

# monitor **VERSORGUNGSG FORSCHUNG**

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Titelinterview mit  
Prof. Dr. Holger Pfaff,  
Kongresspräsident des  
20. DKVF: „Nichts ist  
praktischer als eine  
gute Theorie“

„Wir brauchen ein neues Logikmodell für unser Gesundheitssystem“ (Knutper)

„Behandlungskonzepte und Sterblichkeit bei Covid-19“ (Stausberg)

„Biosimilarmarkt 2022: Gibt es eine Alternative zu exklusiven Rabattverträgen?“ (Bauer)

## Editorial

### Theorien der Versorgungsforschung 4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

## Redaktion

### „Nichts ist praktischer als eine gute Theorie“ 6

Titelinterview mit Prof. Dr. Holger Pfaff, Kongresspräsident des 20. DKVF

### Wie man mit einer guten Theorie arbeiten kann 11

Auf das Gesundheitssystem angewandt: die Resource-Dependency-Theory (RDT)

### 10. MVF-Kongress „Theorie wagen“ 12

Präsenzveranstaltung am 7.12.2021 im Scharounsaal der AOK Nordost

### „Wir brauchen ein neues Logikmodell“ 14

Im Interview: Dr. Dorothee Brakmann, Dr. Stefan Knupfer und Dr. Dr. Klaus Piwernetz

### KOMV-Konzept der „Partiellen Harmonisierung“ 22

Gutachten der „Honorarkommission für ein modernes Vergütungssystem“ (KOMV)

### Sehr heterogenes Bild der Ergebnis-Translation 24

Status Juni 2021: Beendete Innovationsfonds-Projekte

### Vorschlag für eine Wissensdatenbank Innovation 28

Agile Datenbanklösung für Innovationsfonds-Projekte

### Ein Vier-Säulen-Modell der Universitätsmedizin 30

Wissenschaftsrat-Empfehlungen zur Rolle der Universitätsmedizin

### Thesen: patientenorientierte Weiterentwicklung 32

Publikation der Robert Bosch Stiftung: „Neustart! für das Gesundheitsrecht“

### Impulse für eine zielgerichtete Weiterentwicklung 33

Gemeinsames Thesenpapier des VUD und des BKK Dachverbands

### „Leistungsfähige Forschungsdateninfrastruktur“ 34

Zum Thema Datenschutz im Gutachten 2021 des Sachverständigenrats

### Krebspatienten können nicht warten 36

Folgen der SARS-CoV-2-Pandemie für Europa

### Schnittstelle Ökonomie und Versorgungsforschung 40

MVF-Serie (Teil 32): Das Hamburg Center for Health Economics

### Unerwünschte Mitnahmeeffekte oder viel mehr? 44

Die ominöse Diskrepanz gemeldeter und verschwundener Intensivbetten

## STANDARDS

Impressum 2 News 35, 39 Rezension 48

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

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

**Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des DNVF auf den Seiten 49-52**

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

## 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  
muellem@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. (IVW), Berlin. Verbr. Auflage: 6.466 (IVW 2. Qu. 2021).

## WISSENSCHAFT

### Prof. Dr. med. Jürgen Stausberg / Dr. med. Christoph Scheu MBA / Dr. med. Bettina Beinbauer / Dr. med. Guido Lorzynski MSc 53

### Behandlungskonzepte und Sterblichkeit bei Covid-19

Bei der in Wellen ablaufenden Corona-Pandemie war zu erwarten, dass sich Änderungen von Behandlungskonzepten in einem verbesserten Outcome von Patienten mit Covid-19 widerspiegeln. Im Rahmen des Vereins Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser e. V. (QKK) wurde daher ein Vergleich von Behandlungsfällen der ersten und zweiten Welle aus Routinedaten der Mitgliedseinrichtungen unter besonderer Beachtung der maschinellen Beatmung vorgenommen.

### Prof. Dr. rer. med. habil. Karel Kostev MA / Dr. rer. nat. Christian von Vultée / Kerstin Weber / Dr. med. Dr. phil. Jens Bohlken 57

### Zunahme von Depressions- und Angststörungen während der Covid-19-Pandemie bei Kindern und Jugendlichen

Diese retrospektive Querschnittsstudie basiert auf Daten aus der Disease Analyzer Datenbank (IQVIA) und umfasst alle Kinder und Jugendlichen im Alter von 2-17 Jahren mit mindestens einem Besuch in einer von 168 deutschen Kinderarztpraxen zwischen April 2019 und Dezember 2019 (n=454.741) oder zwischen April 2020 und Dezember 2020 (n=417.979). Diese Studie zeigt, dass die Zahl der pädiatrischen Diagnosen von Depressionen und Angststörungen im Pandemiejahr 2020 im Vergleich zum Vorjahr zugenommen hat.

### Cosima Bauer MA / Prof. Dr. rer. pol. Uwe May / Chiara Giuliani-Limbach MSc 63

### Biosimilarmarkt 2022: Gibt es eine Alternative zu exklusiven Rabattverträgen?

Der Gesetzgeber hat mit dem GSAV ab 2022 die automatische Substitution von Biologika in der Apotheke vorgesehen. Die Umsetzung dieser Regelung würde den Weg für exklusive Rabattvertragsausschreibungen der Krankenkassen (GKV) ebnen, von welchen ein maximal hoher Preisdruck auf die Anbieter ausgeht. Als Folgewirkung hieraus könnte sich ergeben, dass sich der durch Biosimilars erhoffte Wettbewerb zwischen mehreren Anbietern nicht einstellt.

### Thomas Sebastian Müller BA (cand.) / Sabine Bunjes-Schmieger MEd / Prof. Dr. phil. Dagmar Renaud 68

### „Man rennt, man kommt gar nicht zur Ruhe“

Die Covid-19-Pandemie hat die allgemein schon hohe Belastungssituation in der Pflege nochmals verschärft. Erste Studien zeigen bereits stressbedingte psychische Symptome infolge von Mehrbelastungen. Die vorliegende Studie untersucht qualitativ das Belastungserleben von Pflegefachkräften der stationären Altenhilfe.

### Prof. Dr. jur. Thorsten Kingreen 73

### Ein modernes Vergütungssystem für eine integrierte Krankenversicherungsordnung

Die vom BMG eingesetzte Kommission für ein modernes Vergütungssystem hat Vorschläge für eine partielle Harmonisierung des Vergütungsrechts und der Qualitätssicherung in der ärztlichen Versorgung vorgelegt. Sie stellen einen wichtigen Baustein für eine integrierte Krankenversicherungsordnung dar, für die in der kommenden Legislaturperiode die Weichen gestellt werden sollten.



# 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 UNIVERSITÄT	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 Dr. Gesundheitskasse Nordost	Harald Möhlmann	
	AOK Dr. Gesundheitskasse Baden-Württemberg	Johannes Bauernfeind	
	B.A.G. SELBSTHILFE	Dr. Martin Danner	
	Boehringer Ingelheim	Dr. Marco Penske	
	BKK Dachverband	Franz Knieps	
	DAK Gesundheit	Andreas Storm	
	Deutsche RHEUMA-LIGA GEMEINSAM MEHR BEWEGEN	Dr. Rolf Ulrich Schlenker	
	DiHeSys Digital Health Systems	Prof. Dr. Christian Franken	
	DocMorris Medikamente allein sind nicht genug	Sebastian Mindt	
	HCSG Health Care Systems GmbH	Dr. Josef Leiter	
	IGB Integrierte Gesundheitsversorgung in Brandenburg	Lutz O. Freiberg	
	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 Bayern	Dipl. Kfm. Fabian Demmelhuber	
	KVBB Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg	MUDr./CS Peter Noack	
	Lilly	Dr. Thomas M. Zimmermann	
	MEDICAL CONTACT 360	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“.

# Theorien der Versorgungsforschung

**MVF-Titelinterview mit Prof. Dr. Holger Pfaff, Kongresspräsident des 20. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung** > S. 6 ff.

„In den ersten zwei Dekaden der Versorgungsforschung in Deutschland ging es vor allem darum, aus Politik und Praxis kommende Fragestellungen durch gute methodische Forschung zu klären. Nur wird man irgendwann den Punkt des schwer Erklärbaren oder bei ganz neuen Ereignissen wie Covid-19 den Punkt des noch nicht Erklärbaren erreichen: Spätestens dann braucht man Theorie.“ So Professor Holger Pfaff, der Kongresspräsident des diesjährigen Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung. Er fordert einen „Theoriewerkzeugkasten“, um Projekte der Versorgungsforschung mit Logik- und Wirkmodellen zu begründen und ihre Ergebnisse systematischer einzuordnen. „Die Versorgungsforschung muss wissenschaftlicher werden. Und zwar nicht nur, um dabei zu helfen, zeitnah eine bessere Versorgung aufbauen zu können, sondern auch um mit den anderen Wissenschaften, die dieses Wechselspiel schon längst beherrschen, gleichziehen zu können.“ Ein großes Programm für die nächsten zwei Jahrzehnte.

**10. MVF-Kongress „Theorie wagen“ am 7. Dezember 2021** > S. 12

Mit dieser Aufgabe wird sich auch der 10. Fachkongress von „Monitor Versorgungsforschung“ am 7. Dezember 2021 beschäftigen. In Kooperation mit dem Bundesverband Managed Care möchten wir mit Ihnen in einer Präsenzveranstaltung im Scharounsaal der AOK Nordost in Berlin diskutieren, wie es um Theorien zu Ursachen und Wirkungen von komplexen Interventionen mit ihren Rückkopplungen in der Versorgung und im Gesundheitssystem aussieht. Als Fallbeispiele wollen wir uns dazu verschiedene Lotsensysteme ansehen. Sie sind herzlich eingeladen.

**Im Interview: Dr. Dorothee Brakmann, Dr. Stefan Knupfer und Dr. Dr. Klaus Piwernetz** > S. 14 ff.

Warum klappt es in Deutschland nicht besser mit der „Value Based Healthcare“, also der konsequenten Orientierung an der besten Lebens- und Ergebnisqualität für den Patienten? Wollen wir das wirklich so? Drei Experten diskutieren Lösungsansätze: **Dr. Dorothee Brakmann** (Janssen), **Dr. Stefan Knupfer** (AOK PLUS) und **Dr. Dr. Klaus Piwernetz** (Autor des Fachbuchs „Strategiewechsel jetzt!“).

**MVF-Serie „Inside Versorgungsforschung“**

Diesmal sind wir bei **Prof. Dr. Jonas Schreyögg** und seinen Kollegen am Hamburg Center for Health Economics der Universität Hamburg und des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. > S. 40 ff.

**Wissenschaftliche Beiträge**

**Stausberg u.a.** analysieren Routinedaten kirchlicher Krankenhäuser zur medizinischen Beatmung von Covid-19-Patienten in der ersten und zweiten Welle 2020. > S. 53 ff.

**Kostev u.a.** vergleichen Angst- und Depressionsdiagnosen bei Kindern/Jugendlichen im Covid-19-Zeitraum April 2020 bis Dezember 2020 im Vergleich zum gleichen Zeitraum 2019. > S. 57 ff.

**Bauer, May und Giulini-Limbach** präsentieren einen alternativen Ansatz zu Rabattverträgen für Biosimilars. > S. 63 ff.

**Müller, Bunjes-Schmieger und Renaud** untersuchen das Erleben von emotionalen und psychischen Belastungen von Pflegefachkräften in der stationären Altenhilfe und finden pandemiebedingt zusätzliche Belastungsfaktoren. > S. 68 ff.

**Kingreen** formuliert Ziele für ein modernes Vergütungssystem der ärztlichen Versorgung als Baustein für eine integrierte Krankenversicherungsverordnung und gibt Empfehlungen für die Weichenstellungen in der kommenden Legislaturperiode. > S. 73 ff.

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

Mit herzlichen Grüßen  
Ihr Professor Dr. Reinhold Roski



## Daten für eine bessere Arzneimittelversorgung

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

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

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



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

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





# „Nichts ist praktischer als eine gute Theorie“

*Im Vorfeld des 20. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung (06.-08. Oktober 2021) sprach „Monitor Versorgungsforschung“ mit dem Kongress-Präsidenten Prof. Dr. Holger Pfaff, der unter anderem fordert, dass die „Versorgungsforschung theorieorientierter“ werden muss. Er bezeichnet die damit zu zündende nächste Entwicklungsstufe „Versorgungsforschung 2.0“. Denn, so Pfaff weiter, die Versorgungsforschung sei in den letzten zwei Dekaden mit einer guten Methodik „weit gekommen“, müsse sich aber jetzt „weiter wissenschaftlich verbessern“, um den Punkt des schwer Erklärbaren – oder bei ganz neuen Ereignissen wie Covid-19 – den Punkt des noch nicht Erklärbaren überwinden zu können. Pfaff im Titelinterview von „Monitor Versorgungsforschung“: „Dieser Punkt ist jetzt erreicht.“*

Im Interview: Prof.  
Dr. Holger Pfaff  
(IMVR, Universität  
zu Köln)

>> Herr Professor Pfaff, im Titelinterview der letzten Ausgabe von „Monitor Versorgungsforschung“ haben ihre beiden Kollegen Braithwaite und Mannion recht deutliche Worte gefunden für das, was sie international und auch in Deutschland von der Versorgungsforschung als Wissenschaft erwarten. Zudem wirft Mannion der Versorgungsforschung – speziell der aus deutschen Ländern – vor, dass sie untertheoretisiert sei. Ist Ihnen das nicht etwas peinlich?

Nein, Mannion hat Recht. Aus diesem Grund habe ich ihn auch als Keynote-Speaker auf den anstehenden 20. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung eingeladen. Peinlich ist vielleicht, dass Deutschland aus internationaler Sicht eine starke Theorietradition besitzt, diese aber kaum in der Versorgungsforschung sichtbar wird. Doch stehen wir hier nicht alleine da, denn auch die evidenzbasierte Medizin kommt ganz gut ohne Theorie aus.

*Wie das?*

Jede Wissenschaft hat ihre Methoden. Die Methoden der Versorgungsforschung basieren meist auf den Methoden der empirischen Sozialforschung und der schließenden, also der induktiven Statistik. Mit diesem Werkzeugkasten an Methoden kommt man schon ziemlich weit. Deswegen werden Versorgungsforscher von Medizinern oft kurz als „Methodiker“ bezeichnet.

*Wo ist das Problem?*

Man kann mit guten Methoden zwar Thesen testen, das Problem aber ist: Diese Thesen können aus Theorien abgeleitet sein oder eben nicht. Letzteres ist der Fall, wenn Praktiker – wie zum Beispiel Kliniker – eine gute Versorgungsidee haben und diese Idee evaluieren lassen wollen. Theorien als Ausgangspunkt der Forschung zu nutzen, war zu Beginn der Versorgungsforschung nicht zwingend notwendig, um zu den notwendigen Erkenntnisfortschritten zu gelangen.

*Gerade die Aussage, dass die evidenzbasierte Medizin theorielos sei, wird sicher von Vielen nicht so einfach unterschrieben werden.*

Die evidenzbasierte Medizin ist nicht per se theorielos, sie kann auch auf der Basis von Theorien betrieben werden. Fakt ist, dass die Methoden der evidenzbasierten Medizin auch angewandt werden können, ohne irgendeine Theorie haben zu müssen. Es genügt, eine Annahme zu haben, die dann in einer gut durchgeführten randomisierten kontrollierten Studie überprüft wird. Die evidenzbasierte Medizin ist eine sehr gute Methode, mehr nicht. Ihre hohe methodische Qualität verführt geradezu, sich wenig Gedanken über die komplexen theoretischen Zusammenhänge zu machen. Dieser Wahrheit muss man sich einfach stellen, so bitter sie für manchen sein mag.

*Macht man es sich vielleicht zu einfach?*

Die Wirkzusammenhänge, die gewöhnlich in randomisierten, kontrollierten Studien getestet werden, sind eben relativ einfacher Natur – wie etwa: „A führt zu B“. In der Versorgungsforschung ist die Sachlage oft schwieriger, weil wir es fast immer mit komplexen Interventionen in zudem komplexen und wenig konstanten Umwelten zu tun haben. Um das alles verstehen und dann gut intervenieren zu können, brauchen wir in der Versorgungsforschung mehr theoretisches Wissen über diese Zusammenhänge.

*Weil statt exaktem Wissen eine bloße Vermutung reicht, um – etwas despektierlich gesagt – „drauflos“ zu forschen?*

Sicher gehen einige Praktiker eher hemdsärmelig an die Sache heran, frei nach dem Motto: „Das ist eine gute Idee, schauen wir mal, was dabei rauskommt.“ Dieses „Trial-and-Error“-Verfahren kann zu ganz innovativen Ergebnissen führen, aber auch zu langen und kostspieligen Versuch-Irrtum-Schleifen mit Endergebnissen, die oft zu spät kommen, weil die Intervention durch den technischen und medizinischen Fortschritt bereits überholt ist.

*Der Ansatz scheint bisher doch gar nicht so schlecht funktioniert zu haben, wenn man den Siegeszug der Versorgungsforschung in den letzten 10, 20 Jahren ansieht.*

Dies ist auch der Fall. In den ersten zwei Dekaden der Versorgungsforschung in Deutschland ging es vor allem darum, aus Politik und Praxis kommende Fragestellungen durch gute methodische Forschung zu klären. Nur wird man irgendwann den Punkt des schwer Erklärbaren oder bei ganz neuen Ereignissen wie Covid-19 den Punkt des noch nicht Erklärbaren erreichen: Spätestens dann braucht man Theorie. Dieser Punkt ist jetzt erreicht.

*Nehmen wir ein Beispiel: Wie lautet die Theorie bei der Frage, was ein Lotse bringt?*

Die werden sie nur schwer finden. Ein internationales Review hat neuerdings neun Funktionen aus der Literatur herausarbeiten können. Generell gilt: Für fast jede Funktion einer Versorgungsstruktur – wie hier dem Lotsen – benötigt man normalerweise eine separate Theorie. Ein Lotse kann beispielsweise in erster Linie eine unterstützende Funktion haben. Zur Erklärung dieser Funktion kann man die Theorie der sozialen Unterstützung heranziehen. Ist der Lotse hingegen in erster Linie ein Koordinator, müsste man eine Koordinationstheorie heranziehen, wie zum Beispiel die Theorie des kommunikativen Handelns von Habermas. Und so weiter. Ein Lotse kann und wird jedoch in der Regel verschiedene Funktionen gleichzeitig wahrnehmen, was das Ganze selbstredend komplexer macht.

*Demnach bräuhete es ebenfalls eine Theorie des „Metasystems Lotse“, die dann kontext- und/oder indikationsspezifisch unterfüttert werden muss.*

Das geht in die richtige Richtung. Wichtig ist vor allem, aus Beobachtungen heraus eine Theorie zu formulieren oder eine vorhandene Theorie zu ihrer Erklärung heranzuziehen. Das alleine reicht aber noch nicht aus, denn man muss eine Theorie in den Versorgungsfor-



schungsprojekten immer wieder auch auf ihre Gültigkeit hin überprüfen.

*Sie legen die Latte aber sehr hoch.*

Die Latte lege nicht ich hoch, sondern die Wissenschaft. Wissenschaft ist mehr als nur gute empirische Forschung. Wissenschaft ist gekennzeichnet durch das Wechselspiel von Theorie und Empirie.

*Ihre Kernforderung?*

Die Versorgungsforschung muss wissenschaftlicher werden. Und zwar nicht nur, um dabei zu helfen, zeitnah eine bessere Versorgung aufbauen zu können, sondern auch um mit den anderen Wissenschaften, die dieses Wechselspiel schon längst beherrschen, gleichziehen zu können. Um das eben genannte Beispiel zu nehmen: Zum Test der These, dass der Lotse eine Unterstützungsfunktion ausübt, müsste man – wie erwähnt – die Theorie der sozialen Unterstützung heranziehen und auf dieser Basis eine Intervention planen, in welcher der Lotse nur diese eine Funktion ausübt. Die dann dazu durchgeführte randomisierte kontrollierte Studie würde einen Test dieser theoretisch unterfütterten These ermöglichen. Eine Bestätigung dieser These hätte dann nicht nur praktische Bedeutung, sondern würde auch die Nützlichkeit der zugrunde gelegten Theorie belegen. So ergibt sich Stück für Stück wissenschaftlicher Fortschritt.

*Wenn man dem folgte, müsste man drei Jahre forschen, nur um die Unterstützungsfunktion eines Lotsen praktisch zu testen. Wenn man die neun Funktionen eines Lotsen – es wird sicher auch noch mehr geben – isoliert betrachten würde, wäre man fast 30 Jahre beschäftigt.*

Sie müssen das im größeren Weltraum sehen. Wenn sich neun Forschergruppen in der Welt mit jeweils einer der neun Funktionen des Lotsen beschäftigen würden, hätten wir nach drei Jahren ein ungefähres Bild, welche der Lotsen-Funktionen besonders wichtig ist und welche nicht. Dann wissen wir in relativ kurzer Zeit prinzipiell besser Bescheid. Auf dieser Basis könnten dann in Zukunft viel wirksamere Lotsenmodelle entwickelt werden. Wir sind mit diesem Vorgehen zwar am Anfang langsamer, aber am Schluss schneller.

*Dazu muss man die möglichen Theorien erst einmal kennen.*

Das kommt erschwerend hinzu, weil es relativ viele Theorien gibt und weil nicht jede Theorie jedes Problem löst. Ist ein konkretes Versorgungsproblem gegeben, muss man sich fragen, welche Theorie zur Erklärung dieses Problems in Frage kommt und am besten geeignet ist. Die Versorgungsforschung – vor allem die in Deutschland – hat sich jedoch nicht im hehren Turm der Wissenschaft, sondern aus ganz praktischen Fragestellungen heraus entwickelt.

*Zum Beispiel?*

So kommen zum Beispiel Kliniker auf Medizinsoziologen zu und fragen, welche Gründe es dafür gibt, dass die Krankenhausärzte die vorhandenen ärztlichen Leitlinien nicht anwenden und was man dagegen tun kann. Zur Klärung dieser Frage reicht das medizinische Körperwissen nicht aus. Das Verhalten von Ärzten zu untersuchen, fällt genuin in den Aufgabenbereich der Soziologie, der Psychologie oder der Verhaltensökonomie. Versorgungsforschung ist in großen Teilen

nicht Gesundheitsforschung, sondern Verhaltensforschung.

*So könnte man sicher vieles erklären, wie etwa die Frage, warum es so viele Hüft-OPs gibt oder auf einmal zu wenige Intensiv- und Beatmungsbetten oder zumindest eine beachtliche Diskrepanz in den gemeldeten Zahlen.*

Wenn man die entsprechenden Theorien dazu hat, ja. Anreizbasierte Theorien organisationalen Verhaltens könnten zur Beantwortung Ihrer ersten Frage herangezogen werden. Zur Klärung Ihrer zweiten Frage in Bezug auf die korrekte Meldung der gegebenen Versorgungsstruktur kann das Phänomen der reaktiven Messung verwandt werden. Wir wissen beispielsweise aus der empirischen Sozialforschung, dass bei Meldungen, die finanziell oder anderweitig relevant sind, manche Akteure dazu verleitet werden, so zu melden, dass die gewünschte Wirkung, wie zum Beispiel die finanzielle Förderung von Infrastrukturen, eintritt.

*Was lernen wir daraus?*

Es darf keine interessensensitive Messung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen in der Versorgung geben. Wer rationale gesellschaftspolitische Entscheidungen treffen will, braucht Indikatoren, die von den interessengeleiteten Akteuren nicht direkt beeinflusst werden können. Ein solcher Indikator wäre zum Beispiel die auf der Basis von repräsentativen Kohortenstudien ermittelte Covid-19-Inzidenzrate. Ein solcher Indikator ist von den Gesundheitsakteuren nicht direkt beeinflussbar, die Zahl der gemeldeten Intensiv- und Beatmungsbetten hingegen im Prinzip schon. Auf diesen letztgenannten

Punkt hat übrigens der Bundesrechnungshof erst vor kurzem hingewiesen. Wir lernen daraus, dass man als Basis für politische Steuerung eher Indikatoren verwenden sollte, die von den interessengeleiteten Akteuren nicht direkt beeinflusst werden können. Zudem sollten diese Indikatoren am besten von anderen Akteuren erhoben werden.

*Zum Beispiel von den Versorgungsforschern?*

Zum Beispiel. Oder auch von den Epidemiologen. Ist diese Idealvorstellung der interessenunabhängigen Messung nicht praktikabel, müssen wir uns den Akteuren im Gesundheitssystem konkret zuwenden und ihr Verhalten kritisch analysieren. Das könnte man dann als kritische Versorgungsforschung bezeichnen. Diese ist oft dann gegeben, wenn das Gesundheitssystem und ihre Akteure selbst Gegenstand einer hinterfragenden Untersuchung sind.

*Wird sich damit die Versorgungsforschung nicht angreifbar machen?*

Evidenzbasierte Kritik muss das Gesundheits- und Medizinsystem aushalten können. Als Wissenschaftler weiß ich aber auch, dass dieser Weg nicht einfach ist, und zwar sowohl für die, die beurteilt werden, als auch für die, die kritisch beurteilen und ihrerseits wieder deswegen kritisiert werden.

*Wohlwissend, dass die meisten Institute der Versorgungsforschung in oder an Universitätskliniken angebunden sind.*

Wir müssen offen darüber reden. Kritische Versorgungsforschung ist sicher ein zweischneidiges Schwert. Es kann harte Gegenreaktionen geben. Es ist jedoch ein Weg, den die Versorgungsforschung

---

*„Evidenzbasierte Kritik muss das Gesundheits- und Medizinsystem aushalten können. Als Wissenschaftler weiß ich aber auch, dass dieser Weg nicht einfach ist.“*



in Zukunft auch gehen sollte, neben vielen anderen Wegen. Die Versorgungsforschung muss lernen, selbstbewusster und unabhängiger zu werden.

*Man hat doch schon bei der Public-Health-Szene gesehen, was pasierte, als sie eine eigenständige „School of Public Health“ außerhalb der „School of Medicine“ werden wollte.*

Ja, das ist richtig. Die Idee, in Deutschland wie in den USA „Schools of Public Health“ außerhalb der „Schools of Medicine“ zu etablieren, hat sich nicht richtig durchsetzen können. Darum plädiere ich dafür, einen vorsichtigen Weg zu gehen, der das erklärte Ziel hat, sich als eigenständige Versorgungswissenschaft an den Universitäten und Medizinischen Fakultäten zu etablieren.

*Hand aufs Herz: Das Gros der bisherigen Versorgungsforschung ist nicht gerade ein Gamechanger oder gar ein Systemsprenger, oder?*

Aus meiner Sicht war es ein wichtiger erster Schritt, mit Hilfe der Versorgungsforschung das bestehende System zu optimieren. Wenn wir das auf breiter Basis schaffen, haben wir schon mehr erreicht als früher denkbar war. Doch sollte die Versorgungsforschung bei hartnäckigen Problemen und dysfunktionalen Strukturen auch systemkritische Fragen stellen. Nur so können echte Systeminnovationen entstehen. Doch genau dazu braucht man eben nicht nur Methoden, sondern profunde Theorien.

*Womit wir wieder beim Thema wären: welche Theorien denn?*

Nur als Beispiel: Ich habe vor kurzem an einer Tagung der deutschen Gesundheitssoziologen teilgenommen, dort wurden die Figurativtheorie<sup>1</sup> von Norbert Elias, die Strukturierungstheorie<sup>2</sup> von Anthony Giddens und die struktur-funktionale Theorie<sup>3</sup> von Talcott Parsons zur Erklärung von Versorgungssituationen herangezogen. Man kann hier viel von den Gesundheitssoziologen lernen. Das gleiche gilt für die Psychologie. In der Versorgungsforschung können zum Beispiel die Verhaltenstheorien<sup>4</sup> von Fishbein und Ajzen und das Gesundheitsverhaltensmodell<sup>5</sup> von Schwarzer gewinnbringend angewendet werden. Das ist genau das, was Braithwaite und Mannion im MVF-Interview sagen: Die vorhandenen Theorietraditionen besser für die Versorgungsforschung und die Versorgungspraxis nutzbar machen. Das ist das Ziel.

*Wie ginge das?*

Der erste Schritt ist, Wirkmodelle für eine geplante Intervention aufzustellen. Mit Wirkmodellen stellt man – vereinfacht gesagt – Thesen zu den kurz-, mittel- und langfristigen Wirkungen der einzelnen Interventionsbestandteile auf. Ideal wäre es nun, wenn diese Thesen zusätzlich aus übergeordneten Theorien abgeleitet werden. Dann wäre der Test der Intervention zusätzlich ein Test der These und zum Teil auch ein Test der Theorie, die der These zugrunde liegt. Ausgangspunkt des Vorgehens sollte das Wirkmodell der Intervention sein.

*Was nichts anderes als eine Theorie ist.*

Stimmt. Ich würde in diesem Fall dennoch eher den Begriff Wirkmodell bevorzugen. In einer Publikation<sup>6</sup> des Expertenbeirats des Innovationsausschusses hatten wir übrigens die Anwendung solcher Wirkmodelle empfohlen.

*Hatten Sie mit dem Vorstoß Erfolg?*

Mein Eindruck ist, dass sich das Bewusstsein, Wirkmodelle zum Ausgangspunkt einer Versorgungsinnovation zu machen, allmählich durchsetzt. Dennoch gibt es aus meiner Sicht noch recht viel Luft nach oben.

*Woher kommt das?*

Nehmen wir das Beispiel des Innovationsfonds. Viele Projekte im Innovationsfonds wurden von Klinikern initiiert. Sie kommen aus der Praxis, erkennen eine Versorgungslücke und versuchen diese mit einer, oft sehr gut ausgedachten Versorgungsintervention zu schließen. Dieser Ansatz an sich ist begrüßenswert.

*Das Aber?*

Erfolgt diese Versorgungsintervention ohne Rückgriff auf eine Theorie, befinden wir uns im Trial-and-Error-Modus. Es kann sein, dass man die richtige Idee hatte und diese durch die Evaluation bestätigt wird. Es kann aber auch sein, dass sich ein negatives Ergebnis ergibt. In beiden Fällen kann man ohne Theorie nicht richtig erklären, warum die Intervention funktioniert hat oder warum nicht.

*Ist nicht jeder Mensch ein Theoretiker? Dazu ein Bundesfußballtrainer und neuerdings auch noch ein Virologe oder Epidemiologe?*

Sicher. Alle Menschen sind Laientheoretiker. Ohne Annahmen darüber, wie die einzelnen Lebensbereiche funktionieren, kämen wir nicht zurecht. Diese Laientheorien können aus objektiver wissenschaftlicher Sicht falsch sein, aber solange die Menschen daran glauben, sind sie für sie handlungsleitend. Das legt das Thomas-Theorem<sup>7</sup> nahe. Es besagt, dass das, was der Mensch als wahr ansieht, wahr hinsichtlich der Konsequenzen ist, die der Mensch daraus ableitet. Falsche Laientheorien in Bezug auf die Gesundheit können zu falschen Gesundheitshandlungen führen.

*Die nennt man dann unter anderem Covidioten.*

Corona-Leugner sind in der Tat ein Beispiel für Personen, die eine bestimmte Form von Laientheorie in Bezug auf eine spezifische Erkrankung haben. Diese Laientheorie zieht dann die bekannten Konsequenzen für das Handeln dieser Personengruppe nach sich. Es ist Aufgabe der Wissenschaft, diesen Laientheorien die „evidenzbasierten“ Theorien gegenüberzustellen und zu vermitteln.

*Doch haben auch die wissenschaftlichen Theorien ihre Grenzen.*

Selbstredend. Eine Theorie ist immer nur für einen bestimmten

## Literatur

1. Elias N. Figuration. In: Kopp J, Steinbach A, editors. Grundbegriffe der Soziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2018. p. 115–7.
2. Giddens A. The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration. University of California Press; 1984.
3. Parsons T. Illness and the role of the physician: a sociological perspective. Am J Orthopsychiatry 1951; 21(3):452–60.
4. Ajzen I. The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. Psychology and Health 2011; 26(9):1113–27.
5. Schwarzer R. Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie. 3., überarbeitete Auflage. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe Verlag; 2004.
6. Blettner M, Dierks M-L, Donner-Banzhoff N, Hertrampf K, Klusen N, Köpke S, Masannek, M., Pfaff H., Richter, R., Sundmacher, L.: Überlegungen des Expertenbeirats zu Anträgen im Rahmen des Innovationsfonds. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2018; 130:42–8.
7. Thomas WI, Thomas DS. The child in America: Behavior problems and programs. New York: Knopf; 1928.
8. Lewin K. Field theory in social science: selected theoretical papers (Edited by Dorwin Cartwright.). Oxford, England: Harpers; 1951.
9. Luhmann N. Soziale Systeme: Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1984.
10. Willke H. Staatliche Intervention als Kontextsteuerung: Am Beispiel EUREKA. Kritische Vierteljahresschrift für Gesetzgebung und Rechtswissenschaft (KritV) 1988; 3 [71](3):214–29.

## Zitationshinweis

Pfaff, H., Stegmaier, P.: „Nichts ist praktischer als eine gute Theorie“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/21), S. 6-10. <http://doi.org/10.24945/MVF.04.21.1866-0533.2323>

Bereich gültig und nützlich. Man kann es so formulieren: Eine Theorie ist ein Werkzeug für den Wissenschaftler und den Praktiker. Wenn sich im Laufe eines Versorgungsforschungsprojektes herausstellt, dass eine Theorie zur Lösung eines bestimmten Versorgungsproblems nicht wirklich geeignet ist, muss man – um im Bild zu bleiben – im „Theoriwerkzeugkasten“ suchen, welche andere Theorie als Werkzeug hier bessere Dienste leistet.

*Wenn man so jede Versorgungsforschungsstudie aufsetzen würde ...*  
... wäre das aus Sicht der theorieorientierten Versorgungsforschung ideal.

*Heißt das, dass die Versorgungsforschung mehr Soziologie wagen sollte?*

Mehr Soziologie und mehr Psychologie. Eindeutig. Auf jeden Fall muss die Versorgungsforschung theorieorientierter werden, denn nichts ist nun einmal praktischer als eine gute Theorie, wie schon Kurt Lewin<sup>8</sup> sagte. Dazu gehört auch, dass man die Angst vor der Theorie an sich verliert.

*Das bekommen Sie sicher öfters zu hören.*

Klar. Wenn Kliniker das Wort Theorie hören, befürchten sie oft, dass man den Praxisbezug verliert. Das muss aber nicht sein, denn wie gesagt: Nichts ist praktischer als eine gute Theorie. Dazu muss diese jedoch so für den Praktiker „übersetzt“ werden, dass er sie versteht und praktisch umsetzen kann.

*Nehmen wir das Problem der erwähnten ungenügenden Anwendung von an sich bekannten Leitlinien in Krankenhäusern, woran sich eigentlich bis heute wenig geändert hat.*

Wenn man an dieses Problem aus Sicht eines Systemtheoretikers herangeht, wird man diese Akzeptanzprobleme als Beleg dafür sehen, dass wir es bei der Ärzteschaft mit einem autopoietischen System<sup>9</sup> zu tun haben. Solche Systeme schaffen sich selbst, regulieren sich selbst und nehmen von außen nur Anregungen an, können aber nicht direkt gesteuert werden. Man kann autopoietische Systeme nur indirekt steuern, zum Beispiel über die Setzung eines finanziellen Rahmens. Systemtheoretiker nennen das Kontextsteuerung<sup>10</sup>. Wir als Versorgungsforscher müssen daher insgesamt besser verstehen, wie der Arzt als Person und die Ärzteschaft als soziales System „ticken“. Dazu benötigen wir theorieorientierte Versorgungsforschung.

