

monitor **VERSORGUNGSG FORSCHUNG**

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Interview with
Prof. Dr. Jeffrey Braithwaite
(Macquarie University, Australia)
and Prof. Dr. Russell Mannion
(University of Birmingham, UK):
„Germany should reflect on its
rich theoretical tradition“

„Corona-Effekte oder die Krise als Chance“ (von Eiff)

„Evidenzbasierte Entscheidungen statt Tunnelblick“ (Leiter)

„Wie lassen sich potenziell vermeidbare Fälle systematisieren?“ (Schüttig)

Editorial

Versorgungsforschung zu unpolitisch? 4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Redaktion

„Germany should reflect its theoretical tradition“ 6

Titelinterview mit Prof. Dr. Jeffrey Braithwaite und Prof. Dr. Russell Mannion

Evidenzbasierte Entscheidungen statt Tunnelblick 10

Erkenntnisse aus dem Vereinigten Königreich (Winton Centre) über „Vaxzevria“

Plädoyer für eine evidente Risikokommunikation 14

Kommentar von Prof. Dr. Reinhold Roski und Peter Stegmaier

Die Unschärfe falsch-positiver Testergebnisse 16

Kommentar von Prof. Dr. Franz Porzolt

Wie OptiMedis externes Investment nutzt 18

Mit Impact-Investoren und Wandelanleihegebern Strukturreformen vorantreiben

„Auf die Digitalisierung eine eigene Antwort finden“ 20

Interview mit Prof. Dr. B. Kulzer, Prof. Dr. L. Heinemann, M. Bollessen und Dr. A. Selig

Blaupause für Früherkennung in Regionen 24

Innovative Herzinsuffizienz-Diagnostik in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern

„Governance und Selbstorganisationen“ 26

Teil 2 des Kommentars von Dr. Dr. K. Piwernetz und Univ.-Prof. Dr. E.A.M. Neugebauer

Implikation von Datenschnitten und Zensurierung 30

Kommentar von Dr. Carsten Schwenke

Corona-Effekte oder die Krise als Chance 34

Die postpandemische Perspektive für das Management des Medizinbetriebs

Können Rolling-Review-Verfahren Standard werden? 38

Pfizer-Veranstaltung „Evolution oder Revolution? Die medizinische Forschung der Zukunft“

Versorgungsforschung mit hoher Translation 44

Serie Teil 31: „Versorgungsforschung made in ...“: Charité beruft fünf neue Professuren

STANDARDS

Impressum 2 News 17, 33, 40, 42, 50 Rezension 19

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

Bitte beachten Sie den beigehefteten Newsletter „Versorgungsforschung aktuell“ des Universitätsklinikums Heidelberg auf den Seiten 78-79

WISSENSCHAFT

Dr. oec. publ. Wiebke Schüttig MSc MBR / Prof. Dr. oec. Leonie Sundmacher MSc 55

Wie lassen sich potenziell vermeidbare Fälle in Notaufnahmen systematisieren und analysieren?

Diese Studie bietet eine erste Liste an ambulant-sensitiven Diagnosen für den Kontext deutscher Notaufnahmen. Deskriptive Ergebnisse zeigen, dass Notaufnahmen mit den ausgewählten Diagnosen insbesondere durch jüngere Patienten in Anspruch genommen werden. Das Einschätzen von Dringlichkeit durch Patienten sowie Patientenpräferenzen wurden als Hauptgründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen bei ambulant-sensitiven Diagnosen identifiziert. Ergebnisse der Regressionsanalysen deuten darauf hin, dass ambulant-sensitive Notfallraten signifikant höher in Kreisen mit geringerer Arztdichte sind.

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe / Hedwig François-Kettner / Dr. med. Matthias Gruhl / Prof. Dr. jur. Dieter Hart / Franz Knieps / Dr. med. Andrea Knipp-Selke / Prof. Dr. rer. pol. Philip Manow / Prof. Dr. med. Klaus Püschel / Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske 61

Die Autorengruppe ergänzt die Ausführungen aus Thesenpapier 4 und 6.1 um eine dritte Ad-hoc-Stellungnahme zur intensivmedizinischen Versorgung. In Korrektur der Version vom 16.5.2021 wurden in Kap. 4 die Zahlen der intensivmedizinisch behandelten Patienten auf den Tagewert bezogen, der Quotient Hospitalisierung/Intensivpflichtigkeit auf die Verweildauer von 10 Tagen korrigiert und eine Fußnote angefügt, die sich mit der Erklärungsmöglichkeit der Abnahme der Intensivbetten-Gesamtkapazität durch die Ausgliederung der pädiatrischen Intensivbetten auseinandersetzt.

PD Dr. med. Sabine Hawighorst-Knapstein / Dr. med. Maren Götz / Dr. med. Ariane Chaudhuri / Dr. rer. nat. Armin Bauer / Prof. Dr. med. Sara Y. Brucker Geschlechtsspezifische Präventionsmedizin & Frauengesundheit in unserer „Gesellschaft des längeren Lebens“ 73

Angesichts demografischer Entwicklungen wächst die Bedeutung biopsychosozial ausgerichteter Versorgungsqualität, insbesondere auch unter geschlechtsbezogenen Gesichtspunkten. Das Kooperationsprojekt zwischen den Universitätskliniken Tübingen und Heidelberg und der AOK Baden-Württemberg hat zum Ziel, Morbiditätsmuster zu erkennen. Die Ergebnisse dieser Analysen sollen dazu dienen, die geschlechtsspezifische Versorgung und Prävention im Rahmen der haus- und fachärztlichen Behandlungspfade weiterzuentwickeln.

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des DNVF auf den Seiten 51-54

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.)
Kölnstr. 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
Kölnstr. 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:
Kölnstr. 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: 6.998 (IWV 4. Qu. 2020).



Herausgeber-Beirat

Universitäten/Hochschulen

	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft	Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig	
	Hochschule Neubrandenburg University of Applied Sciences	Prof. Dr. Axel C. Mühlbacher	
	MHB 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	

	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	Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH	

Institute/Stiftungen

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

	IGES	Prof. Dr. Bertram Häussler	
	inav	Prof. Dr. Volker Amelung	
	Zi ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND	Dr. Dominik von Stillfried	

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 WEHR BEMERKEN	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 Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg	Lutz O. Freiberg	
	IG V RESEARCH	Prof. Dr. rer.pol. h.c. Herbert Rebscher	

	INSIGHT HEALTH	Christian Luley	
	janssen PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson	Dr. Dorothee Brakmann	
	KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayerns	Dipl. Kfm. Fabian Demmelhuber	
	KVBB Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg	MUDr./CS Peter Noack	
	Lilly	Dr. Thomas M. Zimmermann	
	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“.

Versorgungsforschung zu unpolitisch?

MVF-Titelinterview mit Prof. Dr. Jeffrey Braithwaite, Australien, und Prof. Dr. Russell Mannion, Großbritannien > 6 ff.

„Aber es gibt nicht viel Versorgungsforschung aus Deutschland und daher gibt es auch nicht viel Versorgungsforschungstheorie in Deutschland im Allgemeinen.“ Dieser internationale Blick auf die deutsche Versorgungsforschung im Titelinterview von Prof. Dr. Jeffrey Braithwaite, Director des Centers für Healthcare Resilience und Implementation Science an der Macquarie Universität, Australien, ist höchst bedenklich. Auch Prof. Dr. Russell Mannion, Chair und Research Direktor des Health Services Management Centers der Universität Birmingham, Großbritannien, kritisiert die deutsche Versorgungsforschung als „weitgehend technizistisches, wertneutrales und unpolitisches Projekt ... („das) umfassendere Themen vernachlässigt wie Macht, Politik und die Ideologien, die Strukturformen zugrunde liegen.“ Ein wichtiger Vorausblick auf den 20. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung Anfang Oktober und die kommende Fachdiskussion dazu.

Interview mit Prof. Dr. Bernhard Kulzer und Dr. Lutz Heinemann sowie Michael Bollessen und Dr. Anja Selig > S. 20 ff.

Am Beispiel Diabetes geht es in unserem Gespräch zum Digitalisierungs- und Technologiereport (D.U.T) um die Fragen „Welche Chancen bringt die Digitalisierung für die Verbesserung der medizinischen Versorgung? Welche nutzenstiftenden Lösungen gibt es bereits und wie werden sie von Ärzten und Patienten gesehen?“ Dabei sind: **Dr. Bernhard Kulzer**, Diabetes-Zentrum Mergentheim, und **Dr. Lutz Heinemann**, Science Consulting in Diabetes GmbH, sowie **Michael Bollessen** und **Dr. Anja Selig** von Berlin-Chemie.

Covid 19-Pandemie

Viele Beiträge beschäftigen sich natürlich wieder mit der Covid-19-Pandemie. Unter anderem: „Corona-Effekte oder die Krise als Chance“ von **von Eiff, von Eiff und Ghanem** > S. 34 ff.
sowie „Gesundheitssystem neu denken: Strategiewechsel jetzt! Teil 2: Governance und Selbstorganisation“ von **Piwernetz und Neugebauer**. > S. 26 ff.

MVF-Serie „Inside Versorgungsforschung“

Diesmal sind wir bei **Prof. Dr. Christoph Heintze** von der Plattform – Charité Versorgungsforschung mit fünf neuen Professuren. > S. 40 ff.

Wissenschaftliche Beiträge

Schüttig und Sundmacher analysieren die in ambulanten Notaufnahmen deutscher Krankenhäuser behandelten Erkrankungen und entwickeln eine Liste von ambulant-sensitiven Diagnosen. Hauptgründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen sind die Einschätzung der Dringlichkeit durch die Patienten sowie deren Präferenzen. > S. 55 ff.

Schrappé u.a. bringen ihre neue Ad-hoc-Stellungnahme zur intensivmedizinischen Versorgung in der Covid-19-Epidemie. Sie korrigieren die Version vom 16.5.2021, indem sie die Zahlen der intensivmedizinisch behandelten Patienten auf den Tageswert beziehen und den Quotienten aus Hospitalisierung und Intensivpflichtigkeit auf die Verweildauer von 10 Tagen korrigieren sowie eine Fußnote zur Möglichkeit der Erklärung der Abnahme der Gesamtkapazität der Intensivbetten durch die Ausgliederung der pädiatrischen Intensivbetten einfügen. > S. 61 ff.

Hawighorst-Knapstein u.a. berichten über ihr Kooperationsprojekt zur geschlechtsspezifischen Präventionsmedizin und Frauengesundheit mit den Universitätskliniken Tübingen und Heidelberg und der AOK Baden-Württemberg. Es geht darum, in Routinedaten geschlechtsspezifische Morbiditätsmuster zu erkennen, um haus- und fachärztliche Behandlungspfade weiterzuentwickeln. > S. 73 ff.

Wie immer, wünsche ich Ihnen interessante Lektüre mit vielen Informationen, die Sie für Ihre Arbeit nutzen können. Vor allem weiterhin: Bleiben Sie 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





„Germany should reflect its rich theoretical tradition“

Im Interview:
Prof. Dr. Jeffrey Braithwaite (Macquarie University, Australia) and Prof. Dr. Russell Mannion (University of Birmingham, UK)

Der 20. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung (06.-08. Oktober 2021) findet unter dem Motto „Versorgungskontext verstehen – Praxistransfer befördern“ statt. Auf dem Kongress, dessen Kernthese es ist, dass Versorgungsgestaltung und -transfer ohne ein vertieftes Verständnis des komplexen Versorgungskontexts nicht erfolgreich gelingen kann, wird in einer prominent besetzten internationalen Session in das Thema einführen. Mit dabei werden Prof. Dr. Jeffrey Braithwaite (Director des Centers for Healthcare Resilience and Implementation Science, Macquarie University, Australia) und Prof. Dr. Russell Mannion (Chair and Research Director, Health Services Management Center, University Birmingham, UK) sein, die im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“ ihre jeweiligen Standpunkte vertreten.

>> Prof. Dr. Holger Pfaff invited you to speak at the 20th German Congress on Health Services Research. He argues that it is problematic that health services research does not establish enough theory. Is this, Prof. Braithwaite, a German problem or an international one?

Braithwaite: It's both a German and a general health services research problem. There's quite a lot of health services research, including theory about health services, which emanates from Britain, the US, Australia, and some parts of Europe. But there's not much health services research from Germany and therefore there's not much health services theory in general in Germany. That's why Holger's having the conference.

What is your opinion on this, Prof. Mannion?

Mannion: Health services research (HSR) internationally has tended to be under theorized. The reason for this is that much of HSR is applied, with a focus on measuring patient outcomes and performance indicators related to evaluating particular service interventions. Preferring to draw on methods which mimic the biological and clinical sciences, rather than the social sciences and humanities, HSR has developed as a largely technicist, value neutral and apolitical project. Consequently, it has neglected wider issues such as power, politics and the ideologies which underlie structural reforms. Yet, Germany has led the world in social and political

theory – Marx, Weber, Luhmann, as well as the Frankfurt school of critical theorists – Habermas, Marcuse, Horkheimer and Adorno – to name but a few. It would be a pity if the HSR community in Germany, in taking the discipline forward, did not draw on this rich theoretical tradition.

The Covid-19 pandemic affects all countries around the globe, and it has shown one thing very clearly: The re-

silience of social structures, especially regarding the economy and healthcare systems, are – to put it mildly – in need of improvement. What could a healthy organizational culture look like which is capable of increasing resilience of social and health care structures?

Mannion: Resilient health systems and organisations are characterised by styles of leadership, management practices and cultures which are able to rapidly absorb change and can adapt and cope effectively in times of sustained crisis. Health systems worldwide are demonstrating, to varying degrees, aspects of resilience during Covid-19 by the extraordinary rapid transformations of service delivery using digital and telehealth technologies. In many countries, the „digital front door“ has become the main point of access to healthcare services. Primary care in particular has seen a huge increase in remote appointments with as much as three-quarters of all consultations now taking place virtually.

What contribution can complexity science make here, which you are involved with?

Braithwaite: Complexity science draws attention to the multifaceted nature of care delivery – a multiplicity of agents, interactions, treatments, procedures, drugs – the whole of the system when looked at in its entirety is extraordinarily complex, and built on many connections, referrals, relationships and interactions. The fact that we have been able to mobilise all this during Covid-19 to deal with large-scale challenges, even though health systems were very stretched in many countries, does exhibit the elastic, resilient and adaptive nature of the system. Some countries have navigated all this complexity very well, and complexity science has illuminated the ways in which this has been achieved.

The Covid-19 pandemic has also shown that politics – no matter in which country – listen to one direction of science, either epidemiology or virology. That was certainly correct at the beginning of the pandemic. Prof. Mannion: What can health care and public health researchers and scientists contribute to the evolution from pandemic to endemic?

Mannion: It is becoming clear that some countries have dealt with Covid-19 better than others and that it is the behaviour of governments, more than the behaviour of individuals, that shapes countries' experience of the crisis. Therefore, key areas for health service researchers to explore include how and why governments responded the way they have to the pandemic and how effective different responses have been in order to draw lessons for future pandemic preparedness. For example, right-wing populist government appear to have performed poorly with responses tending to coalesce around four common themes: initial denial and then mismanagement of the crisis; the pandemic being framed as primarily an economic rather than a public health issue; a contempt for scientific expertise/alignment with anti-vaxx groups; and the „othering“ of marginal groups for political ends.

What is your opinion on this, Prof. Braithwaite?

Braithwaite: We must always remember that politicians, even responsive ones, are interested in politics. Sometimes that takes a backseat to actually solving problems for the benefit of all. In democracies like Germany, the UK and Australia, politicians are focused on the next election or what their particular party or ideological group are thinking and saying. This has affected how countries have dealt with the pandemic. Most wealthy systems have politicians who at least say they are listening to the science but it is clear that they are also assessing their chances at the next election this sometimes leads to conflicting pressures on the decision makers.

The motto of the 20th German Congress on Health Services Research is „Understanding the health care context – promoting practice transfer“. This requires a theoretical foundation for implementation and transfer of complex interventions. What outstanding developments have there been in this regard in recent years, Prof. Braithwaite?

on
on“

Zitationshinweis

Braithwaite, J., Mannion, R., Stegmaier, P.: „Germany should reflect on its rich theoretical tradition“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/21), S. 6-9. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2308>

Braithwaite: Context is extremely important for anyone wanting to improve health care. The culture and ways of organising, and the relationships and ways of doing things in one hospital differs from another, for example. This has taught us that we should not think that „one size fits all“ is going to work. Universal take up, adoption and spreading out of new evidence, practices, ideas etc. will always be challenged by context. What implementation science has contributed is many models, ideas and frameworks by which to make change in health care but we know that this always needs tailoring to the specific circumstances of the particular organisation or institution. In terms of complex interventions, we have learnt that we are not just dealing with complex interventions but complex settings in which we are intervening and therefore we should not treat these as linear. Mechanistic, unidimensional solutions typically do not work very well in health care. So just telling clinicians to use a new piece of equipment, IT-system or guideline will not work for everyone, and perhaps not even many people in health care.

Your area of expertise, Prof. Mannion, is the development of organizational culture in health care. What are the most important developments in this regard in recent years?

Mannion: Despite the growing number of approaches, frameworks, and tools available to inform understanding of culture and change at different levels in healthcare systems and organisations, the literature suggests that the supporting evidence base is still rather thin – to the extent that in many areas, empirical data are largely absent. Empirical studies and theoretical frameworks which shed light on how healthcare organisations can become more open and receptive to a wide diversity of voices, and build a broad consensus around the cultural destinations sought and the mechanisms that will carry organisations towards these destinations, may be key to unlocking sustained change in complex health systems. Of particular concern is the need to be alert to the role of local subcultures, which at different times may be driving forces for change, defenders of the status quo, or covert counter-cultures quietly undermining necessary reforms.

Prof. Braithwaite, what are the key and success factors for change?

Braithwaite: For change to be effective we have to tailor the solutions to the circumstances, not think that simplistic solutions will work, realise that change takes more time than we imagine, that multiple stakeholders need to be brought on side, and that people need incentives and motivation to adopt new practices or ways of working. We have also learnt that there are natural tendencies not to necessarily embrace new things – what sometimes people call „resistance to change“. My paper in the BMJ, changing how we think about healthcare improvement, discusses these ideas (1).

Prof. Mannion, how can organizational culture be linked to the quality and performance of care?

Mannion: Cultural aspects of healthcare delivery are now widely regarded as important to quality of care, whether through fostering excellence or contributing to failure. Implicit in this thinking is the notion that there are good and bad cultures, and that creating the

right kind of culture will facilitate high-quality care. As a result, policy rhetoric frequently invokes the need to create and sustain a whole range of desirable cultures (eg. open, compassionate, resilient, learning) and stamp out so-called „toxic“ cultures (eg. blame, fear, bullying, silence, club). Numerous empirical research studies suggest that there is no single, „best“ culture which is always associated with successful outcomes across a range of organisational dimensions. Rather, organisational culture seems to be linked to quality and performance in a contingent manner, with those aspects of quality and performance most valued within the dominant culture being the aspects on which the organisation performs best.

Prof. Braithwaite and then Prof. Mannion, what are our personal lessons learnt from the Covid-19 pandemic?

Braithwaite: Follow the science. Have widespread testing available for the population. Take people with you so when lockdowns, quarantine and mask wearing are required, people can see the benefit. Realise that you can't just stay open for the good of the economy because you need to tackle the infection first. Otherwise you won't have an economy. There's much more but these are some of the things I think we've learnt from my perspective.

Mannion: It is probably too early to draw any hard and fast conclusions, but a number of strategies appear to be effective in controlling the virus. These include; shielding older people and vulnerable groups; taking early and effective action to control borders and monitoring of arrivals; develop effective and timely testing, tracking and tracing of everyone suspected of being infected; provision of welfare support for those

in quarantine; the efficient roll out of mass vaccination programmes and consistent public health messaging which is able to challenge conspiracy theories and anti-vax rhetoric. But a global pandemic requires global cooperation and there should be no room for vaccine nationalism. Until we are all safe, no one is safe!

Dear Professors Braithwaite and Mannion, thank you for talking to us. <<

The interview was conducted by MVF editor-in-chief Peter Stegmaier.

„In terms of complex interventions, we have learnt that we are not just dealing with complex interventions but complex settings in which we are intervening and therefore we should not treat these as linear.“

Prof. Dr. Jeffrey Braithwaite

Literatur

1: <https://doi.org/10.1136/bmj.k2014>
Understanding organisational culture for healthcare quality improvement“, BMJ 2018;363:k4907 doi: 10.1136/bmj.k4907 (Published 28 November 2018)
Populism, pestilence and plague in the time of coronavirus“, DOI 10.1108/IJHRH-10-2020-0091



Prof. Dr. Jeffrey Braithwaite

is Founding Director of the Australian Institute of Health Innovation (Macquarie University, Australia) and Director of the Centre for Healthcare Resilience. He is also President of the International Society for Quality in Health Care (ISQua).



Prof. Dr. Russell Mannion

held the Chair in Health Systems at the University of Birmingham since 2010. He was previously Director of the Centre for Health Services Management at the University of York (2005-2009) and served as a Board Director of the York Health Economics Consortium.

Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

20. KONGRESS | 06.–08.10.2021 | DIGITAL

**Versorgungskontext verstehen
- Praxistransfer befördern.**

**20 Jahre
DKVF**



VERSORGUNGSKONTEXT VERSTEHEN
Grundlagen, Theorien und Ergebnisse



PRAXISTRANSFER BEFÖRDERN
Ergebnisse von Versorgungsforschungsprojekten und ihr Transfer



FORSCHUNGSMETHODIK VERBESSERN
Forschende lernen von Forschenden

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

DKVF.DE

Erkenntnisse aus dem Vereinigten Königreich (Winton Centre) über den Covid-19-Impfstoff von AstraZeneca

Evidenzbasierte Entscheidungen statt Tunnelblick

Berichte über seltene schwere Komplikationen im Zusammenhang mit der Verwendung des „Vaxzevria“-Impfstoffes von AstraZeneca haben zu einer erheblichen Verunsicherung der Impflinge geführt. Dazu schreibt das renommierte „Winton Centre for Risk and Evidence Communication“ der Universität Cambridge (Prof. David Spiegelhalter): „Alle medizinischen Behandlungen haben sowohl potenzielle Schäden als auch potenziellen Nutzen, und es ist wichtig, diese gegeneinander abwägen zu können“. In dem Artikel „Communicating the potential benefits and harms of the Astra-Zeneca Covid-19-vaccine“ (1) berichtet das Winton Centre über den potenziellen Nutzen und Schaden des Covid-19-Impfstoffs von AstraZeneca in Abhängigkeit von Alter und Expositionsrisiko. Demnach überwiegt der potenzielle Nutzen (vermeidene Aufnahme in die Intensivstation) die potenziellen Schäden (Blutgerinnsel) bei weitem. Nur bei Menschen unter 30, die ein geringes Expositionsrisiko haben, bringt das Impfen keinen Vorteil. Dazu meint Prof. Woods, ehemaliger Chef der Britischen Zulassungsbehörde, nach einem Bericht der „Financial Times“ (2), dass es „auf dem Kontinent keine solche evidenzbasierte Analyse“ gäbe und er den Eindruck habe, dass man dort „die Zahlen aus der Luft gegriffen“ habe.

>> Das Winton Centre verglich den potenziellen Nutzen und Schaden der „Vaxzevria“-Impfung für insgesamt 15 verschiedene Gruppen von Menschen, die sich in ihrem Risiko unterscheiden: Fünf Altersgruppen mit jeweils drei Gruppen unterschiedlichen Expositionsrisikos (niedrig, mittel, hoch). Die Gruppe mit dem niedrigsten Risiko einer ernsthaften Erkrankung an Covid-19 bilden junge Menschen (unter 30 Jahre alt) mit geringer Exposition, die das Winton Centre mit einer Inzidenz von 2 auf 10.000 pro Tag ansetzt, was in etwa der von Großbritannien im März 2021 entspricht. Nur diese Subpopulation hat nach der Berechnung des Instituts „ein größeres Risiko, nach der Impfung durch ein Blutgerinnsel ernsthaft geschädigt zu werden, als ohne Impfung auf eine Intensivstation (ICU) aufgenommen zu werden.“ Alle anderen Risikogruppen profitieren hingegen in hohem Maße von einer Impfung mit dem nicht nur in Deutschland viel diskutierten Impfstoff von AstraZeneca (Abb. 2).

Ähnliches könnte nicht nur „Vaxzevria“ (AstraZeneca), sondern auch für das „Janssen Covid-19 Vaccine“ (Ad26.COVID.2.S) von Janssen-Cilag/Johnson & Johnson, „Convidecia“ (CanSino Biologics) oder „Sputnik V“ (Biocad) sowie weitere Kandidaten (3) gelten. Dies gilt dann, wenn – was diskutiert wird – die seltene, schwere Komplikation einer „Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia“ (VITT) als Klasseneffekt aller Impfungen mit (Adenovirus-)Vektorvakzinen anzusehen ist (4, 5). Im Übrigen werden Hirnvenenthrombosen auch nach Covid-19-Diagnose beschrieben (6).

Eine Risiko-Abwägung

Das Winton Centre konnte zeigen, dass

Menschen in der Altersgruppe 30-40 Jahre, die nur ein moderates Risiko haben, mit SARS-CoV-2 in Kontakt zu kommen, ein **10-mal** höheres Risiko haben, mit der Krankheit auf die Intensivstation eingeliefert zu werden, als durch „Vaxzevria“ geschädigt zu werden.

Für Menschen in der Altersgruppe von 60-70 Jahren hingegen ist das Risiko eines schweren Covid-19-Verlaufs rund **600-mal** größer als ein ernsthafter Schaden durch die Impfung (7). Nur für Erwachsene unter 30 Jahren seien die Risiken von Covid-19 und der Impfung je nach Infektionsrate **vergleichbar** (Abb. 1), jedoch bei unter 30-Jährigen in einer Umgebung mit geringer Exposition **leicht negativ**.

Als Basis ihrer Aussagen haben die Risikoforscher des „Winton Centre for Risk and Evidence Communication“ folgende Annahmen getroffen:

- Als Maß für den Nutzen der Impfung wird die Aufnahme auf eine Intensivstation wegen Erkrankung an Covid-19 genommen.
- Dabei wird für alle Altersgruppen eine Impfstoff-Wirksamkeit von 80% zu Grunde gelegt.
- Ebenso wird von einer konstanten Virusexposition über 16 Wochen ausgegangen, wobei – wie die Forscher des Winton Centre mit britischem Humor schreiben – „wahrscheinlich nur sehr wenige Menschen in Großbritannien 16 Wochen mit der höchsten Expositionsrate erleben“ würden.
- Zudem sei bei diesen Annahmen zu beachten, dass eine geimpfte Person den Nutzen über die gesamte Dauer des Impfschutzes ansammelt, das Risiko der Impfung indes nur zum Zeitpunkt der Impfung auftrete. Das bedeute, dass mit der Zeit der Nutzen zunimmt, das Risiko jedoch nicht.

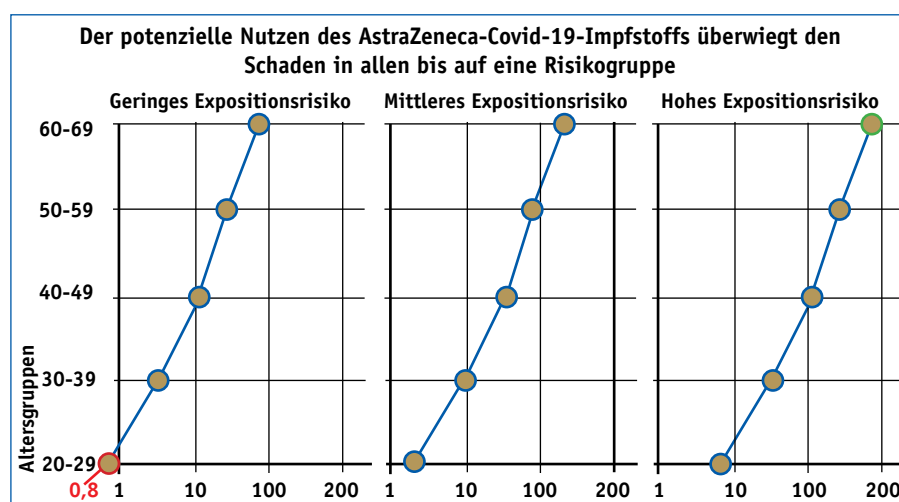


Abb. 1: Die angegebenen Werte zeigen das ungefähre Gleichgewicht zwischen potenziellem Schaden und Nutzen über einen Zeitraum von 16 Wochen bei konstanter Exposition. Dargestellt wird, dass der potenzielle Nutzen des AstraZeneca-Impfstoffs den Schaden in allen Szenarien außer einem überwiegt – bei unter 30-Jährigen in einer Umgebung mit geringer Exposition. Aus: „Experts back UK age limit for rollout of AstraZeneca vaccine“; „Financial Times“, April 2021. Quelle: Communicating the potential benefits and harms of the Astra-Zeneca Covid-19 vaccine, Winton Centre, 2021.

- Wichtig sei es auch, dass nur die vermiedene Aufnahme auf eine Intensivstation aufgrund von Covid-19 als Nutzen angenommen wurde. Für jede Person, die vor einer Einweisung auf die Intensivstation bewahrt werde, gebe es viele weitere, die vor einem Krankenhausaufenthalt und einer „Long Covid“-Erkrankung bewahrt werden könnten. Auch werde nicht jener Nutzen dargestellt, den die Nichtverbreitung des Virus auf andere habe.

Weiters wurde als Grundannahme der mathematischen Berechnung der Anteil der Krankenhausaufenthalte in einer Kohorte anhand der Schätzungen der Covid-19-Hospitalisierungsraten für die untersuchten 10-Jahres-Alterskohorten angenommen. Diese seien der Tabelle 1 des Berichts der „Scientific Pandemic Influenza Group on Modelling, Operational sub-group“ (SPI-M-0) vom 29. Juli 2020 entnommen worden (8).

Die politische Dimension

„Die Entscheidung, die Impfung nur für Personen unter 30 Jahren zuzulassen, steht im Gegensatz zu einer strengeren Haltung in anderen Ländern“. Das schreiben die „Financial Times“-Autoren (1), die in ihrem Beitrag insbesondere die unterschiedliche Art und Weise thematisieren, wie europäische Länder mit dem Impfstoff von AstraZeneca umgehen.

Großbritannien würde sich bei seiner Entscheidung, bei welcher Altersgruppe dieser Impfstoff am besten zu verabreichen sei, auf Untersuchungen des „Winton Centre for Risk and Evidence Communication“ stützen, während es „auf dem Kontinent keine solche evidenzbasierte Analyse“ gebe und man den Eindruck habe, „dass sie die Zahlen aus der Luft gegriffen“ hätten.

Mit dieser Aussage zitiert das Autorentrio niemand anderen als Prof. Kent Woods, den ehemaligen Leiter der britischen Arzneimittelbehörde „Medicines and Healthcare products Regulatory Agency“ (MHRA). Dieser sei „sehr überzeugt“ von der „sorgfältig und klar argumentierten“ Präsentation der früher von ihm geleiteten Aufsichtsbehörde und der anschließenden Erklärung des „Joint Committee on Vaccination and Immunisation“ (JCVI). Deren Beschluss sieht vor, dass in Großbritannien nur für unter 30-Jährige eine alternative Impfung zu AstraZeneca zu empfehlen sei. In vielen anderen Ländern – von Spanien über Deutschland, Italien bis zu den Philippinen – wäre die Anwendung hingegen auf Menschen über 60 beschränkt worden.

Woods kritisierte weiter, dass der Entschei-

Abwägung des potenziellen Nutzens und Schadens des AstraZeneca-Covid-19-Impfstoffs für 100.000 Menschen mit geringem Expositionsrisiko ...

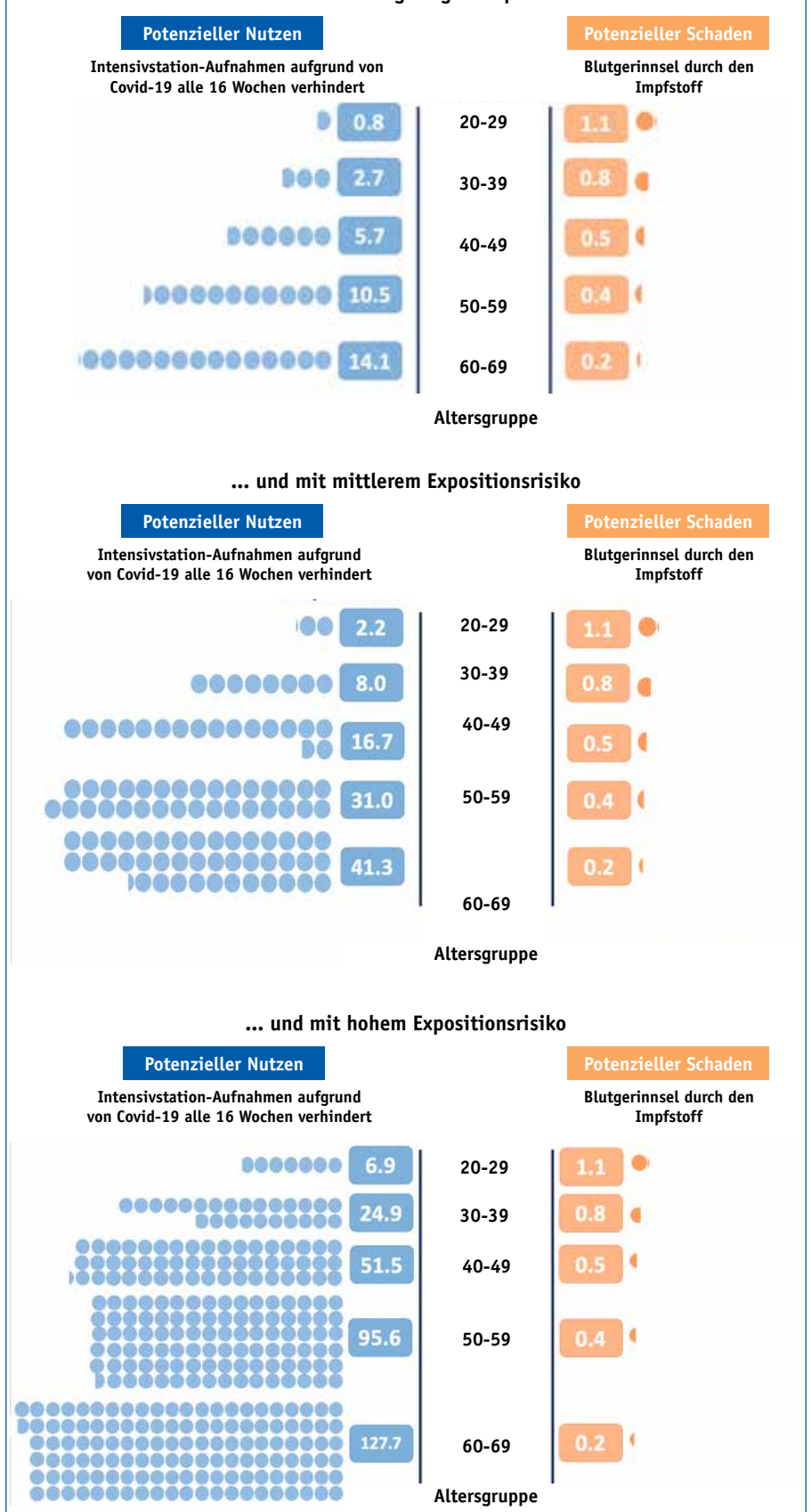


Abb. 2: Veranschaulichung der potenziellen Schäden und des Nutzens bei einer niedrigen Exposition (Inzidenz von 2 in 10.000 pro Tag), bei einer mittleren (Inzidenz von 6 in 10.000 pro Tag) und bei hoher Exposition (Inzidenz von 20 in 10.000 pro Tag). Aus: „Communicating the potential benefits and harms of the Astra-Zeneca Covid-19 vaccine“, Winton Centre, 2021.

dungsprozess in Frankreich, Deutschland und anderswo in „vielerlei Hinsicht ungeordnet“ abgelaufen sei. Ebenso hätte es „eine Trennung zwischen der Europäischen Arzneimittelagentur und den Aktivitäten der nationalen Mitgliedstaaten“ gegeben. Dies, obwohl MHRA und EMA zu ähnlichen Schlussfolgerungen über die Nebenwirkungen des Impfstoffs von AstraZeneca gekommen seien.

Auswirkung auf die Impfkampagnen

Warum ist das so? Eine mögliche Antwort gibt in dem FT-Beitrag Simon Kroll, Professor für Pädiatrie und molekulare Infektionskrankheiten am Imperial College London und Mitglied des JCVI. Er geht davon aus, dass „die Entscheidungen der Behörden in anderen Ländern die unterschiedliche Wahrnehmung des Risikos dort widerspiegeln“ könnten. Kroll wird so zitiert: „Wir haben einen National Health Service, dem sehr viel Vertrauen entgegengebracht wird und von dem man glaubt, dass er im Interesse der Menschen handelt. Es ist ein NHS, der hinter der Impfung steht, was uns im Großen und Ganzen eine Bevölkerung beschert hat, die Ratschläge akzeptiert, die gewissenhaft gegeben werden.“

Wenn nun andere Länder mit den gleichen Daten arbeiten, die in Großbritannien präsentiert werden, so vermutet er, „müssen wir davon ausgehen, dass ihre Schlussfolgerungen von anderen Überlegungen geleitet wurden als nur von den Zahlen des Risikos“.

Das Flußdiagramm (Abb. 3) der prognostizierten britischen Impfungen (Erstdosen) zeigt deutlich auf, dass das britische Impfprogramm weit mehr als das deutsche auf ein bestimmtes Vakzin angewiesen ist – eben das von AstraZeneca. Die Grafik zeigt, dass der Impfstoff von AstraZeneca ein ganz wesentlicher Bestandteil des britischen Impfstoffportfolios ist, das von 6,8 Mio. Dosen im Januar auf 24,3 Mio. Dosen im Juli 2021 anwachsen wird. Im Juni, wenn die unter 30-Jährigen geimpft werden sollen, wird er – so die Autoren – bereits über 40% der britischen Impfstofflieferungen ausmachen.

Zum Vergleich: In Deutschland machte der Impfstoff von AstraZeneca im 1. Quartal 2021 einen Anteil von 28,7% und im 2. Quartal von nur noch 19,3% und im 4. Quartal 17,4% (Abb. 4 und Tab. 1).

Sollte auch auf das „Covid-19 Vaccine Janssen“ von Janssen-Cilag/Johnson & Johnson eine Anwendungsbeschränkung auf Menschen über 60 hinzukommen, würde die Impfkampagne 2021 in Deutschland sicherlich etwas, aber nicht so gravierend wie in

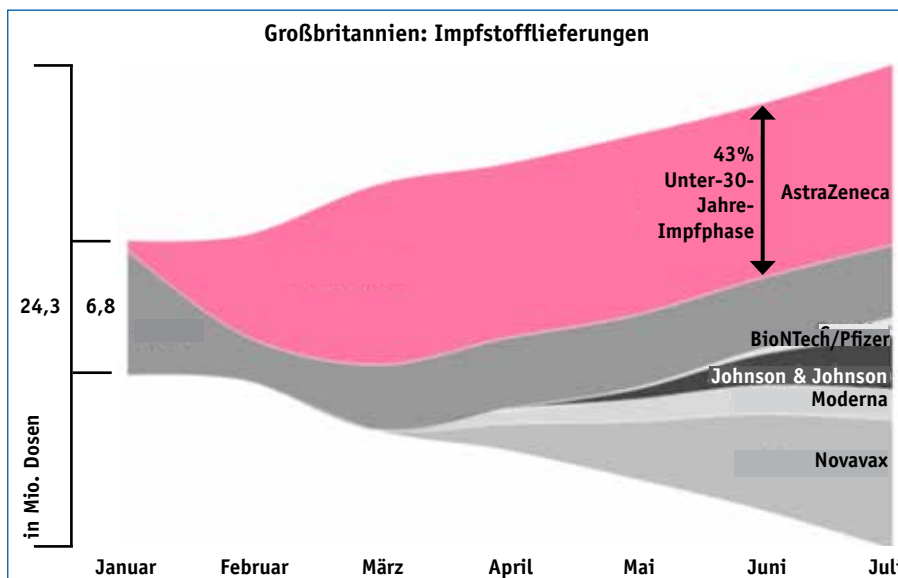


Abb. 3: Impfstofflieferungen in Großbritannien. Aus: „Experts back UK age limit for rollout of AstraZeneca vaccine“ von Clive Cookson, Anna Gross und Hannah Kuchler. „Financial Times“, April 2021.

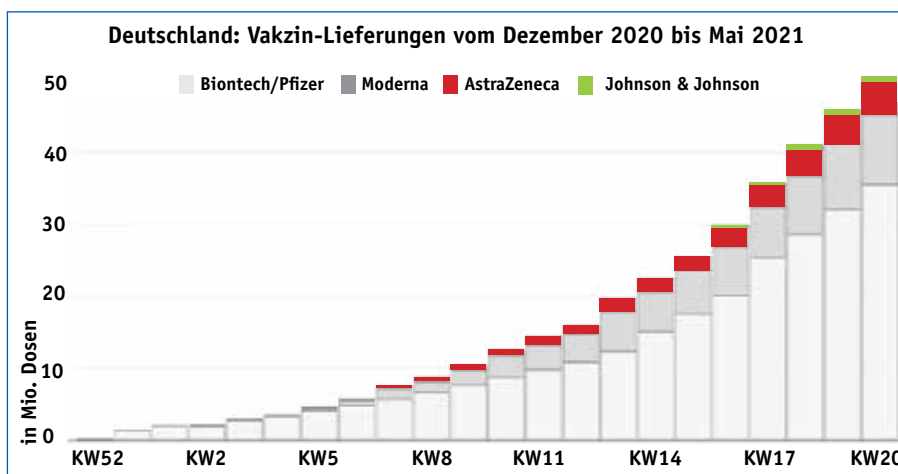


Abb. 4: Vakzin-Lieferungen vom Dezember 2020 bis Mai 2021, Stand: 27.05.2021 (Impfungen), Lieferungen, werden jeden Montag aktualisiert. Quelle: impfdashboard.de, RKI, BMG.

Lieferprognosen verschiedener Hersteller					
im Quartal	IV/20	I/21	II/21	III/21	IV/21
mRNA					
BioNTech/Pfizer*	1,3	11,3	50,3	40,2	16
Moderna*	-	1,8	6,4	30,3	50
CureVac***	-	-	1,4	9,4	28,9
Rekombinantes Protein mit Adjuvans					
Sanofi/GSK**	-	-	-	-	> 27,5
Adenovirus-Vektor					
AstraZeneca	-	5,1	12,4-15,4	35,2-38,2	-
Johnson & Johnson	-	-	10,1	22	4,6
Gesamt	1,3	18,8	80,6-83,6	147,2-129,6	99,5

Tab. 1: Lieferprognosen der verschiedenen Impfstoff-Hersteller für das Jahr 2021 (Stand 25.5.2021). Quelle: BMG (9). Anm.: * Beinhaltet Lieferungen der beiden auf EU-Ebene geschlossenen Verträge; ** Sanofi/GSK-Entwicklung verzögert; *** Sofern bis dahin von der EMA zugelassen.

Großbritannien beeinträchtigt werden, da für das Impfziel (vollständige Impfung bis 31. Juli 2021) ausreichend Impfstoff verfügbar ist (Abb. 4) und anders als in Großbritannien hierzulande die Altersgruppe über 60 Jahre noch nicht durchgeimpft ist.

In Großbritannien hingegen würde laut FT-Artikel die Impfkampagne „völlig aus dem Ruder laufen“, wenn die Impfung von AstraZeneca nur bei Menschen über 55 oder 60 Jahren erlaubt wäre. Eben deshalb, weil in dieser Altersgruppe die meisten in Großbritannien ohnedies bereits geimpft wurden.

Das Redakteurstrio zitiert in seinem Beitrag in der „Financial Times“ nicht näher genannte „Beobachter“. Diese würden sagen, dass die „vorsichtige Herangehensweise“ Großbritanniens „nicht nur die Risiken und Vorteile des Impfstoffs von AstraZeneca selbst“ berücksichtige, sondern „auch die

Notwendigkeit, das Impfprogramm auf Kurs zu halten, um jedem Erwachsenen bis Ende Juli eine Impfung anzubieten“.

Komplexe Entscheidung verständlich kommunizieren

In einer aktuelleren Publikation (10) weist das Winton Centre darauf hin, dass neue Daten der MHRA und die sinkende Inzidenz von Covid-19 in Großbritannien bedeuten, dass die Aussagen vom April 2021 (Abb. 2) zwischenzeitlich nicht mehr aktuell sind. Wegen der erfolgreichen Impfkampagne hat das Expositionsrisiko in Großbritannien zwischenzeitlich stark abgenommen und die Impfung mit dem AstraZeneca-Impfstoff bringt daher für die meisten Menschen erst ab einem Alter von über 40 Jahren einen Vorteil gegenüber der Nicht-Impfung (Stand:

Mai 2021). Dementsprechend hat die britische Impfkommission ihre Empfehlung seither angepasst: Menschen unter 40 sollten „Vaxzevria“ nur noch bekommen, wenn sich der Impfzeitpunkt dadurch nicht substantiell verzögert (11).

Man sieht: Die Entscheidung über die Verwendung eines Impfstoffes ist eine komplexe Angelegenheit – das Risiko-Nutzen-Verhältnis variiert zwischen verschiedenen Menschen und hängt ab von der sich ändernden Inzidenz sowie der Verfügbarkeit alternativer Impfstoffe. Das Beispiel zeigt aber auch, dass evidenzbasierte Entscheidungen und deren Kommunikation durchaus möglich sind.

Auf Anfrage eines Wissenschaftsreporters in Italien hat das Winton Centre eine ähnliche Grafik für Italien erstellt, um den potenziellen Nutzen und Schaden des Covid-19-Impfstoffs von AstraZeneca zu veranschaulichen (12). Vergleichbares hätte man sich auch hierzulande gewünscht.

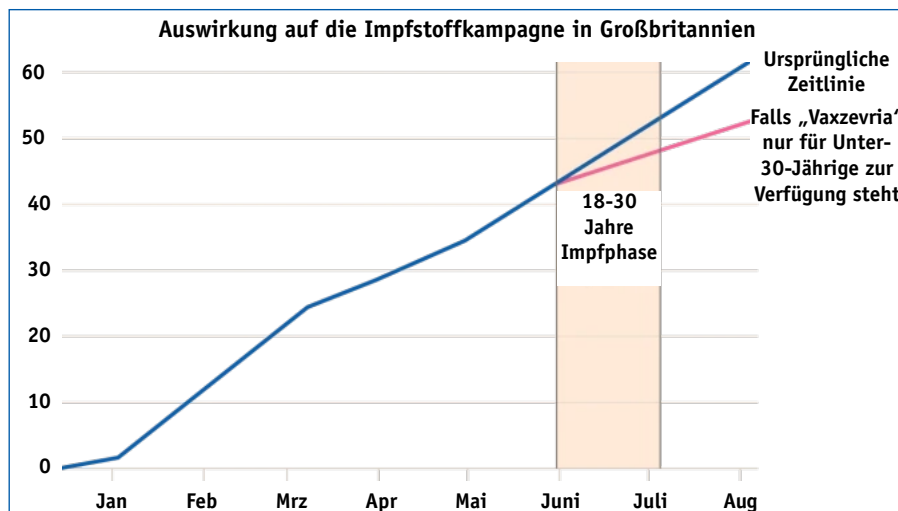


Abb. 5: Auswirkung auf die Impfstoffkampagne in Großbritannien. Aus: „Experts back UK age limit for rollout of AstraZeneca vaccine“. „Financial Times“, April 2021.

Der Tunnelblick

Das Hin und Her von STIKO, PEI und BMG in Bezug auf den AstraZeneca-Impfstoff (erst nur für Jüngere wegen angeblich geringerer Wirksamkeit bei Älteren, dann nur für Ältere wegen Risikos für Jüngere, aktuell wohl eher nach Belieben) hat in der Bevölkerung sicher den Eindruck ungeordneter Entscheidungsprozesse hinterlassen. Dies hängt möglicherweise mit einem Tunnelblick der Bürokratie zusammen: Der Fokus lag auf den möglichen Risiken des Produktes – ohne Betrachtung des Risikos durch die unterlassene Impfung. Ähnlich fatal war bereits der Tunnelblick bei der Impfstoffbestellung auf europäischer Ebene: Der Fokus lag auf Haftungsrisiken und Produktkosten – ohne Betrachtung auch der volkswirtschaftlichen Kosten einer verspäteten Impfkampagne. In beiden Fällen fehlte das systematische Abwägen von Kosten/Risiko und Nutzen aus einer übergeordneten Gesamtperspektive (13). <<

von: Dr. Josef Leiter¹ und Peter Stegmaier²

Literatur

- 1: <https://wintoncentre.maths.cam.ac.uk/news/communicating-potential-benefits-and-harms-astrazeneca-covid-19-vaccine/>
- 2: <https://www.ft.com/content/5db4a13f-11b1-4f1e-891b-9f68c639a6f9>
- 3: <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>
- 4: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2104882>
- 5: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa21048403>
- 6: <https://osf.io/a9jddq/>
- 7: <https://podcasts.google.com/feed/aHR0cHM6Ly93d3cubmRyLmRlL25hY2hyaWNodGVuL2luZm8v-cG9kY2FzdDQ2ODQueG1s/episode/QVUtMjAyMTA0MjAtMTczNi01NTAwLUE?hl=de&ved=2ahUKEWj4v0ON45HwAhUahPOHHZzPANYQieUEegQIDhAF&ep=6>
- 8: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/958856/S0662_SPI-M-0_update_on_reasonable_worst_case_scenarios.pdf
- 9: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Impfstoff/Lieferprognosen_verschiedene_Hersteller_2021.pdf
- 10: <https://wintoncentre.maths.cam.ac.uk/news/latest-data-mhra-blood-clots-associated-astrazeneca-covid-19-vaccine/>
- 11: <https://www.gov.uk/government/news/jcvi-advises-on-covid-19-vaccine-for-people-aged-under-40>
- 12: <https://wintoncentre.maths.cam.ac.uk/coronavirus/using-italian-data-illustrate-potential-harms-and-benefits-astrazeneca-vaccine/>
- 13: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Kurzfassungen-2021/MVF-02-21/MVF0221_Impfstoffkapazitaet-erweitern

Zitationshinweis

Leiter, J., Stegmaier, P.: „Evidenzbasierte Entscheidungen statt Tunnelblick“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (03/21), S. 10-13. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866.2306>

Zitationshinweis

Roski, R.; Stegmaier, P.: „Ein Plädoyer für eine evidente Risikokommunikation“ in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/21), S. 14. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2307>



Prof. Dr. Reinhold Roski¹, Peter Stegmaier²
1: Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung“,
2: Chefredakteur von „Monitor Versorgungsforschung“

Besser verständliche Risikokommunikation

>> Wenn Sie sich die Grafiken auf den vorhergehenden Seiten noch betrachten, mögen Sie denken: Die Grafik der „Financial Times“ sieht „professionell“ aus, vielleicht sogar „wissenschaftlich“, auf alle Fälle aber „hilfreich“, weil sie die Inhalte der Winton-Grafiken zusammenführt und vergleichend darstellt. Dies ist jedoch ein Trugschluss, dem in Deutschland viele aufsitzen, die Risikokommunikation machen und für die sie gemacht wird: Das sind die Institutionen, die die Politik unterstützen, politische Entscheider, Umsetzer und Vermittler der Entscheidungen, Medien und am Ende die Bürger. Besonders die Medien melden Zahlen oft unhinterfragt und kommentieren sie vielfach verkürzt, sehr oft schief und ohne Zusammenhang. Das ist die schlechte Risikokommunikation, wie wir sie viel zu oft erleben. Das führt zu falschen Schlüssen, unnötigen Ängsten und vermindert insgesamt die Kompetenz, Risiken richtig zu beurteilen.

Dass es auch anders geht, zeigen beispielsweise die Darstellungen des „Winton Centre for Risk and Evidence Communication“ der Universität Cambridge unter Leitung von Prof. Dr. Sir David Spiegelhalter. Die dort entwickelten Grafiken berücksichtigen die aus der Psychologie bekannte Tatsache, dass wir Risiken besser wahrnehmen und beurteilen können, wenn absolute Größen angegeben werden, nicht relative, wie beispielsweise Prozentsätze. Viel besser verständlich ist die Risikokommunikation mit absoluten Zahlen, weil dabei das Grundrisiko mit kommuniziert wird und es so einfacher möglich ist, das eigene Risiko mit dem durchschnittlichen Risiko zu vergleichen. Relative Angaben verführen leicht zu Fehleurteilen. So wie die oft angegebenen und nur scheinbar gut verständlichen relativen Wirksamkeiten und Inzidenzen.

Ein bekanntes Beispiel: Wenn ein Risiko besteht, dass 2 von 100 Personen einen Schaden erleiden, und mit neuen Maßnahmen nur noch 1 von 100 Personen den Schaden hat, ist die absolute Reduktion des Risikos 1 von 100. Die relative Risikoreduktion ist aber 50%. Diese 50% erscheinen als riesige Verbesserung und führen zu allerdings weitgehend unbegründeten Hoffnungen, bzw. im umgekehrten Fall zu Ängsten. Besonders schlimm wird es, wenn der Nutzen von Maßnahmen in Form von relativen Risiken angegeben wird, ein Schaden aber in absoluten Risiken. Noch schlimmer wird es, wenn mit relativen Angaben noch weiter gerechnet wird. Deutlich besser sind zur Zeit die Grafiken, die das „Winton Centre for Risk and Evidence Communication“ erarbeitet und publiziert. Sie helfen, Risiken tatsächlich besser zu verstehen und zu beurteilen.

Was Winton für Großbritannien ist, ist das Harding-Zentrum für Risikokompetenz der Universität Potsdam für Deutschland. „Wir wollen untersuchen, wie sich Menschen in Risikosituationen verhalten. Mit unserer Arbeit können wir dazu einen Beitrag leisten.“ Das schreibt Prof. Dr. Gerd Gigerenzer, ehemaliger Direktor des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung in Berlin und heutiger Direktor des Anfang 2020 gegründeten und des der Max-Planck-Gesellschaft angegliederten Harding-Zentrums for Risk Literacy. Die Nähe kommt nicht von ungefähr, sondern liegt in der Person des Stifters begründet: David Harding

ist Direktor von Winton Capital, einer der zehn größten Investment-Gesellschaften in Großbritannien, die sich im Jahr 2007 durch die Einrichtung einer Stiftungsprofessur für „Public Understanding of Risk“ an der University of Cambridge hervorgetan hat.

