgungsforschung eine für unser Gesundheitssystem einmalige Chance für eine zukunftsfähige, evidenzgeleitete Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Aus diesem Grund hat sich das DNVF seit der Ankündigung des Innovationsfonds im Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) im Jahr 2015 kontinuierlich engagiert, um einen möglichst effektiven, effizienten, gerechten, transparenten und nachhaltigen Einsatz der Mittel des Innovationsfonds zu unterstützen [4][5][6]. Die Ad-hoc-Kommission Innovationsfonds engagiert sich für die methodische Qualität und den Transfer der Ergebnisse.

#### **2020**

Seit 2020 ist die Versorgungsforschung als „kleines Fach“ in Deutschland anerkannt und gelistet [7].

#### **2020 Versorgungsnahe Daten**

Das DNVF hat sich seit vielen Jahren dafür engagiert, die in Registern vorhandenen Daten für Forschungs- und Versorgungsfragen nutzbar zu machen. Die qualitativen Ansprüche an Register, die eine erweiterte

## Literatur

- [1] <https://dnvf.de/veroeffentlichungen/memoranden.html>
- [2] <https://dnvf.de/veroeffentlichungen/publikationen.html>
- [3] Pfaff H, Neugebauer E, Glaeske G, Schrappe M, Hrsg. Lehrbuch Versorgungsforschung, 2. vollständig überarbeitete Auflage. Schattauer, 2017
- [4] Schmitt J, Petzold T, Nellessen-Martens G. et al. Priorisierung und Konsentierung von Begutachtungs-, Förder- und Evaluationskriterien für Projekte aus dem Innovationsfonds: Eine multiperspektivische Delphi-Studie. Gesundheitswesen 2015; 77: 570-579
- [5] Schmitt J, Geraedts M, Klinkhammer-Schalke et al. Zum Status quo und der vorgesehenen Weiterentwicklung des Innovationsfonds (Version 3, 4.2.2020). Gesundheitswesen 2020; 82(05): 374-377
- [6] Heytens H, Walther F, Schmitt J, et al. Charakteristika von durch den Innovationsfonds geförderten Interventionsstudien: Review und Dokumentenanalyse von Studienprotokollen, Publikationen und Abschlussberichten. Gesundheitswesen 2021; 83: e20-e39 |
- [7] [https://www.kleinefaecher.de/kartierung/kleine-faecher-von-a-z.html?tx\\_dmb\\_monitoring%5BdisciplineTaxonomy%5D=189&cHash=d3471e9ca6bcadb6e395c3ce9d42382f](https://www.kleinefaecher.de/kartierung/kleine-faecher-von-a-z.html?tx_dmb_monitoring%5BdisciplineTaxonomy%5D=189&cHash=d3471e9ca6bcadb6e395c3ce9d42382f)
- [8] Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Konzepte zur Generierung versorgungsnaher Daten und deren Auswertung zum Zwecke der Nutzenbewertung von Arzneimitteln nach § 35a SGB V; Auftrag A19-43 (IQWiG-Berichte; Band 863; 13.05.2020). Im Internet: [https://www.iqwig.de/download/A19-43\\_Versorgungsnahe-Daten-zum-Zwecke-der-Nutzenbewertung\\_Rapid-Report\\_V1-1.pdf](https://www.iqwig.de/download/A19-43_Versorgungsnahe-Daten-zum-Zwecke-der-Nutzenbewertung_Rapid-Report_V1-1.pdf); Stand: 25.07.2020
- [9] Klinkhammer-Schalke M, Kaiser T, Bierbaum T, et al. Manual für Methoden und Nutzung versorgungsnaher Daten zur Wissensgenerierung. Gesundheitswesen 2020; 82(08/09): 716-722
- [10] Hoffmann F, Kaiser T, Klinkhammer-Schalke M, et al. Versorgungsnahe Daten zur Evaluation von Interventionseffekten: Teil 2 des Manuals. Gesundheitswesen 2021; 83: 470-480

Nutzenbewertung im Sinne des IQWiG ermöglichen, sind im Memorandum „Register“ des DNVF von 2019 in Abstimmung mit den Fach- und Arbeitsgruppen des DNVF erarbeitet und veröffentlicht worden. Das DNVF hat es deshalb außerordentlich begrüßt, dass das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) [8] nun Registerdaten bei entsprechender Qualität als geeignet für die erweiterte Nutzenbewertung von Arzneimitteln einstuft. Die Ad-hoc-Kommission Versorgungsnahe Daten (VeDa) des DNVF erarbeitet ein Manual für Methoden und Nutzung versorgungsnaher Daten zur Wissensgenerierung unter Mitarbeit des IGWiG, des IQTiG, der Deutschen Krebsgesellschaft, der BfArM und der McMaster University, Canada [9] [10].

### Wichtige Rolle der Versorgungsforschung in Zeiten der Pandemie

Es gibt zurzeit eine Vielzahl von Projekten, in denen sich Versorgungsforscher:innen mit den Auswirkungen der Corona-Pandemie beschäftigen und gleichzeitig helfen, Lösungen zur Bewältigung der Pandemie zu finden. Das DNVF hat im Kompetenznetzwerk Public Health die AG Anforderungen an das deutsche Gesundheitssystem initiiert. Aktuell arbeitet die AG an einem Pa-

pier zu Long-Covid. Auf den DKVFs 2020 und 2021 gab es jeweils eigene Tracks zu Covid-19.

### Ausblick

Die methodische, inhaltliche und institutionelle Weiterentwicklung der Versorgungsforschung wird neben der Nachwuchsförderung weiterhin ein Fokus der Arbeit des DNVF sein. Ziel ist es, wichtige Voraussetzungen für evidenzbasierte Entscheidungen im Gesundheitswesen zu schaffen.

Forschungsergebnisse müssen schneller und konsequenter in die Praxis des Gesundheitswesens transferiert werden. Das DNVF plädiert dabei für eine Priorisierung von Forschungsergebnissen aus methodisch hochwertigen Studien, evidenzbasierte Bewertung medizinischer Innovationen und die Etablierung eines Transferausschusses aus Wissenschaftler:innen und Versorgenden.

Verstärkt will sich das DNVF für enge Vernetzung von Forschung und Versorgung einsetzen. Diese Vernetzung ist Voraussetzung für wissensgenerierende Versorgung. Ziel ist dabei, konkret die Behandlung von Patient:innen (Translation) zu verbessern und andererseits relevante Fragen aus der Versorgung an die klinische Forschung bzw. die Grundlagenforschung (Reverse Transla-

tion) zurückzugeben.

Im Rahmen des Nationalen Krebsplans und der Dekade gegen Krebs koordiniert das DNVF die Entwicklung eines Mustercurriculums „Registerbasierte Forschung- REGIBA“, um die Evidenzgenerierung mittels registerbasierter Studien zu fördern. Das Curriculum soll (Nachwuchs-) Wissenschaftlerinnen und (Nachwuchs-)Wissenschaftlern das erforderliche Wissen und die methodischen Grundlagen für die Durchführung registerbasierter Studien und die Nutzung versorgungsnaher Daten in Registern vermitteln. Das vom BMG geförderte Projekt ist am 01.09.2021 gestartet.

Im Mittelpunkt aller Versorgung steht der Patient. Dennoch wird die Patient:innenperspektive in der Versorgungsforschung noch nicht systematisch berücksichtigt und auf allen Ebenen mit einbezogen. Im Laufe des nächsten Jahres möchte das DNVF einen Patient:innenbeirat einrichten. Erste Gespräche mit Patient:innenorganisationen haben stattgefunden.

Die Ergebnisse der durch die Zukunftskommission des DNVF organisierten Zukunftswerkstatt werden auf der Klausurtagung im November 2021 intensiv diskutiert. Sie werden wesentlich in die Ausrichtung der Ziele des DNVF einfließen. <<



Deutsches Netzwerk  
Versorgungsforschung e.V.

**SAVE  
THE DATE**

#### Kongressmotto 2022:

Versorgungsforschung – Nutzen für die klinische Praxis  
Potentiale und Perspektiven

#### Kongresspräsident:

Prof. Dr. Peter Falkai

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität, München

21. Kongress | 05.–07.10.2022 | Potsdam

**21. Deutscher  
Kongress für  
Versorgungsforschung**

[www.dkvf.de](http://www.dkvf.de)

# Versorgungsforschung 2.0

Die Ergebnisse der Zukunftswerkstatt wurden in der dritten Plenarsitzung des DKVF 2021, die von Prof. Martin Härter (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Mitglied des DNVF-Vorstands) und Mitgliedern der DNVF-Zukunftskommission gestaltet wird, vorgestellt. Die DNVF-Zukunftskommission hat die Aufgabe übernommen, Zukunftsthemen zu identifizieren und die zukünftige Entwicklung des DNVF aktiv mitzugestalten.

>> Mitglieder der Zukunftskommission sind neben Prof. Martin Härter (Hamburg), Prof. Dr. Lena Ansmann, PD Dr. Anna L. Brütt, Prof. Dr. Falk Hoffmann (alle Universität Oldenburg), Dr. Tanja Kostuj (St. Marien-hospital Hamm), PD Dr. Christoph Kowalski (Deutsche Krebsgesellschaft, Berlin), Dr. Nadine Pohontsch (UKE Hamburg), Prof. Dr. Horst Christian Vollmar (Universität Bochum) sowie Dr. Thomas Bierbaum (DNVF). Die Zukunftskommission hat sich vornehmlich mit den folgenden beiden Fragestellungen auseinandergesetzt:

- „Was kann das DNVF für seine Mitglieder leisten?“
- „Wie kann das DNVF zur Verbesserung der Versorgung beitragen?“

In einem ersten Schritt wurde eine Stärken-Schwächen- bzw. SWOT-Analyse zu den beiden Fragestellungen durch die Zukunftskommission des DNVF erarbeitet. Als nächstes wurden die Ergebnisse der SWOT-Analyse an die Mitglieder des DNVF gesendet mit der Bitte, diese zu kommentieren und zu ergänzen. Anschließend wurden die Ergebnisse redaktionell zusammengefasst und die Ziele und Chancen sowie Herausforderungen, die mit den Zielstellungen verbunden sind, in der Kommission intensiv diskutiert, priorisiert und erste Ideen für Maßnahmen zur Zielumsetzung entwickelt.

Auf der 3. Plenarsitzung des 20. DKVF (Zukunftswerkstatt) wurden die bisher erarbeiteten Ergebnisse von den Mitgliedern der Zukunftskommission präsentiert. Anschließend wurde das Plenum eingeladen, im Rahmen verschiedener Break-Out-Sessions aktiv mitzuwirken. Die Kommission hatte sich entschieden, zunächst nur die zweite Fragestellung „Wie kann das DNVF zur Verbesserung der Versorgung beitragen?“ zum Gegenstand dieser Kongressveranstaltung zu machen. Folgende Themen und ihr Priorisierungsgrad für die Ausrichtung des DNVF wurden im Rahmen der Zukunftskommission bisher identifiziert:

**Mit den Fachgesellschaften gemeinsam Versorgung verbessern (Priorisierung: hoch) – z.B. durch**

- Versorgungsmonitoring durch Qualitäts-

sicherung in enger Kooperation mit klinischen Fächern

- Qualitätssicherung mittels einer besseren Verbindung mit den Fachgesellschaften vorantreiben
- methodische Qualität in Studien hochhalten, um Evidenz zur Verbesserung der Versorgung zu schaffen

**Praxis- und Patient:innenorientierung ausbauen (Priorisierung: hoch) – z.B. durch**

- Ableitung von Fragestellungen aus der Praxis
- Einbeziehung von Patient:innen und Stakeholdern schon bei der Entwicklung von wissenschaftlichen Fragestellungen
- Entwicklung von versorgungswissenschaftlichen Fragestellungen unter Einbezug der Versorgungsrealität, z.B. Aspekte der insuffizienten Personalausstattung in Krankenhäusern und deren Auswirkungen auf Interventionsstudien thematisieren

**Themen von Morgen angehen (Priorisierung: mittel-hoch) – z.B.**

- Auswirkungen der Klimakrise auf die Versorgung in den Blick nehmen
- Digitalisierung in der Versorgung forcieren und beforschen
- Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Versorgung beobachten

**Vernetzung mit in der Versorgung Tätigen ausbauen (Priorisierung: mittel) – z.B. durch**

- Stärkung der Verknüpfung zu Kliniker:innen, Stakeholder (Leistungserbringer, Kassen, Patientenvertreter:innen) mehr ins Boot holen
- Stärkere Implementierung von Ergebnissen in klinische Felder
- Strategische Positionierung von Versorgungsforschung (z.B. Nachwuchs kommt in Entscheidungsfunktionen im Gesundheitswesen)
- Weiterführung von Initiativen wie dem Kompetenznetzwerk Public Health Covid-19

**Offensiv und breit kommunizieren (Priorisierung: mittel) – z.B. durch**

- Stärkung der Wissenschaftskommunikation und Unterstützung bei der Dissemination von Forschungsergebnissen
- Überblick über Versorgungsforschungsaktivitäten in Deutschland
- Politikberatung für evidenzbasiertes Entscheiden (evidence-based policy)

**Wissen zur Versorgungsforschung in die Breite tragen (Priorisierung: mittel) – z.B. durch**

- Förderung niedrigschwelliger Angebote zur Beratung und Förderung fachspezifischer Versorgungsforschung
- Erhöhung der Präsenz bei den Tagungen der Fachgesellschaften
- Methodenvermittlung für Stakeholder (Leistungserbringer, Kassen, Patientenvertreter:innen) anbieten

**Nachhaltige Forschungsstrukturen aufbauen (Priorisierung: mittel) – z.B. durch**

- längerfristige strategische Planungen (über eine Wahlperiode hinaus)
- Aufbau einer Monitoring-Infrastruktur

Die Ergebnisse der Zukunftswerkstatt werden zeitnah dokumentiert und allen Interessierten auf der Webseite des DNVF zur Verfügung gestellt. Auf der nächsten Klausurtagung des Vorstands wird unter der Mitwirkung der Zukunftskommission diskutiert und entschieden, welche konkreten Konsequenzen und Handlungsschritte schließlich aus den Ergebnissen der Zukunftswerkstatt folgen werden. <<

# DNVF

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V. – Geschäftsstelle  
Kuno-Fischer-Str. 8 – 14057 Berlin

eMail: [info@dnvf.de](mailto:info@dnvf.de)

Theresa Sophie Busse MA  
 Chantal Jux BA  
 Sven Kernebeck MSc PH  
 Prof. Dr. rer. nat. Sven Meister  
 Prof. Dr. Jan P. Ehlers MA

# Steigerung der Versorgungsqualität in der Palliativversorgung durch elektronische Gesundheitsakten

Der Qualitätsbegriff hat im Gesundheitswesen in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Ein Bereich der Gesundheitsversorgung, der spezielle Qualitätsanforderungen hat, ist die Palliative Care (PC). PC bezeichnet die altersunabhängige, aktive und ganzheitliche Betreuung schwerstkranker Personen, insbesondere am Lebensende (Radbruch et al. 2020). Dies umfasst die Identifikation palliativer Bedarfe, die (Voraus-)Planung der Versorgung sowie Interventionen zur ganzheitlichen Symptomkontrolle (Downar et al. 2019) mit dem Ziel, die Lebensqualität von Patient\*innen und Zugehörigen zu verbessern (Radbruch et al. 2020). In Deutschland erfolgt die Versorgung von Palliativpatient\*innen in stabileren Phasen der Erkrankung ambulant, unterstützt durch Haus- und Fachärzt\*innen, allgemeine ambulante Palliativteams (AAPV) oder spezialisierte ambulante Palliativteams (SAPV). Bei einer zunehmenden Symptomlast kann die stationäre Aufnahme auf Palliativstationen erfolgen. Sektorenübergreifend bestehen Hospizdienste und Hospize (Simon et al. 2016). Auch in der PC nimmt das Interesse an der Messung und Steigerung der Qualität der Versorgung stetig zu: So wurden 2004 durch das National Consensus Project for Quality Palliative Care (NCP) Leitlinien für acht qualitäts-entscheidende Bereiche in der PC erstellt (2004). Diese stetig aktualisierten Leitlinien sollen Akteur\*innen in der Gesundheitsversorgung dabei unterstützen, Behandlungsgrundsätze und Best-Practice-Beispiele in ihrer Behandlung einzusetzen, um hochwertige PC für alle lebenslimitierend erkrankten Personen und ihre Zugehörigen, unabhängig vom jeweiligen Setting, der Diagnose, Prognose oder des Alters zu ermöglichen (Ferrell et al. 2018).

>> Leitlinien können auf verschiedene Arten die Versorgungsqualität beeinflussen. Eine Möglichkeit ist die Entwicklung von Qualitätsindikatoren (QI) basierend auf Leitlinien, Expert\*innenmeinungen oder wissenschaftlicher Evidenz (Kötter et al. 2011). Diese helfen im Rahmen des „Deming-Zyklus“ (Plan-Do-Check-Act) Qualität zu messen, darzustellen und zu vergleichen (Taylor et al. 2014). Hierfür werden QI als definierte, messbare Items entwickelt oder aus Leitlinien übernommen (Plan) (Kötter et al. 2011) – ein Indikator kann beispielsweise das Erfragen von Vorsorgedokumenten innerhalb der

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Palliative Care (PC) birgt fachliche Besonderheiten, die spezielle Anforderungen an die Qualität stellen. Neben der Entwicklung von Qualitätsindikatoren (QI) für bestimmte Domänen (Plan), um Gesundheitsversorgung (Do) zu messen (Check), ist es auch notwendig Maßnahmen durchzuführen (Act), um die Versorgung stetig zu verbessern. Elektronische Patient\*innenakten (EPAs) können hierbei unterstützen, bestehen jedoch in Deutschland spezifisch für die PC kaum.

**Methode:** Es werden die fachlichen Besonderheiten in der PC dargestellt sowie die daraus resultierenden Domänen und dafür bereits entwickelten QI und deren Einschränkungen benannt. Daran schließt sich die Betrachtung internationaler Publikationen zu den Möglichkeiten der Qualitätsverbesserung durch EPAs an.

**Ergebnisse:** Bestehende QI sind häufig spezifisch für Settings, Zielgruppen oder nationale Gesundheitssysteme entwickelt worden. Es wird weitere Forschung benötigt, um weitere QI zu entwickeln und bestehende zu validieren. Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität mittels EPAs sind besonders im Fall der Koordination, Symptomkontrolle und Advance Care Planning verfügbar und zeigen in diesen Bereichen Erfolge auf.

**Diskussion:** Um EPAs setting-bezogen zu entwickeln und Frustration der Nutzer\*innen zu vermeiden ist es sinnvoll Nutzer\*innen in die Entwicklung einzubeziehen. Zudem ist es hilfreich Nutzer\*innen in Bezug auf die Nutzung von EPAs zu schulen, um ihre Vorteile nutzen zu können.

## Schlüsselwörter

Patientenakte, Qualität, Elektronische Patientenakte, Palliative Care, Palliativversorgung

## Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2344>

ersten 24 Stunden nach der Aufnahme in eine Einrichtung sein. Wird nun Gesundheitsversorgung durchgeführt (Do), so wird geprüft, wie viele der behandelten Patient\*innen in einer Einrichtung (mit einem bestimmten Krankheitsbild) in den 24 Stunden nach der Aufnahme um ihre Vorsorgedokumente gebeten wurden (Check). Dies wird mit der Zahl aller Patient\*innen, die in der Einrichtung aufgenommen wurden verglichen. Ein QI ist somit kein direktes Maß der Qualität, sondern ein Werkzeug zur Leistungsüberwachung (Cohen and Leemans 2014). So kann dargestellt werden, ob die derzeitige Qualität der Versorgung ausreichend ist oder angepasst werden muss (Act). Für die PC bestehen lediglich vereinzelte QI, die jedoch Schwächen aufweisen, wie etwa eine geringe Qualität (Roo et al. 2013). Als eine große Herausforderung wurde in einem Artikel die Integration der QI in die tägliche Arbeit benannt (Cohen and Leemans 2014).

Eine Möglichkeit, QI in die tägliche Arbeit zu integrieren, bieten elektronische Gesundheitsakten. So wurde in einer Studie festgestellt, dass Daten aus einem Krebsregister, die mit elektronischen Gesundheitsakten verknüpft sind, genutzt werden können, um mittels QI die Qualität der Versorgung zu bewerten (Caldarella et al. 2012). Ein ähnlicher Ansatz zur Messung der Qualität im Bereich der PC in Deutschland ist das nationale Hospiz- und Palliativregister. Hierbei werden elektronische Gesundheitsakten in der PC genutzt, um einen patient\*innenbezogenen Kerndatensatz auszufüllen und in das nationale Register zu überführen (Radbruch et al. 2014). Derzeit besteht in zwei Softwaresystemen der ambulanten PC (PalliDoc, ISPC) und zwei Dokumentationssystemen der Regelversorgung (Agfa Orbis, ID DIACOS) eine Schnittstelle zum Datenversand in das Register (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin/Nationales Hospiz- und Palliativregister 2019). Diese Daten wurden bereits genutzt, um die Umsetzung von AAPV in zwei Projektregionen zu untersuchen und zu vergleichen (Mühlensiepen et al. 2019).

Wurde mittels QI eine geringe Versorgungsqualität festgestellt, so ist es notwendig in diesen Bereichen zu handeln (Act). In vielen Bereichen (Kommunikation, Entscheidungsfindung, Symptommanagement) bieten auch hier elektronische Gesundheitsakten eine gute Un-

terstützung, etwa durch die Integration von Erinnerungsfunktionen für ein Assessment (Finucane et al. 2021). Diese Potenziale werden derzeit in Deutschland nur eingeschränkt genutzt, da die Dokumentation häufig noch analog erfolgt (Gonçalves et al. 2018) oder bestehende Systeme noch nicht an die speziellen Anforderungen der PC angepasst sind (Krüger-Brand 2015). Zudem besteht die Dokumentation für die PC in Deutschland lediglich für die ambulante Versorgung oder als Insellösung für den Austausch zwischen ambulantem und stationärem Bereich (Krumm et al. 2014). Erfolgt die Planung und Dokumentation der Behandlung in der PC in Vorlagen der Regelversorgung, so sind Informationen häufig nicht an einem dafür vorgesehenen Ort hinterlegt und Präferenzen oder Entscheidungen von Patient\*innen nicht ohne weiteres auffindbar (Tai-Seale et al. 2012). Dies macht deutlich, dass die Entwicklung spezifischer elektronischer Gesundheitsakten für die PC notwendig ist, die die Definitionen und Konzepte der PC beinhalten, um Evidenzbasierung in der Praxis voranzutreiben und die Versorgungsqualität zu verbessern.

Das Ziel dieses Artikels ist es zu verdeutlichen, wie elektronische Patient\*innenakten (EPAs) im Bereich PC zur Messung und Steigerung der Versorgungsqualität beitragen können. Zunächst werden die Grundlagen elektronischer Gesundheitsakten betrachtet. Daran schließt sich die Betrachtung der von der NCP benannten Domänen und die hierfür verfügbaren QI zur Messung der Qualität an. Nachfolgend werden die Bereiche eingehender betrachtet, deren Qualität durch elektronische Gesundheitsakten aktiv beeinflusst werden kann. Hierfür werden die Anforderungen einer palliativ-spezifischen Dokumentation und ihrer Inhalte basierend auf den Bedürfnissen von erwachsenen Palliativpatient\*innen und ihren Zugehörigen betrachtet.

## Elektronische Gesundheitsakten

Vor dem Hintergrund der nachfolgenden Ausführungen ist es wichtig, definitorische Abgrenzungen in Bezug auf die verschiedenen Typen von elektronischen Gesundheitsakten durchzuführen. In Deutschland wird zwischen drei Typen unterschieden (Deiters/Houta 2015; Haas 2017; Meister/Houta 2020): Elektronische Patient\*innenakten (EPA), elektronische Gesundheitsakten (EGA) und Elektronische Fallakten (EFA). Diese Typen lassen sich entlang der zwei Kerneigenschaften „Zugriffsberechtigung“ und „Daten“ unterscheiden.

Eine EPA ist patient\*innengeführt, d.h., Patient\*innen entscheiden, welche Daten für welche Akteur\*innen sichtbar sind. Der Einsatzzweck von EPAs ist medizinisch intendiert und zielt auf einen Austausch mit Akteur\*innen der Primärversorgung ab. Abgrenzend zur EPA besitzt eine EGA einen breiteren Einsatzzweck zur Sammlung gesundheitsbezogener Daten. Zugriffsberechtigt sind Bürger\*innen in der Rolle der Krankenversicherten oder Patient\*innen. Die Qualität der Daten kann sowohl bei der EPA als auch bei der EGA nicht sichergestellt werden. Ebenso kann keine Vollständigkeit der Akte garantiert werden. Im Unterschied zu EPA und EGA ist die EFA eine ärzt\*innengeführte Akte, d.h., Patient\*innen berechtigen Ärzt\*innen für den Zugriff. Hierbei dürfen (a) Daten zur Sicherstellung der Qualität nur durch diese eingestellt werden und (b) alle Dokumente müssen immer allen Ärzt\*innen zur Verfügung stehen. Es gilt das „Alles oder Nichts“ Prinzip in Bezug auf die erteilten Zugriffsberechtigungen.

Eine Erhebung der Stiftung Münch aus dem Jahr 2018 zeigte auf, dass Deutschland sich bei der Umsetzung der EPA im europäischen Vergleich auf Platz 13 von 20 untersuchten Ländern befindet und in den letzten zwei Jahren somit um zwei Plätze gefallen ist (Gonçalves et al. 2018). Mit Beginn des Jahres 2021 wurde jedoch auf Basis

des EPA Konzepts die elektronische Patientenakte (ePA) als Anwendung der Telematikinfrastruktur nach §291 a SGB V eingeführt, welche patient\*innengeführt fallübergreifende Informationen sammelt und auch durch Ärzt\*innen befüllt werden kann (PDSG, SGB V). Neben diesen digitalen Aktenordnern stellt sich jedoch die Frage, welche Inhalte für spezifische Versorgungszwecke benötigt werden. Medizinische Informationsobjekte (MIO) repräsentieren eben solche (technisch) standardisierten Informationen und sind Teil der gesetzlichen Vorgaben. Diese universell verwend- und kombinierbaren Informationsbausteine können in elektronischen Gesundheitsakten zur Dokumentation genutzt werden (z. B. in Form des Impfpasses). Im Sinne der Interoperabilität sind MIOs für jedes System lesbar und erleichtern somit den Informationsaustausch zwischen verschiedenen Versorger\*innen mit unterschiedlichen Systemen (Krüger-Brand 2020).

Im Rahmen dieses Artikels wird die Bezeichnung EPA als Entsprechung für die in der internationalen Literatur häufig synonym verwandten Begriffe der Electronic Health Records und Electronic Medical Records verwendet.

## Qualitätsindikatoren für Palliative Care

Durch QI sollen die Qualität in einem bestimmten Bereich gemessen, dargestellt und verglichen werden. Doch wie können EPAs zur Messung der Versorgungsqualität in der PC beitragen? Essenziell ist es hierfür festzulegen, welche Bereiche einer besonderen Qualitätsüberprüfung bedürfen. Da diese sogenannten Domänen in der PC von denen der Regelversorgung abweichen, wurde im Rahmen des NCP überprüft, welche Domänen in der PC besonders bedeutsam sind: (1) Struktur und Prozess der Versorgung (Aus- und Weiterbildung, Kontinuität der Versorgung), (2) Physikalische Aspekte (Messen, Dokumentieren und Management von physikalischen Symptomen und Nebenwirkungen), (3) Psychologische und psychiatrische Aspekte (Messen, Dokumentieren und Management von psychologischen Symptomen, Beurteilung und Management der psychologischen Reaktionen von Patient\*innen und Zugehörigen), (4) Soziale Aspekte (Pflegeziele besprechen, Patient\*innen und Zugehörigen Unterstützung anbieten), (5) Spirituelle, religiöse und existenzielle Aspekte (Bereitstellung von Informationen über spirituelle Dienste), (6) Kulturelle Aspekte (Einbezug kultureller Einschätzungen, Präferenzen berücksichtigen, Sprache und Rituale), (7) Pflege des unmittelbar sterbenden Menschen (Erkennen und Dokumentation des Eintritts in die aktive Sterbephase, Erfassen und Dokumentieren der Wünsche bezüglich des Sterbeorts), (8) Ethische und rechtliche Aspekte (Dokumentation von Patient\*innenpräferenzen, Erstellen von Patient\*innenverfügungen, Vorausplanung der Versorgung stärken) (Ferrell 2005; Ferrell et al. 2018). Darauf basierend wurden in einem Review von De Roo et al. (2013) bestehende QI gesammelt, die den jeweiligen Domänen zuzuordnen sind (Roo et al. 2013). Es ergaben sich 17 Sets mit insgesamt 326 QI in allen durch den NCP benannten Domänen, die häufig bestimmte Patient\*innengruppen (z.B. ältere Personen), Settings (z.B. Hospize) oder nationale Besonderheiten (z.B. alle Settings in den Niederlanden) fokussierten. Ein QI war beispielweise die Dokumentation des Angebots psychosozialer Unterstützung innerhalb der ersten 72 Stunden nach der Aufnahme auf einer Intensivstation. Für die Berechnung wurden hierbei die Gesamtzahl der Patient\*innen, die oder deren Zugehörige innerhalb von 72 Stunden nach der Aufnahme das Angebot einer psychosozialen Unterstützung durch ein Teammitglied erhielten, durch alle Patient\*innen geteilt, die 72 Stunden auf der Station aufgenommen waren. Ausgeschlossen wurden hiervon

Patient\*innen, die auf der Glasgow Koma Skala einen Wert von 2 oder 3 aufwiesen und keine (identifizierten) Zugehörigen hatten. Die Mehrheit der QI bezog sich auf den Prozess oder das Ergebnis der Versorgung. Lediglich drei der Sets betrachteten sowohl Prozess, Ergebnis als auch Struktur, wenngleich dies aus Sicht der Autor\*innen empfehlenswert erschien, um eine umfassende Bewertung der Versorgung vorzunehmen. Vermehrt wurden QI mit Blick auf die Domänen (1) Struktur und Prozess, (2) Physikalische Aspekte, (3) Psychologische und psychiatrische Aspekte, (7) Pflege des unmittelbar sterbenden Menschen und (8) Ethische und rechtliche Aspekte identifiziert. Für die Domäne (6) Kulturelle Aspekte wurde lediglich ein Qualitätsindikator gefunden (Roo et al. 2013).