*Damit wäre die Frage beantwortet, warum Sie diese Maximalforderung erst jetzt, zum 20. Jubiläum der Deutschen Kongresse für Versorgungsforschung stellen, deren erster und auch 20. Präsident Sie sind.*

Wir mussten die Versorgungsforschung

erst einmal methodisch absichern und voranbringen. Das war im ersten Schritt wichtig, denn mit guten Methoden kommt man schon relativ weit. Doch irgendwann kommt unweigerlich der Punkt, an dem man merkt, dass man mit diesem methodischen Ansatz allein nicht alle wichtigen Phänomene in der Versorgung erklären kann und man oft zu langwierige und unsystematische Lernprozesse in Kauf nehmen muss. Deswegen ist es in der Versorgungsforschung jetzt an der Zeit, den zweiten Schritt zu gehen und der Methodenorientierung die Theorieorientierung an die Seite zu stellen. Ich würde dies als Versorgungsforschung 2.0 bezeichnen. Wir zünden jetzt gewissermaßen die zweite Stufe.

*Vielleicht auch, weil so manche Versorgungsforscher schon seit längerem das Gefühl haben, dass man mit einer noch so guten Methode nur bestimmt weit hochspringen kann.*

Das ist genau der Punkt. Wir sind weit gekommen, müssen uns jetzt aber weiter wissenschaftlich verbessern. Dies ist ein Grund, weshalb wir bei uns an der Universität zu Köln den Masterstudiengang nicht Versorgungsforschung, sondern Versorgungswissenschaft nennen. Versorgungswissenschaft ist Versorgungsforschung plus Versorgungstheorie plus kritische Versorgungsforschung.

*Warum nennen Sie den 20. Deutschen Kongress Versorgungsforschung dann eigentlich recht banal „Versorgungskontext verstehen – Praxistransfer befördern“?*

So banal finde ich den Titel nicht. Wer den Kontext verstehen will, braucht eine Theorie über den Kontext. Wer Praxistransfer befördern will, braucht auch eine Theorie über die Praxis. Im Prinzip steht damit Theorie gewissermaßen in der Unterzeile des Kongresstitels.

*Warum nicht im Titel?*

Der Titel eines Kongresses ist das Ergebnis eines partizipativen Entscheidungsprozesses. Ich habe gemerkt, dass es so etwas wie eine Angst vor dem Begriff der Theorie gibt. Die Kliniker unter den Versorgungsforschern sehen dann sofort den Elfenbeinturm der Wissenschaft bildlich vor sich und zögern. Aber das ist ja erst der 20. Kongress. Wir fangen jetzt an, die zweite Stufe zu zünden. Es wird – wie mein früherer Lehrer Bernhard Badura einmal sagte – mindestens zwei Jahrzehnte dauern, bis sich eine neue Orientierung endgültig durchgesetzt hat. Wir arbeiten daran und wollen mehr Theorie wagen. <<

*Herr Professor Pfaff, danke für das Gespräch.*



**Prof. Dr. Holger Pfaff**

*ist seit 2009 Direktor des Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln. Seit 2002 ist er zudem Sprecher des Zentrums für Versorgungsforschung Köln (ZVFK) und seit 2009 geschäftsführender Direktor des ZVFK; einer fakultätsübergreifenden Einrichtung der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln.*

Das Interview führte MFV-Chefredakteur Peter Stegmaier.

## Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Wie man mit einer guten Theorie arbeiten kann“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/21), S. 11. <http://doi.org/10.24945/MVF.04.21.1866-0533.2324>

Auf das Gesundheitssystem angewandt: die Resource-Dependency-Theory (RDT)

## Wie man mit einer guten Theorie arbeiten kann

In einem interessanten wissenschaftlichen Artikel (1), der vor kurzem im „Journal of Health Organization and Management“ erschienen ist, hat Prof. Dr. Lena Ansmann (Abteilung Organisationsbezogene Versorgungsforschung des Departments für Versorgungsforschung an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg) die bisher fast nicht im Gesundheitswesen angewandte Resource-Dependency-Theory (RDT) eingesetzt, um ihre Forschungsfrage zu lösen.

>> Unter Anwendung der Theorie der Ressourcenabhängigkeit (RDT) wurde – so das Paper – untersucht, „wie Organisationen im Gesundheitswesen in unterschiedlichen Kontexten den Druck wahrnehmen, der sich aus dem unsicheren Zugang zu Ressourcen ergibt, und welche organisatorischen Strategien sie zur Sicherung der Ressourcen einsetzen“. Diese Studie, so die Autoren, ist eine der wenigen, die sich auf den Einfluss der Umwelt (des Kontexts) auf Organisationen im Gesundheitswesen in einer Vielzahl von Settings konzentriert. RDT sei dafür eine „hilfreiche theoretische Grundlage für das Verständnis des Einflusses“ der Umwelt (des Kontexts) auf Organisationsstrategien.

Natürlich sind auch die Ergebnisse dieser Studie höchst interessant, wie etwa, dass die Befragten von einem hohen Druck durch Bürokratie, Zeitdruck und Rekrutierung von qualifiziertem Personal berichteten und – wie durch die Theorie zu erwarten war – Organisationen in Einrichtungen mit hohem Druck die lautstärksten (most vociferous) Strategien zur Sicherung von Ressourcen – insbesondere in Bezug auf die Personalentwicklung – einsetzten. Doch soll es hier um den Einsatz der Resource-Dependency-Theory gehen, die nach Aussage des Papers erst wenige Male im Gesundheitswesen angewandt wurde (Yeager et al., 2014), obwohl RDT als eine der einflussreichsten Organisationstheorien gelte, um zu untersuchen, wie organisatorische Umgebungen organisatorische Strategien für den Zugang zu Ressourcen formen (Pfeffer und Salancik, 1978).

Gemäß RDT, so schreiben die Autoren, richten Gesundheitsorganisationen, wenn sie die Umwelt als unsicher wahrnehmen, ihre organisatorischen Strategien auf die Sicherung zusätzlicher Ressourcen aus (Pfeffer und Salancik, 1978). Es gebe bislang jedoch nur eine begrenzte Anzahl von Studien aus einer RDT-Perspektive, die den „Zusammenhang zwischen der Umwelt (Kontext), in der Organisationen des Gesundheitswesens operieren, und ihren „jeweiligen organisatorischen Strategien“ untersucht haben (Yeager et al., 2014 (2)). Zudem habe sich keine auf

die Erforschung dieser Fragen im deutschen Gesundheitskontext konzentriert. Darum sei es neben der Tendenz von Gesundheitsorganisationen in Deutschland, ihre Leistungen und ihr Volumen auszuweiten, um Ressourcen zu gewinnen und dadurch Gesundheitsleistungen zu überproduzieren (Grote Westrick et al., 2019), „weitgehend unbekannt, wie sie mit der allgegenwärtigen Ressourcenknappheit umgehen“. Darüber hinaus würden in der Versorgungsforschung generell nur sehr wenige Studien Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen Versorgungsorganisationen aus verschiedenen Versorgungssettings untersuchen, sondern vergleichen meist die Versorgung innerhalb eines definierten Settings.

Die Ergebnisse der Studie decken zum Teil die in Anwendung der Theorie getätigten Annahmen, wie die Autoren schreiben: „Die RDT geht davon aus, dass Organisationen in einer Zeit der Ressourcenunsicherheit, die in dieser Studie beispielsweise durch Fachkräftemangel und Zeitdruck gekennzeichnet ist, ihre Strategien zur Ressourcensicherung entsprechend anpassen (Pfeffer und Salancik, 1978). Unsere Ergebnisse stimmen teilweise mit dieser Annahme überein.“ Über alle untersuchten Gesundheitsorganisationen hinweg seien signifikante Korrelationen zwischen Umweltdruck und angewandten Organisationsstrategien gefunden worden. Besonders konsistent seien die Korrelationen hinsichtlich des Drucks, qualifiziertes Personal zu rekrutieren, gewesen. Stationäre und ambulante Pflegeorganisationen sowie

Krankenhäuser, die allgemein die höchste Ressourcenunsicherheit empfanden, hätten gleichzeitig auch der Personalentwicklung höchste Anstrengungen gewidmet. <<

### Ressourcenabhängigkeitsansatz\*

Der Ressourcenabhängigkeitsansatz (engl. Resource-Dependence-Theory) hat seine Wurzeln in der klassischen Systemtheorie, behavioristischen Organisationstheorie und sozialen Austauschtheorie. Es handelt sich um einen Ansatz zur Analyse von System-Umwelt-Beziehungen und Strategien von Wirtschaftsorganisationen. (3) Obwohl diese Betrachtungsweise in der militärischen Strategie schon früh berücksichtigt wurde, taucht sie in den Wirtschaftswissenschaften erst in den späten 1970er Jahren auf. (4) Führende Theoretiker waren Jeffrey Pfeffer und Jay Barney. Der Ansatz fokussiert einen Aspekt der marktstrukturellen Betrachtungsweise von Michael E. Porter, der in seiner Strukturanalyse die Abhängigkeit von den Lieferanten einer Branche und ihre Machtstellung als einen von mehreren wettbewerbsrelevanten Faktoren betrachtet. Der Ressourcenabhängigkeitsansatz untersucht die Eingabe (Inputs), die ein Unternehmen zur Erfüllung der selbst gesteckten Ziele benötigt. Dabei kann es sich um Rohmaterial, Kapital, Energie, Wasser, aber auch um nichtmaterielle Ressourcen wie Standorte, Arbeitskraft, Wissen und Patente handeln. Um diese Ressourcen konkurriert die Organisation mit Verbrauchern aus der gleichen, aber auch aus anderen Branchen, die in der Porterschen Analyse nicht berücksichtigt wurden. Damit ist die Autonomie einer Organisation bedroht und sie wird versuchen, diese Autonomie zu verteidigen. (5) Die Stärke der Abhängigkeit ist dabei eine wesentliche Bestimmungsgröße für das Verhalten einer Organisation. Beispielsweise kann der Energieverbrauch eines Werks ignoriert werden, wenn der Energiepreis stabil und niedrig ist. In einem solchen Umfeld lohnen Investitionen zur Einsparung nicht, da diese im Vergleich mit Mitbewerbern zu höheren Kosten führen würden.

\* <https://de.wikipedia.org/wiki/Ressourcenabh%C3%A4ngigkeitsansatz>

### Literatur

- 1: Ansmann, L., Venedey, V., Hillen, H.A., Stock, S., Kuntz, L., Pfaff, H., Mannion, R. and Hower, K.I. (2021), „Resource dependency and strategy in healthcare organizations during a time of scarce resources: evidence from the metropolitan area of cologne“, *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 35 No. 9, pp. 211-227. <https://doi.org/10.1108/JHOM-12-2020-0478>
- 2: Yeager VA, Menachemi N, Savage GT, Ginter PM, Sen BP, Beitsch LM. Using resource dependency theory to measure the environment in health care organizational studies: a systematic review of the literature. *Health Care Manage Rev*. 2014 Jan-Mar;39(1):50-65. doi: 10.1097/HMR.0b013e3182826624. PMID: 23358132.
- 3: Derek S. Pugh & David J. Hickson (1996) *Writers on Organization*, Penguin Books, London
- 4: Jeffrey Pfeffer & Gerald R. Salancik (1978): *The external control of organizations*. New York
- 5: Jay B. Barney and William Hesterly (1996): *Organizational Economics: Understanding the Relationship between Organizations and Economic Analysis*. In: Stewart R. Clegg, Cynthia Hardy, and Walter Nord (Hrsg.): *Handbook of Organizational Studies*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage



# Theorie wagen

Präsenzveranstaltung am 7. Dezember 2021 im Scharounsaal der AOK Nordost

## 10. MVF-Kongress: Theorien der Versorgungsforschung

Aus internationaler Perspektive gesehen, ist die deutsche Versorgungsforschung erstaunlich untertheoretisiert, erklärten die beiden Professoren Braithwaite und Mannion im Titelinterview von MVF 03/21. Und Professor Pfaff, einer der Wegbereiter der Versorgungsforschung in Deutschland, gibt den beiden im Titelinterview dieser Ausgabe recht. Anlass genug, den 10. Fachkongress von „Monitor Versorgungsforschung“ diesem hoch interessanten Thema zu widmen. Um Wissenschaft und Praxis zueinander zu bringen, wird in Kooperation mit dem Bundesverband Managed Care (BMC) am 7. Dezember 2021 in einer Präsenzveranstaltung mit dem Titel „Theorie wagen“ im Scharounsaal der AOK Nordost diskutiert, wie es denn in Deutschland um die Theorien der Versorgungsforschung und ausgehend davon um die Theorien über unser Gesundheitssystem bestellt ist.

>> Die deutsche Versorgungsforschung ist in den letzten 20 Jahren ganz schön weit gekommen – 14 davon begleitet durch „Monitor Versorgungsforschung“: Sie hat zuerst Methoden konsentiert, hat Kongresse durchgeführt und wurde durch den Innovationsfonds massiv gefördert. „Versorgungsforschung hat sich in den vergangenen zwei Dekaden auch in Deutschland etabliert“, sagt MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski. Dennoch wachse das Gefühl, dass Methoden alleine nicht ausreichen und vor allem, dass sie nicht alles erklären können, was Versorgungsforschung in ihrem doch sehr breiten Arbeitsfeld erforschen soll. Zunehmend sei es entscheidend, Ursache und Wirkung und die dabei zutage tretenden Kausalzusammenhänge zu verstehen und diese als Theorie zu formulieren, um zu besseren Erklärungen und Prognosen zu kommen.

„Wir sind weit gekommen, müssen uns jetzt aber weiter wissenschaftlich verbessern“, fordert Professor Dr. Holger Pfaff, der Kongresspräsident des 20. DKVF, im Titelinterview dieser Ausgabe. Sein Petition: „Erfolgt eine Versorgungsintervention ohne Rückgriff auf eine Theorie, befinden wir uns im Trial-and-Error-Modus. Es kann sein, dass man die richtige Idee hatte und diese durch die Evaluation bestätigt wird. Es kann aber auch sein, dass sich ein negatives Ergebnis ergibt. In beiden Fällen kann man ohne Theorie nicht richtig erklären, warum die Intervention funktioniert hat oder warum nicht.“

Während Pfaff von „Wirkmodellen“ spricht, die für eine geplante Intervention aus übergeordneten Theorien abzuleiten sind, kommt Dr. Stefan Knupfer (AOK Plus) in einem gemeinsamen Interview (S. 22 ff.) mit Dr. Dorothee Brakmann (Janssen) und Dr. Klaus Piwernetz (Mitautor von „Strategiewechsel jetzt!“) zu der Aussage: „Wir brauchen ein neues Logikmodell für unser System.“

Doch nützt ein Logikmodell recht wenig, wenn es weder Rahmen noch Ziel hat. Den Rahmen wiederum bildet die Bedarfsppla-

nung, die den Bedarf bisher ausgehend vom Status quo fortschreibt, was aber wenig mit dem realen Versorgungsbedarf zu tun hat, der sich aus den tatsächlichen und zudem regional unterschiedlichen Einflüssen aus Morbiditätslast und Demografie ergibt. Nur wer den tatsächlichen Bedarf kennt, kann darauf aufsetzend Versorgungsziele entwickeln, die über zu entwickelnde Indikatoren zur Messung der (regionalen) Erfüllungsgrade und eines erforderlichen (ebenso regionalen) Monitorings zur Verbesserung der Versorgung beitragen können.

Dazu muss die Versorgungsforschung ein Logik- oder Wirkmodell im Sinne einer Theorie entwickeln, die Ursache und Wirkung und deren Kausalzusammenhänge beschreibt. Das forderten schon 2010 die DFG-Stellungnahme zur „Versorgungsforschung in Deutschland“ und 2016 das DNVF-Memorandum IV zur „theoretischen und normativen Fundierung der Versorgungsforschung“: „Eine eigene Theoriebildung in der Versorgungsforschung ist anzustreben.“ Eben dieses Vorgehen empfahl auch der ehemalige Expertenbeirat\* des Innovationsausschusses, der damit eine „Innovationsförderung zur Schaffung gene-

ralisierbaren Wissens“ anregen wollte: „Viele Interventionen stellen sich in der Evaluation als unwirksam heraus, weil versäumt wurde, sich über die konkreten Wirkungen der Maßnahme im Detail Gedanken zu machen.“

Zur Erhöhung der Wirksamkeit einer Maßnahme/Intervention rieten die Experten zu Wirkmodellen, die „das Wissen über das Funktionieren von lokalen und allgemeinen Gesundheitssystemen wie auch die Erfahrungen aus früheren vergleichbaren Interventionen“ integrieren und so die Chance erhöhen, dass eine innovative Intervention die gewünschten Effekte hat (Dixon-Woods et al., 2011). Wirkmodelle könnten im einfachen Fall die Form einer linearen Ursache-Wirkungs-Kette haben, aber auch – wie bei dem „Theory of Change“-Ansatz – komplexe Rückkopplungsschleifen zwischen zahlreichen Variablen und Interventionskomponenten beinhalten.

Wie steht es um die Theorien der Versorgungsforschung oder gar des Gesundheitssystems? Das soll anlässlich des 10. MVF-Fachkongresses erst auf der Metaebene, dann sehr praktisch anhand von Fallbeispielen einiger Lotsensysteme, die vom Innovationsfonds gefördert wurden, analysiert werden. <<

### Mögliche, anzuwendende Modelle

(aus: Empfehlungen des ehemaligen Expertenbeirats des Innovationsausschusses\*)

#### Logik-Modell

Logik-Modelle können als Teil des Logical Framework Approach aufgefasst werden. Man geht im Rahmen des Logik-Modells davon aus, dass Aktivitäten Outputs bewirken, die den eigentlichen Zweck der Intervention (purpose) hervorrufen und die wiederum die Langzeit-Outcomes beeinflussen (Gasper, 2000; Joly et al., 2007). Im Kern entspricht das Logik-Modell der Grundstruktur des Throughput-Modells der Versorgungsforschung. Nach diesem Modell ist der Output das konkrete Ergebnis der Kombination von Ressourceninput und Versorgungsprozessen. Diese wiederum beeinflussen auf lange Sicht die eigentlich interessierenden Versorgungsergebnisse (Schrappe & Pfaff, 2016). Die Logik-Modelle bestehen oft aus einer entsprechenden linearen Ursache-Wirkungs-Kette (Watson et al., 2009; Joly et al., 2007). Eine Methode innerhalb des Rahmens des Logik-Modells ist die Logframe-Matrix. In dieser Matrix wird für jede Ebene der Ursache-Wirkungs-Kette (Input, Aktivitäten, Output, verschiedene Outcomes) die dahinter stehenden zentralen Annahmen, die zur Messung nötigen objektiven Indikatoren und die zur Messung der Indikatoren nötigen Datenbasen sowie die Risiken und Umsetzungsverantwortlichen ermittelt (Couillard et al., 2009; Goeschel et al., 2012).

#### Theory of Change

Der „Theory of Change“-Ansatz ist weniger schematisch aufgebaut wie das Logik-Modell. Im Unterschied zum Logik-Modell, dem ein rigides Strukturschema (z. B. Input->Aktivitäten->Output-> Outcome) und ein lineares Grundmodell zugrunde liegt, setzt der ToC-Ansatz an den konkreten Kausalmechanismen und -pfaden an, ist flexibler, braucht sich an keine vorgefertigten Kausalstrukturen halten und lässt auch multiple und nicht-lineare Zusammenhänge mit Feedback-Schleifen als Möglichkeit zu (De Silva et al., 2014). Dadurch wird der ToC-Ansatz – wie seine Vertreter betonen – in vielen Fällen den in der Realität vorzufindenden Kausalmechanismen besser gerecht. Hinzu kommt, dass der ToC-Ansatz in vielen Fällen vorsieht, dass die einzelnen Kausalpfade durch Evidenz aus empirischen Studien abgesichert sein sollten (De Silva et al., 2014).



Werte schaffen  
durch Innovation

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

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



# „Wir brauchen ein neues Logikmodell für unser System“

*In einem Panel der diesjährigen Handelsblatt-Tagung „Pharma“ diskutierten Dr. Dorothee Brakmann, Leiterin Marketing- und Sales-Strategie im Bereich Onkologie/Hämatologie sowie Mitglied der deutschen Geschäftsleitung bei Janssen, und Dr. Stefan Knupfer, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes und Bevollmächtigter des Vorstandes der AOK PLUS, Aspekte der „Value Based Healthcare“ – aus Sicht der Pharmaindustrie und aus Sicht einer großen Krankenkasse. Die inhaltlichen Übereinstimmungen vieler Aussagen waren derart frappant, dass „Monitor Versorgungsforschung“ die beiden bat, das Thema mit Dr. Dr. Klaus Piwernetz, einem der Autoren des Fachbuchs „Strategiewechsel jetzt!“, in einem gemeinsamen Interview nicht nur zu vertiefen, sondern auch mögliche Ansätze zu erarbeiten.*

Im Interview:  
Dr. Dorothee Brakmann, Dr. Stefan Knupfer und Dr. Dr. Klaus Piwernetz



>> Im Bericht der „Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem“ steht, dass Fehlanreize, die mit einer überwiegend pauschalierten oder überwiegend an Einzelleistungen orientierten Vergütung verbunden sind, durch eine stärkere Mischvergütung aus Einzel- und Pauschalleistungen und durch die Kombination mit qualitätsorientierten Vergütungselementen entgegengewirkt werden soll. Das heißt nichts anderes, als dass die Kommission eine wertebasierte Vergütung von Leistungen empfiehlt. Herr Knupfer, Sie vertreten eine große Krankenversicherung, die sich seit den 1990er Jahren Gesundheitskasse nennt: Warum tut sich unser System mit einer Outcome-Systematik so schwer?

**Knupfer:** Ein wesentlicher Punkt ist, dass wir es in unserem Gesundheitssystem nicht mit direkten Beziehungen zu tun haben. Es ist eben kein „normaler“ Markt mit eindeutigen Verkäufer-Käufer-Beziehungen, sondern besteht aus einem komplexen Beziehungsgeflecht aus Kostenträgern, Leistungserbringern und Patienten – und das obendrein vor dem Hintergrund des Bismarckschen Versicherungsprinzips.

Dennoch gab es auch hierzulande Versuche, zu einem wertebasierten Gesundheitssystem, zumindest zu einem outcome-basierten Ansatz zu kommen, der jedoch im Fall der Pay-for-Performance-Modelle an Praktikabilitätshürden scheiterten. Sie waren allesamt – wenn es an die konkrete Umsetzung ging – von wenig Erfolg gekrönt.

**Knupfer:** Das kann sich ändern, denn die Corona-Pandemie hat dazu geführt, dass auf einmal Vieles ganz anders laufen kann, insbesondere was das Aufbrechen tradierter Strukturen betrifft. Wir sollten jetzt die Chance nutzen, unser Gesundheitssystem grundsätzlich zu diskutieren und uns fragen, ob wir das System, so wie es jetzt ist, wirklich wollen. Dazu gehört auch, über eine outcome-orientierte Vergütung nachzudenken. Wenn man das tut, sollte man auch den Mut haben, mit einer gewissen Streuung und Standardabweichung ins Risiko zu gehen, wobei ich da auch uns Kostenträger in der Pflicht sehe.

Eine outcome-orientierte Vergütung könnte aber auch bedeuten, dass nicht mehr jede einzelne Medikamentendose bezahlt wird.

**Brakmann:** Wir alle werden fundamental umdenken müssen. Es gilt, Outcome wirklich vom Ende her zu denken. Will heißen: vom Patienten her. Bisher ist das nicht so. Wenn innovative Ideen den Weg ins System schaffen, sind es solche, die zum Beispiel in Form von IV-Verträgen „on top“ kommen – damit aber nicht in der Lage sind, tiefgreifende Verbesserungen herbeizuführen. Ich stimme mit Herrn Knupfer völlig darin überein, dass wir dringend beginnen müssen, unser Gesundheitssystem fundamental neu zu denken, wenn wir es an Ergebnisqualität und -orientierung sowie vor allem am Patientenwohl ausrichten wollen.

„Wir sollten jetzt die Chance nutzen, unser Gesundheitssystem grundsätzlich zu diskutieren und uns fragen, ob wir das System, so wie es derzeit ist, wirklich wollen.“

Dr. Stefan Knupfer, AOK Plus

Will man das denn?

**Brakmann:** Das ist die Frage. Es wird für keinen der System-Beteiligten ein leichter Weg werden. Hier geht es um Unsicherheiten und fehlendes Vertrauen. Und vor allen Dingen: Keiner weiß vorher, auf was man sich da einlässt.

Wären Sie denn dabei?

**Brakmann:** Uns ist als pharmazeutischer Hersteller durchaus bewusst, dass wir keine unbegrenzten Ressourcen im System haben. Deshalb würden wir ein solches Vorhaben unterstützen, wenn es denn Stabilität und Innovation in Einklang bringt. Zukunftsfähigkeit und Resilienz sind hier die wichtigsten Stichworte. Voraussetzung dafür ist, dass tatsächlich das Ziel den Weg bestimmt, den wir gehen müssen, wenn wir unser Gesundheitssystem fundamental neu aufstellen wollen. Dieses Ziel, dem sich dann alles unterordnen muss – ob das nun die Einzelleistungsvergütung bei den Ärzten oder von pharmazeutischen Herstellern ist – kann nur lauten: das Beste für den Patienten an Lebens- und Ergebnisqualität. Daran und nur daran sollten wir uns künftig messen lassen. Mir ist natürlich absolut klar, dass eine derartige Forderung enorme Veränderungen für alle Beteiligten mit sich bringt. Darum sollte ein solches Vorhaben gut durchdacht sein und auf einer sehr evidenten Strategie fußen.

Herr Piwernetz, bei diesem Punkt sind Sie als Mitautor des Fachbuchs „Strategiewechsel jetzt“, das Sie gemeinsam mit Professor Neugebauer geschrieben haben, schon fast persönlich angesprochen.

**Piwernetz:** Bevor wir zu einer Strategie kommen, sollten wir uns darauf einigen, dass der Pay-for-Performance-Ansatz als Vorläufer der Value Based Healthcare durchaus funktioniert. Man muss nur lernen, zwischen algorithmischen und heuristischen Gesundheitsdienstleistungen zu unterscheiden. Bei einer eindeutigen Diagnose, auf die eine ebenso eindeutige, vorher definierte Handlung mit einem abzusehenden Ergebnis folgt (algorithmische Leistungen), ist Pay-for-Performance eine gute Möglichkeit, einen Schritt in Richtung besserem Outcome zu kommen. Bei komplexeren (heuristischen) Dienstleistungen und Verfahren funktioniert dieses Modell jedoch nicht. In den USA ist daher zur Zeit ein Indexsystem führend, bei dem derjenige, der eine Vergütung bekommt, nicht genau erkennen kann, welche seiner einzelnen Handlungen zu einem verbesserten Ergebnis geführt hat und welche nicht. Doch das ist eine eigene Diskussion, die bei uns gerade erst beginnt. Sie ist jedoch wichtig, wenn wir uns dem Prinzip der „Value Based Healthcare“ nähern wollen. Zuerst brauchen wir jedoch von allen Stakeholdern – auch und ganz besonders den Patienten – konsentierbare Ziele. Die gibt es bereits, seit ein Expertenpanel der Europäischen Kommission schon 2019 mit dem Paper „Defining Value in Value Based Healthcare“ eine gute Vorarbeit geleistet hat.

Hier werden vier Werte unterschieden: persönliche, technische, allokativen und gesellschaftliche.

**Piwernetz:** Ganz genau. Bei den persönlichen Werten geht es um die individuellen Ziele der Patienten. Dieser Punkt umschließt auch die hierzulande geführte Diskussion um Patientenorientierung sowie um Gesundheits- und Versorgungsziele. Unter dem technischen und allokativen Wert versteht das EU-Expertenpanel bestmögliche Ergebnisse mit Hilfe der verfügbaren Ressourcen – damit ist allokativen Effizienz angesprochen, bei der gefordert wird, dass die Ressourcen

tem“

an der Stelle verwandt werden, an der sie wirklich benötigt werden, was man unter Bedarfsorientierung versteht. Der gesellschaftliche Wert umfasst hingegen alle Bereiche der sozialen Teilhabe. Vergleicht man diese vier Wertebereiche mit den im derzeitigen deutschen Gesundheitssystem gültigen, erkennt man recht schnell, dass wir – freundlich ausgedrückt – noch viel Luft nach oben haben. Will heißen: Wir brauchen eine wirkliche Neuausrichtung. Und einer der kritischsten Punkte für die Leistungssteuerung sind nun einmal die Vergütung und die Ziele, die damit erreicht werden sollen.

*Wie das?*

**Piwernetz:** Derzeit befinden wir uns in einem rein angebotsorientierten und -induzierten System. Das führt fast zwangsläufig zu einer ebenso stetigen wie ungesteuerten Angebotsausweitung, der immer wieder durch neue Gesetze und Reformen entgegengewirkt werden muss. Angesichts der auch durch Covid-19 beschränkten Ressourcen ist das ein zeitlich wie ökonomisch endliches Modell, das in nicht allzu ferner Zukunft nicht mehr finanzierbar ist. Besser wäre ein System, das wirklich auf die tatsächlichen Bedarfe der Bevölkerung ausgerichtet ist, die im Detail natürlich regional ganz unterschiedlich gestaltet sein können. Holger Pfaff vom IMVR in Köln hat den Begriff „allokative Effizienz“ geprägt: Wenn die Gesellschaft schon Geld bereitstellt, dann soll sie auch wissen, was der, der das Geld bekommt, dafür der Gesellschaft an Wert zurückgibt.

*Was hindert uns, ein besseres Gesundheitssystem einzuführen?*

**Brakmann:** Den **einen** Schuldigen gibt es nicht. Es gibt jedoch viele beherrschende Kräfte, teils natürlich auch völlig zu Recht: Unser derzeitiges Gesundheitssystem ist eines der besten der Welt, das selbst die Corona-Krise ganz gut überstanden ist. Doch bleiben wir aktuell weit unter unseren Möglichkeiten, weil all das, was an Innovationen in das bisherige System kommt, mit diesem nicht nur kompatibel sein muss, sondern es auch nicht groß stören darf. Ein wahrer Gamechanger-Ansatz ist so nicht machbar.

*Was wäre denn ein solcher Ansatz?*

**Brakmann:** Unser derzeitiges Gesundheitssystem wartet beispielsweise einfach ab, bis Patienten erkranken und diese dann therapiert werden müssen. Wir haben derzeit also ein Krankheitsbehandlungssystem – oder überspitzt gesagt – ein Reparatursystem. Intelligenter wäre es, viel konsequenter als in die Behandlung früher Krankheitsstadien zu investieren. Noch zukunftsfähiger wäre es, Krankheiten zu verhindern, bevor sie sich manifestieren, wir nennen das Disease Interception. Das ist keine haltlose Vision, sondern funktioniert bereits bei einigen Krankheitsentitäten wie HIV, Hepatitis C und selbst zu einer Krebsimpfung wird bereits seit längerem geforscht.

*Würden diese Möglichkeiten denn überhaupt in unser bisheriges Gesundheitssystem passen?*

**Brakmann:** Eben nicht. So, wie die derzeitige Marktzulassung über das AMNOG geregelt ist, würden solche Innovationen nie eingeführt werden. Der Grund dafür ist, dass die derzeitigen Regularien entstanden sind, bevor in Kategorien wie „Krankheitsunterbrechung vor Manifestation“ auch nur zu denken war. Wir haben heute ein

---

*„Wir haben derzeit ein Krankheitsbehandlungssystem – oder überspitzt gesagt – ein Reparatursystem. Intelligenter wäre es, viel konsequenter als in die Behandlung früher Krankheitsstadien zu investieren.“*

**Dr. Dorothee Brakmann, Janssen**

Erstattungssystem – sowohl bei Therapien als auch bei Behandlungssystemen in Sachen Arzneimittel – das über zehn Jahre alt ist und der Innovation in einigen Krankheitsentitäten nicht ansatzweise gefolgt ist. Hier ist eine Neuausrichtung dringend nötig, aber auch schnell machbar, wenn man es denn von der politischen,

wie gesellschaftlichen Seite will. Doch sollte man, wie Herr Piwernetz sagt, zielorientiert handeln und dabei vor allem darauf achten, zuerst ein strategisches Ziel zu formulieren und dann den Weg zu beschreiben, auf dem dieses am besten zu erreichen ist.

*Herr Knupfer, an welchen Stellschrauben sollte man aus der Sicht einer großen Krankenkasse drehen, um das zu bekommen, was Ihre Krankenkasse im Namen trägt: Gesundheit?*

**Knupfer:** Tatsächlich ist dafür ein grundsätzlicher Strategiewechsel notwendig. Wenn ich an die vielen Diskussionen im Gesundheitssystem zurückdenke, die ich persönlich und über Medien in den letzten Jahren und Jahrzehnten verfolgt habe, handelte es sich bisher immer um Taktikdiskussionen, die natürlich zum jeweiligen Zeitpunkt, an denen sie geführt wurden und werden, ihre Berechtigung haben. Da gehört eben auch das von Frau Brakmann angeführte AMNOG dazu, ebenso das schon angesprochene Pay-for-Performance-Modell oder – immer wieder – das Thema Sektorengrenzen und Vergütung, sei es ambulant und stationär oder beides zusammen. Was wir indes nicht führen, ist eine wirkliche Strategiediskussion.

*Nun wird sicher gleich von so manchen Bewahrenden eingewandt: Es sei doch eines der besten Systeme weltweit und wir seien damit ganz gut weg gekommen in der Pandemie.*

**Knupfer:** Das ist ein sehr wohlwollendes Urteil, das viele Facetten schlichtweg ausblendet. Angefangen bei mangelnder Bevorratung von Schutzkleidung und Masken bis hin zur vom Bundesrechnungshof nicht entkräftigten – und auch in ihrer Fachzeitschrift vom Autorenteam um Professor Schrappe – erhobenen Vorwurf, dass sich einige Krankenhäuser während der Corona-Krise wohl saniert haben und ihre wirtschaftliche Situation in der abgelaufenen Periode sogar verbessern konnten.

*Woran liegt das?*

**Knupfer:** Die Amerikaner würden sagen: „throw money at the problem“. Genau das haben wir während der Corona-Krise getan – in rauen Mengen. Natürlich ist hier generell keine Schuldzuweisung angebracht, weil das der einzige schnelle Weg war, Schlimmeres zu verhindern. Dennoch müssen wir erkennen: Hätten wir vorher eine auf Evidenz basierte Strategie gehabt, hätten wir uns viele Milliarden Euro sparen können, die wir besser in die Neuausrichtung unseres Gesundheitssystems investieren hätten sollen.

*„Hätte, hätte, Fahrradkette“, würde Peer Steinbrück dazu sagen.*

**Knupfer:** Aus diesen ständigen Konjunktiven müssen wir lernen. Wir müssen jetzt die Kräfte finden und bündeln, die tatsächlich bereit sind, ein Stück Neuland zu betreten. Dazu braucht es aber auch mutige Politiker, die das ermöglichen, indem sie die richtigen Weichen stellen. Das muss nicht heißen, dass man von Grund auf das gesamte Gesundheitssystem einreißt und neu aufbaut, das wird nicht funktionieren.

*Doch geht es hier um eine Neuausrichtung.*

**Knupfer:** Das ist mir schon bewusst. Bei einer Neuausrichtung handelt es sich um eine Langfrist-Strategie, die den sprichwörtlichen gordischen Knoten – gebildet aus einem sehr komplexen und interdependenten System aus Finanzierung, Geschäftsbeziehungen und Budgetallokationen – nicht zerschlagen, sondern entwirren und neu ordnen muss.