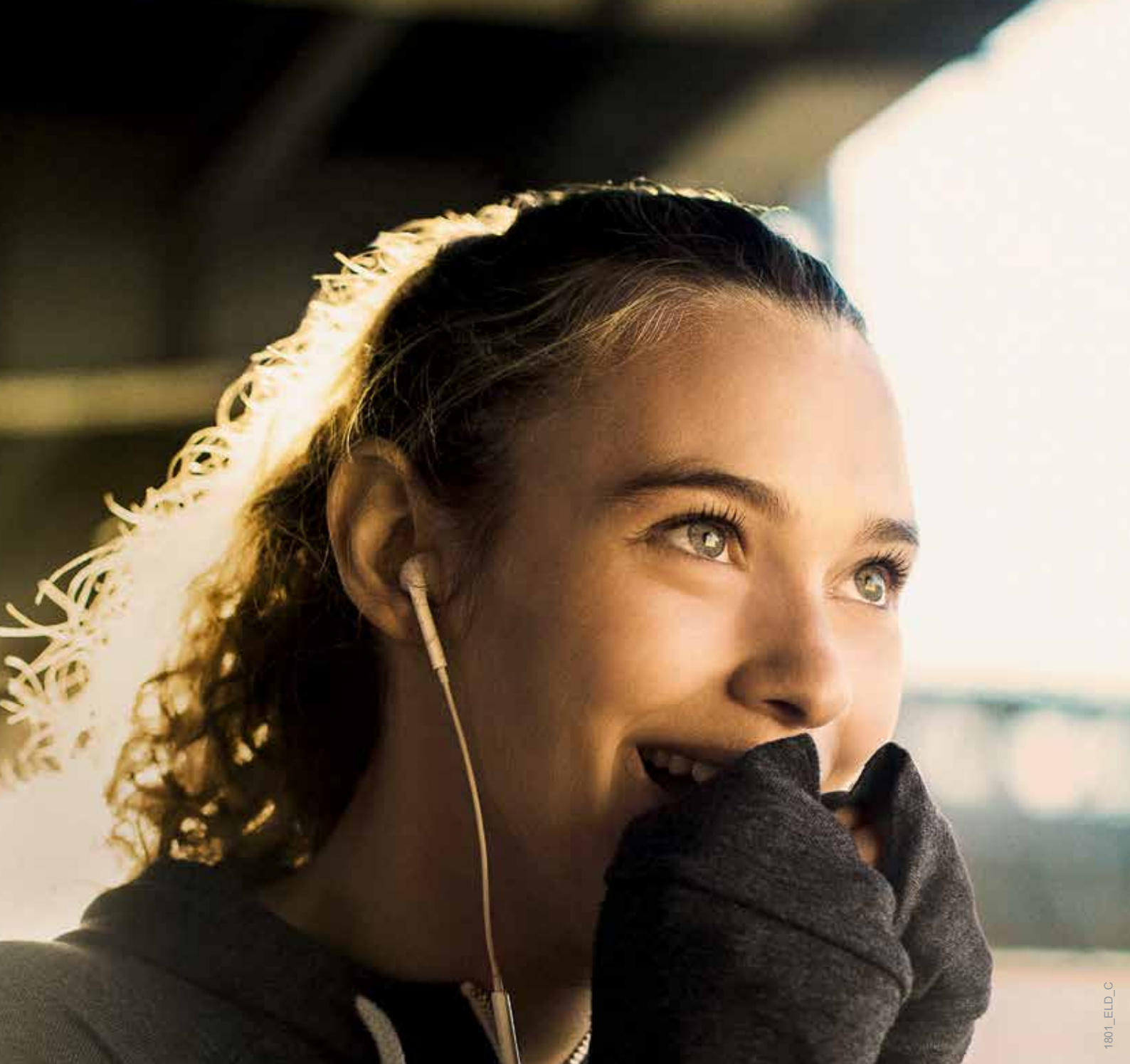
Beide Institutionen arbeiten mit vielen Publikationen für „eine Gesellschaft, die Risiken einzuschätzen und mit ihnen zu leben weiß“ (Gigerenzer). Ein Paradebeispiel für die hier geleistete Arbeit sind diverse „Faktenboxen“, die helfen sollen, „Nutzen und Schaden einer Schutzimpfung gegen Covid-19 abzuwägen“. Dies natürlich immer im Bestreben, nicht nur die best verfügbare Evidenz zum potenziellen Nutzen und Schaden verschiedener medizinischer Maßnahmen bzw. Gesundheitsthemen zu präsentieren – noch dazu in einer das Verständnis fördernden grafischen Form. Dabei bauen die „Faktenboxen“ auf den Entwicklungen und Erkenntnissen der Forschung des Harding-Zentrums zur transparenten Kommunikation von Risiken durch Verwendung von natürlichen Zahlen und Häufigkeiten auf, die entsprechend auch das Winton Centre verwendet. Die Faktenboxen werden zudem im Hinblick auf die Effektivität der Vermittlung von patientenrelevantem Wissen und auf Gesundheitsentscheidungen wissenschaftlich evaluiert. Außerdem wird untersucht, welche Formate zur Zusammenfassung und Präsentation von medizinischer Evidenz geeignet sind und wie man am besten Informationen über die Qualität und Unsicherheit kommuniziert. Auf diese Weise wird die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung tatsächlich verbessert.

Das ist ein richtiger Ansatz, dem ein Durchbruch überall dort zu wünschen ist, wo es um Risikokommunikation geht. Nicht, dass es so etwas noch gar nicht gäbe: Derartige „Faktenboxen“ zu verschiedenen medizinischen Themen von „Akuter Bronchitis“ bis zum „Vorzeitigen Blasensprung“ und eben auch zu Covid-19 (in Kooperation mit dem RKI) gibt es beispielsweise auf den Portalen des AOK-Bundesverbands und der AOK Nordost sowie der „Weissen Liste“ (BertelsmannStiftung), des Robert Koch-Instituts und der GWQ ServicePlus AG (einer Servicegesellschaft für Krankenkassen). Zu wünschen wäre es, wenn diese Beispiele Schule machen und künftig nicht mehr versucht wird, mit schwer verständlichen Zahlenspielen Politik zu kommunizieren.

Diesen Wunsch unterstützt auch eine Aktion, die Gerd Gigerenzer, der Bochumer Ökonom Thomas Bauer und der Dortmunder Statistiker Walter Krämer im Jahr 2012 ins Leben gerufen haben: die „Unstatistik des Monats“. Hier werden monatlich sowohl jüngst publizierte Zahlen als auch deren Interpretationen hinterfragt und kommentiert. Dies mit dem Ziel, so die Initiatoren, „in Zahlen gefasste Abbilder der Wirklichkeit korrekt zu interpretieren und eine immer komplexere Welt und Umwelt sinnvoller zu beschreiben“. <<

Literatur

<https://wintoncentre.maths.cam.ac.uk/projects/press-alert/>
<https://www.hardingcenter.de/de>
<https://www.hardingcenter.de/de/transfer-und-nutzen/faktenboxen>
<https://www.rwi-essen.de/unstatistik/>



1801_ELD_C

Gesundheit beschäftigt uns ein Leben lang, mit allen Höhen und Tiefen, allen Herausforderungen. Sie können groß oder klein sein, lebenslang oder akut – für jeden, jederzeit und überall.

Sanofi – ein lebenslanger Begleiter in Gesundheitsfragen. Mit Leidenschaft arbeiten wir jeden Tag daran, die Gesundheitsprobleme der Menschen weltweit zu verstehen und Lösungen zu finden.

Wir nennen das Empowering Life.



SANOFI

Empowering Life

www.sanofi.de



Prof. Dr. Franz Porzolt¹, unter Mitarbeit von Philipp Legrum²

1: Vorstandsvorsitzender des Institute of Clinical Economics (ICE) e.V.

2: Mitglied und Informatiker des Institute of Clinical Economics (ICE) e.V.

Die Unschärfe falsch-positiver Testergebnisse

>> In unserem Kommentar möchten wir auf Fehler bei der Berichterstattung hinweisen, die in nahezu allen Medien zu finden sind und zu unzutreffenden wissenschaftlichen und politischen Schlussfolgerungen führen können. Zur Beschreibung der Häufigkeit von Ereignissen gibt es zwei Möglichkeiten: die **Prävalenz** und die **Inzidenz**.

Die **Prävalenz** beschreibt den Anteil jener Personen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt innerhalb einer definierten Grundgesamtheit eine definierte Bedingung erfüllen, z. B. an einer bestimmten Erkrankung leiden. Die Prävalenz wird berichtet, um eine Momentaufnahme eines Zustands in einer definierten Population für den Vergleich mit anderen Populationen zu erstellen.

Die **Inzidenz** beschreibt die Anzahl von neu eingetretenen Ereignissen innerhalb eines definierten Zeitraums, meist bezogen auf 100.000 Personen einer definierten Grundgesamtheit. Die Streuung des Inzidenz-Wertes nimmt zu, je kleiner die Grundgesamtheit und/oder der Beobachtungszeitraum gewählt wird. Abhängig von der Frage, die zu beantworten ist, kann es sinnvoll sein, Veränderungen in täglichen und jährlichen Intervallen zu berechnen.

Beide Ergebnisse, die Prävalenz und die Inzidenz **beruhen auf Testergebnissen**, die **positiv** oder **negativ** und zudem **richtig** oder **falsch** sein können.

Wenn die Prävalenz oder Inzidenz von Todesfällen berichtet wird, können **falsch-positive** Ergebnisse vernachlässigt werden, weil falsch-positive Todesfälle selten auftreten. Diese Aussage gilt nicht für die Feststellung der Todesursache oder für die Bestätigung einer bestehenden Erkrankung oder Infektion. Todesursachen, Erkrankungen und Infektionen lassen sich nur mit detaillierten Zusatzinformationen bestätigen, weil dazu durchgeführte Tests keineswegs frei von falschen Ergebnissen sind und eine medizinische Diagnose – von wenigen Ausnahmen abgesehen – nicht durch ein einzelnes Zeichen, ein Symptom oder einen einzelnen Test bewiesen werden kann. Weder ein positiver PCR-Test noch eine positive Mammographie können die vermutete Erkrankung ohne zusätzliche Informationen beweisen, weil **falsch-positive** von **richtig-positiven** Ergebnissen nur durch einen Vergleich mit einem **Goldstandard** unterschieden werden können. In der Medizin bezeichnet man als Goldstandard eine Bedingung, die der derzeit gültigen Wahrheit am nächsten kommt. Andere bezeichnen „eine bewährte, nützliche Referenzbedingung“ als sogenannten Goldstandard.

Zwei häufig zitierte statistische Analysen bestätigen, dass falsch-positive Ergebnisse der Mammographie (1) und der Ferritin-Messung im Rahmen der Diagnostik einer Eisenmangel-Anämie bei etwa 10% der Tests (2) auftreten. Für den Aussagewert eines Tests ist problematisch, dass in nahezu allen Tests „falsch-positive“ Ergebnisse deutlich häufiger (5 bis 274-fach) als „falsch-negative“ Ergebnisse zu finden sind. Problematisch ist auch, dass die „falsch-positiven“

Testergebnisse ein höheres Risiko für die Fehlinterpretation eines Testergebnisses darstellen als die „falsch-negativen“.

Als **„falsch-negativ“** wird das Ergebnis eines Tests dann bezeichnet, wenn auf eine Testperson eine Bedingung zutrifft (z. B. Brustkrebs oder SARS-CoV-2), obwohl der Test diese Bedingung nicht erkannt hat. In der Praxis lassen sich „falsch-negative“ Ergebnisse einfach erklären, weil man durch den weiteren klinischen Verlauf recht schnell erkennt, was der Test nicht erkannt hat. Dazu ein Beispiel: Wenn eine Patientin zwei Wochen nach einer unauffälligen Mammographie ein neues Zeichen – z. B. einen neuen Knoten in der Brust tastet, der dann bei Wiederholung der Mammographie erkennbar ist und auch durch eine Sonographie nachgewiesen sowie durch eine histologische Untersuchung als maligner Tumor bestätigt werden kann – wird das Ergebnis der ersten (negativen) Mammographie als „falsch-negativ“ klassifiziert.

Es ist nicht unwesentlich zu betonen, dass sich in vielen Fällen durch den Vergleich der beiden Mammographien im Nachhinein der zunächst nicht erkannte Tumor in beiden Aufnahmen identifizieren lässt. Man kann daraus aber nicht zwingend ableiten, dass der Tumor bei der ersten Befundung übersehen wurde, weil vor der zweiten Befundung des ersten Röntgenbildes bereits eine zusätzliche Vorinformation vorlag. Im Fachjargon bezeichnet man diesen Unterschied als unterschiedliche **„pre-test probabilities“** bei der ersten und zweiten Befundung. Dieses Argument der unterschiedlichen „pre-test probabilities“ wird deutlich, wenn man die Szenarien „falsch-negativer“ und „falsch-positiver“ Testergebnisse auf das Beispiel des PCR-Tests anwendet.

Grundsätzlich entsteht ein **„falsch-positives“** Ergebnis, wenn ein Test das Vorliegen einer Bedingung (z. B. Brustkrebs oder SARS-CoV-2) anzeigt, obwohl diese Bedingung mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit nicht vorliegt, d. h. mit allen anderen verfügbaren Methoden bisher nicht bestätigt werden kann. Deshalb können erwartete „falsch-positive“ Testergebnisse zwar einfach erkannt (weil eine Bedingung nicht zu erkennen ist) werden, sind aber nicht einfach zu erklären. Ein Beispiel: Wenn ein Mammographie-Test einen tumorverdächtigen Bezirk anzeigt, der durch die Ultraschall-Untersuchung und eventuell zusätzlich durch eine histopathologische Untersuchung (Goldstandard) nicht bestätigt werden kann, wird der positive Befund der Mammographie letztlich als „falsch-positiv“ klassifiziert. **Demnach gilt: Das Ergebnis eines Tests wird dann als „falsch-positiv“ bezeichnet, wenn ein positives Testergebnis vorliegt, das durch den Goldstandard nicht bestätigt wird.**

Diese Gegenüberstellung bestätigt, dass im Falle eines **„falsch-negativen“** Ergebnisses der zunächst nicht entdeckte Befund durch eine zusätzliche Information, der – in unserem Beispiel der neu aufgetretene Knoten – im weiteren klinischen Verlauf korrigiert werden kann. Aus wissenschaftlicher Perspektive kann die Wahrscheinlich-

Zitationshinweis

Porzolt, F., Legrum, P.: „Die Unschärfe falsch-positiver Testergebnisse“ in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/21), S. 16-17. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2309>

keit, dass es sich um ein „falsch-positives“ Ergebnis einer Mammographie handeln könnte, durch ein weiteres nicht-invasives Verfahren, z. B. eine Ultraschall-Untersuchung gesteigert werden und bei weiterhin bestehendem Verdacht auf eine maligne Erkrankung durch eine zusätzliche negative histopathologische Untersuchung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit als „falsch-positives“ Ergebnis ohne Nachweis eines Substrats klassifiziert werden.

Im Falle eines PCR-Tests ist die **Unterscheidung eines „richtig-positiven“ von einem „falsch-positiven“** Test allerdings schwieriger als bei der Mammographie, weil bei einer Mammographie neben der Röntgen-Technik weitere Methoden (Ultraschall, Histologie) zur Verfügung stehen, um den Verdacht eines „richtig-positiven“ Befundes zu entkräften. Im Falle eines „falsch-positiven“ PCR-Tests gibt es hingegen bisher **keine weitere Methode**, mit welcher die Unterscheidung zwischen „richtig-positiven“ und „falsch-positiven“ PCR-Tests erhärtet werden kann.

Die hier offensichtlich werdende **„Unkenntnis des Unbekannten“** (ignorance of the unknown) beschreibt einen Beweisnotstand, mit dem sich Ärzte durch Anwendung zusätzlicher Untersuchungsmethoden ständig auseinandersetzen haben. Erfahrene Kliniker können dieses Problem mit geringem Aufwand lösen, während klinische Anfänger erhebliche diagnostische Kosten verursachen. Ob PCR-Tests wegen dieses **Beweisnotstands** für die Diagnostik geeignet sind, wird von verschiedenen Wissenschaftlern unterschiedlich diskutiert. Wegen der Ableitung nicht unerheblicher Einschränkungen durch Verordnungen und Gesetze wird eine juristische Klärung erforderlich sein.

Die Zeit bis zur Entscheidung könnte genutzt werden, um die von verschiedenen Wissenschaftlern bereits vorgeschlagene Dokumentation des Versorgungsbedarfs nachzuholen. Dazu ist bei allen getesteten Personen einer oder mehrerer definierten Kohorten neben dem Ergebnis des PCR-Tests der Versorgungsbedarf zu dokumentieren. Die Testergebnisse liegen den Testzentren vor und der Versorgungsbedarf kann von den Betroffenen (keine oder stationäre oder intensivmedizinische Versorgung innerhalb von drei Monaten nach Durchführung des PCR-Tests) in Erfahrung gebracht werden. Diese Daten sind aus ethischen, medizinischen, epidemiologischen und ökonomischen Gründen zu erheben.

Verantwortungsvolle Wissenschaftler könnten allerdings der politischen Willensbildung zuvorkommen, indem von definierten Stichproben einer zu bestimmenden Kohorte alle (positive und negative) Testergebnisse innerhalb eines definierten Test-Zeitraums **zusammen mit dem tatsächlichen stationären Versorgungsbedarf** (Allgemein- oder Intensivversorgung) innerhalb der ersten drei Monate seit Durchführung des Tests berichtet werden. Mit dieser einfachen Korrelation könnte ein nicht unbedeutender Beitrag zur Bewertung der Tauglichkeit des PCR-Tests als diagnostisches Werkzeug verifiziert werden. Der zusätzliche Aufwand ist allemal gerechtfertigt. <<

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Franz Porzolt – Institute of Clinical Economics (ICE) e.V. 89081 Ulm
eMail: franz.porzolt@clinical-economics.com

Literatur

1. Breast Cancer Surveillance Consortium tool. <https://tools.bcscc.org/BC5yearRisk/calculator.htm> Letzter Download 8.1.2021
2. Sackett DL et al. Evidence-based Medicine. Churchill Livingstone 1997. Seite 120

Covid-19: Arbeitslose haben stark erhöhtes Risiko

>> Wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass der Gesundheitszustand von Menschen aus sozial benachteiligten Wohnvierteln schlechter ist als der von Menschen, die in besser gestellten Regionen leben. Die AOK Rheinland/Hamburg unterstützt daher die jüngsten Forderungen aus Wissenschaft und Politik, den Wohnort als weiteren Faktor bei der Festlegung der Corona-Impfereihenfolge zu berücksichtigen. „Soziale Unterschiede beeinflussen die Gesundheitschancen beträchtlich. Das zeigt sich auch in der Corona-Pandemie. In einer Analyse, die wir gemeinsam mit dem Universitätsklinikum Düsseldorf durchgeführt haben, konnte nachgewiesen werden, dass arbeitslose Menschen ein signifikant höheres Risiko haben, wegen einer Corona-Erkrankung im Krankenhaus behandelt werden zu müssen“, sagt Vorstandsmitglied Matthias Mohrmann. „Hier muss die Politik gegensteuern und dafür sorgen, dass Menschen, die in beengten Wohnverhältnissen leben, berufsbedingt nicht ins Homeoffice ausweichen können und überwiegend auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen sind, schnellstmöglich durch flächendeckende Impfungen geschützt werden.“

Darüber hinaus, so Mohrmann, sei es wichtig, Menschen mit niedringschweligen Beratungsangeboten über Infektionsrisiken und geeignete Schutzmaßnahmen aufzuklären und Impfskepsis zu begegnen. „Mit innovativen Versorgungsformen wie dem Hamburger Gesundheitskiosk in Billstedt-Horn oder der Quartierszentrale ‚Die Kümmerei‘ in Köln-Chorweiler haben wir Anlaufstellen geschaffen, die den Menschen barrierefrei und auf Augenhöhe Gesundheitswissen vermitteln, ihre Gesundheitskompetenz stärken und Orientierung in der Versorgung vor Ort geben.“ Solche Angebote bergen großes Potenzial, die Versorgungssituation von Menschen in sozioökonomisch schwächeren Regionen nachhaltig zu verbessern.

Anhand der Daten von mehr als 1,3 Millionen Versicherten wurde ausgewertet, ob Menschen in Arbeitslosigkeit (ALG I und ALG II) oder Sozialhilfe häufiger aufgrund einer Covid-19-Erkrankung in einem Krankenhaus behandelt werden mussten als erwerbstätige Versicherte. Für den Untersuchungszeitraum 1. Januar bis 4. Juni 2020 war dies insbesondere bei Langzeitarbeitslosen der Fall, so die Ergebnisse der Analyse. Bezieher von Arbeitslosengeld II hatten ein um 84 Prozent erhöhtes Risiko für einen Covid-19-bedingten Krankenhausaufenthalt. Arbeitslosengeld-I-Empfänger hatten noch ein um 17,5 Prozent erhöhtes Risiko. Diese Ergebnisse gelten unabhängig vom Alter und Geschlecht der Versicherten. <<

Ausfallzahlungen führen zu Plus bei Krankenhäusern

>> Die ausschließlich stationären Erlöse der allgemeinen Krankenhäuser sind durchschnittlich um 3,7 Prozent und die der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken durchschnittlich um 10,6 Prozent gestiegen, wobei die geleisteten Ausgleichszahlungen des Bundes hierfür maßgebend gewesen sind. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass trotz des Rückgangs an Fallzahlen die Zahlungen der gesetzlichen Krankenkassen für alle durch die Kliniken erbrachten Leistungen um 1,7 Prozent gestiegen sind. Zu diesem Ergebnissen kommt eine „Analyse zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise“, erstellt vom RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung im Auftrag des BMG. Betrachtet wurde der Zeitraum Januar bis Dezember 2020. Der Grund für das Plus: 2020 hat der Bund 10,2 Mrd. Euro zur Verfügung gestellt, um ausreichende Kapazitäten für die Versorgung von Corona-Patienten zu gewährleisten. <<

Mit Impact-Investoren und Wandelanleihegebern Strukturreformen vorantreiben

Wie OptiMedis externes Investment nutzt

Wer innovative Projekte im Bereich der gesundheitlichen Versorgung initiieren möchte, kann sich diverser Fördertöpfe bedienen. Da wäre zum einen das deutsche Forschungszulagengesetz (FzulG), das eine steuerliche Förderung von Forschung und Entwicklung für Unternehmen, aber auch für Institute und Forschungseinrichtungen, vorsieht. Zum anderen sind das klassische Förderungen seitens des BMBF, des BMG oder von Institutionen und Stiftungen auf nationaler oder EU-Ebene sowie jener des Innovationsfonds für Neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung. Einen ganz anderen, im Bereich der Gesundheitsbranche bisher unbeachteten Weg geht OptiMedis, ein Unternehmen für Management, Analytik und Forschung im Gesundheitswesen, indem es zusätzliches Kapital über Investoren einwirbt – 2017 mit einem Impact-Investor und 2019 bei einer Gruppe von Privatleuten aus Wissenschaft und „friends and family“, die Wandelanleihen gezeichnet haben, die bei einem nächsten Invest in Aktien der Gesellschaft umgewandelt werden können.

>> Der Grund für diesen Schritt ist recht einfach: „Da unsere Hauptarbeit vor allen Dingen in der Weiterentwicklung regionaler Ansätze besteht, benötigen wir für eine gewisse Zeit eine Vorfinanzierung“, erklärt Dr. rer. medic. h. c. Helmut Hildebrandt, der Vorstandsvorsitzende der OptiMedis AG, dessen Schwerpunkt seit vielen Jahren im Aufbau und Management regionaler populationsbezogener IV-Systeme liegt. So war er zum Beispiel von 2005 bis 2018 neben seiner Vorstandstätigkeit bei OptiMedis auch der Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH, die die Integrierte Versorgung im Ortenaukreis in Baden-Württemberg verantwortet. Zudem ist er Geschäftsführer der Gesunder Werra-Meißner-Kreis GmbH in Nordhessen. Er ist mit seinem Unternehmen an der Gesunder Schwalm-Eder-Kreis+ GmbH beteiligt und hat über mehrere Jahre das Gesundheitsnetzwerk „Gesundheit für Billstedt/Horn“ mit aufgebaut. All das braucht Geld, oft weit, bevor eine öffentliche Förderung überhaupt beantragt werden kann. Und zudem oft länger als eine klassische Förderphase – meist nur drei bis vier Jahre – ausgelegt ist.

„Wenn wir weitere Regionen aufbauen wollen, müssen wir dafür die nötige Vorfinanzierung ermöglichen“, weiß Hildebrandt aus seinen zahlreichen Projekten. Investoren findet er immer öfter. Meistens sind das Partner in den jeweiligen Regionen, die entweder Teil eines regionalen Netzwerks werden wollen, oder aber in ein solches investieren wollen – mit oder auch ohne Regionenbezug.

Einer davon ist der Social-Impact-Investor BonVenture aus München, die erste Beteiligungsgesellschaft im deutschsprachigen Raum, die sich auf die gesellschaftliche Wirkung von Unternehmen fokussiert, also nur in Unternehmen investiert, die mit ihrer Ar-

beit gesellschaftlichen Mehrwert schaffen. Er ist seit 2017 an OptiMedis beteiligt und weitet sein Investment aktuell weiter aus. Damit einher geht jetzt auch die Umwandlung der 2019 eingegangenen Anleihen in Aktien. Einige Begleiter von OptiMedis wollen damit auch weiter investieren, genauso wie auch Mitarbeiter sich stärker beteiligen wollen.

Positive Stimmung nutzen

„Wir wollen mit diesem neuen Geld nun neue Gesundheitsregionen aufbauen und dazu können wir die derzeit positive Stimmung nutzen“, gibt Hildebrandt die Zielrichtung vor. Damit meint er unter anderem den Zuspruch, den regionalisierte Versorgungsansätze unter anderem durch die Kanzlerkandidatin der Grünen, Annalena Baerbock (1), erfahren, die in ihrer letzten Rede das Thema Gesundheitsregionen eingebracht hat.

Auch ist zu diesem Thema erst vor kurzem ein Antrag der Grünen im Gesundheitsausschuss des Bundestags diskutiert worden, der „Gesundheitsregionen – Aufbruch für mehr Verlässlichkeit, Kooperation und regionale Verankerung in unserer Gesundheitsversorgung“ zum Ziel hat. In diesem Antrag steht wortwörtlich: „Die bestehenden wirtschaftlichen Anreize müssen stärker in den Blick genommen werden, um Kooperation und Vernetzung zu unterstützen. Die bisherigen nach Sektoren getrennten Vergütungssysteme verengen den Blick auf das jeweils – also sektorspezifische – eigene wirtschaftliche Ergebnis. Es bedarf hier einer kooperativen Ökonomie, die den Blick aller Akteure in regionalen Versorgungslösungen für das Ganze fördert und nicht nur den Interessen des Einzelnen dient.“

Dass dies ganz auf der Linie von Hilde-



Dr. rer. medic. h. c. Helmut Hildebrandt ist Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG.

brandt liegt, ist klar. Ganz so unschuldig ist er daran auch nicht. So hat er mit zahlreichen Co-Autoren schon im Juli/August 2020 in der Zeitschrift „Welt der Krankenversicherung“ eine viel beachtete Serie (2) initiiert, die sich der „Integrierten Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene“ angenommen hat.

Nach und nach kommt das Thema der Gesundheitsregion auf die politische Agenda. Auf nationaler wie Landesebene wie etwa in einer Enquete-Kommission in Mecklenburg-Vorpommern, in der Hildebrandt vortrug. „Nach vielen Jahren des Stillstands beobachte ich ein Stück weit Aufbruch“, gibt der OptiMedis-Chef zu Protokoll, der sich in Deutschland seit zwei Dekaden unermüdlich dieses Themas annimmt. Nun sieht er mehr als nur ein Licht am Ende des Tunnels und will sein Know-how und das seines Unternehmens weitergeben, aber auch weiter ausbauen. Hildebrandt: „Wir wollen neue Leute hinzuziehen, die noch stärker medizinisch-wissenschaftlich und für das Thema Digitalisierung qualifiziert sind.“ Auch das kostet erst einmal Kapital, weil Re-Investitionen durch Projekte oft viele Jahre brauchen.



STIFTUNG MÜNCH

Rethink Healthcare

Mögliche Projekte sieht Hildebrandt eigentlich überall. Auf der kommunalen oder der Landesebene, aber auch bei klassischen Dienstleistern in Sektoren. „Wir sehen beispielsweise derzeit im Krankenhausbereich ein großes Interesse an dieser Thematik, weil gerade große Krankenhausträger erkennen, dass sich das derzeitige DRG-System in eine Richtung schiebt, in die sie gar nicht wollen“, sagt der OptiMedis-Chef, der natürlich auch gleich passende Lösungsansätze im ambulant-stationären Setting parat hat. Kein Wunder, denn dieses Setting kommt eigentlich in allen der von ihm mit-initiierten Regionen-Projekte vor. Das Interesse ist auf jeden Fall groß, denn es gibt bereits eine ganze Reihe an Regionen, die bereits bei ihm angefragt haben. Das verwundert Hildebrandt auch nicht, jetzt wo es eine hinreichende wissenschaftliche Evidenz für den Nutzen der regionalen Versorgungsansätze gibt.

Eigentlich kann Hildebrandts Worten zufolge das OptiMedis-Modell in so ziemlich jeder Region in Deutschland umgesetzt werden. Allerdings mit einer Restriktion: Das sind alle jene Regionen mit hoher Volatilität, was Abwanderungs- und Zuwanderungsbeziehungen betrifft. Das erklärt er so: „Wir investieren mit unseren Modellen in die Gesundheit der Menschen, die in einer bestimmten Region leben. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass mit jedem einzelnen Wegzug ein Teil des Investments verloren ist.“ <<

Hrsg.: Heinemann, S., Matusiewicz, D.
Rethink Healthcare – Krise als Chance
Verlag: medhochzwei, 2021
412 Seiten, Paperback
verfügbar als Printbuch, eBook und als Onlineversion
ISBN: 978-3-86216-744-9 8
Buch: 89,99 Euro

>> 35 Autoren haben die beiden Herausgeber, Prof. Dr. Stefan Heinemann (Professor für Wirtschaftsethik an der FOM Hochschule und Sprecher der Ethik-Ellipse Smart Hospital der Universitätsmedizin Essen) und Prof. Dr. David Matusiewicz (Professor für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Gesundheitsmanagement an der FOM Hochschule) um sich versammelt, viele davon, wenn nicht die meisten mit Bezug zur FOM. Das macht aber nichts und tut auch der Hauptaussage des Buchs keinen Abbruch, das sich als „multiperspektivische Reflexion“ und „Impulskompodium für die kritisch-offene Auseinandersetzung mit einer Gesundheitszukunft“ versteht, die aus Krisen nachhaltig lernt, neu denkt und frisch handelt.



Was die Herausgeber genau darunter verstehen, erklärten sie in einer vom Verlag veranstalteten digitalen Buchvorstellung und Podiumsdiskussion mit einigen ihrer Autoren, die es sich durchaus im Video anzusehen lohnt¹. Wie Matusiewicz bei der Buchvorstellung erklärte, sei es jetzt notwendig, nicht nur zu diskutieren, wie sich das Gesundheitswesen in der Pandemie verändert hat, sondern wir es neu denken müssen, um zu einem „neuen Normal“ zu kommen. Und vom „Krisen- zum Chancenimperativ“ setzte Co-Herausgeber Heinemann hinzu.

Erklärtes Ziel des Buchs ist es, einen „akzentuierten Kontrapunkt“ zu setzen, aber auch aufzuzeigen, welche Lernkurve denn überhaupt möglich sei. Daher kommen in dem Buch Experten aus Versorgung, Wissenschaft, Industrie, Gesellschaft und Wirtschaft zu Wort. Dazu zählen digitale Themen ebenso wie strukturelle und gesellschaftliche, medizinische und wirtschaftliche, aber auch ethische und rechtliche Aspekte. Beleuchtet werden beispielhafte Phänomene, die aus oder durch oder trotz Krisen Chancen für ein neues Gesundheitswesen bieten. Da es jedoch um Gestaltung geht, erhebt das Autorenwerk keinen konkreten systematischen Letztanspruch, will aber „ein möglichst authentisches Bild einer Landschaft des Neudenkens des Gesundheitswesens aus den Krisenphänomenen heraus“ aufzeigen. <<

1: Link zur digitalen Buchvorstellung:
<https://bit.ly/3wCnS0a>

Literatur

- 1: <https://www.zdf.de/nachrichten/zdfheute-live/gruenen-kanzlerkandidatur-entscheidung-baerbock-rede-video-100.html>
- 2: Hildebrandt et al.: „Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene“, in „Welt der Krankenversicherung“, ab 7-8/2020

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Wie OptiMedis externes Investment nutzt“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/21), S. 18-19. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2310>

EUGEN MÜNCH- PREIS

für innovative Gesundheitsversorgung 2021

Kategorien

- ▶ Wissenschaft und anwendungsorientierte Forschung
- ▶ Praktische Anwendung

Jeweils dotiert mit 20.000 € und einem Film

AUSSCHREIBUNG
Bewerbungsschluss
04. Juli 2021



www.stiftung-muench.org



© Ludwig Niethammer



© Ludwig Niethammer

Obere Reihe:
Kulzer, Heinemann
Untere Reihe:
Selig, Bollessen



© Photoatelier Iso25



© Berlin-Chemie AG

„Auf die Digitalisierung muss jeder eine eigene Antwort finden“

Welche Chancen bringt die Digitalisierung für die Verbesserung der medizinischen Versorgung? Welche nutzenstiftenden Lösungen gibt es bereits und wie werden sie von Ärzten und Patienten gesehen? Am Beispiel des Diabetes bildet der Digitalisierungs- und Technologiereport (D.U.T) als durchaus einzigartiges Projekt aus Primärdatenerhebung und Aufarbeitung von Schwerpunktthemen nicht nur den Status quo ab, sondern will Hoffnung machen, Ängste abbauen, aber auch Problemfelder aufzeigen. Hinter dem D.U.T-Report stehen als Herausgeber die beiden Professoren Dr. Bernhard Kulzer und Dr. Lutz Heinemann sowie als Sponsor und Mit-Ideengeber das Pharmaunternehmen Berlin-Chemie, das im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“ von Michael Bollessen und Dr. Anja Selig vertreten wird.

Im Interview:
Michael Bollessen,
Prof. Bernhard
Kulzer, Prof. Lutz
Heinemann und
Dr. Anja Selig

>> Was stand hinter der Hinwendung von Berlin-Chemie zur Digitalisierung? Mehr Patientenkontakt? Ein besseres Customer Marketing? Oder gar Big Data und Daten aus der realen Welt?

Bollessen: Als sich Berlin-Chemie zum ersten Mal mit dem Megathema Digitalisierung befasst hat, gab es das Schlagwort „Big Data“ gerade mal in der sehr technikaffinen Fachwelt. Wir haben den digitalen Weg eingeschlagen, weil wir gesehen haben, dass es in der Diabetologie einen hohen Informationsbedarf gab und immer noch gibt. An diesem Punkt haben wir uns entschieden: Da wollen wir uns engagieren, da wollen wir auch eigene Projekte aufsetzen. Deshalb investieren wir auch in Projekte wie TheraKey und sehen unser Invest nicht nur als Möglichkeit, Märkte und die in verschiedenen funktionalen Positionen agierenden Menschen zu verstehen.

Selig: Das gilt sowohl für das inzwischen recht umfassende TheraKey-Konzept, das als digitaler Therapiebegleiter seit Anfang der 2010er Jahre von Ärzten wie Patienten geschätzt wird, als auch für unser Engagement beim D.U.T-Report, der konsequent weiter verstetigt werden soll.

Meist steht doch immer ein Businessziel dahinter, ob das nun bessere Kontakte zum Arzt und Patienten, ein besseres Verständnis der Beweggründe oder was auch immer ist.

Bollessen: Das eine schließt das andere doch nicht aus. Immerhin haben wir beispielsweise durch unsere beiden Engagements – TheraKey und D.U.T-Report – eine sehr gute Position im Markt erreicht, die ich jedoch alleine in der Meinungsführerschaft sehe. Berlin-Chemie ist ein traditionelles Unternehmen, dessen Historie bis in die 20er Jahre des vorigen Jahrhunderts zurückreicht, und es ist primär ein pharmazeutisches und kein Technologieunternehmen im Bereich Diabetes, weshalb man die Zuwendung zum Digitalen und zu Datenströmen nicht als rein marketinggetrieben verstehen sollte.

Wie denn dann?

Heinemann: Das ist ein Stück weit Understatement. Meiner Wahrnehmung nach hat sich Berlin-Chemie ohne eine unmittelbare Produktbezogenheit beim Zukunftsboard und dem Zustandekommen des D.U.T-Reports enorm engagiert. Beim Thema Digitalisierung im Bereich des Diabetes kann in Deutschland aktuell dem Unternehmen keine andere Firma das Wasser reichen. Und das, obwohl andere, sehr große Unternehmen sehr wohl an digitalen Mehrwert-Angeboten und therapeutischen Diabetes-Produkten arbeiten. Der Charme, den wir mit dem Zukunftsboard haben, ist, dass hier ohne jedwede Produktbezogenheit gearbeitet werden kann, weil es sich um eine wirklich inhaltlich getriebene Aktivität handelt.

„Der D.U.T-Report darf nicht nur als eine wissenschaftliche Aufarbeitung von Themenfeldern und Schwerpunktthemen gesehen werden, sondern als Primärdatenerhebung im Bereich der Versorgungsforschung.“

Prof. Dr. Lutz Heinemann

Kulzer: Das Zukunftsboard Digitalisierung hatte analysiert, dass es kaum Erkenntnisse und Daten zu den Einstellungen, Bedürfnissen und Problemen der Digitalisierung bei Diabetes gibt. Das sahen wir als ein reales Problem an und beschlossen, nicht nur Daten zur Versorgung mit neuen Technologien und digitalen Anwendungen zu

sammeln, sondern auch Diabetologen, Diabetesberater und Patienten zu befragen, was sie von diesen neuen Trends halten – welche Chancen und Risiken sie damit verbinden, wie sie die weitere Entwicklung einschätzen und wie sich die diabetologische Praxis dadurch verändert. Daraus entstanden ist mit dem D.U.T-Report eine jährliche Online-Befragung von Ärzten und im zweijährigen Rhythmus von Patienten und Diabetesberatern sowie eine Sammlung von Artikeln zu den aktuellen Trends der Digitalisierung und neuen Technologien in der Diabetologie.

Heinemann: Es war eine absolute Blackbox, was Ärzte wie Diabetes-Patienten über Digitalisierung denken. Beim Diabetes-Management beispielsweise sind digitale Devices – das sind Systeme für Continuous Glucose Monitoring (CGM) und Flash Glucose Monitoring (FGM) – alles andere als l'art pour l'art, sondern wahre Gamechanger, die annähernd eine Art „digitaler Heilung“ versprechen. Dazu gab es interessanterweise kaum Daten. In dieser Indikation findet man übrigens auch weltweit keine Studien dazu. Das ändert sich jedoch mit jeder Ausgabe des D.U.T-Reports, der damit durchaus nicht nur als wissenschaftliche Aufarbeitung von Themenfeldern und Schwerpunktthemen gesehen werden muss, sondern als Primärdatenerhebung im Bereich der Versorgungsforschung.

Bollessen: Wir haben nun bessere Daten und Erkenntnisse als vorher. Damit schaffen wir eine Datenlage und damit auch eine Grundlage für Neues und das auch noch differenziert nach unterschiedlichen Zielgruppen – wie Arzt, Diabetesberater und Patienten. Alleine dadurch bekommt man schon unterschiedliche Perspektiven. Ich persönlich schaue ständig in die neuesten Report-Daten, auch wenn hier nicht sofort neue Geschäftsmodelle zu erkennen sind. Letztendlich geht es darum, dass Markterkenntnis und Erkenntnis über die Kundenbedürfnisse der Zukunft erzielt werden.

Selig: Diese Daten, aber auch die Zusammenarbeit im Rahmen der D.U.T-Erstellung sind sehr wertvoll. Ergeben sich dadurch doch immer wieder Impulse und Ideen für weitere Projekte und neue Konzepte. So können wir zum Beispiel wichtige und spannende Themen für Fortbildungsveranstaltungen identifizieren, die wir Ärzten und Diabetesberatern anbieten können, um den ungeheuren Informationsbedarf besser zu decken.

Bollessen: Für uns steht in erster Linie der Kontakt zum Arzt im Vordergrund, da wir mit Patienten keinen direkten Kontakt haben. Doch können wir uns über unsere digitalen Angebote beim Arzt – in diesem Fall dem Diabetologen – positionieren.

Funktioniert das denn?

Bollessen: Ich nehme mal das Beispiel Diabetesschulungen: In der Corona-Pandemie ist vielen deutlich geworden, wie wichtig es ist,

USS
finden“

den Patienten Schulungen zukünftig auch online anbieten zu können. Gemeinsam mit der Diabetesakademie Bad Mergentheim (FIDAM) haben wir Online-Fortbildungen realisiert, die bundesweit Schulungskräfte zur Diabetesschulung per Video befähigen. Viele Praxen setzen Online-Schulungen jetzt vermehrt ein und erkennen den Nutzen, den digitale Lösungen für sie bringen können. Und genau diesen Prozess wollen wir begleiten. Die Daten, die wir durch den D.U.T-Report gewinnen, helfen uns dabei. Sie zeigen, wo es Zustimmung und wo es Vorbehalte gibt.

Kulzer: Die letzte Befragung zum D.U.T-Report fand mitten in der zweiten Corona-Welle statt. Überraschenderweise wurden bis zum Sommer letzten Jahres kaum mehr Videosprechstunden und -schulungen angeboten. Dies ist umso erstaunlicher, als dass sich kaum eine Fachrichtung besser für telemedizinische Maßnahmen eignet als die Diabetologie.

Übrigens auch die Online-Terminvergabe nicht.

Heinemann: Daran sieht man sehr schön, dass eben nicht alles, was technisch möglich ist, von heute auf morgen angenommen wird.

Kulzer: Fakt ist doch, dass der G-BA während der Corona-Pandemie sowohl die Videosprechstunde, als auch die -schulung für das DMP-Typ-1 und Typ-2-Diabetes ausdrücklich erlaubt hat. Ich hoffe sehr, dass dies auch über die Pandemie hinaus erhalten bleibt. So manche Antwort auf unsere Fragen spiegelten jedoch eine wahrlich bemerkenswerte Beharrungsfähigkeit wider. Da gab es viele, die sagten: „Ach, das ist doch alles gar nicht so schlimm, wir setzen weiter auf Präsenzschiulung und halten alle Hygienevorschriften ein.“ Oder gar: „Lasst uns doch wieder zum alten System zurückgehen.“ Ich bin daher sehr gespannt auf die Ergebnisse des kommenden Jahres, die sicher zeigen werden, dass man mehrheitlich nicht um Videosprechstunden und digitale Schulungen herumkommen wird. Das führt dann hoffentlich zu einem weiteren Digitalisierungsschub in den Praxen – vor allem im Sinne des Patienten.

Heinemann: Das Schöne ist, dass wir mit dem D.U.T-Report die Möglichkeit haben, nicht nur eine 360-Grad-, sondern auch eine Längsschnitt-Sichtweise einzunehmen. Durch die alternierende Befragung von Ärzten, Patienten und Diabetesberatern bekommen wir Jahr für Jahr deren sich nach und nach entwickelnde Sichtweisen zurückgespiegelt, die positionsbedingt durchaus recht unterschiedlich sind. Sehr interessant ist zum Beispiel die Erwartungshaltung zur Zunahme der Digitalisierung in einem doch überschaubaren Zeitraum. Hier waren die Erwartungen und Wünsche bei Patienten durchweg in allen Bereichen stärker ausgeprägt als die Bedeutung, die Ärzte diesen Themen zugemessen haben. Das sieht man auch am banalen Beispiel der Online-Sprechstundenvergabe oder des eRezepts: Jeder Mensch mit Diabetes ist auch ein Amazon-, ein Bahn- oder Bankkunde und hat irgendwann einmal verinnerlicht, dass diese Systeme eigentlich ganz gut funktionieren. Man kann ein Buch kaufen, einen Platz reservieren und Überweisungen online ausführen. Warum sollte das beim Arzt anders sein?

Die Welt ist in den letzten Jahren eben viel digitaler geworden.

Selig: Definitiv. Zum Glück haben viele Menschen überwiegend positive Erfahrungen mit der Digitalisierung gemacht und schätzen

„Letztlich ist es ziemlich egal, was Ärzte denken: Nicht sie, sondern die Wünsche und die Bedürfnisse der Patienten werden alles steuern.“

Prof. Dr. Bernhard Kulzer

sondern vor allem auch die der Patienten zu erfassen. Denn letztendlich werden die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten maßgeblich sein, wie die diabetologische Praxis der Zukunft aussehen wird. Das spiegelt übrigens der D.U.T-Report wider: Wurden früher Devices meist nur von großen bis sehr großen diabetologischen Schwerpunktpraxen eingesetzt, sind heute viele dieser Systeme im Durchschnitt bei Patienten aller Praxen-Größen zu finden. Wir haben in den drei Jahren, in denen wir die Reports herausgeben, mehr als eine Verdoppelung von CGM-Systemen und Insulinpumpen gesehen.

Heinemann: Wir reden immerhin von einer Verdoppelung innerhalb eines Zeitraums von nur drei Jahren. Dieses enorme Wachstum kann man erst dann richtig einschätzen, wenn man weiß, dass sich der Pumpenmarkt in den letzten 20 Jahren fast überhaupt nicht bewegt hat. Und dann passiert plötzlich in den letzten drei Jahren eine ganz große Veränderung. In kurzer Zeit wurden damit Devices zur Realität: CGM und FGM sind plötzlich Fakten, die in der Praxis nicht mehr wegzudenken sind.

Wie kommt hier der TheraKey ins Spiel?

Selig: Im vergangenen Jahr wurde der TheraKey zu einem personalisierten Therapiebegleiter umgeformt. Der neue TheraKey-Kompass wurde speziell für Patienten entwickelt, bei denen die Diagnose Diabetes ganz frisch gestellt wurde. Es gibt jeweils einen Kompass für Menschen mit Neudiagnose Typ 1- und Typ 2-Diabetes. Aber auch für Menschen mit Typ 2-Diabetes, bei denen eine Insulintherapie initiiert wird, gibt es einen Kompass. All diese Patienten haben gerade am Anfang das Problem, mit einer Fülle von Informationen zurecht kommen zu müssen. Da hilft es, wenn sie diese vielen Informationen häppchenweise bekommen, was mit der Weiterentwicklung des TheraKey möglich ist. Dadurch kann die Zeit bis zur Schulung überbrückt oder die Schulung begleitet werden. Das Schöne, aber auch das Herausfordernde ist die Geschwindigkeit, mit der die Technologien voranschreiten. Gefühlt ist man nie fertig. Selbst wenn eine Sache verbessert ist, muss man schon wieder an der nächsten Optimierung arbeiten. Es ist ein fortwährender Prozess, dessen Ende offen ist. Ich bin gespannt, wo uns das Thema hinführt und welche Möglichkeiten sich noch ergeben. Auf alle Fälle haben wir gut zu tun.

Heinemann: Die Rückwirkung der Digitalisierung in die Unternehmen hinein ist nicht unerheblich. Die Firmen müssen sich umstrukturieren, auch was die Zusammenarbeit zwischen großen Pharmafirmen angeht oder auch mit Drittanbietern aus dem digitalen Bereich. Allenthalben sieht man, dass plötzlich neue Zusammenarbeitsformen entstehen. Die Dynamik und der Druck, der auch durch Covid-19 ausgeübt wird, ist schon ganz erheblich.

Bollessen: Das Pandemie-Jahr 2020 war für uns auf alle Fälle ein Veränderungsjahr. Auch was die direkte Kommunikation mit Ärzten anbetrifft. Wir haben viele Kontakt- und damit auch Ideenflächen aufgebaut, um dennoch in den Austausch mit den Ärzten, aber auch ganz

anderen Stakeholdern zu kommen – mit Startups und Leuten mit interessanten Projekten. All dies haben wir auf uns einwirken lassen; auch um zu schauen, ob vielleicht irgendwann irgendwie etwas auch ein Teil von uns werden kann. Das war für mich schon ein extrem produktives Jahr, ohne indes konkret sagen zu können, dass daraus etwas Konkretes entstehen wird, lehrreich war es auf jeden Fall.

Selig: Die erst durch den D.U.T-Report mögliche Plattform zu haben und Gedanken mit diversen Zielgruppen austauschen zu können, war für unser Unternehmen ein Riesenschritt. Darüber hinaus haben wir uns hier auch Themen wie künstliche Intelligenz und Telemedizin vorgenommen, die in der einen oder anderen Ausrichtung bei uns im Unternehmen zu Konsequenzen führen können.

Werden diese Themen in der vorhandenen Struktur von Berlin-Chemie abgebildet?

Bollessen: Digitalisierung ist weit mehr als ein reines Diabetesthema. Dazu muss jedes Unternehmen eine Antwort und eine eigene Position finden. Wichtig ist uns, dass in unserem Unternehmen bereits nicht nur der erste Impuls gesetzt ist, sondern wir auch erste Ergebnisse vorweisen können.

Heinemann: Ich habe bei Berlin-Chemie eine durchaus ernsthafte Bewegung wahrnehmen können. Solche Impulse bewirken nicht von einem Tag zum anderen riesige Veränderungen, doch treiben sie Strukturen und damit auch Marktpositionen voran.

Wie steht es um Versorgungsforschung von und durch Unternehmen?

Heinemann: Auch der D.U.T-Report ist ein Stück Versorgungsforschung, weil hier Daten über Befragungen erzeugt werden. Sie verstehen darunter aber sicher auch die Nutzung von Daten, die aus Devices stammen. Auch diese Versorgungsforschung findet schon statt, nur noch nicht in Deutschland. Doch sammeln Unternehmen wie Tandem Diabetes Care in San Diego bereits heute derartige Nutzerdaten. Die Nutzung der mit Big Data möglichen Analysen ermöglicht es zum Beispiel zu sehen, dass bei Thanksgiving plötzlich ein Peak in den CGM-Werten dargestellt wird. Werden diese Erkenntnisse den jeweiligen Patienten zurückgespiegelt, könnten auf einer sehr individuellen Basis therapeutisch wirksame Interventionen stattfinden. Hier beginnt zur Zeit eine ganz neue Art der Versorgungsforschung, die damit den Schritt zur intervenierenden Versorgung macht. <<



**Prof. Dr. Dipl. Psych.
Bernhard Kulzer**

ist Leiter des Forschungsinstituts der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim (FIDAM). Er ist auch Professor an der Universität Bamberg und Leiter der psychosozialen Abteilung der Diabetes-Klinik Bad Mergentheim.



Dr. Anja Selig

ist Fachärztin für Innere Medizin. Nach 6 Jahren klinischer Tätigkeit im Helios-Klinikum Berlin-Buch wechselte sie 2017 zur Berlin-Chemie AG und ist aktuell als Group Medical Manager in den Bereichen Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen tätig.



**Prof. Dr. rer. nat.
Lutz Heinemann**

ist Geschäftsführender Gesellschafter der Science-Consulting in Diabetes GmbH und hat das Profil-Institut für Stoffwechselforschung GmbH mit aufgebaut.



Michael Bollessen

ist Produktgruppenleiter Diabetes bei der Berlin-Chemie AG und verfügt über mehr als 25 Jahre Pharmaerfahrung, davon allein 20 Jahre bei der Berlin-Chemie AG. Seit 15 Jahren ist er mit Leidenschaft im Bereich Diabetes tätig.

Zitationshinweis

Bollessen et al.: „Auf die Digitalisierung muss jeder eine eigene Antwort finden“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (03/21), S. 20-23. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2311>



HerzCheck: Innovative Herzinsuffizienz-Diagnostik in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern mithilfe mobiler MRT-Trailer

Blaupause für Früherkennung in ländlichen Regionen

Die Herzinsuffizienz, an der in Deutschland nicht nur rund 1,8 Millionen Menschen leiden, sondern auch mit am häufigsten versterben, hat ein großes Problem, aber damit auch eine fast ebenso große Chance: Diese Krankheit verläuft anfangs oft symptomlos, kann jedoch frühzeitig mit Hilfe der Magnetresonanztomografie (MRT) diagnostiziert werden. Wenn ein MRT denn für alle verfügbar wäre. In Metropolregionen und vor allem in Großstädten ist das der Fall, in ländlichen Regionen hingegen gibt es oft weder die nötigen diagnostischen Geräte noch spezialisierte Ärzte. Das soll sich ändern: Mit dem vom Innovationsfonds mit sieben Millionen Euro geförderten Projekt, das in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern ein Versorgungsmodell zur Früherkennung asymptomatischer Herzinsuffizienz in der Bevölkerung erproben soll – als „Blaupause für ähnliche Regionen“, wie Prof. Dr. med. Sebastian Ulrich Kelle, Oberarzt an der Klinik für Innere Medizin – Kardiologie am Deutschen Herzzentrum Berlin (DHZB), erklärt. Ziel des Projekts HerzCheck ist es, betroffene Patienten nicht nur so früh wie möglich zu diagnostizieren, sondern so schnell wie möglich geeignete Maßnahmen zur Therapie und zur Minimierung von Risikofaktoren einleiten zu können. Dies unter anderem mit dem konzertierten Einsatz modernster Technik und Telemedizin.

>> Die Ursprungsidee für dieses Projekt entstammt der klinischen Erfahrung in der täglichen Routine. „Wir sehen die Patienten oftmals erst sehr spät“, weiß Kelle. Deshalb hat er sich in seiner Forschungstätigkeit von der Therapie der Erkrankung zur Früherkennung vorgearbeitet. Kelle: „Eine früh einsetzende, präventive Diagnostik ist der Ansatz, den man gehen muss, um eine Chance zu bekommen, die mit dem Krankheitsverlauf ganz zwangsläufig auftretenden Ereignisse aufzuhalten, wenn nicht möglicherweise sogar ganz zu verhindern.“ Gelingt dies, wird Herzinsuffizienz früh erkannt und gezielt behandelt, können sowohl die Lebensqualität als auch die Lebenserwartung der Patienten gesteigert werden. Aber auch hohe Therapiekosten vermieden werden – diese Krankheit verursacht immerhin alleine in Deutschland Kosten über fünf Milliarden Euro. Pro Jahr!

Der Projektansatz hat aber noch eine andere Dimension. Eigentlich wissen alle, die mit dem Gesundheitssystem zu tun haben, dass alleine der demografische Wandel dafür sorgen wird, dass – so Kelle – „die Medizin, wie wir sie heute kennen, schon in wenigen Jahren nicht mehr tragfähig sein“ wird.

Ebenso muss das Bedürfnis der Patienten, wohnortnah mit modernster Spitzenmedizin versorgt werden, aber gleichzeitig auf dem Land leben zu wollen, in irgendeiner Weise zusammengebracht werden. „Dafür muss man schon heute Konzepte finden und erproben, um den Folgen des demografischen Wandels

begegnen und die Bedürfnisse der Menschen in irgendeiner Art und Weise befriedigen zu können“, sagt Kelle.

Eine probate Möglichkeit dafür ist der konzertierte Einsatz moderner technischer Entwicklungen, die es so bis vor wenigen Jahren einfach nicht gegeben hat. Damit gemeint ist zum einen der Bereich der Telemedizin, der erst so richtig mit der Pandemie Fahrt aufnimmt, zum anderen aber immer noch abhängig ist vom Ausbau der Netzinfrastruktur auf dem Land. Zum anderen aber die für die Diagnostik der Herzinsuffizienz nötige Magnetresonanztomografie (MRT). Kelle: „Für unser Projekt HerzCheck mussten wir Puzzleteile, die für sich genommen alle schon hinreichend bewiesen haben, dass sie funktionieren, neu kombinieren und zu einer gemeinsamen Idee formen.“ Dazu mussten Expertisen* aus der Therapie, der Technik und der Kassenlandschaft zusammenfinden und -gebracht werden, die es dann nach einem – vor allem der Förderlogik geschuldeten – „langen anstrengenden Weg“ geschafft haben, einen positiven Förderzuschlag zu bekommen.

Welch langen Atem bei solchen Vorhaben Beteiligte haben müssen, zeigt die Projekthistorie. Obwohl der Förderantrag bereits im März 2019 eingereicht wurde, konnte das Projekt erst im Oktober 2020 beginnen. Auch wenn der Projektstart mitten in die zweite Corona-Welle fiel, begann die Uhr zu ticken, da die Laufzeit in den meisten Innovationsfonds-Projekten auf drei Jahre begrenzt ist. Eine bereits genehmigte Laufzeitverlängerung schafft nun etwas Luft. Die ist auch dringend nötig, denn der erste von zwei mobilen MRT-Trailern des Unternehmens medneo ist bereits seit Ende Mai dieses Jahres in Aktion.

Aufgestellt werden kann der große Trailer, in dem das MRT installiert ist, eigentlich

überall – wie bei HerzCheck auf dem Parkplatz eines Klinikums, möglich wären aber auch Flächen von großen Unternehmen, Sportstätten oder sogar Marktplätze. Nötig ist eine nahezu ebene Fläche und ein dauerhafter Starkstromanschluss, der jedoch im Rahmen des Projekts mitgefördert wird, aber auch noch nach Ende des Projekts weitergenutzt werden kann.