Die Autor\*innen kamen zu dem Schluss, dass die bestehenden Sets weiterentwickelt und in der Praxis getestet werden müssen. Zudem ist eine Anpassung an verschiedene Länder, Gesundheitssysteme und Settings für eine erfolgreiche Nutzung erforderlich (Roo et al. 2013).

Die Erfassung der zugrundeliegenden Daten für die Anwendung von QI kann unter anderem mithilfe von EPAs erfolgen. Doch diese Integrierung von QI in EPAs kann herausfordernd sein. Campbell et al. entwickelten daher ein Modell, was hierbei unterstützt, um so eine Verbesserung der Versorgung voranzutreiben: (1) Auswahl der Maßnahme, (2) Definition der Messkriterien, (3) Validierung der Kriterien und Validierung des Mess-Prozesses, (4) Verbesserung der Aufzeichnung auf Maßnahmen bezogenen Aktivitäten, (5) Einleitung von Qualitätsverbesserungsprozessen (Campbell et al. 2021). QI können so hilfreich sein, um Bereiche aufzudecken, in denen die Versorgungsqualität nicht zufriedenstellend ist.

### Möglichkeiten der Qualitätsverbesserung durch EPAs

Wurden in einem bestimmten Bereich Qualitätsmängel festgestellt – etwa mithilfe von QI – oder möchte eine Einrichtung präventiv handeln, so sind Ansätze zur Qualitätsverbesserung sinnvoll. Auch hier ist es hilfreich EPAs zu nutzen, weil sie ein fester Bestandteil der Versorgung sind. Doch wie können EPAs zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen? In EPAs lassen sich beispielsweise Leitlinien integrieren (z.B. Hinweise auf notwendige Erfassung bestimmter Daten oder Überschreitung von Grenzwerten), die eine Unterstützung der Nutzer\*innen zur Anwendung einer evidenzbasierten Versorgung dienen können (Shah et al. 2021). Zudem können klinische Entscheidungshilfen in EPAs integriert werden, die Nutzer\*innen bei der Entscheidungsfindung unterstützen können, etwa bei der Verschreibung von Medikamenten (Sutton et al. 2020). Neben den hier beschriebenen Vorteilen, werden im Folgenden exemplarisch einige Schwerpunkte der PC benannt, die durch die Inhalte oder Funktionen von EPAs positiv beeinflusst werden können.

#### Koordination

Die komplexen Strukturen der Versorgung in der PC sowie die zunehmend vielschichtigen Leistungsanforderungen führen zu der Erhebung von Informationen in verschiedenen Sektoren durch verschiedene Berufsgruppen, deren Weitergabe unter den Versorger\*innen essenziell für eine patient\*innenzentrierte Versorgung ist. Dennoch ergab eine Studie, dass derartige Informationen häufig unter anderem per Mail oder Fax ausgetauscht werden und so nicht stetig aktuell und sektorenübergreifend in elektronischer Form vorliegen (Pringle et al. 2014).

Versorger\*innen der PC benannten den rechtzeitigen und ausrei-

chenden Informationsfluss zwischen allen Beteiligten als entscheidende Herausforderung beim Wechsel von Palliativpatient\*innen zwischen verschiedenen Sektoren. Hierfür empfanden die Versorger\*innen die Bereitstellung einer einrichtungsübergreifenden EPA zum Austausch von Informationen und zur Koordination der Versorgung als sinnvoll (Mertens et al. 2018).

In Großbritannien wird hierfür das webbasierte Electronic Palliative Care Coordination System (EPaCCS) genutzt. So können Versorger\*innen (u.a. Hausärzt\*innen, Notrufdienste, Krankenhäuser, Pflegedienste, spezialisierte Palliativdienste, Hospize) Informationen zu Palliativpatient\*innen sammeln, austauschen oder einsehen (Petrova et al. 2018). Dies umfasst Stammdaten, Vorsorgedokumente, den gewünschten Ort des Versterbens und der Versorgung, die Krankheitsprognose, Daten der hauptverantwortlichen Versorger\*innen, Assessments und Medikationspläne (Allsop et al. 2017). In Leeds konnte bei 21% aller Verstorbenen (n=1229) ein EPaCCS Datensatz nachgewiesen werden, der durchschnittlich einen Monat vor dem Versterben angelegt wurde (Allsop et al. 2017). Patient\*innen mit einem EPaCCS Datensatz besuchten seltener die Notaufnahme, wurden seltener ins Krankenhaus eingewiesen und verstarben dort seltener als Personen ohne EPaCCS Datensatz. Zudem war der Anteil von Patient\*innen mit einem EPaCCS Datensatz, die an ihrem bevorzugten Sterbeort starben, überdurchschnittlich hoch (55% – 79%). Bei der Bewertung dieser Ergebnisse ist jedoch zu berücksichtigen, dass Patient\*innen, die EPaCCS nutzen, gegebenenfalls Personen sind, die sich aktiv dafür einsetzen, zuhause zu versterben (Leniz et al. 2020) und EPaCCS fast ausschließlich von Hausärzt\*innen und ambulanten Krankenpflegediensten verwendet werden, was ebenfalls in einem Zusammenhang mit dem Tod im eigenen Zuhause stehen könnte (Wye et al. 2016).

#### Advance Care Planning

Planung der Behandlung im Voraus, die auch als Advance Care Planning (ACP) bezeichnet wird, ist ein Gesprächsprozess zwischen Patient\*innen und Versorger\*innen über Werte, Wünsche und Behandlungsoptionen, der in der EPA dokumentiert wird. Hierbei können Patient\*innen eigene Präferenzen für ihre zukünftige Behandlung und Begleitung entwickeln und Bevollmächtigte benennen (Cheung et al. 2020). ACP hilft die Lebensqualität zu verbessern, unnötige Behandlungen zu verringern, Kosten zu reduzieren und die Zufriedenheit der Zugehörigen zu erhöhen (Turley et al. 2016).

Problematisch ist hierbei, dass diese Gespräche häufig zu spät, nicht fortlaufend oder gar nicht geführt werden (Cheung et al. 2020). In einem Review konnten 16 Studien benannt werden, die in der EPA automatisiert Patient\*innen für ACP mithilfe der Kriterien Alter (n=3), Diagnosen mit einer begrenzten Lebenserwartung (n=2), erfolgter Einweisung in eine stationäre Pflegeeinrichtung (n=1) oder der Angabe, dass eine Person Wiederbelebung ablehnt (n=1), identifizierten. Dies führte zu einer Aufforderung der Versorger\*innen mit den Patient\*innen über ACP zu sprechen und dies zu dokumentieren (Huber et al. 2018).

Entscheidend ist zudem, in welcher Form die Gespräche dokumentiert werden. In einem Review konnte aufgezeigt werden, dass (Vorsorge-)Dokumente von Versorger\*innen als hilfreicher empfunden werden als reine Gesprächsnotizen (Bush et al. 2018). Doch das Führen und Dokumentieren der Gespräche ist nicht ausreichend, um die Berücksichtigung der Wünsche der Patient\*innen sicherzustellen. Ein weiteres Review zeigte auf, dass Versorger\*innen nicht wissen, wo die Dokumentation über ACP in der EPA aufzufinden ist, oder ob diese Informationen valide sind. Ein zentraler Ort für ACP in der EPA könne

hierbei unterstützen (Bush et al. 2018). Entscheidend ist hierfür das Vorliegen dieser Informationen für alle Versorger\*innen und eine Koordination der Versorgung entsprechend der Behandlungsziele.

### Symptomkontrolle

Die Versorger\*innen der verschiedenen Professionen und Sektoren arbeiten bei der Betreuung und Behandlung der Symptome zusammen (Radbruch et al. 2020). Die Symptome sind häufig komplex (z. B. refraktäre Schmerzen) und können nur durch multimodale Kontrollansätze gelindert werden, die die Ganzheitlichkeit mit psychischen, physischen, sozialen und spirituellen Anteilen der Symptomentstehung berücksichtigen (Quill/Abernethy 2013). Entscheidend ist hierfür das Engagement aller Versorger\*innen in Bezug auf Beratung, Konsultation und persönliche Unterstützung der Patient\*innen (Doody et al. 2018). Hieraus ergibt sich eine weitere Anforderung an die EPA: In existierenden EPAs besteht häufig lediglich die Möglichkeit der Dokumentation physischer Symptome (Stewart et al. 2017).

Im Rahmen einer Studie wurde eine bestehende Pflegedokumentation angepasst, die lediglich auf das Management körperlicher Symptome fokussierte. Während zuvor vermehrt körperliche Symptome dokumentiert wurden, konnte nach der Anpassung ein umfassender Ansatz der Dokumentation und Erfassung der Perspektive der Patient\*innen festgestellt werden. Die Studie berichtet zudem von einem verbesserten Austausch der Informationen innerhalb des Teams durch die gesteigerte Übersichtlichkeit der Dokumentation (Stewart et al. 2017).

Doch auch wenn die Symptome ganzheitlich dokumentiert werden können: Die Symptomkontrolle ist, selbst bei Patient\*innen die leitlinienkonform behandelt werden könnten, häufig unzureichend (Rutten et al. 2020). In einer Studie zeigte sich die Alarmierung von Versorger\*innen bei dem Überschreiten eines vorgegebenen Schweregrads als hilfreich. Es konnte festgestellt werden, dass schwere Symptome mit größerer Wahrscheinlichkeit in der Folge gelindert wurden, wenn die Versorger\*innen alarmiert wurden, als wenn dies nicht erfolgte (Gustafson et al. 2017). Zudem wird die Symptomkontrolle dadurch erschwert, dass Versorger\*innen die Dokumentation der Symptome vornehmen und nicht Patient\*innen selbst. In einer Studie wurden die Angaben von onkologischen Patient\*innen zu ihrer Symptomlast mit der Dokumentation der Versorger\*innen verglichen. Bei neun der betrachteten Symptome wurde eine schwache bis leichte Übereinstimmung festgestellt, bei drei weiteren war die Übereinstimmung mittelmäßig. Waren für die Symptome keine Medikamente verfügbar, war die Übereinstimmung deutlich schlechter (Sikorskii et al. 2012). Neben der Möglichkeit Versorger\*innen zu schulen, um diesen Bias zu minimieren, kann eine weitere Option das Einpflegen der Dokumentation der Symptome durch Patient\*innen oder ihrer Zugehörigen sein. So bestehen im Bereich mHealth diverse Apps für Palliativpatient\*innen, die leider nur selten die Möglichkeit beinhalten, die erhobenen Informationen in bestehende EPAs zu integrieren. Im Rahmen eines Reviews wurde festgestellt, dass 48% (n=15) der Apps aus dem Bereich PC sich auf das Management von Symptomen konzentrieren. Neben der generellen Erfassung von Symptomen beziehen sich viele Apps auf die Schmerzerfassung für verschiedene Zielgruppen, wie etwa Patient\*innen mit Krebserkrankung, Herzinsuffizienz oder COPD sowie unter der Einnahme oraler Onkologika (Portz et al. 2020). Die Daten aus derartigen Apps ermöglichen ein verbessertes Management der Erkrankung durch das Erkennen möglicher Zusammenhänge zwischen Aktivitäten und Symptomen oder weiteren Variablen (Slev et al. 2017).

## Diskussion

Das Ziel dieses Artikels war es zu verdeutlichen, wie EPAs im Bereich PC zur Messung und Steigerung der Versorgungsqualität beitragen können. Hierbei war es von Bedeutung, dass bestehende QI für die PC häufig eine geringe Qualität aufweisen, nicht für alle Bereiche nutzbar sind und ihre Integration mit Schwierigkeiten verbunden sein kann. Es bestehen bereits internationale Ansätze zur Integration von Inhalten und Funktionen in EPAs, die zur Verbesserung der Versorgung beitragen können.

Es konnte aufgezeigt werden, dass eine ganzheitliche Symptombetrachtung und -kontrolle sowie die Möglichkeit, ACP strukturiert in einer EPA eintragen zu können, positive Auswirkungen auf die Qualität der PC haben. Für Deutschland besteht hierdurch die Notwendigkeit der verstärkten Förderung zur Standardisierung der inhaltlichen Dokumentation durch die Entwicklung PC-relevanter MIOs. Dies ermöglicht allen Versorger\*innen das Lesen, Bearbeiten und Austauschen relevanter Informationen in der PC, auch zwischen verschiedenen EPAs.

Es besteht zudem der Bedarf der Entwicklung einer einrichtungsübergreifenden EPA für die PC in Deutschland. Der berufsgruppen- und sektorenübergreifende Austausch ist für die Sicherung einer qualitativ hochwertigen Behandlung unerlässlich.

Doch nicht nur der Austausch zwischen den Versorger\*innen ist entscheidend; auch die Erfassung der subjektiven Perspektive der Patient\*innen ist in der PC unter anderem bei ACP entscheidend und muss in der EPA bedacht und nachvollzogen werden. Dies deckt sich mit der Forderung, dass in der PC die gängigen Qualitätsdimensionen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität), um eine subjektive Perspektive der Beziehungsqualität erweitert wird. Beziehungsqualität beinhaltet hierbei eine Fokussierung auf Respekt, Würde, den Kontakt auf Augenhöhe sowie Wechselseitigkeit und Hilfsbereitschaft und beeinflusst hierbei auch die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Dirkschnieder et al. 2016). Durch das Erheben der Bedürfnisse von Patient\*innen bezüglich ACP werden die Anforderungen zu der Beziehungsqualität erfüllt, indem ein Austausch zwischen Versorger\*innen und Patient\*innen stattfindet und die Behandlung den Wünschen der Patient\*innen entsprechend geplant und durchgeführt wird.

Die Nutzung von EPAs durch Versorger\*innen ist jedoch nicht ausschließlich positiv besetzt. Durch Akten, die über eine geringe Usability verfügen, kann es zu Unterbrechungen im Arbeitsablauf und starken kognitiven Beanspruchungen für die Nutzer\*innen kommen (Sieck et al. 2019). Es ist daher entscheidend, EPAs zu entwickeln, die an die Versorgungsrealität und Arbeitsabläufe der Nutzer\*innen angepasst sind. In der Technologieentwicklung werden hierfür häufig Ansätze des partizipativen Designs genutzt. Es entsteht hierbei ein bidirektionaler Lernprozess zwischen Entwickler\*innen und Nutzer\*innen, bei denen die notwendigen Inhalte aller Professionen für die gemeinsame Entwicklung ausgetauscht, aber spezifisches Wissen durch die Akteur\*innen eingebracht wird (Vandekerckhove et al. 2020). Im Bereich der Entwicklung von EPAs konnte festgestellt werden, dass dieser Ansatz die User Experience stark verbessert (Sieck et al. 2019).

Zudem ist es entscheidend, die EPAs sinnvoll in die Versorgung einzubinden. Nutzer\*innen müssen geschult werden, um bei Konsultationen beispielsweise darauf zu achten, dass Patient\*innen den Bildschirm sehen können, auf dem die EPA angezeigt wird. In einem Review konnte festgestellt werden, dass dies zu einer deutlich positiveren Bewertung gegenüber dem Einsatz von EPAs führt (Alkureishi et al. 2016). <<

## Literatur

- Alkureishi MA, Lee WW, Lyons M, et al (2016) Impact of Electronic Medical Record Use on the Patient-Doctor Relationship and Communication: A Systematic Review. *J Gen Intern Med* 31:548–60. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3582-1>
- Allsop MJ, Kite S, McDermott S, et al (2017) Electronic palliative care coordination systems: Devising and testing a methodology for evaluating documentation. *Palliative Med* 31:475–482. <https://doi.org/10.1177/0269216316663881>
- Bush RA, Perez A, Baum T, et al (2018) A systematic review of the use of the electronic health record for patient identification, communication, and clinical support in palliative care. *Jama Open* 1:294–303. <https://doi.org/10.1093/jamiaopen/ooy028>
- Caldarella A, Amunni G, Angiolini C, et al (2012) Feasibility of evaluating quality cancer care using registry data and electronic health records: a population-based study. *Int J Qual Health C* 24:411–418. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs020>
- Campbell CM, Murphy DR, Taffet GE, et al (2021) Implementing Health Care Quality Measures in Electronic Health Records: A Conceptual Model. *J Am Geriatr Soc* 69:1079–1085. <https://doi.org/10.1111/jgs.17033>
- Cheung JTK, Au D, Ip AHF, et al (2020) Barriers to advance care planning: a qualitative study of seriously ill Chinese patients and their families. *Bmc Palliat Care* 19:80. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00587-0>
- Cohen J, Leemans K (2014) How can you prove that you are delivering good care? Monitoring the quality of palliative care using quality indicators. *European Journal of Palliative Care* 21:228
- Deiters W, Houta S (2015) Entwicklung telemedizinischer Lösungen auf Basis der elektronischen Fallakte. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 58:1079–1085. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2221-7>
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Nationales Hospiz- und Palliativregister (Ed.) (2019) Nationales Hospiz- und Palliativregister. In: [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/19\\_10\\_01\\_Infomationsbroch%C3%BCre\\_NHPREGISTER\\_V7.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/19_10_01_Infomationsbroch%C3%BCre_NHPREGISTER_V7.pdf) (abgerufen am 11.05.2021)
- Dirkschneider B, Ellermann U, Ellmann M, et al (2016) Nordrhein-westfälisches Qualitätskonzept. Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich.
- Doody O, Bailey ME, Moran S, Stewart K (2018) Nursing documentation in palliative care: An integrative review. *J Nurs* 5:3. <https://doi.org/10.7243/2056-9157-5-3>
- Downar J, Wegier P, Tanuseputro P (2019) Early Identification of People Who Would Benefit From a Palliative Approach—Moving From Surprise to Routine. *Jama Netw Open* 2:e1911146. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.11146>
- Ferrell BR (2005) Overview of the Domains of Variables Relevant to End-of-Life Care. *J Palliat Med* 8:s-22-s-29. <https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.s-22>
- Ferrell BR, Twaddle ML, Melnick A, Meier DE (2018) National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care Guidelines, 4th Edition. *J Palliat Med* 21:1684–1689. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0431>
- Finucane AM, O'Donnell H, Lugton J, et al (2021) Digital health interventions in palliative care: a systematic meta-review. *Npj Digital Medicine* 4:64. <https://doi.org/10.1038/s41746-021-00430-7>
- Gonçalves ASO, Bertram N, Amelung V (2018) European Scorecard zum Stand der Implementierung der elektronischen Patientenakte auf nationaler Ebene
- Gustafson DH, DuBenske LL, Atwood AK, et al (2017) Reducing Symptom Distress in Patients With Advanced Cancer Using an e-Alert System for Caregivers: Pooled Analysis of Two Randomized Clinical Trials. *J Med Internet Res* 19:e354. <https://doi.org/10.2196/jmir.7466>
- Haas P (2017) Elektronische Patientenakten. Einrichtungübergreifende Elektronische Patientenakten als Basis für integrierte patientenzentrierte Behandlungsmanagement-Plattformen. <https://doi.org/10.11586/2017018>
- Huber MT, Highland JD, Krishnamoorthi VR, Tang JW-Y (2018) Utilizing the Electronic Health Record to Improve Advance Care Planning: A Systematic Review. *Am J Hospice Palliat Medicine* 35:532–541. <https://doi.org/10.1177/1049909117715217>
- Kötter T, Schaefer F, Blozik E, Scherer M (2011) Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren – Hintergrund, Methoden und Probleme. *Zeitschrift Für Evidenz Fortbildung Und Qual Im Gesundheitswesen* 105:7–12. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2010.11.002>
- Krüger-Brand HE (2015) Palliativmedizin: Effizienter kooperieren mit IT. *Dtsch Arztebl International* 112:[14]
- Krüger-Brand HE (2020) Medizinische Informationsobjekte: Bausteine für die Patientenakte. *Deutsches Ärzteblatt* 117:
- Krumm N, Haferkamp S, Elsner F (2014) Anforderungen an eine gemeinsame elektronische Dokumentation – Projekt Palliative Doc Mobile (PaDoMo): Entwicklung einer übertragbaren Kommunikationsplattform für die mobile, intersektorale Palliativversorgung. *Zeitschrift Für Palliativmedizin* 15:. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1374342>
- Leniz J, Weil A, Higginson IJ, Sleeman KE (2020) Electronic palliative care coordination systems (EPaCCS): a systematic review. *Bmj Supportive Palliat Care* 10:68. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2018-001689>
- Meister S, Houta S (2020) Telemedizin, Grundlagen und praktische Anwendung in stationären und ambulanten Einrichtungen. 401–409. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-60611-7\\_35](https://doi.org/10.1007/978-3-662-60611-7_35)
- Mertens F, Pype P, Deveugele M (2018) Healthcare professionals' experiences of interprofessional collaboration during palliative patients' transfer of care setting: a focus group study. *Int J Integr Care* 18:262. <https://doi.org/10.5334/ijic.s2262>
- Mühlensiepen F, Peter S von, Thoma S, et al (2019) Pilotprojekt zur Stärkung der ambulanten Palliativversorgung im Land Brandenburg – Analyse von Dokumentationsdaten der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung. *Das Gesundheitswesen* 82:984–991. <https://doi.org/10.1055/a-0905-2974>
- National Consensus Project for Quality Palliative Care (2004) New clinical guidelines for palliative care published. *Healthc Benchmarks Qual Improv* 11:81–2
- Petrova M, Riley J, Abel J, Barclay S (2018) Crash course in EPaCCS (Electronic Palliative Care Coordination Systems): 8 years of successes and failures in patient data sharing to learn from. *Bmj Supportive Palliat Care* 8:447. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2015-001059>
- Portz JD, Ford K, Bekelman DB, et al (2020) "We're Taking Something So Human and Trying to Digitize": Provider Recommendations for mHealth in Palliative Care. *J Palliat Med* 23:240–247. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0216>
- Pringle A, Finucane A, Oxenham D (2014) Improving electronic information sharing for palliative care patients. *Bmj Qual Improv Reports* 3:u201904.w1014. <https://doi.org/10.1136/bmjquality.u201904.w1014>
- Quill TE, Abernethy AP (2013) Generalist plus Specialist Palliative Care — Creating a More Sustainable Model. *New Engl J Med* 368:1173–1175. <https://doi.org/10.1056/nejmp1215620>
- Radbruch L, Lima LD, Knaut F, et al (2020) Redefining Palliative Care – a New Consensus-based Definition. *J Pain Symptom Manag* 60:754–764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Radbruch L, Ostgathe C, Neuwöhner K, et al (2014) Nationales Hospiz- und Palliativregister NHPR Bedeutung und aktueller Stand. *Zeitschrift Für Palliativmedizin* 15:. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1374110>
- Roo MLD, Leemans K, Claessen SJJ, et al (2013) Quality Indicators for Palliative Care: Update of a Systematic Review. *J Pain Symptom Manag* 46:556–572. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.09.013>
- Rutten LJF, Ruddy KJ, Chlan LL, et al (2020) Pragmatic cluster randomized trial to evaluate effectiveness and implementation of enhanced EHR-facilitated cancer symptom control (E2C2). *Trials* 21:480. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04335-w>
- Shah S, Yehekel A, Hossain A, et al (2021) The Impact of Guideline Integration into Electronic Medical Records on Outcomes for Patients with Diabetes: A Systematic Review. *Am J Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2021.03.004>
- Sieck CJ, Pearl N, Bright TJ, Yen P-Y (2019) A Qualitative Study of Physician Perspectives on Adaptation to Electronic Health Records. <https://doi.org/10.21203/rs.2.13132/v1>
- Sikorskii A, Wyatt G, Tamkus D, et al (2012) Concordance Between Patient Reports of Cancer-Related Symptoms and Medical Records Documentation. *J Pain Symptom Manag* 44:362–372. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.09.017>
- Simon ST, Pralong A, Welling U, Voltz R (2016) Versorgungsstrukturen in der Palliativmedizin. *Der Internist* 57:953–958. <https://doi.org/10.1007/s00108-016-0127-6>
- Slev VN, Pasmán HRW, Eeltink CM, et al (2017) Self-management support and eHealth for patients and informal caregivers confronted with advanced cancer: an online focus group study among nurses. *Bmc Palliat Care* 16:55. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0238-4>
- Stewart K, Doody O, Bailey M, Moran S (2017) Improving the quality of nursing documentation in a palliative care setting: a quality improvement initiative. *Int J Palliat Nurs* 23:577–585. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2017.23.12.577>
- Sutton RT, Pincocck D, Baumgart DC, et al (2020) An overview of clinical decision support systems: benefits, risks, and strategies for success. *Npj Digital Medicine* 3:17. <https://doi.org/10.1038/s41746-020-0221-y>
- Tai-Seale M, Wilson C, Tapper S, et al (2012) CC1-03: Documentations of Advanced Health Care Directives in the Electronic Health Record: Where Are They? *Clin Medicine Res* 10:167–167. <https://doi.org/10.3121/cm.2012.1100.cc1-03>
- Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, et al (2014) Systematic review of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *Bmj Qual Saf* 23:290. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001862>
- Turley M, Wang S, Meng D, et al (2016) Impact of a Care Directives Activity Tab in the Electronic Health Record on Documentation of Advance Care Planning. *Perm J* 20:43–8. <https://doi.org/10.7812/tp.15-103>
- Vandekerckhove P, Mul M de, Bramer WM, Bont AA de (2020) Generative Participatory Design Methodology to Develop Electronic Health Interventions: Systematic Literature Review. *J Med Internet Res* 22:e13780. <https://doi.org/10.2196/13780>
- Wye L, Lasseter G, Simmonds B, et al (2016) Electronic palliative care coordinating systems (EPaCCS) may not facilitate home deaths: A mixed methods evaluation of end of life care in two English counties. *J Res Nurs* 21:96–107. <https://doi.org/10.1177/1744987116628922>

## Autorenerklärung

Die Autor\*innen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

## Zitationshinweis

Busse et al.: „Steigerung der Versorgungsqualität in der Palliativversorgung durch elektronische Gesundheitsakten“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (05/21), S. 49-54.  
<http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2344>

## Increasing the quality of care in palliative care using electronic health records

**Background:** Palliative care (PC) has special features that place special demands on quality. In addition to the development of quality indicators (QI) for specific domains (Plan) to measure health care (Do), it is also necessary to implement measures (Act) to continuously improve care. Electronic health records (EHRs) can support this, but hardly exist in Germany specifically for PC. **Methods:** The special features in PC are presented and the resulting domains and QI already developed for them and their limitations are named. This is followed by an examination of international publications on the possibilities of quality improvement through EHRs.

**Results:** Existing QIs have often been developed specifically for settings, target groups, or national health systems. More research is needed to develop additional QIs and validate existing ones. Quality improvement measures using EHRs are particularly available in the case of coordination, symptom control, and advance care planning, and show success in these areas.

**Discussion:** To develop EHRs setting-related and to avoid user frustration, it is useful to involve users in the development. In addition, it is helpful to train users in the use of EHRs to take advantage of their benefits..