*Wie und wo beginnen?*

**Knupfer:** Nehmen wir das eben von Frau Brakmann in die Rede gebrachte Beispiel der personalisierten Medizin, die hinter dem „Disease Interception“-Ansatz steht. Wenn man diesem Modell eine Chance geben will, muss man den Mut aufbringen – und mein Haus würde das unter bestimmten Voraussetzungen tun – ein Pilotprojekt aufzusetzen. So kann man – anstatt gleich das ganz große Rad zu drehen und in die Regelversorgung einzugreifen – versuchen, in einer dafür geeigneten Region eine entsprechende Intervention zu starten. Da wären wir bei einem Modellvorhaben à la Kinzigtal: Dazu wird vorher der Gesundheitszustand der in dieser Region lebenden Menschen erhoben, dann die für diese Population benötigte Geldmenge vor der Intervention aus den uns zur Verfügung stehenden Abrechnungsdaten definiert sowie ein gemeinsames Ziel und eine geeignete Strategie definiert. Dann werden Partner gesucht, die bereit sind, die Versorgung in einer solchen Region zu übernehmen und nach anderen Mechanismen als bisher zu orchestrieren.

*Frau Brakmann, könnten Sie sich das Modell vorstellen, das Herr Knupfer skizziert hat? Regionale Verantwortung mit dem Ansatz der Gesundheitserhaltung statt eines Reparaturbetriebs?*

**Brakmann:** Wir können auf jeden Fall einen Part übernehmen. Doch wird das nur funktionieren, wenn die Politik den personalisierten Therapien die Chance dazu gibt. Das bisherige AMNOG ist als Bewertungssystem darauf ausgelegt, innovativen Arzneimitteln über den Vergleich zu bestehenden Therapien einen wie auch immer gearbeteten Zusatznutzen zuzugestehen. Das System versagt jedoch bei der absolut personalisierten Form der Medizin des „Disease Interception“-Modells, bei der eine Erkrankung unterbrochen wird, bevor sie im klassischen Sinne ausbricht. Obwohl das für all die Menschen, die eine entsprechende genetische Prädisposition haben, ein fantastisches Outcome wäre, würde dieser Ansatz in dem Bewertungssystem, das wir heute haben, total durchfallen.

*Warum?*

**Brakmann:** Weil wir nie und nimmer den geforderten Zusatznutzen nachweisen können. Gegen welchen Komparator denn? Es gibt doch gar keinen, weil wir einsetzen, bevor die Krankheit ausgebrochen und sich mit den entsprechenden und dann zu therapierenden Symptomen manifestiert hat. Und wie lange

müssten diese Studien laufen? Wer diesem Ansatz eine Chance geben will, muss zuallererst bereit sein, im SGB V einen Krankheitsbegriff, besser einen Gesundheitsbegriff einzuführen. Es hat sich zwar in der Rechtsprechung ein Konsens entwickelt, der Krankheit als regelwidrigen Zustand des Körpers, des Geistes oder der Seele begreift, zu deren Wiederherstellung medizinische oder therapeutische Maßnahmen erforderlich sind, doch was macht man, wenn man eingreifen kann, bevor es soweit kommt?

*Wenn die Politik hier agieren würde ...*

**Brakmann:** ... können wir uns sehr gut einen Platz in der Gestaltung eines regionalen Geschehens vorstellen, in der „Disease Interception“ modellhaft eingesetzt und natürlich auch über eine externe Versorgungsforschung evaluiert wird. Ich glaube fest daran, dass die Gesundheitsversorgung besser gestaltet werden kann, wenn alle Beteiligten eng zusammenarbeiten.

Wir haben in der Corona-Pandemie zur Genüge bewiesen, dass wir das können! Und wir haben gesehen: Sobald massiv Druck auf ein System ausgeübt wird, funktioniert es, weil alle Beteiligten mit gutem Willen neue Wege beschreiten und bisher schier undenkbar Kompromisse

schließen, um möglichst schnell das Bestmögliche für alle Menschen ermöglichen zu können. Genau diesen Spirit brauchen wir auch, wenn es darum geht, das Gesundheitssystem als Ganzes im Sinne von „Value Based Healthcare“ weiterzuentwickeln, aber bitte weit, bevor es vor die Wand fährt, weil es nicht mehr finanzierbar wird.

*Passt ein derartiges Modell in das „Strategiewechsel jetzt“-Konzept?*

**Piwernetz:** Es passt sogar sehr gut. Das war sogar eines der Themen, die wir in unserem Artikel in der letzten Ausgabe von „Monitor Versorgungsforschung“ beschrieben haben. Das Problem ist jedoch weniger die Art der Arzneimittelversorgung oder die Ausgestaltung eines Gesundheitsbegriffs, um vom Krankheitsbegriff weg zu kommen. Die Regionalisierung der Versorgung ist immer nur so gut wie die Player – Krankenhäuser, MVZ, Praxen – vor Ort agieren und immer nur so gut, wie es das regionale Gesundheitsmanagement ermöglicht und zulässt. Die dazu erforderliche System-Kompetenz ist in manchen regionalen Bereichen noch deutlich ausbaufähig. Das liegt jedoch nicht an den Playern vor Ort, sondern ist vor allem der Tatsache geschuldet, dass sich regionale oder gar lokale Gesundheitspolitik in Deutschland eigentlich erst im Aufbau befindet. Darum gilt es, erst einmal regional integrative Versorgungsprozesse zu etablieren, damit die Einrichtungen regionale oder lokale Gesundheitspolitik überhaupt umsetzen können. Gleichzeitig gilt es, die stationäre und ambulante Versorgung unter ein einheitliches Planungs- und Vergütungsdach, das die Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) in ihrem Ende 2019 publizierten, aber durch die kurz darauf über uns alle hereinbrechende Corona-Pandemie

*„Es gilt, erst einmal regional integrative Versorgungsprozesse zu etablieren, damit die Einrichtungen regionale oder lokale Gesundheitspolitik überhaupt umsetzen können.“*

*Dr. Dr. Klaus Piwernetz, medimaxx*



**Dr. Stefan Knupfer**

*ist Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes und Bevollmächtigter des Vorstandes der AOK PLUS*



nicht groß beachteten Bericht beschrieben hat. Wer allerdings meint, damit schon alle Voraussetzungen für eine bessere regionale Gesundheitsversorgung geschaffen zu haben, irrt. Denn man braucht Gesundheits- und Versorgungsziele nicht nur auf Bundesebene, sondern auch logisch verbundene regionale Ziele, wobei ein Bundesland als regionaler Begriff noch zu weit gefasst ist.

*Wer kann so etwas strukturiert in die Wege leiten?*

**Piwernetz:** In unserem kürzlich erschienenen Buch „Strategie-wechsel jetzt!“ schlagen wir ein „Nationales Institut für Gesundheit“ vor, das die politischen Vorgaben operationalisieren und koordiniert umsetzen kann.

*Noch ein neues Institut?*

**Piwernetz:** Wie man es nennt, ist eigentlich zweitrangig. Wir brauchen aber dringend Koordinatoren, die das methodische Wissen und die Kompetenz haben, bundeseinheitliche Maßstäbe zu definieren und diese dann regional passgenau zu modifizieren. Um beim Beispiel der Corona-Pandemie zu bleiben: Epidemiologie und Infektiologie sind in Bayern die gleiche wie in Schleswig-Holstein. Deswegen braucht man bundeseinheitliche Regeln, die man natürlich – je nach Infektionsgeschehen – regionalisiert skalieren muss. Das kann nach aktueller Gesetzeslage nicht die Aufgabe des G-BA sein. Die Positionierung nach SGB V und die Satzungen der „Bänke“ führen immer wieder zu Zielkonflikten, welche die unbestrittene Kompetenz der im G-BA agierenden Gruppierungen gegenseitig neutralisieren. Ein „Nationales Institut für Gesundheit“, als Nahtstelle zwischen Politik und G-BA angesiedelt, könnte die politischen Vorgaben operationalisieren, die Definition bundeseinheitlicher Inhalte von Medizin, Pflege, Technik und pharmazeutischer Arzneimitteltherapie koordinieren und dann die regionale Umsetzung methodisch unterstützen. Dazu braucht es als organisatorisches Konstrukt regional aufgebaute Versorgungsketten mit entsprechenden Planungskompetenzen. Es gilt demnach, die Verbindung zwischen bundesorientierter und landesorientierter Gesundheitsversorgung neu zu denken, die gerade in der Corona-Pandemie nicht wirklich gut funktioniert hat.

*Herr Knupfer, ist das eine Vision, die Herr Piwernetz beschreibt oder sollte er zum Arzt gehen, wie Altbundeskanzler Helmut Schmidt sagte?*

**Knupfer:** Wir haben durchaus ähnliche Ideen im Kopf, obgleich wir uns der Thematik aus unterschiedlichen Sichtweisen nähern. Festhalten sollten wir eines: Wenn wir regionale Gesundheitsversorgung sagen, meinen wir nicht den regionalen Raum eines Bundeslandes. Nehmen wir das, in dem ich lebe und arbeite: Sachsen. Die Krankenhausdichte ist in Nordrhein-Westfalen anders als bei uns. Darüber braucht man nicht diskutieren. Stellt sich die Frage, ob durch den sich hier zeigenden Unterschied die in NRW lebenden Bürger besser versorgt sind als die Menschen, die bei uns in Sachsen wohnen? Das glaube ich erst einmal nicht, weil es dafür keine mir bekannten Indikatoren gibt. Nun lohnt jedoch ein detaillierterer Blick ins Land: Die Krankenhausdichte in einer Großstadt wie

Dresden oder Leipzig ist ganz anders als die in der Lausitz oder im Erzgebirge. Dennoch ist die Versorgung sichergestellt, wenn zum Beispiel ein in Sachsen lebender Mensch eine kompetente Herzklinik benötigen sollte. Davon gibt es in Sachsen zwei, im benachbarten Thüringen sogar drei, obwohl das Bundesland weniger Einwohner hat als Sachsen. Das heißt: Die Versorgung ist zumindest in dieser Indikation sichergestellt.

*Was sagt uns das?*

**Knupfer:** Dass wir vom tatsächlichen Bedarf, nicht vom Angebot her denken müssen. Ich bin keiner, der bisher auffällig wurde, indem ich die Schließung von Krankenhäusern oder den Abbau von Betten gefordert habe. Doch müssen wir fair und zukunftsorientiert darüber diskutieren dürfen, ob ein Krankenhaus in Olbernhau im mittleren Erzgebirge künftig die gleiche Rolle und Funktion wie bisher haben soll. Wir haben es in einer solchen Region möglicherweise mit einem Überangebot oder einer ineffizienten Krankenhausstruktur zu tun, die womöglich nur deshalb entstanden ist, weil sie eine defizitäre Facharztstruktur auszugleichen versucht.

*Oder weil die dort lebenden Bürger nicht auch noch auf ein Krankenhaus verzichten wollen. Wenn wir ehrlich sind, müssen wir doch einsehen und zugestehen, dass alle Protagonisten des Gesundheitswesens versuchen, die Politik in ihrem Sinne zu beeinflussen. Das ist in unserem Gesellschaftssystem auch legitim.*

**Knupfer:** Sicher ist es das. Nur müssen wir, wenn wir echte Zukunftsmodelle andenken und umsetzen wollen, die Politik ins Spiel bringen, die das schwierige Ziel umsetzen muss, einen fairen Ausgleich zwischen ökonomischen Interessen einerseits und versorgungsinteressen andererseits zu schaffen – auf Bundes- wie Landes- und Regionen-Ebene.



**Dr. Dorothee Brakmann**

*ist Leiterin Marketing- und Sales-Strategie im Bereich Onkologie/Hämatologie sowie Mitglied der deutschen Geschäftsleitung von Janssen Deutschland*

*Was schlagen Sie vor?*

**Knupfer:** Wir brauchen ein neues Logikmodell für unser Gesundheitssystem. Und wir müssen uns branchenübergreifend – alle wichtigen Player im Gesundheitswesen und natürlich auch die Pharmaindustrie – an einen Tisch setzen, um zukunftsfähige Lösungen zu finden. Da muss man nicht immer gleich die Welt neu erschaffen wollen, sondern sollte konkrete Modellvorhaben in einer Region definieren, die nötigen politischen Voraussetzungen dafür schaffen, dann umsetzen und zu Projektende sauber evaluieren.

*Auch auf die Gefahr des Scheiterns hin?*

**Knupfer:** Natürlich. Wir brauchen eine neue Kultur der Fehler und des Scheiterns, denn wir werden ganz sicher Lehrgeld zahlen. Doch wir lernen auf diesem Weg. Vor dem Hintergrund des bisher Gesagten ist für mich eindeutig, dass wir von einem leistungs- zu einem werbebasierten Gesundheitssystem kommen müssen – das ist, um mit den Worten von Kanzlerin Merkel zu sprechen – alternativlos. Klar ist eines: Wir werden Fehler machen. Aber: Wir werden daraus lernen und werden das Gelernte und für gut Befundene skalieren können.

# Wir bringen Licht ins Dunkel

*War denn Corona nicht Weckruf genug?*

**Knupfer:** Wir brauchen den echten Mut zum Wechseln, zum Rule Breaking. Dabei tun wir uns alle schwer. Doch wenn wir an die unausweichlichen Auswirkungen der Demografie und möglicher kommender Pandemien denken, sollten wir jetzt handeln, anstatt handeln zu müssen, wenn die Not am größten ist. Zukunft aktiv zu gestalten, ist doch immer die bessere Wahl.

*Wenn die Industrie ein derartiges Projekt angehen würde, würde sie erst einmal ein adäquates Budget für Forschung und Entwicklung schaffen, um damit eine Innovation – gleich welcher Art – in ein System bringen zu können. So etwas gibt es jedoch leider in unserem Gesundheitssystem nicht. Wie könnte man denn hin zu einer Innovationsförderung im Gesundheitssystem kommen?*

**Brakmann:** Der Innovationsfonds wäre durchaus ein probater Ansatz, nur ist er leider in der Struktur des Innovationsausschusses und des G-BA angesiedelt.

*Wie kommen wir zu einer Innovationskultur?*

**Brakmann:** Ein Innovationsschub kann derzeit eigentlich nur auf eine Art und Weise passieren: Man nimmt ein Instrument, wie das des Innovationsfonds, und gestaltet dessen Governance anders aus, damit er unabhängiger von den bisher agierenden Interessengruppen wird. Das wäre dann ein echter F&E-Ansatz für das gesamte Gesundheitssystem.

*Nun weiß Herr Knupfer natürlich ganz genau, dass es im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung kein F&E-Budget gibt.*

**Knupfer:** Doch müssen wir darüber diskutieren, wie man insgesamt an die Thematik herangehen will. Zurzeit stehen die Finanzierungsgrundlagen auf unserer Seite einem derartigen Weg in die Zukunft im Weg.

*Ein Beispiel?*

**Knupfer:** Nehmen wir die chronische Erkrankung eines Bluter-Patienten. Eine Krankenkasse bezahlt pro Jahr rund 120 bis 130.000 Euro – pro Patient. Unabhängig von der ethisch-moralischen Diskussion, die man nie außer Acht lassen darf, können wir trotz des hohen finanziellen Invests in die bisher vorhandenen therapeutischen Maßnahmen nie mehr als – im besten Falle – den Status quo erhalten. Volkswirtschaftlich betrachtet werden wir damit nie ein Pareto-Optimum erreichen können.

*„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/eMail:abo@m-vf.de](http://www.m-vf.de/abonnement/eMail:abo@m-vf.de)

**monitor** **VERSORGUNGS**  
**FORSCHUNG**

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



## Zitationshinweis

Brakmann, D., Knupfer, S., Piwernetz, K., Stegmaier, P.: „Wir brauchen ein neues Logikmodell für unser System“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/21), S. 14-20. <http://doi.org/10.24945/MVF.04.21.1866-0533.2325>

*Wie dann?*

**Knupfer:** Indem wir dahin kommen, outcome- und werteorientiert zu denken. Wenn es denn wirklich möglich wäre, Medikamente einzusetzen, die tatsächlich in der Lage sind, bestimmte chronische Erkrankungen zu heilen oder gar Krankheiten zu vermeiden, müssen wir diese Chancen nutzen. Die schnelle Entwicklung der Corona-Impfstoffe war ein ähnliches Beispiel: Egal was es gekostet hat, jeder Invest dafür was absolut richtig und wichtig – von der menschlichen, gesellschaftlichen wie auch ökonomischen Seite.

*Wenn wir Value-Based denken wollen, heißt das auch: Wir müssen mehr denn je messen. Dazu braucht es Daten. Die Kassen haben sie, die Industrie nicht, weil die entsprechenden Datenzugänge über das Datentransparenzgesetz nur berechtigten Institutionen zugebilligt werden, die die Pharmaindustrie außen vorlässt.*

**Knupfer:** Ich habe die tiefe Überzeugung, dass wir, wenn wir mit Daten künftig so umgehen wie bisher, all die eben diskutierten Themen vergessen können. Ich habe einmal einen provokanten Satz gehört, der besagte, dass in zehn Jahren der Datenschutz die häufigste Todesursache in diesem Land sein wird. So langsam überlege ich mir, ob das nicht schon jetzt der Fall sein könnte.

*Nur weiß das keiner.*

**Knupfer:** Datenschutz soll dem Schutz des Menschen dienen, sich jedoch nicht gegen die Menschen richten. Auch dieses Thema gehört komplett neu gedacht.

*Wie sieht die Forderung der Industrie aus?*

**Brakmann:** Der Datenzugang ist nicht nur wichtig, sondern auch vertrauensbildend. Alle Beteiligten im Gesundheitssystem müssen die gleiche Datengrundlage haben, um das Bestmögliche für alle Menschen und Patienten zu erreichen. Daten helfen dabei, neue, zunehmend personalisierte Therapien zu entwickeln und bereits zugelassene Therapien noch besser an die Bedürfnisse der Patienten anzupassen.

*Stellen Sie Ihre Daten allen zur Verfügung?*

**Brakmann:** Durchaus. Wir sind hier in Vorleistung gegangen und stellen unsere Forschungsdaten seit einigen Jahren schon seit 2014, als eines der ersten Unternehmen über die Universität Yale – über das Projekt YODA (Yale Open Data Access) – zur Verfügung. Jeder, der ein berechtigtes Interesse hat, kann unsere kompletten Forschungsdaten analysieren. Das ist ein Akt der Vertrauensbildung, den wir uns auch von anderen Datenhaltern wünschen, wie etwa den Kassen. Das wäre natürlich im Sinne der Patienten, aber auch im Sinne des Systems.

*Datenzugang ist eine Ihrer Forderungen?*

**Piwernetz:** Sicher. Ergänzend zu den Daten brauchen wir allerdings auch Methoden und Modelle, um diese Daten so aufzubereiten und zu verbinden, dass Leistungsträger in der Gesundheitsversorgung zeitnah und entscheidungsunterstützend darauf zugreifen können.

*Woher sollen diese kommen?*

**Piwernetz:** Die Daten müssen direkt aus der Gesundheitsversorgung kommen. Die e-Health-Initiative des Bundesgesundheitsministeriums ist begrüßenswert, allerdings sollte gleich zu Beginn der nächsten Legislaturperiode ein Masterplan erstellt werden, der die verschiedenen Aktivitäten und Gesetze logisch und organisatorisch verbindet. Diesem Masterplan folgend könnten BMG und BMBF an einem Strang ziehen, die Umsetzung wesentlich beschleunigen und die enormen Mittel viel wirtschaftlicher einsetzen. Der Masterplan sollte auch die Anforderungen an Datenschutz und Vertraulichkeit umfassend regeln. Darauf haben Patienten ein verbrieftes Recht. Grundsätzlich definieren die Abläufe in der Gesundheitsversorgung die Spezifikationen für die Produkte der Medizininformatik und nicht umgekehrt. Deshalb fordern wir ja, dass der Strategiewechsel **jetzt** erfolgen muss! Die Zeit drängt, wenn „wir“ die Entwicklungen noch einigermaßen in der Hand behalten wollen. Es hat alles schon viel zu lange gedauert. Sonst bestimmt am Ende der Markt das Tempo, er wartet nicht!

**Brakmann:** Dazu sollte man klarstellen, dass es sich bei jedweder Forschung – speziell bei der Arzneimittelforschung – um einen Generationenvertrag handelt. Das heißt, dass die Umsätze von heute die Forschung von morgen finanzieren. Das gilt für Reserveantibiotika ebenso wie für Covid-19-Impfstoffe. An diesen ist von vielen Unternehmen – auch von uns – geforscht worden. Das war nur möglich, weil hier bereits verdientes Geld eingesetzt wurde. Und das übrigens ohne vorher nach einer Return-on-invest-Rechnung zu fragen. Was ich damit sagen will: Wir alle müssen uns ein Stück weit von lieb gewonnenen Ansichten und teilweise auch Vorverurteilungen verabschieden, um gemeinsam zu einem neuen Denken zu kommen. Wenn wir auch weiterhin auf unseren alten Standpunkten und Sichtweisen beharren, werden wir uns auch nicht weiterbewegen. Insofern sollten wir, Herr Knupfer, einfach mal zeigen, dass das geht.



**Dr. Dr. Klaus Piwernetz**

*ist Inhaber der medimaxx disease management GmbH und Mitautor des Buchs „Strategiewechsel Jetzt!“*

**Knupfer:** Wir sind bereit, kooperativ an ein derartiges Pilotprojekt heranzugehen, zu denen in meinem Verständnis natürlich auch Pharmaunternehmen gehören. Wer in die Zukunft denken will, braucht den stationär und ambulanten Sektor und den Arzneimittelbereich an einem Tisch, um gemeinsam den Beweis anzutreten, ob man sich tatsächlich einem Pareto-Optimum annähern kann. Meine Arbeitshypothese lautet, dass wir mit den vorhandenen Budgets gemeinsam und kooperativ eine bessere Versorgung für eine Region hinbekommen. Dafür müssen alle Partner bereit sein, in ein kalkuliertes Risiko zu gehen, um die nötigen Erfahrungen zu sammeln, zu bewerten und – wenn die Evaluation positiv ausfällt – zu skalieren und umzusetzen. <<

*Frau Brakmann, die Herren Knupfer und Piwernetz, danke für das Gespräch.*

Das Interview führte MFV-Chefredakteur Peter Stegmaier.





FACHSYMPOSIUM | 8. November 2021

## »Entlassmanagement«

- Aktuelle Entwicklungen in der Gesetzgebung
- Entlassmanagement in Pandemiezeiten – Status-Quo und Erfahrungswerte
- Prozessoptimierung aus Sicht aller Akteure
- Digitalisierung und innovative Konzepte im Rahmen des Entlassmanagements

[www.gesundheitsforen.net/entlassmanagement](http://www.gesundheitsforen.net/entlassmanagement)



FOKUSTAG | 24. November 2021

## »Innovatives Versorgungsmanagement«

Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) –  
Perspektiven und Handlungsoptionen nach der ersten Umsetzung

In näherer Betrachtung:

- die Rolle der Kostenträger
- die Rolle der Patienten
- die Rolle der Anbieter

[www.gesundheitsforen.net/ivm](http://www.gesundheitsforen.net/ivm)

Werden Sie Forenpartner der Gesundheitsforen und profitieren Sie von Vergünstigungen auf die Veranstaltungsteilnahme sowie zahlreichen weiteren Vorteilen.

Gesundheitsforen Leipzig GmbH  
Hainstraße 16  
04109 Leipzig

(Fast vergessenes) Gutachten der „Honorarkommission für ein modernes Vergütungssystem“ (KOMV)

## KOMV-Konzept der „Partiellen Harmonisierung“

Mit dem Titel „Einheitsgebührenordnung von GOÄ und EBM vom Tisch“ versah KBV-Chef Dr. Andreas Gassen im Januar letzten Jahres eine Pressemitteilung (1) anlässlich des damals publizierten Gutachtens der „Honorarkommission für ein modernes Vergütungssystem“ (KOMV). Er war einer der ganz wenigen Stakeholder, die das 239-seitige Gutachten „Weiterentwicklung der Vergütung für ambulante Leistungen“, das aus Sicht der KBV immerhin „zur Weiterentwicklung der ärztlichen Vergütung weiterführende Ansätze“ bietet, kommentierten. Und kurz danach brach Corona über uns herein und das Gutachten (siehe dazu auch ein Beitrag von Prof. Kingreen S. 72 ff.) war scheinbar vergessen.

>> Prof. Dr. Wolfgang Greiner, einer der 13 Wissenschaftler, die vom Bundesgesundheitsministerium im Sommer des Jahres 2018 in die wissenschaftliche Kommission berufen wurden, sieht die Sachlage etwas anders. In seiner in den „Beiträgen und Analysen – Gesundheitswesen aktuell“ (2) des bifg (Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung) erschienenen Zusammenfassung bringt er ein Gutachten aus Frankreich zur Sprache, das eine ähnliche Aufgabe wie die KOMV hatte. Eine der französischen Hauptergebnisse sei gewesen, dass es nicht die eine optimale Honorierungsform gibt, sondern vielmehr ein „sinnvoll zusammengestellter Mix aus Einzelleistungsvergütungen, Pauschalen (insbesondere für die Versorgung von chronisch Erkrankten) und Komponenten qualitätsbasierter Zahlungen“ angestrebt werden soll. Was aber nun überhaupt nicht heißt, dass eine „Einheitsgebührenordnung von GOÄ und EBM vom Tisch“ sei, wie Gassen orakelte.

Vielmehr plädiert Greiner sehr wohl für ein einheitliches Vergütungsrecht für ambulante ärztliche Leistungen, das nicht nur „mit einer Reihe von Vorteilen im Hinblick auf die Anforderungen an ein modernes Vergütungssystem“ verbunden sei, sondern auch „langfristig wirtschaftliche Synergieeffekte“ entstünden, da nicht mehr zwei Leistungsverzeichnisse mit darauf aufbauenden Kalkulationssystemen parallel weiterentwickelt werden müssten. Auch könnten damit Wissen und Daten zusammengeführt und so die Kostenkalkulation verbessert werden, sodass „finanzielle Fehlanreize bei der Behandlungsentscheidung reduziert und die Versorgungsqualität verbessert“ sowie die „Transparenz über das Leistungsgeschehen und die Praktikabilität im medizinischen Alltag“ erhöht werden.

Greiners Ausführungen zufolge wäre jedoch ein einheitliches Vergütungsrecht „auch mit erheblichen Herausforderungen“ verbunden. Angesichts des unterschiedlichen Vergütungsniveaus in der GKV und dem

privatärztlichen Bereich würde infolge einer Vereinheitlichung entweder das aktuelle ärztliche Honorarvolumen sinken oder müssten zur Aufrechterhaltung desselben zusätzliche Mittel durch GKV-Beitrags erhöhungen oder einen Bundeszuschuss aus Steuermitteln erfolgen; der schon praktisch schwierig umzusetzende kompensatorische Zugriff auf Selbstzahler oder Unternehmen der PKV sei demgegenüber verfassungsrechtlich umstritten. Und auch wenn ein insgesamt gleichbleibendes Vergütungsniveau in der ambulanten ärztlichen Versorgung sichergestellt würde, käme es zu beträchtlichen finanziellen Verschiebungen. Greiner: „Tendenziell würden die ärztlichen Honorare in der Stadt ab und im ländlichen Bereich zunehmen. Innerhalb der Ärzteschaft würde eine Umverteilung von eher technischen zu eher konservativ tätigen Arztgruppen stattfinden.“

Zudem stelle sich die Frage nach dem Erhalt von im privatärztlichen Bereich nicht greifenden GKV-Steuerungsmechanismen, wie der Budgetierung (von MGV-Leistungen), der Regionalisierung (regionale Euro-Gebührenordnung) und der KV-individuellen Honorarverteilungsmaßstäbe. Und nicht zuletzt würde es auch bei einheitlichen Preisen kaum zu verhindern sein, dass sich ein Sekundärmarkt bildet, auf dem Patienten mit entsprechender Zahlungsbereitschaft ärztliche Leistungen zu höheren Preisen kaufen, etwa zur Vermeidung von Wartezeiten. Viele Vorteile einer Vereinheitlichung der Vergütung könnten dadurch konterkariert werden. Auch verfassungs- und

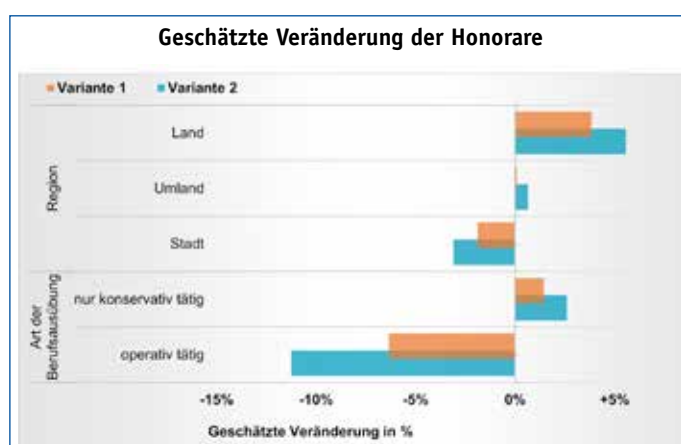


Abb. 1: Geschätzte Veränderung der Honorare bei einer einheitlichen Vergütungssystematik und einem insgesamt gleichbleibenden Vergütungsniveau. Quelle: KOMV (2019). Anm.: Alle Berechnungen stellen lediglich grobe Orientierungswerte dar. Variante 1 unterstellt eine lineare Veränderung der aktuellen vertrags- und privatärztlichen Vergütungen auf ein gemeinsames Niveau. Bei Variante 2 erfolgt die Berechnung der Verteilungswirkung auf Basis der bestehenden Verteilungswirkungen der GKV.

unionsrechtlich sei es strittig, ob ein kategorisches Verbot einer abweichenden Vergütung zu rechtfertigen wäre.

### Das Konzept einer partiellen Harmonisierung

Das KOMV-Gutachten schlägt daher das Konzept einer partiellen Harmonisierung vor, das die positiven Aspekte einer Vereinheitlichung des Vergütungsrechts partiell aufgreift, dabei jedoch den geschilderten Herausforderungen Rechnung trägt und – so Greiner – „mit keinen verfassungs- und unionsrechtlichen Bedenken verbunden“ ist. Dabei werde unterschieden zwischen denjenigen Bausteinen einer Gebührenordnung, die sinnvollerweise gemeinsam (weiter) entwickelt werden sollten, sowie Bausteinen, bei denen die Unterschiede zwischen vertrags- und privatärztlicher Vergütung erhalten bleiben. So differenziert der vorliegende Vorschlag zwischen der Definition der ärztlichen Leistungen (Leistungslegendierung) und der relativen Kostenbewertung von Leistungen einerseits – das heißt, den in

## Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „KOMV-Konzept der ‚Partiellen Harmonisierung‘“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/21), S. 22-23. <http://doi.org/10.24945/MVF.04.21.1866-0533.2326>

Faktoren ausgedrückten Kostenverhältnissen von ärztlichen Leistungen im Vergleich zueinander – und den Preisen für diese Leistungen andererseits.

Der Vorschlag sieht weiter vor, dass die gemeinsame Leistungslegendierung (GLL) grundsätzlich das gesamte Leistungsspektrum der ärztlichen Behandlung umfassen soll, wobei die Leistungslegendierung von der nachgelagerten Frage der Finanzierung beziehungsweise Kostenerstattung (durch GKV, PKV oder Beihilfe) unabhängig sein soll. Weiters sollen neben den Leistungen, die aktuell im EBM und in der GOÄ enthalten sind, beispielsweise auch Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, durch sozialpädiatrische Zentren oder psychiatrische Institutsambulanzen enthalten sein. In Selektivverträgen könnten weiterhin gesonderte Regelungen getroffen werden. Greiner: „Auf Grundlage der GLL wird eine Gemeinsame Relative Kostenkalkulation (GRK) erstellt.“ Diese solle basierend auf Kostendaten die relativen Bewertungen der Leistungen im Vergleich zueinander festlegen. Als Ergebnis dieser Bewertung werde jeder Leistung der GLL ein Bewertungsfaktor zugewiesen, der die Kostenverhältnisse im Vergleich zu einer zu definierenden Standardleistung angibt. Über die (absoluten) Preise der Leistungen erfolge jedoch in diesem Schritt noch keine Aussage, diese werden auf der getrennten Ebene innerhalb des jeweiligen Systems (vertrags-/privatärztlicher Bereich) bestimmt.

Während die Leistungslegendierung und die relative Kostenkalkulation von gemeinsamen Gremien der vertrags- und privatärztlichen Versorgung entwickelt werden, sollen nach Meinung der Gutachter die Preise auf dieser Grundlage weiterhin in dualen Verhandlungsregimen (gemeinsame GKV-Selbstverwaltung beziehungsweise PKV/BÄK) ausgehandelt werden. Dabei können dem Gutachten zufolge neben den Kosten auch „regionale, fachspezifische, mengenbezogene und andere – übergeordnete – Gesichtspunkte“ einfließen, insbesondere „der medizinische Nutzen beziehungsweise die Förderungswürdigkeit einer Leistung oder das generelle Vergütungsniveau“. Mit diesem Vorschlag könnten Unterschiede zwischen der vertrags- und privatärztlichen Vergütung von den Verhandlungspartnern gesteuert und bewusst erhalten bleiben (Abb. 2).