Die mobilen MRT-Trailer werden von medizinischem Personal begleitet, das die MRT-Untersuchung durchführt. Die Untersuchung an sich dauert nur etwa 10 bis 15 Minuten. Die weiterführende fachärztliche Überwachung und Betreuung erfolgt dann telemedizinisch unter Einsatz modernster Technologien, wobei die Untersuchungsdaten unter Beachtung aller Datenschutzvorgaben online an einen Facharzt des Deutschen Herzzentrums Berlin (DHZB) übermittelt werden. Die Befunde werden dann den Teilnehmern sowie ihren Ärzten zugeschickt, wobei der vor Ort behandelnde Arzt – der zuvor geeignete Patienten identifiziert und diesen die Teilnahme an dem Projekt empfohlen hat – zudem Empfehlungen für die weitere Behandlung erhält. Ebenso stehen niedergelassenen Ärzten für Rückfragen die Experten des Herz- und Gefäßzentrums Bad Bevensen (HGZ) als Ansprechpartner zur Verfügung.

„Der Mehrwert für die Patienten ist die Kooperation der Professionen, die eine diagnostische Erkennung einer frühen Herzinsuffizienz mittels telemedizinischer Verfahren selbst in strukturschwache Regionen bringt“, sagt Kelle. Ende 2022 wird die Endevaluation zeigen, ob und in welchem Umfang die Prognose der Patienten mithilfe moderner Versorgungsstrategien wirklich verbessert werden konnte. <<

von MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

*Partner

Antragsteller: Deutsches Herzzentrum Berlin (Prof. Dr. Sebastian Kelle)

Konsortialpartner: AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, Herz- und Gefäßzentrum Bad Bevensen Herzkreislauf-Klinik Bevensen AG, Katholisches Marienkrankenhaus Hamburg gGmbH, medneo Deutschland GmbH, Georg-August-Universität Göttingen, Universität zu Köln.

Novartis Deutschland



Neue Wege in der Medizin

Bei Novartis gehen wir die größten medizinischen Herausforderungen unserer Gesellschaft mit wissenschaftlicher Innovation an. Unsere Forscherinnen und Forscher treiben die Wissenschaft voran, um das Verständnis von Krankheiten zu vertiefen und neue Produkte zu entwickeln, die unerfüllte gesundheitliche Bedürfnisse befriedigen. Unsere Leidenschaft gilt der Erforschung neuer Methoden, um das Leben zu verbessern und zu verlängern.





Dr. Dr. Klaus Piwernetz¹, Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Edmund A. M. Neugebauer²
 1: medimaxx health management GmbH, München
 2: Präsident der Medizinischen Hochschule Brandenburg

Gesundheitssystem neu denken: Strategiewechsel jetzt!

Teil 2: Governance und Selbstorganisation

>> Die Mehrzahl der Gesundheitspolitiker und Fachleute für Gesundheitsversorgung sind sich einig, dass unser Gesundheitssystem zu den besseren der Welt zählt. Dennoch ist seit Jahren klar, dass es an einigen wichtigen Stellen nachjustiert werden muss. Als Orientierung für eine solche Neuausrichtung wurde ein Referenzsystem salu.TOP vorgeschlagen [1]. Fünf funktional verbundene Ebenen bilden die strukturelle Voraussetzung, jeweils drei Regeln pro Ebene bestimmen deren Zusammenwirken. Orientierende Übersichten zu salu.TOP finden sich in [2, 3]. Die Konstruktion des Referenzsystems beginnt in der Ebene 1 „Ziele setzen“ mit der Erarbeitung von Gesundheits- und Versorgungszielen auf einer breiten gesellschaftlichen Basis. In Teil 1 „Governance und Gesundheitsziele“ wurde dargestellt, wie die funktionalen Ebenen und das Schlüsselement „Gesundheits- und Versorgungsziele“ zusammenwirken, um Governance auf Bundes- und Landesebene sowie in den Versorgungseinrichtungen zu etablieren. [4]

Einige eklatante Mängel zeigten sich bereits vor der Pandemie. Und, obwohl es einen Nationalen Pandemieplan und entsprechende Erfahrungsberichte an den Bundestag gab, führten diese Mängel während der Pandemie zu immer bedrückenderen Folgen. Die Rückständigkeit in der Digitalisierung im Gesundheitswesen ist für ein Land unserer Möglichkeiten einfach beschämend. Eine bessere Bevorratung und Beschaffung notwendiger Hilfsmittel, Transparenz über Intensivkapazitäten, angemessene informationstechnische Ausstattung und immer wieder ausreichendes Personal hätten zusammen manches Leid erspart. Enorme Verluste an Lebensjahren waren genauso vermeidbar wie exorbitante Ausgaben in Multi-Milliardenhöhe. Ausgehend von solchen Lernbotschaften der Pandemie wird in diesem Teil 2 gezeigt, wie Governance als Führungselement zusammen mit Selbstorganisation im Gesundheitssystem Schlüssel zur Neuausrichtung sein kann. Dahinter steckt die Überzeugung, dass die Verbindung von politischem Willen mit Kompetenz und Engagement der Leistungsträger das Gesundheitssystem den **Strategiewechsel jetzt!** tatsächlich herbeiführen können.

Die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems

Ein solcher Strategiewechsel geschieht natürlich nicht von heute auf morgen. Als erstes hilft ein Blick in andere Länder: So hat das Gesundheitsministerium von Kanada bereits seit längerem einen fundierten Kennzahlensatz zur Evaluierung der Performance eines Gesundheitssystems verabschiedet. [5] In der Einleitung werden die Einsatzmöglichkeiten solcher Indikatorsätze beschrieben: „Ein Gesundheitssystem kann bewertet werden, indem untersucht wird, ob es eine Reihe von gewünschten Zielen erreicht, wie z. B. eine bessere Gesundheit der Bevölkerung und reaktionsschnellere und effizientere Dienstleistungen. Leistungsmessungen unterstützen diese Bewertung, indem sie Informationen über diese Ziele und über die Faktoren, die das System beeinflussen, sammeln, analysieren und berichten.“

Diese Informationen spielen wiederum eine zentrale Rolle für die

Fähigkeit des Systems, seine Ziele zu erreichen. Leistungsinformationen können genutzt werden, um

- Verbesserungspotenziale zu identifizieren,
- Transparenz und Rechenschaftspflicht zu erleichtern und
- die Entscheidungsfindung auf verschiedenen Ebenen zu verbessern.

Patienten können Leistungsinformationen nutzen, um zwischen verschiedenen Anbietern zu wählen; Ärzte benötigen Leistungsinformationen, um Entscheidungen über die klinische Behandlung zu treffen; Bürger fordern Leistungsinformationen, um Politiker zur Rechenschaft zu ziehen; und Regierungen benötigen Leistungsinformationen, um zu entscheiden, wie Ressourcen am besten zugewiesen werden.“

Im Zentrum der Leistungsfähigkeit steht bei diesem Modell der Zugang der Patienten zu umfassender Gesundheitsversorgung mit hoher Qualität. Als wichtigste Eingangs-Charakteristiken sind Leadership und Governance zusammen mit ausreichenden Ressourcen genannt. Als Ergebnis einer guten Performance findet sich die Fähigkeit, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern, die Reaktionsfähigkeit des Gesundheitssystems zu erhöhen und den Wert zu erhöhen, den man für die eingesetzten Mittel bekommt.

Die Voraussetzungen für dieses Modell passen präzise zu den Schlüsselementen der Initiative „Strategiewechsel jetzt!“ [1].

Good Governance

Gesundheitsversorgung ist den Bürgern auch wegen der Erfahrungen in der Corona-Pandemie so wichtig geworden, dass die Beteiligung über die Abgabe eines Stimmzettels nicht mehr ausreicht. Sie wollen sich viel konkreter und umfassender in die Gestaltung des Gesundheitssystems einbringen. Die breite Beteiligung an den Bürgerforen des Projekts Neustart! [6] hat dies sehr deutlich gezeigt.

Der Bericht wird Minister Spahn im Juni übergeben.

Good Governance setzt einen gesellschaftlichen Konsens über Ziele und Werte voraus. Aktuell gibt es wenig Anhaltspunkte dafür, dass Gesundheits- und Versorgungsziele in Deutschland explizit und konkret umgesetzt werden. Das Projekt Gesundheitsziele.de [7] wurde vor mehr als 20 Jahren gestartet. Aktuell wird an neun Zielen gearbeitet. Eine letzte Evaluierung hat 2015 stattgefunden. Ein entscheidender Nachteil besteht darin, dass Definition und Umsetzung freiwillig sind. Damit stellt sich die Frage, wer und welche Motive treiben diese Ziele? Neben diesen Unklarheiten ist weiter festzustellen, dass es keine verbindlichen Zeitpläne für die Umsetzung und keine Indikatoren gibt, an denen man den Zielerreichungsgrad ablesen könnte. Offen ist weiter, woher die Ressourcen kommen, die die Umsetzung voranbringen.

Ganz im Gegensatz dazu, ist die Entwicklung von Gesundheitszielen in Österreich zu sehen. Dort wurden Ziele in breitem Konsens entwickelt und vom Bundesteamt verbindlich verabschiedet. Über die Umsetzung wird regelmäßig berichtet. [8]

Schlüsselemente und Regeln der Initiative „Strategiewechsel jetzt!“ liefern die Konstruktionsprinzipien für ein solch hoch-per-

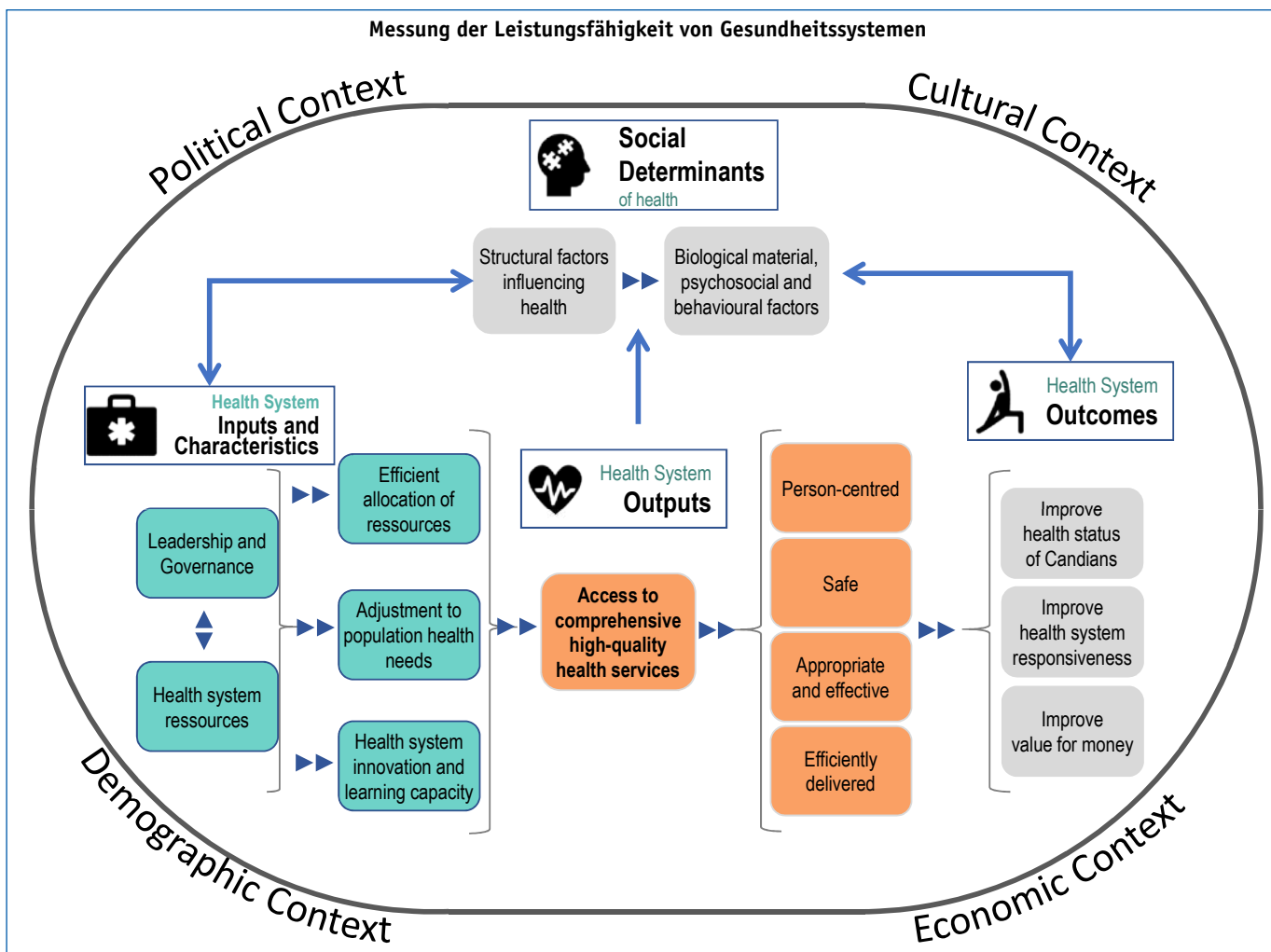


Abb. 1: Das Canadian Institute for Health Information (CIHI) hat einen Satz von Kennzahlen entwickelt, mit dem man die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems messen kann. [5] Der Rahmen berücksichtigt vier Aspekte Politik, Kultur, Demografie und Ökonomie.

formantes Gesundheitssystem. In diesem Artikel wird dies zunächst für die Ebenen „Gesundheitspolitik“ und „Selbstorganisation“ dargestellt.

Leadership und Governance werden dadurch ermöglicht, dass an oberster Stelle die Erarbeitung von Gesundheits- und Versorgungszielen steht (Regel G1, [1-3]). Zusammen mit den verbundenen exekutiven Rahmenbedingungen und dem Ethikkodex sind die Eckpfeiler für ein performantes Gesundheitssystem definiert. Ergänzt wird dies durch die Bereitstellung angemessener Ressourcen (Regel G2). Daraus leiten sich konkrete und spezifische Aufträge an die nächste Ebene zur Selbstorganisation des Gesundheitssystems ab. Dieser Delegationsprozess (Regel G3) wird durch einen angepassten Kennzahlensatz entsprechend den obigen Vorschlägen begleitet.

Die Definition von Governance hinter den folgenden Ausführungen stammt vom Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) und liefert eine sehr anschauliche Definition von „Good Governance“ auf seiner Homepage [9]:

- Good Governance – Rahmenbedingung für Entwicklung
- Good Governance wird häufig mit „gute Regierungsführung“, „gute Staatsführung“ oder auch „verantwortungsvolle Regierungsführung“ übersetzt.

Ein umfassendes Verständnis von Good Governance geht jedoch noch darüber hinaus: Der Begriff „Governance“ umfasst die Art und Weise, wie in einem Staat Entscheidungen getroffen, politische Inhalte formuliert und umgesetzt werden. Good Governance ist trans-

parent, effektiv und legt Rechenschaft ab. Sie beteiligt die gesamte Bevölkerung und berücksichtigt die Meinung und die Bedürfnisse von Minderheiten und Schwachen. Alle Bürgerinnen und Bürger werden mit den notwendigen öffentlichen Gütern und sozialen Dienstleistungen versorgt. Die Bedeutung von „Good Governance“ gerade unter Bedingungen pandemischer Ausbrüche werden eindrucksvoll im „Governance Report 2019“ [10] geschildert.

„Good Governance“ fällt nicht vom Himmel. Sie muss von den politischen Entscheidungsträgern gewollt werden und diese müssen die Bevölkerung bei der Umsetzung mitnehmen. Den folgenden Sätzen ist nichts hinzuzufügen:

„Gute Regierungsführung kann nicht von außen und gegen den Willen einflussreicher politischer und gesellschaftlicher Kräfte erzwungen werden. Um politische Reformprozesse zu ermöglichen, müssen konstruktive und belastbare Beziehungen zwischen Staat und Gesellschaft aufgebaut werden. Dafür braucht es eine starke Zivilgesellschaft, die ihre Interessen formuliert und sich in politische Entscheidungsprozesse einbringt. Und es braucht leistungsfähige staatliche Institutionen, die bereit sind, genug Raum für aktive Teilhabe zu geben.“[9]

Good Governance ernst zu nehmen, bedeutet für die Politik einen wichtigen Schritt hin zu einer aufgeklärteren Gesellschaft. Es bedeutet, Ziele und Werte zu etablieren und sich dabei zurückzuhalten, in die Prozessdetails des komplexen Gesundheitssystems „hineinzuregieren“. Wie sich in der Pandemie zeigte, sind Leistungsträger aufgrund

ihrer beruflichen Kompetenz besser geeignet, Gesundheitsversorgung innerhalb vorgegebener Grenzen zielorientiert zu steuern. Die Versorgung auf Intensivstationen, der Aufbau von Impfzentren und das Impfmanagement in Arztpraxen haben dies eindrucksvoll bewiesen. Die Politik schafft die gesetzliche Legitimation, die Umsetzung bleibt den Leistungsträgern selbst überlassen. Sie organisieren sich selbst!

Good Governance findet sich im Referenzsystem salu.TOP wieder:

- Erarbeitung von Zielen und Werten im gesellschaftlichen Konsens
- Bereitstellung angemessener Ressourcen
- Delegation der Umsetzung mit klaren Zielvorgaben an neue Selbstorganisation

Dies wird durch die Schlüsselemente und die drei Regeln P1, P2 und P3 gewährleistet.

Selbstorganisation

Der Begriff „**Selbstverwaltung**“ beschreibt eine gewisse Selbstständigkeit in der Ebene, die der Gesundheitspolitik nachgeordnet ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat 2004 den anachronistischen Bundesausschuss Ärzte-Krankenkassen abgelöst. Dies hatte deutliche Fortschritte gebracht: Spätestens in der Corona-Pandemie hat sich aber gezeigt, dass der nicht in der Lage ist, komplexe Anforderungen an das Gesundheitssystem zu meistern oder gar das Gesundheitssystem in eine Zukunft zu führen und die damit verbundenen mannigfaltigen Herausforderungen zu bewältigen. Das liegt nicht etwa an Inkompetenz oder mangelndem Willen seiner Mitglieder. Nein, es liegt vielmehr an der gesetzlichen Konstruktion selbst: Die Bänke sind in den Zielkonflikt zwischen dem gesetzlichen Auftrag aus dem SGB V und der Interessenvertretung ihrer Mitglieder entsprechend ihren jeweiligen Satzungen gestellt. Aus diesem „dead-lock“ können sie sich selbst nicht befreien. Sie können sich nur selbst verwalten.

Außerdem wurden die Bürger und Patienten vergessen und ohne Stimme an den Katzentisch verbannt.

Zudem hat sich gezeigt, dass eine Lenkung des Gesundheitssystems mit Gesetzen, Verordnungen und Richtlinien nicht funktioniert. Der Mangel an verbindlichen Werten wird immer deutlicher und z. B. an einer wachsenden Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung erkennbar. Der oft zitierte Satz von Christiane Woopen aus ihrer Zeit als Vorsitzende des Deutschen Ethikrates wird zunehmend außer Kraft gesetzt: „Zweck des Gesundheitssystems ist die Gesundheitsversorgung von Patienten und nicht die Gewinnmaximierung.“ [11]

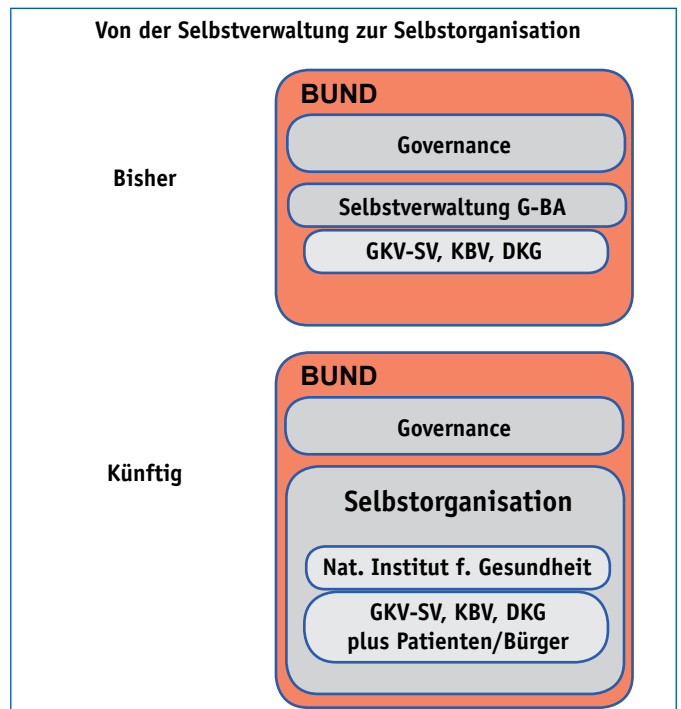


Abb. 2: Die aktuelle Struktur der Selbstverwaltung verbindet die Gesundheitspolitik direkt mit dem G-BA über Gesetze und Verordnungen. In der vorgeschlagenen Struktur einer leistungsfähigen Selbstorganisation operationalisiert ein Nationales Institut für Gesundheit die politischen Vorgaben und bereitet damit deren Umsetzung im neu aufgestellten G-BA vor. In der neuen Selbstorganisation sind selbstverständlich stimmberechtigte Vertreter von Patienten und/oder Bürgern vertreten.

Die bevorstehenden Herausforderungen an das deutsche Gesundheitssystem machen es erforderlich, die Performance deutlich zu steigern und es fit für das 21. Jahrhundert zu machen. Leistungsfähige Steuerungsprinzipien im Sinne einer **professionellen Selbstorganisation** in den Ebene unterhalb der Bundespolitik – Ebene der bisherigen Selbstverwaltung bis zur regionalen Gesundheitsversorgung – können dies leisten. Die Neuausrichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses ist ohne erhebliche Eingriffe in das SGB V allerdings nicht möglich.

Die wirkmächtigste Innovation im Bereich der **Selbstorganisation** ist die Einrichtung eines **Nationalen Instituts für Gesundheit**. Es bietet beste Chancen dafür, die Performance des Gesundheitssystems entscheidend voranzubringen, da es einige sehr hinderliche Bremsen beseitigt. Zugleich hat es aber auch das Potenzial für erhebli-

Literatur

- [1] 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
- [2] Klaus Piwernetz und Edmund Neugebauer, Strategiewechsel jetzt!; Gesundheitssystem auf dem Prüfstand. COVID-19-Pandemie als Weckruf für einen Strategiewechsel NeuroTransmitter 2020; 31 (10)
- [3] Klaus Piwernetz und Edmund Neugebauer, Strategiewechsel jetzt!; www.strategiewechsel-jetzt.de. Download am 10.05.2021
- [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] Canadian Institute for Health Information; A Performance Measurement Framework for the Canadian Health System, Canadian Institute for Health Information, 495 Richmond Road, Suite 600, Ottawa, Ontario K2A 4H6. 2013.
- [6] Robert Bosch-Stiftung, Bürgerreport 2019; Herausgegeben von „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“, einem Projekt der Robert Bosch-Stiftung. 2019
- [7] Gesundheitsziele.de. www.gesundheitsziele.de, download am 10.5.2021
- [8] Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF), 10 Gesundheitsziele für Österreich; Herausgeber: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF), Radetzkystraße 2, 1030 Wien. www.bmgf.gv.at. 2018. ISBN 978-3-903099-12-8
- [9] Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Good Governance – Rahmenbedingung für Entwicklung, Good Governance <https://www.bmz.de/de/themen/goodgovernance/index.html?follow=adword>. Download am 15.03.2021
- [10] The Hertie School of Governance, The Governance Report 2019. Health Governance, Inequalities, Health Security, Patient-centered Care, Health Politics, Global Health; Oxford University Press. 2019. ISBN 978-0-19-882150-2 ebook ISBN 978-0-19-255466-6
- [11] Christiane Woopen, Ethischer Anspruch und Kostendruck im Krankenhaus sind nur schwer miteinander vereinbar. Berlin: Deutscher Ethikrat; 2014, 24. Okt. 2014.

che Widerstände, da es doch drastisch in das Entscheidungsgefüge bei Institutionen eingreift, die das Gesundheitssystem bisher mehr oder weniger als ihre ureigenstes Handlungsfeld betrachtet haben. Die Widerstände können steigen, wenn die Position oder die Aufgaben des Nationalen Instituts für Gesundheit intentionell fehlinterpretiert werden.

Das Nationale Institut für Gesundheit erfüllt vor allem drei Aufgaben:

- den politischen Willen umzusetzen, wie er sich in den Gesundheits- und Versorgungszielen, den exekutiven Rahmenbedingungen und dem Ethikkodex ausdrücken;
- die Bereitstellung der verfügbaren Evidenz aus der AWMF und den Bundesinstituten zu koordinieren und komplexe Fragestellungen mit der nötigen Evidenzbasis zu versorgen und
- für die Bewältigung aktueller Fragestellungen zeitnah die verfügbare Expertise und Fakten aufzubereiten.

Das NIG ersetzt keine existierenden Institutionen und ist auch nicht als Gegenentwurf zum G-BA konzipiert! Es soll den G-BA vielmehr in seinem Zusammenwirken mit den Bänken und von jetzt an auch mit den Patienten unterstützen.

Von entscheidender Bedeutung ist die nahtlose Verbindung zwischen der gesundheitspolitischen Ebene und der Selbstorganisation des Gesundheitssystems. Die Verbindung findet nach unten über Ziele und Werte und nach oben über regelmäßige Berichte von Ziel- und Performance-Indikatoren statt. Die Zusammenarbeit zwischen dem Institut und dem G-BA wird als enge Kooperation aufgebaut werden. Wichtig ist, dass der „dead-lock“ zwischen den Bänken neutralisiert wird. Die Bänke müssen nicht mehr über die Zukunft und den Leistungsumfang des Gesundheitssystems entscheiden, sondern können sich voll auf ihr harmonisches Mitwirken konzentrieren. Bei der Umsetzung bringen sie ihre hohen Kompetenzen patienten- und bedarfsorientiert konstruktiv ein. Die Bewertung von Versorgungsleistungen und deren Zulassung finden bereits im Zusammenhang mit der Entwicklung generischer Behandlungspfade auf Teil 1 der Ebene Selbstorganisation statt. Sie orientieren sich streng an den Vorgaben aus den Gesundheits- und Versorgungszielen, dem Ethikkodex und den exekutiven Rahmenbedingungen sowie der Patienten- und Bedarfsorientierung. Die Bänke im G-BA entscheiden darüber, wie diese Leistungen am wirksamsten innerhalb ihrer Bereiche integrativ umgesetzt werden können. Dabei steht der Nutzen für die Patienten immer vor dem Nutzen für die Mitglieder der Bänke.

Verbindung von Bundes- und Landesebene

Gestaltung und Verantwortung für die Umsetzung von Gesund-

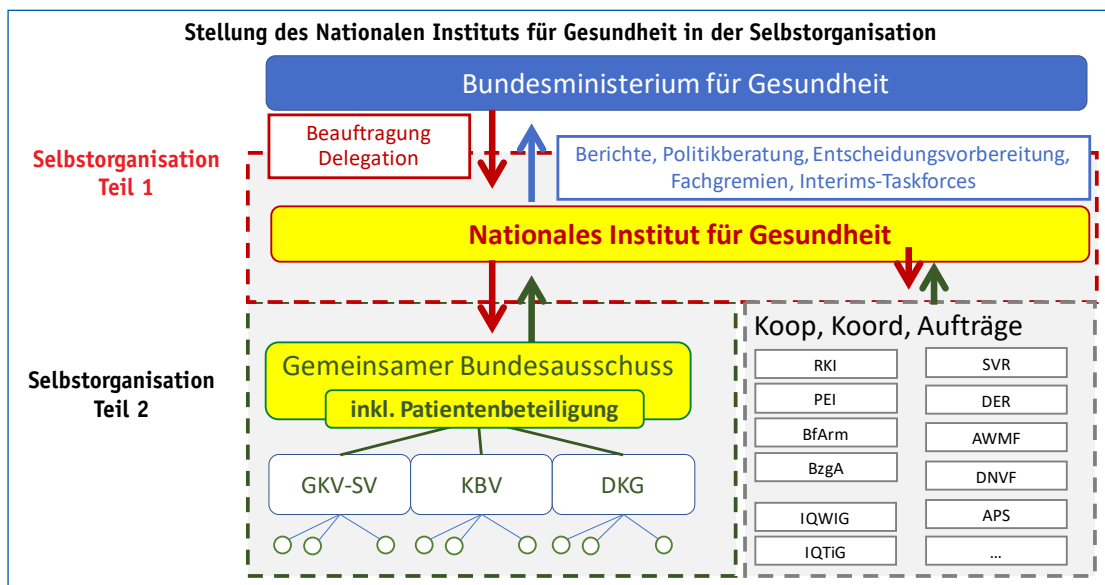


Abb. 3: Im Referenzsystem salu.TOP wird die Selbstorganisation neu aufgestellt. So werden die politischen Vorgaben operationalisiert und im Sinne einer Good Governance effektiv, effizient und transparent umgesetzt. Damit werden Patienten- und Bedarfsorientierung integrale Bestandteile der Gesundheitsversorgung. Governance und Selbstorganisation sind funktional verbunden. Der „dead-lock“ der „Bänke“ wird aufgehoben.

heitsversorgung liegt im Föderalismus in den Händen der Landespolitik. Bisher sind die Verbindungen der Gesundheitspolitik auf Bundes- und Landesebene eher informell und lose.

Im Rahmen des Referenzsystems salu.TOP werden diese Verbindungen funktional ausgebaut und logisch miteinander verbunden. Medizinische und pflegerische Inhalte sind bundeseinheitlich und müssen daher nur einmal erarbeitet und bereitgestellt werden. Die organisatorische Umsetzung hingegen wird in jedem Bundesland entsprechend den unterschiedlichen Bedarfen und Bedingungen spezifisch aufgebaut und umgesetzt.

Wie die Ebenen 2 „Selbstorganisation“ und 3 „Regionalisieren“ verbunden werden und wie auf Landesebene Governance und Selbstorganisation verbunden werden können, wird in Teil 3 berichtet: „Governance und Selbstorganisation im Föderalismus“. <<

Zitationshinweis

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>

Korrespondenzadresse

Dr. med. Dr. rer. nat. Klaus Piwernetz
 medimaxx health management GmbH, München
 Briener Str. 55
 80333 München
 E-Mail: info@medimaxx.net

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





Dr. PH Dipl.-Stat. Carsten Schwenke
SCO:SSiS Statistical Consulting, Berlin

Implikation von Datenschnitten und Zensierung in klinischen Studien auf die Bewertbarkeit von Arzneimitteln

>> Mit dem Inkrafttreten des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) am 1. Januar 2011 wurde in Deutschland das Nutzenbewertungsverfahren neuer Arzneimittel gemäß §35a des SGB V eingeführt. Seitdem wurde in über 500 Verfahren vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) der Zusatznutzen neuer Arzneimittel anhand der vom pharmazeutischen Hersteller vorgelegten Evidenz bewertet und mit dem Beschluss der Preisverhandlung zwischen dem pharmazeutischen Hersteller und dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen zugeführt. Die überwiegende Zahl an Bewertungen erfolgte dabei im Bereich der Onkologie. Die Verfahren werden transparent auf der G-BA-Homepage für die Öffentlichkeit verfügbar gemacht (www.g-ba.de).

Gerade in der Nutzenbewertung ergeben sich immer wieder neue methodische Fragestellungen, die ganz erheblichen Einfluss auf die Bewertung und die Bewertbarkeit der Evidenz für neue Arzneimittel haben. Dazu gehören unter anderem die Verfügbarkeit von Ergebnissen aus randomisierten klinischen Studien verbunden mit der Frage, zu welchem Zeitpunkt Daten in die statistischen Analysen eingeflossen sind und ob diese Zeitpunkte a priori oder post-hoc definiert waren, ob sie z.B. von Zulassungsbehörden wie der europäischen (European Medicines Agency, EMA) oder der amerikanischen (Food and Drug Agency, FDA) im Zulassungsprozess angefordert wurden und ob dabei alle, oder nur ein Teil der patientenrelevanten Endpunkte analysiert wurden. Ein zweiter großer Aspekt in den erforderlichen Ereigniszeitanalysen ist die Bewertbarkeit der Ergebnisse im Lichte von Zensierungen, d.h. der Frage, wie viele Ereignisse beobachtet sein sollten, damit eine Bewertung möglich ist.

Anlass für diesen Kommentar ist die Grundidee, ein gemeinsames Fundament und Basiswissen zu initialisieren und den Diskurs anzustoßen, welche Bedeutung Fachbegriffe wie „prospektiv“ versus „post-hoc“ oder auch die „Zensierung“ im Rahmen der Nutzenbewertung haben. Im Folgenden soll eruiert werden, welche Konstellationen zu Datenschnitten und Zensierungen auftreten können, wie der G-BA damit in Verfahren in neuerer Zeit umgegangen ist und was sich daraus als Erkenntnis gewinnen lässt.

Interpretation verschiedener Datenschnitte in laufenden Studien

Es kommt immer wieder vor, dass statistische Analysen vor Ende der Gesamtstudienlaufzeit durchgeführt werden. Häufigste Gründe sind Interimsanalysen, d.h. Zwischenanalysen für den primären Endpunkt, oder präliminäre Analysen, d.h. finale Analysen für den primären Endpunkt zu einem Zeitpunkt, zu dem z.B. noch keine ausreichende Anzahl Ereignisse für sekundäre Endpunkte beobachtet wurden. Insbesondere in der Onkologie wird ein Datenschnitt prospektiv, in der Regel über eine erforderliche Anzahl an Ereignissen, die eingetreten sein müssen, festgelegt, zu dem die primäre Analyse durchgeführt wird. In der Studie werden aber weiterhin Daten insbe-

sondere für sekundäre Endpunkte für spätere Analysen erhoben. Zum Zeitpunkt der präliminären Analyse des primären Endpunkts, z. B. progressionsfreies Überleben, ist die notwendige Anzahl Ereignisse für den sekundären Endpunkt Gesamtüberleben für eine robuste Analyse häufig noch nicht eingetreten. Im Zulassungsprozess werden dann zunächst die Ergebnisse zum Datenschnitt für den primären Endpunkt zur Erstellung des klinischen Studienreports eingereicht und im Laufe des Verfahrens Analysen zu späteren Datenschnitten nachgereicht. In der Nutzenbewertung nach Zulassung stellt sich die Frage, welcher Datenschnitt für die Bewertung eines Arzneimittels herangezogen werden soll. Ein Datenschnitt meint dabei den Zeitpunkt, bis zu dem Daten in die statistische Analyse eingehen. Man unterscheidet dabei zwischen a priori definierten und post-hoc definierten Datenschnitten, zum einem im Zulassungsprozess, zum anderen im Rahmen der Nutzenbewertungsverfahren. Im Zulassungsprozess ist folgende Definition gebräuchlich: Prospektiv bzw. a priori geplante Datenschnitte sind diejenigen, die im Studienprotokoll detailliert beschrieben sind und für Interimsanalysen, die primäre Analyse für die Darstellung im klinischen Studienbericht und – bei über den Zeitpunkt der Erstellung des Studienberichts hinausgehenden Beobachtungszeiten – finale Analyse zum Abschluss der gesamten Studie.

Die im Zulassungsprozess verwendete Definition der Begriffe a priori und post-hoc sind nicht einfach auf die Nutzenbewertung übertragbar. Für das Nutzendossier ist der Hersteller angehalten, die statistische Analyse durchzuführen, wie sie prospektiv im statistischen Analyseplan der Studie geplant war. Gemäß der Verfahrensordnung des G-BA sind weitere Analysen durchzuführen, die unabhängig von den Ergebnissen der Analysen vom G-BA verlangt werden. Als post-hoc sollten in der Nutzenbewertung nur Analysen, Endpunkte und Subgruppen bezeichnet werden, die nachträglich durch den Hersteller initiiert und in Kenntnis der durchgeführten Analysen definiert und durchgeführt werden.

Anders als im Zulassungsprozess geht es in der Nutzenbewertung bei weiteren Datenschnitten um eine kontinuierlich wachsende Datenbasis aus laufenden Studien, die zu einem Informationsgewinn einer besseren Abschätzbarkeit eines möglichen Zusatznutzens führt. Als Beispiel sei hier der vom Cochrane-Institut verwendete Ansatz der kumulativen Meta-Analyse genannt, bei der Meta-Analysen immer wieder aktualisiert werden, um Therapieentscheidungen auf möglichst aktuellen Informationen basieren zu können. Clarke et al. (Clarke et al. 2014) kommentieren dazu: „This large, unique collection of cumulative meta-analyses highlights how a review of the existing evidence might have helped researchers, practitioners, patients and funders make more informed decisions and choices about new trials over decades of research“. Durch spätere Datenschnitte erhöht sich in der Regel die Datenbasis und damit die Ergebnissicherheit.

Ein Beispiel ist die Bewertung von Ribociclib in Kombination mit Fulvestrant in der Indikation Mammakarzinom. In der Bewertung 2019 lag eine Interimsanalyse mit numerischem, aber nicht stati-

stisch signifikantem Vorteil im Gesamtüberleben vor (G-BA 2019e). Zur Wiedereinreichung nach Fristablauf des Beschlusses (März 2020) lag ein weiterer geplanter Datenschnitt vor. Hier konnte die statistische Signifikanz gezeigt werden (G-BA 2020a). Auch Datenschnitte, die von den Zulassungsbehörden angefordert werden, werden generell berücksichtigt, wie z.B. im Verfahren zu Lenvatinib im fortgeschrittenen Nierenzellkarzinom (G-BA 2017).

Dementsprechend sollten in der Nutzenbewertung Datenschnitte herangezogen werden, wenn der einzige Unterschied zu früheren Datenschnitten die Länge der Beobachtungszeit ist, sich aber an den Analysemethoden, den Endpunkten und der Darstellung der Ergebnisse nichts ändert.

Allen Datenschnitten gemein ist der erforderliche Aufwand. So wird die Datenbank zum Datum des Datenschnitts geschlossen, die dann in der Datenbank enthaltenen Daten auf Plausibilität und Fehler geprüft, gegebenenfalls korrigiert und dann der statistischen Analyse zugeführt. Unter Berücksichtigung des Aufwandes sollte ein Datenschnitt wohlüberlegt sein. Insbesondere bei unverblindeten Studien ist im Falle ungeplanter Datenschnitte ohne Anforderung der Zulassungsbehörden zu prüfen, welche Relevanz der Datenschnitt für die Nutzenbewertung hat.

So heißt es in der Formatvorlage zum Modul 4: „Beschreiben Sie zudem, ob und aus welchem Anlass verschiedene Datenschnitte durchgeführt wurden oder noch geplant sind. Geben Sie dabei auch an, ob diese Datenschnitte jeweils vorab (d.h. im statistischen Analyseplan) geplant waren. In der Regel ist nur die Darstellung von a priori geplanten oder von Zulassungsbehörden geforderten Datenschnitten erforderlich.“ (G-BA 2019a).

Der Hinweis in der Verfahrensordnung, dass in der Regel nur vorgeplante und von den Zulassungsbehörden angeforderte Daten-

schnitte zu berichten seien, lässt den Schluss zu, dass auch andere Datenschnitte relevant sein können. So wurde im Fall Pomalidomid eine Interimsanalyse, die primäre Analyse sowie ein nicht geplanter Datenschnitt etwa 6 Monate nach der primären Analyse für die Herleitung des Zusatznutzens herangezogen (G-BA 2016). Im Verfahren zu Apalutamid wurde hingegen ein ungeplanter Datenschnitt, der mit der Stellungnahme eingereicht wurde, im Beschluss nicht herangezogen (G-BA 2019f). Hier verwies der G-BA auf die Unsicherheit in der Validität der Ergebnisse und berücksichtigte den signifikanten Vorteil im Gesamtüberleben für die Herleitung des Zusatznutzens nicht.

Unklar bleibt, nach welchen Kriterien relevante Datenschnitte zu identifizieren sind. Zudem ist es in der Praxis eine Herausforderung, auch bei Datenschnitten für einzelne Endpunkte, in der Onkologie in der Regel das Gesamtüberleben, aber auch bei Updates zu Sicherheitsendpunkten, auch alle Analysen für alle weiteren relevanten Endpunkte durchzuführen. Hier gilt es nachzuweisen, welche Endpunkte überhaupt noch erhoben werden. So sind bei späten Datenschnitten viele Patienten außerhalb des Beobachtungsfensters für z.B. unerwünschte Ereignisse und patientenberichtete Endpunkte zu Symptomatik und Lebensqualität. Der Stand der Information ändert sich mit späteren Datenschnitten nicht mehr. Das Gesamtüberleben hingegen kann auch nach Studienende bzw. nach Teilnahmeende des Patienten in Erfahrung gebracht werden. In Situationen, in denen das sogenannte Data Cleaning, d.h. die Qualitätskontrolle der eingegebenen Daten und die Bereinigung von Fehlern in der Datenbank, nur für den Endpunkt durchgeführt wird, führen in der Praxis zu Problemen, wenn Analysen für alle Endpunkte verlangt werden.

Eine höhere Anzahl relevanter Datenschnitte führt dabei nicht zwangsläufig zu einer einfacheren Bewertbarkeit der Ergebnisse. Liegen z.B. in onkologischen Studien Ergebnisse über viele Daten-

Literatur

- Clarke M, Brice A, Chalmers I (2014) Accumulating Research: A Systematic Account of How Cumulative Meta-Analyses Would Have Provided Knowledge, Improved Health, Reduced Harm and Saved Resources. *PLoS ONE* 9(7): e102670. doi:10.1371/journal.pone.0102670
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2015): Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V Afatinib, Verfügbar unter: www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/170/ (abgerufen am 26.06.2020)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2016): Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V Lenvatinib, Verfügbar unter: www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/194/ (abgerufen am 26.06.2020)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2017): Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V Lenvatinib, Verfügbar unter: www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/261/ (abgerufen am 26.06.2020)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2019a): Dossier zur Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V Modul 4, Dokumentenvorlage, Version vom 21.02.2019. Verfügbar unter: www.g-ba.de/download/40-268-5599/2019-02-21_VerfO_Aenderung-Anlage-I-II_Kapitel-5_Anlage-II-7_WZ.pdf (abgerufen am 15.05.2020)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2019b): Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V Abemaciclib, Verfügbar unter: www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/409/ (abgerufen am 11.09.2020)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2019c): Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V Dacomitinib, Verfügbar unter: www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/460/ (abgerufen am 15.05.2020)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2019d): Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V Rucaparib, Verfügbar unter: www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/446/ (abgerufen am 26.06.2020)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2019e): Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V Ribociclib, Verfügbar unter: www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/430/ (abgerufen am 26.06.2020)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2019f): Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V Apalutamid, Verfügbar unter: www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/437/ (abgerufen am 26.06.2020)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2020a): Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V Ribociclib, Verfügbar unter: www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/527/ (abgerufen am 11.09.2020)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2020b): Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V Abemaciclib, Verfügbar unter: www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/535/ (abgerufen am 11.09.2020)
- Hecken J. (2017): Erfahrungen aus der frühen Nutzenbewertung onkologischer Arzneimittel - Blickwinkel des G-BA. In: Grandt, D./Schubert, I. (Hrsg.) *Arzneimittelreport 2017* (2017): 248 – 251
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2017): *Allgemeine Methoden*. Version 5.0 vom 10.07.2017. Verfügbar unter: www.iqwig.de/de/methoden/methodenpapier.3020.html (abgerufen am 15.05.2020)
- Juhnke, C. (2019): Nutzenbewertung europäisch gestalten?. In: *Monitor Versorgungsforschung* 2019, 04: 46-47.
- Schwenke C., Schwenke S. (2018) Die frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln gemäß § 35a SGB V. In: Pfannstiel M., Jaeckel R., Da-Cruz P. (eds) *Innovative Gesundheitsversorgung und Market Access*. Springer Gabler, Wiesbaden
- Unkel S, Amiri M, Benda N, Beyersmann J, Knoerzer D, Kupas K, Langer F, Leverkus F, Loos A, Ose C, Proctor T, Schmoor C, Schwenke C, Skipka G, Unnebrink K, Voss F, Friede T (2018): On estimands and the analysis of adverse events in the presence of varying follow-up times within the benefit assessment of therapies. *Pharmaceutical Statistics*. 18: 166-183
- Zwiener I, Blettner M, Hommel G: Überlebenszeitanalyse. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 108(10): 163-169

schnitte vor, die zwar gleichgerichtet, nicht aber zwangsläufig zu jedem Datenschnitt statistisch signifikant sind, so kann das zu einer Abstufung der Ergebnissicherheit führen (Schwenke 2018).

Zensierung in Ereigniszeitanalysen im Kontext der Nutzenbewertung

Im Kontext der Nutzenbewertung spielen Ereigniszeitanalysen immer dann eine zentrale Rolle, wenn die Beobachtungszeiten in den untersuchten Behandlungsgruppen unterschiedlich sind (Unkel et al. 2018). Eine Analyse ohne Berücksichtigung der unterschiedlichen Beobachtungszeiten würde zu einer Verzerrung zugunsten der Behandlung mit der kürzeren Beobachtungszeit führen, da die Patienten weniger lange unter Behandlung und somit auch unter Risiko stehen, ein unerwünschtes Ereignis zu berichten. In solchen Konstellationen hat sich im Nutzenbewertungsverfahren die Ereigniszeitanalyse etabliert und wurde vom G-BA in die neue Formatvorlage für das Nutzendossier aufgenommen (G-BA 2019a).

Gebräuchlich ist dabei die Darstellung mittels Kaplan-Meier Abbildung, aus der die mediane Zeit bis zum Ereignis direkt ablesbar ist (Zwiener et al. 2011). Zudem wird in der Regel die Hazard Ratio für den Vergleich der Ereigniszeitenkurven geschätzt (Zwiener et al. 2011). Patienten ohne Ereignis werden dabei zum letzten Zeitpunkt, zu dem Daten für den relevanten Endpunkt vorliegen, zensiert. Die Zensierung kann zwei Gründe haben, entweder beendet der Patient die Studie vorzeitig oder der weiterhin beobachtete Patient hatte bis zum Datenschnitt kein Ereignis. Bei späteren Datenschnitten ändert sich damit die Datenlage, da nur für vorzeitig abbrechende Patienten keine weiteren Daten erhoben werden.

Spätere Datenschnitte führen damit in der Regel zu einer höheren Aussagesicherheit, solange es zu keinem Cross-over, d.h. keinem Übergang der Patienten von der Kontroll- zur Verumtherapie gekommen ist. Als Beispiel kann hier das Verfahren zu Abemaciclib dienen. In einem ersten Verfahren in 2019 (G-BA 2019b) wurde in einer der bewerteten Teilpopulationen mit Ereignisraten von 20% in beiden Armen kein signifikantes Ergebnis für das Gesamtüberleben erreicht. In der Neubewertung nach Befristung im Jahr 2020 wurde für den späteren Datenschnitt für die Verum- und Kontrollgruppe Ereignisraten von 46% bzw. 67% und eine signifikante Hazard Ratio berichtet mit der Konsequenz eines Zusatznutzens (G-BA 2020b).

Für Ereigniszeitanalysen wird vom G-BA neben der Hazard Ratio zudem die Differenz der medianen Zeit bis zum Ereignis in der Bewertung herangezogen. Auch in der medizinischen Fachwelt ist diese Differenz wichtig, da diese auch dem Laien verständlich erklärt werden kann, wohingegen die Hazard Ratio als relatives Effektmaß ein methodisches Verständnis der statistischen Methode voraussetzt. Kann der Median noch nicht geschätzt werden, so können alternativ das 25%-Quantil oder Ereignisraten zu bestimmten Zeitpunkten wie z.B. zu Jahr 1 oder 2 herangezogen werden.

Wie Prof. Hecken im Arzneimittelreport 2017 ausführt, sind wie im Beispiel Afatinib als Erstlinientherapie frühe Datenschnitte problematisch, spätere Datenschnitte deutlich aussagekräftiger und führten im Beispiel Afatinib in der Teilpopulation der Patienten mit EGFR-Mutation Del19 zu einem erheblichen Zusatznutzen (Hecken 2017; G-BA 2015).

Zensierung und der Einfluss auf die Ableitung des Zusatznutzens

Bei Endpunkten mit unterschiedlichen Beobachtungsdauern in

den Behandlungsarmen leitet das Institut für Qualität im Gesundheitswesen (IQWiG) den Zusatznutzen in der Regel auf Basis des relativen Effektmaßes Hazard Ratio ab (IQWiG 2017). Der G-BA hingegen verwendet zusätzlich den absoluten Behandlungseffekt in Form der Differenz der medianen Zeiten bis zum Ereignis. Bei letzterer spielt der Zeitpunkt der Zensierung eine entscheidende Rolle für die Präzision der Schätzung der Mediane. Sowohl bei der Hazard Ratio als auch bei der Schätzung der Mediane führt die frühe Zensierung zu einer Erhöhung der Unschärfe. Der Median wird in diesem Fall bestimmt durch Ereignisse der wenigen noch unter Beobachtung stehenden Patienten. Aufgrund der erwartbaren Variabilität kann dieses Ereignis zu einem kurzen oder längeren Median führen, je nachdem, ob in den verbliebenen Patienten das nächste Ereignis zufällig früh oder später eintritt. Dieser Effekt ist insbesondere deshalb relevant, da kein expliziter statistischer Test für die Differenz der Mediane durchgeführt wird, sondern die Schätzer der Mediane ohne ein Maß der Variabilität berücksichtigt werden.

Wird der Median in mindestens einer Behandlungsgruppe nicht erreicht, so kann keine Aussage zur Differenz der Mediane getroffen werden. Sind in beiden Gruppen die Mediane erreicht und liegen sehr viele Zensierungen vor dem Zeitpunkt des Medians vor, so liegen zur Bestimmung des Medians Daten von wenigen Patienten unter Risiko vor. Das führt zu einer großen Unschärfe und kann einen Unterschied von mehreren Monaten ausmachen.

Im Fall der Nutzenbewertung von Dacomitinib im Jahr 2019 hatte der G-BA im Beschluss dargelegt, dass zur Bewertung des Zusatznutzens für das Gesamtüberleben zwar eine signifikante Hazard Ratio erreicht wurde und auch die mediane Zeit bis zum Ereignis im Interventionsarm um 7,3 Monate verlängert sei, aber eine hohe Anzahl an Zensierungen im Bereich des Medians auffielen, die keine Quantifizierung des Zusatznutzens erlaubten (G-BA 2019c). Zu berücksichtigen ist dabei, dass zum nachgereichten Datenschnitt vom 19.05.2019 der überwiegende Anteil Patienten mit Zensierung protokollgemäß den finalen Beobachtungszeitpunkt Woche 48 erreicht hatten und die Studie protokollgemäß beendet hatten. Patienten, die die Woche 48 erreicht hatten, wurden demgemäß zum Datum der Beendigung der Studie zensiert. Der Grund der Zensierung war demnach ein administrativer, der einen informativen Effekt der Zensierung auf die Schätzung des Behandlungseffekts unwahrscheinlich erscheinen lässt. Spätere Datenschnitte lösen hier den Punkt der Zensierung nicht.

Eine ähnliche Konstellation findet sich in der schon genannten Wiedervorlage von Ribociclib mit Fulvestrant (G-BA 2020a). Hier wurde das mediane Gesamtüberleben bisher nur in der Kontrollgruppe erreicht und es zeigen sich sehr viele Zensierungen rund um den Median. In der Interventionsgruppe wurde der Median noch nicht erreicht bei ebenfalls vielen Zensierungen. Hier wurde zum einen der signifikante Vorteil in der Hazard Ratio für die Herleitung des Zusatznutzens herangezogen als auch das Verzerrungspotenzial als niedrig eingestuft, obwohl auch hier in der Kontrollgruppe bei Erreichen des Medians weniger als 10% der Patienten noch unter Risiko standen. Im schon genannten Fall von Apalutamid im Prostatakarzinom wurde der im Dossier gezeigte Datenschnitt zum Gesamtüberleben für die Herleitung des Zusatznutzens herangezogen, obwohl der Median ebenfalls nur im Kontrollarm bereits erreicht war, bei vielen Zensierungen vor dem Median in beiden Behandlungsgruppen (G-BA 2019f). Da bei Erreichen des Medians nur noch 2 von 401 Patienten unter Risiko standen, wurde die Bewertung des Medians als fragwürdig eingestuft.

Diskussion

Zwei wichtige Aspekte zur Beurteilung des Zusatznutzens eines Arzneimittels in der Nutzenbewertung nach §35a SGB V werfen immer wieder Fragen auf, zum einen die Begrifflichkeiten prospektiv vs. post-hoc, zum anderen die Fragen des Einflusses von Zensierung auf die Bewertbarkeit von Ereigniszeitanalysen.

Der Konflikt bezüglich prospektiv versus post-hoc ist insbesondere Thema im Rahmen der Prüfung auf Relevanz neuer Datenschnitte in laufenden Studien. Laut Verfahrensordnung sollen prospektiv geplante Datenschnitte im Nutzendossier präsentiert werden und es gebe Limitationen, wenn ein nicht geplanter Datenschnitt präsentiert wird. Hier sei im Einzelfall zu begründen, warum ein Datenschnitt herangezogen oder eben nicht herangezogen wird. Für die Einschätzung der Relevanz von Datenschnitten ist von außerordentlichem Interesse, wie die Begrifflichkeiten prospektiv und post-hoc definiert sind. Der Begriff „post-hoc“ sollte in der Nutzenbewertung nicht auf Datenschnitte angewendet werden, wenn der einzige Unterschied zu früheren Datenschnitten die Länge der Beobachtungszeit ist, sich aber an den Analysemethoden, den Endpunkten und der Darstellung der Ergebnisse nichts ändert.

Generell ist es sinnvoll, das Thema Datenschnitte im Rahmen der (frühen) Beratung als Frage an den G-BA zu adressieren, um Klarheit über die Relevanz insbesondere ungeplanter Datenschnitte zu erlangen, soweit dieses zum Zeitpunkt der Beratung schon absehbar ist.

Je länger man wartet, um so sicherer werden im Regelfall die Aussagen, da die Anzahl der Ereignisse, die in die Analyse eingehen, größer wird und die Anzahl der Zensierungen andererseits geringer.

Verknüpft mit dem Thema Datenschnitte ist die Frage der Reife der Daten für die Analysen und damit einhergehend die Frage des Anteils Patienten in Ereigniszeitanalysen, die noch kein Ereignis erfahren haben. Auch bei einer geringeren Anzahl Ereignisse kann sich bereits ein deutlicher Behandlungseffekt zeigen, auch wenn der Median für die Zeit bis zum Ereignis noch nicht erreicht ist. So sind viele Zensierungen rund um den Median kein Grund, eine Bewertung nicht durchzuführen oder aber den Zusatznutzen nicht zu quantifizieren. In solchen Fällen kann der relative Behandlungseffekt in Form der Hazard Ratio herangezogen werden. Offen bleibt, was in

Abwesenheit einer Differenz der medianen Zeiten bis zum Ereignis herangezogen werden kann, um eine Bewertung des absoluten Behandlungseffekts zu erzielen. Alternativen sind das 25% Quantil oder aber die Ereignisraten zu sinnvollen Zeitpunkten, sinnvoll definiert als Zeitpunkte, zu denen noch ausreichend viele Patienten nicht zensiert sind.

Auch auf europäischer Ebene gibt es bei der Nutzenbewertung viele Fragezeichen, auch wie in Zukunft mit den Themen Datenschnitte und Zensierungen umgegangen wird (Juhnke 2019).

Zusammenfassend sollten sich alle Parteien auf eine gemeinsame Begrifflichkeit einigen, anhand derer die Erfordernisse zur Erstellung eines Nutzendossiers standardisiert und die Einheitlichkeit der Nutzenbewertung von Arzneimitteln gewährleistet ist. <<

Zitationshinweis

Schwenke, C.: „Implikation von Datenschnitten und Zensierung in klinischen Studien auf die Bewertbarkeit von Arzneimitteln“ in: „Monitor Versorgungsforschung“ (03/21), S. 30-33. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2315>

Korrespondenzadresse

Dr. Carsten Schwenke
SC0:SSiS
Karmeliterweg 42
13465 Berlin
Tel. +49 30 - 60409712
carsten.schwenke@scossis.de

Anmerkungen

Dr. Carsten Schwenke ist für pharmazeutische, biotechnologische und medizintechnische Unternehmen sowie Universitäten als freiberuflicher Statistiker in der klinischen Entwicklung neuer Therapien und Impfstoffe sowie in Nutzenbewertungsverfahren auf deutscher und europäischer Ebene tätig. Die Analyse erfolgte mit finanzieller Unterstützung von Pfizer Pharma GmbH.