### Keywords

Electronic Health Records, Palliative Care, Palliative Medicine, Medical Record, Quality of Healthcare

### Crossref/doi

doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2344>

### Theresa Sophie Busse MA

hat nach dem Abschluss des dualen Studiums „Pflege dual“ (BSc) 2017 als Gesundheits- und Krankenpflegerin und Qualitätsmanagementbeauftragte im Hospiz gearbeitet. Nach dem Abschluss ihres Studiums „Forschung, Entwicklung und Management in Rehabilitation und Gesundheit“ (MA) an der Fachhochschule Kiel ist sie seit 2019 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Witten/Herdecke am Lehrstuhl für Didaktik und Bildungsforschung. Kontakt: [theresa.busse@uni-wh.de](mailto:theresa.busse@uni-wh.de)



### Chantal Jux BA

ist Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und arbeitete in verschiedenen Settings der Versorgungspraxis. Pflegewissenschaft (BA) studierte sie an der Evangelischen Hochschule in Bochum und beendet derzeit den Masterstudiengang Pflegewissenschaft an der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Vallendar. Seit 2020 ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Didaktik und Bildungsforschung im Gesundheitswesen der Universität Witten/Herdecke tätig. Kontakt: [chantal.jux@uni-wh.de](mailto:chantal.jux@uni-wh.de)



### Sven Kernebeck MScPH

ist seit 2019 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Witten/Herdecke am Lehrstuhl für Didaktik und Bildungsforschung. Er war zuvor am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, an der FH Münster am Fachbereich Gesundheit sowie an der Paracelsus Medizinische Universität (PMU) Salzburg beschäftigt. Hierbei liegt sein Forschungsschwerpunkt auf der partizipativen Entwicklung und Evaluation von digitalen Technologien im Gesundheitswesen. Kontakt: [sven.kernebeck@uni-wh.de](mailto:sven.kernebeck@uni-wh.de)



### Prof. Dr. rer. nat. Sven Meister

ist Inhaber des Lehrstuhls für Gesundheitsinformatik an der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke. Nach seinem Studium der Naturwissenschaftlichen Informatik (Schwerpunkt Bioinformatik) an der Universität Bielefeld promovierte er an der TU Dortmund. Parallel arbeitet er seit 2006 am Fraunhofer ISST in Dortmund. Er verantwortet den Aufbau von Digital Health Kompetenzen im Modellstudiengang Humanmedizin der UW/H. Kontakt: [sven.meister@uni-wh.de](mailto:sven.meister@uni-wh.de)



### Prof. Dr. Jan P. Ehlers MA

hat Tiermedizin an der LMU München studiert. Nach seiner Tätigkeit an der Gynäkologischen und der Chirurgischen Tierklinik der LMU München wechselte er 2005 an die Tierärztliche Hochschule Hannover. 2008 schloss er sein Studium Mediendidaktik (MA) ab. Seit 2014 führt er den Lehrstuhl für Didaktik und Bildungsforschung im Gesundheitswesen an der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke, an der er seit 2017 zudem als Vizepräsident tätig ist. Kontakt: [jan.ehlers@uni-wh.de](mailto:jan.ehlers@uni-wh.de)



Dr. Stefan Loos  
Dr. Martin Albrecht

# Leistungskonzentration in der stationären Versorgung

## Stand, Entwicklung und Förderung

Die Diskussion um die Struktur der Krankenhausversorgung wird von zwei Thesen geprägt: Auf der einen Seite wird dafür plädiert, die Krankenhausversorgung auf eine geringere Anzahl von Standorten zu konzentrieren. Begründet wird dies nicht nur mit Verweis auf eine höhere Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung und eine effizientere Nutzung knapper Personalressourcen, sondern insbesondere auch mit einer höheren Versorgungsqualität vor allem bei komplexeren Eingriffen, für die sich ein positiver Volume-Outcome-Zusammenhang nachweisen lässt. Von anderer Seite hingegen wird unter anderem argumentiert, durch eine stärkere Konzentration verschlechtere sich die Erreichbarkeit der Krankenhausversorgung vor allem in ländlichen Regionen, während zusätzliche Qualitätsgewinne durch eine stärkere Konzentration entweder nicht mehr zu erwarten seien oder auch auf andere Art und Weise – etwa durch den verstärkten Einsatz von Telemedizin – erzielt werden könnten. Und auch aus wettbewerbstheoretischer Sicht könnte eine zu starke Konzentration sich negativ auf die Wettbewerbsintensität zwischen Krankenhäusern auswirken und damit Qualitätsanreize vermindern. Bei dieser Diskussion fällt auf, dass bisher relativ wenig über die tatsächliche Konzentration der Krankenhausversorgung und ihrer Entwicklung bekannt ist. Ziel dieses Beitrages ist es daher, auf unterschiedlichen Ebenen und aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu prüfen, wie stark die Krankenhausversorgung in Deutschland gegenwärtig konzentriert ist, wie sich die Konzentration innerhalb der letzten Jahre verändert hat, und wo noch Potenziale für eine Steigerung der Versorgungsqualität durch eine stärkere Konzentration der Krankenhausversorgung bestehen<sup>1</sup>.

>> Die Analysen basieren im Wesentlichen auf einer Auswertung der Daten gemäß § 21 KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz) durch das Forschungsdatenzentrum (FDZ) des Statistischen Bundesamtes sowie auf Daten der Qualitätsberichte der Krankenhäuser, die als xml-Datei vom Gemeinsamen Bundesausschuss zur Verfügung gestellt werden.<sup>2</sup> Weitere Datenquellen wurden für Einzelfragen herangezogen.

Betrachtet wurden die beiden Jahre 2010 und 2018 (das zum Zeitpunkt der Studiendurchführung aktuellste verfügbare Datenjahr). Zur Beschreibung der Krankenhausversorgung wurde neben der Zahl der Standorte, Fachabteilungen, Fälle und Leistungen insbesondere der Herfindahl-Hirschman-Index (HHI) als Konzentrationsmaß herangezogen, bei dem der Wert 1 eine Monopolsituation und 0 gleiche Marktanteile anzeigt.

Die Konzentration wurde aus zwei Perspektiven betrachtet: Zum einen wurde untersucht, wie sich die Häufigkeit der Durchführung

### Zusammenfassung

In der Diskussion um Reformen im Krankenhaus-Sektor stehen vor allem Leistungskonzentration und Zentrenbildung im Fokus. Ziel ist es, so die Effizienz und Qualität der stationären Versorgung zu verbessern. Differenzierte Erkenntnisse über derartige Konzentrationsprozesse liegen jedoch bisher kaum vor. Zwar ist die Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland seit dem Jahr 2010 um etwa zehn Prozent zurückgegangen. Doch im Kontrast zu diesem bundesweiten Trend zeigt sich bei ausgewählten Leistungsbereichen teilweise eine stark abnehmende Leistungskonzentration. Dies verdeutlichen neuartige Detailanalysen mit Daten gemäß § 21 KHEntgG und Daten der Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Dabei sind Potenziale für Qualitätsverbesserungen durch eine stärkere Leistungskonzentration regional ungleich verteilt. Mehr bundeseinheitliche Qualitätsvorgaben sollten entwickelt, die Krankenhausplanung der Länder gestärkt sowie die kartellrechtliche Bewertung von Klinikfusionen und -kooperationen erweitert werden.

### Schlüsselwörter

Qualität, Krankenhaus, Leistungskonzentration, Qualitätsverbesserung

### Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2345>

bestimmter Behandlungsleistungen deutschlandweit oder regional auf die Krankenhausstandorte verteilt. Zum anderen wurde untersucht, wie sich die Inanspruchnahme der Wohnbevölkerung eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt<sup>3</sup> bei bestimmten Leistungen auf die leistungserbringenden Krankenhausstandorte – die sich sowohl inner- als auch außerhalb des betrachteten Kreises befinden können – verteilt.

Die Analysen erfolgen sowohl explorativ (z. B. für alle Fachabteilungen, ICD-3-Steller und OPS-4-Steller der Kapitel 5 und 8 des OPS-Katalogs) als auch prüfend für bestimmte Leistungen. Ausgewählt wurden hierfür Leistungen, für die in der bisherigen Fachdiskussion eine zu niedrige Konzentration der Leistungserbringung vermutet wird und für die Qualitätsverbesserungen durch eine stärkere Konzentration erwartet werden. Analysiert wurde die Leistungskonzentration auf Bundesebene, auf Ebene einzelner Kreise sowie auf der Ebene regionaler Krankenhauscluster. Aufgrund der Geheimhaltungsvorgaben des FDZ können Einschränkungen der Aussagekraft von Ergebnissen nicht ausgeschlossen werden.

## Ergebnisse

### A1 Übergreifende Analysen

Seit langem schon ist die Zahl der Krankenhausstandorte in Deutschland trotz über viele Jahre steigender Fallzahlen rückläufig. Auf Ebene der Fachabteilungen zeigen sich jedoch ganz unterschiedliche Entwicklungen. Während die Anzahl der Fachabteilungen etwa in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Zeitraum 2010 bis 2018 um 16% zurückgegangen ist, ist die Anzahl der Fachabteilungen für Geriatrie um 38% gestiegen (Abb. 1).

Durch die deutlichen Rückgänge in den häufigen und fallzahlstarken Fachabteilungen für Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie

1: Der Beitrag knüpft an eine Studie des IGES Instituts für den Verband der Ersatzkassen an (Albrecht et al. 2021), die um weitere Analysen ergänzt wurde.

2: Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser werden vorliegend nur teilweise bzw. auszugsweise genutzt. Eine vollständige unveränderte Darstellung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser sind unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) bzw. [www.g-ba-qualitaetsberichte.de](http://www.g-ba-qualitaetsberichte.de) verfügbar.

3: Im Folgenden ist aus Gründen der Lesbarkeit nur noch von „Kreisen“ die Rede.

sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe kommt es insgesamt zu einem Rückgang der Anzahl an Fachabteilungen.

Auf Kreisebene zeigen sich deutliche Unterschiede in der Konzentration der Inanspruchnahme, d. h. wie sich die Patienten mit Wohnort in einem Kreis auf unterschiedliche Krankenhäuser verteilen. Dies gilt vor allem für die Geriatrie: Trotz des starken Zuwachses der Anzahl der geriatrischen Fachabteilungen lag der HHI im Median über alle Kreise vergleichsweise hoch bei 0,45 (Abb 2.); in dem Viertel der Kreise mit den höchsten HHI-Werten sogar bei mindestens 0,73.

In der allgemeinen Chirurgie hingegen gab es trotz eines deutlichen Rückgangs im Jahr 2018 immer noch 1.033 Fachabteilungen; der HHI lag daher im Median über die Kreise nur bei 0,23, und die regionalen Unterschiede in der Konzentration waren in der allgemeinen Chirurgie deutlich weniger stark als in der Geriatrie.

**A2 Ausgewählte Leistungsbe-  
reiche**

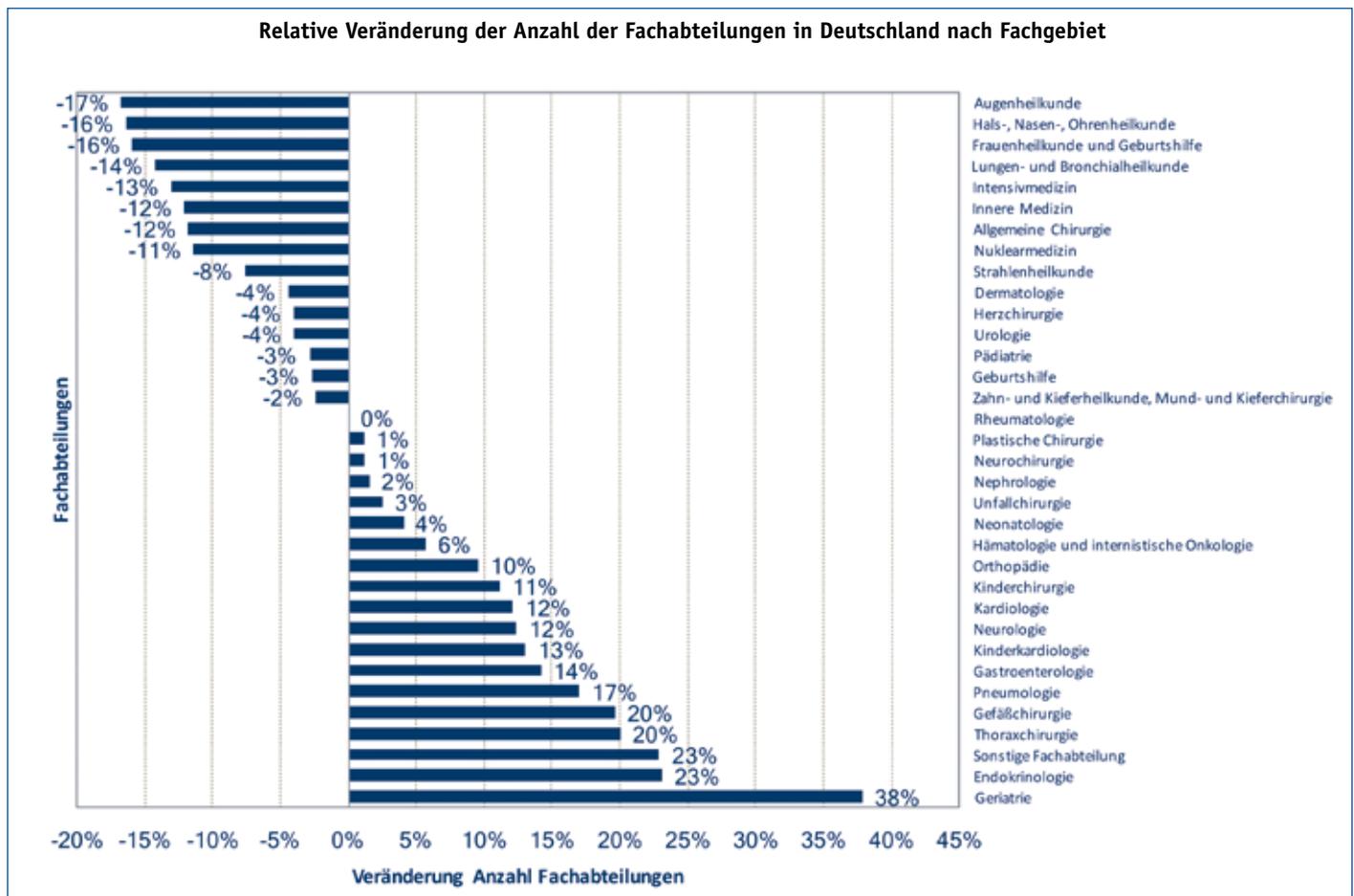
Für eine Detailanalyse wurden drei Leistungen ausgewählt, für die sich nach Studienlage positive Qualitätswirkungen einer Konzentration der Behandlungsfälle erwarten lassen: minimalinvasive Aortenklappenimplantation (darunter primär Transkatheter-Aortenklap-

penimplantation – TAVI), anatomische Lungenresektion und die Implantation von Hüft-Totalendoprothesen. Für keine dieser drei Leistungen wurde bislang eine gesetzliche Mindestfallzahl festgelegt, für TAVI und Lungenresektionen wird darüber aber beraten (Stand April 2021). Für alle Bereiche lassen sich zudem moderate Mindestfallzahlen aus Zertifizierungsvorgaben oder aus Studien ableiten.

Die Ergebnisse für die Jahre 2010 und 2018 zeigen, dass sich in keinem der drei Bereiche die Leistungskonzentration erhöht hat. Für die beiden kleineren Leistungsbereiche TAVI und Lungenresektion hat sich – im Gegenteil – die Leistungskonzentration sogar deutlich verringert. Dies gilt bei bundesweiter Betrachtung, aber ganz überwiegend auch auf regionaler Ebene. Knapp ein Drittel der Leistungsfälle mit anatomischer Lungenresektion wurde an Klinikstandorten

Übersicht über Versorgungssituation und Leistungskonzentration (2010/2018)			
	Anatomische Lungenresektion	Minimalinvasive Aortenklappen-Implantation (TAVI)	Implantation von Hüft-Totalendoprothesen (Hüft-TEP)
Anzahl Klinikstandorte	398 -> 398	86 -> 87	1.174 -> 1.210
Veränderung Fallzahlen	+24%	+257%	+15%
Ø Fallzahl je Standort (Median >3 Fälle)	26 -> 32,5	54,5 -> 225	129 -> 250
HHI	0,0092 -> 0,0064	0,0106 -> 0,0051	0,0017 -> 0,0018
Anteil Fälle in Kliniken < Mindestmenge (2018)	32% (von rd. 15.000 Fällen)	10% (von rd. 22.000 Fällen)	1,6% (von rd. 234.000 Fällen)

**Tab. 1:** Übersicht über Versorgungssituation und Leistungskonzentration in den drei ausgewählten Leistungsbereichen, Veränderung 2018 gegenüber 2010. Quelle: IGES auf Basis von Daten der Qualitätsberichte der Krankenhäuser (2010, 2018); HHI: Herfindahl-Hirschman-Index.



**Abb. 1:** Relative Veränderung der Anzahl der Fachabteilungen in Deutschland nach Fachgebiet. Quelle: IGES auf der Basis einer Auswertung der Daten gemäß § 21 KHEntgG durch das FDZ des Statistischen Bundesamtes.

behandelt, welche die Mindestfallzahl für eine Zertifizierung (75 pro Jahr) nicht erreichten (Tab. 1).

Bei TAVI ist der entsprechende Anteil – legt man studienbasiert eine Mindestfallzahl von 157 pro Jahr zugrunde – mit knapp 10 Prozent deutlich niedriger.

Ein Großteil der Kliniken (87 Prozent), die Hüft-TEP implantierten, erreichte im Jahr 2018 die Mindestfallzahl für eine Zertifizierung von 50 pro Jahr. Unabhängig von den Veränderungen ist die Leistungskonzentration bei den Implantationen einer Hüft-TEP im Vergleich zu den beiden anderen Leistungsbereichen deutlich geringer.

Für alle drei Leistungsbereiche zeigen sich schließlich regionale Unterschiede: Neben geringer Leistungskonzentration in Ballungsgebieten gibt es einige ländliche Regionen, in denen die Verteilung aller in den Krankenhäusern des regionalen Clusters behandelten Fälle auf die Klinikstandorte hochgradig konzentriert ist. Diese regionalen Unterschiede der Konzentration der Krankenhausversorgung zeigen sich auch aus Perspektive der regionalen Bevölkerung, also der Verteilung der Patienten aus einer Region auf Klinikstandorte (in und außerhalb der Region).

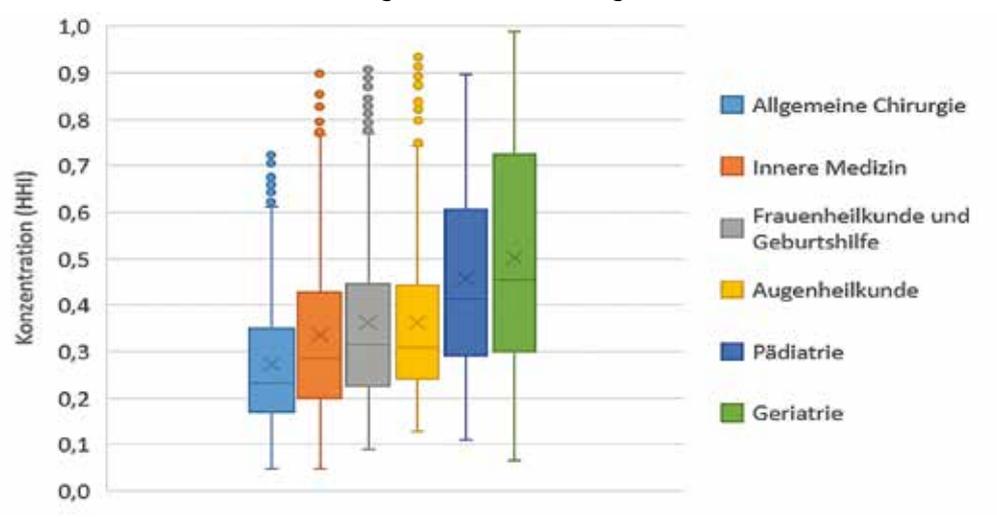
Im Folgenden werden exemplarisch ausgewählte Ergebnisse für zwei Leistungsbereiche vorgestellt: TAVI und die Implantation von Hüft-TEP.<sup>4</sup>

**TAVI**

Die TAVI war im Jahr 2010 in den einzelnen Kreisen noch hochkonzentriert: In lediglich 76 Kreisen verteilte sich die Inanspruchnahme der Wohnbevölkerung auf mindestens drei verschiedene Krankenhäuser;<sup>5</sup> im Jahr 2018 lag die entsprechende Anzahl bei 352 Kreisen mit annähernd gleicher Krankenzahl. In den übrigen 61 Kreisen wurde die Wohnbevölkerung durch maximal zwei Krankenhäuser versorgt.

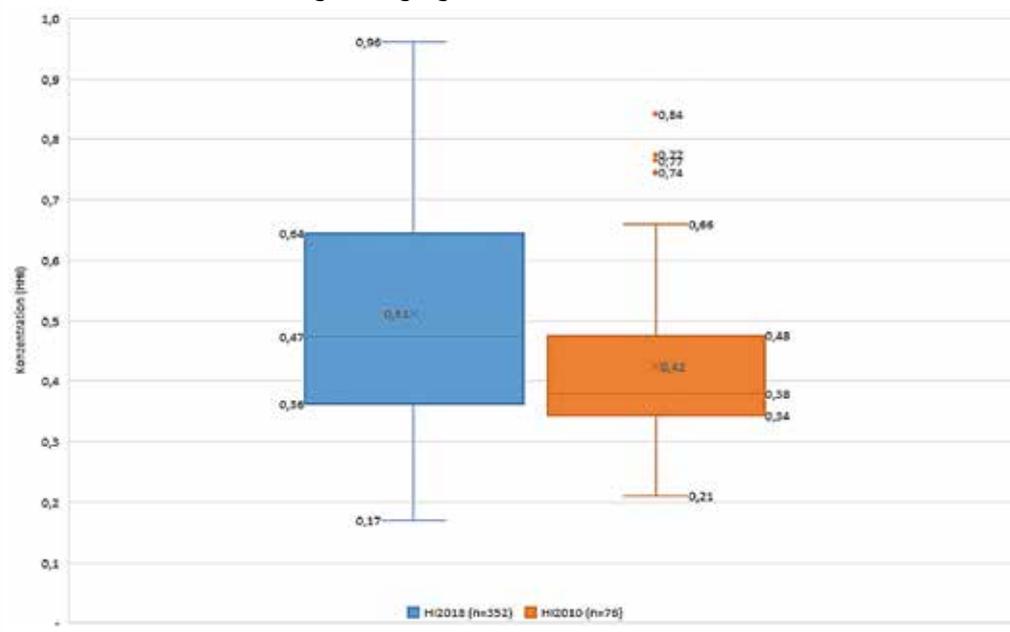
In diesen 76 Kreisen stieg die Konzentration der Inanspruchnahme durch die jeweiligen Wohnbevölkerungen (HHI) im Median leicht von 0,38 im Jahr 2010 auf 0,41 im Jahr 2018. In allen 352 Kreisen lag der HHI im Jahr 2018 bei 0,47; und in dem Viertel der Kreise mit den höchsten HHI lag er bei mindestens 0,64 (Abb. 3). In 34 Kreisen hatte das fallzahlstärkste Krankenhaus einen Marktanteil von mindestens 90%. Geht man davon aus, dass in den Kreisen, für die aus Geheimhaltungsgründen keine Daten für das Jahr 2010 vorliegen<sup>6</sup>,

**Konzentration der Inanspruchnahme der Wohnbevölkerung von Kreisen/kreisfreien Städten für ausgewählte Fachabteilungen**



**Abb. 2:** Konzentration der Inanspruchnahme der Wohnbevölkerung von Kreisen/kreisfreien Städten für ausgewählte Fachabteilungen, 2018. Quelle: IGES auf der Basis einer Auswertung der Daten gemäß § 21 KHEntg durch das FDZ des Bundes und der Länder. Anmerkungen: Waagrechte Linie in Box = Median; untere und obere Grenze Box = 1. und 3. Quartil, X=Mittelwert, Ende der Linien („Whisker“) = Min und Max, es sei denn es gibt Ausreißer; Excel betrachtet einen Datenwert als „Ausreißer“, wenn er mindestens um das 1,5-fache des Interquartilsabstandes größer/kleiner ist als das 3. bzw. 1. Quartil.

**Konzentration der Leistungserbringung bei TAVI nach dem Wohnkreis der Patienten, 2018**



**Abb. 3:** Konzentration der Leistungserbringung bei TAVI nach dem Wohnkreis der Patienten, 2018. Quelle: IGES auf der Basis einer Auswertung der Daten gemäß § 21 KHEntg durch das FDZ des Bundes und der Länder.

höher war als in den anderen Kreisen, dürfte die Konzentration von 2010 zu 2018 auf Kreisebene im Mittel gesunken sein.

Die stärksten Veränderungen des HHI im Vergleich der Jahre 2010

- 4: Weitere Ergebnisse finden sich insbesondere in Albrecht et al. (2021). Die folgenden Ergebnisse aus Wohnkreisperspektive basieren auf einer Auswertung der Daten gemäß § 21 KHEntg durch das FDZ des Statistischen Bundesamtes.
- 5: Kreise, in denen die Wohnbevölkerung weniger als drei Krankenhäuser in Anspruch genommen hat, werden vom FDZ aus Geheimhaltungsgründen nicht ausgewiesen.
- 6: Weil die Versorgung durch weniger als drei Krankenhäuser erfolgte.

und 2018 resultieren jeweils aus Marktanteilsverschiebungen zwischen den Krankenhäusern; dies soll an zwei Beispielen verdeutlicht werden: In den beiden Kreisen mit dem stärksten Anstieg des HHI hat das jeweils fallzahlstärkste Haus deutlich Marktanteile hinzugewonnen: von 33% auf 90% im Landkreis Biberach und im Landkreis Bad Tölz-Wolfratshausen von 43% auf 90%.

In den beiden Kreisen mit dem stärksten Rückgang des HHI hat sich der Marktanteil des jeweils fallzahlstärksten Hauses hingegen deutlich reduziert: von 87% auf 67% im Landkreis Böblingen und von 75% auf 44% im Vogelsbergkreis. Dabei ist in drei der vier Kreise die Zahl der in Anspruch genommenen Krankenhäuser konstant bei drei geblieben; lediglich im Landkreis Biberach ist sie von vier auf fünf gestiegen.

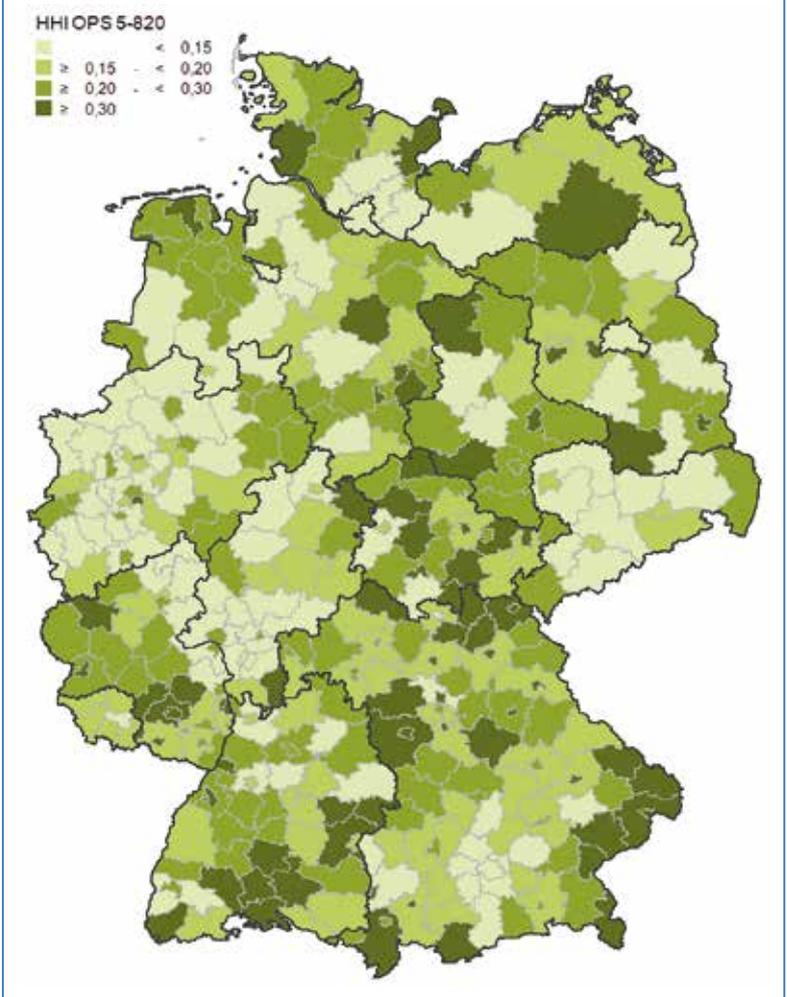
**Hüft-TEP**

Die Verteilung der Inanspruchnahme der Bevölkerung auf Klinikstandorte, die (in und außerhalb der Region) Versorgung mit Hüft-TEP durchführten, ist in den Kreisen deutlich unterschiedlich stark konzentriert (Abb. 4). Die durchschnittliche Wohnbevölkerung eines Kreises (Median) nahm im Jahr 2018 für Hüft-TEP-Operationen 33 verschiedene Krankenhäuser in Anspruch (Min: 12, Max: 100); im Jahr 2010 waren es 29 Krankenhäuser. Der Marktanteil des jeweils fallzahlstärksten Klinikstandorts lag im Median bei 36% (Min: 12%, Max: 80%; 2010: 35%). Der Konzentrationsgrad (HHI) lag im Median mit 0,204 (Min: 0,054, Max: 0,643) geringfügig unter dem Konzentrationsgrad im Jahr 2010 (0,213). Nur in sechs Kreisen lag der HHI im Jahr 2018 über 0,5; dort lag auch der Marktanteil des fallzahlstärksten Hauses bei mindestens 70%. Dabei handelt es sich in vier Fällen um regional isolierte Kreise in Randlagen (Berchtesgadener Land, Wittmund, Passau und Garmisch-Partenkirchen).<sup>7</sup> Bei den Regionen mit der geringsten Leistungskonzentration handelt es sich vielfach um kreisfreie Großstädte und angrenzende Landkreise.