Ergänzend besteht, wie Greiner schreibt, weiterer Handlungsbedarf an verschiedenen Stellen im System der ambulanten Vergütung. So sollte unter anderem den Fehlanrei-

zen, die mit einer überwiegend pauschalieren oder überwiegend an Einzelleistungen orientierten Vergütung verbunden sind, durch eine „stärkere Mischvergütung aus Einzel- und Pauschalleistungen und durch die Kombination mit qualitätsorientierten Vergütungselementen entgegengewirkt“ werden. Zudem sollte von dem nur historisch zu erklärenden Bezug auf das Quartal als Abrechnungszeitraum in der GKV teilweise Abstand genommen werden. Die Quartalsbetrachtung sei insbesondere problematisch,

wenn das Budget am Quartalsende erschöpft ist und eine erbrachte Leistung aus ärztlicher Sicht nicht mehr in voller Höhe vergütet wird.“ <<

## Literatur

- 1: [https://www.kbv.de/html/1150\\_44046.php](https://www.kbv.de/html/1150_44046.php)
- 2: <https://www.bifg.de/media/dl/Gesundheitswesen%20aktuell/2020/GWA%202020-Kapitel%20Greiner.pdf>; doi: 10.30433/GWA2020-14

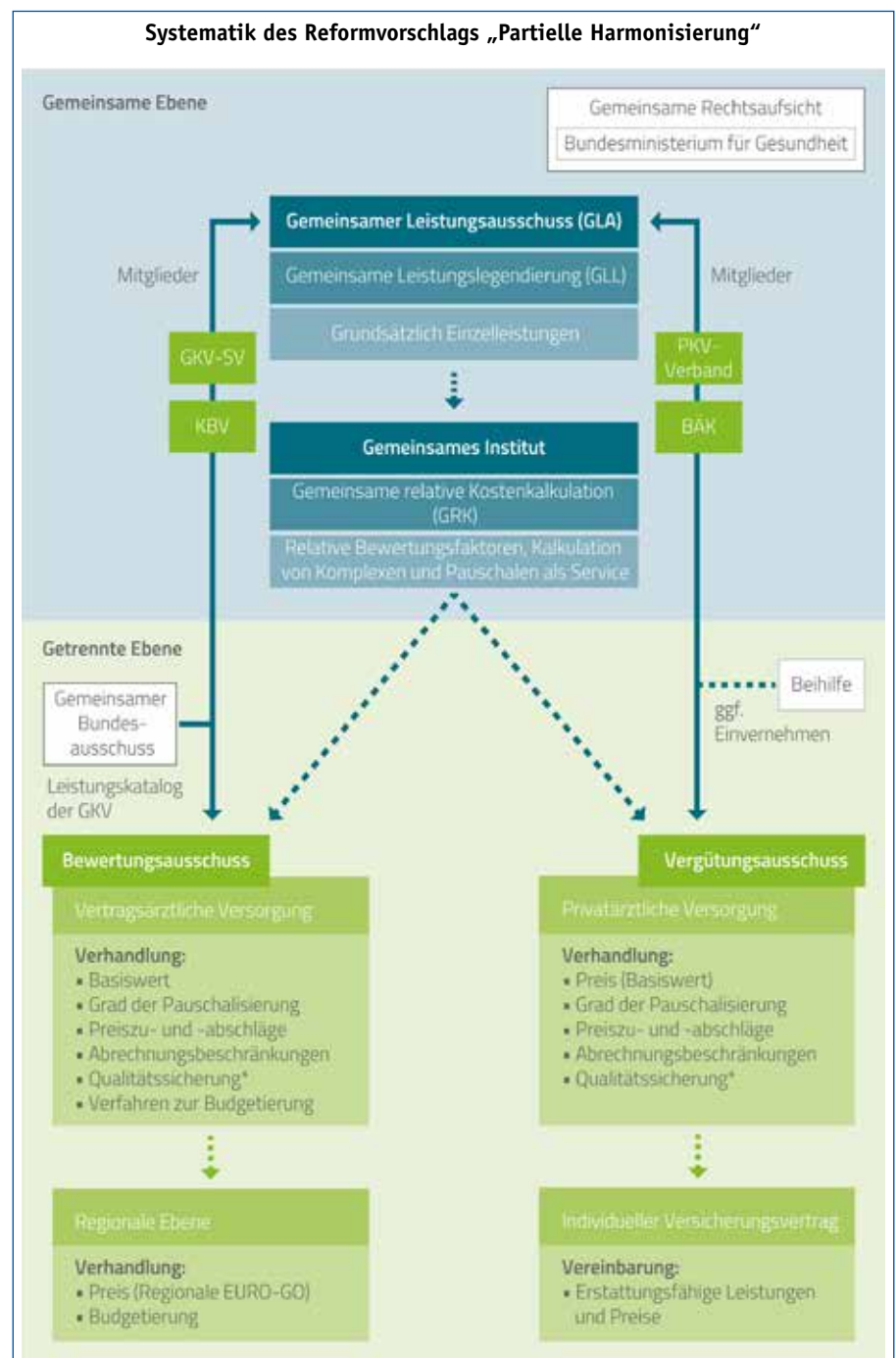


Abb. 2: Systematik des Reformvorschlages „Partielle Harmonisierung“. Quelle: KOMV (2019) Anmerkung: \* über die gemeinsamen Mindeststandards hinaus.



Status Juni 2021: Beendete Innovationsfonds-Projekte

## Sehr heterogenes Bild der Ergebnis-Translation

177 Förderprojekte im Bereich der Neuen Versorgungsformen gibt es aktuell (Stand: 7. Juli 2021) im Innovationsfonds. Davon sind 6 beendet, bei 34 weiteren wird ein Evaluations- und Ergebnisbericht erstellt. Ähnlich sieht es im Bereich der Versorgungsforschung aus. Von den insgesamt 261 geförderten Projekten sind inzwischen 29 beendet, bei 52 weiteren wird ein Ergebnisbericht erstellt. Auch liegen bereits die ersten Beschlussberichte zur Überführung in die Regelversorgung vor. Wie diese ausfielen, das gibt die inzwischen installierte relationale Datenbank des Innovationsausschusses jedoch nicht so ohne weiteres her. Da bleibt vorerst nur: Viele PDF-Dokumente öffnen, studieren und versuchen, die wichtigen Inhalte zu extrahieren.

>> Den Projekten der Neuen Versorgungsformen (NVF) und der Versorgungsforschung (VF) gemein ist, dass die vom G-BA gefassten Beschlüsse zur Überführung in die Regelversorgung recht heterogen ausfallen. Von den 6 derzeit beendeten NVF-Projekten sollen nach Willen des G-BA zwei (LandRettung, Telenotarzt Bayern) eindeutig in die Regelversorgung überführt werden, bei zwei weiteren (RESIST, Telnet@NRW) gab es ein „Ja, aber“. Bei zwei weiteren (IpKiSuN, ViDiK) wird dies angelehnt. Bei den VF-Projekten werden nur rund 50% zur Überführung in Regelversorgung oder zumindest zur weiteren Überprüfung empfohlen.

### Einige Entscheidungen werden delegiert

So wird die letztliche Entscheidung im Fall von Telnet@NRW an die Gesundheitsministerien der Länder übertragen. Dies jeweils mit diversen Bitten; zum Beispiel jene, ob die im Projekt gezeigten Ansätze der neuen Versorgungsform sinnvoll in Vertragsvereinbarungen umgesetzt werden können oder eine Adaption des Modellvorhabens in den Bereichen Intensivmedizin und Infektiologie im jeweiligen Bundesland für die Weiterentwicklung der Versorgung zielführend ist. Bei TELnet@NRW werden zudem die im Projekt erzielten Erkenntnisse an den G-BA-Unterausschuss Bedarfsplanung weitergeleitet, der die Erkenntnisse des Projekts „zeitnah im Rahmen seiner Zuständigkeit“ prüfen soll. Auch der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft werden „um weitere Prüfung einer möglichen Verwendung“ ersucht, zudem sollen der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) prüfen, „inwieweit infektiologische und intensivmedizinische Telekonsilien zwischen Krankenhäusern in den bestehenden Entgeltkatalogen bzw. Vergütungsstrukturen adäquat berücksichtigt werden bzw. integriert werden können“.

Diese diversen Bitten verwundern, wenn man den von Prof. Dr. med. Gernot Marx (Uniklinik RWTH Aachen) erstellten Ergebnisbericht durchliest, in dem steht: „TELnet@NRW schafft eine deutliche Steigerung der Behandlungsqualität. In 50% (2/4) der in der ambulanten Teilstudie operationalisierbaren primären Endpunkte bewirkt die telemedizinische Intervention eine statistisch signifikante Verbesserung der Behandlungsqualität. Lassen sich im stationären Bereich 7 primäre Endpunkte operationalisieren, wird hier in allen Endpunkten (3/3), die der Intervention unmittelbar zugänglich sind, eine Verbesserung der Behandlungsqualität erreicht. Zusätzlich wird die leitlinienkonforme Therapie der Sepsis um deutlich mehr als 100% gesteigert und die Sepsisletalität um 13% gesenkt.“ Und im dazu gehörenden Evaluationsbericht von Prof. Dr. Wolfgang Greiner (Universität Bielefeld) ist unter dem Punkt „Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators“ zu lesen: „Mit dem Projekt TELnet@

NRW wurde in großem Rahmen ein digital gestütztes Gesundheitsnetzwerk implementiert und erprobt. Dabei ist es gelungen, insgesamt 95 niedergelassene Ärzte im ambulanten Sektor sowie 17 angeschlossene Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung durch Telekonsile und -visiten im Regelbetrieb mit infektiologischer und intensiv-medizinischer Expertise zu versorgen. Dies führte nachweislich zu einer Verbesserung der zuvor festgelegten Qualitätsparameter gemäß den Choosing-Wisely-Empfehlungen der DGI sowie weiterer sekundärer Endpunkte. Die hohen Einschluss- und Nutzungszahlen im Rahmen der Projektphase, insbesondere aber auch die Ergebnisse der durchgeführten Akzeptanzanalyse verdeutlichen darüber hinaus die hohe Akzeptanz der behandelnden Ärzte wie auch der Patienten gegenüber der neuen telemedizinisch unterstützten Versorgungsform.“

Das alles erkennt der G-BA in einem Beschluss durchaus an, der zwar eine Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung ausspricht, die letztliche Entscheidung darüber aber dem jeweiligen Bundesland überträgt. So gesteht der Bundesausschuss zu, dass „insgesamt die Projektergebnisse darauf hindeuten, dass die intersektoralen telemedizinischen Anwendungen sowie die eingesetzten teleintensivmedizinischen Leistungen das Potenzial aufweisen, einen Beitrag zu einer zukunftsfähigen sektorenübergreifenden Versorgung zu leisten“. Doch sollen, so der Beschlusstext weiter, „vor dem Hintergrund, dass das Konsortium die Erprobung des etablierten Qualitätsnetzwerks mit telemedizinischen Anwendungen auf Basis eines Modellvorhabens nach §§ 63 und 64 SGB V für Nordrhein-Westfalen bereits vereinbart hat und durch finanzielle Unterstützung des Landes Nordrhein-Westfalen in Form des Virtuellen Krankenhauses NRW gGmbH aktuell fortführt, die Projektergebnisse an die Gesundheitsministerien der Länder weitergeleitet werden, mit der Bitte um Prüfung, ob eine Adaption des Modellvorhabens in den Bereichen Intensivmedizin und Infektiologie im jeweiligen Bundesland für die Weiterentwicklung der Versorgung zielführend ist“.

Das sieht Barbara Steffens, bis 2017 Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen und seitdem Leiterin der TK-Landesvertretung NRW, etwas eindeutiger: „TELnet@NRW hat gezeigt, wie neue Kooperationsformen vor allem innerhalb des stationären Sektors, aber auch zwischen ambulantem und stationärem Bereich im Gesundheitswesen heute funktionieren können – digital und sicher. Es ist ein transferierbares Konzept, das auch für andere Gebiete der Spitzenmedizin zum Einsatz kommen kann und wird.“

Beim Projekt RESIST hingegen wurden die Ergebnisse an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, an die kassenärztlichen Vereinigungen sowie deren Spitzenverbände weitergeleitet. Diese sollen nun – basierend auf den Erkenntnissen des Projekts – prüfen, ob „Ansätze der neuen Versorgungsform sinnvoll in Vertragsvereinbarungen umgesetzt werden können“. Doch seien

# Wo entsteht der medizinische Fortschritt der Zukunft?

Zukunft lässt sich gestalten – indem wir vorausdenken, aus Erfahrungen lernen, offen sind.  
„Land der Gesundheit“ ist unsere Ideenplattform für die Zukunft des Gesundheitswesens:  
Wo wollen wir 2025 stehen? Was muss sich – auch aus der Erfahrung der Pandemie – ändern?



Mehr auf [www.landdergesundheit.de](http://www.landdergesundheit.de)   



Wie sieht  
das Gesundheitssystem  
der Zukunft aus?

zur Beurteilung der Gesamteffekte sowie der Wirkmechanismen der durchgeführten NVF weitere Forschungsergebnisse erforderlich, die die im Projekt gewonnenen Erkenntnisse untermauern. Weitere Forschungserkenntnisse zur Reduktion nicht-notwendiger Antibiotika-Verordnungen werde das Projekt „ARena – Antibiotika-Resistenzentwicklung nachhaltig abwenden“ zeitnah liefern, dessen Abschlussbericht gerade von Prof. Dr. med.

Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi (aQua-Institut) erstellt wird. Die hier gezeigten Ergebnisse sollten dann ebenfalls in ihre Prüfung mit einbezogen werden.

Wie und in welcher Form die Synthese der Erkenntnisse erfolgen soll, lässt der G-BA offen – doch auf Basis der vorliegenden Datenbank werden das wohl wieder nur einzelne PDFs sein. Erschwerend kommt hinzu, dass weder Evaluations- noch Ergebnisberichte

einer einheitlichen (und bisher nicht vorgegebenen) Form oder Struktur folgen, die eine Vergleichbarkeit der wichtigsten Ergebnisse auf einer durch eine agile Datenbank durchaus darstellbare Metaebene erleichtern würde. Auch ist der Umfang der Berichte höchst unterschiedlich: bei den Neuen Versorgungsformen von 27 im Minimum bis 878 im Maximum; bei Versorgungsforschung reicht die Range von 19 bis 605 Seiten. <<

Beendete Innovationsfonds-Projekte Neue Versorgungsformen						
Akronym	Titel	Evaluation Seitenzahl	Ergebnis- bericht Seitenzahl	In die Re- gelversor- gung	Be- schluss- datum	Link, immer vorausgestellt: <a href="https://innovationsfonds.g-ba.de/beschluesse">https://innovationsfonds.g-ba.de/beschluesse</a>
IpKiSuN	Unterstützende Intensivprophylaxe für Kinder mit zahnärztlicher Sanierung unter Narkose	27	57	Nein	18.12.20	/ipkisuN-unterstuetzende-intensivprophylaxe-fuer-kinder-mit-zahnaerztlicher-sanierung-unter-narkose.11
LandRettung	Zukunftsfeste notfallmedizinische Neuausrichtung eines Landkreises	878	142	Ja	01.07.21	/landrettung-zukunftsfeste-notfallmedizinische-neuausrichtung-eines-landkreises.32
RESIST	Resistenzvermeidung durch adäquaten Antibiotikaeinsatz bei akuten Atemwegserkrankungen	62	98	Ja, aber	16.04.21	/resist-resistenzvermeidung-durch-adaequaten-antibiotikaeinsatz-bei-akuten-atemwegserkrankungen.26
Telenotarzt Bayern	Pilotprojekt zur telemedizinischen Unterstützung der Notfallversorgung im Rettungsdienst einer ländlich strukturierten Region	221	457	Ja	18.12.20	/telenotarzt-bayern-pilotprojekt-zur-telemedizinischen-unterstuetzung-der-notfallversorgung-im-rettungsdienst-einer-laendlich-strukturierten-region.20
Telnet@NRW	Telemedizinisches, intersektorales Netzwerk als neue digitale Struktur zur messbaren Verbesserung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung	137	123	Ja, aber	16.04.21	/telnetatnrw-telemedizinisches-intersektorales-netzwerk-als-neue-digitale-struktur-zur-messbaren-verbesserung-der-wohnortnahen-gesundheitsversorgung.25
ViDiKi	Virtuelle Diabetesambulanz für Kinder und Jugendliche	56	78	Nein	01.07.21	/vidiki-virtuelle-diabetesambulanz-fuer-kinder-und-jugendliche.31

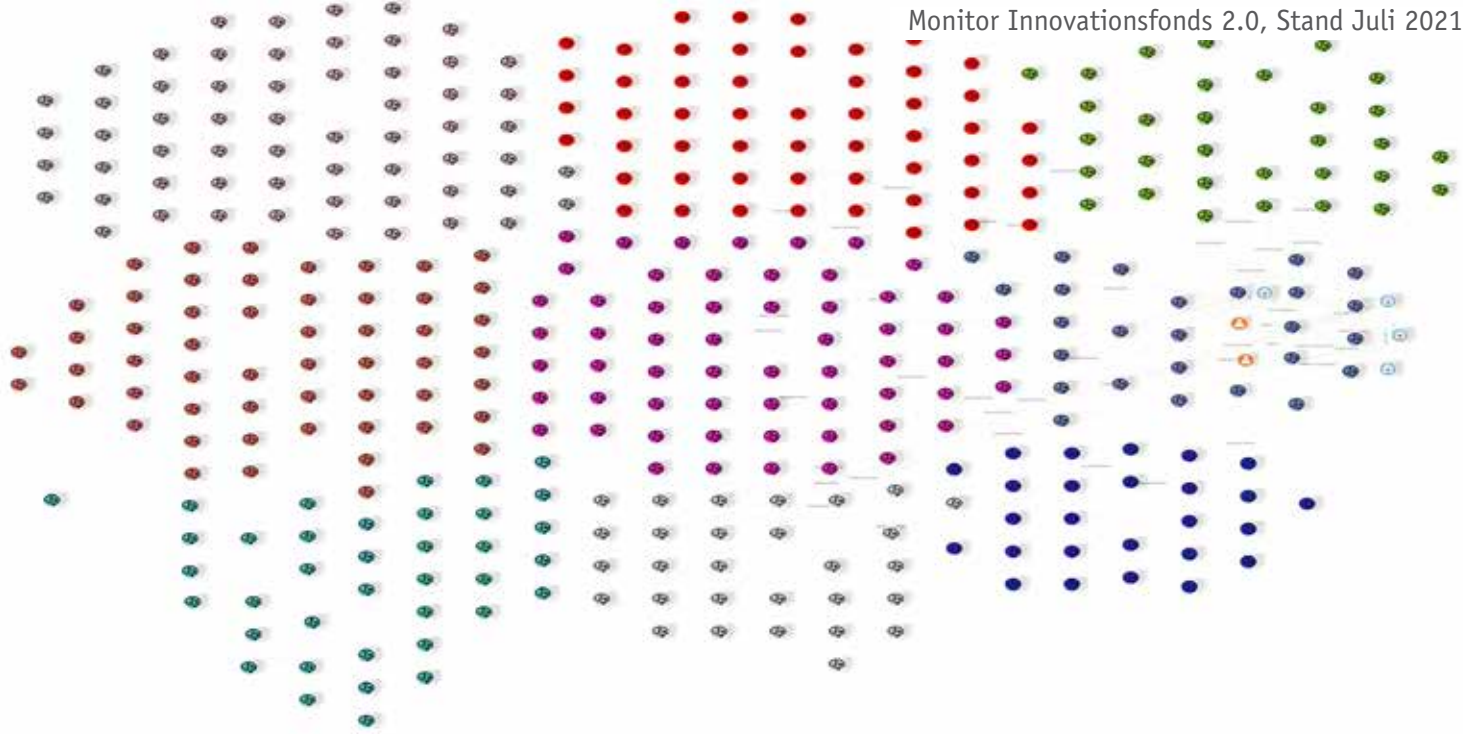
Beendete Innovationsfonds-Projekte Versorgungsforschung						
Akronym	Titel		Ergebnis- bericht Seitenzahl	In die Re- gelversor- gung	Be- schluss- datum	Link, immer vorausgestellt: <a href="https://innovationsfonds.g-ba.de/beschluesse">https://innovationsfonds.g-ba.de/beschluesse</a>
AHeaD	Künftige Aufgabenteilung von Pflegefachpersonen und Hausärzten in der ambulanten Demenzversorgung: Aufgaben, Akzeptanz, Qualifikation		88	Ja	04.06.21	/ahead-kuenftige-aufgabenteilung-von-pflegefachpersonen-und-hausaerzten-in-der-ambulanten-demenzversorgung-aufgaben-akzeptanz-qualifikation.28
APVEL	Evaluation der Wirksamkeit von SAPV in Nordrhein		312	Ja	03.04.20	/apvel-evaluation-der-wirksamkeit-von-sapv-in-nordrhein.1
BARGRU	Barrieren bei GruppenpsychotherapeutInnen gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie zu Lasten der GKV		68	Ja	04.06.21	/bargru-barrieren-bei-gruppenpsychotherapeutinnen-gegenueber-der-ambulanten-gruppenpsychotherapie-zu-lasten-der-gkv.29
CIRSForte	Projekt zur Fortentwicklung von Fehlerberichts- und Lernsystemen (CIRS) für die ambulante Versorgung zu einem implementierungsreifen System		333	Ja	16.04.21	/cirsforte-projekt-zur-fortentwicklung-von-fehlerberichts-und-lernsystemen-cirs-fuer-die-ambulante-versorgung-zu-einem-implementierungsreifen-system.22
Dent@Prevent	Implementierung von Routinedaten & PROMs in die evidenz-informierte intersektorale (zahn-)medizinische Versorgung		336	Nein	01.07.21	/dentatprevent-implementierung-von-routinedaten-proms-in-die-evidenz-informierte-intersektorale-zahnmedizinische-versorgung.33
DEWI	Determinanten bei der Versorgung von Patienten mit Wirbelsäulenoperation		126 plus 2 Anlagen	Ja	18.12.20	/dewi-determinanten-bei-der-versorgung-von-patienten-mit-wirbelsaulenoperation.2
EMSE	Entwicklung von Methoden zur Nutzung von Routinedaten für ein Sektorenübergreifendes Entlassmanagement		49 plus 2 Anlagen	Ja	03.04.20	/emse-entwicklung-von-methoden-zur-nutzung-von-routinedaten-fuer-ein-sektorenuebergreifendes-entlassmanagement.3
EPOS	Ergebnisqualität durch Patient Reported Outcome Measures (PROMs) bei Schlaganfallpatienten in der klinischen Routine		61	Ja	16.04.21	/epos-ergebnisqualitaet-durch-patient-reported-outcome-measures-proms-bei-schlaganfallpatienten-in-der-klinischen-routine.24
Evaluation Kardiologie-Vertrag	Evaluation des Vertrages zur Versorgung im Fachgebiet der Kardiologie in Baden-Württemberg gemäß § 73 c SGB V (Kardiologie-Vertrag)		242	Nein	25.06.20	/evaluation-kardiologie-vertrag-evaluation-des-vertrages-zur-versorgung-im-fachgebiet-der-kardiologie-in-baden-wuerttemberg-gemaess-73-c-sgb-v-kardiologie-vertrag.4



## Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Sehr heterogenes Bild der Ergebnis-Translation“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/21), S. 24-27. <http://doi.org/10.24945/MVF.04.21.1866-0533.2327>

Beendete Innovationsfonds-Projekte Versorgungsforschung						
Akronym	Titel	Ergebnisbericht Seitenzahl	In die Regelversorgung	Beschlussdatum	Link, immer vorausgestellt: <a href="https://innovationsfonds.g-ba.de/beschluesse">https://innovationsfonds.g-ba.de/beschluesse</a>	
<b>Evaluation PNP-Vertrag</b>	Vertragsevaluation der Fachgebiete Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Baden-Württemberg gem. § 73c SGB V	141	Ja	18.12.20	/evaluation-pnp-vertrag-vertragsevaluation-der-fachgebiete-neurologie-psychiatrie-psychosomatik-und-psychotherapie-in-baden-wuerttemberg-gem-73c-sgb-v.5	
<b>Frauen 5.0</b>	Regionale Versorgung von Frauen über 49 Jahren durch Fachärzte und Fachärztinnen für Gynäkologie und für Allgemeinmedizin	129	Nein	16.03.21	/frauen-5-0-regionale-versorgung-von-frauen-ueber-49-jahren-durch-fachaeerzte-und-fachaeerztinnen-fuer-gynaekologie-und-fuer-allgemeinmedizin.6	
<b>HaReNa</b>	Hausarztzentrierte Reha-Nachsorge bei Rückenschmerzen (RS)	247	Nein	04.06.21	/harena-hausarztzentrierte-reha-nachsorge-bei-rueckenschmerzen-rs.27	
<b>Heimeintritt vermeiden</b>	Beginn stationärer Langzeitpflege und seine Prädiktoren in der Versorgungs-, Wohn- und Unterstützungssituation – populationsbasierte Kohortenstudie	47	Nein	16.02.21	/heimeintritt-vermeiden-beginn-stationaerer-langzeitpflege-und-seine-praediktoren-in-der-versorgungs-wohn-und-unterstuetzungssituation-populationsbasierte-kohortenstudie.7	
<b>HIOPP-6</b>	Projekt aus dem HIOPP Forschungsverbund: Hausärztliche Initiative zur Optimierung der Patientensicherheit bei Polypharmazie - Komplexitätsreduktion in der Polypharmazie unter Beachtung von Patientenpräferenzen	22	Nein	03.04.20	/hiopp-6-projekt-aus-dem-hiopp-forschungsverbund-hausaerztliche-initiative-zur-optimierung-der-patientensicherheit-bei-polypharmazie-komplexitaetsreduktion-in-der-polypharmazie-unter-beachtung-von-patientenpraerferenzen.8	
<b>Homern</b>	Hospitalisierung und Notaufnahmebesuche von Pflegeheimbewohnern: Häufigkeit, Ursachen und Entwicklung einer Intervention zur Verbesserung der Versorgung	48	Nein	01.07.21	/homern-hospitalisierung-und-notaufnahmebesuche-von-pflegeheimbewohnern-haeufigkeit-ursachen-und-entwicklung-einer-intervention-zur-verbesserung-der-versorgung.35	
<b>IMPRESS</b>	Effektivität des IQM-Peer Review Verfahrens zur Verbesserung der Ergebnisqualität – eine pragmatische cluster-randomisierte kontrollierte Studie	78	Ja	09.10.20	/impress-effektivitaet-des-iqu-peer-review-verfahrens-zur-verbesserung-der-ergebnisqualitaet-eine-pragmatische-cluster-randomisierte-kontrollierte-studie.9	
<b>INTEGRAL</b>	10-Jahres-Evaluation der populationsbezogenen integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal in Aufbau- und Konsolidierungsphase	36	Nein	18.12.20	/integral-10-jahres-evaluation-der-populationsbezogenen-integrierten-versorgung-gesundes-kinzigtal-in-aufbau-und-konsolidierungsphase.10	
<b>KOMPAS</b>	Entwicklung und Erprobung eines komplexen interprofessionellen Trainingsprogramms zur Verbesserung der Patientensicherheit	132	Nein	16.02.21	/kompas-entwicklung-und-erprobung-eines-komplexen-interprofessionellen-trainingsprogramms-zur-verbesserung-der-patientensicherheit.12	
<b>MAU-PD</b>	Multidimensionale Analyse der Ursachen für die niedrige Prävalenz der ambulanten Peritonealdialyse in Deutschland	452	Ja	16.04.21	/mau-pd-multidimensionale-analyse-der-ursachen-fuer-die-niedrige-praevalenz-der-ambulanten-peritonealdialyse-in-deutschland.23	
<b>MVP-STAT</b>	Bedarfsgerechtigkeit der medizinischen Versorgung Pflegebedürftiger in stationären Einrichtungen	90	Nein	01.07.21	/mvp-stat-bedarfsgerechtigkeit-der-medizinischen-versorgung-pflegebeduerftiger-in-stationaeren-einrichtungen.36	
<b>NoMiG</b>	Notfallversorgung von Migranten und Geflüchteten	129	Ja	03.04.20	/nomig-notfallversorgung-von-migranten-und-gefluechteten.13	
<b>OSA-PSY</b>	Optimierung der stationären Arzneimitteltherapie bei psychischen Erkrankungen	279	Nein	16.04.21	/osa-psy-optimierung-der-stationaeren-arzneimitteltherapie-bei-psychischen-erkrankungen.21	
<b>PAV</b>	Patientensicherheit in der Ambulanten Versorgung	70	Ja	19.08.20	/pav-patientensicherheit-in-der-ambulanten-versorgung.14	
<b>PIM-STOP</b>	Vergleich der prädiktiven Validität von Instrumenten zur Bestimmung potenziell inadäquater Medikation bei Älteren	605 plus 2 Anlagen	Nein	22.01.21	/pim-stop-vergleich-der-praediktiven-validitaet-von-instrumenten-zur-bestimmung-potenziell-inadaequater-medikation-bei-aelteren.15	
<b>ProMeKa</b>	Ausmaß und Trends der problematischen Medikation von Benzodiazepinen, Z-Substanzen, Opioid-Analgetika und Antidepressiva bei Kassenpatienten	25	Ja	25.06.20	/promeka-ausmass-und-trends-der-problematischen-medikation-von-benzodiazepinen-z-substanzen-opioid-analgetika-und-antidepressiva-bei-kassenpatienten.16	
<b>PROPERmed</b>	Entwicklung eines Instruments zur Identifikation von multimorbiden Hochrisikopatienten für negative Folgen von Multimedikation	19	Nein	03.04.20	/propermed-entwicklung-eines-instruments-zur-identifikation-von-multimorbiden-hochrisikopatienten-fuer-negative-folgen-von-multimedikation.17	
<b>QS-Notfall</b>	Verbesserung der Notfallversorgung von Herzinfarktpatienten in Berlin und Brandenburg	337	Nein	16.03.21	/qs-notfall-verbesserung-der-notfallversorgung-von-herzinfarktpatienten-in-berlin-und-brandenburg.18	
<b>SAVOIR</b>	Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede	402	Ja	12.11.20	/savoirevaluierung-der-sapv-richtlinie-outcomes-interaktionen-regionale-unterschiede.19	
<b>VaMB</b>	Value Stream Mapping in Brustzentren – Ein Lösungsansatz zur Optimierung des Entlassungsprozesses	293	Nein	01.07.21	/vamb-value-stream-mapping-in-brustzentren-ein-loesungsansatz-zur-optimierung-des-entlassungsprozesses.34	



Agile Datenbanklösung nicht nur für Innovationsfonds-Projekte

## Vorschlag für eine Wissensdatenbank Innovation

Wer die Beschluss-Empfehlungen des G-BA bezüglich der Übertragung oder Weiterführung der beendeten (Stand: 23.7.21) Innovationsfonds-Projekte – 6 bei Neuen Versorgungsformen, 29 bei Versorgungsforschung – liest, muss anerkennen, dass sich der Bundesausschuss viel Arbeit macht. Insbesondere bei dem Versuch, zwischen den einzelnen Förderprojekten sinnige Querverbindungen zu schaffen. Doch bleibt aufgrund der – vorsichtig formuliert – ausbaufähigen Datenhaltung sicher einiges an Wissen ungehoben, weil Querverbindungen durchaus – wohl eher zufällig – zwischen Projekten des Innovationsfonds möglich sind, nicht aber mit vielleicht ebenso wichtigen Detailergebnissen vieler anderer Projekte; und schon gar nicht mit solchen aus anderen Fördertöpfen (BMBF, DFG, BMG, EU etc.). Das möchte „Monitor Versorgungsforschung“ mit einem gemeinsam mit dem IT-Unternehmen metaphacts entwickelten Vorschlag ändern: einer agilen Datenbanklösung für **alle** Innovations-Projekte.

>> Die Evaluatoren der bislang beendeten Innovationsprojekte halte sich an das, was in den geltenden „Allgemeinen Nebenbestimmungen“ (ANBest-IF) des Innovationsausschusses steht. Hier wird gefordert, dass der „Förderempfänger verpflichtet ist, das Ergebnis – mindestens im sachlichen Gehalt des Schlussberichts – innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss des Projekts auf geeignete Weise der Fachöffentlichkeit in der Bundesrepublik Deutschland zugänglich zu machen“. Darüber hinaus wird – so die ANBest-IF weiter – der Innovationsausschuss die Ergebnis- und Evaluationsberichte auf seinem Portal veröffentlichen. Das tut er auch. Über eine relationale Datenbank kann jeder Interessierte PDF-Dokument für PDF-Dokument öffnen, zudem mit teilweise durchaus existierenden Veröffentlichungen in anderen, meist internationalen Medien, ergänzen, um so zu einem Erkenntnisgewinn oder einer Wissens-Synthese zu kommen.

Das große Problem dabei ist, dass es die Politik und auch der Innovationsausschuss in seinen „Allgemeinen Nebenbestimmungen“ bislang versäumt haben, eine sinnfällige Datenbank-Struktur vorzugeben oder gar vor Abgabe der ersten Evaluationen eine moderne Datenbanklösung für Innovationsfonds-Projekte zu initiieren. Eine derartige Datenbank mitsamt einer auf die Vielfältigkeit von Innovations-Projekten ausgelegten Datenbankstruktur/Core-Datenset ist jedoch entscheidend für die Frage, wie das durch den Invest einiger Milliarden an Fördergeldern akkumulierte Wissen gehoben werden kann. Zum Beispiel, um wichtige Fragen zu beantworten; wie etwa, welche Innovations-Projekte:

- Case-Management-Ansätze integrieren und wie diese aufgesetzt wurden?
- welche Anreizsysteme für Ärzte wie Patienten eingesetzt wurden und wie diese funktionierten?

- welche Stellschrauben genau verändert werden müssen, um sektorübergreifende Versorgung zu ermöglichen/zu erleichtern?
- welche Steuerungsansätze nicht oder zu wenig reüssierten, um die dadurch entstehenden Probleme in Folgeprojekten zu vermeiden?
- welche IT-gestützten Systeme wo und wie verwandt und welche Erfahrungen damit gemacht wurden,
- und und und.

Wer eine derartige Wissens-Synthese auf einer Metaebene der Erkenntnisse erzeugen will, braucht zum einen das passende Instrument dazu: eine agile Datenbank. Diese gibt es seit einigen Jahren in Form sogenannter Knowledge- oder Graphdatenbanken. „Anders als bei bisher üblichen relationalen Datenbanken (z.B. MySQL) werden hier „Graphen“ – bestehend aus Knoten und Kanten, die wiederum die Verbindungen zwischen den Knoten bilden – genutzt, mit deren Hilfe stark vernetzte Informationen nicht nur gespeichert, sondern auch grafisch dargestellt werden können“, erklärt Sebastian Schmidt, CEO von metaphacts. Das Walldorfer IT-Unternehmen entwickelt seit vielen Jahren moderne Wissens-Systeme vor allem für die Sicherheits- und Versicherungs-Branche, ebenso für die Pharma. Aber eben nicht nur: Gemeinsam mit metaphacts und dem Berliner Beratungsunternehmen Healthcare Factory (dem Nachfolger von Ordinary People) wurde in Kooperation mit „Monitor Versorgungsforschung“ eine agile Datenbank-Struktur für alle Innovationsfonds-Projekte entwickelt – bisher in Form einer pro-bono-Initiative. Damit können viele, bisher eher intransparente Querverbindungen zwischen den einzelnen Projekten dargestellt werden. Die Live-Schaltung samt eines Open-Access-Online-Zugangs ist noch für den Herbst dieses Jahres vorgesehen.

## Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Vorschlag für eine Wissensdatenbank Innovation“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/21), S. 28-29. <http://doi.org/10.24945/MVF.04.21.1866-0533.2328>

Was nun noch fehlt, ist die Entwicklung einer darauf aufsetzenden Datenbankstruktur/Core-Datenset sowie eines entsprechenden Frontends. Mit diesen können dann im ersten Step die Evaluationsergebnisse der sehr vielfältigen und vor allem höchst unterschiedlichen Innovationsfonds-Projekte abgebildet werden. Im zweiten Step können dann in dieselbe Datenbank auch alle anderen Ergebnisse aus Projekten mit einer anderen Fördergenese bevorratet und auf einer gemeinsamen Metaebene ausgewertet werden.