Evidentes Vorbild für Regionen

>> „Gesundheit und sozialer Status sind eng miteinander verknüpft. Gesundheitsversorgung ist daher nicht nur eine medizinische Frage, sondern muss umfassender gedacht werden“, erklärt Dr. Dirk Heinrich, Bundesvorsitzender des Virchowbundes anlässlich der Publikation von Forschungsergebnissen zum innovativen Versorgungsprojekt „INVEST Billstedt/Horn“. Der Verband der niedergelassenen Ärzte (Virchowbund) will das Modellprojekt nun so rasch wie möglich in die Regelversorgung überführen. „In Hamburg-Billstedt konnten wir zeigen, dass eine populationsorientierte, niedrigschwellige Versorgung möglich ist, wenn die relevanten Akteure sich engagieren und kooperieren“, so Heinrich weiter. Das sei eine Form der Vernetzung, die Patienten hilft und Ärzte entlastet. Aus dem Prototyp sollte nach Heinrichs Meinung „jetzt ein Vorbild für andere Städte und Regionen“ werden.

Die Autoren der nun veröffentlichten Evaluation des Hamburg Center for Health Economics (HCHE) wiesen nach, dass INVEST u. a. den Zugang zur Versorgung verbessert und die Zufriedenheit der Patienten, Leistungs- und Kooperationspartner erhöht hat.

Der Virchowbund hatte 2016 die „Gesundheit für Billstedt/Horn UG“ gemeinsam mit u. a. dem Ärztenetz Billstedt-Horn e.V. und der SKH Stadtteilklinik Hamburg GmbH gegründet. Das daraus entstandene Modellprojekt „INVEST“ wurde vom Innovationsfonds gefördert und vom HCHE an der Universität Hamburg wissenschaftlich begleitet. Konsortialpartner sind OptiMedis AG, AOK Rheinland/Hamburg, BARMER, DAK-Gesundheit, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Universität Hamburg) sowie das Hamburg Center for Health Economics (Universität Hamburg) und die connected-health.eu GmbH. <<

Wichtige Aufträge an das IQWiG

>> Das IQWiG wurde vom G-BA beauftragt, ein Konzept zu entwickeln, um das noch relativ neue Instrument der anwendungsbegleitenden Datenerhebung (abd) zielgerichtet auch für Arzneimittel einer Wirkstoffklasse einsetzen zu können. Zum anderen wird das IQWiG mit der Nutzenbewertung für die drei Wirkstoffe Clopidogrel (laut G-BA „inhaltsliches „Neuland“) sowie Prasugrel und Ticagrelor (jeweils „klassische“ Nutzenbewertungen) beauftragt. Angesichts neuer Studieninformationen soll das IQWiG jedoch auch das Binnenverhältnis dieser drei Wirkstoffe klären. <<

Lehren aus Corona: Die postpandemische Perspektive für das Management des Medizinbetriebs

Corona-Effekte oder die Krise als Chance

Die Corona-Krise hat nicht nur die Ursachen für Lieferabrisse bei systemkritischen Medizinprodukten und Arzneimitteln offengelegt sowie die Folgen der Digitalisierungslücke im Gesundheitssystem transparent gemacht, sondern insbesondere die Konsequenzen grundlegender Führungsdefizite im Personal-Management der Krankenhäuser, der Berufsbild- und Standespolitik und dem Beschaffungsmanagement offenbart. Corona hat aber auch ein Umdenken im Hinblick auf Werte, Sinn und Zweck von Arbeitsinhalten und Verhaltensnormen sowie Rolle und Bedeutung von „am Bett tätigen Berufsgruppen“ in der Gesellschaft angestoßen. Es besteht dringender Handlungsbedarf seitens Politik, Gewerkschaften, Verbänden und Krankenhaus-Managern die Arbeitsbedingungen für „am Bett tätige Berufsgruppen“ familienfreundlicher zu gestalten und deren Entgeltsituation nachhaltig zu verbessern. Ebenso sind staatlicherseits Anreize für den Aufbau von heimischen Reserve-Produktionskapazitäten bei systemkritischen Medizinprodukten sowie Arzneimitteln zu schaffen, ein wertorientiertes Ausschreibungsverfahren zu etablieren, ein „Nationales Buying Center für den Krisenfall“ vorzubereiten und eine Verkürzung globaler Lieferketten ist zu realisieren, um deren Steuerbarkeit zu erleichtern sowie deren Versorgungssicherheit zu erhöhen.

>> Die Corona-Pandemie hat in aller Deutlichkeit drei strukturelle Problembereiche in das Bewusstsein der Öffentlichkeit sowie von Entscheidern in Politik, Medizinindustrie und medizinischen Leistungsanbietern gerückt: Die Anfälligkeit globaler Lieferketten (von Eiff, 2020) bei Medizinprodukten (Angiographiekatheder, Kitpacks, Wunddrainagen) und Arzneimitteln (Propofol, Oxitocin, Gicht- und Schilddrüsenarzneien, Schmerzmittel) bewirkte eine bedrohliche Unterversorgung gerade in therapieintensiven Bereichen (z.B. Onkologie). Die mangelnde Verfügbarkeit von Arzneimitteln zur Tumorbehandlung zwang u.a. zum Verlassen der First-Line-Therapie (z.B. PEB-Therapie bei Hodentumor) und erforderte eine Umstellung von Patienten mitten im Therapiezyklus. Lieferabrisse bei persönlicher Schutzausrüstung bescherten einerseits Kostensteigerungen ohne ausreichende Gegenfinanzierung und erschwerten andererseits die medizinische Versorgung organisatorisch sowie zeitlich und bewirkten ein gesteigertes Infektionsrisiko für medizinisches Personal und Patienten (von Eiff, 2021). Corona hat offenbart, dass medizinische Versorgungsqualität in zunehmendem Maß auch von „Bagatelle-Produkten“ abhängt. Das Fehlen einer NaCl-Spülung für eine transutrale Resektion führt zur Absetzung des Eingriffs; damit bewirkt ein Produkt mit Kosten im einstelligen Euro-Bereich negative Konsequenzen für das Patientenbefinden und führt zu einem Erlösverlust in der Größenordnung von 7.000 Euro.

Solche Situationen sind für Mitarbeiter im Medizinbetrieb frustrierend, beeinträchtigen die Motivation und lassen am Sinnbezug ihrer Arbeit und an der Wertschätzung ihres Berufsstandes zweifeln, da aus deren Sicht am „falschen Objekt gespart wurde“.

Die Digitalisierungslücke, d.h. der im inter-

nationalen Vergleich extrem niedrige „digitale Reifegrad“ deutscher medizinischer Leistungsanbieter, erwies sich als Hindernis auf dem Weg zur Etablierung einer pandemiegerechten Organisation für ein effektives Infektionsmanagement (Corona-App) ebenso wie für eine Plattform-gesteuerte Versorgungslogistik zum Abgleich von objektivem Bedarf und regionaler Verfügbarkeit systemkritischer Produkte. Das Fehlen telemedizinischer Dienste, von Plattformen für virtuelle Arztbesuche, von Tele-Monitoring-Optionen zur Betreuung von Patienten im häuslichen Bereich und von Diagnose- und Therapie unterstützenden Smartphone-Apps (von Eiff MC, 2020) führte (auch aus Angst vor einer Corona-Infektion) zu einem teilweise bedenklichen Rückgang von Patientenzahlen in Praxen, Krankenhäusern und Notaufnahmen (Mangiapanne et al., 2021): Die medizinischen Spätfolgen und volkswirtschaftlichen Kosten unterlassener Vorsorgeuntersuchungen bei Brustkrebs-Screening (-83%), Hautkrebs-Screening (-70%) und diagnostischen Koloskopien sowie die Konsequenzen des Rückgangs ambulanter Behandlungsfälle (-23%) lassen sich erahnen. Digitale Behandlungsplattformen mit virtueller Arztkonsultation bewirken Kontaktreduktionen, vereinfachen die Dokumentations- und Abrechnungsprozesse, ermöglichen zeitlich parallele Zweitmeinungsabrufe, nutzen knappe Arzt-Ressourcen effizienter aus und erhöhen die Verfügbarkeit medizinischer Leistungen in der Fläche.

Der über Jahre aufgebaute Fachkräftemangel in medizinischen Berufen, der direkt einhergeht mit einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen, erhöht das Risiko von Behandlungsfehlern und wirkt sich negativ auf Motivation und Engagement-Bereitschaft der „am Bett tätigen Berufsgruppen“ aus. In

der Pandemie waren es nicht Beatmungsgeräte oder Intensivbetten, sondern fehlende medizinische Fachkräfte, insbesondere in der Pflege, die sich zum entscheidenden Engpass in der Patientenversorgung herauskristallisierten.

Ursachen der Strukturmängel: Investitionsstau, Kostendruck und Führungsdefizite

Die politisch Verantwortlichen haben trotz gesetzlicher Verpflichtung über Jahre hinweg nicht für eine Substanz erhaltende Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser gesorgt und zusätzlich über das DRG-Vergütungssystem den Kostendruck auf den Medizinbetrieb erhöht. Der dadurch ausgelöste Wettbewerb um Leistungsmengen behinderte die Zentrenbildung, stand der Organisation von Versorgungsnetzen entgegen, bewirkte Doppelarbeit zwischen Krankenhäusern, Verschwendung von Ressourcen und Qualitätsverlust in der Medizin.

Die Krankenhäuser haben versucht, mit zwei Maßnahmen dem seit Jahren sich verstärkenden Kostendruck zu begegnen:

- Kostensenkung durch Personalabbau, vorwiegend in der Pflege, mit der Konsequenz von Arbeitsverdichtung und Zeitdruck verschlechterte die Arbeitsbedingungen, erhöhte die Fehleranfälligkeit klinischer Prozesse und damit die Versorgungsqualität für Patienten, demotivierte die Engagierten und war Ursache für eine Flucht in medizinfremde Berufe. Gleichzeitig zeigte sich, dass diese belastenden Arbeitsbedingungen mit dem Phänomen der Feminisierung der Medizin sowie den Lebensentwürfen und Berufswelt-Vorstellungen der in das Berufsleben eintretenden Generationen Y und Z nicht kompatibel waren

(„Work Life Balance“). Hinzu kam das Manco einer im Hinblick auf Leistungsanforderung und Verantwortung als unzureichend empfundenen Entlohnung. Der dringend benötigte Nachwuchs wurde abgeschreckt und bevorzugte im branchenübergreifenden „War for Talent“ einen Berufsweg in anderen Industrien.

- Kostensenkung durch die Beschaffungsphilosophie des „preisorientierten Einkaufs“ führte dazu, dass der niedrigste Preis eines Medizinprodukts die Lieferantenauswahl steuert und nicht dessen Wirkung auf Prozess-Effizienz und Patienten-Outcome, also dessen Wertbeitrag. Kurzfristige Lieferverträge in Verbindung mit an Niedrigpreisen orientierten Ausschreibungsverfahren bewirkten einen „Lopez-Effekt“: Die Produktqualität wurde seitens der Hersteller kostensenkend auf die Basisfunktionalität reduziert, wodurch die Handhabung von Medizinprodukten umständlicher wurde und die Prozess-Effizienz im Medizinbetrieb sich verschlechterte. Der durch Einkaufsmanager und Controller ausgeübte Zwang zur Nutzung von billigen Medizinprodukten, die mit umständlicher Handhabung und Gebrauchsrisiken verbunden sind, wurde von Pflegekräften und Ärzten als Ausdruck mangelnder Wertschätzung ihrer Arbeit wahrgenommen.
- Diese einseitig auf Kostensenkung gerichtete Ökonomisierung der Medizin hat dazu beigetragen, dass medizinisch geprägte Berufsstände im Hinblick auf den Sinn und Zweck ihres Tuns („Purpose“) ins Zweifeln gerieten und mangelnde Wertschätzung ihrer Arbeit beklagten.

Die Medizinindustrie hat auf diesen Preisdruck reagiert mit wertanalytischer Optimierung von Produkten (siehe Lopez-Effekt: Reduktion auf Basisfunktionalität) und dem Aufbau internationaler Lieferketten nach dem Handlungsprinzip „Economies of Scale“: d.h. die Auswahl von Lieferanten und Produktionsstandorten erfolgte nach dem Kriterium der niedrigsten Kosten. Die ökonomisch getriebene Konzentration auf wenige Produktionsstätten in Verbindung mit einer unkontrollierten Verlängerung von Lieferketten mit „verlängerten Werkbänken“ in Schwellenländern verschärfte deren Anfälligkeit für Lieferabrisse und reduzierte die Versorgungssicherheit des Medizinbetriebs.

Ökonomisierung der Medizin

Corona hat auch demonstriert, dass die

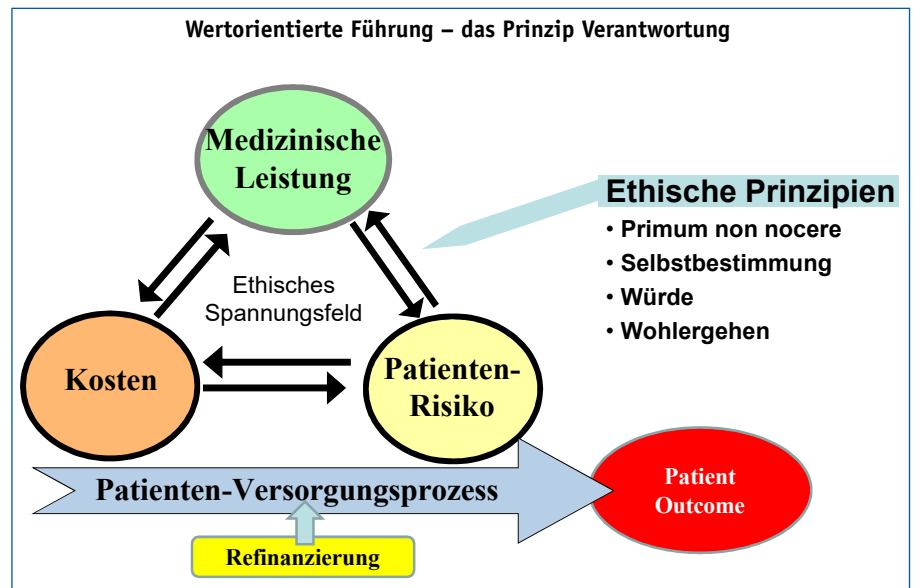


Abb. 1: Wertorientierte Führung beachtet bei jeder Entscheidung über Investitionen, Medizinprodukte und Organisationsänderungen die Auswirkungen auf eventuelle Patientenrisiken gemäß des medizinischen Handlungsgrundsatzes „First Do No Harm“ (Quelle: Eigene Darstellung).

Ökonomisierung der Medizin der falsche Weg ist. Daseinsvorsorge ist über wettbewerbliche Konkurrenz nicht zu erreichen. Die an niedrigen Kosten orientierte Ausstattung des Medizinbetriebs mit Personal und Medizinprodukten führt zu ethischen Dilemmasituationen für Ärzte und Pflegekräfte sowie zu Zweifeln an der eigenen ärztlichen und pflegerischen Mission.

Die Studie zum „Umgang mit Mittelknappheit und ärztlicher Rationierung“ (Strech, 2014) machte transparent, dass 68% der befragten Ärzte bestätigten, aufgrund begrenzter verfügbarer Finanzmittel bei GKV-Versicherten nicht mehr alle nützlichen Leistungen erbringen zu können.

In der Studie von Ghanem et al. (2015) berichteten 82% der Ärzte, der zunehmende Kostendruck beeinträchtigt ihre Arbeitszufriedenheit. In der KBV-Studie beklagten 68% der befragten Nachwuchsmediziner den „starken ökonomischen Druck“ und den Zeitdruck bei der Versorgung von Patienten (Hillienhoff/Osterloh, 2019; Korzillius, 2020). Eine Umfrage des Berufsverbands Deutscher Chirurgen (Siewert et al., 2021) belegt die Konsequenzen der Ökonomisierung der Medizin: ethische Konflikte durch Verweildauerreduktion, Patientenselektion, Unterlassen unrentabler medizinischer Versorgung und Einführung lukrativer Operationsmethoden. Der Druck durch regelmäßiges Reporting ökonomisch relevanter Leistungszahlen steht im Gegensatz zur ärztlichen Werteordnung; darunter leidet die berufliche Zufriedenheit und die damit verbundenen Zielkonflikte verschärfen den Nachwuchsmangel bei Assistenzärzten.

Verantwortung als Entscheidungskriterium im Krisenfall

Die Corona-Pandemie hat weiterhin gezeigt, dass die „Führungsdimension: Verantwortung“ im Medizinbetrieb eine spezielle Bedeutung hat. Alle Entscheidungen und Handlungen, egal ob organisatorischer, finanzieller, beschaffungsbezogener oder therapeutischer Art, sind primär auf die Sicherstellung des Wohls des Patienten gerichtet und sind den medizin-ethischen Maximen „primum nihil nocere“, „Patienten-Wohlergehen“, „Autonomie“ und „Würde“ unterworfen (Wiesing, 2020; von Eiff, 2014).

Übernahme von Verantwortung zeigt sich an dem ethischen Prüfkriterium des Risiko-Ausmaßes, das der Patient trägt, wenn aus Kostengründen oder Ressourcenknappheit Rationierung im Medizinbetrieb durchgeführt wird, ein billiges, aber mit höherem Handhabungsaufwand verbundenes Medizinprodukt beschafft wird oder notwendige Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit (z.B.: Arzneimittelversorgung nach dem Prinzip „Closed Loop Medication Administration“; von Eiff, 2021a) unterlassen werden (Abb. 1).

Eine weitere Erfahrung aus der Corona-Krise mit Relevanz für die Führung ist die Bedeutung von **Verlässlichkeit in der Aussage**, der **Berechenbarkeit im Verhalten** in Verbindung mit einer **klaren, unmissverständlichen Kommunikation** auf Basis verlässlicher, ehrlicher und nachvollziehbarer Informationsinhalte.

Als gravierendes Führungsdefizit gilt, wenn Führungspersonen sich auf Ankündi-

gungen beschränken, aber die Erarbeitung konkreter Konzepte, die Klärung von Umsetzungsdetails und die Auseinandersetzung mit Realisierungshindernissen nicht als ihre Aufgaben betrachten.

Kommunikationsbotschaften müssen nachvollziehbar und widerspruchsfrei sein.

Durch widersprüchliche Informationen über die Wirksamkeit von Mund-Nasen-Schutzmasken, über die umstrittene Effektivität der Corona-App oder gegensätzliche Diskussionen um Kitas und Schulen als Infektionsquelle, umstrittenes Vorgehen bei der Beschaffung sowie Verteilung von Impfstoff und Antigen-Tests verspielt eine Führung nicht nur Vertrauen und Akzeptanz, sondern liefert die Entschuldigung für infektiologisch bedenkliches Sozialverhalten von Corona-Leugnern.

Corona hat weiterhin bezüglich etablierter (zentralistischer) Führungskonzepte und praktizierter Zusammenarbeitsformen – auch im Hinblick auf deren motivierende bzw. sinngebende Wirkung – einige Erkenntnisse vermittelt.

„Krisenmanagement am Bett“ ist Team-Management.

Die medizinische und soziale Versorgung von Covid-19-Patienten ist komplex, erfordert Fachwissen verschiedener Disziplinen und das Zusammenwirken unterschiedlicher Berufsgruppen. Eine wirksame Behandlungsmethode war am Anfang der Pandemie nicht vorhanden und spezifische Medikamente gab es nicht. Der Behandlungsprozess war

getrieben durch Versuch und Irrtum. Durch gegenseitigen Erfahrungsaustausch und gemeinsame Entwicklung von Prozessabläufen sowie deren unbürokratische Umsetzung fanden Lernprozesse im Team statt, dies bei hoher individueller Arbeitsautonomie und Verantwortung.

Die vielleicht wichtigste Erkenntnis der Corona-Krise für die zukünftige strategische Neuausrichtung des Beschaffungsmanagements ist, dass die „**Kostendrücker**“ unter den Einkäufern zuerst von Lieferabrissen betroffen waren und Bestandskunden bevorzugt beliefert wurden. Lieferbeziehungen sind wirtschaftlich erfolgreich und im Krisenfall belastbar, wenn sie auf Vertrauen, Fairness, Verlässlichkeit und Verbindlichkeit gründen. **Strategische Partnerschaften** mit den Vertragskomponenten Risk Sharing, Prozess-Integration, Change Management Support, Investitionsverflechtung und innovativer Finanzierung werden daher die Beschaffungsbeziehungen in Zukunft prägen.

Handlungsschwerpunkte für eine erfolgreiche Führung: die postpandemische Perspektive

Der postpandemische Maßnahmenkatalog erfolgreicher Führung sollte sich auf Aktionsfelder konzentrieren, die in kurzer Zeit Wirkung zeigen und den primären Anliegen der am Patienten tätigen Berufsgruppen Rechnung tragen. Für ganzheitliche, organisationsumfassende Veränderungsprozesse von Führungsformen, Organisationsstrukturen, Arbeitsabläufen und der Unternehmenskultur ist keine Zeit mehr und den Mitarbeitern ist

ein solches langfristiges Konzeptverständnis nicht mehr zu vermitteln.

Die **Arbeitsbedingungen** in den Kernberufen des Medizinbetriebs sind den Anforderungen der Mitarbeiter und den Bedingungen des Arbeitsmarktes anzupassen: Arbeitszeiten sind familienfreundlich und orientiert an den Erkenntnissen der Arbeitswissenschaften, des Risikomanagements und des betrieblichen Gesundheitsmanagements zu gestalten. Zu einem Maßnahmenprogramm gehören weiterhin die Verbesserung der Entgeltsituation, die Unterstützung mit Gehaltsnebenleistungen (z.B. kostenlose Kita-Plätze mit 24/7-Betreuung, Wohnungssubvention in Ballungsgebieten, Fahrtkostenerstattung) und die Einführung innovativer Arbeitszeitregelungen.

Voraussetzung ist eine vorausschauende **Personalbedarfsplanung** in Verbindung mit einer klaren Strategie für Anwerbung, Auswahl, Einführung und Entwicklung neuer Mitarbeiter.

Überdurchschnittliche Fluktuationsraten, Zunahme des Burnout-Syndroms, kurze Verweildauer im Beruf, Überalterung in der Pflege und bei Ärzten, Flucht aus Medizinberufen in Verwaltungsberufe sind klare Anzeichen für langjährige strukturelle Versäumnisse in der Personalpolitik.

Wenn die Zahl der zu leistenden Überstunden in der Pflege steigt und die Anzahl der Nachtdienste pro Arzt zunimmt und gleichzeitig freiwerdende Stellen gezielt über Monate nicht besetzt werden, um Kosten zu sparen, ist dies auch das Resultat einer Personalpolitik, die nach der Maxime arbeitet: „Kostensenkung vor Mitarbeiterschutz und

Literatur

- Berry, L.L., Seltmann, K.D. (2008): Management Lessons from Mayo Clinic. New York u.a. 2008.
- von Eiff, M.C., von Eiff, W. (2020): The Digitalization of Health Care. In: HealthManagement.org The Journal, Vol. 20, Issue 2, 2020, 144-149.
- von Eiff, W. (2014): Ziele einer medizinischen, ökonomischen und ethischen Reflektion. In: von Eiff, W. (Hrsg.): Ethik und Ökonomie in der Medizin. Heidelberg 2014, Seite 3-35.
- von Eiff, W. (2020): Lieferabriss im Gesundheitswesen. Wertorientierung statt Rückkehr zur Normalität: Die Lehren aus der Corona-Krise. In: Das Krankenhaus, 10/2020, Seite 870-874.
- von Eiff, W. (2021): Lieferabriss bei PSA-Produkten vermeiden. Postpandemische Perspektive im Beschaffungsmanagement: Strategische Partnerschaften. In: Health und Care Management, 11. Jg., Heft 1/2, Seite 34-35.
- von Eiff, W. (2021a): KHZG-Förderbereich „Medikationslogistik“: Elektronische Versorgungsschranke im digitalen Closed-Loop-Konzept. In: Krankenhaus-IT-Journal, Ausgabe 1/2021, Seite 26-30.
- Ghanem, M., Schnoor, J., Heyde, C.-E., Kuwatsch, S., Bohn, M., Josten, C. (2015): Management Strategies in Hospitals. Scenario Planning. In: GMS Interdiscip ÜPlastic Reconstr Surg DGPW (2015) 4:1-7. doi: 10.3205/iprs000065.
- Hillienhoff, A., Osterloh, F. (2019): Zu wenig Zeit für die Patienten. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 116, Heft 14, 5. April 2019, Seite C541-2.
- IGES (2017): www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2017/krankenpflege; zuletzt besucht am 10.03.2021.
- Korzillius, H. (2020): Ärzte fühlen sich überlastet. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 117, Heft 5, 31. Januar 2020, Seite C 164-5.
- Mangiapane, S., Zhu, L., Czihal, T., von Stillfried, D. (2021): Veränderungen der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise. Tabellarischer Trendreport für das 1. bis 3. Quartal 2020. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin 2021. www.zi.de/publikationen/trendreport-covid-krise; zuletzt besucht am 07.03.2021.
- Stewart, C., Wehkamp, K.-H., Krones, C.J., Vogd, W., Allemeyer, E. (2021): Ökonomie hat hohen Stellenwert. Bewerbungsgespräche von Chefärzten. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 118, Heft 4, 29. Januar 2021, Seite 160-163.
- Strech, D. (2014): Rationierung im klinischen Betrieb. Wahrnehmung von Klinikärzten und Praxisempfehlungen. In: von Eiff, W. (Hrsg.): Ethik und Ökonomie in der Medizin. Heidelberg 2014, Seite 245-265.
- Wiesing, U. (Hrsg.; 2020): Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. 5. Erweiterte, aktualisierte und vollständig durchgesehene Auflage, Stuttgart 2020.

Patientensicherheit“.

Alle diese Maßnahmen setzen eine fachlich kompetente und zu nachhaltiger Unterstützung der Mitarbeiter bereite Führung voraus. Führung ist der zentrale Erfolgsfaktor des notwendigen Wandels der „Arbeitswelt: Krankenhaus“. Führung prägt durch aktives Vorleben und durch das Schaffen von förderlichen Rahmenbedingungen die Organisationsstruktur und die Unternehmenskultur. Die Kultur der Zusammenarbeit und die Werte, nach denen gedacht und gehandelt wird, sind entscheidend für die Agilität einer Organisation, für deren Innovationsfähigkeit und für deren Sicherheit im Hinblick auf Patientenrisiken.

Führung ist gefordert, die o.g. Einzelmaßnahmen zur Verbesserung der Attraktivität des „Arbeitsplatzes: Krankenhaus“ umzusetzen, und zwar auf der Basis einer Führungsphilosophie, die Patientenwohlergehen, Patientensicherheit und Mitarbeiterzufriedenheit im Fokus hat und dadurch „automatisch“ auch wirtschaftlich erfolgreich ist. Dass dies funktioniert zeigt das Beispiel der MAYO Clinic, die für ihren internationalen Exzellenz-Status bekannt ist. MAYO steht für exzellente Medizin und patientenzentrierte Versorgung, ist bekannt für eine Führungskultur des gegenseitigen Respekts der Berufsgruppen, eines klaren medizinisch orientierten Wertesystems („first do no harm“) und einem „relativierten“ Stellenwert der Ökonomie im Medizinbetrieb: „Administrators are partners, but they are no equal partners, and this is purposeful“ (Berry/Seltmann, 2008).

In der aktuellen Arbeitsmarkt- und Arbeitsplatzsituation in den Krankenhäusern kommt es nicht darauf an, das vermeintlich „beste“ Führungskonzept zu adaptieren, sondern einen eigenen Weg zu finden, eine eigene Führungskultur zu entwickeln, die

- eine klare Vision hat und den Sinn in der Arbeit vermittelt,
- eine Zusammenarbeitskultur der Transparenz und des gegenseitigen Respekts pflegt,
- patientenzentriert ist,
- für reibungslose digital basierte Arbeitsabläufe und unterstützende Ausstattung bei Medizinprodukten sorgt,
- durch Coaching, Mentoring und Supervision die „handwerkliche“ Qualifikation der Mitarbeiter professionalisiert sowie deren Stress-Resilienz steigert,
- familienfreundliche und gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen schafft und
- ein faires Vergütungs- und Anreizsystem

etabliert, das die Bestandteile Individualvergütung, Teamvergütung und Gehaltsnebenleistungen aufweist.

Alle Maßnahmen, die in dieses Raster passen, sind geeignet, die aktuelle unbefriedigende Situation der „Arbeitswelt: Krankenhaus“ kurzfristig zu verbessern. Attraktive Arbeitsbedingungen sind die Grundlage für die Erreichung eines Marken-Status, der wiederum mit einem Magnet-Effekt auf dem Arbeitsmarkt verbunden ist.

Solange Controller attraktivere Arbeitsbedingungen mit höherem Gehalt haben als Pflege und Ärzte, wird sich der Fachkräftemangel am Bett verstärken.

Die Arbeitsbedingungen und das Entgelt sind die kritischen Erfolgsfaktoren für Führung und Personalpolitik, wenn es darum geht, den „War for Talent“ als Krankenhaus zu gewinnen.

Epilog: Wertschätzung durch Klatschen auf dem Balkon

In der Gesellschaft wurde die Leistung von Pflegekräften und Ärzten bei der Versorgung von Covid-19-Patienten durch abendliches Klatschen auf Balkonen honoriert. Die Politik erkannte die Notwendigkeit einer öffentlichen Wertschätzungsgeste und reagierte mit dem Versprechen, einen einmaligen (steuerfreien) Corona-Bonus in Höhe von 1.500 Euro an Pflegekräfte zu zahlen. Der staatliche Unterstützungsbetrag wurde dann auf 1.000 Euro reduziert und nicht alle Pflegekräfte durften partizipieren. Die grundlegenden Strukturprobleme wurden nicht angegangen, so dass viele Pflegekräfte das Empfinden hatten, mit dieser Prämie und den abendlichen Klatschaktionen abgespist worden zu sein.

Der mysteriöse Streetart-Künstler Banksy drückte seinen Dank an die Pflege-Helden der Corona-Krise durch ein Gemälde im General Hospital Southampton aus, das er „Game Changer“ i. S. v. „Bewusstseinsveränderer“ nannte: Ein kleiner Junge hält eine Krankenschwester-Puppe in der Hand und lässt diese wie Batman durch die Luft sausen. Sie trägt Mund-Nasen-Schutz, weiße Schwestertracht mit rotem Kreuz und einen Batman-Umhäng. Neben dem Jungen steht ein Papierkorb, in dem eine Batman-Figur und eine Spiderman-Puppe ausgerangiert liegen. Das Verständnis für die wahren Helden hat hier einen Wandel erfahren.

Fragt sich, wann der durch Corona angestoßene Sinneswandel zu erkennbaren Strukturveränderungen der Arbeitsbedin-

gungen für die „am Bett Tätigen“ in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen führt. Hier ist Führung gefordert: in Krankenhäusern wie in der Politik und in Verbänden. <<

von:

Dr. med. Maximilian C. von Eiff¹

Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Dr. biol. hom.

Wilfried von Eiff²

Priv.-Dozent Dr. med. Mohamed Ghanem

MBA³

- 1: Klinik für Urologie, Kinderurologie und Uro-Gynäkologie, St. Josef Krankenhaus Hamm (Franziskus Stiftung Münster)
- 2: Academic Director Center for Health Care Management and Regulation (HHL Leipzig Graduate School of Management und Leiter des Centrums für Krankenhaus-Management (Uni Münster). Aufsichtsrat der Kerckhoff-Klinik (Bad Nauheim)
- 3: Geschäftsführender Oberarzt an der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie sowie Ärztlicher Leiter der Zentralen Einrichtung für Physikalische Therapie und Rehabilitation, Universitätsklinikum Leipzig AöR.

Zitationshinweis

von Eiff, M., von Eiff, W., Ghanem, M.: „Corona-Effekte oder die Krise als Chance“ in: „Monitor Versorgungsforschung“ (03/21), S. 34-37. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2316>

Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Dr. biol. hom. Wilfried von Eiff
Centrum für Krankenhaus-Management
Universität Münster
Brandhoveweg 104
48167 Münster
Tel.: +49 174-398 713 2
von.eiff@uni-muenster.de

Anmerkungen

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Können Rolling-Review-Verfahren Standard werden?“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (03/21), S. 38. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2305>

Pfizer-Veranstaltung „Evolution oder Revolution? Die medizinische Forschung der Zukunft“

Können Rolling-Review-Verfahren Standard werden?

Nichts weniger als die „medizinische Forschung der Zukunft“ sollte in einem neuen Online-Diskussionsformat von Pfizer diskutiert werden. Unter dem Titel „Evolution oder Revolution?“ sprachen Thomas Schulz, Autor des Buches „Zukunftsmedizin – Wie das Silicon Valley Krankheiten besiegen und unser Leben verlängern will“, Eva Schumacher-Wulf, die Chefredakteurin der Mamma MIA!-Krebsmagazine sowie Prof. Dr. Markus Kosch, der globale Leiter im Bereich Immuntherapien und Lungenkrebs bei Pfizer, und Peter Albiez, seit März 2015 Vorsitzender der Geschäftsführung von Pfizer Deutschland.

>> Ausgehend von der These, dass 2020 das Jahr einer unglaublichen Forschungsleistung sei, in dem in weniger als 12 Monaten Forscher rund um die Welt Impfstoffe gegen ein bis dahin unbekanntes Virus entwickelten, sollten die Diskutanten die Frage beantworten, ob die Geschwindigkeit der Impfstoffentwicklung auf andere Felder übertragen werden könne und was uns in diesem Jahrzehnt an Neuem in der Medizin erwarde. Neben dem klaren Bekenntnis zu einer patientenzentrierten Sicht- und Herangehensweise sieht Pfizer-Chef Albiez jedoch nicht nur die „Problematik der aufwendig administrativen Anforderungen, die es zu erfüllen“ gelte, sondern auch die Herausforderung der Integration wichtiger Daten aus unterschiedlichen Quellen. Er erwartet seitens der Politik geeignete Rahmenbedingungen, um die Translation von Wissen in die Anwendung zu fördern; hier sei Deutschland „einfach deutlich hinter anderen Regionen der Welt“ zurück. Dabei hätte Deutschland die Substanz, was sowohl die universitäre als auch die außeruniversitäre Forschungsleistung betreffe. Albiez: „Wir sind tatsächlich in vielen Bereichen noch Weltspitze, aber das zu übersetzen und in die Anwendung zu bringen, da muss noch sehr viel passieren.“ Könnte es dann sein, dass das Rolling-Review-System auch im Arzneimittelbereich zum Standard werden könnte?

Eine der hier zu klärenden Fragestellungen sind die im Bereich der Impfstoffzulassungen seitens der EMA breit eingesetzten Rolling-Review-Verfahren. Während Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) im Titelinterview von „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF 02/21), erklärt, dass er außerhalb der Zulassung von Impfstoffen in Krisensituationen eher nicht „mit einem verstärkten Einsatz des ‚Rolling-Review‘-Verfahrens in den nächsten Jahren“ ausgeht, wird seitens Pfizer genau das erwartet. Wobei diese Forderung so neu nicht ist. Bereits am 17. September 2019 hat die FDA den Pilotversuch „Orbis“ gestartet, mit dem weltweit der Zulassungsprozess neuer Krebs-



Peter Albiez, Vorsitzender der Geschäftsführung von Pfizer Deutschland

medikamente beschleunigt werden soll. Das Ziel: Patienten sollen einen schnelleren Zugang zu innovativen Therapiemöglichkeiten erhalten, indem Zulassungsanträge in den am Projekt beteiligten Ländern simultan eingereicht und geprüft werden können. Träger dieser Initiative ist das Oncology Center of Excellence (OCE). Beteiligt sind bisher die australischen Therapeutic Goods Agency (TGA), Health Canada (HC), die Health Sciences Authority (HSA) sowie Swissmedic. Im Rahmen dieses Projekts wurden bisher zwei Gesuche um Indikationserweiterungen von



Prof. Dr. Markus Kosch, globaler Leiter im Bereich Immuntherapien und Lungenkrebs bei Pfizer

bereits zugelassenen Onkologika länderübergreifend zwischen FDA, TGA und HC begutachtet. Für künftige Gesuche sind zusätzlich zu den Indikationserweiterungen auch Zulassungsgesuche von „Neuen Aktiven Substanzen“ (NAS) vorgesehen.

Kosch nannte auch aus seinem Haus positive Beispiele. So sei gerade ein immunonkologisches Blasenkrebs-Medikament mit dieser Art des Rolling-Review-Verfahrens eingeführt worden. Auch passiere dies eben bei einem neuen Lungenkrebs-Medikament. Kosch: „Ich könnte mir vorstellen und hoffe es sehr, dass das zum Standard wird, zum Normalen.“ Mit diesem Vorgehen könne Zeit gespart werden, jedoch ohne die Qualität zu vernachlässigen. In der Pandemie habe man gesehen, dass Monate bis zu einem halben Jahr an Zulassungsprüfzeiten und Bürokratie eingespart werden können, was sich unmittelbar in Patientennutzen übertrage. Was jedoch auch auf Kosten der pharmazeutischen Unternehmen gehe. Denn neben der dazu nötigen Flexibilität seien diese beschleunigten Vorgehen aufwendige Real-Time-Prozesse, die mehr Ressourcen verbräuchten. „Man muss wirklich Hand in Hand eng abgestimmt Prozesse organisieren, das ist aufwendig, aber möglich. Und ich hoffe, dass das Standard wird“, meinte Kosch abschließend. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

HCSG

HEALTH CARE SYSTEMS GMBH

15 Jahre herausragende Versorgungsergebnisse
für die GKV

**„Die Krankenkassen können ihren Versicherten ... individuell
geeignete Versorgungsleistungen anbieten“**

§68b SGB V Absatz 2 Satz 1

Ergreifen Sie die Chance für ihre Versicherten



**Telemedizinische Versorgung
für chronisch kranke Menschen**

Health Care Systems GmbH
Wolfratshauer Straße 42
82049 Pullach i. Isartal

+49 (0) 89 / 444 889 100
info@hcsg.de

Präsidium der Hochschule für Gesundheit fordert Politik zum Handeln auf

>> Mitte Mai 2021 hat das Präsidium der Hochschule für Gesundheit (HS Gesundheit) in Bochum Bundestagsabgeordnete mit einem Schreiben auf die Bedeutung der Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe für diese Hochschule und die Verbesserung der Versorgung der Bevölkerung hingewiesen und sie zum Handeln aufgefordert.

Zum Hintergrund: Ursprünglich sollte am 21. Mai 2021 das „Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz“ (GVWG) im Bundestag beraten werden. Dies wurde aktuell auf den 11. Juni 2021 verschoben. Die Bundesregierung plant mit diesem Gesetz die auf Ende 2021 befristeten Modellklauseln, die eine hochschulische Qualifizierung für die Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie vorsehen, um weitere fünf Jahre zu verlängern. Auf Basis dieser Modellklauseln bietet die Hochschule für Gesundheit seit dem Wintersemester 2010/2011 die primärqualifizierenden Bachelorstudiengänge Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie an.

Die Hochschule für Gesundheit fordert nun, die hochschulische Qualifizierung für die Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie zeitnah in den Regelbetrieb zu überführen und die Modellphase nicht weiter zu verlängern. Eine weitere Verlängerung der Modellklauseln um fünf Jahre hatte der Bundesrat am 12. Februar 2021 für „unangemessen“ angesehen und empfohlen, die Modellklauseln „daher bis Ende 2022“ zu verlängern.

In ihrem Schreiben an die Bundestagsabgeordneten forderten Prof. Dr. Christian Timmreck, Präsident der HS Gesundheit, und Prof. Dr. Sven Dieterich, Vizepräsident für Studium und Lehre, die Politik auf, den Prozess der Akademisierung der Gesundheitsberufe in Deutschland deutlich zu beschleunigen, um den internationalen Anschluss nicht gänzlich zu verlieren. Sie untermauerten ihre Forderung mit einem Positionspapier des Präsidiums der Hochschulrektorenkonferenz (HRK) vom 26. April 2021 mit dem Titel „Akademisierung der Gesundheitsberufe“. Außerdem luden Timmreck und Dieterich die Politiker zum Gespräch mit ihnen ein.

Das Positionspapier des HRK-Präsidiums ist zuvor in der Arbeitsgruppe (AG) der Hochschulen für angewandte Wissenschaften (HAW) zum Thema „Gesundheitswissenschaften“ der HRK erarbeitet worden. Das HRK-Positionspapier hält eine „klare politische

Willensbekundung und Verantwortungsübernahme, gefolgt von bundespolitisch zu initiierenden, konzertierten Aktivitäten“ für nötig. Sven Dieterich ist Mitglied der AG. Das Papier wurde zuvor mit der ständigen Kommission „Medizin und Gesundheitswissenschaften“ der HRK abgestimmt. Für den Bereich „Public Health und andere gesundheitsbezogene Wissenschaften“ ist Sven Dieterich Gruppensprecher innerhalb der HRK-AG „Gesundheitswissenschaften“. <<

Weitere Informationen:
<https://bit.ly/2R0zE5E>



Prof. Dr. Christian Timmreck und Sven Dieterich

ValueBasedManagedCare GmbH geht mit alley an den Start

>> Die Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Behandlungspunkten, zum Beispiel zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten oder zwischen diesen und Physiotherapeuten sind – das ist hinreichend bekannt – ausbaufähig; „oft unzureichend ausgestaltet“, nennt das die medizinische Plattform alley, die in Zusammenarbeit mit Leistungserbringern und Kostenträgern nicht nur den optimalen Behandlungspfad für Patienten strukturieren, sondern gleichzeitig sowohl Qualität und Effizienz in der Behandlung als auch die individuelle Lebensqualität der Patienten steigern möchte.

Um das zu erreichen, bildet alley digital nicht nur medizinisch-relevante Daten ab, sondern bindet auch Informationen zur Lebenssituation der Patienten, dem individuellen Schmerzempfinden und dem gewünschten Behandlungsergebnis ein. Nutzer erhalten mit dem integrierten Care-Management-Tool außerdem einen analogen Zugang zu medizinisch qualifizierten Ansprechpersonen. Diese sollen Patienten dabei unterstützen, ihr Krankheitsbild und die verfügbaren Behandlungsoptionen besser zu verstehen.

Leistungserbringer hingegen erhalten frühzeitig relevante und umfassende Patientendaten, soweit diese von den Patienten

LifeTime mit BärCODEs

>> Das Hamburger Unternehmen LifeTime entwickelt einen nach eigenen Angaben sicheren Messenger weiter, mit dem u.a. Impf- und Testnachweise erstellt und Ende-zu-Ende-verschlüsselt versendet werden können. Als Nachweis dienen fälschungssichere QR-Codes (sog. „BärCODEs“), die vom Zentrum für Digitale Gesundheit am Berlin Institute of Health (BIH) in der Charité entwickelt wurden. Damit können einerseits Test-, Impfeinrichtungen und Arztpraxen Impfnachweise digital erstellen und sicher versenden, andererseits aber beispielsweise Veranstalter und Gastronomen diese beim Einlass überprüfen.

Alle personenbezogenen Informationen werden dabei – anders als bei den vielfach kritisierten zentralisierten App-Lösungen – dezentral in den QR-Codes gespeichert und erst bei der Einlasskontrolle ausgelesen. Die Datensätze können so nicht von Dritten eingesehen werden und auch offline auf Validität geprüft werden. <<

Mehr Informationen:
www.lifetime.eu/presse

freigegeben sind. „alley soll zur führenden medizinischen Plattform für die datenbasierte Herstellung von Qualitätstransparenz, die Optimierung der Therapie- und Versorgungsplanung und die individuelle Begleitung von Patienten über den gesamten Behandlungspfad werden“, erklärt dazu alley-CEO Manuel Mandler. alley ist das erste Unternehmen der 2019 von Klara Honsl und ihm gegründeten VBMC ValueBasedManagedCare GmbH. Aufgabe von VBMC ist es, analytisch getriebene Managed Care-Lösungen auf Basis des Value Based Medicine-Ansatzes zu entwickeln.

Das Unternehmen ist derzeit in der Vorbereitung eines Pilotprojekts für orthopädische Eingriffe, an dem bundesweit zwölf Kliniken und Reha-Einrichtungen beteiligt sind. Diese nutzen alley für die Terminvorbereitung und können durch mehr Wissen zu Lebensumständen und Lebensweise Faktoren identifizieren, die das Behandlungsergebnis positiv oder negativ beeinflussen, und die Behandlung darauf anpassen. Perspektivisch ist die Ausweitung der Betreuung auf die ambulante prä- und post-operative Phase geplant. alley befindet sich im Antragsprozess zur Listung als Digitale Gesundheitsanwendung durch das BfArM. <<

Mehr Informationen: www.alley.de



Valide Daten für Entscheider! Wir evaluieren Ihre Versorgungsinnovation

Wir machen Gesundheit messbar

Wenn es um Beitragsgelder von Krankenkassen geht, muss jede Ausgabe begründet sein. Ohne fundierten Nachweis des Nutzens kann eine Entscheidung für ein neues Versorgungskonzept nicht getroffen werden.

Ein schlüssiges Evaluationskonzept und die sorgfältige Durchführung der Evaluation gehören daher zu den wichtigsten Erfolgsfaktoren Ihres Projektes:

- Welche Outcome-Parameter sind für die Entscheider relevant?
- Wie muss die Intervention gestaltet sein, um eine präzise Messbarkeit zu ermöglichen?
- Welche Erhebungsinstrumente und -methoden eignen sich für Ihr Projekt am besten?
- Und wie können die Ergebnisse publiziert werden, damit eine Akzeptanz sichergestellt ist?

Wir verfügen über langjährige Erfahrungen in der Evaluation von Versorgungsinnovationen und sind an zahlreichen Innovationsprojekten beteiligt:

- 4** Projekte sind bereits erfolgreich abgeschlossen,
- 8** Projekte befinden sich in der Umsetzung und weitere
- 4** Projekte sind in der Initiierung.

Zudem beraten wir **15** Start-ups im DiGA-Prozess.



inav-berlin.de/leistungen/evaluationen

Gebündelte Expertise aus einer Hand

Das inav ist ein Forschungs- und Beratungsinstitut, das auf das Gesundheitswesen spezialisiert ist. Zu unseren Kernkompetenzen und Leistungen gehören:

- Strategieberatung bei der wissenschaftlichen Begleitung von Versorgungskonzepten
- Entwicklung von Evaluationskonzepten und Studiendesigns
- Vorbereitung und Durchführung qualitativer und quantitativer Studien (Mixed-Methods-Ansätze und komplexe Interventionen)
- Routinedatenanalysen
- Evaluation von digital gestützten Interventionen sowie von DiGAs
- Publikation von Studienergebnissen (White Papers, Journals und andere Formate)
- Kommunikation von Ergebnissen über Round Tables und andere Formate

Vereinbaren Sie jetzt einen Gesprächstermin!

Ihr Ansprechpartner:

Univ.-Prof. Dr. Volker Amelung, amelung@inav-berlin.de



inav

Institut für angewandte
Versorgungsforschung

inav – privates Institut für angewandte
Versorgungsforschung GmbH

Schiffbauerdamm 12 · D - 10117 Berlin

Tel. +49 (0)30 24 63 12 22 · info@inav-berlin.de

Novartis gründet Biome

>> Das forschende Pharmaunternehmen Novartis hat Biome Deutschland, einen digitalen Innovation Hub für Partnerschaften mit innovativen Technologieunternehmen eröffnet. Mit dem Launch soll in Berlin ein Raum geschaffen werden, in dem das Unternehmen zusammen mit Technologiepartnern an einer verbesserten und digital getriebenen Patientenversorgung der Zukunft arbeiten kann. „Novartis hat den Anspruch, die Digitalisierung des Gesundheitswesens entscheidend mitzugestalten,“ erklärt Heinrich Moisa, Vorsitzender der Geschäftsführung von Novartis Deutschland, das – so Moisa weiter – das führende Arzneimittelunternehmen sein möchte, das „Datenwissenschaft und digitale Technologien einsetzt, um die Medizin von morgen zu verbessern“.

Indem die Novartis-Expertise im Gesundheitswesen mit dem Know-how aufstrebender und etablierter Unternehmen der Tech-Community gebündelt würde, sollen E-Health-Innovationen möglichst schnell bei Patienten ankommen. „Mit dem Novartis Biome Deutschland beschäftigen wir uns mit den ganz konkreten, geschäftsrelevanten Herausforderungen“, führt Jean Dietzel, Leiter des Novartis Biome Deutschland, aus. „Unser Ziel ist es, uns mit starken Tech-Partnern zusammenzuschließen, um gemeinsam an neuen Geschäftsmodellen zu arbeiten. Dafür haben wir nun sowohl virtuell als auch in Berlin einen Raum geschaffen, um gemeinsam digitale Produkte für die Gesundheitsversorgung der Zukunft zu entwickeln und zu vermarkten.“

Zum Biome-Auftakt in Deutschland diskutierten Digital-Experten und Vertreter von E-Health-Unternehmen, Patienten sowie Krankenkassen, wie es gelingen kann, den vom Gesetzgeber gesteckten Rahmen mit Leben zu füllen. Mit dabei waren Dr. Anne-Sophie Geier, Geschäftsführerin Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung, Dr. Martin Danner, Bundesgeschäftsführer BAG SELBSTHILFE, und Dr. Elmar Waldschmitt, Geschäftsführer des Healthy Hubs, einer Arbeitsgemeinschaft von vier gesetzlichen Krankenkassen (BIG direkt gesund, IKK Südwest, Mhplus Krankenkasse und SBK Siemens Betriebskrankenkasse). Das Grußwort sprach Dr. Gottfried Ludewig, Abteilungsleiter Digitalisierung und Innovation beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG). <<

Weitere Informationen:
<https://bit.ly/3bXymzy>

„Skill-Grade-Mix“ beim Personalbemessungsinstrument berücksichtigen

>> Die Rolle der Pflegeberufe und der Mangel an Pflegepersonal sind nach Meinung des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK) spätestens in der Pandemie allen bewusst geworden, doch habe sich nichts an der Situation der beruflich Pflegenden verbessert. Daher möchte der DBfK in einem 10-Punkte-Papier aufzeigen, was für die Qualifikationszusammensetzung zu beachten ist, um die pflegerische Versorgung in Zukunft zu verbessern.

„Die optimale Versorgung von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus ist immer Teamarbeit“, sagt Dr. Sabine Berninger, Vizepräsidentin des DBfK. „Es ist dabei entscheidend, wie diese Teams zusammengesetzt sind, welche Fähigkeiten, Erfahrungen und welches Können die einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben. Die Frage nach dem sogenannten ‚Skill-Grade-Mix‘ ist für uns hochaktuell. Mit den neuen akademischen und beruflichen Ausbildungen, dem vermehrten Einsatz von spezialisierten Pflegefachpersonen, aber auch von Assistenzpersonal und den dringend notwendigen weiteren Maßnahmen, um den Beruf attraktiver zu machen, muss hier schnell gehandelt werden.“

Unter „Skill-Grade-Mix“ wird die Mischung verschiedener beruflicher Qualifika-

tionsniveaus (Grade) sowie Erfahrungen und Expertisen (Skills) in den Pflegeteams verstanden. Internationale Erfahrungen zeigen, dass die Versorgung durch sinnvoll gemischte Teams sicherer und besser wird. Dem DBfK zufolge müsse die Steuerung und Zusammenstellung der Teams unter wissenschaftlich begründeten Gesichtspunkten erfolgen. Pflegefachpersonen koordinieren die Versorgung der Patienten in multiprofessionellen Teams. „In diesen Teams tragen alle Pflegenden mit ihren unterschiedlichen Kompetenzen zu einer guten pflegerischen Versorgung bei. Man erreicht mit der richtigen Mischung und insgesamt diesen Schritten eine höhere Professionalität in der pflegerischen Versorgung, die international längst Standard ist“, so Berninger weiter.

Der DBfK fordert, dass bei der längst überfälligen Einführung eines wissenschaftlich gestützten Personalbemessungsinstruments auch der Skill-Grade-Mix berücksichtigt wird. „Fehlendes Personal unabhängig vom tatsächlichen Pflegebedarf und der Qualifikation der Pflegenden ersetzen zu wollen, führt zu Qualitätseinbußen und wird dem Fachkräftemangel auf Dauer nichts entgegensetzen“, konstatiert Berninger. <<

Weitere Informationen:
<https://bit.ly/34kHeek>

EKFS fördert klinische Forschung

>> Neue Ansatzpunkte für die Behandlung von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Schluckstörungen und Herz-Kreislaufkrankungen. Auf diesen Forschungsgebieten wurden für die aktuelle Ausschreibungsrunde drei Else Kröner Clinician Scientist Professuren vergeben.

Die gemeinnützige Else Kröner-Fresenius-Stiftung (EKFS), im Jahr 1983 von der Unternehmerin Else Kröner gegründet und zu ihrer Alleinerbin (Fresenius) eingesetzt, unterstützt mit ihrer noch jungen Förderlinie der Else Kröner Clinician Scientist Professuren Ärzte dauerhaft dabei, neben der Patientenversorgung in der Klinik auch gleichrangig medizinische Forschung betreiben zu können. So sollen wissenschaftliche Ergebnisse ermöglicht werden, die unmittelbar in die Verbesserung von Diagnostik und Therapie einfließen können.

Die Stiftung übernimmt mit jeweils einer Million Euro die Finanzierung des 50%igen Forschungsanteils der auf maximal zehn Jahre angelegten Professur. <<

Was eine Pflegekraft mehr ausmacht

>> „Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals“. So heißt ein aktuell im „Lancet“ erschienenes Paper einer Autorengruppe um Prof. Dr. Matthew D. McHugh (Center for Health Outcomes and Policy Research, University of Pennsylvania). „Mindestrichtlinien für das Verhältnis von Krankenschwester zu Patient sind ein praktikabler Ansatz zur Verbesserung des Personals und der Patientenergebnisse bei guter Kapitalrendite“, schreiben die Autoren in ihrem Fazit. Alleine die Verbesserung des Personalschlüssels von nur einem Patienten pro Pflegekraft führte zu einer Verringerung der Mortalität, der Wiederaufnahmen und der Dauer des Aufenthalts. Ebenso waren die Gesamtkosten durch die geringere Wiederaufnahmerate und die kürze Aufenthaltsdauer mehr als doppelt so hoch wie die Kosten für das zusätzliche Pflegepersonal. <<

Link:
<https://bit.ly/3FS0tPW>

Wir bringen Licht ins Dunkel

*„Es ist nicht das Ziel von Wissenschaft,
der unendlichen Weisheit eine Tür zu
öffnen, sondern eine Grenze zu setzen
dem unendlichen Irrtum.“*

*Bertolt Brecht
(1898 - 1956)*

Am besten, Sie **abonnieren** gleich*:

www.m-vf.de/abonnement oder per Mail: abo@m-vf.de

* Jahres-Abo mit 6 Ausgaben zum Preis von 90 statt 120 Euro zzgl. Versand (9,99 Euro pro Jahr in Deutschland, Ausland: 54 Euro)

monitor **VERSORGUNGS**
FORSCHUNG



Serie (Teil 31): Charité beruft fünf neue Professuren, die die Plattform – Charité Versorgungsforschung stärken

Versorgungsforschung mit hoher translationaler Bedeutung

Seit der Installation der Charité-Versorgungsforschungskongresse ist die Versorgungsforschung an der bis dato stark der Grundlagenforschung – vor allem auch rund um Themen der Neurowissenschaft – verschriebenen Charité nicht nur ein sichtbarer Teil, sondern eine „sehr sichtbare Komponente der Forschungsstrategie an der Charité“ geworden, so Prof. Dr. Axel R. Pries (Dekan der Charité) in seinem Grußwort zum 2021er Kongress (s. MVF 02/21). Veranstalter dieser Kongresse ist die Plattform – Charité Versorgungsforschung, die wiederum auf eine Initiative des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (IMSR), des Instituts für Allgemeinmedizin, des Institut für Public Health und der Notfall- und Akutmedizin (CCM/CVK) zurückgeht (s. MVF 01/20). Dass das Wissenschaftsgebiet der Versorgungsforschung für die Charité eine zunehmende Bedeutung hat, zeigen nicht weniger als fünf Neuberufungen in diesem Fach.