Der Vergleich des Konzentrationsgrads in den Kreisen für die Jahre 2010 und 2018 zeigt insgesamt eine leichte Nivellierung: In Regionen mit einer überdurchschnittlich hohen Konzentration im Jahr 2010 ist die Konzentration eher zurückgegangen, in Regionen mit einer ursprünglich unterdurchschnittlichen Konzentration dagegen eher angestiegen.

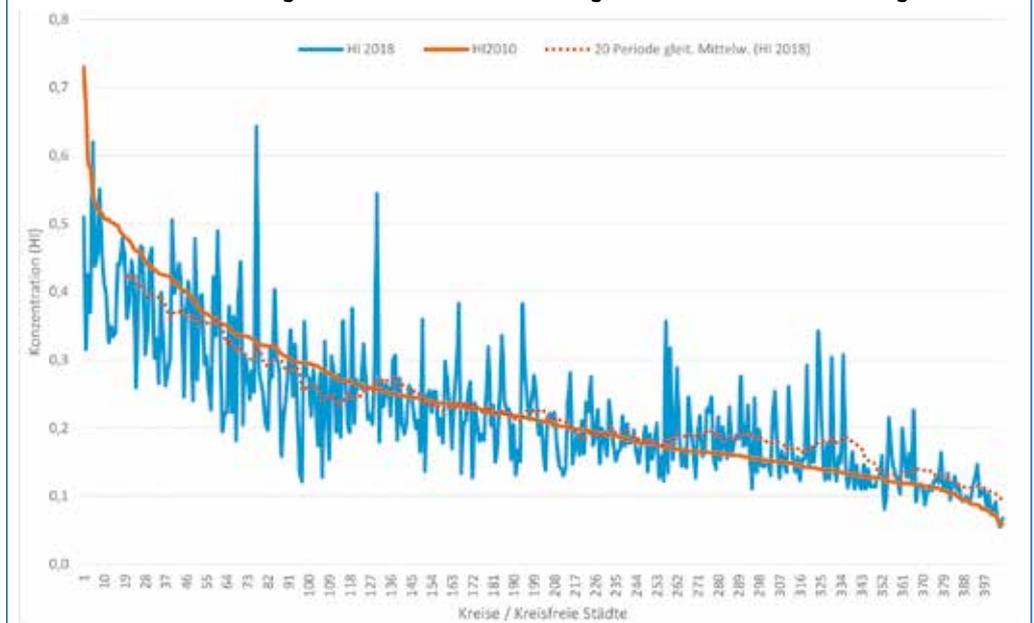
Bei dem deutlichen Anstieg links in Abb 5. handelt es sich um den Landkreis Berchtesgadener Land. Hier ist der HHI von 0,323 auf 0,643 gestiegen und der Marktanteil der fallzahlstärksten Klinik von 52% auf 80% (Abb. 5). Alle

**Konzentration der Leistungserbringung bei Hüft-TEP nach dem Wohnkreis der Patienten, 2018**



**Abb. 4:** Konzentration der Leistungserbringung bei Hüft-TEP nach dem Wohnkreis der Patienten, 2018. Quelle: IGES auf der Basis einer Auswertung der Daten gemäß § 21 KHEntg durch das FDZ des Statistischen Bundesamtes.

**Relative Veränderung der Anzahl der Fachabteilungen in Deutschland nach Fachgebiet**



**Abb. 5:** Konzentration der Inanspruchnahme von Kliniken zur Hüftendoprothetik nach Wohnkreis, 2010 und 2018. Quelle: IGES auf der Basis einer Auswertung der Daten gemäß § 21 KHEntg durch das FDZ des Bundes und der Länder.

7: Daneben noch der Landkreis Celle und die kreisfreie Stadt Suhl.

drei Krankenhäuser im Kreis gehören zur Kliniken Südostbayern AG, zwei davon führen Hüft-TEP-Implantationen durch. Eines der beiden wurde im Jahr 2013 als Endoprothetikzentrum zertifiziert; dort sind die Fallzahlen gegenüber dem Jahr 2010 deutlich angestiegen, am anderen Standort dagegen zurückgegangen. Bei dem zweiten deutlichen Anstieg des HHI von 0,256 auf 0,544 handelt es sich um den Landkreis Celle. Das von den Patienten aus diesem Kreis am häufigsten in Anspruch genommene Haus konnte seinen Marktanteil von 47% auf 73% steigern. In dem Kreis werden nur an einem Standort Hüft-TEP-Implantationen durchgeführt: Dieser hat seine Fallzahl seit dem Jahr 2010 verdoppelt; somit liegt die Vermutung nahe, dass es diesem Standort gelungen ist, das regionale Fallaufkommen besser auszuschöpfen und die Anzahl der Behandlungen in umliegenden Regionen zu reduzieren.

Der deutliche Rückgang der Konzentration am linken Rand der Abbildung 5 von 0,672 auf 0,316 betrifft die kreisfreie Stadt Schwerin: Hier lag der Marktanteil der fallzahlstärksten Klinik im Jahr 2010 bei 81%, im Jahr 2018 nur noch bei 53%. Die einzige Klinik in Schwerin selbst hat deutlich an Fällen verloren, während Kliniken in der Umgebung (z. B. Hagenow, Crivitz, Grevesmühlen, Wismar und Parchow) ihre Fallzahlen erhöhen konnten.

## Zusammenfassung und Diskussion

Die Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland ist seit dem Jahr 2010 um etwa 10% zurückgegangen; auch auf Ebene der Fachabteilungen war insgesamt ein Rückgang zu verzeichnen. Allerdings gab es hier schon unterschiedliche Entwicklungen: Während sich etwa die Zahl der Fachabteilungen für Augenheilkunde, HNO sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe deutlich reduziert hat, hat beispielsweise die Zahl der geriatrischen und neurologischen Fachabteilungen deutlich zugenommen. Um die Frage beantworten zu können, ob durch eine stärkere Konzentration der Krankenhausversorgung Qualitätsverbesserungen erzielt werden können, bleibt eine Betrachtung auf dieser Ebene jedoch zu grob, denn die vorliegende empirische Evidenz zu höherer Qualität in Einrichtungen mit größeren Fallzahlen bezieht sich jeweils auf einzelne Leistungen.

Aus diesem Grund erfolgten Detailanalysen in drei Leistungsreichen, für die sich nach Studienlage positive Qualitätswirkungen einer Konzentration der Behandlungsfälle erwarten lassen:

- TAVI,
- (anatomische) Lungenresektion und
- Hüft-TEP.

Im Vergleich der Jahre 2010 und 2018 gab es generell zwar deutlich gestiegene Fallzahlen in allen drei Bereichen, aber im wesentlichen konstante Einrichtungszahlen. Bei TAVI und Lungenresektionen hat die Leistungskonzentration dennoch deutlich abgenommen. Standorte, die im Jahr 2010 besonders hohe Fallzahlen hatten, haben vielfach Marktanteilseinbußen, teilweise aber auch absolute Fallzahlrückgänge hinnehmen müssen. Trotz der im Mittel deutlich gestiegenen Einrichtungsfallzahlen kam es bei TAVI und Hüft-TEP noch immer in geringerem Umfang zur Unterschreitung von Mindestmengen, wie sie etwa in Zertifizierungsverfahren gefordert werden. Bei den anatomischen Lungenresektionen hingegen wurde rund ein Drittel aller Resektionen in Kliniken durchgeführt, die die Mindestmenge von 75 Eingriffen p. a. nicht erreichten.

Auf regionaler Ebene stellt sich die Situation sowohl hinsichtlich

des Niveaus der Konzentration als auch hinsichtlich der Entwicklung recht unterschiedlich dar: Während die Inanspruchnahme der Versorgung mit Hüft-TEP durch die Wohnbevölkerung in 17 Regionen (insbesondere den Großstädten und dem Ruhrgebiet) stark dezentriert (HHI < 0,1) ist, liegt bei der Versorgung mit TAVI der HHI in 32 Kreisen über 0,81 und der Marktanteil des fallzahlstärksten Krankenhauses bei 90% und mehr. Die Entwicklung der Fallkonzentration war ähnlich vielfältig: In vielen Regionen gab es nur geringe Veränderungen des Konzentrationsgrades (obwohl es teilweise zu deutlichen Verschiebungen der Fallanteile zwischen den Krankenhäusern kam). In wenigen Regionen stieg die Konzentration deutlich an: Dies war in den untersuchten Beispielen häufig dann der Fall, wenn Standorte komplett geschlossen oder Leistungen innerhalb eines Krankenhausverbundes an einem Standort konzentriert wurden.

Insgesamt zeigen sich in allen drei untersuchten Leistungsreichen und in vielen Regionen noch Potenziale für Qualitätsverbesserungen durch eine stärkere Konzentration der Versorgung. Angesichts der regionalen Vielgestaltigkeit der Krankenhausversorgung und den identifizierten Treibern für Konzentrationsprozesse werden dafür verschiedene Maßnahmen empfohlen:

Von bundesgesetzlicher Ebene sollten weitere Impulse kommen, die Entwicklung der Krankenhausstrukturen stärker an Qualitätszielen auszurichten. Dazu kann auch eine evidenzbasierte Weiterentwicklung der Mindestmengenvorgaben beitragen. Ergänzend sollten weitere Optionen für den Zugang zu Zentren in ländlichen Regionen mit geringen Fallzahlen geschaffen werden (z. B. telemedizinische Kooperationen mit größeren Zentren).

Die bislang insgesamt noch überschaubaren Ansätze einer aktiveren Krankenhausplanung der Bundesländer sollten fortgesetzt und erweitert werden. Dies sollte auf der Grundlage eines kontinuierlichen und systematischen Monitorings des regionalen Versorgungsgeschehens im Hinblick auf die Verfügbarkeit, Erreichbarkeit und Qualität der Versorgung geschehen. Die Aufnahme von Klinikkapazitäten in die Krankenhauspläne der Länder sollten an die Einhaltung von Qualitätsvorgaben gebunden werden. Erforderlich ist hierfür eine personelle Stärkung der Planungsbehörden und eine gezielte, ausreichende Investitionsfinanzierung sowie die frühzeitige und systematische Einbindung von Krankenhaus- und Kostenträgern.

Schließungen von Standorten und trägerinterne Reorganisationen haben in Regionen teilweise zu einem deutlichen Anstieg der Konzentration der Krankenhausversorgung geführt. Eigene Bestrebungen der Krankenhäuser, trägerübergreifend zu kooperieren und Angebote zu konzentrieren, stoßen häufig nicht nur auf politische, sondern auch auf kartellrechtliche Vorbehalte. Die kartellrechtliche Bewertung von Krankenhauskooperationen und -fusionen sollte daher erweitert werden. Empfehlenswert ist, die Konzentration der Krankenhausversorgung mindestens ergänzend auch für spezifische Leistungsmärkte zu messen und Qualitätseffekte bei der Prüfung von Krankenhausfusionen stärker einzubeziehen. Und die ordnungspolitische Diskussion um die Rolle des Wettbewerbs auf regionalen Krankenhausmärkten muss geführt werden. <<

### Concentration of performance in inpatient care

The discussion about reforms in the hospital sector focuses primarily on the concentration of services and the formation of centers. The aim is to improve the efficiency and quality of inpatient care. So far however, there are hardly any differentiated findings about such concentration processes. It is true that the number of hospitals in Germany has declined by around ten percent since 2010. However, in contrast to this nationwide trend, there is in some cases a sharp decline in the concentration of services in certain service areas. This is illustrated by new types of detailed analyses using data pursuant to §21 KHEntgG and data from the quality reports of the hospitals. The potential for quality improvements through greater concentration of services is unevenly distributed across regions. More uniform national quality standards should be developed, hospital planning by the federal states should be strengthened, and the assessment of hospital mergers and collaborations under antitrust law should be expanded.

#### Keywords

Quality, hospital, service concentration, quality improvement

#### Crossref/doi

doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2345>

### Zitationshinweis

Loos, S., Albrecht, M.: „Leistungskonzentration in der stationären Versorgung“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (05/21), S. 55-60. <http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2345>

### Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

### Literatur

Albrecht, M./Loos, S./Irs, S. (2021): Qualitätsverbesserung durch Leistungskonzentration in der stationären Versorgung. In: [www.iges.com/leistungskonzentration](http://www.iges.com/leistungskonzentration) (abgerufen am 15.06.2021)

#### Dr. Stefan Loos

ist seit dem Jahr 2003 am IGES Institut tätig und stellvertretender Bereichsleiter im Bereich Gesundheitspolitik. Als studierter Gesundheits- und Verwaltungswissenschaftler beschäftigt er sich schwerpunktmäßig mit Fragen der Krankenhausversorgung und Krankenhausplanung sowie mit grundsätzlichen Strukturfragen zur Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens. Kontakt: [Stefan.Loos@iges.com](mailto:Stefan.Loos@iges.com)



#### Dr. Martin Albrecht

ist am IGES Institut als Geschäftsführer und Leiter des Bereiches Gesundheitspolitik zuständig für die Bereiche Finanzierung, Wettbewerb und Effizienz im Gesundheitssystem. Voraus gingen wissenschaftliche Tätigkeiten beim Sachverständigenrat gesamtwirtschaftliche Entwicklung und der Rürup-Kommission. Er ist Volkswirt und beschäftigt sich zudem mit internationalen Vergleichen und dem Aufbau von Gesundheitssystemen. Kontakt: [Martin.Albrecht@iges.com](mailto:Martin.Albrecht@iges.com)



Kerstin Hermes-Moll PhD  
 Dr. rer. med. Walter Baumann  
 PD Dr. rer. medic. Christoph Kowalski  
 Dr. PH Christoph Ohlmeier  
 Dr. med. Holger Gothe  
 Dr. phil. Vitali Heidt

## Multidisziplinäre Tumorkonferenzen in Deutschland

### Forschungsbedarf bei einem zentralen Bestandteil der Versorgung Krebskranker

Schätzungen zufolge leben in Deutschland derzeit etwa 4 Millionen Menschen, die im Laufe ihres bisherigen Lebens bereits an Krebs erkrankt sind, pro Jahr erhalten etwa 500.000 Personen eine Krebsdiagnose (RKI/GEKID 2019). Die Behandlung einer Krebserkrankung ist dank zahlreicher Neuerungen in Diagnostik und Therapie heutzutage mit besseren Überlebenschancen assoziiert, hat aber auch an Komplexität zugenommen. Während früher meist auf die drei Säulen der Krebstherapie verwiesen wurde (Operation, Strahlentherapie und Chemotherapie), geht man heutzutage von fünf Behandlungsmodalitäten aus: Operation, Strahlentherapie, Chemotherapie, zielgerichtete Therapie und Immuntherapie (Weber 2018). So sind multidisziplinäre und intersektorale Fallbesprechungen mit Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Fachdisziplinen (insbesondere Chirurgie, Pathologie, Radiologie, Onkologie) in Tumorkonferenzen, Tumorboards, Konsilen oder Foren mit dem Ziel einer gemeinsamen Behandlungsempfehlung zentraler Bestandteil der qualifizierten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit komplexen onkologischen Erkrankungen. Insbesondere die Begriffe „Tumorkonferenz“ und „Tumorboard“ werden oft synonym verwendet. Die im Rahmen der multidisziplinären Tumorkonferenzen (MTK) stattfindenden Beratungs- und Entscheidungsfindungsprozesse haben wesentlichen Einfluss auf die veranlassten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (Basta et al. 2017; Hermes-Moll et al. 2016). Untersuchungen konnten zeigen, dass MTK die Diagnosesicherheit und klinischen Outcomes verbessern können (Basta et al. 2017; Lamb et al. 2011). Einige Studien deuten darauf hin, dass die Fallbesprechung in MTK positiv mit einem längeren Überleben assoziiert ist (Hong et al. 2010; Kesson et al. 2012; Pillay et al. 2016). Doch es gibt auch vereinzelt Studienergebnisse, die keine Verbesserung der Therapie bzw. Verlängerung des Gesamtüberlebens durch eine Besprechung in MTK nahelegen (Specchia et al. 2020; Keating et al. 2013; Kee et al. 2004). Eine qualitativ hochwertige MTK-Empfehlung kann sich somit nachhaltig auf die Versorgung, die Lebensqualität und das Überleben der erkrankten Personen auswirken – und schließlich auch auf die Kosten des Gesundheitssystems.

### Zusammenfassung

Multidisziplinäre Tumorkonferenzen (MTK) nehmen eine wesentliche Rolle in der Therapieplanung und -durchführung in der Onkologie ein. Dennoch bestehen erhebliche Wissens- und Forschungslücken hinsichtlich zentraler Merkmale von MTK. Dies betrifft sowohl strukturelle Merkmale wie die Anzahl und Formen von MTK außerhalb zertifizierter Zentren, Varianzen von MTK aufgrund regionaler, organisatorischer und personeller Bedingungen, Prozesse innerhalb der MTK wie die Kommunikation und die Qualität der Entscheidungsfindungsprozesse und deren Ergebnisse, als auch die Wirkungen von MTK auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten.

### Schlüsselwörter

Krebs, Tumorboard, Tumorkonferenz, Multidisziplinarität, Zertifizierung, Qualität

### Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2346>

>> MTK existieren bereits seit den 1970er Jahren (Kleeberg 2018). Die Bedeutung von MTK in der Versorgung von Krebskranken spiegelt sich heute sowohl im Nationalen Krebsplan (BMG 2017) wider als auch in der Nationalen Dekade gegen Krebs (Strategiekreis der Nationalen Dekade gegen Krebs 2019). Ebenso sind MTK in Behandlungsvorgaben verankert wie beispielsweise dem Disease-Management-Programm Brustkrebs und den Guidelines der European Society of Medical Oncology (ESMO). Auch für die Zertifizierung onkologischer Behandlungszentren durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) und der Kompetenzzentren für medikamentöse Tumortherapie durch die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) ist ein MTK-Angebot seitens der Einrichtungen zwingend erforderlich. Für die Zertifizierung werden spezifische Anforderungen an MTK formuliert, die insbesondere strukturelle Merkmale wie die Teilnahme bestimmter Professionen zum Beispiel aus Chirurgie, Radiologie, Pathologie, Strahlentherapie und internistischer Onkologie umfassen. In den Anforderungen der DKG zur Zertifizierung von Organkrebszentren beispielsweise sind die Vorgaben an Tumorkonferenzen jeweils unter „1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit“ formuliert. Für Darmkrebszentren heißt es u. a. „Es muss mindestens 1 x wöchentlich eine Tumorkonferenz stattfinden. Für folgende Fachrichtungen ist eine Teilnahme auf Facharzzebene an der Konferenz zwingend: Viszeralchirurgie, Gastroenterologie, Strahlentherapie, Hämatologie/Onkologie, Pathologie, Radiologie“. Außerdem: „Es sollten alle Fälle prätherapeutisch/postoperativ [...] vorgestellt werden. Sofern keine Vorstellung erfolgt, muss dies in der Patientenakte nachvollziehbar begründet sein“ (DKG 2020). Die Umsetzung wird in den Audits überprüft und ist in den Jahresberichten als Kennzahl berücksichtigt. Durch diese Zertifizierungen sind für häufige solide Tumorentitäten wie beispielsweise Darm- oder Brustkrebs, aber auch für einige seltenere Entitäten wie Leberkrebs die MTK gut etabliert. Derzeit sind 1.525 Zentren von der DKG zertifiziert (DKG 2021). Die Unterlagen aus dem Zertifizierungsverfahren der DKG stellen in Deutschland die größte Datenquelle zu MTK dar. Die Zertifizierung der Kompetenzzentren für medikamentöse Tumortherapie durch die DGHO läuft 2021 erst an. Daten zu Qualität, Prozessabläufen oder Varianzen, die über die mit der Zertifizierung zusammenhängenden Anforderungen hinausgehen, liegen jedoch nicht vor.

Darüber hinaus finden auch in nicht-zertifizierten Krankenhäusern oder Netzwerken von ambulant tätigen Facharztgruppen verschiedene Formen von MTK, Häma-Boards und andere multidisziplinäre Besprechungen zur Versorgung hämatologischer und onkologischer Patientinnen und Patienten statt. Hierzu liegen jedoch weder Angaben zur Anzahl noch zu strukturellen oder prozessualen Merkmalen vor.

Gut drei Viertel der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte für Hämatologie und Onkologie nehmen an internen Tumorboards teil und 94% beteiligen sich an externen Tumorboards (Hermes-Moll et al. 2016). Die Anzahl der Teilnehmenden der externen MTK variiert dabei zwischen 2 und 30 Personen (Mittelwert 13, Standardabweichung 5,5). Auch die Anzahl der besprochenen Fälle deutet mit einem Range von 1-30 (Mittelwert 12, Standardabweichung 5,9) auf eine große Varianz zwischen den MTK hin (Hermes-Moll et al. 2016).

Angesichts einer fehlenden Legaldefinition von MTK geben weder Daten der amtlichen Statistik noch Dokumentationen der Selbstverwaltungskörperschaften (z. B. kassenärztliche Vereinigungen) dienliche Anhaltspunkte. In den verschiedenen Vergütungssystematiken der Leistungserbringer im Gesundheitswesen wird die Besprechung eines Falles in MTK mit Ausnahme der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nicht abgebildet. Auch mit den Daten der klinischen Krebsregister und den Qualitätsberichten der Krankenhäuser ist eine Analyse von MTK nicht möglich. Somit lassen sich für Deutschland bislang kaum Aussagen über MTK treffen. Vorliegende Studien zu MTK sind primär einrichtungs- bzw. krankenhausbezogen. Hinweise aus der Ärzteschaft (Hermes-Moll et al. 2016; persönliche Kommunikation) deuten jedoch auf eine starke Heterogenität bei MTK hin.

Grundsätzlich lassen sich MTK unter anderem hinsichtlich des Zeitpunktes ihrer Einbeziehung in den Behandlungsverlauf, des gesetzlichen Schwerpunktes, der Teilnehmerstruktur und dem Ort der Durchführung unterscheiden. Die jeweiligen strukturellen, personellen und regionalen Voraussetzungen spielen dabei eine tragende Rolle.

In Abbildung 1 sind beispielhaft einige Unterscheidungsmerkmale skizziert.

Einhergehend mit den medizinischen Fortschritten unterliegen auch MTK einem Wandel. So spiegelt sich der zunehmende Einfluss molekular-diagnostischer Befunde auf die Behandlungsoptionen in der Hämatologie und Onkologie auch in den Bezeichnungen der MTK wider. Neben den bekannten MTK werden in den onkologischen Einrichtungen zunehmend „molekulare Tumorkonferenzen“ eingeführt, bei denen molekular-genetische Analysen des Tumorgewebes oder des Blutes die Empfehlungen maßgeblich mitbestimmen (Rolfo et al.

2018; van der Velden 2017; DGP 2017). Häufig handelt es sich hierbei um Fälle, bei denen die Standarduntersuchungen und -therapieoptionen bereits ausgeschöpft wurden. Zudem erweitert sich hierbei der Teilnehmerkreis der MTK ggf. um Personen aus der Humangenetik und Bioinformatik, die zuvor nicht einbezogen wurden (Merry et al. 2018). Doch die molekular-genetische Diagnostik ist auch in den nicht explizit als „molekular“ bezeichneten MTK ein Bestandteil für die Therapieentscheidung geworden, bspw. beim Lungenkrebs. Darüber hinaus gibt es Bestrebungen, so genannte „translationale“ MTK zu etablieren, um die Wissen generierende Versorgung in der Onkologie voranzutreiben (DGHO 2018). Inwieweit diese Form der Translation im Rahmen von MTK bereits Einzug in die Versorgungspraxis gehalten hat, ist nicht bekannt.

### Interne Prozessabläufe in MTK

MTK sind folglich kollektive medizinische Handlungsformen in der Versorgung, deren Ergebnisse unter Umständen von den jeweiligen personalen, organisatorischen und kulturellen Bedingungen beeinflusst werden, unter denen sie stattfinden. Dabei können durchaus unterschiedliche Einschätzungen hinsichtlich des weiteren Vorgehens in der Therapie bei den MTK-Teilnehmenden vorliegen (Homayounfar et al. 2014). Auch Werturteile und andere nicht-medizinische Faktoren können MTK-Empfehlungen beeinflussen (Schildmann et al. 2014). Zwar finden MTK mehrheitlich in stationären Versorgungseinrichtungen statt, ein Großteil der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte der Hämatologie und Onkologie nimmt jedoch regelmäßig an MTK in Krankenhäusern teil (Hermes-Moll et al. 2016). Die niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzte sind damit externe Teilnehmende von MTK. Die gemeinsame Zielsetzung der bestmöglichen Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten und die regelhafte Zusammenarbeit in MTK kann die Kooperation zwischen niedergelassenen und stationär tätigen Fachärztinnen und -ärzten verbessern. Jedoch wurde in der Vergangenheit auch von Spannungen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen im ambulanten und stationären Sektor bzw. internen und externen MTK-Teilnehmenden (Devitt et al. 2010; Parikh 2019) berichtet, die sich (unbewusst) auch auf Entscheidungsfindungsprozesse auswirken können (Devitt et al. 2010). So ist es nicht von der Hand zu weisen, dass MTK-Entscheidungen u.U. einen großen Einfluss auf die regionalen Patientenströme bzw. deren Zuweisung zu Behandlungseinrichtungen ausüben können. Dies wiederum kann Auswirkungen auf die Versorgungssituation und -qualität von Tumorpatientinnen und -patienten haben.

Die Erweiterung der Formen von MTK und der Einschluss weiterer Fachgruppen können sich letztlich auch auf die Dynamik innerhalb der MTK auswirken. Mit der zunehmenden Komplexität muss vermehrt davon ausgegangen werden, dass die jeweiligen Kenntnisse eines einzelnen MTK-Teilnehmenden überschritten werden und gegenseitiges Vertrauen zu einem zentralen Element wird (Haier 2016; Merry et al. 2018). Der zunehmende Bedarf an Kenntnissen, z. B. für besondere Fälle oder „Waisendiagnosen“, erfordert u.U. die überregionale Zuschaltung von Spezialisten. Nicht zuletzt wegen der Bedeutung der Kommunikationsprozesse in MTK wurden Forderungen nach einer Standardisierung der Strukturen und Prozesse von MTK (Homayounfar et al. 2015; Lamb et al. 2012) sowie regelmäßigen Evaluationen von MTK (Rosell et al. 2018) formuliert. Handlungsempfehlungen und Analysen zur Entscheidungsfindung innerhalb der MTK stammen vornehmlich aus dem angelsächsischen Raum. Doch auch hier fehlen prospektive Studien zur Bewertung der funktionalen Organisation

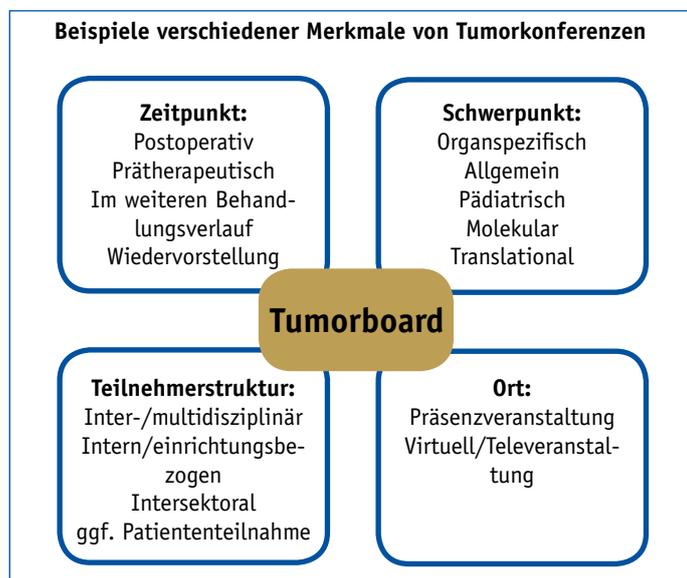


Abb. 1: Beispiele verschiedener Merkmale von Tumorkonferenzen.