### Datenbank-Struktur ist die Hauptherausforderung

Klar wurde nach einem Vortrag anlässlich der letzten Online-Sitzung der BMC-Arbeitsgruppe „Geförderte Innovationsfondsprojekte“, dass nicht die unbedingt über die metaphacts mögliche Datenbank-IT, sondern die Struktur derselben die Hauptherausforderung sein wird. Hierzu schlägt Martin Klein, Gesellschafter der Healthcare Factory, ein Vorgehen ähnlich des vom EQUATOR-Netzwerk vorgeschlagenen methodischen Konzepts für die Entwicklung von Leitlinien für Forschungsberichte vor. Hier wurde ein TIDieR-Steuerungskomitee implementiert, das eine Liste von 34 potenziellen Items basierend auf relevanten CONSORT-Checklisten und Checklisten für die Berichterstattung disziplin-spezifischer oder anderer spezieller Arten von Interventionen erstellt hat (1). Die daraus resultierende von Hoffmann et al. beschriebene TIDieR-Checkliste – **Template for Intervention Description and Replication** – stellt eine Erweiterung des „CONSORT 2010 Statements“ und des „SPIRIT 2013 Statements“ dar (1). In der deutschen Übersetzung durch Cochrane Deutschland (2) wird eine 12-Item-TIDieR-Checkliste vertieft: Bezeichnung, Warum, Was (Materialien), Was (Verfahren), Wer intervenierte, Wie, Wo, Wann und Wieviel, Anpassungen, Modifikationen, Wie gut (geplante Durchführungskontrolle), Wie gut (tatsächliche Durchführung). Während, wie die deutschen Cochrane-Übersetzer Voigt-Radloff, Blümle und Meerpohl schreiben, der Fokus der Checkliste zwar auf klinischen Studien liege, könne die erweiterte Anleitung bei allen evaluativen Studiendesigns herangezogen werden. Klein: „Ein derartiges oder zumindest ähnliches Vorgehen ist auch für die Berichterstattung von Innovations-Projekten sinnvoll.“

Doch zuallererst ist seiner Aussage nach die Gründung eines Gremiums oder eines Konsortiums nötig, das in der Lage ist, sowohl die inhaltliche Strukturarbeit zu leisten, als auch einen entsprechenden Förderantrag in Abstimmung mit dem G-BA zu stellen – und das auch noch möglichst schnell. Der Grund dafür: Zur Zeit liegen erst 6 Ergebnis-/Evaluationsberichte bei Neuen Versorgungsformen (NVF) und 29 bei Versorgungsforschung (VF) vor. Doch schon bald folgen viele weitere: bei den NVF werden 34 weitere Evaluations- und Ergebnisberichte erwartet, bei den VF sind es 52. „Je mehr Zeit ins Land geht, desto schwieriger wird es, den Projektverantwortlichen beizubringen, dass die Evaluationsergebnisse einem vorher von Wissenschaft und Praxis konsentierten und dann auch vom In-

novationsausschuss vorgegebenen Core-Datenset folgen müssen. Nur so kann Wissen auf einer Metaebene entstehen, das in der Lage ist, unser Gesundheitssystem wirklich nach vorne zu bringen“, setzt Klein dazu.

### Die Welt der Versorgungsforschung in einer Datenbank

Da jedoch die Förderwelt des Innovationsfonds zwar einen wichtigen, aber eben nur einen begrenzten Teil der großen Förderlandschaft in Deutschland und Europa abdeckt, planen metaphacts, Healthcare Factory und „Monitor Versorgungsforschung“ bereits jetzt die Ausdehnung des „Monitor Innovationsfonds“ auf andere Förderquellen. „Ziel ist es, die gesamte Förderlandschaft in einer einzigen Datenbank abzubilden, damit jedes Projekt und vor allem jedes Projektergebnis mit allen anderen gematcht werden kann“, erklärt metaphacts-CEO Schmidt. Ergänzend dazu ist es Kleins Worten zufolge sinnvoll, über die additional Einspeisung der durch die mit öffentlichen Geldern entstandenen Projekt-Rohdaten – natürlich im höchsten Grade DSGVO-konform personomi- und anonymisiert – nachzudenken. Klein: „Erst durch diesen Schritt können die in den Evaluationen sichtbaren Projektergebnisse durch andere Forscher nachvollzogen und im besten Fall verifiziert werden – so funktioniert Wissenschaft auch im öffentlich geförderten Umfeld.“ <<

### Literatur

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24609605/>
- <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/s-0041-111066>

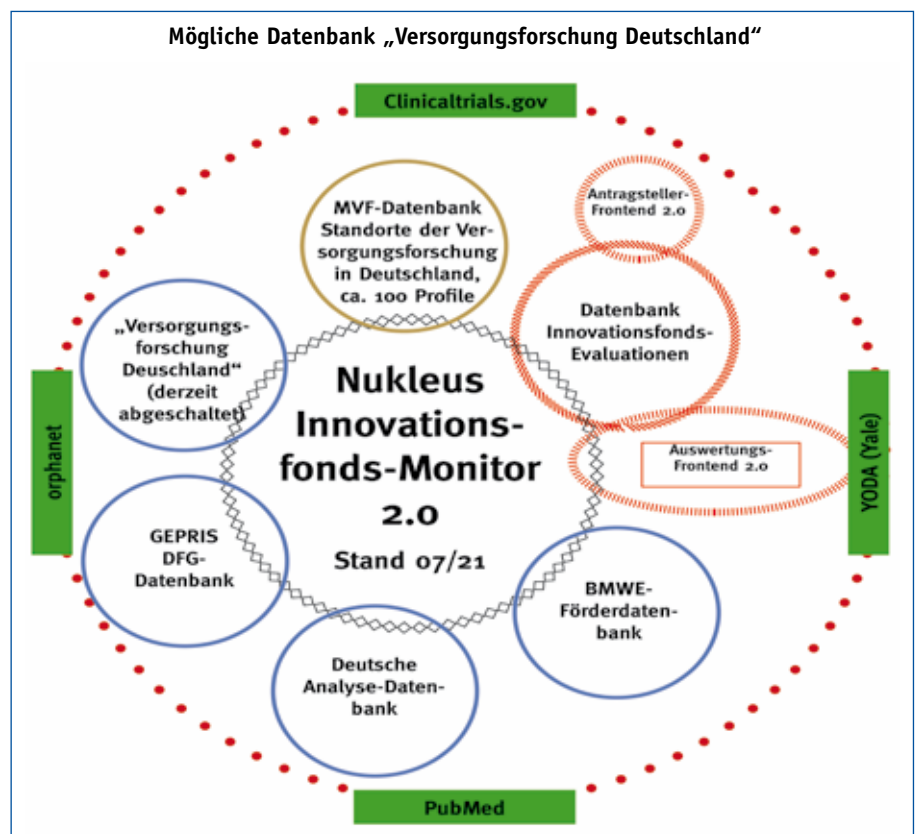


Abb. 1: Mögliche, zu entwickelnde Datenbankstruktur für Evaluationen des Innovationsfonds und anderer Fördergeber. Grün: Abfrage bei internationalen Studiendatenbanken inkl. automatischer Auslesemodus mit News-Alert. Quelle: Gemeinsamer Projektvorschlag metaphacts, Healthcare Factory, „Monitor Versorgungsforschung“; 2020/21.



Wissenschaftsrat-Empfehlungen zur Rolle der Universitätsmedizin zwischen Wissenschafts- und Gesundheitssystem

## Ein Vier-Säulen-Modell der Universitätsmedizin

Nach zweijähriger Tätigkeit legt der Wissenschaftsrat – 1957 gegründet als beratende Institution für Bund und Länder in Fragen der inhaltlichen und strukturellen Weiterentwicklung des Hochschulsystems sowie der staatlichen Förderung von Forschungseinrichtungen gegründet – Empfehlungen zur künftigen Rolle der Universitätsmedizin zwischen Wissenschafts- und Gesundheitssystem vor. Er rät, auch in Hinblick auf seine früheren Strukturempfehlungen aus den Jahren 2016, 2018 und 2019 zu einem, über die klassische Aufgabentrias von Forschung, Lehre und Krankenversorgung hinausgehenden Vier-Säulen-Modell der Universitätsmedizin.

>> Die neue, vierte Säule verortet der Wissenschaftsrat im Grenzbereich von Wissenschaft und Versorgung, der zusätzliche Aufgaben „übergeordneten, systemischen Charakters“ umfasse. Dazu zählt der Rat indes nicht den klassischen Versorgungs- und auch Forschungoutput, die sich innerhalb der Trias Forschung, Lehre und Krankenversorgung ergeben, sondern den wissenschaftlichen Auftrag und die herausgehobene Verantwortung der Universitätsmedizin für die Weiterentwicklung und Verbesserung der Gesundheitsversorgung.

„Durch die Wahrnehmung ihrer wissenschaftlichen Aufgaben versetzt sie das Gesundheitssystem in die Lage, nicht nur heute, sondern auch in Zukunft eine evidenzbasierte, qualitativ hochwertige und gleichermaßen effektive wie effiziente Versorgung für Individuum und Bevölkerung bereitzustellen“, schreibt der Wissenschaftsrat, seit 2020 unter Vorsitz von Prof. Dr. Dorothea Maria Anna Wagner. In Forschung und Lehre leiste die Universitätsmedizin einen „substantiellen Beitrag zur Sicherung der Zukunft der Gesundheitsversorgung und zur Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems“.

Um diese Aufgabe auch weiterhin erfüllen zu können, werden bessere Rahmenbedingungen für Forschung und Innovation gefordert. Es sei aus Sicht des Wissenschaftsrats im Sinne des öffentlichen Interesses, wenn die innovationsstarken öffentlich finanzierten Wissenschaftseinrichtungen in die Lage versetzt werden, „gerade solche versorgungsrelevanten Fragestellungen verfolgen zu können, an denen zwar kein kommerzielles Verwertungsinteresse, dafür aber ein gesellschaftliches Interesse besteht“.

Als Ziel formuliert der Rat, die Universitätsmedizin wettbewerbsfähig zu erhalten bzw. sie so zu stärken, dass sie im Innovationsgeschehen eine komplementäre Rolle einnehmen könne. Dazu bedürfe es einer nachhaltigen Verbesserung der Rahmenbedingungen für Forschungs- und Innovationsprozesse. Von entscheidender Bedeutung

sei es, dass die Universitätsmedizin mehr als bisher in die Lage versetzt werde, Wissenschaftlern „großzügige Freiräume für Forschung und konzeptionelle Arbeit an Innovationen für die Gesundheitsversorgung anbieten zu können, um trotz besser vergüteter Positionen in Unternehmen attraktiv zu bleiben“. Dass die derzeitigen Arbeitsbedingungen in der Universitätsmedizin insbesondere die Gewinnung und Bindung klinisch wissenschaftlich tätiger Ärzte erschweren, hätten verschiedene Akteure, darunter auch der Wissenschaftsrat, bereits vielfach moniert. Weitgehend konsentiert sei auch, dass es für eine wirksame Änderung dieser Situation in erster Linie struktureller Reformprozesse in der Universitätsmedizin bedürfe, die vielerorts mit Unterstützung der Politik und Zuwendungsgeber bereits angestoßen wurden. Der Wissenschaftsrat begrüßt diese Fortschritte und bestärkt die Einrichtungen darin, diesen Weg konsequent weiterzuvollziehen.

Als zentrale Handlungsfelder werden folgende Punkte benannt:

- Forschungs- und Innovationsprozesse in der Universitätsmedizin sollten durch geeignete, fachübergreifende Organisationsstrukturen befördert werden, die Kreativität und unkonventionelles Denken stimulieren und Clinician Scientists verlässliche Freiräume bieten. Der Wissenschaftsrat bekräftigt daher seine Empfehlung zur Einrichtung von Profildbereichen oder vergleichbaren Organisationsstrukturen in der Universitätsmedizin, die auf bestehende Schwerpunkte der klinischen oder versorgungsnahen Forschung aufbauen und diese organisatorisch ausbauen sollten. Auch bei der Förderung von Nachwuchswissenschaftlern während oder nach Abschluss der Facharztweiterbildung (Clinician Scientists, Advanced Clinician Scientists) sollte das Ziel eine dauerhafte Stärkung der Innovationsfähigkeit der Universitätsmedizin sein. Zu diesem Zweck ist die Förderung strukturierter Programme, die ebenfalls

auf bestehende Forschungsschwerpunkte aufbauen können, ungleich zielführender als die herkömmliche, projektbasierte Individualförderung, die nicht geeignet ist, nachhaltig strukturwirksame Effekte in der Universitätsmedizin zu entfalten. Der Wissenschaftsrat begrüßt, dass das BMBF mit gezielten Förderinitiativen die nachhaltige Etablierung von strukturierten Programmen für Clinician Scientists und Advanced Clinician Scientists in der Universitätsmedizin unterstützt und damit auch Impulse für eine strukturelle Weiterentwicklung der Einrichtungen setzt. Die Länder sollten die durch diese und andere Förderinitiativen angestoßenen Strukturbildungsprozesse in der Universitätsmedizin unterstützen, indem sie einerseits eigene Programme zur strukturierten Förderung aufsetzen, andererseits aber auch Mittel bzw. Stellen für die Schaffung von Zielpositionen für forschende Ärztinnen und Ärzte in der Universitätsmedizin vorsehen.

- Dringender Handlungsbedarf besteht bei der Einräumung geschützter Forschungszeiten für Clinician Scientists. Der Wissenschaftsrat begrüßt, dass zahlreiche Nachwuchsförderprogramme diesen Bedarf mittlerweile adressieren und entsprechende Maßnahmen einfordern. Er erwartet aber auch von den Universitätsklinika, dem Schutz von Forschungszeiten für klinisch wissenschaftlich tätige Ärzte angemessen hohen Stellenwert gegenüber Versorgungsaufgaben bzw. wirtschaftlichen Erfordernissen der Krankenversorgung zuzumessen. Hierzu sind gleichermaßen verbindliche wie großzügige Regelungen im Rahmen strukturierter Clinician Scientist-Programme zu etablieren.
- Ein weiteres Hemmnis für die klinische Forschung ist die begrenzte und stark uneinheitliche Anerkennung von Forschungsaktivitäten für die Facharztweiterbildung durch die Landesärztekammern. Trotz einzelner Vereinbarungen zur Anerkennung von Forschungszeiten mit Landes-

## Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Ein Vier-Säulen-Modell der Universitätsmedizin“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/21), S. 30-31.  
<http://doi.org/10.24945/MVF.04.21.1866-0533.2329>

ärztekammern konnte bisher keine flächendeckende Änderung dieser Praxis, die forschende Ärztinnen und Ärzte nicht zuletzt wirtschaftlich benachteiligt, erreicht werden. Vor diesem Hintergrund hält der Wissenschaftsrat eine bundeseinheitliche Regelung zur Anerkennung von Forschungszeiten für dringend erforderlich. Vorstöße der BÄK zur Standardisierung im Rahmen der Musterweiterbildungsordnung werden begrüßt. Entscheidend ist aber, dass bundeseinheitliche Regelungen zur Anerkennung von Forschungszeiten von den zuständigen Landesärztekammern verbindlich in ihre Weiterbildungsordnungen übernommen werden. Der Wissenschaftsrat fordert die Landesärztekammern auf, sich auf einheitliche Regelungen zu diesem für den wissenschaftlichen Nachwuchs und die Innovationsfähigkeit der deutschen Gesundheitsforschung so wesentlichen Sachverhalt zu verständigen. In diesen Prozess müssen aus seiner Sicht auch die Fachgesellschaften und Vertreterinnen bzw. Vertreter der Universitätsmedizin sowie der Gesundheits- und Wissenschaftspolitik (Bund, Länder) einbezogen werden. Kommt auch weiterhin keine Einigung auf Ebene der Landesärztekammern zustande, sollte eine veränderte Zuständigkeit für die Facharztweiterbildung in universitätsmedizinischen Einrichtungen geprüft werden. Da die Weiterbildung kompetenzrechtlich nicht den Bund, sondern die Länder betrifft, die die Zuständigkeit den jeweiligen Landesärztekammern übertragen haben, könnte eine Lösung die Einrichtung einer Landesärztekammer mit länderübergreifender Zuständigkeit sein: Ihr wäre die Verantwortung für die Facharztweiterbildung in Universitätsklinik und die einheitliche Anerkennung von Forschungszeiten zu übertragen.

Zu forschungs- und innovationsförderlichen Arbeitsbedingungen gehört nach Aussage des Rats außerdem ein geregelter Zugang zu Forschungs- und informationstechnologischen Infrastrukturen. Der Wissenschaftsrat empfiehlt den Ländern und der Universitätsmedizin, bei der Einrichtung und Vorhaltung solcher Infrastrukturen künftig vermehrt die Potenziale einer vernetzten Gesundheitsforschung zu nutzen und standortübergreifende Lösungen zu entwickeln. Insbesondere für kostenintensive Infrastrukturen, deren Betrieb dauerhaft geeignetes Fachpersonal erfordert, seien einrichtungsübergreifende Nutzungs- und Be-

treiberkonzepte, z. B. auf regionaler oder auf Länderebene, sinnvoll. IT-Infrastrukturen für Forschungs- und Versorgungsdaten sollten zudem standardmäßig die Möglichkeit des personalisierten Zugangs für externe Wissenschaftler (Remote Access) anbieten. Zugleich sollten Core-Units für biomedizinische Forschung, professionelle Infrastrukturen für klinische Studien (Clinical Trial Units/CTUs) und Datenbanken als Basisinfrastruktur der medizinischen Forschung und Innovation einem nationalen Benchmarking ausgesetzt sein, um Vergleichbarkeit her- und möglichst einheitliche Qualitätsstandards sicherzustellen. Die universitären oder außeruniversitären Träger der Infrastrukturen sind nach Ansicht des Rats aber auch gefordert, regelmäßige Evaluationen auf Grundlage einheitlicher Parameter durchzuführen und die Ergebnisse dieser Evaluationen innerhalb der deutschen Gesundheitsforschung transparent zugänglich zu machen.

Zur Stärkung der Universitätsmedizin als Innovationstreiber gehört nach Meinung des Wissenschaftsrats außerdem eine Öffnung für Kooperationen mit Partnern außerhalb des Wissenschaftssystems. Die wachsende Komplexität gesellschaftlicher Probleme und Herausforderungen einerseits und die Beschleunigung von Innovationsprozessen andererseits machten es zunehmend erforderlich, dass das Wissenschafts- und Hochschulsystem sich regelmäßig und systematisch mit Akteuren aus anderen gesellschaftlichen Bereichen austauscht und strategische Partnerschaften aufbaut.

Eine wesentliche Bedeutung komme im Bereich der Gesundheitsforschung der pharmazeutischen und medizintechnischen Industrie zu, die für die Translation und das medizinische Innovationsgeschehen aus naheliegenden Gründen eine wichtige Rolle spiele. Der Rat fordert daher, dass sich die Universitätsmedizin, sofern sie ihrer Funktion als Innovationstreiber auch im Bereich der struktur- und systemorientierten Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung gerecht werden will, außerdem für Kooperationen mit innovationsinteressierten Akteuren anderer gesellschaftlicher Bereiche, z. B. kommunalen Partnern, sozialen Einrichtungen oder Nichtregierungsorganisationen öffnet.

Auch der Aufbau regionaler Versorgungsnetze (vgl. B.III.1) sollte hierzu von Beginn an auf Erfordernisse von Forschung und Innovation abgestimmt werden. Der Wissenschaftsrat empfiehlt ebenso, die regionalen Netzwerke nicht nur für Kooperationen mit anderen Versorgungseinrichtungen zu öff-

nen, sondern auch für Partner aus der Wirtschaft und anderen gesellschaftlichen Bereichen, die beispielsweise im Rahmen von Innovationspartnerschaften oder gemeinsamen Real-Laboren.

Die Realität sieht jedoch anders aus. Betrachtet man die Gesamtheit sowohl der nicht-universitären Krankenhäuser als auch der Universitätsklinik sei laut Wissenschaftsrat seit Jahren ein Rückgang bzw. eine Stagnation der investiven Zuschüsse zu beobachten. Die langjährige investive Unterfinanzierung habe vielerorts zu großen Investitionsstaus geführt. Doch lägen einheitliche und flächendeckende Daten zur Investitionsfinanzierung der Universitätsmedizin nicht vor, da es seit dem Wegfall der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau im Zuge der Föderalismusreform (2006) und dem Rückzug des Bundes aus der gemeinsamen Förderung keine einheitliche Statistik über die Investitionsförderung der Länder mehr gebe.

Zur Einordnung der wirtschaftlichen Situation der Universitätsklinik könnten jedoch die Daten des Dachverbands VUD zur Entwicklung der Jahresergebnisse der Universitätsklinik herangezogen werden. Nach den hier vorliegenden Zahlen beendeten die deutschen Universitätsklinik das Geschäftsjahr 2018 mit einem aggregierten Defizit von insgesamt 71 Mio. Euro, das sich im Jahr 2019 jedoch mehr als vervierfacht habe und 310,5 Mio. Euro (vorläufiges Jahresergebnis 2019) betrug. Das durchschnittliche Jahresergebnis der Universitätsklinik lägen bei -4,4 Mio. Euro im Jahr 2018 und bei -10,8 Mio. Euro im Jahr 2019 (vorläufiges Jahresergebnis). Laut Berechnungen des VUD erwirtschafteten 38 Prozent der Universitätsklinik im Jahr 2018 ein negatives Jahresergebnis. Ein positives Ergebnis erzielten 41 Prozent der Universitätsklinik. Im Jahr 2019 berichteten mehr als die Hälfte aller Universitätsklinik ein negatives Jahresergebnis (57%), nur wenig mehr als ein Drittel (37%) hatte ein positives Ergebnis (vorläufiges Jahresergebnis 2019).

Die parallel zu beobachtende, kontinuierliche und überdurchschnittliche Fallzahlsteigerung an Universitätsklinik bei gleichzeitiger Zunahme ihres Erlösbudgets aus der Krankenversorgung lege nahe, dass die wirtschaftliche Situation der Universitätsklinik durch weitere Produktivitätssteigerungen bzw. die Realisierung ungenutzter Effizienzpotenziale kaum verbessert werden könne. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Publikation der Robert Bosch Stiftung mit dem Titel „Neustart! für das Gesundheitsrecht“

## Thesen zur patientenorientierten Weiterentwicklung

Als Teil der 2018 gestarteten Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“ der Robert Bosch Stiftung befasste sich ein Arbeitskreis ausgewiesener Fachleute mit der Fragestellung, wie die Sozialgesetzgebung, wesentlich das SGB V, weiterzuentwickeln ist für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung: Wie können die Sektoren aufgelöst werden und eine patientenorientiertere Gesundheitsversorgung gelingen? Wie erreicht man eine multiprofessionelle Leistungserbringung und neue verantwortliche Rollen in den Gesundheitsberufen? Wie können Regionen und Kommunen in ihrem Handeln für Gesundheit gestärkt werden? Die Publikation mit dem Titel „Neustart! für das Gesundheitsrecht“ bündelt die Ergebnisse des Arbeitskreises und beleuchtet wesentliche Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens. Sie soll Ansatzpunkte liefern, um notwendige Veränderungen einzuleiten und damit zu einem „Neustart!“ unseres Gesundheitssystems beitragen sowie – so der Untertitel der 116-seitigen, kostenlos als PDF zu beziehenden Aufsatzsammlung – einen Handlungskatalog für Politik und Selbstverwaltung liefern.

>> „Unser Gesundheitssystem steht vor immensen Herausforderungen, von denen einige durch die Corona-Pandemie besondere Schärfe erfahren, andere durch die aktuell veränderte Prioritätensetzung aus dem Blick geraten, aber dennoch nicht gelöst sind.“ Das steht als Handlungsmaxime zu Beginn des Vorworts der Robert Bosch Stiftung zu den in der kürzlich erschienenen „Neustart!“-Publikation vorgelegten „Thesen zur patientenorientierten Weiterentwicklung des Gesundheitswesens“.

So seien für den Fachkräftemangel, den voraussichtlich sprunghaften Anstieg von chronisch kranken Menschen und die Sicherung der Gesundheitsversorgung in strukturschwachen Räumen noch keine tragfähigen Lösungen gefunden worden. Zudem bleibe der Umgang mit der Digitalisierung und neuen, das Erbgut analysierenden und potenziell verändernden Technologien und mit den sich daraus ergebenden ethischen Fragestellungen „ausweichend, umständlich und zögerlich“.

Ebenso fielen Fragen der langfristigen Finanzierbarkeit und der Qualitätsverbesserung derzeit hinter der aktuellen Corona-Krisenbewältigung zurück. Auch machen die Autoren des Publikations-Vorworts keine allzu große Hoffnung auf schnelle Erfolge, wenn sie recht nüchtern schreiben: „Die Erfahrungen der vergangenen Jahrzehnte in der Steuerung unseres Gesundheitswesens zeigen, dass sich Reformbemühungen selten in großen Schritten zukunftsgerichteter Veränderungen niederschlagen, sondern angesichts der Pfadabhängigkeit – und nicht zuletzt der Beharrungskräfte – im Gesundheitswesen üblicherweise in nur kleinen Anpassungen erfolgen, die den Herausforderungen, vor denen wir stehen, nicht gerecht werden.“ <<

### Die Thesen (Auszug)

- Der Staat ist verpflichtet – auch unter sich verändernden versorgungspolitischen Rahmenbedingungen – dem **Menschenrecht auf Gesundheit** Rechnung zu tragen. Vier Dimensionen sind dabei gemäß UN-Sozialpakt zentral: Erreichbarkeit, Zugänglichkeit, Annehmbarkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung.
- Den zentralen Wertentscheidungen für die Ausgestaltung des Gesundheitswesens liegen **ethische Prinzipien** zugrunde. ...
- Die notwendige Weiterentwicklung der Governance-Strukturen und -Prozesse des Gesundheitswesens muss gemäß demokratischer Prinzipien – Transparenz, Diskriminierungsfreiheit und Partizipation – erfolgen. Aufgaben, Funktionen und Verantwortlichkeiten auf den verschiedenen Ebenen Bund, Länder und Gebietskörperschaften sowie im Rahmen der Sozialversicherung müssen **klar definiert** und ordnungspolitische Zielkonflikte oder regulatorische Widersprüche abgemildert werden. ...
- Die künftige Gesundheitsversorgung muss so gestaltet sein, dass die vorhandenen fachlichen Ressourcen aller Gesundheitsberufe optimal zum Nutzen und zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung ausgeschöpft werden. Unabdingbare Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Erbringung personaler Gesundheitsleistungen ist eine entsprechende Aus-, Fort- und Weiterbildung und Qualitätsentwicklung der an der Leistungserbringung beteiligten Gesundheitsberufe.
- **Die Logik integrierter Versorgungsformen muss die überholte sektorale Versorgungslogik ersetzen** und als Regelversorgung etabliert werden, gegenüber der sich sektorale Ausnahmen rechtfertigen müssen.
- Zur Minderung der auch durch unterschiedliche (sektorale und duale) Logiken ärztlicher Vergütung verursachten Versorgungsdefizite, insbesondere einer Unter- oder Überversorgung, ist es notwendig, eine **gemeinsame Kalkulationsgrundlage** für den Arztlohn zu fixieren. Ein anhand der allgemeinen Lohnentwicklung fortentwickeltes durchschnittliches Oberarztgehalt ist hierfür die geeignete Grundlage.
- Um einen allgemeinen Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, bedarf es einer grundlegenden und rechtssicheren Systemänderung hin zu **mehr Entscheidungsverantwortung in Kommunen** und einer stärkeren Einbeziehung der Interessen und Wünsche von Versicherten und Patienten in die Organisation der Gesundheitsversorgung. Hierzu ist eine Änderung des Grundgesetzes notwendig. ...
- Zur Sicherstellung eines allgemeinen Zugangs zu einer flächendeckenden Grundversorgung kann die **Etablierung kommunaler Gesundheitszentren** einen wesentlichen Beitrag leisten. In diesen Zentren können hochqualifizierte, akademisch ausgebildete Pflegekräfte unter anderem die Grundversorgung sicherstellen.
- Notwendig zur Optimierung der **bevölkerungsbezogenen gesundheitlichen Prävention** ist eine Struktur, die auf örtlicher, betrieblicher, regionaler, Landes- und Bundesebene präsent und handlungsfähig sein kann, auf jeder Ebene fachlich aufgabengerecht ausgestattet und über ein gewisses Maß an fachlicher Unabhängigkeit und wissenschaftlicher Einbindung verfügt. Je nach Ausgestaltung der Kompetenzen ist hierzu eine Grundgesetzänderung analog Art. 91e GG ins Auge zu fassen.
- Eine Gesundheitsversorgung der Zukunft muss die nötige Sensibilität für die unterschiedlichen Ausstattungen und Fähigkeiten der Menschen sowie deren besondere Lebensumstände aufweisen. Eine Digitalisierung dieser Versorgung setzt voraus, dass Patientinnen und Patienten über die technischen Ressourcen, die notwendige Infrastruktur und die erforderlichen Kenntnisse verfügen beziehungsweise Möglichkeiten erhalten, diese zu entwickeln.
- Die Vielzahl der Zugriffs-, Verwendungs- und Verbreitungsmöglichkeiten von Gesundheitsdaten macht Menschen verletzlich und damit auf eine neue Art schutzbedürftig. Deshalb müssen Maßnahmen zur Förderung digitaler Gesundheitskompetenz und konkrete Aufklärungsinstrumente Patienten in die Lage versetzen, sich über die Folgen einer Freigabe ihrer Daten hinreichend Klarheit zu verschaffen. Gleichzeitig haben die Datenschutzmaßnahmen diese besondere Verletzlichkeit zu berücksichtigen. **Die Frage, wie viele Informationen in einer Solidargemeinschaft gleichwohl preisgegeben werden sollten, um medizinischen Fortschritt zu ermöglichen, sollte nur im Rahmen eines demokratischen Willensbildungsprozesses entschieden werden.**
- Bei einer Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitsdatenschutzrechts ist eine Defragmentierung und Harmonisierung anzustreben, die sich durch eine entsprechende Rahmengesetzgebung umsetzen ließe. Eine solche sollte auch die **Anbindung an den Europäischen Gesundheitsdatenraum** gewährleisten und die für diesen Raum gültigen Inhalte eines Code of Conduct einbeziehen.
- **Die Sektorengrenzen im Gesundheitswesen stellen auch eine Hürde für den wissenschaftsorientierten Datenfluss** im Dienste besserer patientenorientierter Versorgung dar. Sie könnten über die elektronische Patientenakte nach und nach zugunsten einer patientenzentrierten Standardversorgung aufgelöst werden. Für den Datenfluss bedeutet dies, dass die Patienten mit ihren Daten während des gesamten Versorgungsprozesses (Prävention und Gesundheitsförderung, Therapie, Rehabilitation und Nachsorge) wie an einem „roten Faden“ durch die Versorgungspfade des Gesundheitssystems geleitet werden.
- Um eine Modernisierung des GKV-Leistungsstandards auf dem Stand des aktuellen medizinischen Wissens zu gewährleisten, muss sich auch die dem Leistungskatalog zugrundeliegende Bewertungsmethodik kontinuierlich fortentwickeln. Dem sollte mit der Normierung einer generellen gesetzlichen **Weiterentwicklungs- und Anpassungspflicht für die GKV-Methodik** Rechnung getragen werden. <<



Gemeinsames Thesenpapier des Verbands der Universitätsklinika Deutschlands und des BKK Dachverbands

## Impulse für eine zielgerichtete Weiterentwicklung

Der große Aufschrei blieb aus, als Prof. Josef Hecken, der unparteiische Vorsitzende des G-BA, in einem Interview mit der digitalen Ausgabe „F.A.S.“ der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ mit dem Satz zitiert wurde: „Wir haben 700 Kliniken mehr als nötig“. Das aber hat er gar nicht gesagt, sondern ist Ergebnis einer simplen Rechnerei der FAS-Autoren, weil Hecken gesagt hatte: „Zurzeit haben wir 1.900 Krankenhäuser in Deutschland. 1.200 Kliniken wären jedoch genug, um die Versorgung im Notfall sicherzustellen.“ Mit diesen Zahlen bezieht er sich auf Aussagen aus der Bertelsmann-Studie „Neuordnung Krankenhaus-Landschaft“, durchgeführt durch das Berliner Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), die allerdings von 1.400 respektive 600 sprach und ebenso postulierte, dass man auch mit „weniger Kliniken eine bessere Versorgungsqualität“ bekommt. In dieser Sache meldet sich nun auch der Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD) in Kooperation mit dem BKK Dachverband zu Wort, die in einem gemeinsamen Thesenpapier die „Zukunft der Krankenhausversorgung“ angehen und „neue Impulse für eine zielgerichtete Weiterentwicklung“ geben wollen.

>> Im Fokus des Thesenpapiers steht die Neuausrichtung der Krankenhausplanung, die Anpassung des Vergütungssystems sowie die Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung. Dabei werden die Erfahrungen aus der Pandemie einbezogen und zukünftige Herausforderungen mitgedacht. „Wir brauchen eine grundsätzliche Neuausrichtung der Versorgungsplanung und ein darauf abgestimmtes Vergütungssystem“, fordert das Papier von VUD und BKK DV. Eine passive Krankenhausplanung der Länder, die aus einem Fortschreiben von Krankenhausplänen besteht, und die unzureichende Investitionskostenfinanzierung hätten sich „nicht als zielführend“ erwiesen, um eine qualitativ hochwertige und flächendeckende stationäre Gesundheitsversorgung langfristig zu gewährleisten.

Die Länder seien nun – auch unter der Prämisse der Pandemie-Erfahrungen – aufgefordert, eine „aktive, an den Versorgungsbedarfen ausgerichtete Krankenhausplanung“ zu betreiben. Dabei müsse die stationäre Versorgung gestuft weiterentwickelt und darauf aufbauend die Finanzierung ausgestaltet werden. In der Pandemie seien Uniklinika und Maximalversorger zu Koordinatoren der regionalen Versorgung von Corona-Patienten geworden, wobei nun dieser Netzwerkgedanke auch ungeachtet einer Pandemie in der Krankenhausplanung verankert werden müsse. „Das Zeitalter der Hierarchien ist zu Ende, die Ära des Netzwerks hat begonnen“, sagte Franz Knieps, Vorstand des BKK Dachverbandes, anlässlich der Online-Pressekonferenz zur Vorstellung des gemeinsamen Thesenpapiers. Dessen Ziel sei es nicht, einen Impuls gegen Institute zu setzen, sondern dafür zu plädieren, dass die Versorgungsexpertise „von der Universitätsmedizin breit in die Versorgung“

kommt. Auch werde versucht, die Diskussion um Krankenhausplanung und -finanzierung um einige Aspekte und mit sieben Detailthesen zu bereichern:

- **Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung:** Das Leitbild für die Krankenhauslandschaft der Zukunft sind regionale und überregionale Netzwerke, in welchen Maximalversorger und bei Bedarf auch ausgewählte Spezialversorger mit ihrer Expertise zentral eingebunden sind. Zur Gewährleistung einer ausreichenden Investitionsfinanzierung muss sich der Bund dauerhaft einbringen.
- **DRG-Finanzierung:** Das DRG-System muss dahingehend weiterentwickelt werden, dass eine sachgerechte Finanzierung bedarfsnotwendiger Vorhaltungen und hochspezialisierter Versorgung gewährleistet wird. Der Finanzierungsansatz muss dabei „Hand in Hand“ mit der Krankenhausplanung gehen.
- **Sektorenübergreifende Versorgung:** Eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung „aus einer Hand“ muss die flächendeckende Versorgung von ambulanten und stationären Leistungen gewährleisten und auch die Weiterentwicklung von Krankenhäusern zu integrierten Versorgungszentren ermöglichen. Hierfür müssen auch die bestehenden Finanzierungsinstrumente weiterentwickelt werden.
- **Ambulante Versorgung:** Ambulante Angebote müssen weiterhin gefördert werden. Die Ambulantisierung ist nicht nur Ausdruck medizinischen Fortschritts, sondern auch ein Instrument für den Umgang mit dem Fachkräftemangel und zur Förderung einer am Patienten orientierten Versorgung.
- **Forschung und Versorgung vernetzen:** Die Vernetzung der Universitätsmedizin muss

weiter gefördert und verstetigt werden. Die Bedeutung der Universitätsmedizin für die Versorgung wird besonders in der Pandemie deutlich.

- **Aufgabenneuverteilung statt Fachkräftemangel:** Eine Antwort auf den Fachkräftemangel ist die Neuausrichtung von Kompetenzen zwischen den medizinischen Fachberufen. Hier müssen international anerkannte Modelle dringend auch im deutschen Gesundheitswesen Eingang finden.
- **Qualität der Versorgung:** Unterschiedlichen Versorgungsaufträgen muss bei der Bewertung von Versorgungsqualität Rechnung getragen werden, weshalb eine Risikoadjustierung zwingend erforderlich ist. Es sind umfassende Ansätze zu verfolgen, welche konsequent auf Qualitätsverbesserung, Patientensicherheit und Risikomanagement abzielen. Eine qualitativ hochwertige Versorgung zeichnet sich durch stetige Patientenorientierung aus und berücksichtigt den individuellen Patientennutzen.