>> Die Versorgungsforschung übernimmt – so Pries in seinem Grußwort – nicht nur eine aktive Rolle bei der Ausbildung und Förderung des Nachwuchses ein, sondern kümmert sich auch um wichtige inhaltliche Schwerpunkte wie die ambulante und sektorübergreifende Versorgung, die Versorgung von vulnerablen Gruppen und Personen mit chronischen Erkrankungen, die Notfall- und Akutversorgung, die Telemedizin bis hin zur Rheumatologie und Orale Diagnostik und digitaler Zahnheilkunde. Pries weiter: „Die

Versorgungsforschung ist ein Bereich von extrem hoher translationaler Bedeutung. Sie kann und soll sehr patientennah die Dinge, die in der Medizin möglich sind, auch in eine Anwendung bringen, die den Rahmenbedingungen entspricht. Insofern ist die Plattform – Charité Versorgungsforschung für die strategische Entwicklung der Forschung und auch der Versorgung an der Charité von hoher Bedeutung.“

Die Versorgungsforschung kann wichtige Aspekte liefern, um die sechs Strategie-



Prof. Dr. Christoph Heintze

ist seit 2016 Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin sowie seit März 2021 Sprecher der Plattform – Charité Versorgungsforschung.

Weitere Stationen:

2012-2016 Kommissarischer Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin
2005 Master Public Health
2003 Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren
2001 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte
2001 Facharzt für Allgemeinmedizin
1995-2001 Weiterbildung Allgemeinmedizin in Heidelberg und Augsburg
1995 Promotion am Heidelberger Department of Tropical Hygiene and Public Health: „Behandlung der kutanen Leishmaniose mit Paramomycinmethylbenzetoniumchlorid in Ecuador“
1987-1995 Humanmedizinstudium an der Rupprechts Karls Universität Heidelberg und Valdivia/ Chile

felder der Charité 2030 zu unterstützen.“ In „Wir denken Gesundheit neu – Charité 2030“ ist festgehalten: „Translation ist zentrales Merkmal der Charité: Auf Basis ihrer einmaligen Struktur mit dem Berlin Institute of Health (BIH) als dritter Säule neben der Forschung und der Gesundheitsversorgung wird Translation zu einem zentralen Merkmal der Charité. Sie etabliert damit einen Kristallisationskern für das translationale Ökosystem der Wissenschafts- und Gesundheitsregion Berlin und verfolgt das Ziel, gemeinsam mit ihren Partnern eine treibende Kraft bei der Überführung wissenschaftlicher Erkenntnis in innovative Diagnostik und Therapie in Europa zu werden.“

Dieser breite Fächerkanon, den die Versorgungsforschung an der Charité bereits jetzt abdeckt, ist durchaus einzigartig in Deutschland. „Das Ziel der Plattform – Charité Versorgungsforschung ist es, durch die Vernetzung der interprofessionellen Akteure sowie den systematischen Auf- und Ausbau von Strukturen und Angebote die Versorgungsforschung an der Charité zu fördern, damit alle Patienten zukünftig noch schneller und besser von wichtigen wissenschaftlichen Erkenntnissen profitieren können“, erklärt hierzu Prof. Dr. Christoph Heintze, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin sowie Sprecher der Plattform – Charité Versorgungsforschung.

In der aktuellen strategischen Ausrichtung der Charité wird nach Worten Heintzes auf die wachsende Relevanz zur Etablierung guter Strukturen hingewiesen, um „Unmet Medical Needs in der Gesundheitsversorgung besser erkennen“ zu können. Heintze: „Dieser Punkt ist mir besonders wichtig. In diesem Feld ist die Plattform aktiv und plant, weitere interdisziplinäre Projekte anzustoßen.“

Konnte der erste Charité-Versorgungsforschungskongress schon mehr als 150 Projekte an der Charité vermelden, die der Versorgungsforschung zuzuordnen sind, sind inzwischen viele weitere hinzugekommen. Darunter sind sieben weitere Forschungsprojekte, die im Zuge der sechsten Förderwelle des beim G-BA angesiedelten Innovationsausschusses positiv bezu-

schlagt wurden. Drei Projekte unter Charité-Leitung widmen sich der Entwicklung und Erprobung innovativer Versorgungsformen im Gesundheitssektor, vier weitere beschäftigen sich mit neuen Ideen im Bereich der Versorgungsforschung. Die Charité ist darüber hinaus als Konsortialpartnerin an vier weiteren Projekten im Modul Neue Versorgungsformen beteiligt.

Insgesamt 28 Projekte mit Konsortialführung gibt es seit 2016, dem Start der Förderlinien durch den G-BA, nun an der Berliner Universitätsmedizin. Davon entfallen 13 Vorhaben auf den Bereich Neue Versorgungsformen und 15 auf den Bereich Versorgungsforschung. Während sieben neue Vorhaben in diesem Jahr ihre Arbeiten aufnehmen können, nähern sich Projekte der ersten Förderwelle bereits dem Abschluss und werden zu einer weiteren Verbesserung der deutschen Krankenversorgung beitragen.

„Wie wichtig und notwendig innovative Konzepte und Wissen aus Versorgungsprojekten sind, hat uns die Covid-19-Pandemie eindrücklich vor Augen geführt“, sagt dazu Prof. Dr. Martin Möckel, Ärztlicher Leiter der Notfall- und Akutmedizin am Campus Charité



Abb. 1: Strategiefelder der Charité 2030.

Mitte und Campus Virchow-Klinikum und Boardmitglied der Plattform – Charité-Versorgungsforschung. „Auch das Voranschreiten der Digitalisierung im Gesundheitssektor schafft beständig neue Notwendigkeiten wie auch Möglichkeiten, die Versorgungslandschaft zu gestalten, intelligente Versorgungsformen zu entwickeln oder bestehende Konzepte weiterzuentwickeln“, so Möckel weiter. <<



Prof. Dr. Wolfram Herrmann
Professur für Allgemeinmedizin m.
S. Versorgungsforschung

>> Im Oktober 2020 hat Prof. Herrmann die Professur für Allgemeinmedizin mit Schwerpunkt Versorgungsforschung an der Charité angetreten. Prof. Herrmann studierte Medizin an der Charité und der Universität Islands. Darüber hinaus studierte er Hochschuldidaktik (Higher Education) an der Universität Hamburg und Epidemiologie an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Er promovierte am Graduiertenkolleg Multimorbidität im Alter an der Charité mit Auslandsaufenthalten an der Universität Bergen und der Johns Hopkins University in Baltimore. „Diese internationalen Erfahrungen brachten mich dazu, unsere Versorgungsstrukturen zu hinterfragen“, berichtet Prof. Herrmann. Daher nahm er 2010 an der 1. DFG Nachwuchsakademie Versorgungsforschung in Lübeck teil. „Die Nachwuchsakademie Versorgungsforschung in Lübeck war damals ein intensives Erlebnis und hat mich sehr geprägt“, erzählt Prof. Herrmann. „Seitdem brenne ich für die Versorgungsforschung.“ Das wichtigste Post-Doc Projekt war ein DFG-gefördertes deutsch-norwegisches Forschungsprojekt zu den subjektiven Konzepten von Patienten zur Inanspruchnahme (haus-)ärztlicher Versorgung. Parallel zu seiner Forschungstätigkeit war Prof. Herrmann auch klinisch tätig, in der Geriatrie, Allgemeinmedizin, Orthopädie und ambulanten Rehabilitation. Nach Stationen an den Hochschulen in Furtwangen und Münster wurde er nun an die Charité berufen. „Mit dieser Professur ergab sich die Chance, in einem motivierenden wissenschaftlichen Umfeld an der Charité tätig zu werden, während

* Obwohl in dieser Serie die männliche Schreibweise verwendet wird, sind immer alle Geschlechter gemeint.

gleichzeitig in Berlin ein spannendes Umfeld mit den weiteren Universitäten der Berlin University Alliance und zahlreichen außeruniversitären Forschungseinrichtungen vorhanden ist. Darüber hinaus ist Berlin und die Charité ein guter Ort, um mit Kooperationspartnern aus aller Welt zusammen zu arbeiten“, beschreibt er seine Motivation, die Professur mit Schwerpunkt Versorgungsforschung anzutreten. „Versorgungsforschung sehe ich als einen wichtigen Teil der Translation an. Dabei bedeutet – hausärztlich gedacht – Translation nicht von „Bench to Bedside“, sondern von „Bench to Patient in the Setting“. In keinem anderen Fachgebiet gelingt es so gut, das Lebensumfeld und Setting der Patienten mitzudenken wie in der Allgemeinmedizin. Als Arzt ist mir dabei die Verbesserung der hausärztlichen Versorgung durch Versorgungsforschung eine Herzensangelegenheit.“ Eine große Herausforderung sei es dabei, dass sowohl die Hausärzte als auch die Patienten sowie andere Gesundheitsprofessionen mit ins Boot geholt werden müssen, um die Primärversorgung vor Ort zu verbessern. „Dieses sich wandelnde Bild der Allgemeinmedizin, die viel breiter aufgestellt ist als Husten und Schnupfen, führt teilweise noch zu Widerstand“, meint Prof. Herrmann, „aber international machen gerade die skandinavischen Länder vor, wie es geht, und ich hoffe auch das deutsche Gesundheitssystem wird dem Schritt für Schritt folgen.“

„Eine wichtige Aufgabe für die Zukunft sehe ich darin, die Methoden der Versorgungsforschung weiterzuentwickeln. Als ersten Schritt haben wir dazu das Charité Forum ‚Methoden der Versorgungsforschung‘ an der Plattform – Charité Versorgungsforschung auf den Weg gebracht. Dies soll auch zukünftig dazu beitragen, Versorgungsforschung als Forschungsschwerpunkt an der Charité zu etablieren“, so Prof. Herrmann. Das Forum werde einen methodischen Austausch auf hohem Niveau ermöglichen und so die bereits vorhandenen Angebote für Promovierende ergänzen.

Am Institut für Allgemeinmedizin baut er die Arbeitsgruppe Urban Primary Care auf. „Es geht dabei um Versorgungsforschung im urbanen Kontext. Häufig wird hausärztliche Versorgung mit dem Bild des Landarztes verbunden, jedoch wohnen die meisten Menschen in Deutschland in der Stadt. Die Verstärkung ist dabei kein ausschließlich deutsches Phänomen, sondern eine weltweite Entwicklung. Diese Entwicklung geht gleichzeitig mit dem demografischen Wandel einher. Die urbane hausärztliche Versorgung hat mit einer hö-

heren Bevölkerungsdichte, einer größeren Heterogenität und Diversität der Bevölkerung und einer starken Fragmentierung der Gesundheitsversorgung spezifische Herausforderungen.“ Insbesondere die Berücksichtigung sozialer Aspekte und des Lebensumfeldes in der Primärversorgung sind dabei zentrale Punkte, denen sich Prof. Herrmann widmen möchte. Dazu arbeitet das Team um Prof. Herrmann auch mit den Bezirken und anderen innovativen Projekten vor Ort in Berlin, aber auch international zusammen. So führen sie gemeinsam mit der National University of Singapore gerade ein Projekt zu der Fragestellung durch, wie die Planung der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung besser an den Bedürfnissen älterer Menschen orientiert werden kann. Urban Primary Care ist also nicht nur in Deutschland ein Thema, sondern weltweit.

Nicht zuletzt spielt auch die Nachwuchsförderung eine wichtige Rolle. „Sowohl in der Versorgungsforschung als auch in der Allgemeinmedizin benötigen wir zukünftig zahlreiche engagierte und exzellente Nachwuchswissenschaftler. Mit meiner Arbeit möchte ich dazu beitragen, Studierenden und Promovierenden frühzeitig eine selbstständige und verantwortungsvolle Forschungstätigkeit zu ermöglichen und sie damit für die Wissenschaft zu begeistern.“ <<



Prof. Dr. Kirsten Minden
 Professur für Versorgungsforschung
 in der Rheumatologie an der
 Charité Universitätsmedizin Berlin
 und am Deutschen Rheuma-
 Forschungszentrum Berlin

>> Die Professur für Versorgungsforschung in der Rheumatologie wurde von der Deutschen Rheumastiftung ins Leben gerufen, der ersten gemeinnützigen Stiftung in

Deutschland, die gemeinsam von einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V., und einer Patientenselbsthilfeorganisation, der Deutschen Rheuma-Liga, getragen wird. Die Charité – Universitätsmedizin Berlin und das Deutsche Rheuma-Forschungszentrum Berlin (DRFZ), ein Institut der Leibniz-Gemeinschaft, bewarben sich gemeinsam um die Einrichtung dieser Professur. Zu den konzeptionell vorgeschlagenen Entwicklungslinien der vorgesehenen Forschung gehörten die Evaluierung der Versorgungssituation in der Kinder- und Erwachsenenrheumatologie sowie die Entwicklung und wissenschaftliche Begleitung innovativer Versorgungskonzepte, wie z. B. von Modellen zur Verbesserung des Frühzugangs zum Rheumatologen, der Transition zwischen Kinder- und Erwachsenenrheumatologie und der Stärkung der Rolle der Patienten im Versorgungsprozess. Dieses Konzept überzeugte unter den verschiedenen eingereichten Anträgen, sodass die Professur durch die Charité ausgeschrieben werden konnte. „Zu dieser Zeit war ich neben meiner klinischen Arbeit als Kinderrheumatologin im Sozialpädiatrischen Zentrum der Charité als Leiterin der Arbeitsgruppe Pädiatrische Rheumatologie im Programmbereich Epidemiologie des DRFZ tätig. In meiner Arbeitsgruppe untersuchten wir die Versorgungssituation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit rheumatischen Erkrankungen und wie sich neue Versorgungskonzepte auf die Gesundheit und Langzeitprognose der Betroffenen auswirken“, beschreibt Prof. Minden die damalige Situation. „Außerdem analysierten wir Probleme an der Schnittstelle von der Kinder- in die Erwachsenenrheumatologie und suchten nach neuen Ansätzen zur Verbesserung der Versorgung junger Rheumatiker. Um diese Forschung in der Kinderrheumatologie weiterentwickeln und nachhaltig am DRFZ verankern zu können, habe ich mich um die Professur beworben und diese im Mai 2015 angetreten. Die Professur bot die großartige Möglichkeit, in einem personell verstärkten Team neue Forschungsideen aufzugreifen, neue Datenquellen erschließen und durch eine enge Kooperation mit der Deutschen Rheuma-Liga eine noch stärker patientenorientierte alltagsnahe Forschung umsetzen zu können.“

Die Forschungsaktivität im Rahmen der Professur, aber auch generell im Programmbereich Epidemiologie und Versorgungsforschung des DRFZ, richtet sich

grundsätzlich darauf, die Versorgung und damit die Lebenssituation rheumakranker Menschen zu verbessern. Mit der Untersuchung klinischer, sozialer und biologischer Einflussfaktoren auf den Verlauf rheumatischer Krankheiten, des komplexen Zusammenspiels von krankheits- und behandlungsbedingten Risiken und der Qualität der rheumatologischen Versorgung möchte das Team um Prof. Minden dazu beitragen, die Behandlung von Rheumapatienten sicherer und effektiver zu machen und Lücken in der Versorgung zu schließen. Eine wesentliche Grundlage ihrer Forschung bilden große Beobachtungsstudien, die derzeit über 30.000 Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen aller Altersgruppen einschließen, wobei besonders vulnerable Gruppen, wie Kinder, Jugendliche und Schwangere, gezielt berücksichtigt werden. Daten aus diesen Kohortenstudien, aber auch Sekundärdaten (z. B. Krankenkassendaten) helfen, Antworten auf Fragen zu finden, die weder die Grundlagenforschung noch die klassische klinische Forschung geben können, wie z. B. wie Patienten mit bestimmten Erkrankungen behandelt werden und wie es ihnen dabei geht, ob bestimmte Therapien bei den Patienten ankommen und falls nicht, warum dies so ist, oder auch zur Frage, ob bestimmte Medikamente im Alltag genauso sicher wie in klinischen Studien sind.

„Mit versorgungsrelevanten Fragen beschäftigen wir uns thematisch fokussiert auf die Rheumatologie in einer schnell wachsenden und fachlich sehr breit aufgestellten, uns umgebenden Versorgungsforschungslandschaft an der Charité“, berichtet Prof. Minden weiter zum Forschungsumfeld. „Fachliche Beziehungen bestehen zu benachbarten Instituten und Kliniken der Charité mit dem Schwerpunkt Versorgungsforschung. Die Plattform – Charité Versorgungsforschung befördert unsere Vernetzung mit diesen Einrichtungen, die gemeinsame Weiterentwicklung von Methoden und Konzepten sowie die Optimierung der Nachwuchsförderung. Die Professur für Versorgungsforschung in der Rheumatologie bietet durch ihre Anbindung an DRFZ und Charité enormes Gestaltungspotenzial.“ Die gegebenen Möglichkeiten zur Forschung und interdisziplinären Vernetzung möchte Prof. Minden nutzen, um Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit relativ seltenen, lebenslangen Erkrankungen eine bedarfsgerechte Versorgung zukommen zu lassen und ihnen eine bestmögliche Le-

bensperspektive zu geben. „Eine erfolgreiche Forschung auf kinderrheumatologischem Gebiet setzt voraus, Fragen der Zeit zu erkennen, Kinderrheumatologen und Betroffene für eine gemeinsame alltagsnahe Forschung zu gewinnen und aus strukturiert erfassten Daten des klinischen Alltags klinisch relevante Erkenntnisse ableiten und kommunizieren zu können. Dieses Vorhaben treibt uns an“, so Prof. Minden. Erfolgreiche Schritte in diese Richtung wurden mit neuen, in den letzten Monaten initiierten Forschungsinitiativen unternommen (z. B. den von Innovationsfonds, BMBF oder DLR geförderten Projekten InfoTrans, Kick COVID, ProKind, TARISMA). „Natürlich wollen wir auch die Begeisterung für Forschung und Wissenschaft mit jungen Kollegen teilen und diese bei ihrer wissenschaftlichen Arbeit unterstützen und fördern.“ <<



Prof. Dr. Liane Schenk
Professur Versorgungsforschung m.
S. Vulnerable Gruppen

>> Seit 2006 leitet Prof. Schenk den Bereich „Medizinische und pflegerische Versorgungsforschung“ am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité und forscht hier gemeinsam mit ihrem Team u. a. zu Versorgungsbedarfen vulnerabler Gruppen in unserem Gesundheitssystem. 2020 trat sie die speziell mit diesem Schwerpunkt eingerichtete Professur an. „Diese populationsbasierte Perspektive entspricht meiner Forschungsausrichtung und gibt mir Gelegenheit, diese auch weiter zu verfolgen“, beschreibt Prof. Schenk ihre Beweggründe, diese Professur anzutreten.

Der Begriff Vulnerabilität meint hierbei keine festgeschriebenen Eigenschaften von Personen oder Personengruppen, sondern zielt auf eine erhöhte gesundheitliche Ver-

letzlichkeit infolge struktureller Benachteiligungen oder Gefährdungen. Das können bspw. eine Fluchterfahrung und eine ungesicherte Aufenthaltsperspektive, eine prekäre Lebenslage in Wohnungslosigkeit, die Lebenszyklusphase der Hochaltrigkeit oder auch fortgeschrittene Krankheitsstadien sein, die das Risiko auf eine höhere Verwundbarkeit bei gleichzeitig reduzierten Abwehrpotenzialen implizieren. Vulnerable Gruppen werden häufig aus Beobachtungs- und Interventionsstudien ausgeklammert, da sie schwerer bzw. nur mit einem größeren Aufwand erreichbar sind. „Vulnerabilität wirkt im Versorgungsgeschehen oftmals als Brennglas virulenter Themen, was nicht zuletzt diesen Fokus für mich zu einer relevanten und erkenntnisreichen Forschungsperspektive macht. In unseren Studien untersuchen wir, inwieweit Versorgungsbedingungen Ressourcen und Potenziale vulnerabler Gruppen stärken oder auch Vulnerabilität verschärfen. Außerdem verbindet sich das Konzept der Vulnerabilität mit theoretischen und methodischen Fragestellungen, die für die Versorgungsforschung von generellem Interesse sind“, berichtet Prof. Schenk zur Bedeutung dieses Forschungsschwerpunktes und zu ihrer Motivation. „Überdies freue ich mich über die Professur, da Frauen nach wie vor selten in dieser akademischen Position vertreten sind. Ich hoffe, hier Kollegen, die eine solche Laufbahnperspektive für sich als nicht erreichbar ansehen, gleichwohl sie über alle erforderlichen Voraussetzungen verfügen, als Beispiel zu dienen. Es ist mir in diesem Zusammenhang eine Herzensangelegenheit, den Mantel meiner Professur dafür zu nutzen, Graduierungen zu unterstützen und für die oftmals prekär beschäftigten Mitarbeitenden Forschungsperspektiven mit abzusichern.“

Die Versorgungsforschung ist ein stark interdisziplinäres und interprofessionelles Forschungsgebiet, in dem die Medizinsoziologie wertvolle theoretische und methodische Impulse geben. „Das skizzierte Forschungsfeld möchte ich hierbei gern theoretisch-konzeptionell und methodisch weiter vorantreiben, eingebettet in die Ausgestaltung einer diversitätssensiblen Versorgungsforschung“, so Prof. Schenk zu weiteren Zielen ihrer Arbeit.

Methodisch gibt es zahlreiche Herausforderungen, die es zu meistern gilt. Neben der schwierigen Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen für wissenschaftliche Betrachtungen im Versorgungskontext, nimmt die

Komplexität von Interventionen immer mehr zu, so dass die Messung der sich ergebenden Effekte unter Umständen weniger eindeutig wird. Hier möchte das Team um Prof. Schenk dazu beitragen, methodische Designs weiterzuentwickeln, die nicht nur Effekte messen, sondern auch helfen, die zugrundeliegenden Wirkmechanismen zu verstehen und zu erklären. Voraussetzung für die Bearbeitung dieser konzeptionellen und methodischen Fragestellungen sind immer auch inhaltliche Forschungsergebnisse. „Unsere aktuellen Analysen nehmen verschiedene Versorgungssettings wie die Notfallversorgung, die ambulante und stationäre Langzeitpflege, aber auch sektorenübergreifende Versorgungsverläufe in den Blick“, berichtet Prof. Schenk weiter zu den derzeitigen Forschungsaktivitäten. Ergänzend zur Patientenperspektive werden die Perspektive der Gesundheitsprofessionen sowie Versorgungsstrukturen systematisch in die Forschung einbezogen. Zielpopulationen, die im Mittelpunkt aktueller Forschungsprojekte stehen, sind u. a. ältere und hochbetagte Notfallpatienten, Schlaganfallbetroffene, zugewanderte Patienten sowie Wohnungslose. Hier bieten sich an der Charité sowie im Forschungsumfeld Berlin und Brandenburg zahlreiche Möglichkeiten, relevante Fragestellungen anzugehen und zu beantworten.

„Mit der Plattform – Charité Versorgungsforschung wurde nun auch ein institutioneller Rahmen geschaffen, der die Vernetzung zwischen theoretischen und klinischen Fächern und auch den wissenschaftlichen Nachwuchs fördert. Dies gibt uns die Chance, u. a. durch eine sinnvolle Vernetzung den Zeitraum zwischen Erkenntnis und Implementation in die Regelversorgung zu verkürzen. Durch meine Mitarbeit im Board der Plattform und durch meine Forschungen möchte ich einen Beitrag dazu leisten, die Versorgungsforschung als weiteren Forschungsschwerpunkt an der Charité dauerhaft zu verankern.“

Eine konkrete Vision, die ich in diesem Kontext verfolgen möchte, ist die Entwicklung eines diversitätssensiblen Versorgungsmonitorings an der Charité. Optimierte Versorgungsbedingungen sollten dabei nicht nur Patienten zugutekommen, sondern ebenso den in der Versorgung Tätigen. Wir möchten mit unseren Konzepten sowohl Krankenhäuser als auch Pflegeeinrichtungen auf dem Weg zu kultursensiblen Handeln unterstützen. Es ist mir darüber hinaus ein Anliegen, dass die soziokulturelle

Diversität systematisch in der Konzeption von Studien, in ihrer Umsetzung, in den Analysen und der Translation der Ergebnisse Berücksichtigung findet“, berichtet Prof. Schenk zu den anstehenden Aufgaben und Zielen. <<



Prof. Dr. Anna Slagman
Professur für Notfallmedizinische Versorgungsforschung

>> Die Notfall- und Akutmedizin ist in Deutschland, im Vergleich zu vielen anderen Ländern, akademisch betrachtet noch in den Kinderschuhen und die von Prof. Anna Slagman besetzte Professur „Notfallmedizinische Versorgungsforschung“ ist die zweite Professur im Bereich Notfallmedizin in Deutschland. Im deutschen Gesundheitssystem bilden die Notaufnahmen eine wichtige Schnittstelle zwischen der ambulanten und stationären Versorgung. Durch diese besondere Stellung im Gesundheitssystem ist die Inanspruchnahme von Notaufnahmen ein wichtiger Indikator für Versorgungsqualität und -angebot in den oben genannten Sektoren einerseits und sich wandelnde Bedürfnisse sowie Veränderungen im Erkrankungsgeschehen auf gesellschaftlicher Seite andererseits. „Aus diesem Grund ist die Notaufnahmeananspruchnahme und die Erforschung der entsprechenden Einflussfaktoren ein wichtiger Schwerpunkt unserer Forschungsprojekte“, so Prof. Slagman.

Vor dem Hintergrund stetig steigender Fallzahlen in der Notaufnahme und damit einhergehenden Überfüllungssituationen liegt dabei ein besonderer Fokus auf der Identifikation von vermeidbaren Fällen in der Notaufnahme, wie auch von Fällen, welche adäquat durch andere Leistungserbringer versorgt werden könnten. Ein wichtiges Projekt, das in Zusammenarbeit mit dem

Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (Zi) durchgeführt wird, beschäftigt sich mit der Optimierung und Evaluation des zur Patientensteuerung in der Notfallversorgung entwickelten Instrumentes SmED zur strukturierten medizinische Ersteinschätzung in Deutschland.

Notaufnahmen fungieren darüber hinaus auch als eine der primären Anlaufstellen für Menschen in psychosozialen Notlagen. „Die Identifikation solcher Fälle in der Notaufnahme durch entsprechende Screening-Instrumente und die adäquate Versorgung und Weiterleitung in angemessene Versorgungsstrukturen stellen einen weiteren wichtigen Schwerpunkt unserer Forschungen dar“, berichtet Prof. Slagman weiter.

Eine wichtige methodische Herausforderung der letzten Jahre bestand in der Nutzbarmachung von Routinedaten aus Notaufnahmen. Die Notaufnahmeversorgung lässt sich bisher in Abrechnungsdaten nur schwerlich abbilden, so dass der Datenextraktion, -aufbereitung und -analyse von Daten aus den Notaufnahmeformatensystemen ein hoher Stellenwert zukommt. Prof. Slagman konnte hier einen wichtigen methodischen Beitrag leisten und ihre Kenntnisse in diesem Bereich durch einen Forschungsaufenthalt in Australien, der durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft gefördert wurde, vertiefen und nach Deutschland transferieren.

Die oben genannten Projekte profitieren, neben der engen Zusammenarbeit mit den in der klinischen Notaufnahmeversorgung tätigen Berufsgruppen, insbesondere durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den anderen Gründungsinstituten der Plattform – Charité Versorgungsforschung, sowie projektbezogen auch mit den anderen Charité-Instituten und -Kliniken.

Ein Ziel ist es, die bisher in Deutschland nicht etablierte Gesundheitsberichterstattung zur Notaufnahmeversorgung mit aufzubauen. Hierzu beteiligt sich Prof. Slagman, zusammen mit dem Robert Koch-Institut, an der Definition eines Mindestdatensatzes zur Notaufnahmeversorgung.

Ein nächstes Ziel ist die Mitarbeit an der Definition von Kennzahlen und Qualitätsindikatoren für die Notaufnahmeversorgung aus Notaufnahmeroutinedaten.

Einen weiteren Forschungsschwerpunkt setzt Prof. Slagman im Bereich der Verbesserung der Versorgung von vulnerablen Gruppen in der Notaufnahme, wie psychosozialen Notfällen, aber auch älteren Patienten. Die Bedeutung dieses Forschungsgebietes

ist nicht zuletzt wegen des demografischen Wandels und aktuellen Pandemie-Situation immer mehr gewachsen.

In enger Zusammenarbeit mit der klinischen Notfall- und Akutmedizin in Deutschland und an der Charité werden zahlreiche verschiedene Fragestellungen zur Verbesserung der Versorgung in Notaufnahmen bearbeitet. Hier ist Prof. Slagman über verschiedene Symptom- und Diagnosegruppen hinweg die methodisch verantwortliche Person für die Planung, Umsetzung und Analyse einer Vielzahl von Forschungsprojekten in der Notfall- und Akutmedizin.

Die Aus-, Fort- und Weiterbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses liegt Prof. Slagman besonders am Herzen. So hat sie im Modellstudiengang Medizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin Modulverantwortung für ein vertiefendes Modul im wissenschaftlichen Arbeiten im 6. Fachsemester übernommen und ist weiterhin als Lehrende in allen Wissenschaftsmodulen des Modellstudienganges eingebunden. Sowohl in der studentischen Lehre, als auch in dem von Prof. Slagman geleiteten, jährlich stattfindenden „Young Investigator Workshop“ zur Notfallmedizinischen Versorgungsforschung, liegt der Fokus auf der Vermittlung von Methodenkenntnissen, ebenso wie auf der Vernetzung von klinisch Tätigen und Wissenschaftlern zu Themen der Notfallmedizinischen Versorgung. Das bewährte Format des „Young Investigator Workshops“ konnte sich inzwischen auch im Rahmen der Europäischen Gesellschaft für Notfallmedizin (European Society of Emergency Medicine - EUSEM) durchsetzen, in welchem Prof. Slagman ebenfalls mitwirkt. Sie ist weiterhin Mitglied und Country Principal Investigator des „EUSEM Research Network“, welches im letzten Jahr erstmalig zwei europaweite Studien zur Versorgung älterer Patienten in der Notaufnahme und zur Versorgung von Patienten mit Verdacht auf eine Sars-CoV2-Infektion in der Notaufnahme umsetzen konnte. Die Auswirkungen der Pandemie auf die Notaufnahmeananspruchnahme war und ist ein wichtiges aktuelles Forschungsthema von Prof. Slagman. „Auf Grund der Beeinflussung der Notaufnahmeananspruchnahme durch Veränderungen im Gesundheitssystem, wie auch auf gesellschaftlicher Ebene, sehen wir die Notaufnahmen einerseits als Indikator für bestehende und entstehende Versorgungsempässe und -lücken, andererseits als „safety nets“ für Patienten vulnerabler Subgruppen.“ <<



© Charité, Wiebke Peitz

Prof. Dr. Falk Schwendicke Professur für Orale Diagnostik, digitale Zahnheilkunde und Versorgungsforschung

>> Diese Professur ist in deutschlandweit einzigartig. Die Charité und auch alle Kollegen am CC3 können und sollten stolz darauf sein, dass es gelungen ist, eine so innovative Abteilung und einen zugeordneten Lehrstuhl hier zu etablieren. Aus meiner Sicht ist der Standort Berlin exzellent positioniert und gerade die Zahnmedizin in Berlin gut aufgestellt, um erfolgreich die Themen Diagnostik, Digitalisierung und Versorgungsforschung in Forschung, Lehre und Krankenversorgung vorantreiben zu können. Wir haben langjährige Expertise, ein großes Netzwerk und die notwendigen methodischen Kompetenzen“, so Prof. Schwendicke.

Die Abteilung um Prof. Schwendicke verfolgt eine Reihe von Zielen, die sich sogar schon aus dem Abteilungsnamen ableiten. Da ist zum einen der Ausbau der zahnmedizinischen Diagnostik in Lehre, Krankenversorgung und Forschung. Wie in anderen medizinischen Feldern wird auch in der Zahnmedizin die Diagnostik eine immer größere Rolle spielen, wobei dies eng verwoben sein wird mit der Nutzung digitaler und datengetriebener Technologien, z.B. unter Rückgriff auf KI. „Dies wäre dann auch schon unser zweiter Schwerpunkt - eine datengetriebene Zahnmedizin! Diese beiden Felder wollen wir mit Versorgungsforschungsfragen, vor allem im Bereich der Pflege- und Telezahnmedizin, ‚verheiraten‘ und dabei auch eng mit der Plattform – Charité Versorgungsforschung zusammenarbeiten“, beschreibt Prof. Schwendicke die angestrebten Ziele. „Die Abteilung und die Zahnmedizin hier an der Charité sollen **der** Ansprechpartner für Fragen von Versorgungsforschung und digitaler

Zahnheilkunde in Deutschland und Europa werden. Gerade beim Thema KI ist uns dies bereits gelungen – wir sind weltweit Vorreiter und arbeiten mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO), dem Weltverband der Zahnärzte (FDI), der Internationalen Fernmeldeunion (ITU) und diversen nationalen Akteuren zusammen, unsere Forschung in diesem Bereich ist richtungsweisend.“ Neben dem Schwerpunkt KI in der Zahnmedizin, das u. a. auch das Thema Maschinelles Sehen umfasst, werden auch die datengestützte Präzisionszahnmedizin und der Bereich der integrativen Versorgungsforschung in den Fokus der Forschungen gestellt. In seiner neuen Position hat sich Prof. Schwendicke zahlreiche Ziele gesetzt. „Ich möchte zum Ersten die Rolle der Diagnostik in der zahnmedizinischen Lehre und Krankenversorgung ausbauen und dies durch Forschung untermauern. Der Zahnarzt von morgen wird sich vielmehr mit Diagnostik, Monitoring und Therapiebegleitung als mit der eigentlichen Therapie beschäftigen. Zum Zweiten möchte ich mich dafür einsetzen, dass KI und andere digitale Technologien in der Zahnmedizin Verbreitung finden und dies andererseits auch verdienen!

Wir brauchen robuste, generalisierbare und an Standards ausgerichtete KI. Zudem müssen wir die Zahnmediziner von morgen fit machen, mit diesen Technologien umzugehen. Das Thema ‚digital and data literacy‘ wird uns mehr beschäftigen. Zum Dritten sind wir stark daran interessiert, den demografischen Wandel auch in der Zahnmedizin zu begleiten. Zurzeit sind unsere Versorgungsansätze, gerade was die aufsuchende Betreuung in Pflegeheimen oder gar zu Hause angeht, nur bedingt wirksam. Wir wollen hier Konzepte entwickeln, erproben und zeitnah in die Versorgung übertragen.“ Zu diesem Zweck etabliert Professor Schwendicke gerade eine eigene Versorgungseinheit am CharitéCentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Diese soll sich schwerpunktmäßig mit pflegezahnmedizinischen Fragestellungen auseinandersetzen.

„Durch die klinische Zusammenarbeit mit einem Kooperationsnetzwerk aus Pflegeheimen wird es uns gelingen, Forschungsansätze in die Versorgung zu überführen, zu erproben und dort unter realen Bedingungen zu verbessern. Zugleich erbringen wir sinnstiftende Versorgungsleistung – die Mundgesundheit von Pflegeheimbewohnern ist oft dürftig. Das Interesse der Pflegeheime an einem solchen Konzept ist groß.“ <<

Besserer Zugang zu KI-basierten Lösungen

>> Im Rahmen des EU-Programms „Horizon 2020“ begann bereits Anfang 2021 das Hospital Smart Development based on AI-Projekt. HosmartAI stellt eine übergreifende Plattform bereit, die das Entwerfen, Entwickeln, Darstellen und Bereitstellen von KI-Lösungen für das Gesundheitswesen ermöglicht und so die Realität einer europäischen KI als „Ökosystem des Vertrauens und der Exzellenz“ vorantreiben soll.

HosmartAI soll die Integrationsmöglichkeit von Digital- und Robotertechnologien in neue Gesundheitsumgebungen gewährleisten und bietet die Möglichkeit, ihre Vorteile zu analysieren. Darüber hinaus fördert das Projekt die Idee und die Prinzipien von „Responsible Research and Innovation (RRI)“ während der Projektlaufzeit. Mit der Plattform wird ein benutzerzentrierter, interdisziplinärer Ansatz verfolgt und es werden Stakeholder und Bürger in die Methodik einbezogen. Auf diese Weise soll ein Gesundheitssystem entstehen, das die neuen Möglichkeiten voll ausschöpft und dabei von den Endnutzern akzeptiert wird.

Eine Bedingung hierfür ist, dass das HosmartAI-System in neuen Gesundheitseinrichtungen wie Arztpraxen, Kliniken etc. Anwendung findet und innovative Technologien darin integriert werden. Hierfür werden zwei offene Aufrufe an die Wissenschaft und das Forschungspublikum mit dem Schwerpunkt auf Tech-Start-ups und KMUs (kleine und mittelständische Unternehmen) gerichtet: Sie sollen bestimmte HosmartAI-Herausforderungen lösen oder neue Technologien in die HosmartAI-Plattform integrieren, neue Pilotprojekte entwickeln, die HosmartAI-Technologien einsetzen und neue Anwendungen und Nutzergruppen erkunden.

HosmartAI wird zunächst acht großangelegte Pilotprojekte einbinden. Diese werden 3.000 Patienten, 300 Angehörige der Gesundheitsberufe und 600 Interessengruppen beteiligen, darunter Gesundheitsmanager in fünf verschiedenen europäischen Regionen (Belgien, Italien, Griechenland, Slowenien und Spanien). Der Fokus liegt hierbei auf abgegrenzte medizinische Aspekte und Krankheitsmanifestationen. Dazu gehören Krebs, Magen-Darm-Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Thoraxerkrankungen, neurologische Erkrankungen, Altenpflege sowie neuropsychologische Rehabilitation, Einschränkungen des fetalen Wachstums und Frühgeburt.

Geleitet wird das HosmartAI-Projekt von einem durch INTRASOFT International koor-

dinierten Konsortium. Zu diesem gehören 24 leitende Instanzen der Bereiche Forschung, Gesundheitswesen, Innovation und Wirtschaft aus 12 europäischen Ländern. Neben EIT Health Germany sind das Universitäten und Forschungszentren, KMUs, Verbände, Krankenhäuser und Gesundheitszentren sowie Großunternehmen. Durch diese interdisziplinäre Zusammenarbeit vereinen sich viele unterschiedliche Blickwinkel und bilden optimale Voraussetzungen, um eine umfangreiche Wirkung des Projektes zu gewährleisten.

EIT Health Germany wiederum ist eines von insgesamt sieben EIT Health-Zentren in Europa und betreut in Deutschland, Österreich und der Schweiz zurzeit 35 Partner aus Industrie, Forschung und Lehre, u. a. Roche, Abbvie, das Karlsruher Institut für Technologie (KIT), die Universität Heidelberg, aber auch Start-ups und KMUs. <<

Weitere Informationen: <https://www.hosmartai.eu/>

1,4 Millionen Euro für bessere Wissenschaftskommunikation

>> Die Stärkung der Wissenschaftskommunikation in Deutschland ist für Bundesforschungsministerin Anja Karliczek ein wichtiges Ziel der laufenden Legislaturperiode. Hierzu entwickelt die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) initiierte Denkfabrik #FactoryWisskomm Maßnahmen zum besseren Austausch zwischen Wissenschaft und Gesellschaft. Seit September 2020 erarbeiten dabei rund 150 Experten aus Wissenschaft und Medien in 6 Arbeitsgruppen Handlungsempfehlungen. Ziel ist, die Wissenschaftskommunikation in Deutschland strukturell zu stärken.

Als ein Ergebnis dieses Prozesses wird das BMBF in den kommenden drei Jahren am Nationalen Institut für Wissenschaftskommunikation (NaWik) den Aufbau eines modularen E-Learning-Angebots für Wissenschaftskommunikation mit rund 1,4 Millionen Euro fördern. Hierzu erklärt Bundesforschungsministerin Anja Karliczek: „Die Covid-19-Pandemie zeigt uns sehr deutlich, wie wichtig und zugleich herausfordernd eine gute Wissenschaftskommunikation ist.“ Es ginge jedoch nicht nur darum, exzellente Forschung zu betreiben, da gerade in einer Pandemie für die Gesellschaft viel von den Fortschritten und Erfolgen der Wissenschaft abhängt. Deswegen sei es für Forschende zunehmend wichtig geworden, ihre wissenschaftliche Arbeit den

Trendumkehr im Notfallbereich

>> Die Kernergebnisse einer vom Zi veröffentlichten Studie zur Entwicklung der ambulanten Notfallversorgung 2009 bis 2020: Die Zahl der insgesamt an Krankenhäusern in Deutschland ambulant oder stationär behandelten Notfallpatienten ist seit 2016 rückläufig. Bis 2019 ist die Gesamtzahl der Notfallbehandlungen dort um rund 265.000 Fälle auf 19 Mio. Fälle gesunken. Der Grund hierfür ist der Rückgang der ambulant im Krankenhaus behandelten Notfälle. Waren es 2016 noch 10,67 Mio. Behandlungsfälle, ist diese Zahl bis 2019 auf 10,27 Millionen zurückgegangen. Von 2018 auf 2019 haben die Gesamtfallzahlen auf 19 Millionen ambulante Notfälle pro Jahr nachgegeben. Der Gesamtfallzahlrückgang verstärkte sich im Covid-19-Pandemiejahr 2020 noch weiter. So ist in den ersten drei Quartalen 2020 ein Rückgang an ambulanten Notfällen von -13 % im Vergleich zum Vorjahr zu beobachten. Demgegenüber ist die Anzahl stationärer Notfälle von 2009 bis 2019 von 6,6 auf 8,7 Mio. Fälle gestiegen. <<

Menschen auch gut und verständlich vermitteln zu können. Karliczek: „Dies gilt gerade mit Blick darauf, dass es gesellschaftliche Strömungen gibt, die in der Pandemie ganz bewusst Fakten ignorieren.“

Doch sei nach Karliczeks Meinung das Können, Forschungsinhalte mit diesem Anspruch zu vermitteln und ihre Relevanz einer breiteren Öffentlichkeit zu verdeutlichen, nicht jedem Forschenden in die Wiege gelegt. Mit einem neuen Online-Lernangebot am renommierten Nationalen Institut für Wissenschaftskommunikation in Karlsruhe sollen Wissenschaftler deshalb darin unterstützt werden, ihren Blick auf die öffentliche Kommunikation ihrer Forschung zu schärfen. Damit solle eine wichtige Lücke in der Weiterbildung für Forschende geschlossen werden. Karliczek: „Wissenschaftskommunikation will gelernt sein!“

Hintergrund: Die #FactoryWisskomm ist eine zentrale Maßnahme des BMBF, um den öffentlichen Diskurs über Wissenschaftsthemen und den Austausch zwischen Wissenschaft und Gesellschaft in all seinen Facetten zu stärken. Bei der Auftaktveranstaltung am 28. September 2020 wurden sechs Arbeitsgruppen gebildet. Jede Arbeitsgruppe arbeitete für ihr Handlungsfeld eigene Empfehlungen und Vorschläge für konkrete Maßnahmen aus. <<

Link: <https://www.nawik.de>

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

8. DNVF Forum Versorgungsforschung

Forschungsinfrastruktur und Daten für relevante Fragestellungen

Im 8. DNVF-Forum Versorgungsforschung wurde diskutiert, wie zielgerichtet für verschiedene Fragestellungen aus wissenschaftlicher Sicht Empfehlungen für spezifische Vorgehensweisen aufgezeigt werden können. An praktischen Beispielen wurde gezeigt, wie vorhandene Datenquellen versorgungsnaher Daten besser für die Forschung und die Verbesserung der Versorgung auch schon jetzt genutzt werden. Es wurde ein Ausblick gegeben, was zu tun ist, um das Potenzial versorgungsnaher Daten auszubauen. Konkret vereinbarten die Referierenden, in einer Publikation ein Plädoyer für eine Forschungsinfrastruktur zu verfassen.

>> Prof. Monika Klinkhammer-Schalke (DNVF, Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung, Universität Regensburg) und Dr. Thomas Kaiser (IQWiG) begrüßten die 120 Teilnehmer und die Referenten des Forums herzlich. Im kurzen Überblick über das Programm wurde deutlich, dass das Thema „Versorgungsnaher Daten – methodische Voraussetzungen und Nutzen“ aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet wird und am Ende konkrete Schritte stehen sollen, was getan werden kann, um die Nutzung versorgungsnaher Daten voran zu bringen.

Prof. Holger Schünemann (McMaster University, Cochrane Center Canada) sprach live aus Kanada in seiner Keynote zur Anwendbarkeit und Evidenzqualität versorgungsnaher Daten. Er zeigte an drei konkreten Fragestellungen, wie die Nutzung versorgungsnaher Daten aus Beobachtungsstudien auch im Zusammenspiel mit RCTs in die Entscheidungsfindung z.B. hinsichtlich einer

prophylaktischen Antikoagulation bei Covid-19-Erkrankten einfließt. Die Einordnung der Relevanz der Studien folgt dabei der Systematik des GRADE Evidenz-Assessments. GRADE ist ein strukturierter Ansatz, der es erlaubt, die Evidenzqualität einer Studie zu beurteilen. Dabei werden Faktoren wie Risk of Bias, Datenqualität etc. betrachtet. Die Einschätzung der Evidenz fließt dann in eine GRADE-basierte Empfehlung und Entscheidungsfindung. Eine wichtige Perspektive ist neben dem Abwägen von Nutzen und Schaden, Wirtschaftlichkeit, Machbarkeit auch die Relevanz der Wirkung der Endpunkte, bezogen auf die Patienten. Prof. Schünemann betonte, dass die Bezeichnung Real-World-Evidence für Daten aus der Versorgung dazu führen kann, dass diese Daten für reeller gehalten werden als beispielweise Daten aus klinischen Studien. Das ist nicht der Fall, da auch Daten aus klinischen Studien real sind. Er appellierte ausdrücklich je



Prof. Monika Klinkhammer-Schalke und Dr. Thomas Kaiser.

Kommentar

Liebe Kolleginnen und Kollegen, das ehrenamtliche und sehr starke Engagement unserer Mitglieder und aller Funktionsträger ist die Basis der Arbeit des DNVF. Das sind neben dem Vorstand 22 Arbeits- und Fachgruppen, die seit Jahren zu zentralen Themen der Versorgungsforschung Memoranden, Positionspapiere und Stellungnahmen erstellen, Module für die Spring School organisieren und im Programmkomitee des DKVF mitwirken.



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

Die Ad-hoc-Kommission Innovationsfonds hat ihre erste Publikation „Charakteristika von durch den Innovationsfonds geförderten Interventionsstudien“ veröffentlicht. Die Studie zeigt einen relevanten methodischen Verbesserungs- und Beratungsbedarf zu aktuellen und zukünftigen Innovationsfonds-Projekten. Die Ad-hoc-Kommission Versorgungsnaher Daten hat das zweite Kapitel „Versorgungsnaher Daten zur Evaluation von Interventionseffekten“ publiziert.

Das Angebot der Spring School des DNVF vom 25. – 28. Mai 2021 wurde von unterschiedlichen Professionen und Akteuren im Gesundheitswesen ausgezeichnet angenommen. Über 170 Teilnehmer waren dabei. Ein gutes Diskussionsklima und namhafte Referenten sowie der Vortragsabend von Prof. Holger Pfaff zum Thema „Werdegang des DNVF und Zukunftsperspektiven der Versorgungsforschung“ haben zum Erfolg beigetragen. Ich möchte mich an dieser Stelle ganz herzlich bei der wissenschaftlichen Leitung, Prof. F. Hoffmann und Prof. J. Köberlein-Neu, allen Referenten und der Geschäftsstelle des DNVF für die tolle Vorbereitung und Durchführung bedanken.

Ebenfalls sehr gut besucht und geprägt vom internationalen fachlichen Austausch auf hohem Niveau und einer lebendigen Diskussion erlebten wir am 12. Mai das 8. Forum Versorgungsforschung zum Thema Versorgungsnaher Daten – methodische Voraussetzungen und Nutzen.

Ebenfalls freuen wir uns sehr über die 506 eingereichten Abstracts für den 20. DKVF, die im Moment begutachtet werden. Das lässt einen spannenden und vielfältigen Kongress erwarten. Ich möchte Ihnen den Besuch des 20. Kongress für Versorgungsforschung mit der Thematik „Versorgungskontext verstehen – Praxistransfer befördern“ nochmal sehr ans Herz legen.

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

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

nach Fragestellung zu entscheiden, welche Datenressourcen nutzbar sind und auch dass sich RCTs und nicht randomisierte Studien mit versorgungsnahen Daten gut ergänzen können. Entscheidend ist letztlich die Datenqualität passend zur Fragestellung.

Prof. Monika Klinkhammer-Schalke nahm den Ball ihres Vorredners auf und erklärte, dass die Ad-hoc-Kommission des DNVF nicht den Begriff der Real-World-Daten nutzt, sondern von versorgungsnahen Daten spricht.

Sie zeigte in ihrem Vortrag, dass mit qualitativ hochwertigen Krebsregisterdaten auch evidenzbasiertes Wissen für die Versorgung generiert werden und so eine Vielzahl von Fragestellungen aus Leitlinien und der Krebsforschung beantwortet werden können. Register müssen sich dabei an den Internationalen Qualitätsanforderungen [1] für Register orientieren. Das ermöglicht dann auch RCTs mit Registerdaten durchzuführen. Beispielhaft wurde eine Registerauswertung im Bereich Brustkrebs gezeigt mit einer deutlich geringeren Mortalität bei einer Behandlung mit Trastuzumab bei einer HER2-Überexpression. Auch im Rahmen der Covid-19-Pandemie konnte mittels der Register nachgewiesen werden, dass Vorsorgeuntersuchungen und operative Eingriffe in frühen Krebsstadien (Brust und Darmkrebs) signifikant zurückgegangen sind. Prof. Monika Klinkhammer-Schalke betonte, dass mit vorhandenen Registerdaten schon viel machbar ist. Dr. Thomas Kaiser nahm diesen Aspekt in der anschließenden Diskussion auf, indem er fragte, was noch zu tun sei, um auch in Deutschland eine Kultur randomisierter registerbasierter Studien zu etablieren. Wichtig ist es dazu, dass relevante Fragestellungen am Anfang stehen und geprüft wird, welche Daten aus bestehenden Registern für die Beantwortung der Frage genutzt werden können, sowie welche Daten noch zusätzlich erhoben werden müssen.

Bessere Behandlungsergebnisse?

Prof. Jochen Schmitt (Zentrum für evidenzbasierte Medizin, TU Dresden) stellte das Projekt WiZen – Verknüpfung von Krankenkassen- und Registerdaten vor. Durch die Verknüpfung von Daten aus vier Krebsregistern mit Routinedaten der AOK soll die Hypothese geprüft werden, ob Patienten mit Behandlung in zertifizierten Zentren bessere Behandlungsergebnisse im Vergleich

zu nicht zertifizierten Kliniken haben.

Die Ergebnisse zeigen für acht verschiedene Krebsarten ein signifikant höheres Überleben in zertifizierten Häusern. Dabei ist es gelungen, die Stärken der Routinedaten (hohe Fallzahlen) und der Daten aus Krebsregistern (Längsschnittdaten) zusammenzuführen. Da jedoch keine Randomisierung und unbekannte Faktoren bestehen (z.B. keine Histologie) können aus den Ergebnissen keine kausalen Schlussfolgerungen gezogen werden.

Zum Datenlinkage führte Prof. Jochen Schmitt aus, dass es über die Krankenkassennummer sehr zuverlässig ist (fast 100 %), diese jedoch nicht über den Zeitraum der Studie 2009 bis 2017 in den Daten vollständig vorhanden war. Jedoch auch das Linkage über die Variablen Alter, Geschlecht, PLZ gelingt mit sehr hoher Zuverlässigkeit. Die Studie erlaubt Aussagen zur Wirksamkeit einer Zertifizierung und eine detaillierte Darstellung der Versorgungssituation von Tumorpatienten. Langfristig kann sie Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Primärversorgern, Sekundärversorgern und Zentren, der Unterstützung der Patienten bei der Wahl der Kliniken beitragen und die Basis für eine effektive und qualitativ hochwertige Patientenversorgung für die wichtigsten Tumorentitäten sein.

Datenbereitstellung und -nutzung

Dr. Alina Brandes (Bundesministerium für Gesundheit) skizzierte nationale und internationale Rahmen für Forschungsdaten, die Leitungen und Regeln des Forschungsdatenzentrums und Bedingungen der Datentreue. Ziel ist es, innerhalb des Europäischen Gesundheitsdatenraums – European Health Data Space (EHDS), die Datenbereitstellung und Datennutzung insbesondere in Deutschland und Europa signifikant zu erhöhen. Es sind eine Vielzahl von Maßnahmen auf europäischer Ebene in Gang gesetzt, um bis 2025 interoperable Datenzugangsinfrastrukturen für eine sichere grenzüberschreitende Sekundärdatenutzung bereit zu stellen. Am Anfang werden im deutschen Forschungsdatenzentrum, in einem geschützten Raum Abrechnungs- und Verwaltungsdaten der GKV zur Verfügung gestellt.

Es ist eine schrittweise Erweiterung des Datenangebots geplant und neben der Verkürzung des Verfahrens zum Forschungsdatenzentrum sollen auf Dauer aktuellere Daten zur Verfügung gestellt werden. Erste Anträge können Anfang 2022 ge-

stellt werden. Es ist eine zweistufige Pseudonymisierung vorgesehen und ab 2023 sollen Daten aus der elektronischen Patientenakte zur Verfügung gestellt werden. Dr. Alina Brandes betonte, dass das BMG sehr interessiert an einem Austausch mit der Versorgungswissenschaft ist, gerade was das Thema der Verknüpfung von Daten betrifft.

Dr. Monika Lelgemann (unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)) erläuterte in einem ersten Schritt die gesetzlichen Rahmenbedingungen von Erprobungsstudien für nicht-medikamentöse Interventionen. Der Gesetzgeber beauftragt in diesem Zusammenhang den G-BA selbst Studien durchzuführen. Dabei unterstrich sie, dass die gleichzeitige Anwendung der Leistung und parallele Erkundung des Nutzens in Erprobungsstudien ein schwieriger Balanceakt ist, da der uneingeschränkte Zugang zur Leistung die Rekrutierung der Erprobungsstudie stark behindert. Dr. Monika Lelgemann zeigte eine große Anzahl Beispiele laufender und aktuell geplanter Erprobungsstudien. Sie stellte am Ende die Frage, ob es nicht sinnvoll ist, die Erbringbarkeit von Erprobungsstudien auf einige Innovationszentren zu beschränken und über anwendungsbegleitende Datenerhebungen in Registern zu versuchen, schneller und kostengünstiger ausreichend Erkenntnisse zu gewinnen. Ein wie schon lange vom DNVF gefordertes Meta-Register zur Identifikation geeigneter Indikationsregister wäre hier sicherlich von Nutzen.

Prof. Sabine Siesling (Netherlands Comprehensive Cancer Organisation (IKNL), Utrecht, University of Twente, Enschede) zeigte anhand aktueller Registerdaten (März 2021) die Folgen der Pandemie für die Krebsversorgung in den Niederlanden. Das IKNL hat seit 1989 eine nationale Abdeckung und Verträge mit allen Krankenhäusern (90) in den Niederlanden. Die Datensammlung, -kodierung und -validierung geschieht durch IKNL-Mitarbeiter.

Die Zahlen zeigen für 13 Krebskrankheiten signifikant geringere Diagnosezahlen für die jeweiligen Pandemiewellen. Anfang 2021 sind fast alle Krebsarten bis auf Darm und Brustkrebs wieder auf dem Niveau der Vorjahre. Weniger Krebsdiagnosen bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Krankheit später entdeckt wird und zu schwereren Verläufen führen kann. Im September 2020 wurde ein Projekt gestartet, konkrete Empfehlungen für die Politik und Kommunikation mit der Allgemeinbevölkerung sowie

der Primär- und Sekundärversorgung hinsichtlich der Aufrechterhaltung einer wirksamen Diagnostik und der Versorgung von Krebspatienten zu formulieren.

Podiumsdiskussion

Es bestand Einigkeit, dass Ergebnisse von Studien international besser abgesprachen und verknüpft werden, um so Ressourcen zu schonen und nicht unnötig redundante Studien durchzuführen. Dazu wäre es gut, Daten international zusammenführen zu können und zu bewerten. Dabei sind bürokratische und logistische Hürden abzubauen.