## Literatur

- Abenhardt, W. (2012): Qualitätssicherung: Tumorboards – Bessere Kooperation erforderlich. In: Deutsches Ärzteblatt, 109(31–32): A-1547 / B-1332 / C-1312
- Baes, S./Horlait, M./Dhaene, S./Leys, M. (2020): Physicians' attitudes and perspectives regarding the uptake of psychosocial aspects and/or patient preferences during multidisciplinary team meetings in oncology. In: International Journal of Care Coordination, 23(2-3): 107-114
- Basta, Y. L./Bolle, S./Fockens, P./Tytgat, K. M. A. J. (2017): The Value of Multidisciplinary Team Meetings for Patients with Gastrointestinal Malignancies: A Systematic Review. In: Annals of Surgical Oncology, 24(9): 2669-2678
- Bate, J./Wingrove, J./Donkin, A./Taylor, R./Whelan, J. (2019): Patient perspectives on a national multidisciplinary team meeting for a rare cancer. In: European Journal of Cancer Care, 28(2): e12971
- Baumann, W./Schmitz, S. (2016): Entwicklungen in der onkologischen Versorgung. Ambulant und stationär. In: Der Onkologe, 3(22): 158-166
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017): Nationaler Krebsplan Handlungsfelder, Ziele, Umsetzungsempfehlungen und Ergebnisse. Bonn. In: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere\\_Nationaler\\_Krebsplan.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere_Nationaler_Krebsplan.pdf) (abgerufen am 21. Februar 2019)
- Bunnell, C. A./Weingart, S. N./Swanson, S./Mamon, H. J./Shulman, L. N. (2010): Models of multidisciplinary cancer care: physician and patient perceptions in a comprehensive cancer center. In: Journal of oncology practice, 6(6): 283-288
- Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) (2018): Positionspapier. Gegenwart und Zukunft der Medizinischen Onkologie. Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP) (2017): Molekulare Tumorboards auf dem Vormarsch. Pressemitteilung.
- Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) (2021): Häufig gestellte Fragen zur OncoMap-Suche. In: <https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft/zertifizierung/zentrumssuche.html> (abgerufen am 17. März 2021)
- Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) (2020): Erhebungsbogen für Darmkrebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft. In: [https://www.krebsgesellschaft.de/zert-dokumente.html?file=files/dkg/deutsche-krebsgesellschaft/content/pdf/Zertifizierung/Erhebungs-und-Kennzahlenboegen/eb\\_dz-K1\\_200706.docx&cid=89550](https://www.krebsgesellschaft.de/zert-dokumente.html?file=files/dkg/deutsche-krebsgesellschaft/content/pdf/Zertifizierung/Erhebungs-und-Kennzahlenboegen/eb_dz-K1_200706.docx&cid=89550) (abgerufen am 11.04.2021)
- Devitt, B./Philip, J./Sue-Anne, M. (2010): Team Dynamics, Decision Making, and Attitudes Toward Multidisciplinary Cancer Meetings: Health Professionals' Perspectives. In: J Oncol Pract, 6(6): e17-e20
- Diekmann, A./Heuser, C./Schellenberger, B./Bohmeier, B./Holmberg, C./Ansmann, L. / Ernstmann, N. (2020): Patient participation in multidisciplinary tumor conferences: Providers' perceptions of patients' need satisfaction and emotional experiences. In: Psycho-Oncology, 29(8): 1263-1271
- Gruber, C. (2012): Realisierung der lokoregionären Tumorkonferenzempfehlungen im Versorgungsalltag von Mammakarzinom-Patientinnen des Brustzentrums der Charité Berlin (Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doctor medicinae (Dr. med.)). Medizinische Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin
- Hahlweg, P./Hoffmann, J./Härter, M./Frosch, D. L./Elwyn, G./Scholl, I. (2015): In Absentia: An Exploratory Study of How Patients Are Considered in Multidisciplinary Cancer Team Meetings. In: PLOS ONE, 10(10): e0139921
- Haier, J. (2016): Aufgaben und Grenzen von Tumorkonferenzen. In: Der Onkologe, 22(3): 184-191
- Hermes-Moll, K./Dengler, R./Riese, C./Baumann, W. (2016): Tumor Boards from the Perspective of Ambulant Oncological Care. In: Oncology Research and Treatment, 39(6): 377-383
- Heuser, C./Diekmann, A./Kowalski, C./Enders, A./Conrad, R./Pfaff, H. et al. (2019): Health literacy and patient participation in multidisciplinary tumor conferences in breast cancer care: a multilevel modeling approach. In: BMC Cancer, 19(1): 330
- Heuser, C./Diekmann, A./Schellenberger, B./Bohmeier, B./Kuhn, W. et al. (2020): Patient Participation in Multidisciplinary Tumor Conferences from the Providers' Perspective: Is It Feasible in Routine Cancer Care? In: Journal of Multidisciplinary Healthcare, Volume 13: 1729-1739
- Hollunder, S./Herrlinger, U./Zipfel, M./Schmolders, J./Janzen, V. et al. (2018): Cross-sectional increase of adherence to multidisciplinary tumor board decisions. In: BMC Cancer, 18(1): 936
- Holterhöff, M./Klein, R. (2017): Nutzen, Mehraufwand und Finanzierung von Onkologischen Spitzenzentren, Onkologischen Zentren und Organkrebszentren. Berlin/Düsseldorf: Prognos
- Homayounfar, K./Mey, D./Boos, M./Gaedecke, J./Ghadimi, M. (2015): Kommunikation im Tumorboard. In: Forum, 30: 214-217
- Homayounfar, K./Bleckmann, A./Helms, H./Lordick, F./Ruschhoff, J./Conradi, L. et al. (2014): Discrepancies between medical oncologists and surgeons in assessment of resectability and indication for chemotherapy in patients with colorectal liver metastases. In: Br J Surg, 101(5): 550-557
- Hong, N./Wright, F./Gagliardi, A./Paszat, L. (2010): Examining the potential relationship between multidisciplinary cancer care and patient survival: An international literature review. In: J Surg Oncol, 102(2): 125-134
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2019): EBM 51041 Vorstellung eines Patienten in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams. In: <https://www.kbv.de/html/13259.php?srt=relevance&stp=fulltext&q=tumorkonferenz&s=Suchen> (abgerufen am 14. Februar 2019)
- Keating, N.L./Landrum, M.B./Lamont, E.B./Bozeman, S.R./Shulman, L.N./McNeil, B.J. (2013): Tumor Boards and the Quality of Cancer Care. In: Journal of the National Cancer Institute, 105(2): 113-121
- Kee, F./Owen, T./Leathem, R. (2004): Decision Making in a Multidisciplinary Cancer Team: Does Team Discussion Result in Better Quality Decisions? In: Medical Decision Making, 24(6): 602-613
- Kesson, E. M./Allardice, G. M./George, W. D./Burns, H. J. G./Morrison, D. S. (2012): Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13 722 women. In: British Medical Journal, 344: e2718
- Kleeberg, U. R. (2018): 20 Jahre inFo Onkologie. Ein Blick zurück und drei nach vorn! In: InFo Onkologie 4: 3
- Knötgen, G. (2020): Onkologische Pflege im Tumorboard: Rolle der Pflege in der multidisziplinären onkologischen Versorgung. In: Der Onkologe, 26(11): 991-997
- Kowalski, C./Albert, U.-S./Baumann, W., Carl/E.-G./Ernstmann, N./Hermes-Moll, K. et al. (2020): DNVF-Memorandum Versorgungsforschung in der Onkologie. In: Gesundheitswesen, 82(08/09): e108-e121
- Lamb, B./Brown, K./Nagpal, K./Vincent, C./Green, J./Sevdalis, N. (2011): Quality of care management decisions by multidisciplinary cancer teams: a systematic review. In: Ann. Surg. Oncol., 18(8): 2116-25
- Lamb, B. W./Sevdalis, N./Vincent, C./Green, J. S. A. (2012): Development and Evaluation of a Checklist to Support Decision Making in Cancer Multidisciplinary Team Meetings: MDT-QuiC. In: Annals of Surgical Oncology, 19(6): 1759-1765
- Merry, D./Schickhardt, C./Mehlis, K./Winkler, E. C. (2018): Trust and responsibility in molecular tumour boards. In: Bioethics, 32(7): 464-472
- Parikh, R.B. (2019): The Other: Confronting the Tension Between Academic and Community Oncologists. Medscape. In: [https://www.medscape.com/viewarticle/908875?src=WNL\\_infoc\\_190214\\_MSCPEDIT\\_practices&uac=64802DV&impID=1884092&faf=1#vp\\_1](https://www.medscape.com/viewarticle/908875?src=WNL_infoc_190214_MSCPEDIT_practices&uac=64802DV&impID=1884092&faf=1#vp_1) (abgerufen am 18 Februar 2019)
- Pillay, B./Wootten, A. C./Crowe, H./Corcoran, N./Tran, B. et al. (2016): The impact of multidisciplinary team meetings on patient assessment, management and outcomes in oncology settings: A systematic review of the literature. In: Cancer Treatment Reviews, 42: 56-72
- Robert Koch-Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (2019). Krebs in Deutschland für 2015/2016. 12. Ausgabe. Berlin: Robert Koch-Institut
- Rolfo C./Manca P./Salgado R./ Van Dam, P./Dendooven, A. et al. (2018): Multidisciplinary molecular tumour board: a tool to improve clinical practice and selection accrual for clinical trials in patients with cancer. In: ESMO Open 3(5): e000398
- Rosell, L./Alexandersson, N./Hagberg, O./Nilbert, M. (2018): Benefits, barriers and opinions on multidisciplinary team meetings: a survey in Swedish cancer care. BMC Health Services Research, 18(1): 249
- Schildmann, J./Salloch, S./Wäscher, S./Ritter, P./Vollmann, J. (2014): Werturteile bei der Entscheidungsfindung im interdisziplinären Tumorboard. Ergebnisse einer qualitativen Beobachtungsstudie. Palliativmedizin, 15(03), V110.
- Specchia, M. L./Frisicale, E. M./Carini, E./Di Pilla, A./Cappa, D. et al. (2020): The impact of tumor board on cancer care: evidence from an umbrella review. In: BMC Health Services Research, 20(1): 73
- Strategiekreis der Nationalen Dekade gegen Krebs. (2019): Gemeinsame Erklärung. Nationale Dekade gegen Krebs 2019-2029. Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung. In: [https://www.dekade-gegen-krebs.de/files/BMBF\\_NDGK\\_Pressekitt\\_GemeinsameErklaerung.pdf](https://www.dekade-gegen-krebs.de/files/BMBF_NDGK_Pressekitt_GemeinsameErklaerung.pdf) (abgerufen am 18 Februar 2019)
- van der Velden, D.L./van Herpen, C.M.L./van Laarhoven, H.W.M./Smit, E.F./Groen, H.J.M et al. (2017): Molecular Tumor Boards: current practice and future needs. In: Ann Oncol 28(12): 3070-3075
- Weber, J. S. (2018): Challenging cases: Management of immune-related toxicity. 2018 ASCO Educational Book: 179-183

und Umsetzung von MTK (Specchia et al. 2020). Einrichtungs- und vor allem sektorenübergreifende Analysen fehlen für Deutschland.

## Ergebnis und Umsetzung der MTK-Empfehlung

Ein zentraler Aspekt bei der Umsetzung von Therapieempfehlungen basierend auf MTK-Entscheidungen („Tumorboard-Adhärenz“) ist die teils fehlende Berücksichtigung des Patientenwunsches (Baes et al. 2020; Basta et al. 2017; Gruber 2012; Hollunder et al. 2018). Dies kann beispielsweise durch die Einbindung von Pflegepersonal (Knötgen 2020; Rosell et al. 2018) oder die Teilnahme von Patientinnen und Patienten an MTK (Diekmann et al. 2020; Heuser et al. 2019; Bate et al. 2019; Hahlweg et al. 2015) erreicht werden. Letzteres wird wiederum nur in einzelnen Zentren umgesetzt und von der Ärzteschaft unterschiedlich bewertet (Heuser et al. 2020).

Ein weiterer Aspekt ist die Kommunikation der MTK-Empfehlung durch die Ärztinnen und Ärzte an die Betroffenen. Einer Befragung in onkologischen Schwerpunktpraxen zufolge wussten weniger als die Hälfte der Krebspatientinnen bzw. -patienten, ob ihr Fall in einem MTK besprochen wurde (Hermes-Moll et al. 2016). Zentrale Aspekte sind zudem die Art der Kommunikation der MTK-Empfehlung an die Betroffenen und die Einbindung der MTK-Empfehlung in eine gemeinsame Entscheidungsfindung hinsichtlich des Therapievorgehens (Shared Decision Making).

## Aufwand und Kosten von MTK

Die Vorbereitung und Teilnahme an MTK ist mit einem gewissen zeitlichen Aufwand verbunden. Ein Prognos-Gutachten beziffert die Mehrkosten, die durch MTK entstehen für ein prototypisches Onkologisches Spitzenzentrum (CCC) auf rund 1,4 Millionen Euro und für ein prototypisches Organkrebszentrum (CC) auf 370.000 Euro im Jahr (Holterhöff/Klein 2017). Dabei ist der Mehraufwand für ans Netzwerk angebundene Praxen noch nicht berücksichtigt. Onkologische Schwerpunktpraxen sind im Durchschnitt jeweils mit 3,3 Zentren verbunden (Baumann/Schmitz 2016). Für andere Facharztgruppen aus der ambulanten Versorgung liegen bislang keine Zahlen vor. Eine Vergütung dieser erheblichen Mehrkosten für die Zentren und Netzwerkpartner findet in der Regel nicht statt. Lediglich im Rahmen der ASV wird die Vorstellung eines Falls in einer MTK durch ein Mitglied des Kernteams vergütet (KBV 2019). Die Abrechnung der EBM-Ziffer für die anderen Teilnehmenden des MTK, z. B. aus der Radioonkologie, ist nicht vorgesehen. Internationale Studien belegen, dass MTK teilweise als ineffizient empfunden werden (Bunnell et al. 2010). Auch von Seiten der Niedergelassenen wurden Bedenken gegenüber Aufwand und Organisation dokumentiert (Abenhardt 2012; Hermes-Moll et al. 2016).

## Fazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die multidisziplinäre Fallbesprechung einen festen und wichtigen Bestandteil der qualifizierten Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten darstellt, dennoch aber erhebliche Forschungslücken bestehen, die grundlegende strukturelle Merkmale, Auswahl und Zugang der Patientinnen und Patienten, prozessuale Aspekte wie Kommunikation und Entscheidungsfindung, aber auch die weitergehende Umsetzung der MTK-Empfehlung und die Kosten-Nutzen-Analyse betreffen. Die sich daraus ergebenden Fragestellungen reihen sich ein in weitere

Aufgaben und Themenfelder der Versorgungsforschung in der Onkologie (Kowalski et al. 2020). Die Anforderungen der DKG an MTK für die Zertifizierungen stellen für die Qualität der MTK in Deutschland einen wichtigen Rahmen. Doch es bestehen auch weitere Formen von MTK außerhalb der zertifizierten Zentren sowie über die Zertifizierungsanforderungen hinausgehende Unterschiede in der Durchführung der MTK, die bislang nicht systematisch ermittelt wurden und über deren Auswirkungen auf die ärztlichen Versorgenden sowie die Patientinnen und Patienten nichts bekannt ist. Es ist davon auszugehen, dass es regionale Besonderheiten gibt, die zu einem bundesweit uneinheitlichen Bild der Versorgung durch MTK führen, bspw. durch Einflüsse der Bevölkerungsdichte und damit verbundener Versorgungsstrukturen, das Vorhandensein größerer onkologischer Zentren, die die Patientenströme in einer Region beeinflussen, oder auch durch lokale Projekte oder Initiativen. Angesichts der Auswirkungen auf die weitere Versorgung der Patientinnen und Patienten und des großen zeitlichen und personellen Aufwands von MTK, ist eine möglichst effiziente und effektive Kooperation in MTK für die Organisierenden und Teilnehmenden von MTK von hoher Bedeutung. Die Schwierigkeit wird dabei mintunter darin bestehen, Diskrepanzen zwischen den Forderungen einerseits und der praktischen Umsetzbarkeit andererseits zu überwinden (Haier 2016).

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) fördert aktuell ein Projektvorhaben des Wissenschaftlichen Instituts der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (WINHO), das das Ziel verfolgt, die Strukturen, Varianzen und Prozesse der MTK (auch außerhalb zertifizierter Zentren) zu untersuchen. Ein Teil des bestehenden Forschungsbedarfs hinsichtlich der MTK kann dadurch abgedeckt werden. Weitere einrichtungs- und sektorenübergreifende Studien, die die besonderen Strukturen des deutschen Gesundheitssystems berücksichtigen, sind nötig, um die vielfältigen Forschungsbereiche rund um MTK abzudecken. <<

### Autorenerklärung

Die Autorin und Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

### Zitationshinweis

Hermes-Moll et al.: „Multidisziplinäre Tumorkonferenzen in Deutschland“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (05/21), S. 61-65.  
doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2346>

### Multidisciplinary Tumor Conferences in Germany

#### – Need for research on a central component of cancer care

Multidisciplinary tumor conferences (MTCs) play an essential role in treatment planning and implementation in oncology. Nevertheless, there are significant knowledge and research gaps regarding key characteristics of MTCs. This concerns structural characteristics such as the number and forms of MTCs outside certified centers, variances of MTCs due to regional, organizational, and personnel conditions, processes within MTCs such as communication and the quality of decision-making processes and their outcomes, as well as the effects of MTCs on patient care.

#### Schlüsselwörter

cancer, tumor boards, tumor conference, multidisciplinary, certification, quality

#### Crossref/doi

doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2346>

#### Kerstin Hermes-Moll PhD

hat Diplom-Sozialwissenschaften an der Universität Mannheim studiert und am Department of Environment and Geography an der Macquarie University in Sydney, Australien, promoviert. Sie arbeitet seit 2012 am Wissenschaftlichen Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (WINHO) und hat dort 2015 die wissenschaftliche Leitung des Bereichs Versorgungsforschung übernommen.

Kontakt: [hermes-moll@winho.de](mailto:hermes-moll@winho.de)



#### Dr. rer. med. Walter Baumann

hat in Marburg Soziologie studiert und am Institut für Medizinsoziologie der Universitätsklinik Frankfurt promoviert. Nach verschiedenen Funktionen in der Deutschen Rentenversicherung sowie bei der Techniker Krankenkasse war er von 2006 bis 2018 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (WINHO) in Köln. Er ist seitdem beratend und ehrenamtlich tätig.

Kontakt: [drwbaumann@t-online.de](mailto:drwbaumann@t-online.de)



#### PD Dr. rer. medic. Christoph Kowalski

ist seit 2014 Forschungs koordinator und Mitarbeiter der Deutschen Krebsgesellschaft, Bereich Zertifizierung. Er studierte in Köln Soziologie, Geschichte und Theater-, Film- und Fernsehwissenschaften, wurde 2010 an der Medizinischen Fakultät in Köln promoviert und dort 2021 habilitiert. Er forscht zu Versorgungsqualitätsaspekten in der Onkologie, insbesondere zu Unterschieden der Ergebnisqualität zwischen Leistungserbringenden. Kontakt: [kowalski@krebsgesellschaft.de](mailto:kowalski@krebsgesellschaft.de)



#### Dr. PH Christoph Ohlmeier

studierte Public Health an der Universität Bremen und promovierte dort 2015. Zwischen 2016 und 2020 war Christoph Ohlmeier am IGES Institut als stellvertretender Leiter des Bereichs Versorgungsforschung tätig. Die vorliegende Arbeit entstand während seiner Tätigkeit am IGES Institut. Seit 2020 ist Christoph Ohlmeier bei der Bayer AG beschäftigt und widmet sich dort weiterhin (pharmako-)epidemiologischer Forschung. Kontakt: [christoph.ohlmeier@bayer.com](mailto:christoph.ohlmeier@bayer.com)



#### Dr. Holger Gothe

ist Arzt und Kommunikationswissenschaftler. Als Versorgungsforscher widmet er sich seit über 30 Jahren dem analytischen Potenzial von GKV-Routinedaten mit den Schwerpunkten Pharmakoepidemiologie und Evaluation von Versorgungsinnovationen. Seit 2000, unterbrochen durch eine mehrjährige Tätigkeit als stellv. Departmentvorstand an der UMIT in Hall in Tirol, leitet er den Bereich Versorgungsforschung des IGES Instituts in Berlin. Kontakt: [holger.gothe@iges.com](mailto:holger.gothe@iges.com)



#### Dr. phil. Vitali Heidt

ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (WINHO) in Köln. Er hat Soziologie und Regionalwissenschaften studiert. Vor seiner Tätigkeit am WINHO war er in der Forschung tätig an der Universität Duisburg-Essen und Sophia University (Tokyo) sowie beim Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe.

Kontakt: [heidt@winho.de](mailto:heidt@winho.de)



Florian Brandt MSc

# Value Based Digital Health: Einsatz von Patientenfragebögen in Digitalen Gesundheitsanwendungen als Einstieg in eine nutzenbasierte Versorgung

Die Alterung der Gesellschaft, der Fachkräftemangel, aber auch die Digitalisierung prägen das Gesundheitswesen seit vielen Jahren und stellen große Herausforderungen an dessen Gestalter. Mit steigendem Alter steigt auch das allgemeine Erkrankungsrisiko (RKI 2020). Ältere Patientengruppen sind häufiger multimorbide und haben einen erhöhten Bedarf an Behandlungsmaßnahmen, die vom Gesundheitssystem finanziert werden müssen. Gleichzeitig sinken die systemseitigen Einnahmen, da das Finanzierungsmodell, zumindest in der GKV, auf Beiträgen beruht, die sich am Einkommen orientieren und das durchschnittliche Einkommen mit einem zunehmenden Anteil an Rentnern sinkt.<sup>1</sup> Darüber hinaus kämpft das Gesundheitswesen mit einem Mangel an qualifizierten Fachkräften, der sich durch den steigenden Behandlungsbedarfs noch verschärft (Wunsch/Buchmann 2019) und in strukturschwachen ländlichen Regionen bereits in der medizinischen Grundversorgung sichtbar ist. Die Digitalisierung wirkt dem entgegen, indem sie im Gesundheitswesen ortsunabhängige Wege der Leistungserbringung eröffnet und sogar neue Leistungsbereiche hervorbringt. So wurde mit dem Digitale Versorgung Gesetz (DVG) die regelhafte Verordnungs- und Erstattungsfähigkeit ausgewählter Gesundheits-Apps, sogenannter Digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA), in der GKV eingeführt. Gleichwohl sind auch der digitale Umbau und die Schaffung neuer Leistungsbereiche mit zusätzlichen Kosten verbunden. Insgesamt steht das Gesundheitswesen somit vor einem erheblichen Finanzierungsproblem und es ist absehbar, dass die aktuellen Versorgungs- und Vergütungslogiken nicht zukunftsfähig sind.

>> Innovative Lösungs- und Weiterentwicklungsansätze müssen zum einen geeignet sein, das Finanzierungsproblem zu mildern, dürfen aber auch nicht zu Qualitätseinbußen führen. Zudem entsteht in einem System, das auf Versicherungspflicht und nicht auf freier Konsumentscheidung basiert, ein erhöhter Legitimationsdruck gegenüber dem Versicherten als zentralem Stakeholder (Znotka et al. 2019), weshalb eine strikte Orientierung etwaiger Weiterentwicklungsmaßnahmen am Versicherten bzw. Patienten geboten ist. Dies fasst der Ökonom Michael Porter im Rahmen seines Value Based Health Care Konzepts in einem zu optimierenden Quotienten zusammen, der die

## Zusammenfassung

Mithilfe von Patientenfragebögen können Änderungen des Gesundheitszustands einfach erfasst und Behandlungserfolge dadurch messbar gemacht werden. Deren Einsatz in der Gesundheitsversorgung steigert somit die Patientenorientierung und kann zudem als Basis für eine erfolgsabhängige Vergütung dienen. Die DiGA-Versorgung bietet hierbei ein besonders geeignetes Anwendungsfeld. Eine fragebogenbasierte Messung des Gesundheitszustands innerhalb der DiGA in einem Prä-Post-Design, das heißt vor und nach Durchführung der DiGA-Therapie, wäre vergleichsweise einfach umsetzbar. Ein Vergütungsanspruch entstünde im Sinne eines Pay-for-Performance-Ansatzes nur dann, wenn der intendierte Therapieeffekt tatsächlich eintritt. Dies trüge zu mehr Transparenz hinsichtlich des therapeutischen Nutzens, aber auch zu mehr Versorgungseffizienz bei. Bei steigendem Reformdruck wäre dies zudem ein wichtiger Schritt in eine zukunftsfähige und nutzenbasierte Gesundheitsversorgung.

## Schlüsselwörter

Digitale Gesundheitsversorgung, Patientenfragebögen, Patient-reported Outcome Measures, Erfolgsabhängige Vergütung, Behandlungserfolgsmessung

## Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2347>

Gesundheitsergebnisse (Health Outcomes) ins Verhältnis zu den hierdurch verursachten Kosten (Costs) setzt, was den patientenbezogenen Nutzen (Value) ergibt (Porter 2010). Insofern ist Value Based Health Care ein Leitbild für innovative Weiterentwicklungsansätze im Gesundheitswesen, zu dessen zentralen Elementen eine kontinuierliche Ergebnismessung und eine Berücksichtigung der gemessenen Ergebnisse im Rahmen der Vergütung gehört. Der konsequente Einsatz von Patientenfragebögen zur Erfolgsmessung in der DiGA-Versorgung wäre ein solcher Ansatz. Aktuell müssen DiGA nach dem Gießkannenprinzip, d. h. völlig unabhängig von der tatsächlichen Nutzung und einem nachweisbaren Behandlungserfolg, erstattet werden. Nach § 33a SGB V können DiGA dazu bestimmt sein, „[...] die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.“ Insbesondere die Behandlung oder Linderung von Krankheiten kommt als Einsatzgebiet für Patientenfragebögen in Betracht. Zum einen können Änderungen des Gesundheitszustands einfach erfasst und der Behandlungserfolg dadurch messbar gemacht werden. Zum anderen können die Messergebnisse als Basis für eine erfolgsabhängige Vergütung (Pay for Performance; P4P) dienen. Ziel dieses Beitrags ist es, die Möglichkeiten des Einsatzes von Patientenfragebögen in der DiGA-Versorgung zu konkretisieren und hieraus resultierende Chancen aufzuzeigen. Nachdem zunächst auf einige Grundlagen und Voraussetzungen des Einsatzes von Patientenfragebögen in der Gesundheitsversorgung eingegangen wird, erfolgt hierzu die Entwicklung eines konkreten Umsetzungskonzepts.

## Allgemeines zu Patientenfragebögen in der Gesundheitsversorgung

Patientenfragebögen ermöglichen eine standardisierte Diagnose und Therapieeffektmessung über wenige Einzelfragen. Als Messinstrumente, die auf einer Selbstbeurteilung des Gesundheitszustands durch den Patienten basieren, gehören sie zu den sog. Patient-

1: Der überwiegende Teil der Gesundheitsversorgung findet in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) statt, die sozial und solidarisch finanziert ist. Knapp 90% aller Versicherten sind hier versichert, während nur etwas mehr als 10% privat, d. h. in einem System dessen Finanzierung auf individueller Risikozumessung beruht, krankenversichert sind.

reported Outcome Measures (PROMs). PROMs ermitteln die Perspektive des Patienten im Hinblick auf bestimmte Krankheitssymptome, den funktionellen Status körperlicher Mechanismen oder die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Black 2013). In der klinischen Forschung sind PROMs bereits etabliert und werden regelmäßig in Studien zur Effektmessung genutzt. Der Vorteil gegenüber anderen Messinstrumenten besteht insbesondere in der vergleichsweise hohen Effizienz. Die Datenerhebung per Fragebogen ist in der Regel mit weniger Aufwand verbunden als die Erhebung mithilfe physischer Messmethoden und liefert dennoch vergleichbare Ergebnisse. Aber auch in der Praxis kann der Einsatz von PROMs sinnvoll sein. Sie können die Diagnosestellung unterstützen, die Arzt-Patienten-Kommunikation verbessern und bei der frühzeitigen Aufdeckung von therapiebedingten Problemen helfen (Valderas et al. 2008). Der hohe Standardisierungsgrad erzeugt zudem objektivierte und einheitliche Diagnoseergebnisse. Beispiel: Eine „schwere Erkrankungsform“ bedeutet, unabhängig vom jeweils behandelnden Arzt, immer das Vorliegen desselben Fragebogen-Scores. Insgesamt wird mithilfe von PROMs die Wahrnehmung des Patienten explizit berücksichtigt und dadurch die Patientenorientierung in Forschung und Praxis erhöht.