„Im Mittelpunkt des Netzwerks steht idealerweise ein Universitätsklinikum, das als Koordinierungspartner fungiert und seine Expertise anderen Netzwerkpartnern bereitstellt“, erklärte Jens Bussmann, Generalsekretär des VUD. Und Knieps setzte dazu: „Wir haben eine Krankenhauslandschaft im Blick, die Synergie-Effekte hebt. Unser Leitbild ist die Zusammenführung von medizinischer und pflegerischer Expertise. Dabei müssen die Kapazitäten der Maximalversorgung wie auch der Spezialisten zentral eingebunden werden.“ Hand in Hand müsse mit einer neuen Krankenhausplanung auch die Rolle von Bund und Ländern geklärt werden, um eine sachgerechte Investitions- und Betriebskostenfinanzierung zu gewährleisten. <<

Zum Thema Datenschutz im Gutachten 2021 des SVR und einer Empfehlung des AOK-Nordost-Digital-Beirats

## „Leistungsfähige Forschungsdateninfrastruktur“

„Digitalisierung für Gesundheit – Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems“ nennt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, kurz SVR, sein aktuelles Gutachten, mit dem er – so das Vorwort – erneut seine Aufgabe erfüllen will, „Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen sowie Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufzuzeigen“.

>> In seinen Empfehlungen fordert der Sachverständigenrat nahezu dazu auf, die Digitalisierung des Gesundheitswesens in Deutschland „neu und anders zu diskutieren“ als bislang. In der Corona-Krise, so die Argumentation des Rats\*, sei erneut deutlich geworden, dass die informationelle Selbstbestimmung des Einzelnen nicht nur in einem Abwägungsverhältnis mit dem Leben und der Gesundheit anderer, sondern auch mit Erziehung und Bildung sowie mit dem Kultur- und Arbeitsleben als den ideellen und materiellen Grundlagen des menschlichen Miteinanders steht. Daher müsse die Diskussion in Politik und Gesellschaft, in den Wissenschaften und im Gesundheitssystem geführt werden und dabei alle „potenziell betroffenen Normen in den Blick“ nehmen und sie in ein ebenso „wert- wie praxisorientiertes Verhältnis zueinander“ bringen.

Insbesondere der Datenschutz – so eine weitere Empfehlung des SVR – müsse „neu gedacht“ werden. Die alte Maxime der unbedingten Datensparsamkeit sei von der Realität, etwa durch die Entwicklungen im Bereich des „Maschinellen Lernens/künstlicher Intelligenz (KI)“ überholt.

In diesem Kontext, so gibt der „Wissenschaftliche Beirat für Digitale Transformation“\*\* der AOK Nordost zu bedenken, sollte der Mythos ausgeräumt werden, „der Datenschutz“ sei schuld – unter anderem an den Defiziten der Pandemiebekämpfung, wie es das Gutachten „Digitalisierung in Deutschland“ im Kapitel „Lehren aus der Corona-Krise“ nahelege. Richtig sei vielmehr, dass die DSGVO „ausreichende Rechtfertigungsmöglichkeiten zur Verarbeitung personenbezogener Daten“ bietet. Richtig sei aber auch, dass die Praxis mancher Datenschutzaufsichtsbehörden wenig hilfreich sei, zum Beispiel wenn sie den Einsatz digitaler Tools zur Erleichterung der Pandemiefolgen kritisieren und mit Sanktionen drohen, jedoch weder zumutbare Alternativen aufzeigen noch situationsangemessene Interessenabwägungen vornehmen.

Genau zu solchen und obendrein „empfindlichen“ strafrechtlichen Sanktionen rät

wiederum der SVR. Und zwar für jene, die die von der Rechts- und Solidargemeinschaft gezogenen Grenzen zu überschreiten versuchen oder gar übertreten. Nur so könne Datensicherheit die „neue Norm“ werden, denn diese wäre „weniger eine rechtliche als eine technische und menschliche Herausforderung“.

Ähnlicher Meinung sind die beiden Räte beim Thema der Datenverfügbarkeit. So regt der AOK-Nordost-Rat ein „parteiübergreifendes Bekenntnis zu einer priorisierenden To-do-Liste“ jener Digitalisierungsprojekte an, die noch im Jahr 2021 verwirklicht werden müssen, um weitere pandemiebedingte Grundrechtseingriffe zu vermeiden oder wenigstens zu minimieren. Es bedürfe einer besseren Datenbasis zu allen relevanten Faktoren im Infektionsgeschehen und dessen Auswirkungen in allen wesentlichen Sektoren, der Vernetzung von Erkenntnissen und der wissenschaftlich fundierten Interpretation und Nutzung der Daten für angemessenere, zielgerichtete Maßnahmen der Pandemiebekämpfung. Auch dem stehe die DSGVO bei „konstruktiver Auslegung und Anwendung“ nicht entgegen, auch da die Datenstrategie der Bundesregierung für eine solche „gemeinwohlorientierte Datennutzung die Weichen gestellt“ habe. Diese gelte es nun zielgerichtet und zügig umzusetzen, zum Beispiel durch ein „planvolles, vorausschauendes und verhältnismäßiges“ Vorgehen mit einem hohen Grad an Innovationsoffenheit und Bereitschaft zu situationsgemäßen Anpassungen von Gesetzen, Prozessen und Methoden.

Der SVR rät hier zu einer „leistungsfähigen Forschungsdateninfrastruktur für Gesundheitsdaten“, das ein dynamisch lernendes Gesundheitssystem ermöglicht, das die individuell beste Behandlung und eine effiziente Ressourcenallokation innerhalb des Systems zum Ziel habe. Der SVR schreibt dazu:

„Ein verantwortlicher Umgang mit Gesundheitsdaten beinhaltet ein ganzheitliches Verständnis des Datenschutzes: nicht nur als Abwehrrecht, sondern als Teil des Patientenschutzes.“ Dieses Verständnis sollte die „adäquate Verarbeitung“ gesundheitsrelevanter Daten als einen grundsätzlichen Anspruch jedes und jeder Einzelnen im Sinne einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung begreifen. Dies schließe nach Ansicht des SVR ausdrücklich die „Förderung wissenschaftlichen Erkenntnisgewinns“ zur Verbesserung von Gesundheitsförderung und Patientenversorgung ein.

Ebenso gelte es, im Sinne des Patientenwohls bei der Erschließung neuer Datenbestände die Risiken der Datennutzung zu minimieren, vor allem aber den „potenziellen Nutzen medizinischer Forschung zu maximieren“. Dabei müssen die potenziellen Schäden durch eine Nichtnutzung von Daten angemessen bewertet und in die Abwägung einbezogen werden. Denn: „Datenschutz sollte dem Schutz des Patienten, seines Lebens und seiner Gesundheit dienen.“

Demzufolge sollte die informationelle Selbstbestimmung des Patienten nicht länger „allein als Schutz personenbezogener Daten“ verstanden werden. Datenschutz dürfe dem Anrecht jedes Versicherten auf eine adäquate Verarbeitung seiner Gesundheitsdaten zum Zweck der „bestmöglichen Behandlung und der Verbesserung des Gesundheitssystems sowie zum Zweck einer die Vorbeugung, Diagnose oder Behandlung verbessernden Forschung“ nicht entgegenstehen. Hier rät der Sachverständigenrat, dass Datenschutz diesen Grundanspruch jedes Menschen berücksichtigen und seine Erfüllung ermöglichen müsse. <<

### \* Die Mitglieder des Sachverständigenrats

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach  
Prof. Dr. Wolfgang Greiner  
Prof. Dr. Beate Jochimsen  
Prof. Dr. Christof von Kalle  
Prof. Dr. Gabriele Meyer  
Prof. Dr. Jonas Schreyögg  
Prof. Dr. Petra Thürmann

### \*\* Die Mitglieder des AOK NO-Beirats

Prof. Dr. iur. Dirk Heckmann  
Dipl.-Pol. Inga Bergen  
Prof. Dr. Wilfried Bernhardt  
Prof. Dr. Dr. Walter Blocher  
Prof. Dr. Stefan Heinemann  
Prof. Dr. Dr. h.c. Stefan Jähnichen  
Dr. Anne Paschke  
Dipl.-Psychologin Marina Weisband

## Einlassungen zur Forschungskompatibilität der ePA



Skizze des Verfahrens der Umsetzung des § 363 (8) SGB V in der 2. Stufe, Quelle: „Konzeptpapier: Verarbeitung von Daten der elektronischen Patientenakte zu Forschungszwecken nach § 363 (8) SGB V“; Version: 1.0.0 CC, Stand: 30.06.2021.

>> Die geplante Forschungskompatibilität der elektronischen Patientenakte (ePA) ist in Gefahr, erklären die Verbände BDI, BIO Deutschland, bitkom, bvitg, BVMed, SVDGV, SPECTARIS, VDGH, vfa und ZVEI in einer gemeinsamen Stellungnahme. Die Verbände der industriellen Gesundheitswirtschaft kritisieren, dass die ePA zum vorgesehenen Termin am 1. Januar 2023 nicht in der Lage sein werde, Vorhaben der medizinischen Forschung effektiv zu unterstützen. Der Grund dafür sei, dass die gegenwärtige Ausgestaltung der Telematikinfrastruktur in Verbindung mit den rechtlichen Rahmenbedingungen eine praktikable Nutzung für die Forschung behindere.

Ebenso fordern die Verbände die Gesundheitspolitik auf, dringend den rechtlichen Rahmen in Deutschland für Spitzenforschung mit Gesundheitsdaten zu schaffen. Der Hintergrund dieser Forderung ist, dass das vorgelegte Konzeptpapier der gematik in der ersten Stufe der praktischen Umsetzung des § 363 Abs. 8 SGB V im ersten Schritt eine Forschungsdatennutzung durch Ärzte vorsieht, die über ihr IT-Primärsystem an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind. Damit würden – so zumindest die Meinung der Verbände – große Bereiche der medizinischen Forschung von der einwilligungs-basierten Datennutzung auf unbestimmte Zeit ausgeschlossen.

Was die Verbände in ihrer Stellungnahme nicht erwähnen ist, dass die gematik in ihrem Konzeptpapier nach der ersten Stufe, in der „Leistungserbringer als Vertrauensbildende Stelle“ vorgesehen sind, auch eine zweite Evolutions-Stufe planen. Hier sei als „Vertrauensbildende Stelle“ ein Intermediär denkbar. Sowohl technisch als auch organisatorisch müsse gewährleistet sein, dass ein solcher Vertrauensdienst ein entsprechendes Zertifizierungsverfahren erfolgreich absolviert hat, um als Anbieter fungieren zu können.

Ein solches Verfahren gelte es noch zu definieren. Dieses könnte sich nach Ansicht der gematik im groben Ablauf folgendermaßen gestalten: In Stufe 2 der Umsetzung des § 363 (8) SGB V soll es der wissenschaftlichen Forschung möglich sein, Anträge zur Nutzung von Gesundheitsdaten aus der elektronischen Patientenakte zu stellen. Als Grundlage dafür müssen die Genehmigungen beim BfArM sowie Ethikvoten durch die wissenschaftliche Forschung eingeholt werden. Der Antrag wird samt Verweisen auf die Genehmigungen bei der „Vertrauensbildenden Stelle“ eingereicht. Die Stelle stellt potenziellen Studienteilnehmern die Studienanfrage über eine Schnittstelle in der elektronischen Patientenakte bereit. Der Versicherte kann der Teilnahme damit direkt im Frontend des Versicherten zustimmen. Nach der Einwilligung können die entsprechenden Daten an die „Vertrauensbildende Stelle“ gegeben werden. Ein Pseudonymisierungsverfahren analog zu § 363 (1-7) SGB V ist hier denkbar.

Die Verbände regen insgesamt eine diskriminierungsfreie, zentrale digitale Einwilligung in die Nutzung von Daten zu Forschungszwecken an. Die Patienten müssen eigenverantwortlich über ihre Daten bestimmen können. Auf diese Art freigegebene Forschungsdatensätze sollten dann regelmäßig und automatisiert aktualisiert werden können. Das erhöhe die Autonomie der Patienten bei voller Transparenz über laufende Forschungsvorhaben und der daraus resultierenden Ergebnisse. Das wiederum stärke die industrielle Forschung in Deutschland. Dazu gehöre auch, dass die forschende Gesundheitswirtschaft endlich ein Antragsrecht für die Arbeit mit Forschungsdaten beim geplanten Forschungsdatenzentrum erhalte. <<

Der Link zum Konzeptpapier der gematik:  
<https://bit.ly/3efRU3j>

## MVF-Online-Kongress am 10.08.21

>> Wie steht es um den „Impfstatus 2021 – Impfen bei Erwachsenen in Zeiten der Pandemie“? Diese Frage will „Monitor Versorgungsforschung“ in seinem 2. Workshopkongress – diesmal findet dieser online per Zoom statt – ansprechen und gemeinsam mit Referentinnen und dem Plenum Lösungen erarbeiten, wie die Durchimpfungsraten bei wichtigen Vakzinationen bei Erwachsenen erhöht werden können. Der Hintergrund der Veranstaltung ist, dass trotz der Omnipräsenz des Themas Corona-Impfungen die Durchimpfungsraten bei Erwachsenen bei anderen wichtigen Impfungen in Deutschland allgemein schlecht sind: So erhielten nur 53,3% der Über-18-Jährigen in den letzten zehn Jahren eine Tetanus-Impfung und 51,9% die Diphtherie-Auffrischung, wobei nur 41,9% ein Pertussis-Booster verabreicht wurde. Nur 38,8% aller Menschen über 60 Jahre sind gegen Influenza und lediglich 24,2% gegen Pneumokokken geimpft. Dank des Sponsorings von vier Unternehmen – GSK, MSD, Pfizer und Sanofi – kann der Online-Kongress kostenlos angeboten werden.

## IMPFSTATUS 2021

Impfen bei Erwachsenen in Zeiten der Pandemie

Die Expertinnen (alphabetisch) sind:  
Susanne Dolfen (AOK Nordost)

- Andrea Jäger (Pflegeheim Lutherstift)
- Marianna Kaiser (KVBB)
- Dr. Irmgard Landgraf (Mitglied des Hausärzterverbands Berlin und Brandenburg)
- Dr. Ines Liebold (Medizinische Einrichtung, Blankenfelde)
- Dr. Martina Littmann (Mitglied der Ständigen Impfkommision, STIKO) <<

Und hier geht es zur kostenfreien Registrierung: <https://bit.ly/3yR9Wk2>

oder per QR-Code:





Folgen der SARS-CoV-2-Pandemie für Europa

## Krebspatienten können nicht warten

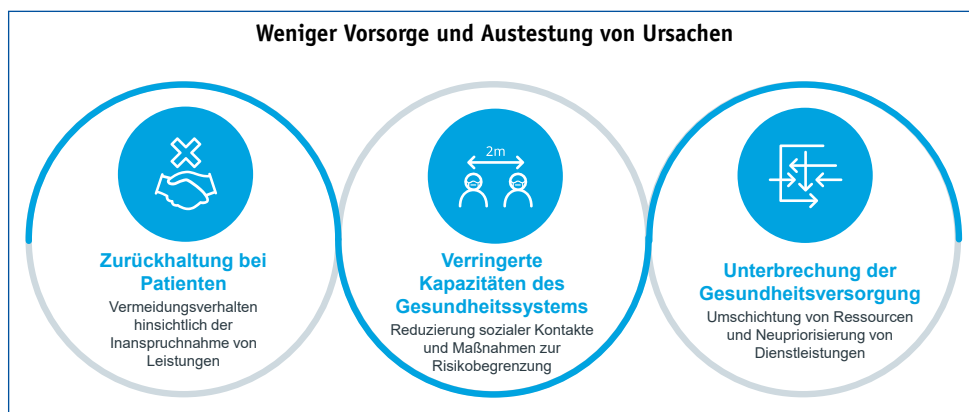
Während der Covid-19-Pandemie haben Patienten weniger Untersuchungen zur Krebsvorsorge in Anspruch genommen. Auch im Gesundheitswesen selbst gab es Probleme durch fehlende Ressourcen und durch andere Prioritäten. Mit einer Literaturübersicht und mit Experteninterviews zeigen die Autoren, wie Gesundheitssysteme darauf reagieren.

>> SARS-CoV-2 hat nicht nur infektiologische Folgen für die Gesundheit. Eine umfassende Literaturanalyse befasst sich jetzt mit Effekten auf maligne Erkrankungen<sup>1</sup>. Hinzu kamen Interviews mit 17 Entscheidern aus dem Gesundheitsbereich. Die Arbeit zeigt, dass es während der Pandemie zu weniger Krebsvorsorge, zu weniger Untersuchungen bei Krebsverdacht und zu weniger Krebsdiagnosen gekommen ist. Das liegt am Verhalten von Patienten selbst, aber auch an sinkenden Kapazitäten oder an sonstigen Einschränkungen durch Covid-19 (Abb. 1). Zwar hat sich die Situation mittlerweile etwas normalisiert, und Patienten stehen mehr Leistungen im Gesundheitswesen zur Verfügung. Dennoch besteht dringender Handlungsbedarf.

### Verzögerte Diagnostik: Daten aus mehreren EU-Nationen

Zum Hintergrund: Mittlerweile häufen sich eindeutige Belege für die Auswirkungen der Pandemie auf maligne Erkrankungen. Beispielsweise veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Ergebnisse einer 2020 durchgeführten Umfrage. Experten fanden heraus, dass die Behandlung von Krebs in mehr als 40 Prozent aller untersuchten Länder während der Pandemie unterbrochen wurde<sup>2</sup>. Und Analysen des niederländischen Krebsregisters zeigen bei Krebs rückläufige Fallzahlen von bis zu 40 Prozent auf dem Höhepunkt der Pandemie<sup>3</sup>. In Slowenien wurden drei nationale Krebsfrüherkennungsprogramme zeitweise eingestellt. Außerdem kam es zu einem erheblichen Rückgang der Zahl an initialen Überweisungen und der ersten ambulanten Besuche bei Onkologen. Auch bei Röntgenaufnahmen, Mammographien und Ultraschalluntersuchungen brach die Zahl der Leistungen stark ein<sup>4</sup>.

Die spanische Gesellschaft für Kardiologie warnt vor weniger Arzt-Patienten-Kontakten und vor weniger interventionellen Eingriffen in Covid-19-Zeiten<sup>5</sup>. Ähnliche Trends hat die spanische Föderation für Brustkrebs erfasst



**Abb. 1:** Weniger Vorsorge und Austestung von Ursachen. Quelle: IQVIA Institute for Human Data Science; Report: „Cancer Won't Wait: Building Resilience In Cancer Screening and Diagnostics in Europe Based On Lessons from the Pandemic“. IQVIA Institute for Human Data Science, März 2021.

– mit weniger Diagnosen, weniger Konsultationen und weniger planbaren chirurgischen Eingriffen<sup>6</sup>. In Frankreich versuchten Onkologen, trotz SARS-CoV-2 Patienten wie früher zu betreuen. Dennoch kam es zu einem beispiellosen Rückgang im gesamten Leistungsspektrum<sup>7</sup>. Die französische Krebsgesellschaft „La Ligue Contre le Cancer“ rechnet mit schätzungsweise 30.000 unentdeckten Krebsfällen als Folge der Pandemie<sup>8</sup>.

### Unterschiedliche maligne Erkrankungen – unterschiedliche Folgen

Für mehrere Krebsarten, darunter Darmkrebs, Speiseröhrenkrebs, Lungenkrebs, Leberkrebs, Blasenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs, Magenkrebs, Kehlkopfkrebs und Mundrachenkrebs, erwarten britische Onkologen, dass drei Monate Verzögerung bei der Diagnose mit einer um 10% niedrigeren 10-Jahres-Überlebensrate in Verbindung steht<sup>9</sup>. Spanische Onkologen gehen davon aus, dass bei einigen Krebsarten wie Lungenkrebs, der generell eine der schlechtesten Prognosen hat, der Effekt bei bis zu 33% liegen könnte<sup>10</sup>.

Ein ähnliches Bild ergibt sich in Österreich, wo der Lockdown zu weniger neu diagnostizierten gynäkologischen Krebserkrankungen inklusive Brustkrebs geführt hat. Dies gilt als großes Problem, denn viele Krebsarten gelten heute bei früher Diagnose als potenziell heilbar<sup>11</sup>. Ernüchternde Analy-

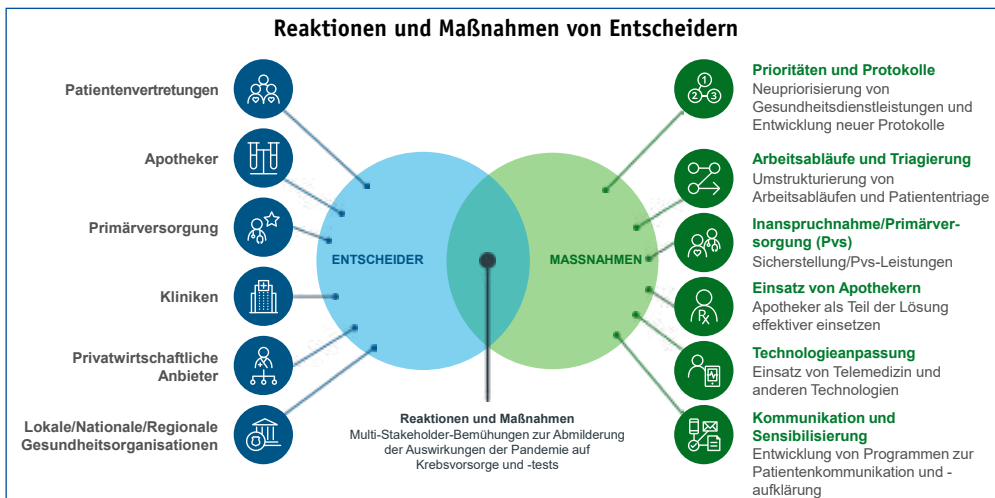
sen kommen ebenfalls aus Italien. Experten rechnen in nächster Zeit mit mehr Brustkrebs in fortgeschrittenen Stadien – und mit mehr Chemotherapien, mehr Bestrahlungen und mehr chirurgischen Eingriffen<sup>12</sup>.

Hautkrebs ist eine weitere besorgniserregende maligne Erkrankung in Covid-19-Zeiten, wie Daten eines niederländischen Krebsregisters zeigen. Bereits in den ersten Monaten der Pandemie kam es zu beträchtlichen Einbrüchen bei neuen Diagnosen, verglichen mit dem Zeitraum vor Covid-19<sup>13</sup>.

Schweden hat während des Höhepunkts der Pandemie sogar manche Vorsorgeuntersuchungen ausgesetzt. Zum Beispiel verringerte sich in 18 von 21 Gesundheitsregionen die Zahl an Mammographie-Screenings<sup>14</sup>. Und in Stockholm ging die Zahl der Krebsdiagnosen im April und Mai 2020 um 30 Prozent zurück, gemessen am Vergleichszeitraum vor der Pandemie. Regionale Medien berichteten von einem weiteren Beispiel. So haben Ärzte 50 Prozent weniger Patienten mit Verdacht auf Lungenkrebs an Spezialisten überwiesen als in früheren Jahren<sup>15</sup>.

### Auf der Suche nach Ursachen

Diese europaweit beobachteten Trends gehen sowohl auf Probleme in Gesundheitssystemen als auch auf die Angst vieler Laien zurück. Interviews zeigen, dass Patienten während Zeiträumen mit hoher SARS-CoV-2-



**Abb. 2:** Reaktionen und Maßnahmen von Entscheidern. Quelle: IQVIA Institute for Human Data Science; Report: „Cancer Won’t Wait: Building Resilience In Cancer Screening and Diagnostics in Europe Based On Lessons from the Pandemic“. IQVIA Institute for Human Data Science, März 2021.

Aktivität Kontakte zu Arztpraxen oder Kliniken oft vermieden haben. Sie hatten Sorge, sich bei Kontakten mit Ärzten zu infizieren. In Italien gab es sogar Hinweise darauf, dass Krebspatienten Symptome heruntergespielt haben, um einen Arztbesuch zu vermeiden<sup>16</sup>. Dies alles geschah trotz zahlreicher Kampagnen von Ärztenverbänden oder Ministerien. Patienten in Großbritannien wiederum vereinbarten keine Termine, aus Sorge, Ärzte oder Kliniken zu überlasten.

Gesundheitssysteme vieler Länder haben nämlich aus unterschiedlichen Gründen Leistungen zur Prävention oder Diagnostik maligner Erkrankungen heruntergefahren. Ein Beispiel: Der National Screening Service in Irland erklärte, dass Maßnahmen zum Schutz von Personal und Teilnehmern dazu führten, dass man in Covid-19-Zeiten weniger Menschen untersuchen könne als zuvor<sup>17</sup>.

In vielen Ländern Europas scheint die Darmkrebs- und Brustkrebs-Vorsorge stark betroffen zu sein. Großbritannien hat deshalb versucht, die Terminfindung zu flexibilisieren. Sprich: Patienten konnten sich selbst für passende Termine entscheiden. Das Prozedere benachteiligt womöglich Menschen, die von sich aus eher nicht die Initiative ergreifen. Vor Covid-19 bekamen sie Termine zugeteilt.

### Den Rückstau verringern: So reagieren Gesundheitssysteme

Doch wie geht es jetzt weiter? Mittlerweile zeigt sich ein Silberstreif am Horizont. Diverse Impfstoffe wurden zugelassen. Sie wirken – wenn auch in unterschiedlichem Maße – gegen den Wildtyp und gegen neu auftretende Varianten von SARS-CoV-2. Mit

Fortschreiten der Impfkampagnen hat sich in vielen Ländern Europas die Sieben-Tage-Inzidenz deutlich verringert – und Entscheider versuchen, mit unterschiedlichen Strategien den Behandlungsrückstau bei Patienten mit malignen Erkrankungen zu verringern (Abb. 2).

Arztpraxen und Kliniken stellen wieder mehr Ressourcen für Screenings zur Verfügung. Früher oder später wird es deshalb zu einem Peak mit neu diagnostizierten malignen Erkrankungen kommen. Darauf sollten sich Gesundheitssysteme bald vorbereiten. In den USA wird etwa versucht, begrenzte Ressourcen bei endoskopischen Untersuchungen Patienten mit besonders hoher Priorität zur Verfügung zu stellen<sup>18</sup>. Britische Gesundheitsbehörden planen, regionale Krebszentren stärker in die Versorgung von Patienten einzubinden<sup>19</sup>. Onkologen vor Ort arbeiten auch an neuen Protokollen, damit Patienten schneller Zugang zu Diagnostik und Therapie erhalten.

Darüber hinaus spielt Kommunikation eine wichtige Rolle, wie die Netherlands Comprehensive Cancer Organisation als Qualitätsinstitut für onkologische und palliative Forschung und Praxis berichtet. Sie will mit zielgruppengerechten Angeboten Patienten ermutigen, auch in Pandemiezeiten ihren Hausarzt aufzusuchen. Und Mediziner ihrerseits sollten nicht zögern, Erkrankte bei Verdacht an einen Onkologen zu überweisen. Großbritannien setzt auf eigene Kampagnen<sup>20</sup>, während Ärzte in Italien strukturierte Informationen zur Laienkommunikation erhalten haben. Aus Großbritannien kommt die Idee, neben Ärzten in die Primärversorgung auch Gemeindefrauen und Krankenschwestern einzubeziehen<sup>21</sup>.

Andere Ansätze beinhalten eine grundlegendere Umstrukturierung der Primärversorgung. Dazu könnte zum Beispiel gehören, dass sich Organisationen auf lokaler Ebene neu strukturieren – durch die Einteilung in Covid-19 und in andere Indikationen. In Großbritannien gibt es auch den Vorschlag, Geräte aus der Sekundärversorgung auch in der Primärversorgung einzusetzen. Das spart Zeit.

### Stärken und Schwächen moderner Technologien in der Onkologie

Eine weitere Besonderheit prägte die Covid-19-Ära. Neue Technologien haben seit dem Frühjahr

2020 immens an Bedeutung gewonnen. Dazu zählen Arzt-Konsultationen per Video oder per Telefon, Online-Tools zur Terminbuchung in Praxen, aber auch Social Media. Solche Lösungen gab es schon lange, doch erst Covid-19 hat ihnen zum Durchbruch verholfen.

Daraus lässt sich nicht ableiten, dass persönliche Konsultationen der Vergangenheit angehören. Wahrscheinlich werden hybride Ansätze mit Vor-Ort-Kontakten und mit digitalen Tools unsere Zukunft prägen<sup>22</sup>. Denkbar wäre auch, dass Patienten Ärzte zwar in deren Praxis besuchen, aber, falls erforderlich, ein Familienmitglied digital zugeschaltet wird. In der Onkologie eignen sich Videosprechstunden nur bei einzelnen Fragestellungen wie der Verlaufskontrolle.

Diesem optimistischen Blick stehen Grenzen gegenüber. Manche Bürger haben keinen Zugriff auf digitale Systeme, weil ihnen der Internet-Zugang fehlt, weil sie weder Computer noch Smartphone nutzen oder weil sie mit Online-Interaktionen überfordert sind. Das betrifft Senioren häufiger als jüngere Menschen. Und auch nicht jeder Arzt ist fit in moderner Online-Kommunikation.

Lösungen kommen aus mehreren EU-Ländern. In Spanien helfen Freiwillige älteren Menschen im Umgang mit diesen Systemen. Und Bulgarien hat Ärzten teilweise Schulungen für digitale Interaktionen angeboten.

### Covid-19 als Chance für Veränderungen

Innovative Technologien können noch mehr. Erste Untersuchungen aus Großbritannien zeigen Vorteile bei der Priorisierung onkologischer Patienten, bei der Sammlung von

Daten für die Versorgungsforschung oder bei der Einführung von Online-Terminbuchungssystemen. Die Zukunft wird geprägt durch eine bessere Nutzung von Krankenakten, wie es im estnischen Patientenportal schon heute der Fall ist. Algorithmen aus dem Bereich der künstlichen Intelligenz erkennen bei digitalen Screenings in Daten Muster, die Hinweise auf maligne Erkrankungen liefern.

Auch bei der Wissensvermittlung zeigen sich einige Vorteile. In Großbritannien wurden erstklassige Referenten aus aller Welt für Zoom-Meetings eingeladen; sie hätten kaum Zeit gehabt, anzureisen und vor Ort neue Forschungsergebnisse vorzustellen. Wissenschaftliche Online-Kongresse aller Fachbereiche sind auch für Teilnehmer leichter erreichbar – bei geringerem Zeitaufwand ohne Reise- oder Übernachtungskosten.

Wissen ist ebenfalls ein wichtiger Aspekt bei der Laienkommunikation. In den letzten Monaten haben viele Menschen begonnen,

sich für Gesundheitsthemen zu interessieren. Darin steckt die Chance, Routineuntersuchungen und Check-ups stärker ins Bewusstsein der Bevölkerung zu rücken.

Covid-19 hat dem Gesundheitswesen auch die einmalige Gelegenheit geboten, Dienstleistungen umzustrukturieren, etwa durch mehr Flexibilität der Kapazitäten in Krankenhäusern und durch eine stärkere Patientenzentrierung. Darauf sollte sich niemand ausruhen. Ärzte und Krankenhäuser müssen für künftige Herausforderungen flexibel bleiben.

### EU-Staaten im Kampf gegen Krebs: Alleine stark – gemeinsam stärker

Die Pandemie hat auch gezeigt, dass Krankheiten keine Grenzen kennen: ein wichtiger Gedanke nicht nur für SARS-CoV-2. Im Rahmen der Europäischen Gesundheitsunion verpflichteten sich EU-Mitgliedstaaten, Diagnostik, Therapie und Prävention chro-

## Zitationshinweis

Aitken, M., Moore, E.: „Krebspatienten können nicht warten“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/21), S. 36-38. <http://doi.org/10.24945/MVF.04.21.1866-0533.2330>

nischer Krankheiten wie Krebs voranzubringen<sup>23</sup>. Medizinische Leistungen sollen, so das Ziel, innovativ und für alle Menschen verfügbar sein.