Im Moment gibt es in Deutschland durch die Pandemie die Beschleunigung des Datenflusses von den Krankenkassen zur Forschung. Die Nationale Initiative Universitätsmedizin (NUM) will ermöglichen, Fragen methodisch und technisch koordiniert zu beantworten. Gleichzeitig sollten vorhandene qualitative Daten genutzt werden und schnelle Wege bei brisanten Fragestellungen mit einer zeitnahen Implementierung in der klinischen und ambulanten Versorgung geschaffen werden. Leitlinien, Versorgungsforschung und klinische Register müssen zusammengeführt und offene Fragestellungen transparent und übersichtlich kommuniziert werden, wie das jetzt auf der ersten Seite bei onkologischen Leitlinien praktiziert wird.

Wir brauchen mehr als eine Dateninfrastruktur, nämlich eine Forschungsinfrastruktur, und Datenstrukturen müssen international anschlussfähig sein. Das Forschungsdatenzentrum ist ein erster



v.l.n.r.: Prof. Monika Klinkhammer-Schalke, Dr. Thomas Kaiser, Prof. Sabine Siesling, Dr. Alina Brandes, Prof. Dr. Holger Schünemann, Monika Lelgemann und Prof. Dr. Jochen Schmitt.

wichtiger Puzzlestein, aber gute Forschung benötigt mehr. Erfolgsfaktoren für die Forschung sind dabei:

- gute Fragen zu stellen (Fragenkatalog)
- die Erfassung der relevanten Daten
- die Sicherstellung einer hohen Datenqualität
- Daten gut auswerten
- Schlussfolgerungen und Konsequenzen aus den Ergebnissen ziehen

Dabei sollten Fragestellungen katalogisiert, priorisiert und Datenressourcen an den priorisierten Fragestellungen entlang aufgebaut (Fragen-getriggerte Datenstruktur) werden. Wenn es einen solchen Fragenkatalog gibt, können Patienten auch besser darüber informiert werden, wozu ihre Daten gebraucht werden. Eine Forschungsinfrastruktur sollte die Entwicklung von Fragestellungen, die Wege zur Beantwortung und Implementierung skizzieren. Als Ergebnis der Podiumsdiskussion beschließt das Podium zeitnah eine Publikation zu Anforderungen an eine Forschungsinfrastruktur gemeinsam zu verfassen. <<

News

>> 29. DNVF-Mitgliederversammlung

Zum zweiten Mal fand am 12.05.2021 die 29. Mitgliederversammlung des DNVF digital statt. Die Vorsitzende Prof. M. Klinkhammer-Schalke begrüßte herzlich die 120 anwesenden Mitglieder. Nach der Begrüßung und Vorstellung der neuen Mitglieder berichtet der Vorstand über die aktuellen Kommissionen des DNVF. Die Ad-hoc-Kommissionen Versorgungsnaher Daten und Innovationsfonds wiesen auf ihre aktuellen Publikationen hin. Auch die neue Datenbank der Ad-hoc-Kommission Innovationsfonds wurde präsentiert. Prof. M. Härter stellte die Aktivitäten und nächsten Schritte der Zukunftskommission vor. Dr. T. Bierbaum und Prof. W. Hoffmann berichteten über die Beteiligung des DNVF im Kompetenznetzwerk Public Health. Prof. Jochen Schmitt und Prof. Neugebauer erläuterten die Ziele der neuen Ad-hoc-Kommission Versorgungsziele. Der Vorstand wurde für das Geschäftsjahr 2020 mit großer Zustimmung entlastet. Den Berichten der Arbeits- und Fachgruppen und der Gruppe der Hochschullehrer folgte die Abstimmung über eine Satzungsänderung zur Preisverleihung und Ehrenmitgliedschaft. Ebenfalls wurde eine neue Beitragsordnung verabschiedet. Studierenden wird jetzt eine kostenlose Mitgliedschaft im DNVF angeboten. Die Mitgliederversammlung war ein Spiegel der breiten und durch ehrenamtliches Engagement getragenen Aktivitäten des DNVF. Prof. M. Klinkhammer-Schalke bedankte sich bei allen Mitgliedern ganz herzlich für ihre Verbundenheit und aktive Unterstützung des DNVF.

News

>> Versorgungsnaher Daten zur Evaluation von Interventionseffekten

Die Evaluation von Interventionseffekten ist eine wichtige Domäne der Versorgungsforschung. Die vom Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) ins Leben gerufene Ad-hoc-Kommission zur Nutzung versorgungsnaher Daten beschäftigt sich in diesem zweiten Teil des Manuals deshalb mit der Nutzung dieser Daten zur Evaluation von Interventionseffekten. Zunächst erfolgt dabei eine Aufarbeitung der Begriffsbestimmung und Diskussion zur Bedeutung von Kontextfaktoren. Anschließend werden sowohl allgemeine Anforderungen an Planung, Datenerhebung und Auswertung sowie konkrete Beispiele zur Evaluation von Interventionseffekten für die drei Anwendungsfelder Arzneimitteltherapie, nicht-medikamentöse Maßnahmen sowie komplexe Interventionen herausgearbeitet. Dabei werden sowohl Szenarien betrachtet, bei denen bisher keine Informationen aus direkt vergleichenden randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) vorliegen bzw. bereits RCTs vorhanden sind, jedoch eine Erweiterung der Fragestellung erforderlich ist. Im Zentrum steht bei allen Beispielen an erster Stelle immer die Frage, ob die Datenquelle für die entsprechende Forschungsfrage geeignet ist und zwar unabhängig davon, ob eine Studie mit oder ohne Randomisierung durchgeführt wird. Die gewählten Beispiele stammen größtenteils aus der Onkologie, weil die hierfür notwendigen Daten zumindest in Ansätzen bereits für Deutschland vorliegen. Abschließend diskutiert das Manual mögliche Herausforderungen für eine zukünftige Nutzung dieser Daten.

Link zum Free Access:
<https://bit.ly/3bRKWjG>

Relevanter methodischer Verbesserungs- und Beratungsbedarf bei Innovationsfonds-Projekten

Aus Sicht des Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) bietet der Innovationsfonds für unser Gesundheitssystem eine einmalige Chance, die Gesundheitsversorgung zukunftsfähig und evidenzgeleitet weiterzuentwickeln.

>> Das DNVF hat sich 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. Vor diesem Hintergrund hat das DNVF 2019 eine Ad-hoc-Kommission gegründet, die die laufenden und abgeschlossenen Projekte des Innovationsfonds konstruktiv und methodenkritisch begleitet. Ziel dabei ist es, den Status quo der bisher geförderten Projekte aus dem Innovationsfonds hinsichtlich der Themenschwerpunkte, der methodischen Qualität, der Berichterstattung und des Verwertungspotenzials für die Regelversorgung, die Wissenschaft und Gesundheitspolitik zu analysieren und einzuordnen.

Erste Ergebnisse der Ad-hoc-Kommission liegen durch eine aktuelle Publikation nun vor und sind online abrufbar (siehe Link).

Das prospektiv registrierte Review charakterisiert 50 Interventionsstudien der ersten Förderwelle des Innovationsfonds auf Grundlage von publizierten Studienprotokollen oder Originalartikeln. Die mehrheitlich randomisierten kontrollierten Interventionsstudien bezogen überwiegend Erwachsene bzw. Senioren in ambulanter Versorgung ohne regionalen Fokus ein und analysierten Behandlungsprozesse mit heterogenen klinischen bzw. patientenberichteten Zielgrößen.

Positiv hervorzuheben ist, dass 40 Studien klar als randomisierte bzw. kontrollierte Studien zu überwiegend komplexen Interventionen zu klassifizieren sind. Kritisch ist allerdings der Befund, dass bei 12 Projekten Angaben zur Fallzahlplanung und bei 7 Studien Angaben zu Vergleichsgruppen fehlten. Allein das Fehlen registrierter Studienprotokolle bei 18 der untersuchten Projekte führt zu mangelnder Transparenz, indem wichtige Studiendetails nicht ermittelt werden können. Eine zentrale Forderung (u. a. des DNVF) nach mehr Transparenz in Form einer verpflichtenden Registrierung

öffentlich geförderter Forschungsvorhaben ist daher nicht ausreichend im Innovationsfonds umgesetzt worden.

Studien verlieren aufgrund mangelhafter Transparenz und/oder fehlender Studienregistrierungen an wissenschaftlicher Aussagekraft und Publikationspotenzial, und die generelle Verwertbarkeit und Transferrelevanz steht ebenso in Frage. „Wenngleich für eine abschließende Bewertung der Projekte noch Abschlussberichte und Ergebnispublikationen fehlen, zeigt sich bereits ein sichtbarer methodischer Verbesserungs- und Beratungsbedarf zu zahlreichen gegenwärtigen und zukünftigen Innovationsfonds-Projekten“, so das Fazit des Sprechers der Ad-hoc-Kommission Prof. Jochen Schmitt (TU Dresden).

Das DNVF bietet hier seine Unterstützung an und empfiehlt dringend eine verpflichtende Studienregistrierung sowie bereits bei der Antragstellung stärker die Machbarkeit (Fallzahlen) und eine auf die Fragestellung abgestimmte Methodik zu beachten. Wird diesen Empfehlungen gefolgt, kann das enorme Potenzial des Innovationsfonds zukünftig noch besser und effizienter genutzt werden. <<

Studie: „Charakteristika von durch den Innovationsfonds geförderten Interventionsstudien: Review und Dokumentenanalyse von Studienprotokollen, Publikationen und Abschlussberichten“; Heike Heytens, Felix Walther, Laura Keßler, Daniel Bremer, Elisa Frenz, Martin Härter, Max Geraedts, Thomas Bierbaum, Christian Apfelbacher, Jochen Schmitt für die Ad-hoc-Kommission Innovationsfonds des DNVF.

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

News

>> Ad-hoc-Kommission Versorgungsziele gegründet

Der DNVF gründet eine Ad-hoc-Kommission Versorgungsziele. Es soll eine agile Gruppe sein, die je nach Fachrichtung Experten aus dem Netzwerk einbindet und konsentiert übergreifende Versorgungsziele entwickelt. Die Herausforderung dabei ist es, von Versorgungszielen auf System-/Meta-Ebene zu sehr konkreten, spezifischen und messbaren Zielen für definierbare Patientengruppen zu kommen. Die Operationalisierung übergreifender Versorgungsziele für definierte Personengruppen ist dazu notwendig. Daher suchen wir in der Gruppe eine enge Beteiligung von Fachgruppen und Klinikern. Auch Verbindungen zu Leitlinien-Gruppen der AWMF sind angestrebt. Die Kommission wird eng mit der Arbeitsgruppe Qualität und Patientensicherheit zusammenarbeiten. Die Sprecher der Gruppe sind Prof. J. Schmitt und Prof. E.A.M. Neugebauer.

Termine

06.10. – 08.10.2021, digital

20. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF)

Veranstaltungen unserer Mitglieder

16.06.-18.06.2021, Berlin

Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

25.06.-27.06.2021, Würzburg

Konsultationstreffen der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie

26.06.-30.06.2021, Kolding (DK)

11. International Shared Decision Making Conference 2021

DNVVF

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

eMail: info@dnvf.de

Dr. oec. publ. Wiebke Schüttig MSc MBR
Prof. Dr. oec. Leonie Sundmacher MSc

Wie lassen sich potenziell vermeidbare Fälle in Notaufnahmen systematisieren und analysieren?

Ergebnisse einer Delphi-Befragung und retrospektiven Datenanalyse

Es ließ sich in Deutschland in den letzten Jahren eine zunehmende Inanspruchnahme von Notaufnahmen verzeichnen. Beispielsweise stieg die Anzahl von Fällen in Notfallaufnahmen zwischen 2009 und 2015 um etwa 34 Prozent an (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), 2017). Dieser Anstieg lässt sich einerseits durch die Altersstruktur der Bevölkerung und Multimorbidität von zunehmend älteren Personen erklären, andererseits durch eine Änderung des Behandlungsspektrums von Notaufnahmen. Erste Untersuchungen weisen darauf hin, dass Patienten zunehmend Notaufnahmen aufsuchen, die auch im ambulanten Bereich eine adäquate Behandlung erhalten hätten (Carret, Fassa & Domingues, 2009). Diese somit nicht bedarfsgerechte Inanspruchnahme resultiert in überfüllten Notaufnahmen, langen Wartezeiten für Patienten, überlastetem Gesundheitspersonal und höheren Kosten auf höheren Versorgungsebenen (Haas et al., 2015; Köster, C., Wrede, S., Herrmann, T., Meyer, S., Willms, G., Broge, B., Szecsenyi, J., 2016). Die Situation spitzt sich in Deutschland aufgrund der Besonderheiten des deutschen Gesundheitssystems zu: Strukturen der Notfallversorgung existieren parallel im ambulanten und stationären Sektor. Eine Abstimmung der beiden Versorgungsangebote über die Sektoren hinweg erfolgt noch nicht regelmäßig. Die Sektorengrenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wird als eine Ursache von Versorgungsbrüchen und mangelnder Koordination vermutet. Dies lässt sich nicht zuletzt auf die Parallelität in Planung, Finanzierung und Leistungserbringung zurückführen, die im Rahmen der Reform der Notfallversorgung geändert werden soll.

>> Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind bislang in Deutschland für die Sicherstellung eines flächendeckenden, vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes verantwortlich. Angebote dieser Bereitschaftsdienste sind regional sehr unterschiedlich ausgestaltet und variieren von telefonischen Rufbereitschaften über Fahrdienste und Notfallpraxen. Parallel zu diesen Versorgungsangeboten existieren Notaufnahmen in Krankenhäusern. Die Verantwortlichkeiten im Gesundheitswesen sind Patienten häufig nicht verständlich. Ihnen fehlt es regelmäßig an Informationen über die jeweiligen Zuständigkeiten und geeigneten Anlaufstellen (Somasundaram, Geissler, Leidel & Wrede, 2018). Die Wahl des Versorgungsbereichs in Fällen außerhalb

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Zahl der ambulanten Notfälle in deutschen Krankenhäusern ist in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Diese Entwicklung lässt sich teilweise durch das steigende Durchschnittsalter der Bevölkerung bedingt durch den demografischen Wandel erklären. Allerdings ist auch eine Veränderung der behandelten Erkrankungen zu beobachten. So wird angenommen, dass der Anteil der Bagatelkrankheiten, welche in Notaufnahmen behandelt wurden, in den letzten Jahren deutlich zunahm.

Ziele: Ziel der Arbeit war es, eine konsentrierte Liste ambulant-sensitiver Diagnosen zu entwickeln, welche häufig in Notaufnahmen behandelt werden und durch den ambulanten Bereich potenziell behandelbar wären. Weiterhin sollten Prädiktoren der Inanspruchnahme bei diesen Diagnosen identifiziert werden.

Methoden: Basierend auf einer Delphi-Befragung mit 30 Ärzten wurde eine Liste an ambulant-sensitiven Notfalldiagnosen erstellt. Zusätzlich identifizierte die Gruppe mögliche Gründe, warum Patienten mit den ausgewählten Diagnosen eher die Notaufnahme als den ambulanten Bereich aufsuchen. Die gewonnenen Erkenntnisse wurden für räumliche Regressionsanalysen verwendet, um auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte Assoziationen mit Patienteneigenschaften und ambulanter Versorgung zu untersuchen.

Ergebnisse: Unsere Studie bietet eine erste Liste an ambulant-sensitiven Diagnosen für den Kontext deutscher Notaufnahmen. Deskriptive Ergebnisse zeigen, dass Notaufnahmen mit den ausgewählten Diagnosen insbesondere durch jüngere Patienten in Anspruch genommen werden. Das Einschätzen von Dringlichkeit durch Patienten sowie Patientenpräferenzen wurden als Hauptgründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen bei ambulant-sensitiven Diagnosen identifiziert. Ergebnisse der Regressionsanalysen deuten darauf hin, dass ambulant-sensitiven Notfallraten signifikant höher in Kreisen mit geringerer Arztdichte sind.

Diskussion: Die Liste ambulant-sensitiver Diagnosen kann als Monitoringinstrument und für weitere Analysen auf Basis von Routinedaten genutzt werden.

Schlüsselwörter

ambulante Versorgung, Notfallversorgung, Notfall, Krankenhaus, Kontinuität

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2317>

von Sprechstundenzeiten wird somit häufig durch die vorhandenen Informationen sowie die eigene Wahrnehmung von Schmerzen und Dringlichkeit getrieben (vgl. auch Schmiedhofer, Searle, Slagman & Möckel, 2017). Patientenseitig entstehen keine zusätzlichen Kosten für die Inanspruchnahme von Bereitschaftsdiensten oder Notaufnahmen. Patienten sind häufig dazu verleitet, die für sie bestmögliche und effizienteste Leistung in Anspruch zu nehmen. Der Besuch einer Notaufnahme verspricht eine Behandlung am selben Tag, einer kurzfristigen Behandlung sowie umfassenden Diagnostik (z.B. Röntgen- oder Computertomographieuntersuchungen) unabhängig von Facharztdisziplinen (vgl. auch Schmiedhofer et al., 2017). Häufig bietet ein Besuch in der Notaufnahme eine Alternative im Fall von Wartezeiten auf Facharzttermine und Diagnostik im ambulanten Bereich und der Behandlung außerhalb regulärer Sprechzeiten, was einen Besuch außerhalb der Zeiten der Erwerbstätigkeiten ermöglicht.

Untersuchung von vermeidbaren Fällen in Notaufnahmen

In einer aktuellen Studie von Schüttig und Sundmacher wurde ein Instrument entwickelt, mit dem sich potenziell vermeidbare Fälle in der Notaufnahme, sogenannte ambulant-sensitiven Notfälle, in Routinedaten identifizieren lassen (Schüttig & Sundmacher, 2019). Es wurden somit Diagnosen klassifiziert, mit denen eine Behandlung potenziell auch durch Vertragsärzte in der Regelversorgung erfolgen konnte. Es lassen sich damit Rückschlüsse auf das Ausmaß vermeidbarer Fälle in Notaufnahmen ziehen. Das Konzept ambulant-sensitiver Notfälle lehnt sich an das der ambulant-sensitiven Kran-

kenhausfälle an (Purdy, Griffin, Salisbury & Sharp, 2009; Sundmacher et al., 2015; Weissman, Gatsonis, & Epstein, 1992). Die Konzepte der ambulant-sensitiven Notfälle und der ambulant-sensitiven Krankenhausfälle erlauben die Untersuchung potenzieller Implikationen eines limitierten Zugangs oder mangelnder Inanspruchnahme im ambulanten Sektor. In Abgrenzung zu den ambulant-sensitiven Krankenhausfällen werden durch ambulant-sensitiven Notfälle lediglich Fälle in Notaufnahmen betrachtet. Im Vergleich zu stationären Hospitalisierungen beschränkt sich der Analyseansatz der ambulant-sensitiven Notfälle auf ambulante Notfälle im Krankenhaus.

Die Studie hatte somit das Ziel, das Ausmaß an Fällen abzuschätzen, welches in Notaufnahmen behandelt wird, potenziell aber auch ambulant von Vertragsärzten in der Regelversorgung behandelbar wäre. Zu diesem Zweck wurde ein Panel von 30 Ärzten, hälftig aus ambulanten und stationären Ärzten rekrutiert. In einem mehrstufigen Befragungsprozess wurde das Expertenpanel befragt, um Meinungen in Gruppenkonsens zu überführen (Hasson, Keeney & McKenna, 2000). Die gewählte Delphi-Methode ist ein etabliertes Verfahren, welches beispielsweise auch bei der Konsentierung von Leitlinienempfehlungen Anwendung findet (Campbell, Braspennig, Hutchinson & Marshall, 2003). Basierend auf diesem Prozess konnte eine Liste ambulant-sensitiver Notfalldiagnosen und Gründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen bei den ausgewählten Symptomen und Erkrankungen konkretisiert werden. Das Ärztepanel wurde zusätzlich befragt, ob die konsentiertere Diagnose auch durch den Bereitschaftsdienst behandelbar wäre. Das Expertenpanel schätzte darüber hinaus basierend auf seinen Erfahrungen den Anteil an Fällen einer Diagnosegruppe ein, welcher durch ambulante Versorgung behandelbar und somit in der Notaufnahme potenziell vermeidbar wäre.

Die Ergebnisse der Studie lassen eine retrospektive Betrachtung des Versorgungsgeschehens sowie die Analyse über Faktoren zu, welche die Inanspruchnahme bei potenziell vermeidbaren Fällen in der Notaufnahme begünstigen. Ambulant-sensitiven Diagnosen lassen sich nur teilweise durch verbesserten Zugang und effektive Versorgung vermeiden (Sanderson & Dixon, 2000). Patientenpräferenzen, Sozioökonomie, Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem und weitere Faktoren besitzen einen Einfluss auf die Entscheidung über den Besuch einer Notaufnahme (Boushy & Dubinsky, 1999). In Regressionsmodellen untersuchten die Autorinnen zusätzlich Faktoren, welche die Inanspruchnahme von Notaufnahmen bei den identifizierten ambulant-sensitiven Diagnosen begünstigten. Angebotsseitige Faktoren der Gesundheitsversorgung und Patientencharakteristika wurden auf Basis von räumlichen Regressionsmodellen untersucht.

Abschätzung des Ausmaßes potenziell vermeidbarer Fälle in Notaufnahmen

Durch die zweistufige Delphi-Befragung wurden ICD-Diagnosen identifiziert, welche durch mindestens 65% der teilnehmenden Ärzte als ambulant behandelbar eingeschätzt wurden. Die insgesamt 135 ausgewählten Diagnosen wurden analog der ICD-Systematik in 31 Diagnosegruppen zusammengefasst (Tab. 1). Hierzu zählten beispiels-

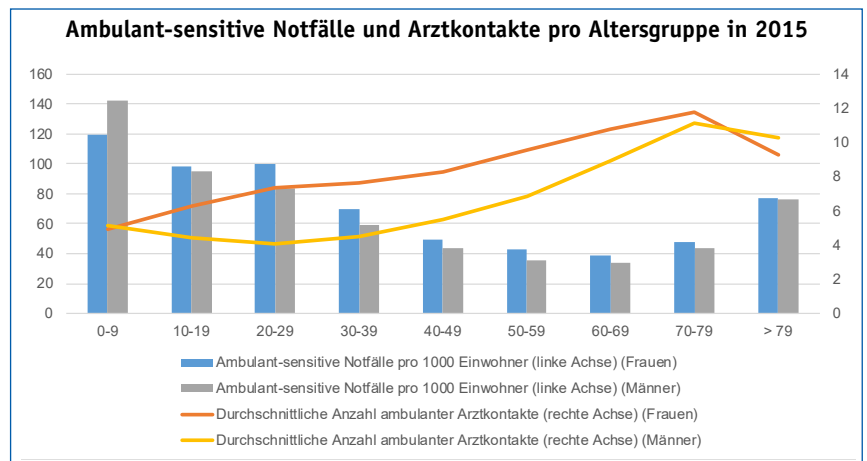


Abb. 1: Alters- und Geschlechtsverteilung der ambulant-sensitiven Notfälle und ambulanten Kontakte (Quelle: KBV).

weise Allgemeinsymptome, Rückenbeschwerden und Hypertonie. In der Befragung wurden deutliche Unterschiede in der Einschätzung zur Behandelbarkeit von Diagnosen durch Bereitschaftsdienste deutlich. Während 100% der Befragten beispielsweise die Diagnose akute Nasopharyngitis als ambulant behandelbar bewerteten, bewerteten nur 42% der Befragten die Diagnose als durch den Bereitschaftsdienst behandelbar.

Einschätzungen der Experten über die potenzielle Vermeidbarkeit von Fällen in Notaufnahmen variierten über die 31 Diagnosegruppen hinweg zwischen 29% und 87% (Tab. 1). Im Jahr 2015 wurden 4,4 Mio. Patienten mit mindestens einer ambulant-sensitiven Diagnose in einer Notaufnahme behandelt. PKV-Versicherte sind in diese Betrachtungen nicht eingeschlossen, ebenso keine GKV-Versicherten aus den Bundesländern Bremen, Hessen und Rheinland-Pfalz. Da die Kodierung von Diagnosen in Notaufnahmen keine Rückschlüsse auf Haupt- und Nebendiagnose zulässt, würde diese Summe die Anzahl an potenziell vermeidbaren Fällen allerdings überschätzen. Nicht immer stellt die jeweilige Diagnose den eigentlichen Behandlungsanlass dar. Die Anzahl an Fällen stellt somit einen groben Orientierungswert für das Ausmaß potenziell vermeidbarer Fälle dar. In Abbildung 1 ist die Alters- und Geschlechtsverteilung der Inanspruchnahme in Jahr 2015 dargestellt. Insbesondere Patienten jüngerer Alters suchten die Notaufnahmen mit ambulant-sensitiven Diagnosen auf. Bei beiden Geschlechtern ist mit steigendem Alter bis zur Altersgruppe der 70-Jährigen und Älteren sinkende Raten ambulant-sensitiver Notfälle zu beobachten. Zusätzlich lässt sich feststellen, dass Altersgruppen mit höherer Inanspruchnahme von Notaufnahmen mit ambulant-sensitiven Diagnosen tendenziell weniger ambulante Arztkontakte zu verzeichnen hatten und tendenziell weniger morbide waren. In Regressionsmodellen auf Basis von Daten auf Ebene von Kreisen und kreisfreien Städten wurden weitere Faktoren untersucht: Der Einfluss von Charakteristika des ambulanten Sektors und der Patienten wurden auf alters- und geschlechtsstandardisierte Raten ambulant-sensitiver Fälle in Notaufnahmen empirisch geschätzt. Die Analysen zeigen einen negativen Zusammenhang der Anzahl an Arztkontakten und Ärztedichte in einer Region und der Rate ambulant-sensitiver Notfälle. Je häufiger Patienten ambulant behandelt wurden und sich potenziell in kontinuierlicher ambulanter Behandlung befanden, desto unwahrscheinlicher war ein Besuch in der Notaufnahme aufgrund einer ambulant-sensitiven Diagnose. Auch zeigte sich, dass je höher die Ärztedichte in einer Re-

gion war, desto geringer fiel die Rate ambulant-sensitiver Notfälle aus. Es konnte auch ein negativer Zusammenhang zwischen der Wahlbeteiligung in einem Kreis oder kreisfreien Stadt, und den Raten ambulant-sensitiver Notfälle bestätigt werden. Die Wahlbeteiligung einer Region lässt sich als Indikator für soziale Partizipation und der Einstellung gegenüber öffentlichen Leistungen interpretieren.

Die konsentierten ambulant-sensitiven Diagnosen wurden in zusätzlichen Analysen nach allgemeinmedizinischem und chirurgischem Behandlungsspektrum unterschieden, um der besonderen Versorgungssituation im Falle von Verletzungen Rechnung zu tragen. Der Anteil an Personen mit Migrationshintergrund zeigte hier einen signifikanten positiven Einfluss auf Raten in Summe und die Raten allgemeinmedizinischer Diagnosen. Bei den chirurgischen Diagnosen war dieser Zusammenhang hingegen negativ und nicht signifikant. Dieses Ergebnis kann darauf zurückzuführen sein, dass kulturelle Unterschiede und eine Vertrautheit mit dem hiesigen Gesundheitssystem insbesondere bei allgemeinmedizinischen Symptomen einen Einfluss auf ambulant-sensitive Notfälle besitzen.

Beweggründe für Besuche von Notaufnahmen mit ambulant-sensitiven Diagnosen

In der Studie wurden weiterhin Beweggründe von Patienten für Besuche von Notaufnahmen mit den konsentierten Diagnosegruppen identifiziert. Basierend auf Ergebnissen in der Literatur und Interviews mit Notärzten wurden somit potenzielle Gründe für den Besuch einer Notaufnahme mit ambulant-

31 ambulant-sensitive Diagnosegruppen und ihre Behandelbarkeit durch den ambulanten Sektor			
Ambulant-sensitive Notfalldiagnosegruppe	Anteil der Experten, die die Diagnosegruppe als ambulant behandelbar bewerteten	Durch das Expertenpanel geschätzter Anteil durch ambulante Behandlung vermeidbarer Fälle	Häufigst genannter Grund für den Besuch einer Notaufnahme
1. Personen mit potenziellen Gesundheitsrisiken hinsichtlich übertragbarer Krankheiten	95%	74%	Präferenz
2. Dermatitis, Ekzem, Hautausschlag und sonstige unspezifische Hauteruptionen	93%	86%	Wahrnehmung
3. Biomechanische Funktionsstörungen	91%	76%	Präferenz
4. Bronchitis	91%	76%	Wahrnehmung
5. Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen	91%	87%	Präferenz
6. Krankheiten der Sehnen und Weichteilgewebe	91%	73%	Wahrnehmung
7. Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	90%	72%	Wahrnehmung
8. Arthropathien	89%	81%	Präferenz
9. HNO-Infektionen	88%	78%	Wahrnehmung
10. Krankheiten des Auges und der Augenanhängegebilde	88%	74%	Wahrnehmung
11. Infektiöse und parasitäre Krankheiten	87%	69%	Wahrnehmung
12. Rückenbeschwerden	87%	75%	Wahrnehmung
13. Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes	87%	67%	Wahrnehmung
14. Diabetes mellitus	87%	70%	Komorbiditäten
15. Krankheiten und Symptome des Harnsystems	87%	66%	Wahrnehmung
16. Personen mit potenziellen Gesundheitsrisiken aufgrund sozioökon. o. psychosozialer Umstände	87%	76%	Präferenz
17. Allgemeinsymptome	83%	75%	Wahrnehmung
18. Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und des Kiefers	81%	80%	Wahrnehmung
19. Krankheiten des Ohres	80%	78%	Wahrnehmung
20. Schäden durch sonstige äußere Ursachen	77%	55%	Wahrnehmung
21. Infektiöse Darmkrankheiten	77%	68%	Wahrnehmung
22. Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	76%	58%	Wahrnehmung
23. Oberflächliche Verletzungen	76%	69%	Wahrnehmung
24. Affektive Störungen	75%	62%	Ambulante Erreichbarkeit
25. Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen	73%	59%	Wahrnehmung
26. Krankheiten der männlichen Genitalorgane	73%	73%	Wahrnehmung
27. Krankheiten der Niere und des Ureters	73%	64%	Wahrnehmung
28. Krankheiten des Nervensystems	71%	59%	Wahrnehmung
29. Luxation, Verstauchung und Zerrungen	69%	67%	Wahrnehmung
30. Offene Wunden und Frakturen	68%	29%	Diagnostik
31. Infektionen der Haut und der Unterhaut	68%	78%	Wahrnehmung

Tab. 1: Liste der 31 ambulant-sensitiven Diagnosegruppen, Behandelbarkeit durch den ambulanten Sektor, Geschätzter Anteil der Vermeidbarkeit, Häufigst genannter Grund für den Besuch der Notaufnahme (ICD-10 Codes zu den Diagnosegruppen finden sich in Schüttig/Sundmacher, 2019).

sensitiven Diagnosen identifiziert (Steffen, Tempka & Klute, 2007; Uscher-Pines, Pines, Kellermann, Gillen & Mehrotra, 2013). Sieben Beweggründe für den Besuch der Notaufnahme wurden dem Expertenpanel somit vorgeschlagen:

- notwendige Diagnostik zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen
- Komorbiditäten und der Gesamtzustand von Patienten
- das Notfallempfinden von Patienten
- der Patientenwunsch eher die Notaufnahme aufzusuchen als den ambulanten Sektor
- eine Weiterüberweisung durch niedergelassene Ärzte
- keine zuständigen ambulanten Ärzte in erreichbarer Nähe
- fehlende Informationen von Patienten über Zuständigkeiten und Auflaufstellen im Gesundheitswesen

Neben diesen Gründen konnten die Experten weitere Gründe ergänzen.

In der Befragung wurde am häufigsten das Notfallempfinden von Patienten als Beweggrund für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen ausgewählt. Die Patientenpräferenz, lieber in der Notaufnahme als im ambulanten Bereich versorgt zu werden, wurde als zweithäufigster Grund für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen bei den ambulant-sensitiven Diagnosegruppen gewählt. Die fehlende Verfügbarkeit von ambulanten Ärzten in erreichbarer Nähe wurde insbesondere bei Erkrankungen der Haut und psychologischen Erkrankungen als ursächlich gewählt. Komorbiditäten und der Gesamtzustand von Patienten wurde von den Experten lediglich für eine Diagnosegruppe (Diabetes mellitus) als häufigster Grund ausgewählt. Für die Diagnosegruppe „offene Wunden und Frakturen“ wurde die Notwendigkeit von Diagnostik zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen mehrheitlich als Grund für einen Besuch in der Notaufnahme

identifiziert. Zusammenfassend wurden demnach insbesondere patientenseitige Faktoren der Selbsteinschätzung, Bequemlichkeit und Vorteile der Krankenhausbehandlung im Vergleich zur Behandlung im niedergelassenen Bereich als Gründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen bei ambulant-sensitiven Diagnosen identifiziert.

Studien von Schmiedhofer et al. (2016) und Somasundaram, Geissler, Leidel & Wrede (2018), die Patienten in Notaufnahmen in persönlichen und ergebnisoffenen Interviews oder anhand von Fragebögen erreichten, identifizierten ähnliche Gründe von Patienten für Besuche in der Notaufnahme. Die Autoren nennen zusätzlich die Unkenntnis über Behandlungsstrukturen und Sektorengrenzen sowie Sorgen über den Gesundheitszustand als häufige Gründe für einen Besuch in der Notaufnahme.

Schlussfolgerungen, Limitationen der Studie und gesundheitspolitische Relevanz

Auf Grundlage der Ergebnisse der beschriebenen Studie lassen sich potenziell vermeidbare Fälle in Notaufnahme klassifizieren und analysieren. Basierend auf einem Delphi-Konsentierungsprozess mit einem Panel von 30 Ärzten konnte eine erste Liste ambulant-sensitiver Diagnosen erstellt werden. Die Liste stellt dabei keine vollumfängliche Liste von potenziell vermeidbaren Diagnosen dar, sondern basierte in einem ersten Schritt auf besonders häufig behandelten Diagnosen in Notaufnahmen. Auf Basis der Liste lassen sich regionale Raten ambulant-sensitiver Notfallraten als erster Indikator für regionale Unterschiede berechnen und in weiteren Analysen untersuchen. Diese Unterschiede in der Inanspruchnahme von Notaufnahmen lassen sich auf Basis von Routinedaten identifizieren. Daten werden routinemäßig erhoben und unterliegen nicht etwaiger

Literatur

- Boushy, D., & Dubinsky, I. (1999). Primary care physician and patient factors that result in patients seeking emergency care in a hospital setting: the patient's perspective. *The Journal of Emergency Medicine*, 17(3), 405–412.
- Campbell, S. M., Braspenning, J., Hutchinson, A., & Marshall, M. N. (2003). Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 326(7393), 816–819. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7393.816>
- Carret, M. L. V., Fassa, A. C. G., & Domingues, M. R. (2009). Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cadernos de Saude Publica*, 25(1), 7–28. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100002&lng=en&nrm=iso&lng=en
- Haas, C., Larbig, M., Schöpke, T., Schmidt, K.-D., Lübke-Naberhaus, C., Dodt, M., & Brachmann, C. (2015). Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus - Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse. Retrieved from http://www.dkgev.de/media/file/19401.2015-02-17_Gutachten_zur_ambulanten_Notfallversorgung_im_Krankenhaus_2015.pdf
- Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1008–1015. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01567.x>
- Köster, C., Wrede, S., Herrmann, T., Meyer, S., Willms, G., Broge, B., Szecsenyi, J. (2016). Ambulante Notfallversorgung: Analyse und Handlungsempfehlungen. Retrieved from <https://www.aqua-institut.de/de/projekte/evaluation-forschung/ambulante-notfallversorgung.html>
- Purdy, S., Griffin, T., Salisbury, C., & Sharp, D. (2009). Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. *Public Health*, 123(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2008.11.001>
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). (2017). Die Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland Die Notfallversorgung in Deutschland – Status quo. Werkstattgespräch, (September).
- Sanderson, C., & Dixon, J. (2000). Conditions for which onset or hospital admission is potentially preventable by timely and effective ambulatory care. *Journal of Health Services Research & Policy*, 5(4), 222–230.
- Schmiedhofer, M., Searle, J., Slagman, A., & Möckel, M. (2017). Inanspruchnahme zentraler Notaufnahmen: Qualitative Erhebung der Motivation von Patientinnen und Patienten mit nichtdringlichem Behandlungsbedarf. *Das Gesundheitswesen*, 79(10), 835–844. <https://doi.org/10.1055/s-0042-100729>
- Schmiedhofer, Martina, Möckel, M., Slagman, A., Frick, J., Ruhla, S., & Searle, J. (2016). Patient motives behind low-acuity visits to the emergency department in Germany: a qualitative study comparing urban and rural sites. *BMJ Open*, 6(11), e013323. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013323>
- Schuetting, W., & Sundmacher, L. (2019). Ambulatory care-sensitive emergency department cases: a mixed methods approach to systemize and analyze cases in Germany. *European Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz081>
- Somasundaram, R., Geissler, A., Leidel, B., & Wrede, C. (2018). Beweggründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen – Ergebnisse einer Patientenbefragung. *Das Gesundheitswesen*, 80(07), 621–627. <https://doi.org/10.1055/s-0042-112459>
- Steffen, W., Tempka, A., & Klute, G. (2007). Unhelpful Incentives in Hospital Emergency Departments. *Deutsches Ärzteblatt*, 104(16)(April), 1088–1091.
- Sundmacher, L., Fischbach, D., Schüttig, W., Naumann, C., Augustin, U., & Faisst, C. (2015). Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study with German providers. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 119(11), 1415–1423. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.007>
- Uscher-Pines, L., Pines, J., Kellermann, A., Gillen, E., & Mehrotra, A. (2013). Emergency department visits for nonurgent conditions: systematic literature review. *The American Journal of Managed Care*, 19(1), 47–59.
- Weissman, J. S., Gatsonis, C., & Epstein, A. M. (1992). Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. *JAMA*, 268(17), 2388–2394.

Verzerrung durch patientenseitige Selbsteinschätzung.

Die Studienergebnisse weisen darauf hin, dass ein Zusammenhang zwischen dem Zugang zu ambulanter Versorgung sowie einer Arztbindung und der Inanspruchnahme von Notaufnahmen bei ambulant-sensitiven Diagnosen besteht. Wir finden insbesondere bei jüngeren Altersgruppen mit wenigen Arztkontakten vergleichsweise hohe Raten ambulant-sensitiver Notfälle. Grund hierfür kann eine geringere Arztbindung insbesondere bei den jüngeren Altersgruppen sein. Verbesserte Patientenergebnisse und vermiedene Versorgungsbrüche lassen sich insbesondere durch eine kontinuierliche Behandlung realisieren. Diese ist im Falle einer Inanspruchnahme von Notaufnahmen häufig nicht gegeben.

Die Ergebnisse der Regressionsanalysen zeigen weiterhin einen positiven Zusammenhang des Anteils an Personen mit Migrationshintergrund und Raten ambulant-sensitiver Notfälle. Dieser kann durch kulturelle Unterschiede in der Inanspruchnahme von Notaufnahmen und Sprachbarrieren erklärt werden. Das Ergebnis kann aber auch auf fehlende Kenntnis über die Verantwortungsbereiche im deutschen Gesundheitssystem hinweisen. Sollte dies der Fall sein, könnte das Bereitstellen von Informationsbroschüren über geeignete Anlaufstellen und Ansprechpartner mit Fremdsprachenkenntnissen eine geeignete Maßnahme zur Begegnung dieser Problematik darstellen. Auch in der weiteren Bevölkerung scheinen Kenntnisse über die Zuständigkeiten und Anlaufstellen im Gesundheitswesen nicht flächendeckend gegeben zu sein.

In den Regressionsanalysen zeigte sich weiterhin eine negative Assoziation von Wahlbeteiligung in einer Region und der ambulant-sensitiven Notfallrate. Da die Wahlbeteiligung in einer Region häufig als Proxy für das Sozialkapital verwendet wird, kann vermutet werden, dass in Regionen mit geringem Sozialkapital Initiativen zur Navigation durch das Gesundheitssystem besonders relevant sind. Auch das Expertenpanel nahm an, dass die Patientenpräferenz eher die Notaufnahme aufzusuchen als den ambulanten Sektor einer der häufigsten Gründe für Inanspruchnahme von Notaufnahmen darstellt, welcher durch eine Patientensteuerung begegnet werden könnte. Hier kann die Reform der Notfallversorgung dazu beitragen, dass Patienten zukünftig besser durch ein integriertes System geleitet werden. Laut aktuellem Referentenentwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung wird u.a. ein gemeinsames Notfalleitsystem angestrebt und sollen integrierte Notfallzentren in Krankenhäusern eingerichtet und so die Versorgungsebenen besser verzahnt werden.

In Regionen mit besonders hohen Raten ambulant-sensitiver Notfälle ist zu prüfen, ob ein Zugang zum ambulanten Sektor nicht zeitgerecht möglich ist, ob lange Wartezeiten eine ambulante Versorgung verhindern und wie diesen potenziellen Versorgungslücken begegnet werden könnte. Das Ärztepanel wählte insbesondere die fehlende Zuständigkeit von Ärzten in erreichbarer Nähe und Wartezeiten im ambulanten Bereich bei Erkrankungen der Haut und psychologischen Erkrankungen. Es ist zu analysieren, ob das Terminservice- und Versorgungsgesetz eine effektive Maßnahme darstellt, um Patienten zeitgerecht Facharzttermine zu gewähren und sich somit Änderungen in den Notfallraten mit diesen Diagnosen ergeben.

Die Ergebnisse der Expertenbefragung ergaben, dass als Beweggrund für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen sehr häufig das Notfallempfinden von Patienten als entscheidend für einen Besuch in der Notaufnahme beurteilt wurde. Obwohl die teilnehmenden Ärzte mehrere Gründe angeben konnten, wurde in den meisten Fällen eine notwendige Diagnostik zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen nicht als Grund für einen Besuch der Notaufnahme aus-

gewählt. Es lässt vermuten, dass es bei den genannten Diagnosen einer übergeordneten Steuerung von Patienten bedarf, um diese zu den geeigneten Ebenen der Versorgung weiterzuleiten.

Die vorliegende Studie weist Limitationen auf: Die erstellte Liste ambulant-sensitiver Notfälle basierte auf den häufigsten Diagnosen in Notaufnahmen und Bereitschaftsdiensten sowie weiteren Vorschlägen des Ärztepanels. Die Autorinnen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit der Liste an Diagnosen. Die Diagnosen stellen keine eindeutige Liste an Diagnosen dar, die nicht durch Notaufnahmen behandelt werden sollten, sondern Diagnosen, bei denen eine ambulante Behandlung potenziell möglich gewesen wäre. Schlussfolgerungen in Bezug auf Behandlung von individuellen Patienten lassen sich somit nicht ziehen. Die Validität der Ergebnisse hängt maßgeblich mit der Zusammensetzung des Ärztepanels ab. Zukünftige Studien könnten die Ergebnisse durch ein größeres Panel unter Einschluss eines breiteren Spektrums an Facharztgruppen ergänzen. Dennoch bleibt das Ergebnis von Konsensverfahren immer subjektiv und basierend auf den Erfahrungen und dem Wissen des Panels.

Die berichtete Studie bietet eine Grundlage für die retrospektive Analyse der Inanspruchnahme von Notaufnahmen. Auf Basis der ambulant-sensitiven Notfallraten lassen sich Auffälligkeiten identifizieren und Versorgungsmuster analysieren, die Maßnahmen begründen können, um Patienten bedarfsgerecht durch das Gesundheitssystem zu führen. <<

How can potentially preventable emergency cases be systemized and analyzed? Results of a Delphi consensus and data analyses

Background: The number of patients seeking health care in German emergency departments has increased significantly in recent years. This development can be partly explained by the increasing average age of the population due to the demographic change. However, there has also been a change in treated diseases. It is believed that the proportion of minor diseases treated in emergency rooms has increased in recent years.

Objectives: The aim of our study was to develop a list of ambulatory care sensitive diagnoses, which are often treated in emergency rooms and could be treated by the outpatient area. Furthermore, predictors of use in these diagnoses were to be identified.

Methods: Based on a Delphi survey with 30 physicians, a list of ambulatory care sensitive emergency diagnoses was compiled. In addition, the group identified possible reasons why patients with the selected diagnoses are more likely to visit the emergency room than the outpatient area. The findings were used for spatial regression analyses to investigate associations with patient characteristics and outpatient care at the level of German districts.

Results: Our study provides an initial list of ambulatory care sensitive diagnoses for the context of German emergency care. Descriptive results show that emergency rooms with the selected diagnoses are used, especially by younger patients. Patients' perception of urgency and patient preferences were identified as the main reasons for using emergency rooms for ambulatory care sensitive diagnoses. Results of regression analyses suggest that ambulatory care sensitive emergency rates are significantly higher in districts with lower physician density.

Discussion: The list of ambulatory care sensitive diagnoses can be used as a monitoring tool and for further analyses based on routine data.

Keywords

outpatient care, emergency care, emergency, hospital, continuity

Zitationshinweis

Schüttig, W., Sundmacher, L.: „Wie lassen sich potenziell vermeidbare Fälle in Notaufnahmen systematisieren und analysieren?“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (03/21), S. 55-60. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2317>

Autorenerklärung

Die Autorinnen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Dr. oec. publ. Wiebke Schüttig MSc MBR

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachbereich Health Services Management an der Ludwig-Maximilians-Universität und arbeitet in den Bereichen Qualitätsmanagement und regionale Versorgungsforschung. Zuvor studierte sie Economics und Industrial and Network Economics an der Technischen Universität Berlin, sowie Business Research an der Ludwig-Maximilians-Universität, wo sie im Jahr 2020 promovierte. Kontakt: schuettig@bwl.lmu.de



Prof. Dr. oec. Leonie Sundmacher MSc

leitet seit September 2020 den Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie an der Technischen Universität München. Sie studierte Volkswirtschaftslehre, Gesundheitsökonomie und Politikwissenschaft an der University of York und an der Freien Universität Berlin und promovierte an der Technischen Universität Berlin. Von 2013 bis 2020 hatte sie die Professur für Health Services Management an der Ludwig-Maximilians-Universität inne. Kontakt: leonie.sundmacher@tum.de



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

Ad-hoc-Stellungnahme Stellungnahme 3.0
 zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19

Zur Rolle der intensiv- medizinischen Versor- gung in der SARS-2/ Covid-19-Epidemie

Obwohl in diesem Artikel generell die männliche Schreibweise verwendet wird, sind immer alle Geschlechter gemeint.

>> Bereits in den vorangehenden Thesenpapieren hat die Autorengruppe ausführlich zur Rolle der Intensivmedizin und zur Nutzung intensivmedizinischer Versorgungsindikatoren Stellung genommen (Tp4, Kap. 1.1.3 Nr. 3, Tp6.1 Kap. 3.3). Indikatoren aus diesem Bereich standen zuletzt in der politischen Argumentation um die Begründung der „Bundesnotbremse“ ganz im Mittelpunkt, unterstützt durch einige Fachgesellschaften, die sehr intensiv auf die drohende Überlastung der intensivmedizinischen Versorgungsstrukturen hinwiesen – bei gleichzeitig gegenteiliger Beurteilung durch andere Verbände (z.B. der Deutschen Krankenhausgesellschaft).

In dieser Situation hat sich die Autorengruppe entschlossen, mit einer themenzentrierten Stellungnahme in einer weitergehenden Analyse sachlich begründete Einschätzungen von interessegeleiteten Beurteilungen zu differenzieren. Der vorliegende Text stellt keine umfängliche Stellungnahme zum Gesamtkomplex der Krankenhausbedarfsplanung dar, sondern konzentriert sich auf die intensivmedizinische Versorgungssituation im Rahmen der SARS-CoV-2/Covid-19-Epidemie, wobei neben der Situation in Deutschland auch internationale Konstellationen in den Blick genommen werden. Der Text gliedert sich in acht Abschnitte und umfasst eine kurze Analyse der akutmedizinischen Versorgungsstruktur, der Reaktionen der Gesundheitsversorgung auf die Epidemie, internationale Vergleiche zum Vorgehen und spezifische Analysen z.B. zum Verhältnis von für Covid-19 genutzter Intensiv- und Normalstationskapazität sowie Intensivpflichtigkeit in Relation zur Meldequote. Insbesondere wird auf die Verfügbarkeit von Daten und die Konsistenz der vorliegenden Daten eingegangen.

1. Akutstationäre Versorgung

Es ist eine der zentralen Aufgaben der Gesundheitspolitik, den Bedarf an stationären Behandlungen zu ermitteln und die entsprechend notwendigen Prozesse einzuleiten. In Deutschland liegt die Verantwortung für die Sicherstellung der notwendigen stationären Behandlungskapazitäten bei den Ländern, während der Bund die

Zusammenfassung

Die Autorengruppe ergänzt die Ausführungen aus Thesenpapier 4 und 6.1 um eine dritte Ad-hoc-Stellungnahme zur intensivmedizinischen Versorgung. In Korrektur der Version vom 16.5.2021 wurden in Kap. 4 die Zahlen der intensivmedizinisch behandelten Patienten auf den Tagewert bezogen, der Quotient Hospitalisierung/Intensivpflichtigkeit auf die Verweildauer von 10 Tagen korrigiert (Tab. 3) und eine Fußnote (Nr. 30) angefügt, die sich mit der Erklärungsmöglichkeit der Abnahme der Intensivbetten-Gesamtkapazität durch die Ausgliederung der pädiatrischen Intensivbetten auseinandersetzt. Stand: 16. Mai 2021, 12:00h, Update vom 17.5.2021

Schlüsselwörter

Pandemie, SARS-CoV-2, Covid-19, Epidemiologie, Prävention, gesellschaftspolitische Relevanz

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2303>

rechtlichen Vorgaben für die Finanzierung der Behandlungskosten durch die gesetzliche Krankenversicherung bestimmt¹.

Es gibt keine einheitliche Krankenhausplanung in den 16 Ländern: Während sich früher die Feststellung des Bedarfes an der Fortschreibung des Ist-Zustandes und der Bevölkerungsentwicklung allein orientierte, sind in den letzten Jahren in fast allen Ländern qualitative Elemente von Expertenpanels über Qualitätsvorgaben für personelle und technische Standards sowie weitere qualitative Anforderungen ergänzend Teil der Krankenhausplanung geworden. Grundlage war die Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von 2016, in dem Qualität neben Bedarf und Wirtschaftlichkeit als gleichgewichtiger Parameter für die stationäre Versorgung eingeführt wurde. Des Weiteren wird die Planung in mehreren Ländern differenzierter: So haben einige Länder in einzelnen Disziplinen von einer Betten- und Plätzeplanung auf eine Leistungsplanung umgestellt.

Allerdings sind die rechtlichen Möglichkeiten für die Krankenhausplanung der Länder beschränkt. Eine Neuausrichtung der planungs- und finanzierungsrechtlichen Strukturen im Krankenhausbereich ist nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesverwaltungsgerichts relevant für die Berufsausübung der privaten und freigemeinnützigen Krankenhausträger und am Maßstab des Artikels 12 Grundgesetz zu messen. Die wirtschaftlichen Folgen einer Nichtaufnahme in den Krankenhausplan können für Krankenhausträger einschneidend sein und zur Schließung des Krankenhauses führen. Dies käme einer Beschränkung der Berufswahl gleich. An die Festlegung der Kriterien für die Aufnahme und/oder die Herausnahme in den Krankenhausplan bestehen daher strenge Anforderungen. Planerische Entscheidungen zum Abbau von Überkapazitäten und Doppelstrukturen sind ohne oder gegen das Einverständnis der Krankenhausträger faktisch nicht möglich².

1: Übersichten bei Busse, R., und Berger, E.: Vom planerischen Bestandsschutz zum bedarfsorientierten Krankenhausangebot? In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J.: Krankenhaus-Report 2018. Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit. Schattauer Verlag, Stuttgart, 2018, S. 149-170, und Leber, W.D. und Scheller-Kreisen, D.: Von der Landesplanung zur algorithmischen Marktregulierung, ebd., S. 101-130

2: siehe Stellungnahme des BMG zum Bericht des Bundesrechnungshofes an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO über die Prüfung der Krankenhausfinanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung hier: Finanzierung von Investitionen, S. 39. URL: <https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/beratungsberichte/langfassungen/langfassungen-2020/krankenhaeuser-seit-jahren-unterfinanziert-und-ineffizient-abgerufen-am-12.05.2021>

Anzahl Krankenhäuser Deutschland 2009 und 2019			
	2009	2019	Differenz
Krankenhäuser insg.	2084 = 100%	1914 = 100%	-170 = -8,16%
öffentlich	648 = 31,09%	545 = 28,47%	-103 = -15,9%
freigemeinnützig	769 = 36,9%	645 = 33,7%	-124 = -16,12%
privat	667 = 32%	724 = 37,82%	+57 = +8,54%

Tab. 1: Anzahl Krankenhäuser Deutschland 2009 und 2019 (Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnung).

Anzahl Krankenhausbetten Deutschland 2009 und 2019			
	2009	2019	Differenz
Krankenhausbetten insg.	503.341 = 100%	494.326 = 100%	-9.015 = -1,79%
öffentlich	244.918 = 48,7%	235.767 = 47,69%	-9.151 = -3,74%
freigemeinnützig	174.711 = 34,7%	162.958 = 32,97%	-11.753 = -6,73%
privat	83.712 = 16,6%	95.601 = 19,33%	+ 11.889 = +14,2%

Tab. 2: Anzahl Krankenhausbetten Deutschland 2009 und 2019 (Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnung).

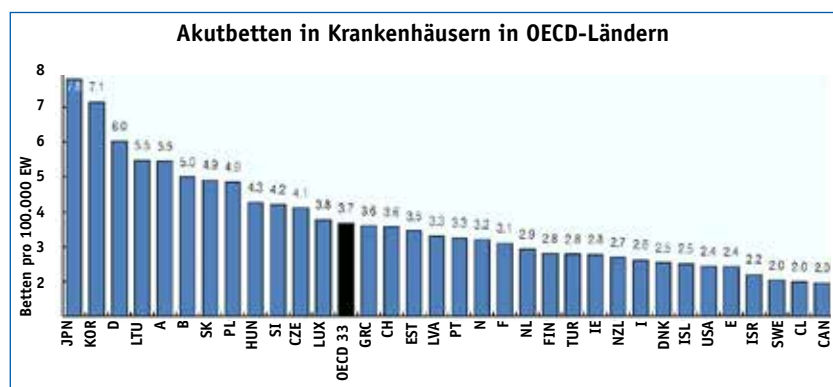


Abb. 1: Akutbetten in Krankenhäusern in OECD-Ländern (Datensatz von 2017).⁴

Insgesamt hat die Gesamtzahl der Krankenhäuser von 2009 bis 2019 um 8% abgenommen. Während die Anzahl an öffentlichen Häusern um 15,9% und an freigemeinnützigen Häusern um 16,12% gesunken ist, nahm die Anzahl der privaten gewinnorientierten Häuser mit 8,54% deutlich zu, womit deren relativer Anteil an den Krankenhäusern insgesamt von 32% auf 37,82% gestiegen ist (siehe Tab. 1).

Die Abnahme der Anzahl der Krankenhausbetten (Tab. 2) liegt jedoch insgesamt nur bei knapp 2%. Im Einzelnen haben die Betten in Krankenhäusern in privater Trägerschaft um 14,2% zugenommen, während die öffentlichen und freigemeinnützigen um 3,74 bzw. 6,73% zurückgingen. Offensichtlich hat also eine Konzentration der Krankenhausbetten auf eine geringere Zahl von Häusern stattgefunden.

Laut OECD hat Deutschland die höchste Anzahl an **Krankenhausbetten** in Europa und die dritthöchsten innerhalb der OECD-Länder (siehe Abb. 1). Während in der EU durchschnittlich 3,6 Betten pro 1.000 Einwohner belegt sind, liegt dieser Durchschnitt in Deutschland mit 6,4 Betten deutlich höher³.

Zusammenfassung

Trotz Bettenreduzierung hat Deutschland immer noch erhebliche Überkapazitäten in der stationären Versorgung. Patienten werden wegen ambulant behandelbarer Erkrankungen häufiger im Krankenhaus aufgenommen als in den meisten anderen EU-Ländern.