In der Anwendung ist zwischen generischen und krankheitsspezifischen Patientenfragebögen zu unterscheiden. Bekannte und häufig genutzte Patientenfragebögen zur Messung des allgemeinen Gesundheitszustands, insbesondere der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, sind der SF-36 (Ware/Sherbourne 1992) oder der EQ-5D (EuroQol Group 1990). Bei der Erfolgsmessung einer therapeutischen Intervention, z. B. einer DiGA, sind krankheitsspezifische Fragebögen jedoch deutlich genauer, da sie auf die Erkrankung fokussieren, auf die auch die Intervention gerichtet ist (Hays 2005; Meadows 2011). Zustandsänderungen außerhalb des konkreten therapeutischen Einflussbereichs werden ausgeblendet. Somit sind krankheitsspezifische Patientenfragebögen in diesem Kontext grundsätzlich zu bevorzugen. Hinweise auf passende krankheitsspezifische Fragebögen finden sich zum Beispiel im Diagnostik-Abschnitt der jeweiligen medizinischen Leitlinie.

### Voraussetzungen des Einsatzes von Patientenfragebögen

Grundsätzlich sollten nur sprachlich und inhaltlich evaluierte Fragebögen mit guten psychometrischen Eigenschaften eingesetzt werden. Sofern ein entsprechender Fragebogen im deutschsprachigen Raum nicht verfügbar ist, ist zunächst die Übersetzung eines geeigneten fremdsprachigen, in der Regel englischsprachigen, Fragebogens erforderlich. Die Übersetzung von fremdsprachigen Patientenfragebögen ins Deutsche erfolgt, in Anlehnung an die ISPOR Grundsätze zur interkulturellen Anpassung von PROMs, regelmäßig in einem mehrstufigen Prozess (Wild et al. 2005). Zunächst wird die Zustimmung zur Übersetzung und Validierung bei den jeweiligen Entwicklern eingeholt. Daraufhin wird die fremdsprachige Originalversion von mehreren Deutsch-Muttersprachlern mit guten Englischkenntnissen unabhängig voneinander ins Deutsche übersetzt. Die Übersetzungsergebnisse werden miteinander verglichen und in gemeinsamer Abstimmung eine konsentrierte Version entwickelt. Die konsentrierte Version wird zur Rückübersetzung an weitere Personen (deutsch/englisch-bilingual) übermittelt und zurück ins Englische übersetzt. Die rückübersetzten Versionen werden ebenfalls miteinander sowie mit der Originalversion verglichen. Sofern die Originalversionen und die rückübersetzten Versionen inhaltlich übereinstimmen, kann die

Eignung der neu entwickelten deutschsprachigen Version grundsätzlich festgestellt werden. Diese wird abschließend mit medizinischem Fachpersonal diskutiert und an eine kleine Gruppe von Testpersonen ausgehändigt, um auf Verständlichkeit und mögliche Interpretationsspielräume zu überprüfen (Finalisierung).

Bei der Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften sind insbesondere die folgenden Gütekriterien von Interesse (Nunnally/Bernstein 1994; U.S. Department of Health and Human Services FDA Center for Drug Evaluation and Research et al. 2006): Reliabilität, Validität und Änderungssensitivität.

#### Reliabilität

Reliabilität bezeichnet die Zuverlässigkeit und Replizierbarkeit der Ergebnisse eines Messinstruments. Sie gibt an, inwieweit mehrere Messungen, die unter gleichen Messbedingungen durchgeführt wurden, übereinstimmen. Reliable Messinstrumente sind unanfällig gegen Messfehler und führen bei wiederholten Messungen zu den gleichen Ergebnissen. Die Reliabilität kann mithilfe verschiedener Methoden geschätzt werden. Im Hinblick auf Patientenfragebögen wird hierzu häufig die interne Konsistenz und die Retest-Reliabilität berechnet. Die interne Konsistenz gibt an, inwiefern mehrere Items, die innerhalb einer Multi-Item-Skala dieselbe Dimension messen sollen, zusammenhängen. Ein gängiges Maß für die interne Konsistenz ist Cronbachs Alpha. Für eine zufriedenstellende interne Konsistenz sollte ein Wert von  $\geq 0,7$  erreicht werden. Die Retest-Reliabilität gibt an, inwiefern zwei aufeinanderfolgende Messungen übereinstimmen.

#### Validität

Validität ist der Grad an Genauigkeit, mit der dasjenige Merkmal, das gemessen werden soll, tatsächlich auch gemessen wird. Daten, die mithilfe valider Messinstrumente erhoben wurden, repräsentieren also, wie beabsichtigt, die zu messende Größe (z. B. Symptomschwere). Formen der Validität, die bei der psychometrischen Beurteilung von Fragebögen eine besondere Rolle spielen, sind die Konstrukt- und die Kriteriumsvalidität. Eine Fragebogenmessung wird regelmäßig zur „Sichtbarmachung“ von latenten theoretischen Konstrukten (z. B. Lebensqualität) durchgeführt. Um die Beschaffenheit dieser Konstrukte, bzw. die Ausprägung einzelner Merkmale der Konstrukte, messbar zu machen, bedarf es der Nutzung entsprechender Indikatoren (z. B. Fragebogenitems). Die Konstruktvalidität bezieht sich auf die Eignung der gewählten Indikatoren zur Generierung von Aussagen über das dahinter liegende Konstrukt. Ein Fragebogen gilt vor diesem Hintergrund als valide, wenn dessen Ergebnisse hoch mit den Ergebnissen eines Referenzfragebogens korrelieren, der das gleiche Konstrukt misst und dessen Validität bereits empirisch nachgewiesen wurde (Konvergenzvalidität). Mit den Ergebnissen eines Referenzfragebogens, der ein anderes Konstrukt misst, sollte hingegen nur eine geringe oder keine Korrelation vorliegen (Diskriminanzvalidität). Die Kriteriumsvalidität bezeichnet das Ausmaß in dem das Ergebnis eines Patientenfragebogens mit einem externen Referenzwert bzw. dem „Goldstandard“ übereinstimmt. Als Goldstandard fungieren hierbei häufig die Ergebnisse der gängigen ärztlichen Diagnostik.

#### Änderungssensitivität

Die Änderungssensitivität bezeichnet die Fähigkeit eines Messinstruments zur Erfassung von Zustandsänderungen im Zeit- bzw. Behandlungsverlauf. Um die Änderungssensitivität zu beurteilen, erhalten Studienteilnehmer\*innen üblicherweise eine Intervention, deren Wirksamkeit bereits hinreichend belegt ist. Die zu untersu-

chenden Fragebögen werden vor und nach Durchführung der Intervention ausgefüllt. Auf diese Weise kann untersucht werden, ob ein Fragebogen die Änderung des Gesundheitszustands korrekt erfasst, die aus der jeweiligen Intervention resultiert.

## Einsatz von Patientenfragebögen in der DiGA-Versorgung

Die DiGA-Versorgung ist als praktisches Anwendungsfeld für Patientenfragebögen ideal geeignet und bietet zudem die Möglichkeit, erstmalig einen systemweiten Value Based Health Care Ansatz mit einem vergleichsweise geringen Aufwand in der GKV umzusetzen. Die Einbettung von digitalisierten Patientenfragebögen in DiGA ist hierbei technisch unproblematisch und würde, im Gegensatz zu einer etwaigen therapiebegleitenden Aushändigung von Papierfragebögen, in der Wahrnehmung der Patienten keinen Medienbruch und zusätzlichen Prozessaufwand erzeugen. In der Versorgungspraxis könnte sich der Ablauf in etwa wie folgt darstellen: Die Patientin/der Patient erhält eine ärztliche DiGA-Verordnung und reicht diese wie üblich bei seiner Krankenkasse ein. Alternativ kann der Patient/die Patientin direkt einen Antrag auf Versorgung mit der gewünschten DiGA bei der Krankenkasse, auch ohne vorangehende ärztliche Verordnung, stellen.<sup>2</sup> Sofern die Voraussetzungen vorliegen, stellt die Krankenkasse einen Freischaltcode (QR-Code) aus, mit dem die DiGA nach dem Sachleistungsprinzip beschafft und genutzt werden kann.<sup>3</sup> Insofern fungiert die Krankenkasse quasi als DiGA-Apotheke. Nachdem die Patientin/der Patient die DiGA heruntergeladen und auf dem Smartphone installiert hat bzw. die DiGA als Webanwendung aktiviert hat, beginnt die fragebogenbasierte Messung des Behandlungserfolgs. Hierzu erscheint der erste Fragebogen zur Befüllung, bevor die erste Therapieeinheit innerhalb der DiGA absolviert werden kann (Prätherapeutische bzw. t0-Messung). Bei dem Fragebogen handelt es sich um einen krankheitsspezifischen Fragebogen, der die Symptomschwere über einen Score, automatisch errechnet aus den individuellen Antworten des Patienten/der Patientin, wiedergibt.

Sobald die prätherapeutische Symptomschwere mithilfe des Fragebogens erfasst wurde, beginnt das Behandlungsprogramm und kann für den vorgegebenen Zeitraum genutzt werden. Nach Ablauf des vorgegebenen Behandlungszeitraums erscheint derselbe Fragebogen ein zweites Mal und wird vom Patienten/von der Patientin ausgefüllt (Posttherapeutische bzw. t1-Messung). Erneut wird der Score zur Symptomschwere ermittelt und mit dem prätherapeutischen Score verglichen. Eine Abrechnung der DiGA-Leistung gegenüber der Krankenkasse ist nur dann möglich, wenn sich der Score verbessert hat. Dieser Prozess der Ergebnismessung und erfolgsabhängigen Vergütung ist in Abbildung 1 dargestellt.

Bei der Auswahl des Fragebogens ist darauf zu achten, dass dieser zur Indikation der DiGA passt. Er sollte also genau das Outcome messen, auf dessen Herbeiführung die DiGA laut Hersteller auch gerichtet ist. Bei Fragebögen mit mehreren Modulen, z. B. dem PHQ-D, der zur Erfassung des Schweregrads von psychischen Störungen eingesetzt wird und unter anderem Module zu depressiven, somatischen und Angststörungen enthält (Gräfe et al. 2004), ist das jeweils passende Modul auszuwählen. Im Hinblick auf die Entscheidungsregel (Vergütungsanspruch ja/nein) ist die Festlegung von Schwellenwerten denkbar, die erreicht werden müssen, um einen Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu begründen. Gegebenenfalls würde eine Vergütung nur dann fällig, wenn sich der Score um eine vorab festgelegte Mindestpunktzahl verbessert. Lediglich geringfügige Verbesserungen würden hingegen nicht ausreichen. Die Festlegung eines solchen Schwellenwerts könnte Gegenstand der Preisverhandlungen nach § 134 SGB V sein. Hiernach vereinbart der GKV Spitzenverband mit den DiGA-Herstellern Vergütungsbeträge, die einheitlich von allen Krankenkassen zu zahlen sind. Die Vergütungsbeträge gelten hierbei erst ein Jahr nachdem die DiGA vom BfArM für die Versorgung in der GKV zugelassen und in ein offizielles DiGA-Verzeichnis (§ 139e SGB V) aufgenommen wurde. Davor herrscht grundsätzlich freie Preisbildung seitens der Hersteller. Darüber hinaus kann das erste Jahr von den DiGA-Herstellern dazu genutzt werden, den erforderlichen Nutznachweis zu erbringen, sofern der Versorgungs-

## Literatur

- Berger, T./Urech, A./Krieger, T./Stolz, T./Schulz, A./Vincent, A./Moser, C./Moritz, S./Meyer, B. (2017): Effects of a transdiagnostic unguided Internet intervention („velibra“) for anxiety disorders in primary care: results of a randomized controlled trial. In: *Psychological Medicine* 2017, 47, 1: 67–80
- BfArM (2020): DiGA/Für Leistungserbringer/Wie erhält der Patient die DiGA und wie erfolgt die Kostenübernahme durch die Krankenkasse? In: <https://diga.bfarm.de/de/leistungserbringer> (abgerufen am 07.03.2021)
- Black, N. (2013): Patient reported outcome measures could help transform healthcare. In: *BMJ* (online) 2013, 346: f167
- EuroQol Group (1990): EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. In: *Health Policy* 1990, 16, 3: 199–208
- Gräfe, K./Zipfel, S./Herzog, W./Löwe, B. (2004): Screening psychischer Störungen mit dem „Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“. In: *Diagnostica* 2004, 50: 171–181
- Hays R. (2005): Generic versus disease-targeted instruments. In: Fayers, P./Hays, R. (Hrsg.) (2005): 3–8
- Meadows, K. (2011): Patient-reported outcome measures: an overview. In: *British Journal of Community Nursing* 2011, 16, 3: 146–151
- Nunnally, J./Bernstein, I. (1994): *Psychometric Theory* (3. Auflage). New York: McGraw-Hill
- Porter, M. (2010): What is Value in Health Care? In: *The New England Journal Medicine* 2010, 363, 26: 2477–2481
- RKI (2020): Gesundheit im Alter. In: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Gesundheit\\_im\\_Alter/Ges\\_alter\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Gesundheit_im_Alter/Ges_alter_node.html) (abgerufen am 02.03.2021)
- U.S. Department of Health and Human Services FDA Center for Drug Evaluation and Research/U.S. Department of Health and Human Services FDA Center for Biologics Evaluation and Research/U.S. Department of Health and Human Services FDA Center for Devices and Radiological Health (2006): Guidance for industry: patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labelling claims: draft guidance. In: *Healthy and Quality of Life Outcomes* 2006, 4: 79
- Valderas, J./Kotzeva, A./Espallargues, M./Guyatt, G./Ferrans, C./Halyard, M./Revicki, D./Symonds, T./Parada, A./Alonso, J. (2008): The impact of measuring patient-reported outcomes in clinical practice: a systematic review of the literature. In: *Quality of Life Research* 2008, 17, 2: 179–193
- Ware, J./Sherbourne, C. (1992): The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. In: *Medical Care* 1992, 30, 6: 473–483
- Wild, D./Grove, A./Martin, M./Eremenco, S./McElroy, S./Verjee-Lorenz, A./Erikson, P. (2005): Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. In: *Value Health* 2005, 8: 94–104
- Wunsch, C./Buchmann, M. (2019): Demografischer Wandel verschärft Fachkräftemangel. In: *Die Volkswirtschaft* 2019, 5: 43–45
- Znotka, M./Brandt, F./Lindenmeier, J./Dietrich, M. (2019): ‚What the public values...‘ The stakeholder-oriented business model approach as a tool for planning and managing innovation in public and non-profit management – A qualitative inquiry into public value creation in German healthcare. In: *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen*, 42, 1-2: 13–33
- Zwerenz, R./Becker, J./Knickenberg, R./Siepmann, M./Hagen, K./Beutel, M. (2017): Online self-help as an add-on to inpatient psychotherapie: Efficacy of a new blended treatment approach. In: *Psychotherapie und Psychosomatics* 2017, 86, 6: 341–350

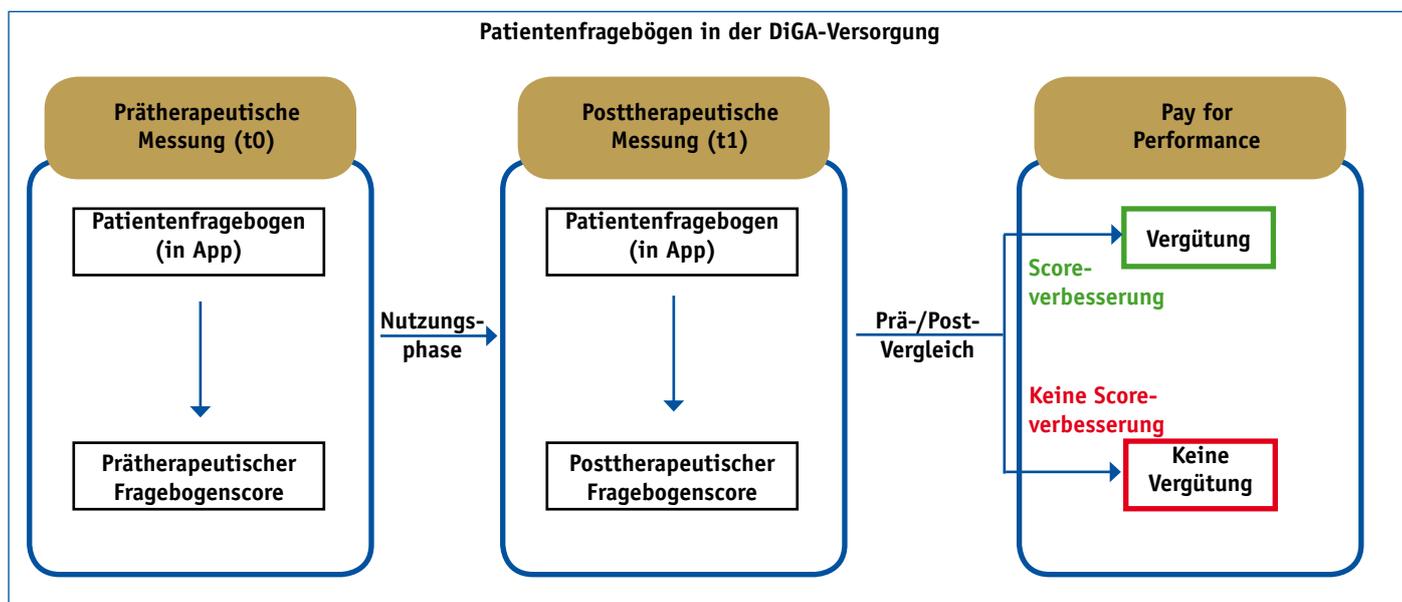


Abb. 1: Patientenfragebögen in der DiGA-Versorgung (eigene Darstellung)

nutzen bislang nicht hinreichend belegt ist. Die Zulassung und Aufnahme ins DiGA-Verzeichnis erfolgt dann zunächst auf Probe (§ 139e Abs. 4 SGB V). Um in der Logik des „besonderen ersten Jahres“ zu bleiben wäre es denkbar, dass auch die Verbesserungsschwellenwerte der Fragebogenscores erst ab dem zweiten Jahr gelten. Im ersten Jahr würde dann auch eine geringfügige Verbesserung ausreichen. Bei der Festlegung von Schwellenwerten können Interventionsstudien eine erste Orientierung bieten, in deren Rahmen der jeweilige Fragebogen bereits als Outcome-Messinstrument genutzt wurde. So sollte der therapeutische Effekt bei Anwendung der DiGA zumindest nicht schlechter sein, als der gemäß Studienlage zu erwartende Effekt der gängigen Alternativtherapie. Wenn die DiGA zur Behandlung einer irreversiblen Erkrankung eingesetzt werden soll, die einer Heilung bzw. Linderung nicht zugänglich ist, ist ausnahmsweise auch die Festlegung einer maximal zulässigen Verschlechterung des Fragebogenscores als Schwellenwert denkbar.

Zur Qualitätssicherung des beschriebenen Prozesses ist es wichtig, dass nur solche Fragebögen eingesetzt werden, welche die im vorangehenden Abschnitt beschriebenen Voraussetzungen erfüllen. Sofern die psychometrische Güte der deutschsprachigen Version des jeweiligen Fragebogens bislang nicht hinreichend untersucht wurde, sollte im ersten Jahr eine Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften der entsprechend übersetzten Version erfolgen. Dies kann parallel zur Erbringung des Nutznachweises geschehen, in deren Rahmen ja ohnehin Forschungsdaten bei den Nutzern erhoben werden müssen. Insgesamt liefern Patientenfragebögen einen Performanceindikator „erster Wahl“, da sie auf den unmittelbaren Anwendungszweck der DiGA, nämlich eine positive Beeinflussung des Gesundheitszustands, abstellen. Hilfsindikatoren, wie beispielsweise die Nutzungsfrequenz oder Klickraten, treten damit in den Hintergrund, können jedoch begleitend erhoben werden, um die tatsächliche DiGA-Nutzung festzustellen und damit die Attribuierung eventuell gemessener Outcomes gegenüber der DiGA zu stützen (vgl. hierzu auch die Ausführungen im folgenden Absatz).

Als Einschränkung bei der entsprechenden Nutzung von Patientenfragebögen in der DiGA-Versorgung ist die Ergebniszurechnung zu nennen. In der Regel ist nicht abschließend bekannt, ob und gegebenenfalls in welcher Intensität die Patientin/der Patient, par-

allel zur Nutzung der DiGA, anderweitige therapeutische Leistungen zur Behandlung der Erkrankung in Anspruch nimmt. Ein positiv gemessenes Behandlungsergebnis könnte somit auch auf eine andere Intervention zurückgehen. Dies ist insofern jedoch unproblematisch, da im Status quo gar keine Ergebnismessung erfolgt. Auch wenn die Messung des Behandlungserfolgs mit Ungenauigkeiten verbunden ist, ist sie der Alternative der Nichtmessung deutlich überlegen, ermöglicht sie doch überhaupt erst eine Einschätzung des therapeutischen Nutzens. Zudem wäre eine dahingehende Abgrenzung verschiedener Interventionen hinsichtlich des Therapieeffekts auch nicht sinnvoll, da DiGA häufig gerade für eine therapiebegleitende und nicht -ersetzende Nutzung geeignet sind (Berger et al. 2017; Zwerenz et al. 2017). Um dennoch abzuschließen, dass eine gemessene Veränderung des Gesundheitszustands zumindest partiell auf die DiGA-Nutzung zurückgeht, empfiehlt es sich begleitend zu messen, ob die DiGA im Messzeitraum einen ebenfalls festzulegenden Nutzungsschwellenwert (z. B. Mindestnutzung einmal pro Woche) erreichen konnte.

### Fazit

Ziel dieses Beitrags war es, den Einsatz von Patientenfragebögen in der DiGA-Versorgung zu diskutieren und hieraus resultierende Chancen aufzuzeigen. Hierzu wurde ein möglicher Umsetzungsprozess in der DiGA-Versorgungspraxis beschrieben und dessen Voraussetzungen definiert. Idealerweise erfolgt die Messung des Gesundheitszustands per Fragebogen innerhalb der DiGA in einem Prä-Post-Design, d. h. vor und nach Durchführung der DiGA-Therapie. Hierbei sollten krankheitsspezifische Fragebögen mit guten psychometrischen Eigenschaften genutzt werden, die das Behandlungsziel der DiGA möglichst genau erfassen. Ein Vergütungsanspruch entsteht nur dann, wenn der intendierte Therapieeffekt, nachgewiesen durch die Prä-Post-Messung, tatsächlich eintritt (Pay for Performance). Insgesamt trägt das beschriebene Verfahren zu mehr Transparenz hinsichtlich des therapeutischen Nutzens, aber auch zu mehr Versorgungseffizienz bei, indem es einen gezielten Einsatz von DiGA nur in solchen Behandlungssituationen fördert, wo eine entsprechende Versorgung sinnvoll und ein therapeutischer Nutzen realistisch erscheint. Dies steigert wiederum die Akzeptanz bei Ärzten, Patienten und Kran-

kenkassen und nutzt so letztendlich auch den Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen. Zudem wird durch eine konsequente und unmittelbare Messung des Behandlungserfolgs die Patientenorientierung im Gesundheitswesen erhöht und ein Schritt in Richtung Value Based Health Care gegangen. <<

### Value Based Digital Health: use of patient questionnaires in digital health applications as a first step into Value Based Health Care

With the help of patient questionnaires, changes in the state of health can be captured very simple and therefore treatment successes can be made measurable. Thus, their use in health care increases patient orientation and furthermore they can serve as a basis for performance-related remuneration. Treatment by digital health applications offers a particularly suitable field of application for this. A questionnaire-based measurement of health status within the digital health application in a pre-post design, meaning before and after using the digital health application for therapy, would be relatively easy to implement. A claim to remuneration would only arise if the intended therapeutic effect actually occurs, which is in the sense of a pay-for-performance approach. This would contribute to more transparency with regard to the therapeutic benefit, but also to more efficiency of care. With increasing pressure to reform, this would also be an important step towards a sustainable Value Based Health Care.

#### Schlüsselwörter

Digital healthcare, Patient questionnaires, Patient-reported Outcome Measures, Pay for Performance, Treatment success measurement

#### Crossref/doi

doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2347>

#### Autorenerklärung

Florian Brandt ist Mitarbeiter der IKK Südwest in Saarbrücken. Die Ausarbeitungen erfolgten alleinig durch Florian Brandt und wurden ohne finanzielle Unterstützung durch Dritte durchgeführt.

#### Zitationshinweis

Brandt, F.: „Value Based Digital Health: Einsatz von Patientenfragebögen in Digitalen Gesundheitsanwendungen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (05/21), S. 66-70. doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2347>

#### Florian Brandt MSc

betreut bei der IKK Südwest den Bereich Versorgungsinnovation. In diesem Rahmen beschäftigt er sich mit der Entwicklung und Umsetzung von Versorgungsprojekten sowie mit Digitalisierungsprozessen zur innovativen Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung. Neben seiner beruflichen Tätigkeit ist der studierte Ökonom (Universität des Saarlandes, MSc) in der Wissenschaft aktiv. Er forscht und publiziert zu verschiedenen Themen des Gesundheitswesens und evaluiert als Doktorand am Universitätsklinikum des Saarlandes die psychometrischen Eigenschaften ausgewählter Patientenfragebögen. Kontakt: [Florian.Brandt@ikk-sw.de](mailto:Florian.Brandt@ikk-sw.de)



Prof. Dr. med. Matthias Schrappe  
 Hedwig François-Kettner  
 Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk  
 Franz Knieps  
 Dr. med. Andrea Knipp-Selke  
 Prof. Dr. rer. pol. Philip Manow  
 Prof. Dr. med. Klaus Püschel  
 Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske

Thesenpapier 8.0 zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19

# Pandemie als komplexes System – Steuerung der Epidemie durch Indikatoren-Sets – Kinder und Jugendliche in der Corona-Pandemie – Politik und Demokratie unter Pandemie-Bedingungen

## 1. Einleitung

>> Die Epidemie befindet sich nun in der zweiten Phase ihrer Entwicklung. In der **ersten Phase** (bis Anfang 2021) lag noch keine Impfung vor, und die politische Strategie bestand in einem reinen *containment* mit Kontaktreduzierung als einzigem Mittel, ohne auf die anderen Standbeine einer Epidemie-Kontrolle einzugehen (*protection* der vulnerablen Gruppen und *mitigation*, die Verhinderung von Infektionsfolgen). Die Folge war eine schier aussichtslose Aneinanderreihung von Lockdown-Maßnahmen, die einerseits zu erheblichen Konsequenzen in sozialer Hinsicht führten (die vor allem die Kinder und alte Menschen zu tragen hatten) und andererseits hinsichtlich der Mortalität der älteren Bevölkerung vollständig versagten.

Die **zweite Phase** war (und ist) durch die Verfügbarkeit der Impfung gekennzeichnet, die – entgegen aller Warnungen – als Allheilmittel angesehen wurde, obwohl die Immunität durch die Impfung nicht sterilisierend ist (das zeigten bereits die allerersten Studien) und absehbare Konflikte um den Zugang zur Impfung (Priorisierung) und den Umgang mit nicht-geimpften Personengruppen vor der Tür standen. Da es in der ersten Phase nicht zur Entwicklung einer tragfähigen Präventions-Gesamtstrategie gekommen war, konnte man in der zweiten Phase nicht auf eine eigentlich dringend notwendige Flankierung bzw. Einbettung der Impfkampagne in eine nicht-pharmakologische Präventionsstrategie, zurückgreifen.

Vor diesem Hintergrund kommt es gegenwärtig zu einer **unentwirrbaren Verstrickung von Resten der Lockdown-Politik** mit ihren

### Vorbemerkung

Bei diesem Text handelt es sich um die Kurzfassung des Thesenpapiers 8.0, das die Autorengruppe (siehe MVF Online First) erarbeitet hat (Datum 29.8.2021), das zu folgenden Aspekten Stellung nimmt:

1. Es wird ein Konzept für das Verständnis der Epidemie entwickelt (Kap. 2 „Pandemie als Komplexes System“), mit dem das schwer zu entschlüsselnde Verhalten der Epidemie zu erklären ist, und das es erlaubt, Empfehlungen für die Steuerung (Messparameter) und die Präventionsstrategie abzuleiten;
2. Es wird ein Indikatoren-Set entwickelt (Kap. 3), das die Melderate („Inzidenz“) ablösen kann und über eine erheblich bessere Aussagekraft verfügt;
3. Es werden in einem umfangreichen, kritischen Ansatz das Wissen zur SARS-CoV-2-Epidemie im Kindes- und Jugendalter dargestellt (Kap. 4) und weitgehende Erleichterungen für diese bisher am stärksten psychosozial belastete Bevölkerungsgruppe gefordert;
4. Es wird eine Politische Theorie der Pandemie vorgestellt, die die „Massivreaktion“ der gesellschaftlichen und politischen Ebenen erklärt und für die Diskussion der Handlungsoptionen öffnet.

Die Autorengruppe beschäftigt sich seit März 2020 ehrenamtlich mit der Corona-Thematik und greift kontinuierlich mit Thesenpapieren und Ad-hoc-Stellungnahmen in die politische Diskussion ein.