Der europäische Plan zur Krebsbekämpfung präzisiert zahlreiche Maßnahmen. Gesundheitspolitiker wollen erreichen, dass alle besonders gefährdeten Menschen bis 2025 Screenings auf Brustkrebs, Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs erhalten. Es geht aber auch darum, die Forschung voranzubringen und neue Technologien stärker als bisher zu implementieren. <<

von: Murray Aitken<sup>1</sup> und Emma Moore<sup>2</sup>

1: Executive Director, IQVIA Institute for Human Data Science

2: Head of Market Research & Consultancy, IQVIA

Deutsche Bearbeitung: Dr. Gisela Maag, Pressesprecherin, IQVIA Deutschland (Kontakt: [Gisela.Maag@iqvia.com](mailto:Gisela.Maag@iqvia.com))

## Literatur

- 1: Aitken M et al., 2021: Cancer Won't Wait, Building resilience in cancer screening and diagnostics in Europe based on lessons from pandemic. IQVIA, March 2021. <https://www.iqvia.com/insights/the-iqvia-institute/reports/cancer-wont-wait> World Health Organisation: Breast Cancer Now Most Common Form of Cancer. Geneva. World
- 2: Health Organisation, 2021 Feb. 3, <https://www.who.int/news/item/03-02-2021-breast-cancer-now-most-common-form-of-cancer-who-taking-action>
- 3: IJzerman M. and Emery J. Is a delayed cancer diagnosis a consequence of COVID-19? The University of Melbourne: Pursuit, Health and Wellbeing; 2020 Apr 30. <https://pursuit.unimelb.edu.au/articles/is-a-delayed-cancer-diagnosis-a-consequence-of-covid-19>
- 4: Zadnik V, Mihor A, Tomsic S, Zagar T, Bric N, Lokar K, et al. Impact of COVID-19 on cancer diagnosis and management in Slovenia – preliminary results. *Radiol Oncol.* 2020 Jul 29;54(3):329-34. <https://doi.org/10.2478/raon-2020-0048>
- 5: Petrova D, Pérez-Gómez B, Pollán M, Sánchez MJ. Implications of the COVID-19 pandemic for cancer in Spain. *Med Clin (Engl Ed).* 2020 Sep 25; 155(6):263-66. <https://doi.org/10.1016/j.medcle.2020.04.018>
- 6: De Benito E. La covid no interfiere en el cancer de mama, pero retrasa su diagnostico [Covid does not interfere with breast cancer, but it delays its diagnosis]. *El Pais (Madrid Ed.).* 2020 Oct 19. <https://elpais.com/sociedad/2020-10-18/la-covid-no-interfiere-en-el-cancer-de-mama-pero-retrasa-su-diagnostico.html>
- 7: Méreño F. Un cancer n'attend pas, même en temps de coronavirus. *Le Parisian* 2020 Apr 28. <https://www.leparisien.fr/societe/sante/un-cancer-n-attend-pas-meme-en-temps-decoronavirus-28-04-2020-8307123.php>
- 8: The Connexion. 30,000 cancer cases undetected in France due to Covid-19 [Internet]. Monaco: ENGLISH LANGUAGE MEDIA Sarl, 2020 Oct 26. <https://www.connexionfrance.com/French-news/30-000-cancer-cases-undetected-France-due-to-Covid-19>
- 9: Sud A, Torr B, Jones ME, Broggio J, Scott S, Loveday C, et al. Effect of delays in the 2-week-wait cancer referral pathway during the COVID-19 pandemic on cancer survival in the UK: a modelling study. *Lancet Oncol.* 2020 Aug; 21(8): 1035-1044. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30392-2](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30392-2)
- 10: La 'pandemia paralela' al Covid-19: retrasos diagnosticos y mas mortalidad [The 'parallel pandemic' to Covid-19: diagnostic delays and more mortality]. *Diario de Sevilla* 2020 Oct 6. [https://www.diariodesevilla.es/espana/pandemia-paralela-Covid-19-diagnosticos-mortalidad\\_0\\_1507949746.html](https://www.diariodesevilla.es/espana/pandemia-paralela-Covid-19-diagnosticos-mortalidad_0_1507949746.html)
- 11: Tsubulak I, Reiser E, Bogner G, Petru E, Hell-Teutsch J, Reinhaller A, et al. Decrease in gynecological cancer diagnoses during the COVID-19 pandemic: an Austrian perspective. *Int J Gynecol Cancer* 2020;30:1667-71. <https://ijgc.bmj.com/content/30/11/1667>, DOI: 10.1136/ijgc-2020-001975
- 12: Vanni G, Pellicciaro M, Materazzo M, Palombi L, Buonomo OC. Breast Cancer Diagnosis in Coronavirus-Era: Alert From Italy. *Front Oncol* [Internet]. 2020 May 22; 10: 938. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fonc.2020.00938>
- 13: Dinmohamed AG, Visser O, Verhoeven RHA, Louwman MWJ, van Nederveen FH, Willems SM, et al. Fewer cancer diagnoses during the COVID-19 epidemic in the Netherlands. *Lancet Oncol.* 2020 Jun 01; 21(6): 750-751. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30265-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30265-5)
- 14: Baral S, Chandler R, Prieto RG, Gupta S, Mishra S, Kulldorff M. Leveraging epidemiological principles to evaluate Sweden's COVID-19 response. *Ann Epidemiol.* 2021;54:21-26. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2020.11.005>
- 15: Radio Sweden: Worries grow over undetected cancer cases as pandemic pauses screenings; 2020 May 06. <https://sverigesradio.se/artikel/7467201>
- 16: Vrdoljak E, Sullivan R, Lawler M. Cancer and coronavirus disease 2019: how do we manage cancer optimally through a public health crisis? *Eur J Cancer.* 2020 Jun 01;132:98-99. [https://www.ejccancer.com/article/S0959-8049\(20\)30180-5/fulltext](https://www.ejccancer.com/article/S0959-8049(20)30180-5/fulltext)
- 17: Horgan-Jones J. 'Massive catch-up' needed for main cancer screening programmes. *Irish Times* [Internet] (Dublin) 2020 Sep 01 [cited 2021 Jan 4]; [about 1 p.]. Available from: <https://www.irishtimes.com/news/health/massive-catch-up-needed-for-main-cancer-screening-programmes-1.4343205>
- 18: Xiao AH, Chang SY, Stevoff CG, Komanduri S, Pandolfino JE, Keswani RN. Adoption of Multi-society Guidelines Facilitates Value-Based Reduction in Screening and Surveillance Colonoscopy Volume During COVID-19 Pandemic. *Dig Dis Sci* [Internet]. 2020 Aug 16 [cited 2021 Jan 5] <https://link.springer.com/article/10.1007%2F10620-020-06539-1>
- 19: Markar SR, Clarke J, Kinross J, on behalf of PanSurG Collaborative group. Practice patterns of diagnostic upper gastrointestinal endoscopy during the initial COVID-19 outbreak in England. *Lancet Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2020 Jul 16;5(9):804-05. [https://www.thelancet.com/journals/langas/article/PIIS2468-1253\(20\)30236-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langas/article/PIIS2468-1253(20)30236-3/fulltext)
- 20: Helsper CW, Campbell C, Emery J, Neal RD, Li L, Rubin G, et al. Cancer has not gone away: A primary care perspective to support a balanced approach for timely cancer diagnosis during COVID-19. *Eur J Cancer Care (Engl)* [Internet]. 2020 Jul 7 [cited 2021 Jan 4]; 29(5): e13290. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ecc.13290>
- 21: Jones D, Neal RD, Duffy SRG, Scott SE, Whitaker KL, Brain K. Impact of the COVID-19 pandemic on the symptomatic diagnosis of cancer: the view from primary care. *Lancet Oncol.* 2020 Aug; 21(6): 748-750. [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(20\)30242-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(20)30242-4/fulltext)
- 22: Helsper CW, Campbell C, Emery J, Neal RD, Li L, Rubin G, et al. Cancer has not gone away: A primary care perspective to support a balanced approach for timely cancer diagnosis during COVID-19. *Eur J Cancer Care (Engl)* [Internet]. 2020 Jul 7 [cited 2021 Jan 4]; 29(5): e13290. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ecc.13290>
- 23: European Commission. European Health Union: Protecting the health of Europeans and collectively responding to cross border health crises. Brussels. European Commission, 2021 Feb 21. [https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-waylife/european-health-union\\_en](https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-waylife/european-health-union_en)



## Erste Ergebnisse der Covid-19-Studie „COVI-Ad Vorarlberg“

>> In Kooperation mit der Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES) führte die Medizinische Universität Graz ähnlich wie in Kärnten im Mai und Juni 2021 eine repräsentative telefonische Umfrage in Vorarlberg durch, um das „Stimmungsbild“ hinsichtlich der Covid-19-Präventionsmaßnahmen einzufangen. Diese Daten sollen wichtige Ansatzpunkte für ein weiteres Krisenmanagement liefern, das etwa erneut in den Herbst- und Wintermonaten notwendig werden könnte.

Die Studie „COVI-Ad Vorarlberg“ wurde vom Land Vorarlberg und vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz finanziert und umfasst insgesamt 500 ausgewählte Vorarlberger Bürger. Forscher der Med Uni Graz rund um Prof. Dr. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch (Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung) und Priv.-Doz. Dr. Alexander Avian (Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Dokumentation) haben gemeinsam mit Dr. Daniela Schmid (Institut für Infektionsepidemiologie & Surveillance von der Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH – AGES), in Vorarlberg erhoben, wie im Befragungszeitraum die Stimmung betreffend der Covid-19-Präventionsmaßnahmen war. „In diesen Befragungen verfolgten wir das Ziel, durch persönliche Gespräche nun auch mit den Vorarlbergern eine fundierte und umfassende Information über deren Sichtweise zu erhalten und vor allem auch die nicht-Internet affine Bevölkerung zu erreichen“, betont die Studienleiterin Andrea Siebenhofer-Kroitzsch.

Aspekte, wie beispielsweise die Angst sich mit Covid-19 zu infizieren oder das Vertrauen in Entscheidungsträger, können unabhängig von aktuell gültigen Regelungen direkt Einfluss auf das Verhalten in der Bevölkerung nehmen. „Erkenntnisse über die genauen Zusammenhänge und Einflussfaktoren könnten im Bedarfsfall einen wichtigen Beitrag für strategische Überlegungen für die kommende Herbst- und Wintersaison leisten“, ergänzt die Studienleiterin. Zustimmung meint die Landesrätin für Gesundheit Martina Rüscher: „Wir wollten über die Einstellungen der Vorarlberger zu den ab Mitte März im Rahmen der Modellregion gesetzten Öffnungsschritten im Land Bescheid wissen.“

Auch Armin Fidler, Public Health Experte des Landes Vorarlberg, beurteilt es sehr positiv, dass nun auch in Vorarlberg erste Ergeb-

nisse dieser repräsentativen Befragung zur Verfügung stehen: „Die Umfrage hilft uns, pro-aktiv und rechtzeitig zu reagieren, so es wieder zu einem Fallanstieg kommen sollte.“

Die Erhebung und Auswertung der Einflussfaktoren auf das individuelle Verhalten unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen in der Covid-19-Pandemie waren die zentralen Themen dieses KAP-Survey (Knowledge – Attitude – Practice). Erste Ergebnisse zeigen, dass die Bevölkerung die dazugehörigen Maßnahmen zu den Öffnungsschritten überwiegend mitträgt, der Großteil der Bevölkerung sich zumindest einmal testen ließ und die „Corona-Müdigkeit“ weit geringer ist, als man es nach über einem Jahr in der

Pandemie annehmen würde. Die Gesamtauswertung der Umfrageergebnisse wird für den Sommer erwartet.

Wie die Umfrage weiterhin zeigt, steht der überwiegende Anteil der Vorarlberger hinter den von der Landesregierung im Frühjahr gesetzten Maßnahmen sowie der schrittweisen Rückkehr zum gesellschaftlichen Leben waren ein Erfolg. „Mittlerweile weiß man auch aufgrund der Auswertungen der AGES, dass die Infektionszahlen im Frühjahr zwar angestiegen, aber nicht ursächlich mit den Öffnungsschritten in Vorarlberg in Beziehung standen, sondern der Ausbreitung der britischen Variante geschuldet waren“, erklärt Fidler. <<

Link: <https://www.medunigraz.at>

## ESPON-Studie zum Pandemie-Management in der EU

>> Beim Pandemie-Management in der EU hat die regionale Zusammenarbeit aufgrund der eingeschränkten Rolle und des begrenzten Einflusses der einzelnen Staaten stark zu wünschen übrig gelassen. Dies ist das Fazit der neuen Studie „Geography of Covid“, durchgeführt als Teil des vom auf die Analyse von EU-Regionalpolitik spezialisierten und bereits seit 2002 existenten ESPON-Programmes, an dem 32 Staaten, darunter auch Deutschland, teilnehmen.

Ziel der Studie des „European Observation Networks for Territorial Development and Cohesion“ (früher **E**uropean **S**patial **P**lanning **O**bservation **N**etwork) war es, zu eruieren, in welchem Umfang lokale und regionale Behörden im Kampf gegen die Pandemie an vorderster Front standen. Dazu wurden im Rahmen von 35 Fallstudien 477 lokale und regionale politische Maßnahmen analysiert, die während der ersten Pandemiewelle ergriffen worden waren. Lokale Behörden und die sie vertretenden Verbände hatten sich dabei zwar um überregionale Zusammenarbeit bemüht, diese kam jedoch insbesondere auf grenzüberschreitender Ebene selten zu stande, wie die Forscher feststellten.

Ein eher horizontaler, dezentraler Ansatz hätte daher eine effektivere Antwort auf die Pandemie ermöglicht. Dass die Metropolen im Vergleich zu anderen regionalen Behörden deutlichere Antworten auf die Gesundheitskrise gefunden hätten, sei möglicherweise zum Teil mit dem Ausmaß der Dezentralisation innerhalb eines Landes zu erklären. Damit seien letztlich auch größere Kompetenzen und finanzielle Möglichkeiten auf lokaler Ebene verbunden. Die Metropo-

len hatten eine größere Zahl an Initiativen ergriffen, um die Pandemie zu bekämpfen, wie die Studie zeigte. In den Augen der Forscher sei dies entweder dadurch zu erklären, dass die Großstädte über größere finanzielle Möglichkeiten verfügten oder dadurch, dass diese Gebiete stärker von Covid-19 betroffen gewesen seien.

Generell reagierten die Regionalverwaltungen und lokalen Behörden innerhalb der EU größtenteils mit kurzfristig ausgerichteten Notfallmaßnahmen auf die Pandemie. Deren Ziel sei es gewesen, die ersten augenscheinlichen Auswirkungen der Krise zu bekämpfen. Man habe also keinen offensiven, sondern einen defensiven Ansatz gewählt. Anders ausgedrückt hatten die Regionalbehörden tendenziell versucht, lediglich die Auswirkungen der Pandemie und ihrer sozio-ökonomischen Konsequenzen abzumildern, statt einschneidende Interventionen mit langfristiger Wirkung bis in die Zeit nach der Pandemie einzusetzen, auch wenn sie damit riskierten, nicht nachhaltig zu agieren.

Besonders deutlich sei dieser Trend laut der Studie bei jenen Maßnahmen gewesen, die ergriffen wurden, um verletzliche gesellschaftliche Gruppierungen wie etwa Migranten, Minderheiten, arme Menschen und Obdachlose zu schützen. Langfristige, strategische Antworten seien hingegen eher in Bezug auf alltägliche Aktivitäten gefunden worden, etwa in den Bereichen Arbeitsmethoden, Bildung, Mobilität, öffentliche Verwaltung – und bei Maßnahmen zur Unterstützung der örtlichen Wirtschaft. <<

Weitere Infos:  
<https://www.espon.eu>



Serie (Teil 32): Das Hamburg Center for Health Economics der Universität Hamburg und des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

## Schnittstelle zwischen Ökonomie und Versorgungsforschung

Bereits 2009 hatte die Universität Hamburg und das UKE im Rahmen einer konzertierten Aktion beschlossen, an mehreren Fakultäten Professuren im Bereich Gesundheitsökonomie/Versorgungsforschung zu schaffen, was in die Gründung des Hamburg Center for Health Economics (HCHE) im Jahre 2011 führte. In diesem Jahr wird das Zentrum, gegründet von Prof. Dr. Mathias Kifmann (Fachbereich Sozialökonomie), Prof. Dr. Tom Stargardt (Fakultät für Betriebswirtschaft), Prof. Dr. Hans-Helmut König und Prof. Dr. Matthias Augustin (alle Universität Hamburg oder Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf – UKE) und Prof. Dr. Jonas Schreyögg – der als wissenschaftlicher Direktor die Leitungsfunktion inne hat – sein zehnjähriges Jubiläum feiern.

>> Beinahe zeitgleich zur Gründung konnte das gemeinsame Zentrum der Universität Hamburg und des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf die Zentrumsförderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung als eines von vier gesundheitsökonomischen Zentren in Deutschland einwerben. Dadurch war es möglich, das Zentrum personell und strukturell gut aufzustellen, so dass es heute als das größte gesundheitsökonomische Forschungszentrum in Deutschland – und sicher als das einzige, das im gleichen Gebäude wie eine Spielbank residiert – gilt.

Schnell kamen im Laufe der Zeit verschiedene Professuren und Institute dazu, so dass mittlerweile rund 80 Wissenschaftler aus Ökonomie und Medizin am HCHE vereint und interdisziplinär arbeiten.

Zum HCHE gehören derzeit folgende acht Lehrstühle/Institute:

- Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (UKE)
- Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (UKE)
- Lehrstuhl für Health Care Management (UHH)



**Prof. Dr. Jonas Schreyögg**

ist seit 2010 Inhaber des Lehrstuhls für Management im Gesundheitswesen, Hamburg Center for Health Economics, Universität Hamburg und seit 2011 Wissenschaftlicher Direktor des Hamburg Center for Health Economics (HCHE), Universität Hamburg

### Weitere Stationen:

2009-2010: Inhaber der Professur für Betriebswirtschaftslehre insbesondere Health Services Management, Fakultät für Betriebswirtschaft, Ludwig-Maximilians-Universität München  
2007-2008: Juniorprofessor für Ökonomie und Management von Gesundheitstechnologien, Fakultät für Wirtschaft und Management, Technische Universität Berlin

### Ausbildung:

2004-2008: Habilitation mit der Venia Legendi für „Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsökonomie“ an der Fakultät für Wirtschaft und Management, Technische Universität Berlin  
2001-2003: Promotion am Fachgebiet für Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie (Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke) zum Dr. rer. oec. („summa cum laude“), Technische Universität Berlin

- Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen (UHH)
- Lehrstuhl für Mikroökonomie (UHH)
- Lehrstuhl für Ökonomik der Gesundheit und der sozialen Sicherung (UHH)
- Lehrstuhl für Risikomanagement und Versicherung (UHH)
- Lehrstuhl für Statistik (UHH).

Neben den aktiven Mitgliedern des Zentrums gehören drei weitere Gruppen zum Hamburger Zentrum:

- Zur Gruppe der Affiliates gehören unter anderem Wissenschaftler, die nicht ausschließlich im gesundheitsökonomischen Bereich forschen, aber ein nachweisbares Interesse vorweisen.
- Das Practice Advisory Board besteht aus hochrangigen Praktikern aus Organisationen des Gesundheitswesens. Es hat die Aufgabe, den Dialog zwischen den Mitgliedern des Zentrums und den Organisationen des Gesundheitswesens zu fördern.
- Zusätzlich wird das HCHE durch einen wissenschaftlichen Beirat beraten, der sich aus angesehenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus dem Bereich der Gesundheitsökonomie zusammensetzt. Er begleitet die Forschungsaktivitäten des HCHE und gibt Anregungen für die wissenschaftliche Weiterentwicklung.

Durch den Fakt, dass im Zentrum sechs große Forschungsbereiche – Finanzierung des Gesundheitswesens, gesundheitsökonomische Evaluation, ambulante und stationäre Versorgung, Märkte für Arzneimittel, Bevölkerungsgesundheit und Big Data und Digital Health – vereint sind, lassen sich die meisten der im HCHE durchgeführten Forschungsprojekte nicht eindeutig in einen der Schwerpunkte zuordnen, sondern decken durch die breite Expertise des Zentrums mehrere Themenfelder ab – doch macht gerade das den Charme und die Attraktionskraft für Forschende aus. „Ein wichtiges Merkmal des Zentrums ist die hohe Interdisziplinarität“, erklärt Schreyögg, der das Zusammenwirken und die Integration von Medizinern des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf sowie Forschenden aus den Bereichen Betriebs- und Volkswirtschaftslehre der Universität Hamburg als eindeutigen Pluspunkt des HCHE benennt. Gerade durch diese enge Verzahnung verfüge das Team über eine umfangreiche methodische Expertise, durch die viele Fragestellungen im Bereich der ökonomischen Versorgungsforschung bearbeitet

werden können. Doch sei auch die menschliche, persönliche Seite in dem großen Team wichtig. „Wir verstehen uns sehr gut und arbeiten sehr gerne zusammen“, sagt Schreyögg.

Doch Forschung alleine reicht ihm nicht. Er will im Sinne der kritischen Versorgungsforschung auch Stellung beziehen, um so Einfluss nehmen zu können. „Gleichzeitig ist es uns sehr wichtig, unsere Forschungsergebnisse für Politik und Entscheidungsträger sichtbar und nutzbar zu machen“, sagt Schreyögg.

Was ihn an der Arbeit am HCHE fasziniert, ist die Möglichkeit, wissenschaftlich relevante und methodisch anspruchsvolle, aber ebenso praktisch relevante Forschung zu verfolgen, um einen Beitrag zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens zu leisten. „Es macht mir enormen Spaß, durch Forschung Transparenz in bestimmte Sachverhalte zu bringen“, gibt der Wissenschaftliche Direktor des HCHE zu Protokoll, den vor allem die Komplexität und Interdisziplinarität bestimmter Fragestellungen interessieren. Um diese dann in international anerkannten Medien zu publizieren; diese Sichtbarkeit sei nun einmal die Währung der Wissenschafts-Community.

Dabei hilft es natürlich auch, dass nach der erfolgreichen Einwerbung der Zentrumsförderung des BMBF im Jahre 2011, die den Weg für den Aufbau des Zentrums geebnet hat, im Sommer 2017 unter Leitung des HCHE das European Training Network (ETN), das internationale Graduiertenkolleg „Improving Quality of Care in Europe“ (IQCE), starten konnte, das wiederum durch Mittel der Europäischen Kommission gefördert wurde.

Ein Ergebnis dieses Programms ist neben zahlreichen anderen Einzelforschungsprojekten das „European COVID Survey“ (ECOS), mit dem das HCHE in einem europäischen Forschungsverbund die Sorgen und Einstellungen der Menschen in der Corona-Pandemie sowie die Impfbereitschaft untersucht. Die repräsentative Studie „European COVID Survey (ECOS)“ startete im April 2020 und wird seitdem circa alle zwei Monate durchgeführt, was zum einen durch Fördermittel des Horizon 2020 Research and Innovation Programms der Europäischen Union und zum anderen über Mittel der Exzellenzstrategie der Universität Hamburg und weiteren beteiligten Universitäten ermöglicht wurde.

Seit kurzem liegen die Ergebnisse der mittlerweile 7. Welle (vom 21. Juni bis 05.

Juli 2021) vor. Diese zeigen unter anderen, dass in fast allen befragten europäischen Ländern die Impfbereitschaft in den vergangenen Monaten zugelegt hat. Sie liegt nun zwischen 67 Prozent in Frankreich und 84 Prozent in Dänemark und Großbritannien. „Der Anstieg lässt sich insbesondere durch den Rückgang des Anteils der Unsicheren erklären“, so Schreyögg. Auch in Deutschland wäre die Zahl der Unentschlossenen seit April 2021 von 17 auf 7 Prozent gesunken, während die Impfbereitschaft im gleichen Zeitraum von 67 auf 74 Prozent zunahm. Laut den Erkenntnissen der Umfrage liegt innerhalb Deutschlands nur der Osten bei der Impfbereitschaft nicht über der 70-Prozent-Marke und verzeichnet mit fast 25 Prozent beinahe doppelt so viele Ablehnende wie der Norden. Hier stünden nur 14 Prozent einer Impfung skeptisch gegenüber. Impfen lassen wollen sich dagegen 78 Prozent.

Diese Sichtbarkeit gilt natürlich auch innerhalb der deutschen Forscher-Gemeinschaft, wobei Schreyögg den Fokus für das HCHE an der Schnittstelle zwischen Ökonomie und Versorgungsforschung ansiedelt. So war das Zentrum im Laufe der letzten Dekade Gastgeber verschiedener großer Konferenzen: 2016 der Tagung der „European Health Economics Association“ (Euhea) und 2018 der Jubiläumstagung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e.V. (DGGÖ) mit einem Rekord von immerhin 500 Teilnehmenden. <<



Meilin Möllenkamp  
Research Associate

>> Warum arbeiten Sie am Hamburg Center for Health Economics?

Ich habe mich für eine Stelle als wissenschaftliche Mitarbeiterin am HCHE entschieden, da das HCHE es mir ermöglicht zusammen mit

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



anderen renommierten Wissenschaftler:innen in einem interdisziplinären, dynamischen und motivierenden Arbeitsumfeld in den Bereichen der Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung zu arbeiten.

**Was zeichnet in Ihren Augen das Hamburg Center for Health Economics aus?**

Das HCHE bringt Wissenschaftler:innen aus unterschiedlichen Disziplinen zusammen, um aktuelle Herausforderungen im Gesundheitswesen gemeinsam zu adressieren und wichtige Fragen zu beantworten. Darüber hinaus verfügt das HCHE über ein hervorragendes nationales und internationales Netzwerk und fördert dadurch den Austausch, nicht nur mit anderen hochrangigen Wissenschaftler:innen, sondern auch mit relevanten Akteur:innen aus der Gesundheitspolitik und der Praxis.

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

Aktuell beschäftige ich mich mit regionalen Unterschieden in der Nutzung von Medizintechnik. Konkret untersuche ich, ob Übertragungseffekte (sog. Spillover) zwischen nahe gelegenen Krankenhäusern einen Einfluss auf die leitliniengerechte Nutzung von Medizintechnikprodukten haben. Dies analysiere ich gemeinsam mit meinen Koautor:innen am Beispiel der Nutzung von Medikamenten freisetzenden Koronarstents in Deutschland und Italien im Zeitraum 2012 bis 2016. Hierzu verwenden wir räumlich-ökonomische Zeitreihenanalysen, die die Standorte der Krankenhäuser und die Distanzen zwischen nahe gelegenen Krankenhäusern einbeziehen. Im Resultat finden wir positive räumliche Spillover-Effekte zwischen nahe gelegenen Krankenhäusern, die darauf hindeuten, dass der Wissenstransfer und der Austausch zwischen Krankenhauspersonal und Krankenhäusern eine zentrale Rolle für die leitliniengerechte Nutzung von Medizintechnik spielt.

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

Ich finde es wichtig, die Unterschiede, die wir in der Gesundheitsversorgung beobachten, besser zu verstehen. Ich möchte mit meiner Forschung die Faktoren und Mechanismen, die diese Unterschiede erklären können, näher

beleuchten. Damit möchte ich dazu beitragen, dass wir die Gründe für Unterschiede in der Gesundheitsversorgung besser nachvollziehen und mögliche Schwachstellen aufzeigen und diese gezielter adressieren können. <<



PD Dr. med. Alexander Konnopka  
Wiss. Mitarbeiter

**>> Warum arbeiten Sie am Hamburg Center for Health Economics?**

Ich bin seit 2010 im Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung tätig und war von Anfang an beim HCHE dabei. In der ersten BMBF-Förderrunde von Zentren der gesundheitsökonomischen Forschung konnte ich z.B. eine eigene Nachwuchsgruppe am HCHE einwerben. Auch danach hat mir das HCHE hervorragende Entwicklungsmöglichkeiten bis hin zur Habilitation geboten. Ich schätze am HCHE vor allem die interkollegiale Zusammenarbeit und den interdisziplinären Austausch. Ein Teil davon sein zu können ist etwas Besonderes, das ich sehr zu schätzen weiß.

**Was zeichnet in Ihren Augen das Hamburg Center for Health Economics aus?**

Das HCHE als eines der größten Zentren für gesundheitsökonomische Forschung in Europa zeichnet sich vor allem durch ein hohes Maß an Interdisziplinarität aus. Das bietet vor allem jungen Wissenschaftlern hervorragende Möglichkeiten sich zu entwickeln und Forschungen auf höchstem Niveau zu betreiben. Darüber hinaus hat das HCHE mit dem HCHE-Zentrumstag, dem HCHE Research Seminar und HCHE Research Results Life gleich mehrere Veranstaltungsformate, bei denen die Mitglieder zusammenkommen und sich austauschen können. So wird neben der professionellen Seite auch die Gemeinschaft gelebt.

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

Mein Forschungsschwerpunkt ist die ökonomische Evaluation, das heißt ich beschäftige mich vor allem mit den ökonomischen Auswirkungen von Krankheiten und neuen Versorgungsleistungen, wobei ich einen Schwerpunkt auf psychischen Erkrankungen habe. In RECOVER evaluieren wir z.B. ein schweregradgestuftes Versorgungsmodell für Menschen mit psychischen Erkrankungen und in I-REACH Versorgungsmodelle für geflüchtete Menschen mit psychischen Erkrankungen. In BarrierefreiASS analysieren wir die Versorgungssituation von Menschen mit Autismus. Meine Forschungen sind jedoch nicht auf psychische Erkrankungen beschränkt. In Insemap z.B. möchten wir Wege entwickeln, mit denen die zahnärztliche Versorgung von ambulant Pflegebedürftigen verbessert werden kann.

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

Ich möchte vor allem einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen leisten. Hier gibt es in Deutschland – leider muss man sagen – noch erhebliches Potenzial. <<

**HCHE Research Digital-Seminare**

**18.10.2021,**

**16:30 Uhr bis 18:00 Uhr**

>> Prof. Dr. Frank Jacobi, Professur für klinische Psychologie und Psychotherapie an der Psychologischen Hochschule Berlin, präsentiert seine Forschungsarbeit. <<

**08.11.2021,**

**16:30 Uhr bis 18:00 Uhr**

>> Prof. Dr. Moritz Drupp, Juniorprofessur für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Umweltökonomik, an der Universität Hamburg, präsentiert seine Forschungsarbeit. <<

**22.11.2021**

**16:30 Uhr bis 18:00 Uhr**

>> Katja Grasic, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der University of York, präsentiert ihre Forschungsarbeit. <<

**17.01.2022,**

**16:30 Uhr bis 18:00 Uhr**

>> Dr. Florian Kruse vom Radboud University Medical Centre präsentiert ihre Forschungsarbeit. <<

**Ihr Institut fehlt?**

Wenn Sie der Ansicht sind, dass in der MVF-Serie „Versorgungsforschung made in“ auch Ihre Abteilung oder Ihr Institut an einer Universität oder Hochschule vorgestellt werden sollte, mailen Sie bitte an [redaktion@m-vf.de](mailto:redaktion@m-vf.de)



# Revolutionen

erfordern Leidenschaft.

*Seit über hundert Jahren setzen wir als forschendes Unternehmen durch Diagnostika und Medikamente neue Standards im Gesundheitswesen. Heute versprechen neue Datenquellen und Analysemöglichkeiten für Patienten die passende Behandlung zum richtigen Zeitpunkt zu finden. Daran müssen wir gemeinsam arbeiten. Damit Fortschritt dem Menschen dient. Und nicht umgekehrt.*

Roche



Die ominöse Diskrepanz gemeldeter und verschwundener Intensivbetten

## Unerwünschte Mitnahmeeffekte oder viel mehr?

Der bekannte Infektiologe und Versorgungsforscher Prof. Dr. Matthias Schrappe war mit seinem Autorenteam der erste, der in der Ad-hoc-Stellungnahme 3.0 „Zur Rolle der intensivmedizinischen Versorgung in der SARS-CoV-2/Covid-19-Epidemie“ (1) einen harten Verdacht äußerte, in dem er am 17. Mai dieses Jahres schrieb: „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.“ Für diese Aussage bekam er nicht nur viel Gegenwind, sondern teils massive persönliche Anfeindungen. Diese legten sich allerdings, als der Bundesrechnungshof seine in „Monitor Versorgungsforschung“ veröffentlichten Zahlen aufgriff und am 9. Juni in seinem „Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO über die Prüfung ausgewählter coronabedingter Ausgabepositionen des Einzelplans 15 und des Gesundheitsfonds“ sogar beanstandete, „dass das derzeitige System der Ausgleichszahlungen unerwünschte Mitnahmeeffekte ermöglicht.“ Kürzlich meldete sich dazu im „Bild“-Format „Hart, aber weise“ (2) SPD-Gesundheitsexperte Prof. Dr. Karl Lauterbach zu Wort, der noch viel weitgehendere Verdachtsmomente äußerte.

>> Über seine Feststellungen hatte der Bundesrechnungshof (BRH) dem Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages am 9. Juni 2021 berichtet und schrieb recht eindeutig: „Das System der Ausgleichszahlungen an Kliniken für freigehaltene Intensivbetten ermöglichte Mitnahmen und setzte Fehlanreize bei der Meldung freier Kapazitäten.“ Auch stellt der BRH generell infrage, ob die Förderung zusätzlicher Intensivbetten aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung zu einem Erfolg geführt hätte. Der Grund: Bei den Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser sowie bei der Förderung zum Aufbau zusätzlicher Intensivbetten seien Mängel festgestellt worden, die – so betont der BRH in seinem Bericht (3) – selbst unter Berücksichtigung des Zeit- und Handlungsdrucks in der Krise „gravierend“ gewesen seien.

Zu diesem Vorwurfskomplex bezog SPD-Gesundheitsexperte Prof. Dr. Karl Lauterbach am 17. Juni dieses Jahres im „Bild“-Format „Hart, aber weise“ – wie man es von ihm gewohnt ist – mit sehr klaren Worten Stellung. Als Antwort auf die Frage des Interviewenden, ob die gezeigten Kurven aus Höxter und dem Landkreis Saarpfalz, die jeweils einen drastischen Abfall der freien Intensivbetten zwischen November und Dezember 2020 (Abb. 1) darstellten, Zufall seien, gab er zu Protokoll: „Die Wahrscheinlichkeit ist Null, dass das ein Zufall ist.“ Der Verdacht stünde im Raum, dass „hier Kliniken Betten abgemeldet haben, um die freien Intensivbetten unter 25% zu bekommen“ – mit dem Ziel, „Ausgleichszahlungen mitzunehmen“. Lauterbach weiter: „Das ist eine Korrelation, die ein Zufall sein kann, aber nicht zufällig ist, weil es um zu viel Geld geht.“ Er sei sich sicher, dass sich die Kliniken überlegt hätten, wie sie an Ausgleichszahlungen

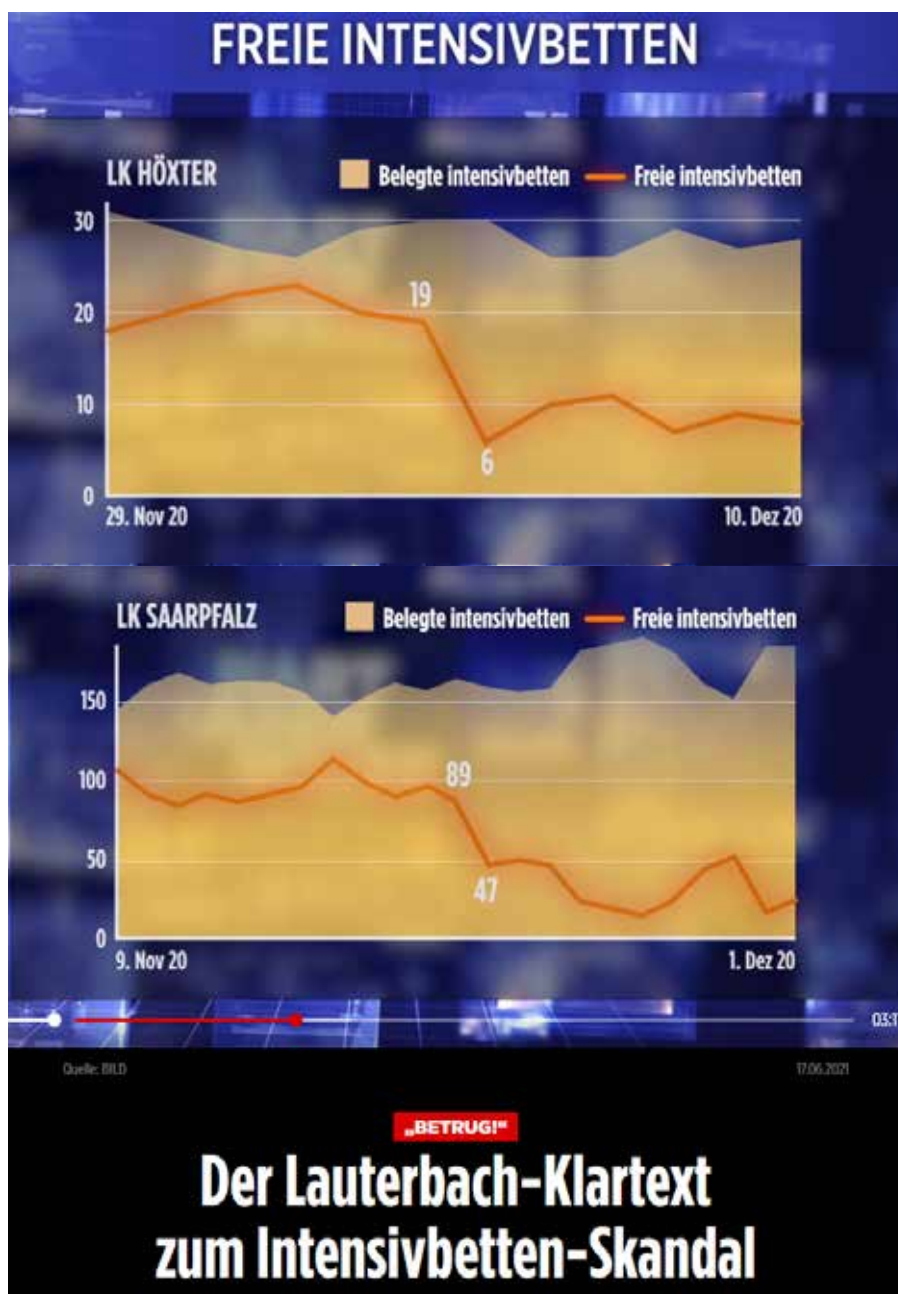


Abb. 1: Zwei Beispiele für den laut „Bild“ zu vermutenden Betrug aus dem „Bild“-Format „Hart, aber weise“ vom 17. Juni 2021.



kommen könnten; er gehe zudem davon aus, „dass viele Kliniken genau das gemacht haben“. Dies sei Betrug, „wenn es sich als das erweist, was es offensichtlich ist“.