2. Ausstattung mit Intensivbetten im internationalen Vergleich

Frühere Untersuchungen ergaben erhebliche Unterschiede in der Anzahl der Intensivbetten zwischen den europäischen Ländern. Auch der Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren ist in den europäischen Ländern unterschiedlich. So bewegt sich der Prozentsatz dieser Altersgruppe im Jahr 2019 zwischen 14,1% in Irland und 22% in Italien (EU-Mittelwert: 20,3%)^{5,6}. Es ist wichtig, demografische Unterschiede zu berücksichtigen, da der Bedarf an medizinischer Versorgung mit dem Alter der Patienten aufgrund der erhöhten Morbidität bei älteren Menschen zumindest bei einigen Krankheitsgruppen zunimmt.

Im internationalen Vergleich verfügt Deutschland über eine hohe **Versorgungsdichte mit Intensivbetten**. Dies geht aus einer Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes vom 2. April 2020 hervor. Basis waren Erhebungen der OECD in zehn ihrer Mitgliedstaaten.⁷

Demnach gab es in Deutschland Ende 2017 in 1.160 Krankenhäusern insgesamt 28.031 Intensivbetten, was etwa 33,9 Intensivbetten pro 100.000 Einwohnern entspricht. Diese befanden sich größtenteils (27.864 Intensivbetten) in Allgemeinen Krankenhäusern der Spitzen- oder Maximalversorgung.

Österreich (28,9 Intensivbetten pro 100.000 Einwohnern) und die **Vereinigten Staaten** (25,8) hatten ähnlich viele Betten. Demgegenüber waren die Kapazitäten in den von der Corona-Pandemie in Europa besonders stark betroffenen Staaten **England** (10,5), **Spanien** (9,7) und **Italien** (8,6) deutlich geringer (s. Abb. 2).

Zusammenfassung

Deutschland verfügt gegenüber dem (europäischen) Ausland über eine hohe Zahl von Intensivbetten (2017: 33,9 auf 100.000 Einwohner).

3. Corona-Pandemie im europäischen Ausland: Erste Reaktionen im Frühjahr 2020

Die erste Corona-„Welle“ stellte die Krankenhäuser vor große Herausforderungen. Ein wichtiger Aspekt für Wirksamkeit nationaler Maßnahmen ist die Fähigkeit, das Gesundheitssystem rechtzeitig mit

3: <https://www.oecd.org/germany/Deutschland-Länderprofil-Gesundheit-2019-Launch-presentation.pdf> (abgerufen am 17.04.2021)

4: Quelle: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/beyond-containment-health-systems-responses-to-covid-19-in-the-oecd-6ab740c0/> (abgerufen am 17.04.2021)

5: Bauer, J., Brüggmann, D., Klingelhöfer, D. et al. Access to intensive care in 14 European countries: a spatial analysis of intensive care need and capacity in the light of COVID-19. *Intensive Care Med* 46, 2026–2034 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06229-6> (abgerufen am 24.04.2021)

6: Eurostat (2020) Proportion of population aged 65 and over. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00028/default/table?lang=en>. (abgerufen am 24.04.2021)

7: OECD: Beyond Containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD: https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=119_119689-ud5comtf84&Title=Beyond%20Containment:Health%20systems%20responses%20to%20COVID-19%20in%20the%20OECD (abgerufen am 24.04.2021)



Abb. 2: Anzahl Intensivbetten pro 100.000 Einwohnern (Quelle: OECD, s. Fußnote).

den erforderlichen Ressourcen auszustatten. Es werden hier deswegen Erfahrungen aus mehreren Ländern kurz dargestellt.

So wurden in **Österreich** ab dem 8. April 2020 etwa 7.500 zusätzliche Betten aus anderen Einrichtungen (z. B. Reha-Einrichtungen) und 1.735 neue reguläre Betten für die Covid-19-Behandlung zur Verfügung gestellt.

In **Frankreich**, dessen Intensivstationen während der ersten „Welle“ anfangs nur im Norden, später auch im Osten überlastet waren, wurden ab März die Intensivbetten von 5.000 auf 8.000 Plätze ausgebaut und Militärkrankenhäuser für die Versorgung der Zivilbevölkerung geöffnet, um größere Bettenkapazitäten bereitzustellen. Die Armee wurde hinzugezogen, um Patienten landesweit gleichmäßig zu verteilen, aus überlasteten in weniger belastete Regionen; 644 Patienten wurden in Nachbarländer (Österreich, Deutschland, Schweiz, Luxemburg) verlegt.

Auch in den **Niederlanden** wurden Patienten umverteilt, in Groningen bspw. stammten 32 der 34 Intensivpatienten aus Noord-Brabant und Limburg. Belgien richtete 759 neue Intensivplätze ein, Finnland verwandelte Aufwächerräume in Intensivstationen.

Italien organisierte die Versorgung mit Krankenhausbetten aktiv neu, schuf ganze „aseptische“ Stationen und neue flexible Intensivstationen für Patienten, die mit Covid-19 infiziert waren, während elektive Eingriffe verschoben wurden. In der Lombardei erhöhte man die Kapazität der Intensivstationen um 376 Betten, in dem normale Stationen in Intensivstationen umgewandelt wurden (bis zum 16. März). Die Stadt Mailand verwandelte Industrieräume in Krankenhäuser. In einigen Regionen richtete das Ministerium für Katastrophenschutz Militärkrankenhäuser mit zusätzlichen Intensiv- und Pflegebetten ein. Intensivpflegebedürftige Patienten aus betroffenen Regionen wurden bei Bedarf in andere Regionen geflogen.

In **Großbritannien** wurden an sieben Standorten neue provisorische Krankenhäuser gebaut, um zusätzliche Intensiv-Kapazitäten bereitzustellen (z. B. 500 Betten im Londoner Nightingale Hospital). Zudem wurden neue Richtlinien und Regeln für die stationäre Behandlung erlassen (u.a. wurde die Telemedizin stark ausgeweitet), wodurch rund 33.000 Betten (keine Intensivbetten) mehr zur Verfügung standen.

In **Schweden** wurden während der Krise nach und nach zusätzliche 524 Intensivbetten geschaffen, wodurch sich die Kapazität der Intensivbetten verdoppelte (die normale Kapazität liegt bei etwa 500 Betten).

Zusammenfassung

In mehreren europäischen Ländern wurde auf der Basis einer geringeren Grundausstattung die Intensivversorgung neu strukturiert bzw. deutlich ausgebaut.

4. Verlauf und Vorgehen in Deutschland

In Deutschland verlief die Epidemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 in den letzten 16 Monaten in Form von drei sog. „Wellen“. Die erste Episode war klassisch durch das Auftreten von einzelnen Herden unterschiedlicher Größe bestimmt („Ischgl“), der zweite Anstieg durch die rasche Ausbreitung im Bereich der ungenügend geschützten vulnerablen Gruppen (90% der Letalität bei Personen über 80 Jahre) und der dritte Anstieg durch die Ausbreitung im Bereich berufstätiger und jüngerer Personen.

Das Gesundheitssystem und die Gesundheitspolitik reagierten zunächst durch die Sicherung und Mobilisierung der zur Verfügung stehenden Ressourcen insbesondere im **stationären Bereich**¹¹. Die intensivmedizinische Versorgung spielte dabei eine ganz zentrale Rolle, weil bei einigen Infizierten die schwere interstitielle Pneumonie, die Neigung zu thromboembolischen Komplikationen und das resultierende Multiorganversagen zu einer intensivmedizinischen Behandlungsindikation führten. Es war schnell klar, dass der zur Verfügung stehenden Intensivkapazität große Bedeutung zukommen würde. Zeitgleich kam es zu einer in ihrer Ausprägung unerwarteten Abnahme bzw. Verschiebung von stationären Behandlungsfällen: die Fallzahl ging im Jahr 2020 um 14% zurück, die Belegungstage fielen um 15%, und besonders in den kleinen Krankenhäusern unter 300 Betten sank die Auslastung auf 62,1% (alle Häuser: auf 67,3%)¹².

Um angesichts des zunächst unsicheren Verlaufs der Epidemie die Krankenhausversorgung und speziell die intensivmedizinische Versorgung aufrechtzuerhalten, wurden **unterschiedliche Verfahren** gewählt. Nach Augurzky et al.¹³ lassen sich drei „Regime“ unterscheiden:

Regime 1: einheitliche Ausgleichszahlung (16.3. bis 12.7., Covid-19-Krankenhausesentlastungsgesetz) für jedes gegenüber 2019 zusätzlich freie Bett;

8: <https://www.gov.uk/coronavirus>

9: Die Verwendung des Ausdrucks „Welle“ basiert auf einem einfachen Verständnis, das auf der Annahme einer linearen Ausbreitung („R-Faktor > 1“) beruht. Spätere wissenschaftliche Analysen werden zeigen, ob es richtig war, von diesem Bild Gebrauch zu machen und daraus Handlungsbedarf abzuleiten („Welle brechen“).

10: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Mannow, 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, hier: Kap. 2. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 10.01.2021, Monitor Versorgungsforschung, <http://doi.org/10.24945/MVF.01.21.1866-0533.2268>

11: Eine hervorragende Darstellung findet sich bei Augurzky, B., Busse, R., Haering, A., Nimptsch, U., Pily, A., Werbeck, A.: Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise. Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, 30.4.2021. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Analyse_Leistungsgeschehen_Kkh_in_Corona-Krise_2021.pdf

12: Augurzky et al., ebd., S. 4 und Kap. 1.1

13: Augurzky et al., ebd., S. 47ff

Regime 2: gestaffelte Ausgleichszahlung (13.7. bis 30.9.) mit fünf Kategorien (360, 460, 560, 660 und 760 Euro, psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser 280 Euro pro Tag);

Regime 3: die individuelle Ausgleichszahlung (ab 18.11. nach lokalen Gegebenheiten (z.B. Melderate)).

Im bereits genannten Covid-19-Krankenhausesentlastungsgesetz¹⁴ wurde außerdem festgelegt, dass

- Krankenhäuser zusätzlich einen Bonus in Höhe von 50.000 Euro für jedes zusätzlich geschaffene Intensivbett erhalten,
- Krankenhäuser für Mehrkosten, insbesondere bei persönlichen Schutzausrüstungen, vom 1. April bis zum 30. Juni 2020 einen Zuschlag je Patient in Höhe von 50 Euro erhalten, der bei Bedarf verlängert und erhöht werden kann, und dass
- der so genannte „vorläufige Pflegeentgeltwert“ auf 185 Euro erhöht wird¹⁵.
- Zusätzlich wurde in der Corona-Ausgleichsvereinbarung zwischen GKV, PKV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft den Kliniken für Erlösrückgänge aufgrund des Fallzahlrückgangs im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 eine Ausgleichszahlung für einen im Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2019 entstandenen Erlösrückgang von 85% garantiert.¹⁶

Neben diesen Maßnahmen darf man jedoch nicht die gesellschaftliche und institutionelle Stimmungslage aus dem Auge verlieren. Ohne Zweifel führte und führt die Covid-19-Pandemie zu einer extremen Belastung des Gesundheitswesens und der Krankenhäuser. Gerade in der **ersten Phase** ab März war die Angst groß, die psychologische Belastung beim Gesundheitspersonal immens, insbesondere auf den Intensivstationen. Pro Tag wurden während der ersten „Welle“ im Frühjahr 2020 rund 3.000 Patienten intensivmedizinisch behandelt (zum Verlauf s. Abb. 3). Dabei fehlte es überall an Schutzmaterial, an eine mögliche Schutzimpfung dachte zu diesem Zeitpunkt noch niemand. Krankenhäuser bauten ihre Kapazitäten ab, um diese für potenzielle Covid-19-Fälle vorzuhalten, elektive Operationen wurden verschoben, Intensivkapazitäten erheblich ausgebaut (s.u.).

In der „zweiten Welle“, die **pro Tag rund 6.000 Patienten** auf die Intensivstationen brachte, funktionierten bereits die regionalen Netzwerke der Krankenhäuser untereinander. Inzwischen war Schutzausrüstung in ausreichendem Maß vorhanden, doch hatten die Kran-

kenhäuser immer noch mit erheblichen Personalausfällen zu kämpfen, weil sich viele Mitarbeiter noch selbst infizierten. Das änderte sich erst mit dem Beginn der Impfkampagne.

Als sich die „**dritte Welle**“ im März 2021 in Deutschland ausbreitete, wurden die Personalausfälle deutlich geringer, weil die Mitarbeiter inzwischen geimpft waren. Das Land befindet sich derzeit immer noch im Lockdown, aber nunmehr gilt auch eine Ausgangssperre, mit der man eine dramatische Überlastung der Intensivstationen vermeiden möchte, wo derzeit rund 4.500 Patienten behandelt werden.

Bis zum 31.12.2020 wurden laut Bundesamt für Soziale Sicherung 10,2 Mrd. Euro als **Ausgleichszahlungen für Einnahmeausfälle** der Krankenhäuser ausgezahlt¹⁷. Insgesamt wurden 530 Mio. Euro als Prämien für knapp 11.000 **zusätzliche Intensiv-Betten** abgerufen¹⁸. Dieser Zuwachs ist größer als die Gesamtzahl der Intensivbetten, die Frankreich mit 66,97 Millionen Einwohnern überhaupt zur Verfügung stehen. Über das Jahr 2020 wurden zur Behandlung von Covid-19-Patienten durchschnittlich 2% der stationären und 4% der intensivmedizinischen Kapazitäten – bei deutlichen Differenzen in zeitlicher und räumlicher Hinsicht – benötigt¹⁹.

Die laut vernehmbaren Warnungen einer Fachgesellschaft, der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), vor überfüllten Intensivstationen und „britischen Verhältnissen“ bedürfen daher einer näheren Begründung, gerade wenn politische Entscheidungen (auch) auf der Grundlage dieser Rufe gefällt werden²⁰. Dies gilt um so mehr, weil es aus dem Gesundheitssystem auch gegenteilige Wortmeldungen gibt, so z. B. durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft²¹.

Zusammenfassung

Nach einer Phase der Überforderung durch mangelnde Organisation und Ausstattung während der ersten „Welle“ kam es in der zweiten Phase zu einer starken Beanspruchung des medizinischen Personals und – mitbedingt durch die Impfung der Mitarbeiter – in der dritten „Welle“ zu einer relativen Stabilisierung. Im Jahr 2020 wurden zur Behandlung von Covid-19-Patienten durchschnittlich 2% der stationären und 4% der intensivmedizinischen Kapazitäten – bei deutlichen Differenzen in zeitlicher und räumlicher Hinsicht – genutzt. Es wurden als Ausgleichszahlungen an die Krankenhäuser 10,2 Mrd. Euro und als Prämien für knapp 11.000 zusätzliche Intensivbetten 530 Mio. Euro ausgezahlt.

5. Entscheidendes Defizit: unzureichende Datenlage zur Nutzung

Seit Beginn der Epidemie gab es von politischer Seite, aber auch von Fachverbänden laute Warnungen vor einer Überlastung der Intensivstationen und vor einer „Triage“ zur intensivmedizinischen Versorgung. Implizit wurde damit gedroht, man müsse Patienten „ersticken lassen“. Diese Angst-basierte Kampagne spielte eine entscheidende Rolle bei der Durchsetzung der Maßnahmen zur Kontakteinschränkung. Hinsichtlich ihrer Faktenbasierung lassen sich diese Äußerungen jedoch nicht nachprüfen, zumindest steht der Dramatik der Aussagen ein deutlicher Mangel an verwertbaren Daten gegenüber. Weder gibt das von RKI und DIVI betriebene Intensivbettenregister Auskunft über das Geschlecht, noch werden Daten zu Komorbidität und anderen Risikofaktoren zum Zeitpunkt der Inten-

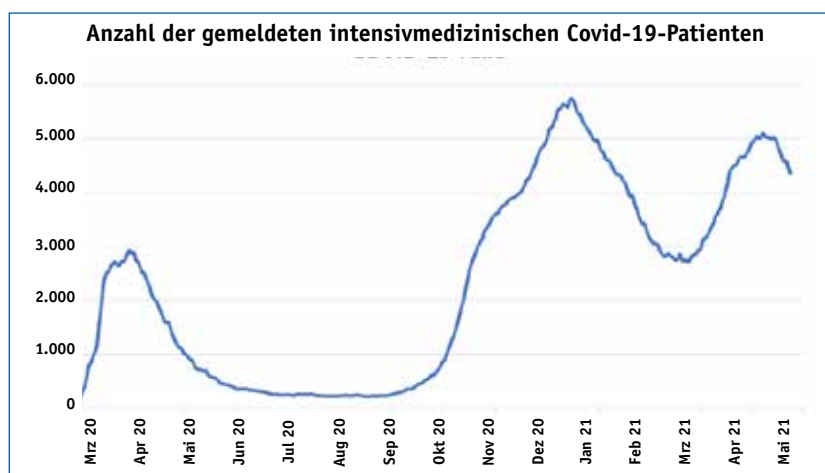


Abb. 3: Anzahl der gemeldeten intensivmedizinischen Covid-19-Patienten seit März 2020. (Quelle: RKI/DIVI).

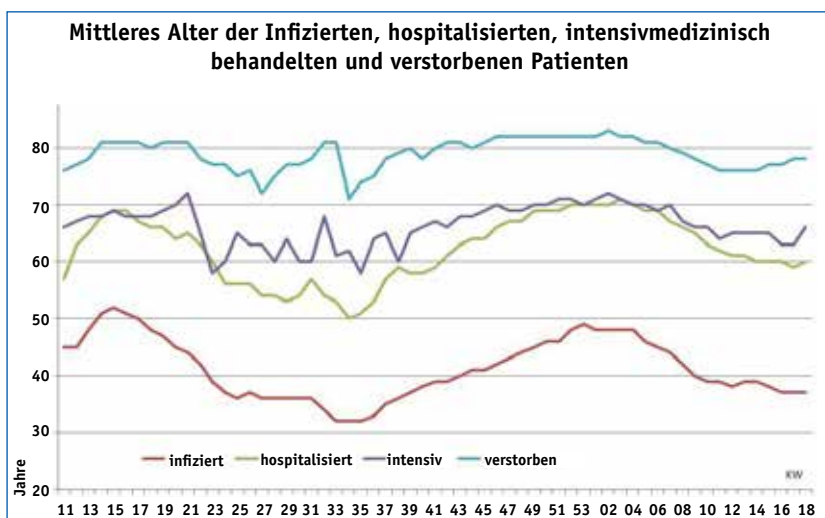


Abb. 4: Mittleres Alter der Gesamtheit der Infizierten (rot), der hospitalisierten (hellgrün), der intensivmedizinisch behandelten (violett) und der verstorbenen Patienten (türkis). (Quelle: RKI-Berichte, 11.5.2021), eig. Darstellung.

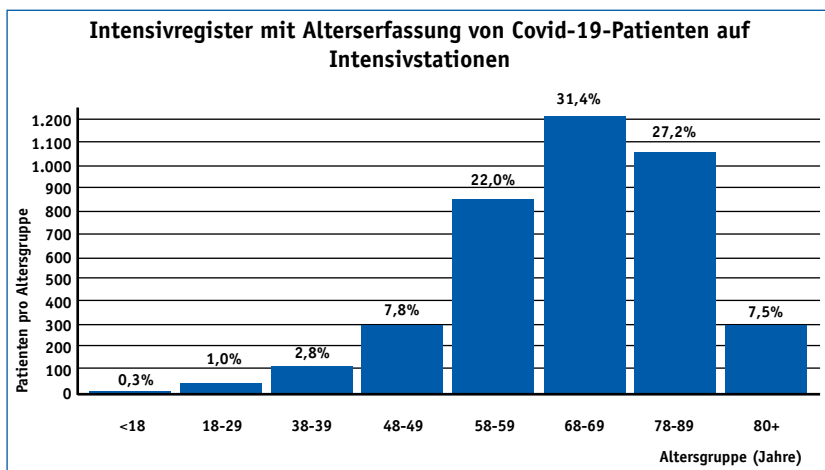


Abb. 5: Das Intensivregister wurde um die Alterserfassung von Covid-19-Patienten auf Intensivstationen erweitert. Erste Ergebnisse zur Altersverteilung von 91% der aktuell gemeldeten Covid-19-Patienten (Quelle: DIVI, URL s. Fußnote).

sivpflichtigkeit veröffentlicht. Es ist den zuständigen Stellen bislang nicht gelungen, eine Vollerfassung oder wenigstens eine repräsentative Stichprobe für die entscheidende Fragestellung aufzubauen²², die eine Beantwortung der Frage erlaubt, wie die weiteren demografischen und klinischen Charakteristika der Intensivpatienten mit Covid-19 gestaltet sind. Insofern kann weder eine Aussage zum Schweregrad der Erkrankung noch zum Behandlungsaufwand getroffen werden.

Bis zum 6. Mai 2021 (!) war es den Verantwortlichen von RKI und DIVI nicht möglich, Angaben zum mittleren Alter der Patienten bei Intensivpflichtigkeit zu machen. Mit den jetzt vorliegenden Daten kann nun zunächst die Altersabhängigkeit der Erkrankung insgesamt gut illustriert werden²³: die Gesamtheit der Infizierten ist im mittleren Alter deutlich jünger als die der hospitalisierten und vor allem die der intensivmedizinisch behandelten Patienten. Die Verstorbenen haben das höchste mittlere Alter (s. Abb. 4). Da nicht bei allen Patienten das Alter bekannt ist, müssen diese Daten allerdings vorsichtig interpretiert werden. Die Intensiv-Covid-19-Patienten liegen mit ihrem mittleren Alter zwischen 60 und 70 Jahren, was mit den Alarmrufen, das Alter der intensivmedizinisch behandelten Patienten sinke dramatisch ab, nur schwer vereinbar ist.

Differenziertere Angaben zur Altersstruktur gehen aus Abb. 5 hervor²⁴. Die Aussage der DIVI-Verantwortlichen, dass inzwischen schon 30- bis 40-Jährige auf Intensivstationen liegen, lässt sich also insofern präzisieren, als dass diese 2,8% aller Covid-19-Patienten auf Intensivstationen ausmachen, absolut betrachtet bundesweit also etwa 130 Patienten dieser Altersgruppe betroffen sind. 7,8% der Patienten auf Intensivstation sind 40-49 Jahre alt, 22% 50-59 Jahre, aber der Hauptteil der Patienten ist älter als 60 Jahre (Median 65 Jahre).

14: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&jumpTo=bgbl120s0580.pdf#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl120s0580.pdf%27%5D__1619706796660 (abgerufen am 29.04.2021)
 15: Anfang 2020 wurden die Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen herausgenommen. Seitdem müssen die Krankenhäuser die Kosten für ihr Pflegepersonal mit den Krankenkassen bei den jährlichen Budgetverhandlungen selbst aushandeln. Bei den Krankenhäusern löste das große Sorgen wegen möglicher Liquiditätsprobleme aus. Da alle Kliniken über eigene Leistungsspektren verfügen, sind sie unterschiedlich betroffen. Für eine Übergangszeit, in der die Verhandlungen über das Pflegebudget noch nicht abgeschlossen waren, sollten die Krankenhäuser 130 Euro je vollstationärem Belegungstag erhalten, womit laut Regierungsparteien Liquiditätsprobleme im darauffolgenden Jahr (2021) verhindert werden sollten. Aus Sicht vieler Klinikdirektoren jedoch waren und sind die 130 Euro nicht annähernd kostendeckend.
 16: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/KH_Corona-Ausgleichsvereinbarung_2020_18.12.2020.pdf (abgerufen am 30.04.2021)
 17: Augurtzky et al., ebd., S. 5
 18: OECD: Beyond Containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD: https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=119_119689-ud5comtf84&Title=Beyond%20%20Containment:Health%20systems%20responses%20to%20COVID-19%20in%20the%20%20OECD (abgerufen am 24.04.2021)
 19: Augurtzky et al., ebd., s. 2
 20: <https://www.rtl.de/cms/intensivmediziner-marx-warnt-jeder-zweite-beatmete-corona-patient-stirbt-4745250.html>, <https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2020-07/corona-studie-krankenhaus-patienten-beatmet-verstorben-sterblichkeit>, <https://plus.tagesspiegel.de/politik/intensivmediziner-appelliert-verzweifelt-wir-sind-den-tod-gewohnt-aber-so-etwas-gab-es-noch-nie-129149.html>, https://www.deutschlandfunk.de/steigende-corona-neuinfektionen-es-betrifft-wirklich-quasi.694.de.html?dram:article_id=494633, <https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/zeitreihen>
 21: „Corona-Pandemie: Krankenhausgesellschaft sieht keine unmittelbare Überlastung der Kliniken“, Deutschlandfunk, gesendet 16.4.2021, Webseite nicht mehr auffindbar (Screenshot vorhanden); https://www.deutschlandfunk.de/krankenhausgesellschaft-deutlich-weniger-covid-19.2932.de.amp?drn:news_id=1249121
 22: Schrappe, M.: Die „dritte Welle“ verebbt – 4. Aktualisierung zu Epidemiologie SARS-2/CoViD-19. <https://corona-netzwerk.info/die-3-welle-verebbt-einschliesslich-auswertung-bundeslaender/> (abgerufen am 01.05.2021)
 23: RKI-Bericht vom 11.5.2021, Tabelle „Klinische_Aspekte.xlsx“. Es wird in der Auszeichnung der Tabelle von „MW“ gesprochen, was nicht dem Median, sondern dem arithmetischen Mittelwert entsprechen dürfte.
 24: <https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/zeitreihen>

Gerade beim Thema **Komorbidität** kommt wieder die Diskussion zur Geltung, die schon anlässlich der Sterblichkeitsdaten eine wichtige Rolle spielte: es wäre wichtig zu wissen, ob die Corona-Infektion ursächlich für die Aufnahme der Patienten auf die Intensivstation war, oder ob die Aufnahme einer anderen Grunderkrankung geschuldet war, mit anderen Worten: ob die Patienten **wegen oder mit SARS-CoV-2/Covid-19** dort aufgenommen wurden. Analog zum gängig gewordenen Ausdruck „Mortalität mit oder an Corona“ wäre hier **„Intensivpflichtigkeit mit oder wegen Corona“** die adäquate Umschreibung. Genaue Daten zu dieser Differenzierung liegen nicht vor. Wenn man von einer Prävalenz in der Bevölkerung von 1% ausgeht, wären dies bei rund 20.000 Intensivpatienten immerhin 200 Patienten, die gar nicht wegen Covid-19 intensivpflichtig werden (jedoch dann als solche gepflegt und behandelt werden müssen). Jüngere Patienten mit schweren Grunderkrankungen wären hiervon stärker betroffen als es für ältere Patienten der Fall ist, denn bei Jüngeren ist die Chance, allein wegen SARS-2/Covid-19 intensivpflichtig zu werden, sehr gering.

In dieser durch mangelnde Datenbasis charakterisierten Situation bleiben nur indirekte Schlussfolgerungen auf der Basis von Daten, die für die Gesamtgruppe der Infizierten vorhanden sind. Bekannt ist lediglich, dass sich die **Alterszusammensetzung der Gesamtzahl aller Infizierten** deutlich verändert hat (unabhängig von Hospitalisierung und Intensivbehandlung). Die Abnahme der Melderaten in den hohen Altersgruppen spricht für eine hohe Durchseuchung in den Alters- und Pflegeheimen und die zunehmende Impfquote vor allem bei der älteren Bevölkerung.

Weiterhin ist es zu einer **Abnahme der Hospitalisierungsrate** gekommen. Allerdings ist die vom RKI (Stand: 11.5.2021) berichtete absolute Erhöhung der Hospitalisierungen in den Alterskohorten 35-59 und 60-79 Jahre (s. Abb. 6) nicht von einer Erhöhung des relativen Hospitalisierungsrisikos begleitet (s. Abb. 7). Diese Aussage ist wichtig, da in den Medien häufig von einem gestiegenen Hospitalisierungsrisiko in den jüngeren Altersgruppen berichtet wird.

Auch muss hervorgehoben werden, dass die **Letalität aller Infizierten** seit Januar deutlich zurückgegangen sind. Bei ungefähr gleicher Melderate („Inzidenz“) Anfang Januar und Ende April ist die Zahl der täglich Verstorbenen von etwa 900 auf ca. 250 zurückgegangen²⁵ (s. auch Abb. 8). In der Gesamtsicht sind wenig Argumente für eine Zunahme der Krankheitsschwere in der intensivmedizinischen Versorgung festzustellen.

Zusammenfassung

Die mangelnde Datenlage über demografische und klinische Charakteristika zum Zeitpunkt der Intensivpflichtigkeit macht die genauere Analyse fast unmöglich. Eine fachliche Fundierung der offiziellen Kampagne und der Interventionen einiger Fachgesellschaften, die auf der individuellen Angst vor nicht

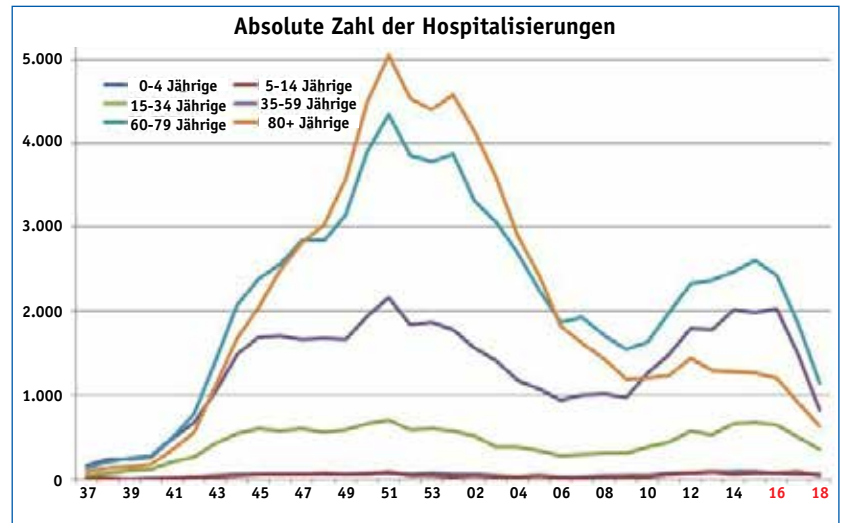


Abb. 6: Absolute Zahl der Hospitalisierungen in den sechs genannten Alterskohorten. Die Daten der letzten drei Wochen sind als vorläufig zu betrachten (Nachmeldungen) (Quelle: RKI-Berichte, eig. Berechnung, eig. Darstellung).

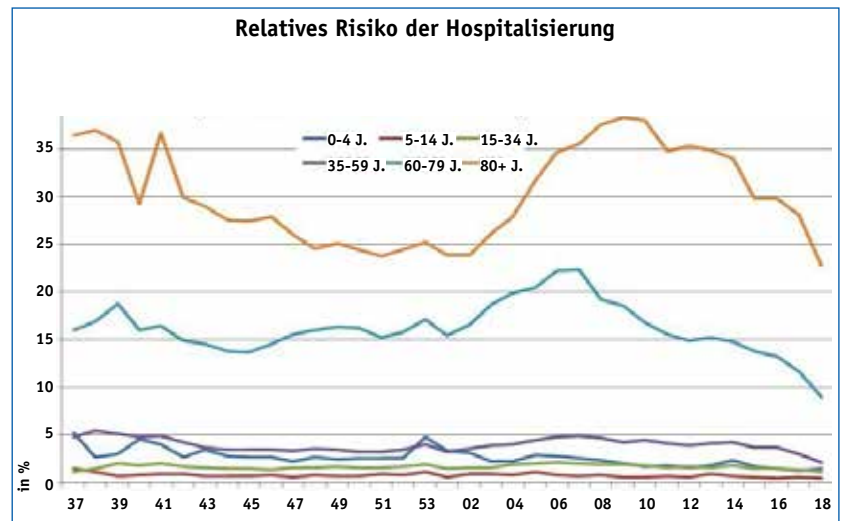


Abb. 7: Relatives Risiko der Hospitalisierung in den sechs genannten Alterskohorten. Die Daten der letzten drei Wochen sind als vorläufig zu betrachten (Nachmeldungen). Ein erhöhtes relatives Risiko für eine Hospitalisierung ist in den jüngeren Altersgruppen nicht zu erkennen (Quelle: RKI-Berichte, eig. Berechnung, eig. Darstellung).

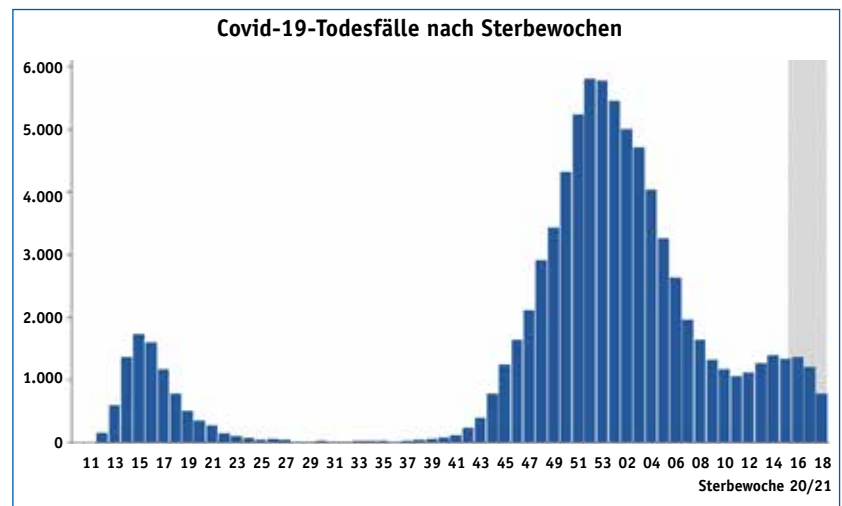


Abb. 8: An das RKI übermittelte Covid-19-Todesfälle nach Sterbewoche (76.022 Covid-19-Todesfälle kumuliert mit Angabe des Sterbedatums, 11.05.2021, 0:00 Uhr). Insbesondere für die MW 16-18/2021 ist mit Nachübermittlungen zu rechnen (Darstellung des RKI vom 12.05.2021).

möglicher Aufnahme auf Intensivstation basiert, kann daher nicht abgeleitet werden. Daten zum Altersdurchschnitt liegen erst seit kurzem vor und zeigen keine Abnahme des mittleren Alters von intensivmedizinisch behandelten Covid-19-Patienten. Mangelnde Daten zur Komorbidität lassen eine Unterscheidung von „Intensivpflichtigkeit mit oder wegen Covid-19“ nicht zu. Die Verbesserung der allgemeinen Daten zur Prognose der Infektion (Altersdurchschnitt, Hospitalisierung, Letalität) lassen Zweifel an einer relevanten Verschlechterung der Intensivversorgung aufkommen.

6. Wertung aufgrund internationaler Daten

Dennoch ist die Situation angesichts der gestiegenen Zahl der Corona-Patienten auf den Intensivstationen unübersichtlich. Einerseits wird von Medizinern, allen voran der DIVI, unüberhörbar Alarm schlagen, andererseits kritisieren relevante Akteure im Gesundheitswesen auch auf der Seite der Leistungserbringer diesen Alarmismus und fragen sich, ob dramatische Schilderungen nicht irgendwann die Menschen abstupfen lassen, statt sie für die Botschaft empfänglicher zu machen. Zu Zuständen wie in Bergamo, so der Vorstandsvorsitzende der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gerald Gaß, werde es absehbar in Deutschland nicht kommen. Auch in NRW halten manche Ärzte die Warnungen vor einem Kollaps für überzogen, vor allem angesichts der Tatsache, dass trotz hoher Melderate („Inzidenz“) nur maximal ein Viertel aller Intensivbetten mit Covid-19-Patienten belegt sind²⁶.

In Kap. 2 wurden die Intensivkapazitäten im internationalen Vergleich dargestellt. Hinsichtlich der Frage, wie die Intensivkapazität in Deutschland unter dem speziellen Blickwinkel der Behandlung von Corona-Patienten zu werten ist, ist das Verhältnis der Intensivbetten (bezogen auf die Bevölkerungsgröße) zur Melderate („Inzidenz“) relevant. In Abb. 9 ist diese Rate („Intensiv-Melderate-Quotient“) für Deutschland und einige andere europäische Länder dargestellt (Stand: 30.04.2021). Das Ergebnis ist völlig eindeutig: Kein anderes Land in Europa verfügt über ein besseres Verhältnis zwischen gemeldeten Fällen und Intensivkapazitäten als Deutschland.

Im europäischen Vergleich fällt weiterhin auf, dass in Deutschland der Anteil der intensivpflichtigen Corona-Patienten an allen hospitalisierten Corona-Patienten insgesamt deutlich höher ist als in anderen europäischen Ländern (**Quotient Intensivpflichtigkeit/Hospitalisierung**). In Deutschland wurden am 27.4.2021 41% der hospitalisierten Covid-19-Patienten auf Intensivstationen behandelt, während dies nur für 25% der Patienten in der Schweiz oder 11% der Patienten in Italien zutrifft (s. Tab. 3). Offensichtlich stellt man in Deutschland die Indikation zur Intensivbehandlung von Covid-19-Patienten deutlich schneller als in anderen Ländern. Die alternative Begründung, dass die Covid-19-infizierten Bundesbürger deutlich schwerer erkranken als die übrigen Bewohner Europas, kann mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Im Zeitverlauf scheint diese Situation sogar noch zuzunehmen: Es werden in Be-

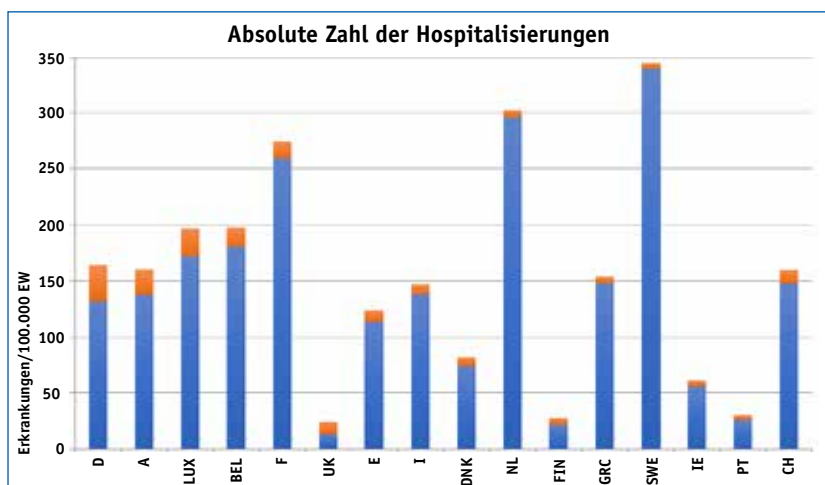


Abb. 9: Intensiv-Melderate-Quotient: die Höhe der Säulen insgesamt stellt die Melderate (Inzidenz) insgesamt, so genannte „Inzidenz“) dar, die roten Anteile die für diese Anzahl der Infizierten zur Verfügung stehenden Intensivbetten (jeweils auf 100.000 EW, 30.04.2021). Bsp.: Deutschland hatte lt. RKI am 30.04. eine Melderate/„Inzidenz“ von 163,9 Erkrankungen/100.000 EW. Für 31,9/100.000 EW steht ein Intensivbett zur Verfügung.

Hospitalisierte Corona-Patienten und Quotient Intensivpflichtigkeit/Hospitalisierung			
Land	Hospitalisierte Covid-19-Patienten (absolut)	Hospitalisierte Covid-19-Patienten pro 100.000 EW	Covid-19-Patienten ICU/100.000 EW (in % der Hospitalisierten)
Deutschland (30.03.21)	8.112 (intensiv: 3588)	9,8	4,3 (31%)
Deutschland (27.04.21) Datenstand: 01.05.21	8.665 (intensiv: 5.050)	10,4	6 (58%)
Spanien (24.03.21)	7.806	17	4 (24%)
Italien (01.05.21)	20.903	35	4 (11%)
Frankreich (30.04.21)	28.930	43	8 (19%)
Belgien	2.707	24	7 (29%)
UK (29.04.21)	1.451	2	o.A.
Schweiz (29.04.21)	1.028	12	3 (25%)

Tab. 3: Hospitalisierte Corona-Patienten und Quotient Intensivpflichtigkeit/Hospitalisierung in ausgewählten europäischen Ländern im Vergleich (die Zahlen für Deutschland wurden extrapoliert, da nicht bei allen Patienten Angaben zur Hospitalisierung vorhanden sind)²⁷. Anm.: Die Angaben in Zeile 1 und 2 sind im Ggs. zur Version des Ad-hoc-Papiers vom 16.5.2021 auf eine mediane Verweildauer von 10 Tagen bezogen und fallen entsprechend niedriger aus.

zug auf die hospitalisierten Covid-19-Patienten kontinuierlich immer mehr dieser Patienten intensivmedizinisch behandelt (s. Abb. 10a).

In Abb. 10b wird deutlich, dass gegenwärtig die Zahl der intensivmedizinisch behandelten Covid-19-Patienten in deutschen Krankenhäusern sogar die nicht intensivmedizinisch behandelten Hospitalisierten überholt hat.

25: Häussler, B.: IGES-Pandemie-Motor <https://www.iges.com/corona/> (abgerufen am 29.04.2021)
 26: <https://www.handelsblatt.com/meinung/morningbriefing/morning-briefing-alarmismus-vor-dem-neuen-covid-gesetz/27119964.html?ticket=ST-3038425-4eMWse6UBwmmhBuuvI6-ap5>
 27: Quellen (alle abgerufen am 01.05.2021): <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu>, <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/download-data-hospital-and-icu-admission-rates-and-current-occupancy-covid-19>, <https://coronavirus.data.gov.uk/details/healthcare>, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Apr_2021/2021-04-27-de.pdf?__blob=publicationFile

Am 27.04.2021 wurden laut DIVI 5.050 Patienten intensivmedizinisch behandelt (siehe Abb. 3). Diese Zahl entspricht etwa 4% der 145.336 Infizierten (KW16 27.04.2021, Datenstand vom 07.05.2021). Angaben zur Hospitalisierung lagen dem RKI für 102.023 Infizierte vor, denen zufolge 5.759 Patienten (4%) im Krankenhaus behandelt werden. Von diesen 5.759 Patienten waren 5.063 laut RKI (DIVI: 5050) intensivpflichtig²⁸, ein äußerst widersprüchlicher Befund. Zu beachten ist natürlich die Vorläufigkeit der Daten wegen möglicher Nachmeldungen und die Tatsache, dass nicht von allen Infizierten der Hospitalisierungsstatus bekannt war.

Betrachtet man also stattdessen die Daten der weiter zurückliegenden 12. KW, ergibt sich folgendes Bild: Am 30.03. meldete das RKI insgesamt für KW12 116.631 Infizierte. Angaben zur Hospitalisierung lagen bei 87.289 vor, von denen 6.071 Patienten (7%) im Krankenhaus versorgt wurden, bezogen auf die Melderate (116.631) wären dies 8.112 hospitalisierte Covid-19-Patienten. Dem RKI zufolge mussten 3.595 von ihnen intensivmedizinisch behandelt werden. (DIVI: 3.588), was einem Anteil von 44% entspricht.²⁹

Zusammenfassung

Sowohl in Bezug auf das Verhältnis von Intensivpflichtigkeit und Melderate (Intensiv-Melderaten-Quotient) als auch in Bezug auf das Verhältnis von intensivpflichtigen zu hospitalisierten Patienten (Quotient Intensivpflichtigkeit/Hospitalisierung) nimmt Deutschland eine Sonderstellung ein: In keinem Land werden im Vergleich zur Melderate so viel Infizierte intensivmedizinisch behandelt, und

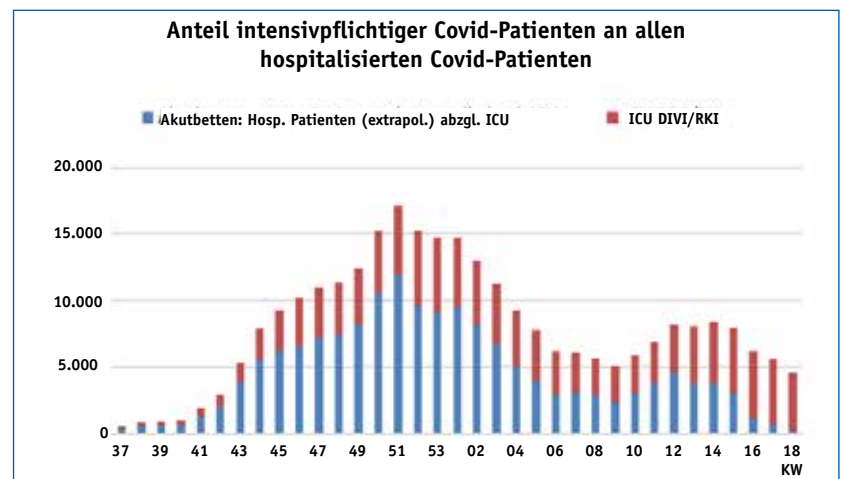


Abb. 10a: Anteil intensivpflichtiger Covid-Patienten (rot) an allen hospitalisierten Covid-19-Patienten (Quotient Intensivpflichtigkeit/Hospitalisierung im Zeitverlauf).

in keinem Land werden so viel hospitalisierte Infizierte auf Intensivstation behandelt. Diese Situation nimmt im Zeitverlauf sogar zu und muss dringend genauer untersucht werden (drohende Überversorgung). Die Datengrundlage ist auch hier äußerst widersprüchlich (z. B. mehr intensivpflichtige als hospitalisierte Patienten).

7. Bettenzahlen: weiterhin fehlende interne Konsistenz

Auch bezüglich der gemeldeten Intensivbettenzahlen ergeben sich schwerwiegende Zweifel an der Datengrundlage. In Abb. 11 ist

Literatur

- Thesenpapier 1: Schrappe, M., Francois-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., Francois-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, doi: 10.24945/MVF.03.20.1866-0533.2217
- Thesenpapier 3: Schrappe, M., Francois-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., Francois-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. 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., Francois-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
- Thesenpapier 4.1: Schrappe, M., Francois-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
- Ad-hoc-Stellungnahme: Schrappe, M., Francois-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
- Thesenpapier 5: Schrappe, M., Francois-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, doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.06.20.1866-0533.2266>
- Thesenpapier 6, Teil 6.1.: Schrappe, M., Francois-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., Francois-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., Francois-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

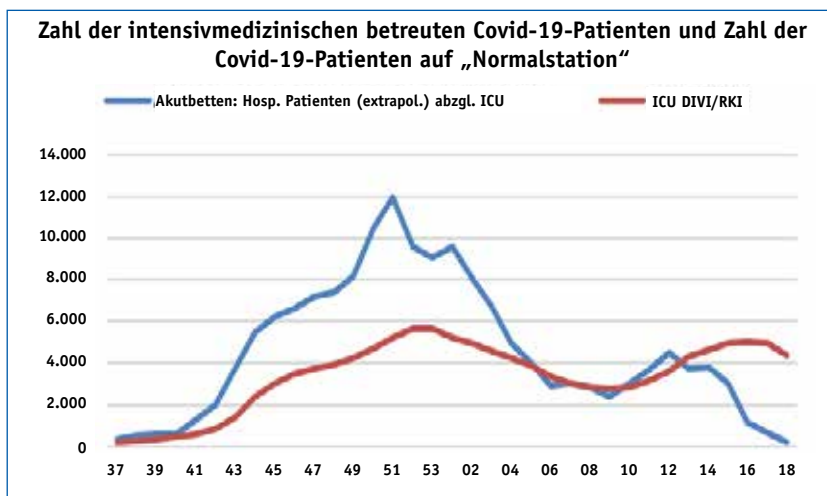


Abb. 10b: Die Zahl der intensivmedizinisch betreuten Covid-19-Patienten hat die Zahl der Covid-19-Patienten auf „Normalstation“ überholt.

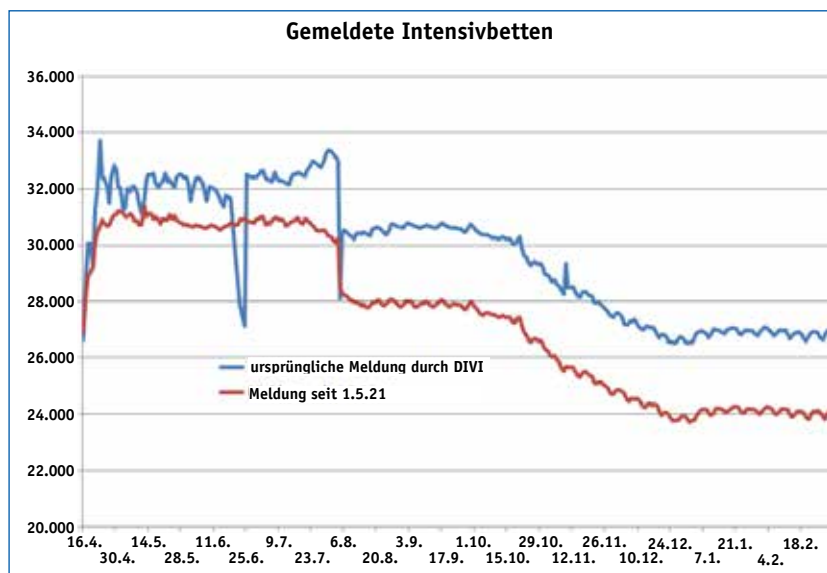


Abb. 11: Gemeldete Intensivbetten (bis 3.2.2021, danach Angleichung). Die blaue Linie gibt die Anzahl der Betten wieder, die jeweils tagesaktuell vom RKI/der DIVI gemeldet wurden. Die rote Linie entspricht den Zahlen aus dem jetzigen Archiv der DIVI (Download 1.5.2021). Die Zahlen wurden offensichtlich retrospektiv nach unten korrigiert.

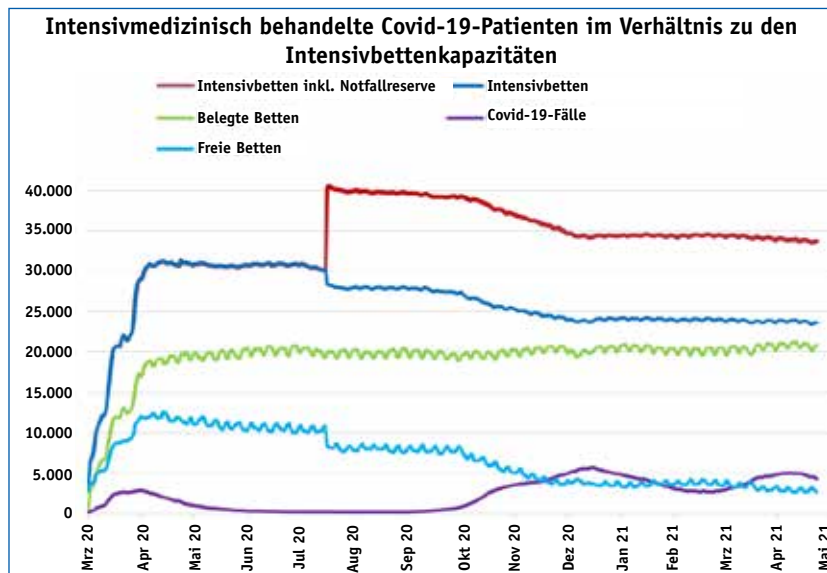


Abb. 12: Anzahl der intensivmedizinisch behandelten Covid-19-Patienten im Verhältnis zu den Intensivbettenkapazitäten (Quelle: DIVI-Intensivregister).

blau die täglich vom RKI bzw. der DIVI gemeldeten zur Verfügung stehenden Bettenzahlen aufgetragen, so wie sie zur Berichterstattung und wahrscheinlich auch zur Finanzierung verwendet wurden. Wenn man die gleichen Zahlen jedoch aktuell (1.5.2021) aus dem DIVI-Archiv herunterlädt, erhält man die rote Linie, die deutlich niedrigere Werte für den gesamten Verlauf und besonders den Sommer 2020 ausweist. Wurden am 30.7.2020 vom RKI noch 33.367 Intensivbetten gemeldet, sind es jetzt für dieses Datum nur noch 30.340. Diese Diskrepanz blieb seitdem bis zum 2. März 2021 bestehen (danach Angleichung) und ist nicht mit einer veränderten Dokumentationsweise zu erklären. Entweder ist in der Vergangenheit aus noch zu klärenden Gründen falsch gezählt worden, oder es hat eine nachträgliche „Korrektur“ der Zahlen gegeben, die ebenfalls erklärungsbedürftig wäre (natürlich ist theoretisch auch ein gezielter Bettenabbau möglich). In jedem Fall stellt sich die Frage, wie es im Nachhinein zu einer Differenz von knapp 3.000 gemeldeten Betten kommen kann, was etwa einem Drittel aller Intensivbetten Frankreichs entspricht oder dem Dreifachen der Kapazität, über die Schweden insgesamt verfügt. Es wäre weiterhin zu überprüfen, ob und in welchem Umfang Freihaltepauschalen für diese Betten geflossen sind, und inwiefern hier die insgesamt 530 Mio. Euro Investitionspauschalen für die Neuschaffung von Intensivbetten abgerufen und geflossen sind (s. Kap. 4).

In Abb. 12 ist der **Verlauf der verfügbaren und belegten Betten** dargestellt. Die Zahl der verfügbaren Intensivbetten (erst rot, dann blau) ist in einer stetigen Abnahme bis zum gegenwärtigen Stand von unter 24.000 Betten begriffen, obwohl man ja eigentlich bei der drohenden „Triage“-Situation von einem Ausbau hätte ausgehen müssen. Ab August 2020 taucht dann eine **Reservekapazität** von knapp 12.000 Betten auf (in der Summe ergaben sich gar Werte von über 40.000 Betten im August 2020), die aber ebenfalls parallel zur Zahl der verfügbaren Betten abnimmt (rote Linie in Abb. 12). Es stellt sich allerdings die Frage, wofür – wenn nicht für den Fall einer Pandemie – diese Betten eigentlich vorgehalten werden. Bemerkenswerterweise ist trotz Epidemie die Zahl der belegten Intensivbetten (grün) konstant geblieben. Die Zahl der freien Betten (türkis) nimmt dagegen ab, und zwar parallel zur Abnahme der Gesamtkapazität (blau).

Man kann es vielleicht mit folgenden Worten am besten ausdrücken: Diese Zahlen generieren weitaus mehr Fragen als sie beantworten. Auf jeden Fall scheint der Abfall der freien Betten eher Folge der Abnahme der Gesamtkapazität denn Folge einer vermehrten Inanspruchnahme durch Covid-19-Patienten zu sein.³⁰

28: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Apr_2021/2021-04-27-de.pdf?__blob=publicationFile

29: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Maerz_2021/2021-03-30-de.pdf?__blob=publicationFile

Kurzfassung

Deutschland hat erhebliche Überkapazitäten in der stationären Versorgung. Patienten werden wegen ambulant behandelbarer Erkrankungen häufiger im Krankenhaus aufgenommen als in den meisten anderen EU-Ländern. Während in der EU durchschnittlich 3,6 Betten pro 1.000 Einwohner belegt sind, liegt dieser Durchschnitt mit 6,4 Betten in Deutschland deutlich höher.

Gemessen an der Bevölkerungszahl verfügt Deutschland im Vergleich zum (europäischen) Ausland über die höchste Zahl an Intensivbetten (2017: 33,9 auf 100.000 Einwohner). Als Reaktion auf die Corona-Pandemie strukturierten mehrere europäische Länder ihre Intensivversorgung um bzw. bauten sie deutlich aus.

Die drei „Wellen“, mit denen man die Entwicklung in Deutschland beschreibt, hatten unterschiedliche Auswirkungen auf die Intensivversorgung: Nach einer Phase der Überforderung durch mangelnde Organisation und Ausstattung während der ersten „Welle“, kam es in der zweiten Phase zu einer starken Beanspruchung des medizinischen Personals und – mitbedingt durch die Impfung der Mitarbeiter – in der dritten „Welle“ zu einer relativen Stabilisierung. Im Jahr 2020 wurden zur Behandlung von Covid-19-Patienten durchschnittlich 2% der stationären und 4% der intensivmedizinischen Kapazitäten – bei deutlichen Differenzen in zeitlicher und räumlicher Hinsicht – genutzt. Es wurden als Ausgleichszahlungen an die Krankenhäuser 10,2 Mrd. Euro und als Prämien für knapp 11.000 zusätzliche Intensiv-Betten 530 Mio. Euro ausgezahlt.