Stand: 29. August 2021, 12:00h

### Schlüsselwörter

Pandemie, SARS-CoV-2, Covid-19, Epidemiologie, Prävention, gesellschaftspolitische Relevanz

### Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2348

(nur unzuverlässig zu erhebenden) Steuerungsgrößen der „7-Tages-Inzidenz“ bzw. des abgeleiteten „R-Wertes“ (und weiteren eindimensionalen Größen, die derzeit diskutiert werden) auf der einen Seite und dem **Regelungsbedarf resultierend aus den Konflikten um die Impfung** auf der anderen Seite. Die graduelle Differenzierung vulnerabel vs. nicht-vulnerabel wird durch die Differenzierung geimpft vs. nicht-geimpft (vs. nicht impf-fähig) ergänzt und die Gesamtkomplexität steigt dadurch erheblich an. Die Regelungsgrößen, die sich in der politischen Diskussion befinden, können nicht Schritt halten, im Gegenteil: es entsteht der Eindruck einer weitgehenden Desorientierung und fehlenden Zielgenauigkeit von einzelnen Maßnahmen und Grenzwerten. Konnte man die erste Phase noch durch die Allegorie „Tunnel ohne Ausgang“ beschreiben (sozusagen „Lockdown ohne Ende“), ähnelt die jetzige Situation eher einem Tunnel-Labyrinth ohne jegliche Anmutung einer Richtung bzw. Perspektive. Es bleibt völlig unklar, aufgrund welcher Daten oder welcher Beschlussinstanzen der Umgang mit Geimpften und Nicht-Geimpften (Regelungen wie „3G“ oder „2G“) vorgenommen werden, welche inkrementelle Bedeutung „alten“ Melderaten-basierten Grenzwerten im Vergleich zu rezent diskutierten „Hospitalisierungsinzidenzen“ oder Impfquoten zukommt – alles noch unter dem zusätzlichen Aspekt, dass wir in Deutschland nicht einmal über reliable Daten zu den realen Impfquoten verfügen. Die weitere Entwicklung verspricht leider keine Besserung, denn die Konflikte um die „Impfdurchbrüche“ stehen noch an, Konflikte, die besonders schwer zu lösen sind, weil es für die Impfbereitschaft natürlich kein förderliches Argument ist, wenn man über die Diskussion über eine „Drittimpfung“ den Nutzen der Impfung insgesamt relativiert (ganz abgesehen davon, wie die wissenschaftliche Absicherung einer dritten Impfung aussieht). Der Wahlkampf und die anstehende, evtl. nicht einfache Regierungsbildung machen es sicherlich nicht einfacher.

## 2. Pandemie als Komplexes System

In Kap. 2 wird ein **Konzept der Epidemie** entwickelt, das zum grundlegenden Verständnis und zur besseren Strukturierung der Präventionsmaßnahmen beiträgt. Das Konzept geht von einer Kritik des biologischen Reduktionismus aus, das dem jetzigen Verständnis zugrunde liegt. Wir verfügen über zahlreiche Zahlen zum Virus, aber wir verstehen nicht das Geringste: nicht warum sich die Epidemie mal vor und mal zurück entwickelt, warum sie sich in einem Land so und in einem anderen anders entwickelt, auf dem Land anders als in der Stadt etc. Die Versuche der Modellierer, das Verhalten der Epidemie auf der Basis von Kompartimenten unterschiedlicher Größe und unter der Annahme linearer Prozesse („R-Wert über 1“) unter multivariatem Einschluss einzelner (bekannter) Parameter zu prognostizieren („mechanistisches Modell“), schlagen sämtlich fehl. Die Grundannahme eines solchen linearen, oligo-kompartimentellen Verhaltens der Epidemie kann folglich nicht sinnvoll aufrechterhalten werden. Als Alternative wird daher die **Epidemie als Komplexes System** (Vogelschwarm, Wetter) verstanden, die einzelnen Personen als Elemente des Systems, die Infektion als Interaktion, die Infektionsvorgänge als Resultante von Virus-, Wirts- und Umgebungseigenschaften, die nach den in komplexen Systemen durchaus vorhandenen, jedoch nicht sichtbaren Regeln ablaufen.

Aus dieser Warte werden die **maßgeblichen Eigenschaften** einer Epidemie deutlich: eine Epidemie insbesondere mit asymptomatischer Übertragung fällt durch ein oft paradox erscheinendes, überraschendes Verhalten auf (sog. Emergenz), eine Vorhersage ist schwierig, kleine Veränderungen können große Folgen haben (oder die Folgen können ausbleiben). Das Verhalten der Epidemie ist *brute force* nicht zu verstehen, insbesondere da die Zahl der Elemente und die Regeln ihrer Interaktion nicht bekannt sind. Man kann solche Systeme aber verstehen lernen, wenn man ihre Zustandspräferenzen kennenlernt (im Bild: wo sich der Vogelschwarm gerne niederzulassen pflegt; sog. Attraktoren), wenn man die Kontextfaktoren identifiziert (hierzu gehören z.B. die Ausstattung und Funktionalität der Pflegeeinrichtungen oder des Gesundheitssystems) und wenn man sich die Mühe von iterativen Interventionen macht (und diese sorgfältig dokumentiert).

Auf dieser Basis kann man dann versuchen, mit einem Set von Indikatoren die Entwicklung indirekt abzubilden. Im Fall von SARS-CoV-2/Covid-19 stehen die bekannten Wirtsfaktoren (Alter, bestimmte Komorbiditäten) als Attraktoren im Vordergrund, weiterhin bestimmte Umgebungsfaktoren (z.B. kühles, nasses Wetter ohne Sonneneinstrahlung, enge Räume ohne Lüftung). Wenn man gründlich arbeitet, kann man darauf ein Konzept zum Umgang mit der Epidemie entwickeln, das jedoch von allen Phantasien à la „das Virus besiegen“ weit entfernt ist. Mehr ist zu lernen, wenn man wiederholte Interventionen und besonders sog. Komplexe Mehrfachinterventionen einsetzt, also mehrere gleichzeitig angewandte Präventionsmaßnahmen, und man dadurch erkennt, wie sich die Epidemie verhält. Ist es wirklich sinnvoll, die Schulen zu schließen? – das kann man beobachten und untersuchen. Werden durch die Schulschließungen Todesfälle in Altersheimen verhindert? – auch dies kann man herausfinden. Hierzu ist es jedoch notwendig, dass eine Gesellschaft sich auf den Weg macht und sich nicht in einem angsterfüllten Zustand einschließt (die politische Führung inklusive), sondern Experimente und Erfahrungen zulässt, deren Ergebnis von vorneherein nicht immer vorhersagbar sind.

Aus der Charakterisierung einer Epidemie als Komplexem Sys-

tem sind sowohl die Mess- und Steuerungsinstrumente als auch die Präventionsmaßnahmen abzuleiten. Eine **Messung und Steuerung** durch isolierte Einzelwerte scheidet von vorneherein aus und kann höchstens orientierend sinnvoll sein (1. Kardinalfehler im bisherigen Pandemie-Management). Stattdessen sind zusammengesetzte Indikatoren-Sets notwendig, so wie sie von der Autorengruppe bereits in Thesenpapier 3 vorgeschlagen wurden. Auch wenn man weniger auf sozioökonomische Parameter Wert legen will, sind Score-Systeme sinnvoll, die verschiedene Indikator-Typen vereinigen und so einen validen Blick auf das Geschehen erlauben (s. Kap. 3.5).

Für die **Präventionsmaßnahmen** gilt analog zur Messung, dass auch hier Einzelmaßnahmen wirkungslos sind, da sie ein komplexes System nicht im Geringsten beeindrucken können (2. Kardinalfehler im bisherigen Pandemie-Management); stattdessen ist ebenfalls ein kombiniertes Vorgehen notwendig, so wie es in der Infektiologie durch die komplexen Mehrfachinterventionen (*Complex Multicomponent Interventions*, CMI) gängig ist, die auf den dreidimensionalen Grundsätzen *containment*, *protection* und *mitigation* einerseits und erregenseitigen, Wirts- und Umgebungsfaktoren andererseits beruhen (s. Tab. 1).

Planung von Complex Multicomponent Interventions			
	erregenseitige Faktoren	wirtsseitige Faktoren	Umgebungsfaktoren
<b>Containment</b>	Infektiosität von Mutationen	Taxischeine für Personengruppen mit Komorbidität zur Vermeidung Nahverkehr	Lüftungskonzepte in Innenräumen, sichere Gestaltung des Außenbereichs
<b>Protection</b>	Impfung	Schutz in Pflegeheimen, dagegen offene Schulen	Differenzierte Maßnahmen im Nahbereich (z.B. Geschäfte, Jugendeinrichtungen)
<b>Mitigation</b>	Entwicklung von Therapeutika	Zugehende Betreuung durch Gesundheitsämter	Krankheitsvermeidende Unterstützung von Obdachlosen, Insassen von Haftanstalten

Tab. 1: Planung von Complex Multicomponent Interventions (CMI) als Grundkonzept einer wirksamen SARS-CoV-2/Covid-19-Prävention. Unterschiedliche Ansatzpunkte, praktische Beispiele. Aus: Gutachten, BVerfG.<sup>21</sup>

Ein solches Konzept umfasst ein adäquates *framing* (aktive Handlungsoptionen erkennbar machen, transparente Form der Wissensgenerierung), keine übersteigerten Erwartungen an die Impfkampagne (sondern durch nicht-pharmazeutische Prävention flankieren), Kontaktbeschränkungen mit Schutzmaßnahmen (*protection*) in Einklang bringen, positive Beeinflussung der Infektions- und Krankheitsfolgen betonen (*mitigation*), für eine reliable Messung des Erfolges der Maßnahmen sorgen und erreichbare Ziele setzen (als Kernpunkt einer adäquaten Risikokommunikation und eines adäquaten Führungsverständnisses). Die Impfkampagne muss – will sie erfolgreich sein – in eine solches Konzept eingepasst werden.

Abschließend ist auf die Gefahr aufmerksam zu machen, dass durch das komplexe Wechselspiel zwischen Epidemie und Gesellschaft nicht nur erklärende, erhellende Einsichten sowie Handlungsoptionen gewonnen werden, sondern dass auch unerwartete, emergente Ent-

wicklungen hervorgerufen werden können, die möglicherweise sehr negative Auswirkungen, ja sogar neue und tiefergehende Konflikte zur Folge haben. Aus dieser Perspektive kann nur mit Nachdruck auf die Notwendigkeit zu einem bedachten, nicht ein-dimensionalen sondern multiperspektivischen Vorgehen geraten werden. Um **negative Entwicklungen** zu vermeiden und die Resilienz der Gesellschaft zu stärken, ist insbesondere die Wiedereinsetzung der Grundrechte als unbedingtes Ziel zu bezeichnen. So sind Versuche, über die Argumentation „Gesundheitsschutz“ und „Epidemie-Bekämpfung“ Instrumente der fortgesetzten Orts- und Kontaktkontrolle in digitaler Form zu etablieren, abzulehnen und müssen sofort beendet werden.

### 3. Epidemiologie

In der letzten Zeit hat sich für die Melderate (*notification rate*) bzw. die sog. „7-Tage-Inzidenz“ ein gradueller Bedeutungswandel vollzogen. Einerseits wird nun doch zunehmend realisiert, dass dieser Wert bei fehlender Korrektur etwa für Alter, Komorbidität oder Impfstatus wenig Aussagekraft hat, andererseits wird er nicht mehr als direktes Maß für die Dynamik der Epidemie verstanden, sondern zunehmend als **Vorhersagewert („Indikator“)** für die weitere Entwicklung. Diskutiert man die Melderate nun auf der Grundlage des Indikatoren-Konzeptes, muss auch hier festgehalten werden, dass der Indikator „7-Tage-Inzidenz“ als alleiniges Mittel zur Beschreibung des Krankheitsverlaufes und der Nutzung der Einrichtungen des Gesundheitswesens nicht zu verwerfen ist. Der Indikator ist weder adäquat spezifiziert (fragliche Begriffsbildung, inadäquater Beobachtungszeitraum, fehlender Populationsbezug) noch zuverlässig (reliabel) zu messen (v.a. abhängig vom Stichprobenumfang, Teststrategie), außerdem ist er nicht valide und wird sehr stark durch bekannte sowie unbekannte Störvariablen beeinflusst.

Besonders fallen kleinräumige Unterschiede hinsichtlich Demografie, Komorbidität und Umgebungsfaktoren (v.a. soziale Benachteiligung, Arbeitsumwelt) ins Gewicht, weswegen eine Vergleichbarkeit gemessener Indikatorausprägungen (Melderaten-Werte) zwischen kleinräumigen Regionen nicht gegeben ist. Auch andere, neuerdings diskutierte Einzelwerte (z.B. „Hospitalisierungsinzidenz“) sind nicht sinnvoll einzusetzen. Soweit man eine Epidemie als komplexes System versteht (s. Kap. 2), ist ein anderer Befund auch nicht zu erwarten, stattdessen muss man eine Auswahl von Indikatoren treffen (Indikatoren-Sets).

Zur Bildung von **Indikatoren-Sets** stützt man sich auf eine Systematik, die einerseits Indikatoren von der quantitativen Messung abgrenzt, andererseits globale von problemorientierten, spezifischen Indikatoren unterscheidet, und drittens Laborbefunde (sog. Surrogat-Marker) von *Outcome*-bezogenen Indikatoren (z.B. Intensivbehandlungsrate) differenziert. Weiterhin bedürfen Indikatoren zur Beschreibung einer Epidemie einer kontinuierlichen Überprüfung und Anpassung (**iterative Problemanalyse**), will man vermeiden, dass Daten ohne Aussagekraft oder sogar mit falschem Informationsgehalt generiert oder über ihr „Verfallsdatum“ hinaus genutzt werden.

Ein konkreter Vorschlag für ein solches **multidimensionales Indikatoren-Set** zur Steuerung wird vorgestellt, das basierend auf dem Entwurf der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Altersstratifizierung und weiterhin eine nach Impfstatus, Komorbidität, sozioökonomischen Faktoren und Positivitätsrate nebst Testfrequenz spezifizierte Melderate in den Mittelpunkt stellt. Weiterhin werden Outcome-Indikatoren wie die (ebenfalls nach Komorbidität und Impfschutz spezifizierte) Hospitalisierung, Intensivbelegung und

Beatmungspflichtigkeit herangezogen. Allerdings ist eine politische Linie beim Übergang in multidimensionale Steuerungssysteme derzeit nicht erkennbar.

### 4. Kinder und Jugendliche in der Corona-Pandemie

Kinder und Jugendliche sind die **großen Verlierer dieser Pandemie**. In keiner anderen Altersgruppe weicht das Ausmaß der Einschränkungen so stark vom persönlichen Nutzen ab. Kinder und Jugendliche erkranken entweder **asymptomatisch** oder haben einen milden Verlauf, bieten aber dennoch einen **langfristigen Immunschutz**. Weniger als 1% aller Kinder und Jugendlichen musste wegen und mit einer SARS-CoV-2-Infektion hospitalisiert werden (einschließlich PIMS), ein tödlicher Verlauf ist extrem selten und liegt deutlich unter den so genannten „allgemeinen Lebensrisiken“.

Im Rahmen des Übergangs von einer pandemischen zu einer endemischen Dynamik wird es mit hoher Wahrscheinlichkeit im **Herbst zu einer Erhöhung des relativen Anteils dieser Altersgruppe** am Infektionsgeschehen kommen. Ob sich diese Erhöhung des relativen Anteils auch in absoluten Zahlen widerspiegeln wird, ist fraglich, und dass damit mehr schwere oder gar tödliche Verläufe verbunden sein werden, ist unwahrscheinlich.

Bei **Long Covid** handelt es sich um ein bislang nicht fest definiertes Krankheitsbild, das ein breites Spektrum unspezifischer Symptome umfasst. Um eine genauere Kenntnis über die Anzahl möglicher Fälle und die klinische Abgrenzung zu entwickeln, bedarf es weiterer Studien. Insbesondere ist differentialdiagnostisch zu klären, inwieweit es sich bei dem Symptomenkomplex um *Long Covid* oder um „*Long Pandemic*“ handelt, also welche Rolle den sekundären Folgen der Kontaktbeschränkungen speziell für Kinder zuzuschreiben ist.

Die mit den **Corona-Maßnahmen verbundenen gesundheitlichen Konsequenzen** für die Kinder und Jugendlichen waren und sind dramatisch. Der Verlust eines strukturierten Alltags durch die Schließung der Kindergärten und Schulen, Bildungsverluste, fehlende Sozialkontakte zu Gleichaltrigen, Fehlernährung, Bewegungsmangel und erhöhter Medienkonsum sind für die Heranwachsenden mit einem erheblichen gesundheitlichen Risiko verbunden. Bei den Jugendlichen hat nach dem ersten Lockdown die Prävalenz depressiver Symptome deutlich zugenommen, bei den Jungen hat sie sich verdoppelt, bei den Mädchen gar verdreifacht. Jugendliche mit Migrationshintergrund waren stärker von depressiven Symptomen betroffen als solche ohne. Gewalttaten gegen Kinder und Jugendliche, sexueller Missbrauch und Kinderpornographie haben drastisch zugenommen.

Dabei hat es sich gezeigt, dass **Kinder keine Treiber der Pandemie und Schulen keine Hotspots** sind. Die Infektionen wurden zum ganz überwiegenden Teil in die Schulen hineingetragen, nur selten nahmen Infektionsketten ihren Ursprung in den Schulen, was zahlreiche (auch internationale) Studien belegen. Fraglos sind Kinder und Jugendliche grundsätzlich Teil des Infektionsgeschehens. Manifestation, Krankheitslast und Infektiosität von Kindern mögen geringer sein, liegen aber den bisherigen Daten zufolge nicht bei Null.

Inwieweit die **Corona-spezifischen Maßnahmen** (allgemeine Maskenpflicht für Schüler, Quarantäne) in Kindertagesstätten und Schulen einen Nutzen für das allgemeine Infektionsgeschehen darstellen und dazu beitragen, dieses zu reduzieren, muss bezweifelt werden. Pflichttestungen in Kindergärten und Schulen sind im Hin-

blick auf ihre Risiko-, Aufwand- und Nutzenbewertung weder geeignet noch verhältnismäßig, insbesondere angesichts der Tatsache, dass Kinder und Jugendliche nur mild erkranken. Forderungen nach noch mehr, gar nach täglichen Schnelltests in Schulen, entbehren jeder wissenschaftlichen Basis.

Die **überarbeitete Impfpflicht der STIKO** für die 12-17-Jährigen lässt viele Ärzte und Familien ratlos zurück, nicht nur, weil die Frage nach dem gesundheitlichen Nutzen für eine Impfung dieser Altersgruppe nach wie vor nicht ersichtlich ist, sondern auch, weil die Frage möglicher Langzeitfolgen eines innerhalb so kurzer Zeit nach Entwicklung und Markteinführung eingeführten Impfstoffs noch nicht zu beantworten war. Zurück bleibt das ungute Gefühl einer unter größtem politischen Druck ergangenen Empfehlung, derer es letztlich nicht bedurft hätte, weil die STIKO schon zuvor allen 12-17-Jährigen eine Impfmöglichkeit eingeräumt hatte.

Ob die Impfung den Kindern und Jugendlichen den psychosozialen Druck, unter dem sie mit Gewissheit stehen, nehmen kann, darf bezweifelt werden – Ursache des Drucks ist nämlich kein Virus, sondern eine Politik, die den Lebensalltag der Heranwachsenden unverhältnismäßig eingeschränkt hat. Möglicherweise erhöht die Empfehlung diesen Druck sogar noch – Jugendliche berichten von steigendem Druck seitens ihrer Mitschüler und einiger Lehrer, sich impfen zu lassen. Impfbusse, die vor Schulen vorfahren, tun das Ihrige dazu.

Die Öffnung der Schulen an die **Forderung nach einer bestimmten Impfquote** in der Bevölkerung zu knüpfen, ist unhaltbar. Das gilt im Übrigen auch für die **Universitäten**. Jetzt, wo allen Bürgern ein Impfangebot offensteht, sind weitere Freiheitsbeschränkungen für Schüler und Studierende durch nichts mehr zu rechtfertigen. Kinder und Jugendliche haben während der Pandemie einen erheblichen Beitrag für die Gesellschaft geleistet und dabei selbst gravierende Nachteile in Kauf nehmen müssen. Bei allen Maßnahmen, die künftig gelten sollen, ist ihr Wohl vorrangig zu berücksichtigen – unabhängig vom Impfstatus.

## 5. Politik und Gesellschaft

Die Infektionskrankheiten stellen die einzige Krankheitsgruppe dar, bei der im Verhältnis von Patient und Behandlungssystem eine „dritte Größe“, nämlich ein übertragbarer Krankheitserreger, eine aktive Rolle spielt. Die Gesellschaft und das Behandlungssystem sind nicht nur als unilaterale Einflussfaktoren auf das Verhalten des Infektionserregers zu verstehen, sondern das infektiöse Agens wirkt seinerseits auf die Gesellschaft und die Strukturen des Behandlungssystems zurück: die Gesellschaft ist ebenfalls betroffen. Diese „Infektion der Gesellschaft“ erklärt die Massivreaktion, die alles außer Kraft zu setzen droht, die Entwicklungen denkbar macht, die vorher undenkbar waren. Als Ursache dieser Massivreaktion wird in diesem Text eine **historische Synchronisation unterschiedlicher Widersprüche des gesellschaftlichen Systems** diskutiert, die durch gleichsinnige Ausrichtung eine überadditive Kraft entwickeln.

**Neun Aspekte** bzw. Widerspruchsebenen werden diskutiert:

### **Aspekt 1 – Gesundheitswissenschaft: Grundlagen- vs. anwendungsorientierte Wissenschaft.**

In der Gesundheitswissenschaft ist es zu einer gewaltigen Macht- und Ressourcenverschiebung zugunsten der grundlagenorientierten, patientenfernen Forschung gekommen. Die Fächer, die für eine klinische, patientennahe Forschung stehen (einschließlich der psychosozialen Aspekte) und wichtige Konzepte wie die der Evidence-based

Medicine, der Patientenautonomie und der Patient-Reported Outcomes wurden an Rand gedrängt und teilweise ihrer epistemischen Grundlagen beraubt.

### **Aspekt 2 – Krankheitsverständnis: biologischer vs. sozialer Krankheitsbegriff.**

Der Krankheitsbegriff in seinem Wechselspiel zwischen biologischem und sozialem Verständnis hat durch die SARS-CoV-2/Covid-19-Epidemie eine abrupte Wendung hin zu einem dezidiert biologischen Reduktionismus genommen. Deutlich wird diese Entwicklung vor allem in der Konfiguration der Präventionsanstrengungen, die lediglich auf die Minimierung der Erregerausbreitung ausgerichtet sind und soziale Formen der epidemischen Kontrolle sowie die Folgen der containment-Politik weitgehend ausblenden.

### **Aspekt 3 – Patienten im Versorgungssystem: Autonomie vs. Paternalismus.**

Hinsichtlich der Rolle der Patienten im Behandlungssystem hat sich in der Corona-Epidemie wieder auf der ganzen Linie das paternalistische Verständnis durchgesetzt. Informelle Selbstbestimmung, Patienten-Autonomie, Gesundheitskompetenz und Patient-Reported Outcomes sind in kürzester Zeit zu Fremdworten geworden, stattdessen dominieren Quarantänisierung und Entscheidungen über den Bewegungsradius von Patienten in Abhängigkeit von unzuverlässig erhobenen und mangelhaft definierten Messparametern. Einer Eigenverantwortung wird keine Bedeutung mehr beigemessen.

### **Aspekt 4 – Organisationstheorie: zurück zur hierarchischen Bürokratie.**

Die Corona-Epidemie hat zu deutlichen Veränderungen im Machtgefüge der Organisationen im Gesundheitswesen geführt. Die Sonderform der Expertenorganisation mit ihrer großen Autonomie der Experten samt eigener Kunden-/Patientenbeziehungen konnte durch die Stärkung des Managements, dessen Rolle in der professional bureaucracy traditionellerweise schwach ausgeprägt ist, in Teilen zu einer klassischen hierarchischen Struktur rückentwickelt werden. Aufseiten der Experten wurde diese neue Situation durch höhere Bettenbestände, Freistellung von ökonomischen Zwängen und anderen als „bürokratisch“ erlebten Anforderungen stabilisiert.

### **Aspekt 5 – hierarchische statt korporatistische Steuerung im Gesundheitssystem.**

In der Pandemie ist der etablierte und eingespielte korporatistische Steuerungsmodus im deutschen Gesundheitswesen einer hierarchischen Ad-hoc-Steuerung gewichen. Politischer Aktivismus des zuständigen Ressortchefs und die mangelnde operative Kompetenz eines vornehmlich auf Regulierung und Gesetzesvorbereitung ausgerichteten Ministeriums haben der Bundesrepublik eine Reihe kostenintensiver Beschaffungsskandale beschert, während gleichzeitig die politische Führungsebene sich nicht in der Lage sah, das Pandemiemanagement auf eine angemessene Datengrundlage zu stellen oder überhaupt eine mehr als auf kurzfristiges containment setzende Strategie zu entwickeln.

### **Aspekt 6 – Krise der Demokratie: Alternativlosigkeit der über großen „Mitte“ vs. parteipolitischen Pluralismus.**

Die Pandemiapolitik hat sich in der Bundesrepublik im institutionellen Rahmen einer Bund-Länder-Koordinierung gestaltet. Sie setzte den parteipolitischen Wettbewerb nahezu gänzlich aus, verun-

klarte politische Verantwortlichkeiten, beförderte aber die Neigung, Kritik an diesem ‚überparteilichen‘, angeblich rein sachorientierten Modus schnell als unzulässige Systemkritik abzustempeln. Institutionelle Entdifferenzierung und föderale Selbstgleichschaltung standen der Entwicklung einer klaren, nicht nur kurzfristigen und an mangelhaften Parametern orientierten Pandemiestrategie entgegen, ebenso wie der Fähigkeit, von einem als nicht zielführend erkannten Weg wieder abzulassen.

#### **Aspekt 7 – Tendenz zu apersonalen, technokratischen Koordinationsinstrumenten.**

Persönlich-interaktive Mechanismen der gesellschaftlichen Koordination sind im Rahmen der SARS-CoV-2/Covid-19-Pandemie in den Hintergrund getreten. Besonders in der Auswahl der Präventionsstrategien zeigte sich ein fehlendes Vertrauen in die Lösungskompetenz sozialer Prozesse, stattdessen werden apersonale, technologisch orientierte Koordinationsmechanismen bevorzugt. Diese sind vor allem hierarchischer Struktur. Marktmechanismen haben partiell versagt und werden gegenwärtig wenig betont.

#### **Aspekt 8 – Pandemie-Nationalismus statt internationaler Kooperation.**

Die SARS-CoV-2/Covid-19-Pandemie hat zunächst zu einem auf den Ursprung der Epidemie und deren Ausbreitung bezogenen „Pandemie-Nationalismus“ geführt, der auch die Ressourcen zur Bekämpfung der Epidemie (Masken etc.) betraf. In der Folge hat sich dieser Prozess mit vorbestehenden Tendenzen nationalistischer Natur verbunden, die internationale Kooperation wurde eingeschränkt. Es bleibt abzuwarten, ob die Pandemie als Anlass einflussreich genug ist, um die Zusammenarbeit auf internationaler Ebene (z.B. Impfkampagne) wieder mehr in den Vordergrund zu rücken.

#### **Aspekt 9 – Medien: Aufmerksamkeitsökonomie vs. Pluralismus.**

Zur institutionellen Entdifferenzierung der Pandemiepolitik gesellte sich die Einebnung der Rollendifferenzierung zwischen Politik, Wissenschaft und Medien. Politik behauptete, allein auf der Grundlage dessen, was die Wissenschaft sagte, zu handeln, Medien gerierten sich als Instanzen der Zu- und Aberkennung wissenschaftlicher Reputation, Wissenschaftler nahmen die Gelegenheit gerne wahr, der Politik die situativ gerade benötigte Expertise zu liefern. Wer in diesem Kartell nicht mitspielte, sah sich schnell ins moralische Abseits gestellt. Ihren Vorteil einer offenen, pluralen Diskussion hat die liberale Gesellschaft so preisgegeben.

In der Summe ist der Eindruck nicht zu verhehlen, dass lineare, hierarchische, gut messbar-biologistische, ins paternalistische reichende, letztlich einfache Erklärungs- und Steuerungsansätze wieder stark in den Vordergrund gerückt sind. Obwohl in den letzten Jahrzehnten in vielen gesellschaftlichen Bereichen (Gesundheitsversorgung, Organisationstheorie, Politik, Ökonomie etc.) lineare zu komplexen Konzepten fortentwickelt wurden, die auf ein einfaches actio-reactio-Verständnis verzichten, werden diese fortgeschrittenen Konzepte zur Bewältigung der SARS-CoV-2/Covid-19-Pandemie offensichtlich nicht als handlungsrelevant und lösungskompetent angesehen – obwohl heute gerade das Umgehen mit Komplexität die Kompetenz einer entwickelten Gesellschaft repräsentiert. <<

## Die wichtigsten Botschaften

- 1. Vom Tunnel zum Labyrinth – eine falsche Politik führt zu einer chaotischen Unübersichtlichkeit von Folgeregulungen:** Reste von „Inzidenzregelungen“, eindimensionale Ersatzparameter, „3G“, Sanktionen gegen nicht geimpfte Personengruppen, „2G“, Bundesland-spezifische Verlautbarungen, unterschiedliches Handling von öffentlichen und privaten Stellen, eine Schulpolitik, die die Last den Masken-tragenden Kindern aufbürdet, tägliche Zahlenmeldungen weiterhin ohne jegliche Angabe von Altersbezug oder Impfstatus, Verunglimpfung der Wissenschaft (Beispiel STIKO) ... ein unwürdiges Schauspiel des Scheiterns. Die Folgen einer einseitigen Lockdown-Politik (nämlich deren Perpetuierung) und eines einseitigen Setzens auf die Impfkampagne (z.B. der nicht lösbare Konflikt mit Ungeimpften bei mangelnden flankierenden Maßnahmen) waren klar vorherzusehen. Es fehlt jegliche Perspektive für die Bevölkerung, es fehlt jegliche Perspektive für die Mitarbeiter im Gesundheitswesen, und die Schäden für das demokratische System sind unabsehbar. Eine Bilanz, die guten Rat erschwert. Das Thesenpapier 8.0 versucht es trotzdem, in erster Linie durch den Vorschlag eines Konzeptes für das Verständnis der Pandemie, in zweiter Linie durch den Vorschlag eines zur Steuerung geeigneten Indikatoren-Sets, drittens durch nochmalige Vertiefung des Wissenstandes zu den Kindern, und viertens durch den Versuch einer politischen Deutung.
- 2. Pandemie als Komplexes System:** Die Grundannahme eines linearen, oligo-kompartimentellen Verhaltens der Epidemie kann nicht sinnvoll aufrecht-erhalten werden – eine Epidemie entwickelt sich nicht entlang einzelner (noch dazu nicht genau zu bestimmender) Parameter („Inzidenz“, „R größer 1“), auch nicht, wenn man einzelne zusätzliche Parameter mit einschließt (multivariate Modelle). Als Alternative wird daher ein Konzept vorgeschlagen, das die Epidemie als komplexes System (analog Vogelschwarm, Wetter) versteht. Die einzelnen Personen stellen die Elemente des Systems dar, die Infektion als eine Form der Interaktion, die Infektionsvorgänge als Resultante von Virus-, Wirts- und Umgebungseigenschaften nach den in komplexen Systemen durchaus vorhandenen, jedoch nicht sichtbaren Regeln dieser Interaktion. Ein erfolgsorientiertes Umgehen mit einer Epidemie erfordert die Kenntnis der wesensmäßigen Eigenschaften (Attraktoren, z.B. Altersabhängigkeit), die Erweiterung der Kenntnisse durch iterative Interventionen (z.B. Evaluation der Schulschließungen), und als Grundlage aller Anstrengungen gesellschaftliches Selbstbewusstsein und Offenheit gegenüber unterschiedlichen Lösungsansätzen.
- 3. Prävention als Komplexe Mehrfachintervention planen und durchführen:** Komplexe Systeme sind durch Einzelmaßnahmen nicht zu beeinflussen. Eine wirkungsvolle Prävention muss auf dem Konzept der Komplexen Mehrfachinterventionen (Complex Multicomponent Interventions, CMI) basieren, das auf den dreidimensionalen Grundsätzen containment, protection und mitigation einerseits und erregereitigen, Wirts- und Umgebungsfaktoren andererseits beruht (s. Tab. 1). Ein solches Konzept umfasst ein adäquates framing (aktive Handlungsoptionen erkennbar machen, transparente Form der Wissensgenerierung), den Verzicht auf übersteigerte Erwartungen an die Impfkampagne (stattdessen flankieren durch nicht-pharmazeutische Prävention), Kontaktbeschränkungen mit Schutzmaßnahmen (protection) in Einklang bringen, positive Beeinflussung der Infektions- und Krankheitsfolgen betonen (mitigation), für eine reliable Messung des Erfolges der Maßnahmen sorgen, und: erreichbare Ziele setzen (als Kernpunkt einer adäquaten Risikokommunikation und eines adäquaten Führungsverständnisses). Die Impfkampagne muss – will sie erfolgreich sein – in ein solches Konzept eingepasst werden.
- 4. Emergente Effekte auf gesellschaftlicher Ebene sind nicht auszuschließen:** Zusammenfassend muss auf die Gefahr aufmerksam gemacht werden, dass durch das komplexe Wechselspiel zwischen Epidemie und Gesellschaft nicht nur erklärende, erhellende Einsichten sowie Handlungsoptionen gewonnen werden können, sondern dass auch unerwartete, emergente Entwicklungen generiert werden, die negative Auswirkungen, ja sogar neue und tiefere Konflikte zur Folge haben. Aus dieser Perspektive kann nur mit Nachdruck auf die Notwendigkeit zu einem bedachten, nicht ein-dimensionalen, sondern multiperspektivischen Vorgehen geraten werden. In diesem Sinne ist die Wiedereinsetzung der Grundrechte als unbedingtes Ziel zu bezeichnen. So sind z.B. Versuche, über die Argumentation „Gesundheitsschutz“ und „Epidemie-Bekämpfung“ Instrumente der fortgesetzten Orts- und Kontaktkontrolle der Bürgerinnen und Bürger in digitaler Form zu etablieren, abzulehnen und müssen sofort beendet werden.
- 5. Indikator „7-Tage-Inzidenz“ nicht zu verwerten:** Der Indikator „7-Tage-Inzidenz“ ist als alleiniges Mittel zur Beschreibung des Krankheitsverlaufes und der Nutzung der Einrichtungen des Gesundheitswesens nicht zu verwerten. Der Indikator ist weder adäquat spezifiziert (fragliche Begriffsbildung, inadäquater Beobachtungszeitraum, fehlender Populationsbezug) noch zuverlässig (reliabel) zu messen (v.a. abhängig vom Stichprobenumfang, Teststrategie), außerdem ist er nicht valide und wird sehr stark durch bekannte sowie unbekannte Störvariablen beeinflusst. Besonders fallen kleinräumige Unterschiede hinsichtlich Demographie, Komorbidität und Umgebungsfaktoren (v.a. soziale Benachteiligung, Arbeitsumwelt) ins Gewicht, weswegen eine Vergleichbarkeit gemessener Indikatorausprägungen (Melderaten-Werte) zwischen kleinräumigen Regionen nicht gegeben ist.
- 6. Multidimensionales Indikatoren-Set zur Steuerung:** Da die „7-Tage-Inzidenz“ und andere isolierte Werte wie die derzeit diskutierte „Hospitalisierungs-inzidenz“ als alleinige Parameter ungeeignet sind, das (regionale) Infektionsgeschehen und dessen Entwicklung zu beschreiben, müssen multidimensionale Indikatorensysteme (Indikatoren-Sets) entwickelt werden. Ein systematisches Herangehen nach Differenzierung Laborwert/Outcome, global/spezifisch und Indikator/direkter Messwert erlaubt die Etablierung von Indikatoren-Sets, die unterschiedliche Aspekte der Epidemie beschreiben und deshalb sehr aussagekräftig sind. Ein konkreter Vorschlag wird vorgestellt, der basierend auf dem Entwurf der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Alters-Stratifizierung und weiterhin eine nach Impfstatus, Komorbidität, sozioökonomischen Faktoren und Positivitätsrate nebst Testfrequenz spezifizierte Melderate in den Mittelpunkt stellt. Weiterhin werden Outcome-Indikatoren wie die (ebenfalls nach Komorbidität und Impfschutz spezifizierte) Hospitalisierung, Intensivbelegung und Beatmungspflichtigkeit berücksichtigt (s. Tab. 5, **Indikatoren-Set der Thesenpapier-Autorengruppe**). Allerdings ist eine politische Linie beim Übergang in multidimensionale Steuerungssysteme derzeit nicht erkennbar.
- 7. Kinder – minimale Morbidität:** SARS-CoV-2-Infektionen im Kindes- und Jugendalter verlaufen gewöhnlich asymptomatisch oder verursachen nur einen milden Krankheitsverlauf von kurzer Dauer. Weniger als 1% aller Kinder und Jugendlichen musste wegen und mit einer SARS-CoV-2-Infektion hospitalisiert werden. Ein schwerer oder gar tödlicher Verlauf einer SARS-CoV-2-Infektion ist selbst bei bestehenden Vorerkrankungen extrem selten und liegt deutlich unter den so genannten „allgemeinen Lebensrisiken“.
- 8. Kinder und Jugendliche – am folgenschwersten durch Kontaktbeschränkungen betroffene Bevölkerungsgruppe:** Schul- und Kindergartenschließungen, Fehlernährung, Bewegungsmangel und erhöhter Medienkonsum sind für die Heranwachsenden mit einem deutlich erhöhten gesundheitlichen Risiko verbunden. Psychische Erkrankungen, Gewalttaten gegen Kinder und Jugendliche, sexueller Missbrauch und Kinderpornographie haben deutlich zugenommen.
- 9. Schulen sind keine Hotspots:** Die Infektionen wurden in der Regel in die Schulen hineingetragen, selten nehmen Infektionsketten dort ihren Anfang. Um die Infektionsrate in Schulen zu senken, bedarf es vor allem der Senkung derselben in der übrigen Bevölkerung – und der Impfung bzw. besonderer Hygienemaßnahmen (Maskenpflicht) des Lehrpersonals.
- 10. Die besonderen Hygienemaßnahmen in Kindergärten und Schulen** (Reihentestungen, Quarantäne, Maskenpflicht der Schüler) entbehren der wissenschaftlichen Evidenz und sind hinsichtlich der Risiko-, Aufwand- und Nutzenbewertung weder geeignet noch verhältnismäßig. Gleiches gilt für mobile Luftreinigungsgeräte.
- 11. Zweifelhafter Wert der Impfpflicht:** Dass der auf den Jugendlichen lastende psychosoziale Druck durch die neue Impfpflicht geringer wird, muss bezweifelt werden. Der Druck wird nämlich nicht durch eine Infektion hervorgerufen, die in aller Regel mild verläuft, sondern durch eine Politik, die den Lebensalltag der Heranwachsenden in einem unverhältnismäßigen Ausmaß einschränkt.
- 12. Der Infektionserreger als „Dritte Größe“:** Die Gesellschaft und das Behandlungssystem sind nicht nur als unilaterale Einflussfaktoren auf das Verhalten des Infektionserregers zu verstehen, sondern das infektiöse Agens wirkt seinerseits auf die Gesellschaft und die Strukturen des Behandlungssystems zurück: die Gesellschaft ist ebenfalls betroffen. Diese „Infektion der Gesellschaft“ erklärt die Massivreaktion, die alles außer Kraft zu setzen droht und Entwicklungen denkbar macht, die vorher undenkbar waren. Als Ursache dieser Massivreaktion wird in diesem Text eine historische Synchronisation unterschiedlicher Widersprüche des gesellschaftlichen Systems diskutiert, die durch gleichsinnige Ausrichtung eine überadditive Kraft entwickeln. Neun Aspekte werden ausführlich dargestellt.
  - In den **Gesundheitswissenschaften** (Aspekt 1) ist es zu einer gewaltigen Macht- und Ressourcenverschiebung zugunsten der grundlagenorientierten, patientenfernen Forschung gekommen. Die Klinische Forschung, die den Patienten in seiner Gesamtheit untersucht (einschließlich seines psychosozialen Daseins) und wichtige Konzepte wie die der Evidence-based Medicine, der Patientenautonomie und der Patient-Reported Outcomes wurden an den Rand gedrängt und ihrer epistemischen Grundlagen beraubt.
  - Der **Krankheitsbegriff** (Aspekt 2) in seinem Wechselspiel zwischen biologischem und sozialem Verständnis hat durch die SARS-CoV-2/Covid-19-Epidemie eine abrupte Wendung hin zu einem dezidiert biologischen Reduktionismus genommen, was sich besonders in der Konfiguration der Präventionsanstrengungen niederschlägt, die einseitig auf die Minimierung der Erregerausbreitung ausgerichtet ist und soziale Formen der epidemischen Kontrolle sowie die Folgen der containment-Politik weitgehend ausblendet.
  - In der **Rolle der Patienten** (Aspekt 3) im Behandlungssystem hat sich in der Corona-Epidemie wieder auf der ganzen Linie ein autoritär-paternalistisches Verständnis durchgesetzt.

- Die für die **Organisationen** (Aspekt 4) des Gesundheitswesens typische Form der Expertenorganisation (*professional bureaucracy*) wurde zu klassischen hierarchischen Strukturen rückentwickelt. Aufseiten der Experten wurde diese neue Situation durch höhere Bettenbestände, Freistellung von ökonomischen Zwängen und anderen als „bürokratisch“ erlebten Anforderungen stabilisiert.
- In der Pandemie ist der etablierte und eingespielte korporatistische Steuerungsmodus im deutschen Gesundheitswesen einer **hierarchischen Ad-hoc-Steuerung** (Aspekt 5) gewichen. Politischer Aktivismus des zuständigen Ressortchefs und die mangelnde operative Kompetenz eines vornehmlich auf Regulierung und Gesetzesvorbereitung ausgerichteten Ministeriums haben der Bundesrepublik eine Reihe kostenintensiver Beschaffungsskandale beschert, während gleichzeitig die politische Führungsebene sich nicht in der Lage sah, das Pandemiemanagement auf eine angemessene Datengrundlage zu stellen oder überhaupt eine mehr als auf kurzfristiges *containment* setzende Strategie zu entwickeln.
- Die **Pandemiepolitik** (Aspekt 6) hat sich in der Bundesrepublik im institutionellen Rahmen einer Bund-Länder-Koordinierung gestaltet. Sie setzte den parteipolitischen Wettbewerb nahezu gänzlich aus, verunklarte politische Verantwortlichkeiten, beförderte aber die Neigung, Kritik an diesem „überparteilichen“, angeblich rein sachorientierten Modus schnell als unzulässige Systemkritik abzustempeln.
- In der **gesellschaftlichen Koordination** (Aspekt 7) sind persönlich-interaktive und soziale Mechanismen im Rahmen der SARS-CoV-2/Covid-19-Pandemie in den Hintergrund getreten. Besonders in der Auswahl der Präventionsstrategien zeigte sich ein fehlendes Vertrauen in die Lösungskompetenz sozialer Prozesse, stattdessen werden apersonale, technologisch orientierte Koordinationsmechanismen hierarchischer Struktur bevorzugt. Marktmechanismen haben partiell versagt und werden gegenwärtig wenig betont.
- In der **internationalen Koordination** (Aspekt 8) hat die SARS-CoV-2/Covid-19-Pandemie zunächst zu einem auf den Ursprung und die Ausbreitung bezogenen „Pandemie-Nationalismus“ geführt, der auch die Ressourcen zur Bekämpfung der Epidemie (Masken etc.) betraf. In der Folge hat sich dieser Prozess mit vorbestehenden Tendenzen nationalistischer, die internationale Kooperation einschränkender Natur verbunden. Es bleibt abzuwarten, ob der pandemische Charakter der Epidemie als Anlass einflussreich genug ist, um die internationale Ebene wieder zu stärken.
- Durch die **Einebnung der Rollendifferenzierung zwischen Politik, Wissenschaft und Medien** (Aspekt 9) gerieten sich die Medien als Instanzen der autoritativen Zu- und Aberkennung wissenschaftlicher Reputation, Politik suggerierte, nur Vollzug wissenschaftlicher Imperative zu sein, und Wissenschaftler zeigten sich oft willig, der Politik die situativ gerade benötigte Empfehlung jeweils zu liefern.

In der Summe drängt sich der Eindruck eines „Großen Zurück“ auf: lineare, hierarchische, gut messbar-biologische, ins Paternalistische reichende, letztlich einfache Erklärungs- und Steuerungsansätze haben komplexe Sichtweisen und Handlungsansätze überrollt, obwohl gerade diese die Kompetenz einer entwickelten Gesellschaft repräsentieren.

## Literatur

- Thesenpapier 1: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Knieps, F., Pfaff, H., Glaeske, G.: Thesenpapier zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19. Datenbasis verbessern, Prävention gezielt weiterentwickeln, Bürgerrechte wahren. Köln, Berlin, Hamburg, Bremen 5.4.2020, Monitor Versorgungsforschung, online-first, doi: 10.24945/MVF.03.20.1866-0533.2224
- Thesenpapier 2: Schrappe, M., François-Kettner, H., Knieps, F., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Thesenpapier 2.0 zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19. Datenbasis verbessern, Prävention gezielt weiterentwickeln, Bürgerrechte wahren. Köln, Berlin, Hamburg, Bremen 3.5.2020, [https://www.monitor-versorgungsforschung.de/efirst/schrappe-et-al\\_Covid-19-Thesenpapier-2-0](https://www.monitor-versorgungsforschung.de/efirst/schrappe-et-al_Covid-19-Thesenpapier-2-0), doi: 10.24945/MVF.03.20.1866-0533.2217
- Thesenpapier 3: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Thesenpapier 3.0 zu SARS-CoV-2/Covid-19 – Strategie: Stabile Kontrolle des Infektionsgeschehens, Prävention: Risikosituationen verbessern, Bürgerrechte: Rückkehr zur Normalität. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 28.6.2020, Monitor Versorgungsforschung, <http://doi.org/10.24945/MVF.04.20.1866-0533.2231>
- Thesenpapier 4: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – der Übergang zur chronischen Phase (Thesenpapier 4.0, 30.8.2020). Verbesserung der Outcomes in Sicht; Stabile Kontrolle: Würde und Humanität wahren; Diskursverengung vermeiden: Corona nicht politisieren. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 30.8.2020, Monitor Versorgungsforschung, <http://doi.org/10.24945/MVF.05.20.1866-0533.2248>
- Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – der Übergang zur chronischen Phase. Verbesserung der Outcomes in Sicht; Stabile Kontrolle: Würde und Humanität wahren; Diskursverengung vermeiden: Corona nicht politisieren (Überarbeitung als Thesenpapier 4.1, 5.10.2020). [https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/MVF-05-20/Schrappe\\_et\\_al\\_Thesenpapier\\_4-1\\_Corona-Pandemie](https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/MVF-05-20/Schrappe_et_al_Thesenpapier_4-1_Corona-Pandemie)
- Thesenpapier 4.1: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – der Übergang zur chronischen Phase. Verbesserung der Outcomes in Sicht; Stabile Kontrolle: Würde und Humanität wahren; Diskursverengung vermeiden: Corona nicht politisieren (Überarbeitung als Thesenpapier 4.1, 5.10.2020). [https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/MVF-05-20/Schrappe\\_et\\_al\\_Thesenpapier\\_4-1\\_Corona-Pandemie](https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/MVF-05-20/Schrappe_et_al_Thesenpapier_4-1_Corona-Pandemie)
- Ad-hoc-Stellungnahme: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Ad-hoc-Stellungnahme der Autorengruppe zur Beschlussfassung der Konferenz der Bundeskanzlerin und der Ministerpräsident/innen der Länder am 14.10.2020: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – Gleichgewicht und Augenmaß behalten. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 18.10.2020, [https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/MVF-05-20/pdf\\_0520/Adhoc-Stellungnahme-Covid-19/view](https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/MVF-05-20/pdf_0520/Adhoc-Stellungnahme-Covid-19/view)
- Thesenpapier 5: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – Spezifische Prävention als Grundlage der „Stabilen Kontrolle“ der SARS-CoV-2-Epidemie (Thesenpapier 5.0). Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 25.10.2020, Monitor Versorgungsforschung, [https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/mvf-0620/Schrappe\\_et\\_al\\_Thesenpapier\\_5-0\\_Corona-Pandemie](https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/mvf-0620/Schrappe_et_al_Thesenpapier_5-0_Corona-Pandemie), doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.06.20.1866-0533.2266>
- Thesenpapier 6, Teil 6.1.: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Thesenpapier 6, Teil 6.1: Epidemiologie. Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19, Zur Notwendigkeit eines Strategiewechsels. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 22.11.2020, <http://doi.org/10.24945/MVF.06.20.1866-0533.2267>
- Thesenpapier 7: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 (Thesenpapier 7): Sorgfältige Integration der Impfung in eine umfassende Präventionsstrategie, Impfkampagne resilient gestalten und wissenschaftlich begleiten, Aufklärung und Selbstbestimmung beachten. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 10.01.2021, Monitor Versorgungsforschung, <http://doi.org/10.24945/MVF.01.21.1866-0533.2268>
2. Ad-hoc-Stellungnahme: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Knipp-Selke, A., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Ad-hoc-Stellungnahme der Autorengruppe anlässlich des aktuellen Gesetzgebungsverfahrens zum 4. Bevölkerungsschutzgesetz, 14.04.2021: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – Zentralisierte Willkür: Über den Entwurf eines 4. Bevölkerungsschutzgesetzes. Monitor Versorgungsforschung, online first
3. Ad-hoc-Stellungnahme: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Knipp-Selke, A., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/ Covid-19 - Zur intensivmedizinischen Versorgung in der SARS-2/Covid-19-Epidemie (16.5.2021 mit einem Update vom 17.5.2021). <https://corona-netzwerk.info/autorengruppe-zur-intensivmedizinischen-versorgung/>, Monitor Versorgungsforschung (ohne Co-Autor H. Pfaff) doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2303>
3. Ad-hoc-Stellungnahmen ergänzende Materialien Nr.1: Schrappe, M., François-Kettner, H., Knieps, F., Knipp-Selke, A., Manow, P., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/ Covid-19: Zur intensivmedizinischen Versorgung in der SARS-2/ Covid-19-Epidemie. Dritte Adhoc-Stellungnahme der Autorengruppe vom 16./17.5.2021, ergänzende Materialien Nr. 1: Bettenverfügbarkeit (6.6.2021). <https://corona-netzwerk.info/intensivmedizinische-Covid-19-versorgung-bettenverfuegbarkeit/>, Monitor Versorgungsforschung doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2335>
- Kurz-Stellungnahme der Autorengruppe zum Bericht des Bundesrechnungshofes mit dem Titel „Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – zur intensivmedizinischen Versorgung in der SARS-2/ Covid-19-Epidemie“: Schrappe, M., François-Kettner, H., Knieps, F., Knipp-Selke, A., Manow, P., Püschel, K., Glaeske, G., 11.06.2021, <https://corona-netzwerk.info/intensiv-der-bundesrechnungshof-rechnet-nach/>, Monitor Versorgungsforschung epub first: [https://www.monitor-versorgungsforschung.de/efirst/Schrappe\\_AH\\_Addendum](https://www.monitor-versorgungsforschung.de/efirst/Schrappe_AH_Addendum)
- Ergänzende Materialien Nr. 2 zur 3. Ad-hoc-Stellungnahme der Autorengruppe zur intensivmedizinischen Versorgung – Bettenverfügbarkeit auf Länderebene: Schrappe, M., François-Kettner, H., Knieps, F., Knipp-Selke, A., Manow, P., Püschel, K., Glaeske, G., 23.07.2021

## Pandemic as a complex system – Managing the epidemic through indicator sets – Children and adolescents in the Corona pandemic – Politics and democracy under pandemic conditions.

This text is the abridged version, of the Thesis Paper 8.0, prepared by the group of authors (see MVF Online First) (date 29.8.2021), which comments on the following aspects:

1. a concept for understanding the epidemic is developed (chap. 2 Pandemic as a Complex System”), which can be used to explain the behavior of the epidemic, which is difficult to decipher, and which allows recommendations for control (measurement parameters) and prevention strategy to be derived;
2. a set of indicators is developed (chap. 3) that can replace the reporting rate („incidence“) and has a much better informative value;
3. a comprehensive, critical approach to the knowledge of the SARS2 epidemic in children and adolescents is presented (chap. 4), and far-reaching relief is demanded for this population group, which has so far been the most psychosocially burdened;
4. a political theory of the pandemic is presented that explains the „massive response“ of the social and political levels and opens it up for discussion of options for action.

The authors' group has been working on the Corona issue on a voluntary basis since March 2020 and continuously intervenes in the political discussion with thesis papers and ad hoc statements. Status: August 29, 2021, 12:00h1

### Keywords

Pandemic, SARS-CoV-2, Covid-19, epidemiology, prevention, socio-political relevance

### Crossref/doi

doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2348>

### Zitationshinweis

Schrappé et al.: „Thesenpapier 8.0 – Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 „Pandemie als komplexes System – Steuerung der Epidemie durch Indikatoren-Sets – Kinder und Jugendliche in der Corona-Pandemie – Politik und Demokratie unter Pandemie-Bedingungen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (05/21), S. 71-79. doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2348>

### Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

**Prof. Dr. med. Matthias Schrappe**

1987-1995 Leiter der Infektiologie, Univ. Köln, 1995 Visiting Professor Infect. Disease and Clinical Epidemiology. Univ. Iowa, 2002-2005 Vorstandsvors. Univ.-Klinik Marburg, danach Dekan/Wiss. GF Univ. Witten, Generalbev. Univ.-Klinik Frankfurt. 2009 Ruf W3 Univ. Bonn, bis 2011 Direktor Inst. f. Patientensicherheit Univ. Bonn. Bis 2011 Mitglied/Stellv. Vors. SVR Gesundheit, 2001 bis 2007 Vors. d. GQMG, 2005-2009 Gründungsvors. APS, bis 2019 APL-Prof. Univ. Köln mit Lehrauftrag „Patientensicherheit“. Kontakt: matthias@schrappe.com

**Hedwig François-Kettner**

ist Krankenschwester; Pflegemanagerin (1984 bis 2014), Mitglied im Aktionsbündnis Patientensicherheit (Vorsitzende 2011 bis 2019), Mitglied im Lenkungsausschuss Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (1992 bis 2014); Diverse Mitgliedschaften in Fachorganisationen der Pflegeverbände; diverse Preise, u. a. Bundesverdienstkreuz am Bande.  
Kontakt: francois-kettner@progewi.de

**Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk**

ist Facharzt für Innere Medizin/Infektiologie, Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen und Diplomingenieur für Biomedizintechnik. Bis September 2021 war er Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Frankfurt am Main (Deutschland). Am Institut für Medizinische Virologie des Universitätsklinikums Frankfurt am Main ist er außerplanmäßiger Professor für Öffentliches Gesundheitswesen.  
Kontakt: rene.gottschalk@med.uni-frankfurt.de

**Franz Knieps**

leitet seit dem 1. Juli 2013 als Vorstand den BKK Dachverband. Der 1956 geborene Jurist, Politik- und Literaturwissenschaftler weist jahrzehntelange Erfahrung im deutschen und internationalen Gesundheits- und Sozialwesen auf.  
Kontakt: franz.knieps@bkk-dv.de

**Dr. med. Andrea Knipp-Selke**

ist Ärztin und Wissenschaftsjournalistin.  
Medizinstudium in Köln, Promotion 2001, seit 1984 freiberufliche Tätigkeit als Wissenschaftsjournalistin (u.a. WDR, Frankfurter Rundschau, Focus online, TKK), seit 2005 ärztliche Tätigkeit in einer pädiatrischen Praxis im Rheinland.  
Kontakt: Andrea.Knipp@t-online.de

**Prof. Dr. rer. pol. Philip Manow**

ist seit 2010 Professor für Vergleichende Politische Ökonomie und Sprecher des SOCIUM Forschungszentrums Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen. Davor war er Professor für Moderne Politische Theorie am Institut für Politische Wissenschaften der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg (10/2009-09/2010) und Professor für Politik- und Verwaltungswissenschaft an der Universität Konstanz (04/2007-09/2009). Er ist Mitglied der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. Kontakt: manow@uni-bremen.de

**Prof. Dr. med. Klaus Püschel**

studierte Medizin an der Medizinischen Hochschule Hannover, ist seit 1976 am Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) tätig. 1983 habilitierte er sich, 1985 wurde er zum Professor für Rechtsmedizin berufen. 1989 bis 1991 Direktor des Instituts für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Essen, von 1991 bis 2020 Direktor des Instituts für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Mitglied der LEOPOLDINA, Nationale Akademie der Wissenschaften. Kontakt: pueschel@uke.de

**Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske**

ist seit 1999 Professor für Public Health und Arzneimittelversorgungsforschung im SOCIUM (früher ZeS) der Universität Bremen, Mitglied im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung und von 2003 bis 2010 Mitglied im Sachverständigenrat Gesundheit.  
Kontakt: glaeske@uni-bremen.de



Wir machen den Weg frei für

# Real World Evidence



- ✓ Q1
- ✓ Q2
- ✓ Q3
- ✓ Q4