Die mangelnde Datenlage über demographische und klinische Charakteristika zum Zeitpunkt der Intensivpflichtigkeit macht eine genauere Analyse schwierig. Eine fachliche Fundierung der offiziellen Kampagne und der Interventionen einiger Fachgesellschaften, die auf der individuellen Angst vor nicht möglicher Aufnahme auf Intensivstation basiert, kann daher nicht abgeleitet werden. Daten zum Altersdurchschnitt liegen erst seit kurzem vor und zeigen keine Abnahme des mittleren Alters von intensivmedizinisch behandelten CoViD-19-Patienten. Mangelnde Daten zur Komorbidität lassen eine Unterscheidung von „Intensivpflichtigkeit mit oder wegen Covid-19“ nicht zu. Die Verbesserung der allgemeinen Daten zur Prognose der Infektion (Altersdurchschnitt, Hospitalisierung, Letalität) lassen allerdings Zweifel an einer relevanten Verschlechterung der Intensivversorgung aufkommen.

Sowohl in Bezug auf das Verhältnis von Intensivpflichtigkeit und Melde-rate (Intensiv-Melderaten-Quotient) als auch in Bezug auf das Verhältnis von intensivpflichtigen zu hospitalisierten Patienten (Quotient Intensivpflichtigkeit/Hospitalisierung) nimmt Deutschland eine Sonderstellung ein: in keinem Land werden im Vergleich zur Melde-rate so viel Infizierte intensivmedizinisch behandelt, und in keinem Land werden so viel hospitalisierte Infizierte auf Intensivstation behandelt. Diese Situation nimmt im Zeitverlauf sogar zu und bedarf dringend einer genaueren Untersuchung (drohende Überversorgung). Die Datengrundlage ist auch hier äußerst widersprüchlich (z.B. mehr intensivpflichtige als hospitalisierte Patienten).

Die Zahl der Intensivbetten nimmt seit Sommer letzten Jahres ab, obwohl angesichts der „Triage“-Diskussion Anstrengungen zur Ausweitung der Intensivbettenkapazität zu erwarten gewesen wären. Diese Abnahme entspricht genau der Abnahme an freien Betten, so dass der Abfall der freien Betten eher als Folge einer Abnahme der Gesamtkapazität denn als eine Folge einer vermehrten Inanspruchnahme durch Covid-19-Patienten zu interpretieren ist. Es hat eine rückwirkende „Korrektur“ der Intensivkapazitäten stattgefunden, die nicht mit der veränderten Zählweise zusammenhängt. Die Zahl der belegten Intensivbetten hat sich nicht verändert. Fragen zur Finanzierung, zur Bedeutung des Krankenhausplans und zu Freihalteprämien sowie deren Anreizwirkung bleiben offen.

Die objektive Datenlage bezüglich der zur Verfügung stehenden Anzahl von Pflegekräften ist nicht belastbar. Es fehlen Institutionen, die zu diesem Thema unabhängige Informationen generieren. Eine Abnahme der aktiv tätigen Pflegekräfte lässt sich statistisch nicht nachweisen. Aktuelle Daten der Bundesagentur für Arbeit sprechen sogar für eine deutliche Zunahme der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in diesem Bereich, allerdings entspricht nach Insiderinformationen die fachliche Qualifikation nicht in jedem Fall den Anforderungen. Öffentlichkeitswirksame und nachhaltig verfolgte Appelle der politisch Verantwortlichen zur Rückgewinnung von Pflegekräften aus dem Ruhestand, zur Wiederaufnahme der Berufstätigkeit oder zur Qualifikation von Pflegepersonal aus anderen Bereichen haben nicht stattgefunden, obwohl solche Programme eigentlich die naheliegendste Maßnahme gewesen wären. Solche Appelle hätten auch ohne Umstände Anreize finanzieller oder immaterieller Natur beinhalten können.

Was die **Belegung der Intensivstationen** betrifft, fällt weiterhin auf, dass die Corona-Patienten maximal ein Viertel aller Intensivpatienten ausmachen (siehe Abb. 12). Die Behauptung, alleine die Covid-19-Patienten würden für die Überlastung der Intensivstationen verantwortlich sein, erscheint vor diesem Hintergrund nur bedingt glaubwürdig. Aktuell werden in vielen Kliniken planbare Eingriffe wieder verschoben, damit es zu keiner Konkurrenz um einen Intensivplatz zwischen diesen Patienten und Corona-Infizierten kommt. Dabei muss man allerdings berücksichtigen, dass die Zahl elektiver Eingriffe in Deutschland im internationalen Vergleich unverhältnismäßig hoch ist. Für die Kliniken sind die elektiven Eingriffe finanziell äußerst bedeutsam (s.o.). Es sind jedoch große regionale Unterschiede zu berücksichtigen, in Nordrhein-Westfalen ist die Situation eine andere als in Schleswig-Holstein oder Berlin.³⁰ Dabei muss auch berücksichtigt werden, dass große Zentren mehr Patienten akquirieren, weil dort über therapeutische Möglichkeiten verfügt wird, die andernorts nicht vorhanden sind, wie beispielsweise eine ECMO-Therapie.

Zusammenfassung

Die Zahl der Intensivbetten nimmt seit Sommer letzten Jahres ab, obwohl angesichts der „Triage“-Diskussion Anstrengungen zur Ausweitung der Intensivbetten-Kapazität zu erwarten gewesen wären. Diese Abnahme entspricht genau der Abnahme an freien Betten, so dass der Abfall der freien Betten eher als Folge einer Abnahme der Gesamtkapazität denn als eine Folge einer vermehrten Inanspruchnahme durch Covid-19-Patienten zu interpretieren ist. Es hat eine rückwirkende „Korrektur“ der Intensivkapazitäten stattgefunden, die nicht mit der veränderten Zählweise zusammenhängt. Die Zahl der belegten Intensivbetten hat sich nicht verändert. Fragen zur Finanzierung, zur Bedeutung des Krankenhausplans und zu Freihalteprämien sowie deren Anreizwirkung bleiben offen.

8. Verfügbarkeit der Intensivkapazität

Was in den vergangenen Wochen und Monaten immer wieder zu Irritationen geführt hat, ist die Verfügbarkeit der Intensivbetten. In Abb. 12 wird deutlich, dass es im Verlauf der letzten 12 Monate zu einer deutlichen Abnahme der verfügbaren Intensivbetten gekommen ist.

Häufig wird hier **Personalmangel** als Grund angeführt. Mehrere Medien berichteten, zwischen Anfang April und Ende Juli 2020 hätten 9.000 Pflegekräfte ihren Beruf aufgegeben und berufen sich dabei auf Zahlen der Bundesagentur für Arbeit. Doch sind diese Zahlen wenig aussagekräftig, da darunter ebenso Altenpfleger wie auch Pflegekräfte aus Krankenhäusern subsumiert sind, denen der Mangel an Patienten und abgesagten Operationen während der Pandemie finanziell stark zu schaffen machte. Inwieweit darunter Intensiv-Pflegekräfte waren, ist nicht ermittelt worden. Eine konzertierte, in

30: Von der DIVI wurde aktuell das Argument vorgebracht, die rückwirkende Korrektur der Bettenzahlen wäre der Ausgliederung der pädiatrischen Intensivbetten zum 2.3.2021 geschuldet. Allerdings hat diese Ausgliederung laut Angaben der DIVI bereits zum 23.12.2020 stattgefunden (Quelle: <https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/zeitreihen>) und kann daher nicht als Erklärung dienen (s. Kurvenverlauf in den Abb. 11 und 12: zu diesem Zeitpunkt keine auffällige Änderung). Der Sachverhalt muss auch weiterhin als ungeklärt – aber dringend klärungsbedürftig – angesehen werden
31: <https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/laendertabelle>
32: Der „Pflexit“ bleibt aus, FAZ 8.5.2021; Bundesagentur für Arbeit, Presseinfo Nr. 19 vom 7.5.2021: Mehr Beschäftigte in der Alten- und Gesundheitspflege, <https://www.arbeitsagentur.de/presse/2021-19-tag-der-pflege-mehr-beschaeftigte-in-pflegeberufen>, letzter Zugriff 11.5.2021

der Öffentlichkeit sichtbare und nachhaltig verfolgte Aktion der politischen Führung des Landes, Pflegekräfte zum Wiedereintritt in den Beruf zu bewegen, fand jedenfalls nicht statt, jedenfalls konnte eine Recherche der Autoren keine diesbezügliche Berichterstattung in der überregionalen Presse feststellen.

Ob und wie viele Pflegekräfte sich tatsächlich aus ihrem Beruf zurückgezogen haben, lässt sich statistisch nicht nachweisen. Aussagen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zufolge ist es nicht zu einem massenhaften Exodus der Pflegekräfte gekommen. In einer aktuellen Veröffentlichung gab die Bundesagentur für Arbeit sogar an, im Jahr 2020 (bis Oktober) habe die **Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Alten- und Krankenpflege tatsächlich um 43.000 Kräfte zugenommen**³¹. Der Anstieg war zweistellig: Die Zahl der beschäftigten Kranken- und Altenpfleger hat um 14% zugelegt (auf 1,11 Mio. bzw. 615.000). Nichtsdestotrotz ist die ausreichende Ausstattung mit qualifiziertem Personal, insbesondere in der (Intensiv- und Alten-)Pflege, seit Jahren Diskussionsthema. Versprochene, reduzierte und am Ende mitunter dann doch nicht ausgezahlte Boni sind da sicher nicht hilfreich.

Eine mögliche Ursache für die Abnahme der Intensivbetten seit August 2020 könnte darin bestehen, dass das BMG ab dem 1. August die Pflegepersonaluntergrenze für Intensivstationen (Tagschicht maximal 2,5 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 3,5 Patienten pro Pflegekraft) wieder eingesetzt hat. Wegen der Corona-Pandemie war diese im März 2020 ausgesetzt worden. Kurz vor Beginn der „dritten Welle“ wurde die **Pflegepersonaluntergrenze** dann erneut herabgesetzt (Tagschicht 2 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 3 Patienten pro Pflegekraft).

Zusammenfassung

Die objektive Datenlage bezüglich der zur Verfügung stehenden Anzahl von Pflegekräften ist nicht belastbar. Es fehlen Institutionen, die zu diesem Thema unabhängige Informationen generieren. Eine Abnahme der aktiv tätigen Pflegekräfte lässt sich statistisch nicht nachweisen. Aktuelle Daten der Bundesagentur für Arbeit sprechen sogar für eine deutliche Zunahme der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in diesem Bereich, allerdings entspricht nach Insiderinformationen die fachliche Qualifikation nicht in jedem Fall den Anforderungen. Öffentlichkeitswirksame und nachhaltig verfolgte Appelle der politisch Verantwortlichen zur Rückgewinnung von Pflegekräften aus dem Ruhestand, zur Wiederaufnahme der Berufstätigkeit oder zur Qualifikation von Pflegepersonal aus anderen Bereichen haben nicht stattgefunden, obwohl solche Programme eigentlich die naheliegendste Maßnahme gewesen wären. Solche Appelle hätten auch ohne Umstände Anreize finanzieller oder immaterieller Natur beinhalten können. <<

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



On the role of intensive care in the SARS-2/Covid-19-epidemic

The group of authors is adding a third ad hoc statement on intensive care care to the statements from theses 4 and 6.1. In the correction of the version dated May 16, 2021, chap. 4 the numbers of patients treated in intensive care based on the daily value, the hospitalization / intensive care requirement quotient corrected to the length of stay of 10 days (Tab. 3) and a footnote (no. 30) added that deals with the possibility of explaining the decrease in total intensive care bed capacity due to the outsourcing of pediatric intensive care beds. Status: May 16, 2021, 12:00 noon, update from May 17, 2021

Keywords

Pandemic, SARS-CoV-2, Covid-19, epidemiology, prevention, socio-political relevance

Zitationshinweis

Schrappe et al.: „Ad-hoc-Stellungnahme 3.0 zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 „Zur intensivmedizinischen Versorgung in der SARS-2/Covid-19-Epidemie“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (03/21), S. 61-72. doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2303>

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

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

**Dr. med. Matthias Gruhl**

ist Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen und Allgemeinmedizin. Klinische Tätigkeiten in Aachen, Neuguinea und Minden, Hafendarzt in Bremen. Seit 1985 in obersten Landesgesundheitsbehörden in Hessen, Bremen und Hamburg tätig, von 2012 bis 2020 bei der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg, zuletzt dort Staatsrat.

Kontakt: hbzr186@gmail.com

**Prof. Dr. jur. Dieter Hart**

Professor am Fachbereich Rechtswissenschaft der Universität Bremen i. R.; Schwerpunkt Medizinrecht; langjähriger Leiter und geschäftsführender Direktor des Instituts für Gesundheits- und Medizinrecht (heute Informations-, Gesundheits- und Medizinrecht); langjähriger Vorsitzender der Ethikkommission des Landes Bremen; Mitbegründer und ehemaliges Vorstandsmitglied des Aktionsbündnisses Patientensicherheit.

Kontakt: hart@uni-bremen.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



PD Dr. med. Sabine Hawighorst-Knapstein
 Prof. Dr. med. Stephanie Wallwiener
 Prof. Dr. med. Stefanie Joos
 Prof. Dr. med. Sara Brucker
 Miriam Colombo MPH
 Frauke Saalman MSc*

Geschlechtsspezifische Präventionsmedizin & Frauengesundheit in unserer „Gesellschaft des längeren Lebens“

Entwicklungen und Perspektiven auf der Basis von Routinedatenanalysen

Gesundheit, ihre Erhaltung und Förderung sind zentrale Aufgaben in der Gesundheitsversorgung. Die kurative Medizin allein erreicht jedoch immer häufiger Grenzen, um den Folgen chronischer Krankheiten entgegenzuwirken angesichts der demografischen Entwicklung in unserer „Gesellschaft des längeren Lebens“ (Sondergutachten 2009 S. 18 ff, Sachverständigenrat „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“)¹. Diese Erkenntnisse trugen bei der evidenzbasierten Entwicklung der haus- und fachärztlichen Vollversorgungsverträge aufseiten der AOK Baden-Württemberg dazu bei, die biopsychosoziale Perspektive, einschließlich auch nicht-medikamentöser Betreuung, u.a. zu fördern und als gemeinsame Grundlagen mit den ärztlichen ambulanten Vertragspartnern zu vereinbaren, z.B. zu Rückenschmerzen und vielen weiteren, wachsenden Zivilisationsbeschwerden.

>> Studien der letzten Jahre befassen sich zunehmend mit Unterschieden zwischen Männern und Frauen im Hinblick auf Gesundheit und Krankheiten. Eine vergleichsweise häufigere Überdosierung und vermehrte Nebenwirkungen von Medikamenten bei Frauen aufgrund nachgewiesener physiologischer Unterschiede in der Bioverfügbarkeit, Metabolisierung und Ausscheidung von Arzneistoffen ist nur eines von inzwischen vielen Beispielen für die Notwendigkeit der Identifizierung geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Arzneimittelbehandlung (Ankowitsch et Rieser 2014 2). Auch bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen muss eine geschlechtsspezifische Betrachtung verstärkt fokussiert werden: Bei einer stabilen Angina pectoris ist die Interpretation nichtinvasiver Diagnostik bei Frauen weniger zuverlässig, weshalb auch die Leitlinien hier geschlechtsspezifischer Empfehlungen bedürften. Die Zahl der akuten Koronarsyndrome nimmt in den letzten Jahren vor allem bei jüngeren Frauen signifikant zu – bei noch mangelndem Bewusstsein für diese Problematik sowohl bei Patienten als auch bei Ärzten.

Diese Beispiele verdeutlichen, dass Maßnahmen zur Diagnostik und Behandlung von Krankheiten, aber auch zur Prävention bei Männern und Frauen nicht immer gleich effektiv und/oder notwendig

Zusammenfassung

Angesichts demografischer Entwicklungen wächst die Bedeutung biopsychosozial ausgerichteter Versorgungsqualität, insbesondere auch unter geschlechtsbezogenen Gesichtspunkten. Das Kooperationsprojekt zwischen den Universitätskliniken Tübingen und Heidelberg und der AOK Baden-Württemberg hat zum Ziel, Morbiditätsmuster zu erkennen. Die Ergebnisse dieser Analysen sollen dazu dienen, die geschlechterspezifische Versorgung und Prävention im Rahmen der haus- und fachärztlichen Behandlungspfade weiterzuentwickeln.

Schlüsselwörter

Geschlechtsspezifische Medizin, Prävention, Sekundärdaten

Crossref/doi

doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2304>

sind. Dies betrifft neben Aspekten der Krankheitsentwicklung und des Verlaufs von Krankheiten auch modifizierbare Risikofaktoren wie Lebensstil und geschlechtsspezifischen Versorgungsbedarf.

Es gilt daher insbesondere, das Thema geschlechtsspezifische Prävention in den nächsten Jahren in den Fokus der wissenschaftlichen Betrachtung zu stellen, insbesondere auch abhängig von epidemiologischen Entwicklungen basierend auf entsprechenden Analysen.

Wissenstransfer/Aus- und Weiterbildung

Dabei steht nicht nur die Generierung neuer Erkenntnisse im Vordergrund, sondern auch die Implementierung bereits vorliegenden Wissens in die Aus-, Weiter- und Fortbildung medizinischer Berufe. Zwar erfährt das Thema geschlechtsspezifischer Krankheitsentwicklungen und Präventionsmedizin mittlerweile mehr mediale Aufmerksamkeit, doch ist es längst keine Selbstverständlichkeit, dass geschlechtsspezifische Aspekte konkret in die Patientenversorgung einbezogen werden. In der medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung werden zudem geschlechtsspezifische Themen zu selten adressiert, und es mangelt an entsprechender praktischer Umsetzung. So sind spezifische Informations-, Aufklärungs- und

*Weitere Autoren

Dr. med. Ariane Chaudhuri / Dr. rer. nat. Simon Dally / Dr. med. Christian Förster / Dr. med. Maren Götz / Dr. rer. medic. Susanne Jena // PD Dr. Gudula Kirtschig / Prof. Dr. med. h. c. mult. Diethelm Wallwiener / Elisabeth Wüstholtz MSc

SVR-Forderungen

Die Erhaltung und Förderung von Gesundheit bedarf laut Sachverständigenrat z.B.:

1. einer Gesundheitsversorgung, die beispielsweise bereits „mit präventiven Maßnahmen im Kindesalter ansetzt, die Patient*innen bei den altersspezifischen Übergängen optimal begleitet und im hohen Alter problembezogen betreut“
2. eines erhöhten Forschungsaufwands unter anderem zu Ätiologie und Determinanten auch zur primären und sekundären Prävention
3. einer primärmedizinischen Versorgung, die versicherten- und populationsbezogen einer wachsenden Zahl chronisch Kranker entspricht und präventive Möglichkeiten ausschöpfen kann (im Kontext des veränderten Krankheitsspektrums der Bevölkerung)
4. der niedergelassenen Fachärzte als wichtiges Bindeglied und damit Schnittstelle zwischen hausärztlicher Primärversorgung und hoch spezialisierter stationärer Versorgung.

1. <https://www.svr-gesundheit.de>

Coaching-Programme für Frauen und Männer je nach epidemiologischer Morbiditätskonstellation fern davon, fester Bestandteil der klinischen bzw. praxisorientierten Krankenversorgung (Amelung et al. 2014 3) zu sein.

Zielsetzung

Im Rahmen eines Kooperationsprojektes zwischen dem Forschungsinstitut für Frauengesundheit des Universitätsklinikums Tübingen und der Universitätsfrauenklinik Heidelberg, dem Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung des Universitätsklinikums Tübingen und der AOK Baden-Württemberg sollen auf Basis eines biopsychosozialen Ansatzes mithilfe von Routinedaten präventionsmedizinische Erkenntnisse zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bei Erkrankungen in verschiedenen Lebensphasen mit dem Schwerpunkt Frauengesundheit generiert werden. Ziel des Vorhabens ist es, zu erkennen, welche Krankheitsverläufe, auch bezogen auf Altersdekaden, geschlechtsspezifische Unterschiede aufweisen und wo Krankheitsprävention geschlechterspezifisch ansetzen kann. Unter Beachtung der Limitationen kann die Analyse von anonymisierten Versichertendaten einen wertvollen Beitrag hierzu leisten, weil zielgruppenbezogen entsprechende Strategien entwickelt werden könnten.

Mithilfe von Analysen zu relevanten geschlechtsspezifisch divergenten Ergebnissen zu den Morbiditätskonstellationen sollen bestehende Hypothesen belegt oder widerlegt werden und neue Hypothesen generiert werden, um praxisnahe Versorgungs- bzw. Präventionskonzepte zu erarbeiten. Diese Erkenntnisse sollen neben der Lehre auch in die Aus-, Weiter- und Fortbildung einfließen, sowohl von Ärzten als auch anderen Gesundheitsfachberufen. Es sollen Erkrankungen basierend auf epidemiologischen Entwicklungen berücksichtigt werden, auch mit entsprechenden Risikokategorien zum Beispiel Hochrisiko-Patienten mit Diabetes mellitus und/oder koronare Herzerkrankung und/oder Nierenerkrankung usw., die nur bei einem als auch bei beiden Geschlechtern auftreten. Übergeordnetes Ziel des Projektes ist es, geschlechtsmedizinische und -spezifische Prävention und Förderung der geschlechtsspezifischen Gesundheit mehr als bisher in der Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen.

Methodik

Die fachübergreifende hausarztzentrierte Versorgung sowie die Facharztverträge der AOK Baden-Württemberg bilden einen leitenden inhaltlichen Korridor für die zu entwickelnden Forschungsfragen. Sie adressieren umfassend, evidenzbasiert und biopsychosozial ausgerichtet chronifizierende Erkrankungen, wie auch nicht-medikamentöse Beratung, wenn in der Fachliteratur entsprechende Über-, Unter- und Fehlversorgung beschrieben wird². Dies gilt unter anderem für muskuloskeletale, kardiovaskuläre, nephrologische (sog. Progressionsverzögerung) Erkrankungen und auch die interdisziplinäre Versorgung bei psychischen Störungen sowie für die gemeinsame Entscheidungsfindung durch Förderung von Gesundheitskompetenzen.

Projekttablauf

Das Gesamtprojekt wird in inhaltliche Teilprojekte unterteilt, die in Kooperation, jedoch federführend von jeweils einem der Partner bearbeitet werden. In der ersten Projektphase wird hierzu eine gemeinsame Vorgehensweise beschlossen. In Abbildung 1 sind die





Methodischer Ablauf des Gesamtprojekts	
	<ul style="list-style-type: none"> Identifikation eines versorgungsepidemiologisch bedeutsamen Themas gemäß selektivvertraglicher Schwerpunkte der AOK Baden-Württemberg
	<ul style="list-style-type: none"> Systematische Literaturrecherche zu gewähltem Thema Zusammenstellung der Ergebnisse zu geschlechts- und altersspezifischen Unterschieden basierend auf der Literaturrecherche
	<ul style="list-style-type: none"> Ableitung von Forschungsfragen auf Basis der existierenden Literatur und der vorliegenden Versichertendatenstruktur Konsentierung im Team
	<ul style="list-style-type: none"> Festlegen der Datengrundlage, Zusammenstellung und Abstimmung eines „Minimal Data Sets“ Extrahieren der Daten aus der Versichertendatenbank
	<ul style="list-style-type: none"> Aufbereitung der Daten, Plausibilitätsprüfungen Analyse der Daten hinsichtlich der zuvor festgelegten Forschungsfragen
	<ul style="list-style-type: none"> Diskussion der Ergebnisse der Datenanalyse im Team Verfassen eines Publikationsmanuskripts
	<ul style="list-style-type: none"> Entwicklung von geschlechtsspezifischen Interventionen und Einbringen der Ergebnisse in die Lehre sowie in die medizinische Aus-, Fort- und Weiterbildung

Abb. 1: Methodischer Ablauf des Gesamtprojekts „Präventionsmedizin in Forschung, Lehre und Versorgung mit dem Schwerpunkt Frauengesundheit“.

hierfür festgelegten Schritte dargestellt.

Aufgrund mangelnder zentraler Patientenregister in der Bundesrepublik Deutschland haben Routinedatenanalysen in den letzten Jahren als Alternative bzw. Ergänzung zu empirischen Studien im medizinischen Bereich deutlich an Stellenwert gewonnen. Entsprechende Daten sind bei gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherungen vorhanden. Diese Daten dienen primär Abrechnungszwecken, können jedoch unter Beachtung entsprechender datenschutzrechtlicher Auflagen in anonymisierter Form über ihren originären Zweck hinaus für wissenschaftliche Auswertungen genutzt werden (Zeidler et Braun 2011 4). Von Vorteil sind hierbei die Verfügbarkeit großer Datensätze sowie die Möglichkeit der Analyse sektorenübergreifender Versorgungsprozesse im Längsschnitt.

Grundlagen zur Epidemiologie und Krankheitslast gemäß Inanspruchnahme von Leistungen anhand von AOK-Routinedatenanalysen

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass sie zu anderen als wissenschaftlichen Zwecken erhoben wurden (Zeidler et Braun 2011 4). Deskriptive Auswertungen zur ambulanten Versorgung der Versicherten der AOK Baden-Württemberg mit über 4,5 Millionen Menschen beziehen sich hier populationsbezogen auf Altersgruppen und Geschlechtsverteilungen mit entsprechender Zuordnung von Diagnosen, ggf. auch zum behandelnden Allgemeinarzt/Facharzt/Psychotherapeuten, zur medikamentösen und sonstigen z.B. auch Verhaltens-Therapiemaßnahmen. Es liegen Zahlen für Erkrankungen vor, welche sich durch einen ICD-Code beschreiben lassen und wegen derer der Versicherte eine GKV-Leistung in Anspruch genommen hat. Risikofaktoren wie beispielsweise Adipositas, Rauchen oder Alkoholkonsum werden bisher weniger verlässlich kodiert, wobei Erkrankungen wie die COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankungen) ohnehin zu über 90% auf chro-

2. v.a. Gutachten www.svr-gesundheit.de; Gesundheitsbericht www.rki.de; QiSA www.aqua-institut.de.

nischen Nikotinabusus zurückzuführen sind.

Zu berücksichtigen wären u.a. im Abgleich auch die Gesundheitsberichterstattung vom Robert Koch-Institut und dessen Analysen (www.rki.de) sowie die Berichte und Versorgungsanalysen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK zu allen AOKs (www.wido.de).

Bei der Datenanalyse sowie der Interpretation der Ergebnisse werden die genannten Grundlagen und deren Limitationen berücksichtigt und jeweils diskutiert.

Hypothesen und vorläufige Ergebnisse

Der erste Fokus dieses Kooperationsprojektes ist das übergeordnete Thema „Nephrologie“ mit dem Schwerpunkt der chronischen Nierenerkrankungen (ICD-10 N 18.- gemäß www.dimdi.de).

Das Institut für Allgemeinmedizin untersucht in diesem Zusammenhang, ob geschlechtsspezifische Unterschiede im Hinblick auf verschiedene Outcomes (Progression der Erkrankung, kardiovaskuläre Ereignisse, Hospitalisierung, Mortalität) sowie Risikofaktoren für deren Eintreten bestehen. Dabei werden soziodemografische und ggf. Lebensstil-Faktoren genauso berücksichtigt, wie bestehende Komorbiditäten, Medikamenteneinnahme sowie verschiedene Aspekte der Versorgung. Ein Ziel dieser ersten Untersuchung ist es, die Inzidenz der CKD bei den Versicherten der AOK Baden-Württemberg im Zeitraum von 2011 bis 2018 zu bestimmen und geschlechtsspezifische Unterschiede zu identifizieren, zum Beispiel im Hinblick auf das Verordnungs- und Überweisungsverhalten oder andere präventive Aspekte. Des Weiteren sollen in der Längsschnittstudie die Assoziationen zwischen dem Geschlecht und verschiedenen Outcomes untersucht werden. Konkret sollen die folgenden Fragestellungen mit Hilfe von Regressionsanalysen beantwortet werden:

1. Gibt es Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der folgenden Outcomes: Mortalität, Kardiovaskuläre Ereignisse, Progress der Niereninsuffizienz bis hin zur terminalen Niereninsuffizienz, Hospitalisierung?
2. Sind verschiedene Faktoren (u.a. Lebensstil, Soziodemografie, Gesundheitsfaktoren) bei Männern und Frauen mit unterschiedlichen Outcomes assoziiert?

Aus der Literatur sind bereits einige geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf Prävalenz, Verlauf und Mortalität bekannt (Correro et al. 2018 5). Demnach erkranken Frauen häufiger an einer chronischen Nierenerkrankung als Männer (Correro et al. 2018 5; Hill et al. 2016 6). Jedoch schreitet die Erkrankung bei Männern schneller voran und die Inzidenz einer terminalen Niereninsuffizienz ist höher als bei Frauen (Correro et al. 2018 5; Gallieni et al. 2012 7). Männer und Frauen unterscheiden sich auch hinsichtlich des Beginns einer Nierenersatztherapie, beispielsweise mittels Dialyse, wobei Männer häufiger und früher dialysiert werden als Frauen (Correro et al. 2018 5; Neugarten et Golestaneh 2019 8). Patienten zu identifizieren, die ein hohes Risiko für einen schnellen Progress hin zur terminalen Niereninsuffizienz haben, stellt aufgrund der Heterogenität in Bezug auf Ätiologie und Komorbiditäten eine Herausforderung dar. Etablierte Risiko-Scores und Formeln wurden bisher überwiegend mit Patienten aus nephrologischen Einrichtungen erstellt (Tangri et al. 2016 9). Daten zu Patienten aus der Hausarztpraxis bzw. aus Deutschland fehlen oder sind mit selektierten Patientenkollektiven durchgeführt worden (Herget-Rosenthal et al. 2013 10; Herget-Rosenthal et al. 2006 11).

Ziel dieses Teilprojektes ist es somit, anhand der so ermittelten

unterschiedlichen Risikokonstellationen zielgerichtete, auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnittene Präventions- und Interventionsempfehlungen zu geben und Konzepte zu entwickeln, wie diese in die Praxis und auch in die Fort- und Weiterbildung umgesetzt werden können.

Das Department für Frauengesundheit untersucht in Kooperation mit der Universitätsfrauenklinik Heidelberg das Auftreten von chronischen Nierenerkrankungen sowie kardio- und zerebrovaskulären Ereignissen bei Frauen mit hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen. Neben modifizierbaren Risikofaktoren bzw. Komorbiditäten werden dabei auch Parameter berücksichtigt, die das Kind betreffen.

Hypertensive Erkrankungen treten in 8% aller Schwangerschaften auf, tragen zu 20 – 25% der perinatalen Mortalität bei und stehen in Europa an führender Stelle der mütterlichen Todesursachen (S2k-Leitlinie Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen 2019 12; Kühnert 2016 13). Dabei ist die Präeklampsie von besonderer Bedeutung: 10-15% aller maternalen Todesfälle stehen in Zusammenhang mit einer Präeklampsie/Eklampsie, weltweit ist sie für mindestens 70.000 mütterliche Todesfälle pro Jahr verantwortlich (Lo Jo et al. 2013 14). Im klinischen Alltag gibt es dabei eine deutliche Schnittmenge mit anderen bzw. ähnlichen klinischen Manifestationen einer plazentaren Dysfunktion wie beispielsweise der IUGR (Intrauterine Growth Retardation).

Da derzeit eine kausale Therapie der Eklampsie/Präeklampsie fehlt, richtet sich der Schwerpunkt auf die Senkung der maternalen und kindlichen Morbidität und Mortalität durch Prävention, einer möglichst frühen Erkennung, Risikostratifizierung und Detektion von Zeichen einer klinischen Manifestation. Das Management dieser Erkrankung in der Schwangerschaft sollte so weit wie möglich evidenzbasiert, interdisziplinär und in einer Klinik der Versorgungsstufe Level 1 erfolgen (S2k-Leitlinie Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen 2019 12; Buemi et al. 2004 15). Frauen, die generell eine Form der Präeklampsie und besonders die Frauen, die eine schwer verlaufende Form der Präeklampsie durchgemacht haben, zeigen ein deutlich erhöhtes Risiko, nach einigen Jahren eine kardiovaskuläre, zerebrovaskuläre oder nephrologische Erkrankung zu entwickeln (Wu et al. 2014 16; Vikse et al. 2008 17; Lykke et al. 2009 18; Auger et al. 2017 19; Cunningham et al. 2018 20). Dieses Risiko wurde ebenso vom Vorliegen einer Adipositas und eines Diabetes beeinflusst.

Ein einheitliches Nachsorgekonzept existiert zum aktuellen Zeitpunkt nicht. Die ausgedehnte Literaturrecherche hat verdeutlicht, dass sich die Empfehlungen zu Nachsorge und Follow-Up nach Präeklampsie stark zwischen den einzelnen nationalen Leitlinien hinsichtlich Beginn, Inhalt und Zielgruppe der Nachsorge unterscheiden (Bro Schmidt et al. 2017 21).

Auch in Deutschland mangelt es bislang an einem strukturierten Versorgungskonzept für Frauen mit stattgehabter Präeklampsie in der Schwangerschaft, Empfehlungen zur Prävention beziehen sich hauptsächlich auf medikamentöse Aspekte mit der Einnahme von Aspirin in einer Folgeschwangerschaft (Rolnik et al. 2017 22; Rolnik et al. 2017 23) eine lebensstilbedingte Beratung und/oder Aufklärung.

Ein Ziel in diesem Teilprojekt ist die Entwicklung eines geregelten, stufenweisen Nachsorgekonzeptes auf der Basis der durch die Datenanalysen gewonnen Erkenntnisse bzgl. der Risikokonstellationen für die Entwicklung weiterer Krankheitsaspekte für Frauen nach präeklampsischer Schwangerschaft; darüber hinaus sollen Vorschläge abgeleitet werden, wie dieses Konzept Eingang in die Ver-

sorgung der betroffenen Frauen finden kann und wo es ggf. in Aus-, Fort- und Weiterbildung integriert werden kann.

Ausblick

Die moderne Frauengesundheit geht längst über das medizinische Fachgebiet der somatischen Frauenheilkunde hinaus: Sie ist interdisziplinär und steht im Mittelpunkt des gynäkologischen, soziokulturellen und gesellschaftlichen Interesses (Wallwiener et al. 2016 24). Dabei rücken die Transitions- und Lebensphasen der Frau in ihrem heterogenen Lebensumfeld in den Mittelpunkt. Mit Blick auf die Forschung bedeutet dies die Forderung nach verstärkter Forschung zu geschlechtsspezifischer Morbiditätsentwicklung, Versorgungsepidemiologie und Präventionsmedizin.

Die praktische Umsetzung der jeweiligen Forschungsergebnisse ist dabei abhängig von der betreffenden Thematik in unterschiedlichen Formaten denkbar (zum Beispiel Fortbildungen, Workshops, Gesundheitsförderungsprogramme, Patienteninformationen). Hierbei sollen, soweit möglich und gemäß dem evidenzbasierten Kenntnisstand sinnvoll, interprofessionelle Aspekte sowie digitale Formate (beispielsweise Nutzung von Online-Tools) einbezogen werden.

In einem weiteren Schritt, der nicht mehr Gegenstand des vorliegenden Projektes ist, gilt es dann, diese geschlechtsspezifischen Präventionsprogramme zu implementieren und zu evaluieren. <<

Literatur

1. Sachverständigenrat (2009): Sondergutachten 2009 S.18 ff, „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ <https://www.svr-gesundheit.de>
2. Ankwitsch E, Rieser S. (2014): Bundeskongress GenderGesundheit: Gerecht für Frauen und Männer. Dtsch Arztebl 2014; 111(13)
3. Amelung VE, Chase D (2014): Gendermedizin und Krankenkassen: Warum passiert nichts? Dtsch Arztebl 2014;111(13)
4. Zeidler J & Braun S (2011): Sekundärdatenanalysen. In: Gesundheitsökonomische Evaluationen (Hrsg. Schöffski/v. d. Schulenburg). Berlin, Springer.
5. Carrero JJ, Hecking M, Chesnaye NC, Jager KJ (2018): Sex and gender disparities in the epidemiology and outcomes of chronic kidney disease. Nat Rev Nephrol. 2018;14(3):151-64. Epub 2018/01/23. doi: 10.1038/nrneph.2017.181. PubMed PMID: 29355169.
6. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, et al. (2016): Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2016;11(7):e0158765. Epub 2016/07/08. doi: 10.1371/journal.pone.0158765. PubMed PMID: 27383068; PubMed Central PMCID: PMC4934905.
7. Gallieni M, Mezzina N, Pinerolo C, Granata A (2012): Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine. Sex and Gender Differences in Nephrology. London: Springer; 2012.
8. Neugarten J, Golestaneh L (2019): Influence of Sex on the Progression of Chronic Kidney Disease. Mayo Clin Proc. 2019;94(7):1339-56. Epub 2019/07/06. doi: 10.1016/j.mayocp.2018.12.024. PubMed PMID: 31272577.
9. Tangri N, Grams ME, Levey AS, Coresh J, Appel LJ, Astor BC, et al (2016): Multinational Assessment of Accuracy of Equations for Predicting Risk of Kidney Failure: A Meta-analysis. JAMA. 2016;315(2):164-74. Epub 2016/01/13. doi: 10.1001/jama.2015.18202. PubMed PMID: 26757465; PubMed Central PMCID: PMC4752167.
10. Herget-Rosenthal S, Dehnen D, Kribben A, Quellmann T (2013): Progressive chronic kidney disease in primary care: modifiable risk factors and predictive model. Prev Med. 2013;57(4):357-62. Epub 2013/06/21. doi: 10.1016/j.ypmed.2013.06.010. PubMed PMID: 23783072.
11. Herget-Rosenthal S, Quellmann T, Linden C, Reinhardt W, Philipp T, Kribben A (2006): Management of advanced chronic kidney disease in primary care – current data from Germany. Int J Clin Pract. 2006;60(8):941-8. Epub 2006/06/20. doi: 10.1111/j.1742-1241.2006.01028.x. PubMed PMID: 16780569.
12. AWMF (2019): S2k-Leitlinie Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen: Diagnostik und Therapie. DGGG; OEGGG; SGGG, Berlin, Wien, Bern
13. Kühnert M (2016): Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen. Hessisches Ärzteblatt
14. Lo JO, Mission JF, Caughey AB (2013): Hypertensive disease of pregnancy and maternal mortality. Curr Opin Obstet Gynecol 25 (2):124-132. doi:10.1097/GCO.0b013e32835e0ef5
15. Buemi M, Bolignano D, Barilla A, Nostro L, Crasci E, Campo S, Coppolino G, D'Anna R (2008): Preeclampsia and cardiovascular risk: general characteristics, counseling and follow-up. Journal of nephrology 21 (5):663-672
16. Wu CC, Chen SH, Ho CH, Liang FW, Chu CC, Wang HY, Lu YH (2014): End-stage renal disease after hypertensive disorders in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 210 (2):147.e141-148. doi:10.1016/j.ajog.2013.09.027
17. Vikse BE, Irgens LM, Leivestad T, Skjærven R, Iversen BM (2008): Preeclampsia and the risk of end-stage renal disease. N Engl J Med 359 (8):800-809. doi:10.1056/NEJMoa0706790
18. Lykke JA, Langhoff-Roos J, Sibai BM, Funai EF, Triche EW, Paidas MJ (2009): Hypertensive pregnancy disorders and subsequent cardiovascular morbidity and type 2 diabetes mellitus in the mother. Hypertension (Dallas, Tex : 1979) 53 (6):944-951. doi:10.1161/hypertensionaha.109.130765
19. Auger N, Fraser WD, Schnitzer M, Leduc L, Healy-Profittos J, Paradis G (2017): Recurrent pre-eclampsia and subsequent cardiovascular risk. Heart (British Cardiac Society) 103 (3):235-243. doi:10.1136/heartjnl-2016-309671
20. Cunningham MW, Jr., LaMarca B (2018): Risk of cardiovascular disease, end-stage renal disease, and stroke in postpartum women and their fetuses after a hypertensive pregnancy. American journal of physiology Regulatory, integrative and comparative physiology 315 (3):R521-r528. doi:10.1152/ajpregu.00218.2017
21. Bro Schmidt G, Christensen M, Breth Knudsen U (2017): Preeclampsia and later cardiovascular disease – What do national guidelines recommend? Pregnancy hypertension 10:14-17. doi:10.1016/j.preghy.2017.07.139
22. Rolnik DL, Wright D, Poon LC, O'Gorman N, Syngelaki A, de Paco Matallana C, Akolekar R, Cicero S, Janga D, Singh M, Molina FS, Persico N, Jani JC, Plasencia W, Papaioannou G, Tenenbaum-Gavish K, Meiri H, Gizurarson S, Maclagan K, Nicolaides KH (2017): Aspirin versus Placebo in Pregnancies at High Risk for Preterm Preeclampsia. N Engl J Med 377 (7):613-622. doi:10.1056/NEJMoa1704559
23. Rolnik DL, Wright D, Poon LC, Syngelaki A, O'Gorman N, de Paco Matallana C, Akolekar R, Cicero S, Janga D, Singh M, Molina FS, Persico N, Jani JC, Plasencia W, Papaioannou G, Tenenbaum-Gavish K, Nicolaides KH (2017): ASPRE trial: performance of screening for preterm pre-eclampsia. Ultrasound in obstetrics & gynecology: the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology 50 (4):492-495. doi:10.1002/uog.18816
24. Wallwiener D, Simoes E, Brucker Y (2016): Frauengesundheit als Perspektive der Frauenheilkunde. Der Gynäkologe. 09/2016. Springer

Zitationshinweis

Hawighorst-Knapstein et al.: „Geschlechtsspezifische Präventionsmedizin & Frauengesundheit in unserer ‚Gesellschaft des längeren Lebens‘“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (03/21). S. 73-77. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2304>

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Gender specific health care and prevention in the context of a society of longer life: development and perspective based on a statutory claims data analysis

In view of demographic developments, the importance of biopsychosocially oriented quality of care, especially from a gender perspective, is growing. The cooperative project between the university hospitals of Tübingen and Heidelberg and the AOK BaWü aims to identify morbidity patterns. The results of these analyses will be used to further develop gender-specific care and prevention within the framework of general practitioner and specialist treatment paths.

Keywords

genderspecific healthcare, prevention, statutory claims data

PD Dr. med. Sabine Hawighorst-Knapstein

ist Frauenärztin mit Weiterbildungen in Psychotherapie, ärztlichem Qualitätsmanagement, in Ernährungs- und Sportmedizin. Forschungsschwerpunkt war u.a. die Lebensqualität schwer kranker Frauen. Seit 2003 ist sie in der AOK Baden-Württemberg inhaltlich mitverantwortlich für die Ausgestaltung der DMPs sowie der haus- und fachärztlichen besonderen Versorgung mit dem Ziel, biopsychosoziale Versorgungsqualität zu fördern. Kontakt: Sabine.Knapstein@bw.aok.de



Prof. Dr. med. Stephanie Wallwiener

ist stellvertretende leitende Oberärztin der Sektion Geburtshilfe an der Universitätsfrauenklinik Heidelberg. Ihre klinischen Schwerpunkte sind die spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin sowie die Pränataldiagnostik. In der Forschung beschäftigt sie sich mit Aspekten der Versorgungsforschung, Digitalisierung im Peripartalzeitraum sowie der langfristigen Frauengesundheit. Kontakt: stephanie.wallwiener@gmail.com



Prof. Dr. med. Stefanie Joos

ist seit 2015 Ärztliche Direktorin des Instituts für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung der Universität Tübingen. Sie leitet außerdem das Zentrum für öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung Tübingen (ZÖGV). Ihre Schwerpunkte sind neben innovativen Aspekten der interprofessionellen Zusammenarbeit und Digitalisierung in der Primärversorgung die Erforschung komplementärer Verfahren sowie Aus- und Weiterbildungsforschung in der Allg.-medizin. Kontakt: Stefanie.Joos@med.uni-tuebingen.de



Prof. Dr. med. Sara Brucker

studierte Humanmedizin in Freiburg und Paris. Sie ist Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe mit den Schwerpunkten Gynäkologische Onkologie und Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin. Seit 2018 ist sie Geschäftsführende Ärztliche Direktorin der Abteilung für Frauengesundheit am Universitätsklinikum Tübingen. Sie ist Präsidentin der Dt. Gesellschaft für Senologie. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind: Gynäkologische Onkologie, Brustkrebserkrankungen und genitale Fehlbildungen. Kontakt: sara.brucker@med.uni-tuebingen.de



Miriam Colombo MPH

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung des Universitätsklinikums Tübingen. Sie studierte Soziologie und Anglistik/Amerikanistik. An der Ludwig-Maximilians-Universität München folgte ein Masterabschluss in Public Health. Im Anschluss war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am KORA Herzinfarktregister in Augsburg. Neben ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit studiert sie seit 2015 Humanmedizin. Kontakt: miriam.colombo@med.uni-tuebingen.de



Frauke Saalman MSc

ist seit 2017 im Bereich intersektorale Versorgungsanalytik bei der AOK Baden-Württemberg in Stuttgart tätig. Während ihres Masterstudium an der Hochschule Fulda legte sie einen Schwerpunkt auf quantitative Forschung und Gesundheitsökonomie. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Evaluationen von Versorgungsverträgen und die Beratung und Begleitung von Forschungsprojekten zum Thema Routinedatenanalysen. Kontakt: frauke.saalman@bw.aok.de





Versorgungsforschung *Aktuell*

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Strukturierte Kommunikation mit Lungenkrebspatienten mit begrenzter Prognose: Ergebnisse der HeiMeKOM-Studie (Heidelberger Meilenstein-Kommunikation)

Die gemeinsame Entscheidungsfindung ist ein wichtiges Element in der Arzt-Patient-Beziehung. Dabei basiert die Entscheidung der Patienten vor allem auf der angemessenen Informationsvermittlung durch die Versorger im Gesundheitswesen.

Patienten, deren Erkrankung mit limitierter Prognose einhergeht, stehen vor komplexen Herausforderungen. Sie müssen sich sowohl mit veränderten Lebensbedingungen als auch mit ungewohnten Belastungen auseinandersetzen. Für Patienten mit der Diagnose Lungenkrebs im Stadium IV gilt das in besonderem Maße. Bei Diagnosestellung ist die Erkrankung schon so weit fortgeschritten, dass die mediane Überlebenszeit weniger als 12 Monate beträgt und Palliativversorgung zeitnah eine Rolle spielt.

In dieser Situation können eine strukturierte Kommunikation, vorausschauende Versorgungsplanung und frühe Integration von Palliative Care alle Beteiligten unterstützen. Das Heidelberger Meilenstein-Kommunikationskonzept (HeiMeKOM) zielt darauf ab, mit den Betroffenen präferenzsensitive und vorausschauende gemeinsame Entscheidungen zu treffen, Palliative Care frühzeitig einzubinden und die Lebensqualität der Patienten zu verbessern.

Für das Team der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung,

Ihr

Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi

Methoden

Basierend auf dem bekannten Erkrankungsverlauf bei Patienten mit Lungenkarzinom im Stadium IV wurden in einem Projekt an der Thoraxklinik Heidelberg zunächst Bedürfnisse der Patienten zu definierten Zeitpunkten (Diagnose, stabile Phase, Regression, Übergang zu best supportive care) eruiert. Diese flossen in ein neu entwickeltes Kommunikationskonzept (HeiMeKOM – Heidelberger Meilensteinkommunikation) ein, das aus verschiedenen Komponenten besteht (1):

- Meilensteingespräche zu definierten Zeitpunkten: in vorher geplanten längeren Terminen werden die Informationsbedürfnisse der Patienten (und Angehörigen) adressiert, die individuell für die Krankheitsphase der Patienten von Bedeutung sind (Abb.)

- Tandem aus ärztlichem und pflegerischem Mitarbeiter: die Gespräche werden gemeinsam von Arzt und Pflegekraft durchgeführt
- Follow-up-Gespräche durch pflegerischen Mitarbeiter: Der Kontakt zur Klinik wird nach den Meilensteingesprächen durch die Pflegefachkraft regelmäßig aufrechterhalten, um die Gespräche zu reflektieren, evtl. Fragen aufzugreifen und (neu auftretenden) Problemen der Patienten proaktiv zu begegnen
- Kommunikationsschulung: das interprofessionelle Tandem erhält eine Schulung, die sowohl die theoretischen Inhalte der Meilensteingespräche als auch die praktische Umsetzung in einem Training am Arbeitsplatz beinhaltet.

In der Thoraxklinik nahmen fünf Arzt-Pflege-Tandems an der Kommunikationsschulung teil und setzten das Konzept in der Praxis ein. Inwieweit die Umsetzung gelang, wurde in einer randomisiert kontrollierten Studie mit begleitender Prozessevaluation überprüft (2). Die Studie konzentrierte sich auf die Auswirkungen von HeiMeKOM auf die Patienten: ihren Informationsbedarf und weitere Bedarfe, ihre Lebensqualität, Depressivität, Angst und Distress, die zu Beginn der Studie, nach drei, sechs und neun Monaten erhoben wurden. Zusätzliche Interviews mit Patienten und Angehörigen dienten der Identifikation weiterer Vor- und Nachteile des Konzepts.

Ergebnisse

Das Konzept konnte erfolgreich in die Praxis umgesetzt werden (3).

In die randomisierte Studie wurden 174 Patienten eingeschlossen, von denen von 102 Patienten auch Angaben bei der ersten Nachbefragung vorlagen. Drei Monate nach Einschluss in die Studie berichteten die Patienten, die mithilfe von HeiMeKOM versorgt wurden (n=52), über einen geringeren Informationsbedarf als die Patienten, die die Standardversorgung erhielten (n=50). In der Befragung nach sechs Monaten waren diese Unterschiede nicht mehr zu beobachten. Das heißt, dass alle Patienten die für sie nötigen Informationen erhielten, die Patienten in der HeiMeKOM-Gruppe allerdings zu einem früheren Zeitpunkt. Hinsichtlich der Lebensqualität, Depressivität, Angst und Distress unterschieden sich die beiden Gruppen zu keinem Zeitpunkt. In beiden Gruppen waren Depressivität und Distress stark ausgeprägt. (4)

Die ergänzenden Interviews mit Patienten und Angehörigen unterstrichen den unterstützenden Charakter von HeiMeKOM. Die Betroffenen fühlten sich weniger „dem Schicksal ausgeliefert“, konnten eigene Strategien zum Umgang mit der Situation entwickeln und betonten vor allem die hilfreiche Rolle der Pflegefachkraft als festem Ansprechpartner. (5)

Fazit

HeiMeKOM wurde in der Thoraxklinik Heidelberg erfolgreich implementiert. Das primäre Ziel, Bedürfnisse der Patienten zeitgerecht zu adressieren, konnte erreicht werden. Zukünftig sollten

HeiMeKOM

**Meilenstein 1:
Aufklärungsgespräch**
Diagnose, Prognose,
Therapieoptionen
inklusive Palliativ-
versorgung



**Meilenstein 2:
Konzeptgespräch**
Kontrolle im stabilen
Verlauf, vorausschau-
ende Kommunikation



**Meilenstein 3:
Perspektivgespräch**
Progression, Standort-
bestimmung, neue
Handlungsperspektive



**Meilenstein 4:
Konsensgespräch**
Ende der tumor-
spezifischen Therapie,
Übergang zum best
supportive care



Meilenstein-Gespräche:

Interprofessionelle Teams (Arzt und Pflegende),
Patient und Angehörige



Follow-Up-Telefonate durch Pflegende:

Unterstützung von Krankheitsverständnis und -verarbeitung,
Erhebung palliativer Bedarfe (IPOS), Erhebung und
Unterstützung von Prognostic Awareness,
Symptommanagement, Orientierung im Gesundheitswesen und
Koordination sektorenübergreifender Versorgung



Abb. 1: Heidelberger Meilenstein-Kommunikationskonzept (HeiMeKOM) (Bildrechte: ©Krebsinformationsdienst, Deutsches Krebsforschungszentrum, Fotograf Tobias Schwerdt, Wiesenbach)

auch Depressivität und Distress von Patienten mit Lungenkrebs stärker in der Versorgung berücksichtigt werden. Der stärkere Einbezug der Pflegefachkraft unterstützte nicht nur Patienten und Angehörige, sondern trug auch zu einer Stärkung der professionellen Rolle der Pflege bei.

Kontakt:

Katja Krug
katja.krug@med.uni-heidelberg.de

Wo finde ich die Originalliteratur?

1. Villalobos M, Siegle A, Hagelskamp L, Handtke V, Jung C, Krug K, Bossert J, Deis N, Jünger J, Wensing M, Thomas M. HeiMeKOM (Heidelberger Meilenstein Kommunikation): Entwicklung einer interprofessionellen Intervention zur Verbesserung der Kommunikation bei Patient*innen mit eingeschränkter Prognose. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2019 Nov;147-148:28-33. doi: 10.1016/j.zefq.2019.06.006.
2. Siegle A, Villalobos M, Bossert J, Krug K, Hagelskamp L, Krisam J, Handtke V, Deis N, Jünger J, Wensing M, Thomas M. The Heidelberg Milestones Communication Approach (MCA) for patients with prognosis <12 months: protocol for a mixed-methods study including a randomized controlled trial. Trials. 2018 Aug 14;19(1):438. doi: 10.1186/s13063-018-2814-1.

3. Bossert J, Wensing M, Thomas M, Villalobos M, Jung C, Siegle A, Hagelskamp L, Deis N, Jünger J, Krug K. Implementation of the milestones communication approach for patients with limited prognosis: evaluation of intervention fidelity. BMC Palliat Care. 2020 Feb 18;19(1):21. doi: 10.1186/s12904-020-0527-1.
4. Krug K, Bossert J, Deis N, Krisam J, Villalobos M, Siegle A, Jung C, Hagelskamp L, Unsöld L, Jünger J, Thomas M, Wensing M. Effects of an interprofessional communication approach on support needs, quality of life and mood of advanced lung cancer patients: a randomized trial. Oncologist. 2021 Apr 16. doi: 10.1002/onco.13790. Epub ahead of print.
5. Krug K, Bossert J, Stooß L, Siegle A, Villalobos M, Hagelskamp L, Jung C, Thomas M, Wensing M. Consideration of sense of coherence in a structured communication approach with stage IV lung cancer patients and their informal caregivers: a qualitative interview study. Support Care Cancer. 2021 Apr;29(4):2153-2159. doi: 10.1007/s00520-020-05724-2.

hochmodern - wohnortnah - mobil

HerzCheck

Das G-BA-Innovationsfondsprojekt

Die Herzinsuffizienz gehört zu den häufigsten Todesursachen. In Deutschland leiden rund 2,5 Millionen Menschen an dieser Krankheit. Sie verläuft anfangs oft symptomlos und wird deshalb häufig erst spät erkannt.

„HerzCheck“ richtet sich an Patientinnen und Patienten der AOK Nordost, die Risikofaktoren für die Entwicklung einer Herzinsuffizienz aufweisen. Ziel dieses Projektes ist es, eine bisher unerkannte und noch asymptomatische Herzinsuffizienz frühzeitig zu erkennen.

Dafür wird eine innovative Herzinsuffizienz-Diagnostik eingesetzt, die an ausgewählten Kliniken und ambulanten Einrichtungen insbesondere im ländlichen Raum, zum Einsatz kommt. In mobilen Diagnostikeinheiten (MRT-Trailer; hochmoderne LKW-Spezialkonstruktionen) werden moderne Herz-MRT-Untersuchungen durchgeführt und via Telemedizin von Ärztinnen und Ärzten aus dem Deutschen Herzzentrum Berlin begleitet und ausgewertet.

In regelmäßigen kostenfreien Online-Fortbildungen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in den Regionen Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern informieren wir rund um das Projekt und die Teilnahmemöglichkeiten. Themenschwerpunkte sind u. a. die Bedeutung der Erkennung einer frühen Herzinsuffizienz, Erfahrungen mit mobiler MRT in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern, sowie Vorteile aus Sicht der Haus- und Fachärzte. Für die Teilnahme an einer Online-Fortbildung erhalten Sie zwei Fortbildungspunkte der Ärztekammer Berlin.

Bei Interesse schreiben Sie gern eine E-Mail an:

herzcheck@dhzb.de

Ihr Team des HerzCheck-Innovationsfondsprojektes

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. med. Sebastian Kelle
Deutsches Herzzentrum Berlin Klinik für Innere Medizin – Kardiologie



Weitere Informationen
finden Sie auch unter:
www.herzcheck.org

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss
Förderkennzeichen: 01NVF19014