Doch sei dessen Ausmaß unbekannt. Darum will Lauterbach vor allem diese Fragen beantwortet haben:

- Wie viel Betrug hat stattgefunden?
- Wie viele Krankenhäuser haben die Grenze von mehr als 75-prozentiger Auslastung tatsächlich nur erreicht, indem manipuliert wurde, indem Betten abgemeldet wurden?
- Wie viele Krankenhäuser wurden für den Aufbau von Betten bezahlt und die Betten sind nie aufgebaut worden?

Zum Schluss kommt ganz harter Tobak mit der Frage, die gleichzeitig ein sehr ernst zu nehmender Vorwurf ist:

- „Wie viele Patienten wurden auf Intensivstationen behandelt, damit die 75%-Quote übertroffen werden konnte, die aber gar nicht auf der Intensivstationen behandelt hätten werden müssen?“

Bei all diesen Fragen stünde man, so Lauterbach abschließend, erst „am Anfang der Aufklärung“.

## Wohin die Milliarden Euro flossen

Aus welchen Gründen könnten Krankenhaus-Manager so handeln? Eine mögliche Antwort liefert der „Krankenhaus Rating Report“, der sich seit 17 Jahren der Darstellung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser widmet und für den aktuellen Rating Report 515 Jahresabschlüsse von Krankenhäusern aus dem Jahr 2017 und 525 aus dem Jahr 2018 ausgewertet hat.

Obwohl für den Rating Report 2021 zwar nur auf die Abschlüsse der Jahre 2018 und 2019 zurückgegriffen werden konnte, könnte diese Datengrundlage – so die Autoren – zusammen mit bereits bekannten Veränderungen über den möglichen Einfluss auf Kosten und Erlöse von Krankenhäusern als gute Grundlage für eine Hochrechnung für 2020 dienen.

Der Report kommt zu dem Schluss, dass sich die wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser im Jahr 2018 erneut verschlechtert habe: 13 Prozent lägen im „roten Bereich“ mit erhöhter Insolvenzgefahr, im Jahr davor seien es nur 11% gewesen. Auch habe sich die Ertragslage 2018 ebenfalls weiter verschlechtert: 29% der Krankenhäuser hätten auf Konzernebene einen Jahresverlust geschrieben, 2017 wären es noch 27% ge-

wesen. Zusätzlich hätte eine Sonderanalyse ergeben, dass schätzungsweise 40% der Landkreise instabile Krankenhausstrukturen aufweisen würden und diese damit in den kommenden Jahren Handlungsbedarf hätten.

Der wurde jedoch etwas hinausgezögert, weil im Jahr 2020 verschiedene Stützungsmaßnahmen aus dem Covid-19-Gesetz zu einem „positiven Netto-Effekt für die Kliniken“ geführt hätten, der jedoch im Jahr 2021 voraussichtlich größtenteils wieder entfalle, sodass spätestens 2022 wieder das „Normalniveau“ erreicht werde. Für einzelne Krankenhäuser – so die Autoren des Reports – könne „der Effekt jedoch sehr unterschiedlich ausfallen“, zudem falle das Rating regional sehr unterschiedlich aus: am

schlechtesten stelle sich die Situation in **Baden-Württemberg, Hessen** und **Bayern** dar, signifikant besser indes in Ost-Deutschland.

Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) hat den gesetzlichen Auftrag erfüllt, Ausgleichszahlungen für verschobene oder ausgesetzte planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe in der Zeit vom 16. März bis 30. September 2020 zu leisten. Ziel sei es – so der Bundesrechnungshof – gewesen, freie Kapazitäten für die stationäre Behandlung von Covid-19-Patienten zu erhöhen. Diese Ausgleichszahlungen hätten zunächst 560 Euro pro Tag je ausgebliebenem Patient betragen, und ab dem 13. Juli 2020 eine differenzierte Pauschale nach Art der Klinik zwischen 360 und 760 Euro bzw. 280 Euro

Zahlungen für Krankenhäuser unterteilt nach Bundesländern (in Mio. Euro)				
Bundesland	Einnahmeausfälle <sup>1</sup> im Zeitraum vom 16.3. - 30.9.2020	zusätzliche Intensivbetten im Zeitraum vom 16.3. - 30.9.2020	Einnahmeausfälle <sup>1</sup> im Zeitraum vom 18.11.2020 - 15.6.2021	Gesamt
<b>Baden-Württemberg</b>	903,00	98,50	547,00	1.548,50
<b>Hessen</b>	676,08	48,70	395,54	1.120,32
<b>Bayern</b>	1.382,87	100,20	843,00	2.326,07
Berlin	363,41	27,90	352,00	743,31
Brandenburg	293,78	23,30	200,55	517,64
Bremen	89,94	6,95	59,50	156,39
Hamburg	244,55	15,60	156,00	416,15
Mecklenburg-Vorpommern	184,78	13,70	85,65	284,13
Niedersachsen	792,00	74,50	420,00	1.286,50
Nordrhein-Westfalen	2.176,33	110,95	1.450,00	3.737,28
Rheinland-Pfalz	437,86	29,50	272,52	739,88
Saarland	138,76	15,50	90,33	244,59
Sachsen	387,89	47,35	346,80	782,04
Sachsen-Anhalt	263,84	27,15	179,00	469,98
Schleswig-Holstein	286,42	26,20	105,56	418,18
Thüringen	287,70	20,10	191,00	498,80
<b>Gesamt</b>	<b>8.909,19</b>	<b>686,10</b>	<b>5.694,46</b>	<b>15.289,74</b>

**Tab. 1:** Zahlungen für Krankenhäuser unterteilt nach Bundesländern (in Mio. Euro Stand: 15. Juli 2021). Legende: 1 = Die aus dem Gesundheitsfonds ausgezahlten Finanzhilfen werden vom Bund erstattet. Quelle: BAS (4).

Voraussetzungen für die Ausgleichszahlungen		
Art	Anteil freier betreibbarer Intensivbetten in %	7-Tage-Inzidenz
Empfehlungen des Beirats nach § 24 KHG	< 20	> 100
Drittes Bevölkerungsschutzgesetz	< 25	> 70
Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser	< 25	> 50

**Tab. 2:** Voraussetzungen für die Ausgleichszahlungen. Quellen: § 21 Absatz 1a Satz 2 KHG; durch Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser geändert; § 1 Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser; Darstellung Bundesrechnungshof, BRH (3).

für psychiatrische Krankenhäuser gegolten. Ab dem 18. November 2020 hätten – so der BRH weiter – Krankenhäuser nach dem Dritten Bevölkerungsschutzgesetz erneut Ausgleichszahlungen erhalten können. Die Voraussetzungen dafür waren zunächst, dass

- die regionale Verfügbarkeit freier betreibbarer intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten unterhalb von 25% der Gesamtkapazität lag und
- eine 7-Tages-Inzidenz von über 70 je 100.000 Einwohner in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt bestand (Tab. 2).

Zudem hätte das BMG neben der regionalen Verfügbarkeit freier betreibbarer intensivmedizinischer Betten unterhalb von 25% mit der Rechtsverordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser festgelegt, dass Ausgleichszahlungen seit dem 9. April 2021 gewährt werden können, wenn eine 7-Tage-Inzidenz von über 50 je 100.000 Einwohner bestand. Die Länder übermitteln dazu die Höhe der Ausgleichszahlungen dem BAS (Tab. 1), das die Ausgleichszahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds vorfinanziert, worauf der Bund wiederum den Betrag an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erstattet.

Der Bundesrechnungshof räumt in seinem Bericht zwar ein, dass eine Förderung zur Aufrechterhaltung der Krankenhausversorgung in der Fläche sachgerecht erschien, wies aber gleichzeitig darauf hin, dass die Krankenhausversorgung seit Jahren „aufgrund unnötiger Doppelstrukturen, fehlender Spezialisierung und unzureichend erschlossener Potenziale für mehr ambulante Behandlungen als ineffizient“ gelte. (5)

Weiters rät der BRH dazu, dass der Bund – soweit dieser auch künftig Mittel zur wirtschaftlichen Aufrechterhaltung von Krankenhäusern aufzubringen beabsichtige – „Mitspracherechte bei der Planung der Krankenhausstruktur erhalten“ solle. Nur so könne der Bund dazu beitragen, dass seine zur Aufrechterhaltung der Krankenhausversorgung eingesetzten Mittel effizient verwendet würden. Zumindest mittel- und langfristige sollte zudem eine „Perpetuierung der zum Teil unwirtschaftlichen und regional unzureichenden Versorgungsstrukturen“ durch pauschale Unterstützungsleistungen nach dem „Gießkannenprinzip“ vermieden werden.

Wie kräftig die Krankenhauslandschaft insgesamt gegossen wurde, zeigen die Zahlen des Bundesrechnungshofs: Demnach stiegen die aus Zahlungen der GKV resultie-

renden Einnahmen der Krankenhäuser von 80,2 Mrd. Euro im Jahr 2019 auf 81,5 Mrd. Euro im Jahr 2020. Hinzu kamen weitere 10,2 Mrd. Euro an Ausgleichszahlungen des Bundes als Ausgleich für den Bettenleerstand. Er beanstandet, dass das derzeitige System der Ausgleichszahlungen „unerwünschte Mitnahmeeffekte“ ermöglichte.

Analysen des RKI hätten zudem gezeigt, dass „Datenmeldungen möglicherweise dazu genutzt wurden, schneller die Schwelle zu erreichen, ab der Ansprüche auf Ausgleichszahlungen für nicht belegte Betten“ entstanden wären. Daher hat der BRH bei einer weiteren Verlängerung der Zahlung von Ausgleichspauschalen zu Kennzahlen geraten, die Fehlanreizen und Mitnahmeeffekten entgegenwirken. Dazu sollten Kennzahlen gewählt werden, die „nicht von den Empfängern der Ausgleichszahlungen beeinflusst“ werden können, wie etwa „Hospitalisierungsquoten und der jeweilige Anteil der Covid-19-Patienten an der Intensivversorgung“.

Als sachgerecht bewertete der Bundesrechnungshof in seinem Bericht Prognosemodelle, mit denen die in einem absehbaren Zeitraum benötigten Krankenhausbetten für Covid-19-Patienten vorhergesagt werden können. Hierzu könnten Hospitalisierungsquoten in Abhängigkeit vom Alter der derzeit besonders Betroffenen nutzbar gemacht werden. Dies könnte zu einer zielgenaueren Steuerung der Ausgleichszahlungen beitragen.

In seiner abschließenden Würdigung bemängelt der Bundesrechnungshof, dass die Ausgleichszahlungen nach § 21 KHG vielen Krankenhäusern im vergangenen Jahr eine „massive Überkompensation aus Steuermitteln“ ermöglicht hätte: Bei sinkender Bettenauslastung um knapp 8% seien die Zahlungen der Krankenkassen für Krankenhausbehandlungen im Jahr 2020 gegenüber 2019 um 1,7% gestiegen. Hinzu kämen die Ausgleichszahlungen des Bundes. Die recht eindeutige Wertung des BRH:

**„Der Bund hat damit nicht überwiegend Zahlungen zur Aufrechterhaltung freier Krankenhauskapazitäten für Covid-19-Patienten geleistet, sondern vielmehr das betriebswirtschaftliche Risiko einer nicht ausreichenden Belegung der Krankenhäuser mitgetragen.“**

Der Bundesrechnungshof begrüßt es daher, dass mit dem Dritten Bevölkerungsschutzgesetz Kriterien festgelegt wurden, um die Ausgleichszahlungen zielgerichteter an Krankenhäuser leisten zu können.

Der BRH sieht jedoch weiterhin erheb-

liche Fehlanreize durch die Gestaltung der Voraussetzungen für die Ausgleichszahlungen. Zurecht habe das BMG – so der BRH – darauf hingewiesen, dass die 7-Tage-Inzidenz und die Zahl der freien betreibbaren Intensivbetten als Fördermerkmale gewählt wurden, um eine höhere Zielgenauigkeit zu erreichen und den Verwaltungsaufwand gering zu halten. Doch hätte dies „nicht grundlegend die Anfälligkeit der Parameter für eine Beeinflussung durch die potenziellen Zahlungsempfänger“ ausgeschlossen. So hätte auch das RKI über mehrfache Kontaktaufnahmen mit dem Ziel berichtet, Meldungen der freien betreibbaren Intensivbetten nachträglich zu korrigieren.

Auch bestünde weiterhin die Möglichkeit einer – zumindest versehentlichen – Beeinflussung der Datenmeldung. Dies sei besonders problematisch, da „drohende Engpässe der medizinischen Versorgung auch als Entscheidungsgrundlage für weitere politische Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung“ dienen. Anreize, diesen Indikator zu beeinflussen, müssten deshalb soweit als möglich ausgeschlossen werden.

Der BRH empfiehlt daher, die Voraussetzungen der Ausgleichszahlungen im Falle ihrer Verlängerung oder späteren Wiedereinführung gesetzlich zu schärfen. Zur sachgerechten Bewertung der epidemischen Lage vor Ort sollten – den Empfehlungen des RKI entsprechend – Merkmale herangezogen werden, die eine Beeinflussung durch die Empfänger der Ausgleichszahlungen erschweren oder ausschließen. Dazu könnten sich nach Meinung des Rechnungshofs u. a. der Anteil intensivmedizinisch behandelter Covid-19-Fälle an der Gesamtzahl der betreibbaren Intensivbetten, die wöchentliche Inzidenz hospitalisierter Fälle unter den über 60-Jährigen und der Anteil der Kontaktpersonen, die nachverfolgt werden können, eignen. Eine verbesserte Datenbasis zur Entscheidung über die Gewährung der Ausgleichszahlungen wäre insoweit sogar ohne einen erhöhten Verwaltungsaufwand für die Länder möglich, da die dafür erforderlichen Daten dem RKI ohnehin gemeldet werden müssten.

### Quo vadis Intensivbetten

Zugelassene Krankenhäuser erhielten nach Aussage des BRH-Berichts für den Aufbau von zusätzlichen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit (Intensivbett mit Beatmungsmöglichkeit) vom 16. März bis

30. September 2020 einmalig 50.000 Euro je Intensivbett. Dieser Betrag sei das Ergebnis eines politischen Kompromisses, da die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) im Gesetzgebungsverfahren einen Förderbetrag von 85.000 Euro für ein Intensivbett mit Beatmungsmöglichkeit gefordert hätte.

Voraussetzung dafür sei eine Genehmigung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden gewesen. Eine Rückzahlung im Fall einer fehlerhaften Meldung bzw. einer unberechtigten Förderung hätten die gesetzlichen Regelungen indes nicht vorgesehen. Für den Aufbau neuer Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit zahlte das BAS über den Gesundheitsfonds von Mitte März 2020 bis Anfang März 2021 rund 686,1 Mio. Euro aus. Damit müssten 13.722 neue Intensivbetten gefördert worden sein, rechnet der BRH vor. Ein solcher Kapazitätzuwachs sei jedoch aus den vorliegenden Statistiken und Datensammlungen nicht abzulesen. Dies gelte auch für die im DIVI-Intensivregister abrufbaren Zahlen.

Umso wichtiger sei es, die ordnungsgemäße und zweckentsprechende Verwendung der eingesetzten Fördermittel kontrollieren zu können. Daher hält es der BRH für unverzichtbar, dass die Zahl der durch die Förderung beschafften zusätzlichen Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit verlässlich beziffert werden könne. Dies sei aber derzeit nicht der Fall. Soweit es aufgrund verschiedener Definitionen schon in der frühen Phase der Pandemie zu uneinheitlichen Meldungen gekommen sei, hätte es angesichts des Fördervolumens nahegelegen, „unverzüglich eine eindeutige Definition zu erarbeiten und die Zahl der aufgestellten Intensivbetten nachzuvollziehen“. Auch die Anzahl von Low-Care-Behandlungsplätzen, die zu High-Care-Behandlungsplätzen umgewandelt worden seien, hätte durch eine effektive Kontrolle nachvollzogen werden müssen. Der Rechnungshof hält es zudem für nicht vertretbar, dass das BMG auf eine exakte Feststellung der zunächst vorhandenen Intensivbetten verzichtet hatte. Dies habe einen zahlenmäßigen Abgleich des Intensivbetten-Bestandes zu Beginn und am Ende der Förderung und damit die Überprüfung der Förderung auf ihre Wirksamkeit vereitelt.

Die Klärung der ordnungsgemäßen Mittelverwendung für die Schaffung zusätzlicher Intensivkapazitäten hat nach Ansicht des BRH nicht nur Bedeutung für die Vergangenheit. Zur Stärkung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems und zur Bekämpfung künftiger epidemischer Geschehnisse wäre die Aufstockung der vorhandenen betriebsfähigen Intensivbetten um weitere 13.700 eine relevante Größe: gemessen am Bestand der im Monat April 2021 bundesweit verfügbaren 24.000 Intensivbetten (belegte und freie betriebsfähige Betten) von immerhin 57%. Der Verbleib und die tatsächliche Einsatzbereitschaft der mit der Förderung geschaffenen Intensivbetten sei daher auch aus diesem Grund zu klären. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

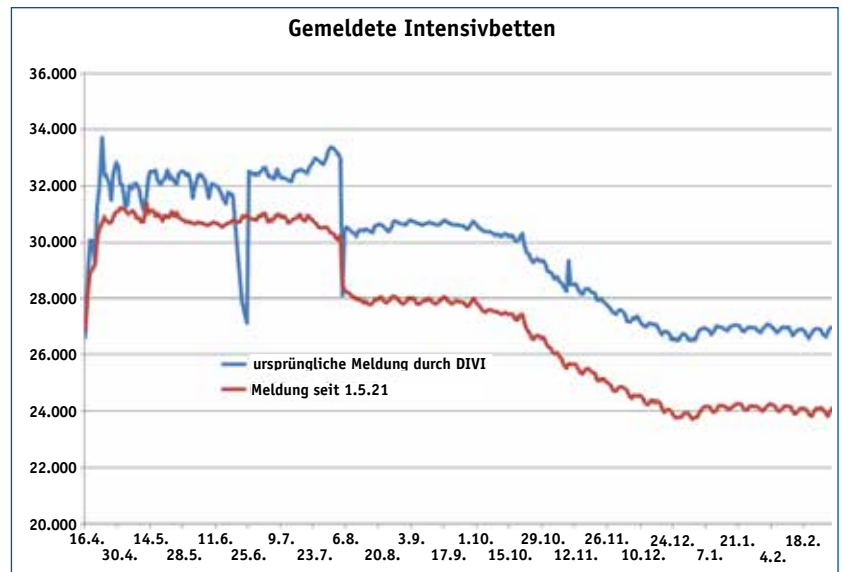


Abb. 2: Gemeldete Intensivbetten (bis 3.2.2021, danach Angleichung). Die blaue Linie gibt die Anzahl der Betten wieder, die jeweils tagesaktuell vom RKI/der DIVI gemeldet wurden. Die rote Linie entspricht den Zahlen aus dem jetzigen Archiv der DIVI (Download 1.5.2021). Die Zahlen wurden offensichtlich retrospektiv nach unten korrigiert. Quelle: Schrappe et al. (MVf 03/21).

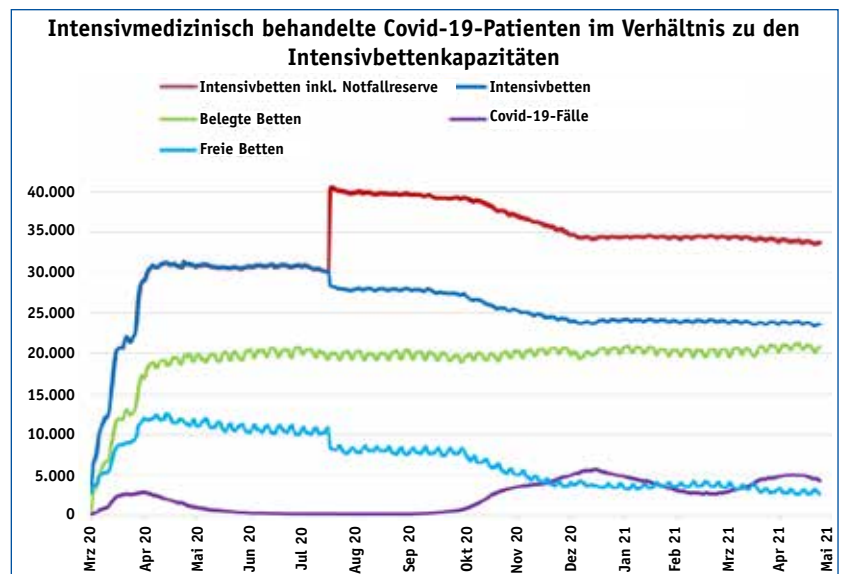


Abb. 3: Anzahl der intensivmedizinisch behandelten Covid-19-Patienten im Verhältnis zu den Intensivbettenkapazitäten (Quelle: DIVI-Intensivregister). Quelle: Schrappe et al. (MVf 03/21).

## Literatur

- 1: 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>
- 2: <https://www.bild.de/video/clip/politik-inland/betrug-der-lauterbach-klartext-zum-intensivbetten-skandal-76777190-76778188.bild.html>
- 3: <https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/beratungsberichte/2021/massnahmen-des-bundes-zur-corona-bewaeltigung-im-gesundheitswesen>
- 4: [https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Covid19\\_Krankenhausentlastungsgesetz/20210715\\_Zahlungen\\_fuer\\_Krankenhaeuser\\_15.7.2021.pdf](https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Covid19_Krankenhausentlastungsgesetz/20210715_Zahlungen_fuer_Krankenhaeuser_15.7.2021.pdf)
- 5: Bericht des Bundesrechnungshofes nach § 88 Absatz 2 BHO über die Prüfung der Krankenhausfinanzierung durch die gesetzliche Krankversicherung (Finanzierung von Investitionen), online unter <https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/beratungsberichte/2020/krankenhaeuser-seitjahren-unterfinanziert-und-ineffizient>

## Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Unerwünschte Mitnahmeeffekte oder viel mehr?“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/21), S. 44-47. <http://doi.org/10.24945/MVF.04.21.1866-0533.2331>



## Stipendium für DZNE-Doktorandin

>> Neben dem renommierten Alzheimer-Forschungspreis vergibt die Frankfurter Hans und Ilse Breuer-Stiftung seit 2006 bis zu drei Promotionsstipendien jährlich, um auch den wissenschaftlichen Nachwuchs der Demenz-Forschung zu fördern. Eines dieser Promotionsstipendien hat 2021 Wiebke Mohr vom Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) e.V., AG Translationale Versorgungsforschung, erhalten. Das für drei Jahre geförderte Projekt PreDemCare hat zum Ziel, die Versorgungspräferenzen von Menschen mit Demenz (MmD) zu ermitteln. „Besonders wichtig ist die frühzeitige Patientenbeteiligung, um Selbstverantwortung, Selbstbestimmung und Autonomie der Betroffenen zu stärken“, sagt Wiebke Mohr, Projektkoordinatorin, Stiftungsstipendiatin und Doktorandin am DZNE.

Die PreDemCare-Studie bedient sich für die Entwicklung eines Messinstrumentes zur Erfassung der Patientenpräferenzen einem Studiendesign, welches unterschiedliche und sich gegenseitig ergänzende wissenschaftliche Methoden beinhaltet („Mixed-Methods-Design“). Die Studie sieht zunächst Einzelinterviews mit MmD und deren Angehörigen im Rahmen einer Vorstudie sowie im Rahmen eines ersten Tests des Messinstrumentes vor. Anschließend wird basierend auf den Ergebnissen der Vorstudie der finale Fragebogen zur Präferenzermittlung entwickelt. Darüber hinaus wird durch Vorlage des AHP-Fragebogens bei behandelnden Ärzten auch untersucht, wo unterschiedliche Einschätzungen zu Versorgungspräferenzen zwischen Ärzten und Patienten bestehen könnten. <<

Weitere Infos: <https://bit.ly/3xDW4K3/>

## „SAHRA“ lebt

>> Das mittelständische IT-Unternehmen Data Experts, bereits 1962 gegründet als Zweigstelle Neustrelitz des VEB Maschinelles Rechnen Berlin, führt „SAHRA“ bereits seit dem Förderende im Jahr 2018 fort. „Smart Analysis Health Research Access“ war eines von 13 Leuchtturmprojekten innerhalb des Technologieprogramms „Smart Data – Innovationen aus Daten“ des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie (BMWi). Ziel des Projekts war und ist es, verschiedenartige versorgungsrelevante Datentöpfe analysierbar zu machen, um die daraus resultierenden Erkenntnisse in die Versorgungspraxis zu übertragen. <<

Weitere Infos: <https://bit.ly/36EoGqp>

## Krankenhaus Rating Report 2021

Hrsg.: Augurzky, Krolop, Pilny, Schmidt, Wuckel

### Krankenhaus Rating Report 2021

Verlag: medhochzwei, 2021

227 Seiten, Paperback

verfügbar als Printbuch, eBook und als Onlineversion

ISBN: 978-3-86216-831-6

Buch: 349,99 Euro, epub 297,99 Euro

>> Erneut kommt die diesjährige und damit schon 17. Auflage des „Krankenhaus Rating Report“ zu der Feststellung, dass sich einmal mehr die wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser verschlechtert hat. In die aktuelle Diskussion um die Ausgestaltung einer künftigen Krankenhausstruktur ist dieser Tatsachenbereich zwar hilfreich, aber aufgrund der Datenbankverfügbarkeit nicht ganz aktuell. Der Rating Report, gemeinsam vom RWI und des Institute for Healthcare Business GmbH (hcb) in Kooperation mit der Bank im Bistum Essen (BIB) und der HIMSS erstellt, basiert auf den Daten aus 2019, dem Jahr vor dem Beginn der Corona-Pandemie mit all seinen verzerrenden Effekten.

Das erwähnen auch die Autoren, wenn sie schreiben, dass 2019 zwar 13% der Krankenhäuser im „roten Bereich“ mit erhöhter Insolvenzgefahr gelegen und 33% der untersuchten Kliniken auf Konzernebene einen Jahresverlust geschrieben hätten, dies aber im Jahr 2020 durch die Ausgleichszahlungen für die Einnahmeausfälle der Krankenhäuser während der Covid-19-Pandemie sogar in einem „positiven Netto-Effekt“ überführt werden könnte. Allerdings warnen die Autoren auch, dass dieser Effekt nur kurzzeitig sei und sich die Lage ab 2022 wieder deutlich verschlechtern könnte. Will heißen: Mit dem zusätzlichen Einkommen, ob nun rechtens oder nicht rechtens eingeworben, wurde mit vielen Milliarden Euro nur ein Zeitaufschub erkaufte.

Für die Prognose hat das Autorenteam zwei Szenarien erarbeitet. In einem Basisszenario wird der Status quo des Jahres 2019 unter Berücksichtigung der Erkenntnisse während der Covid-19-Pandemie in den Jahren 2020 und 2021 sowie der demografischen Entwicklung und bereits be-

schlossener Gesetzesänderungen bis 2030 fortgeschrieben. Annahme ist eine Rückkehr zum Vor-Krisen-Niveau im Jahr 2022 und eine Zunahme der Fallzahl in Höhe von 4 Prozent gegenüber 2019 bis zum Jahr 2030. In diesem Szenario würde der Anteil der Krankenhäuser im „roten“ Rating-Bereich bis 2030 auf 26% und der Anteil der Häuser mit einem Jahresverlust auf 34% wachsen.

Im zweiten Szenario „Neustart“ wird angenommen, dass das Leistungsvolumen nicht mehr das Vorkrisenniveau von 2019 erreichen wird, sondern auf dem Niveau von 2021 stagniert und bis 2030 nur noch marginal ansteigt, sodass die stationäre Fallzahl im Jahr 2030 rund 6% unter dem Niveau von 2019 liegt. Kombiniert mit einer weiter sinkenden Verweildauer würde die Auslastung der stationären Kapazitäten infolgedessen stark sinken. In diesem Szenario würde sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser dramatisch verschlechtern. Nahezu drei Viertel der Häuser schrieben dann bereits ab 2022 Verluste und bis 2030 betrüge das durchschnittliche Jahresergebnis -10%. <<



## The Illusion of EBM

Autoren: Jureidini, J., McHenry, L.

### The Illusion of Evidence-Based Medicine

Verlag: Wakefield Press, 2020

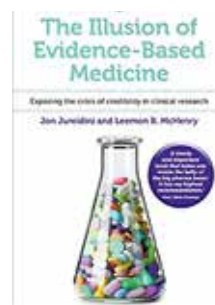
330 Seiten, Paperback

ISBN-10: 1743057245

Buch: 29,20 Euro

>> Wer das Buch gelesen hat, beginnt zu zweifeln – eigentlich an allem, was Wissenschaft und wissenschaftliche Publikation ausmacht. Zur Lektüre des Enthüllungsbuchs, das allerdings sehr wenige, aber dafür umso drastischere Beispiele zum Inhalt hat, empfiehlt sich ein sehr eindringliches Interview mit dem Autoren, Prof. Dr. Leemon McHenry, der im Video über die Hintergründe spricht, die zur Aufdeckung wissenschaftlichen Fehlverhaltens bei sogenannten „Ghostwriting-Veröffentlichungen“ geführt hätte. Mag sich jeder ein eigenes Urteil bilden. <<

Link zum Interview auf Youtube: <https://youtu.be/UAEAWyfuEWY>



# Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

20. DKVF – Pre-Conference-Angebote

## Eine Woche lang: Deutscher Kongress Versorgungsforschung

Aus den traditionellen drei Tagen des DKVF wird zum 20. Jubiläum eine ganze Kongresswoche mit interessanten und spannenden Pre-Conference-Workshops zum Auftakt.

>> Bereits am Montagnachmittag, den 4.10.21, geht es los mit der in der Organisationsentwicklung, der Beratung und im Coaching bewährten Methode der Erkundungsaufstellung: Wir sind zunehmend herausgefordert, unsere komplexen Systeme anders abzubilden und zu verstehen als sie von außen zu beobachten und in Zahlen und Daten zu messen. Erkundungsaufstellungen sind eine neue Erkenntnismethode, die es ermöglicht, ein System von innen heraus zu verstehen. Menschen repräsentieren wichtige Elemente eines Systems und können kraft ihrer intuitiven Wahrnehmung neue und nützliche Perspektiven auf das System entwickeln. Anhand einer konkreten Erkundungsaufstellung zum System der Versorgung erfahren die Teilnehmenden, wie die systemischen Bilder einer Erkundungsaufstellung die inneren Landkarten der Realität erweitern, ergänzen und für Veränderungsmöglichkeiten aufzeigen können. Teilnahmevoraussetzung: hohe Bereitschaft, sich in seinem jetzigen Bild vom System irritieren zu lassen.

Prof. Dr. Müller-Christ (Universität Bremen) wird die Erkundungsaufstellung leiten, der Kongresspräsident Prof. H. Pfaff wird der Themengeber sein. Es ist eine gute Möglichkeit, einen neuen Blick auf das Gesundheitssystem zu werfen.

### Wissenschaftliche Laufbahn in der Versorgungsforschung – wie kann ein CV aussehen?

Die Nachwuchsförderung ist seit jeher ein zentrales Anliegen des Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung. Dieser Pre-Conference-Workshop zielt darauf ab, verschiedene Laufbahnen in der Versorgungsforschung vorzustellen und konkret an den CVs der Teilnehmenden zu arbeiten.

Im ersten Teil gibt es einen Input zu verschiedenen Laufbahnen in der Versorgungsforschung. Hier stehen folgende Fragen im Mittelpunkt: Wie ist der Weg zu einer Professur? Gibt es eine klassische wissenschaftliche Laufbahn in der Versorgungsforschung? Welche Laufbahnen sind außerhalb der Wissenschaft möglich? Im zweiten Teil werden wir konkret an den individuellen CVs der Teilnehmenden arbeiten. Dafür sollte im Vorfeld ein wissenschaftlicher CV erstellt und an die Organisator:innen gesendet werden. Diskutiert werden sollen die Fragen: An welchen Punkten kann ich meinen CV weiterentwickeln? Was kann ich für die Zukunft planen? Organisiert und durchgeführt wird der Workshop von der AG Nachwuchs des DNVF.

### Wann, wie und warum können partizipative Elemente Evaluationen unterstützen? – Einblicke und Perspektivenvielfalt in Prozessevaluationen

Der 90-minütige Workshop richtet sich an Einsteiger und Interessierte im Bereich Partizipation und Evaluation. Vorkenntnisse sind nicht erforderlich. Das Verständnis von Partizipation ist sehr unterschiedlich ausgeprägt. Ziel des Workshops ist, dass die Teilnehmenden: (1) geeignete Partizipationselemente, -grade und -momente kennenlernen, (2) für die Chancen und Herausforderungen der Einbindung von partizipativen Elementen in Evaluationen sensibilisiert werden, sowie (3) selbstkritisch reflektieren, in welchen Forschungsvorhaben partizipative Elemente mitgedacht und – falls zielführend – eingebaut werden können. Die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen begrenzt. Der Workshop ist interaktiv angelegt. Aktives Einbringen in der Kleingruppenarbeit ist explizit gewünscht. Geleitet wird der Workshop von Dr. Theresa Krieger vom Institut für Mediz-

### Kommentar

Liebe Kolleginnen und Kollegen, über die mehr als 500 Abstract-Einreichungen und das große Interesse am digitalen 20. DKVF, dem Jubiläumskongress, haben wir uns sehr gefreut.



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

Das Programmkomitee und das lokale Organisationsteam rund um Prof. Pfaff haben dazu viele Ideen und neue Formate entwickelt, die interaktive Teilnahme aus der Ferne erlaubt und ein Kongressfeeling am eigenen PC vermittelt. Gemeinsam mit der Kongressagentur KUKM und der Geschäftsstelle des DNVF wurde eine neue, digitale Kongressplattform ausgewählt, die Kontaktaufnahme der Teilnehmer:innen vor und während des Kongresses auf vielfältige Weise ermöglicht. Über eingegebene Interessensprofile können neue spannende Kontakte gewonnen werden (Smart Match), Gruppen und 1-zu-1-Meetings sind möglich. Diese Plattform hat sich schon bei der SpringSchool bestens bewährt.

Ich möchte mich an dieser Stelle ganz herzlich beim Kongresspräsidenten Prof. H. Pfaff und seinem Organisationsteam sowie der Kongressagentur KUKM und unserem Geschäftsführer Dr. Bierbaum für die hervorragende Arbeit bedanken.

Auch dieses Jahr wird wieder der Wilfried-Lorenz – Versorgungsforschungspreis vergeben. 14 spannende Projekte bewerben sich um die Auszeichnung. Ganz herzlichen Dank an die Jury unter der Leitung von Prof. M Härter und an Frau Barche für die Organisation.

Das DNVF hat den Auftrag bekommen, im Rahmen des Nationalen Krebsplans und in der Dekade gegen Krebs ein Mustercurriculum „registerbasierte Forschung“ zu entwickeln. Das Projekt wird unter meiner Leitung vom BMG gefördert (Laufzeit vom 01.09.2021 bis 31.08.2024) und von der Geschäftsstelle des Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung, Dr. Bierbaum, koordiniert. Uns ist es sehr wichtig, das Curriculum unter Einbezug maßgeblicher Akteure zu entwickeln. Ich bin sehr dankbar für das große und vielfältige Interesse im wissenschaftlichen Beirat des Projekts mitzuwirken.

Ich würde mich freuen, Sie beim 20. DKVF im digitalen Raum begrüßen zu dürfen und mit Ihnen gemeinsam spannende Beiträge zu erleben und lebhaft Diskussionen zu führen.

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

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

insoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaften (IVMR) der Universität zu Köln.

Eine Teilnahme an den Pre-Conference-Workshops ist nur in Verbindung mit einem gültigen Kongressticket und einer Schutzgebühr von 20 Euro möglich. Die Plätze für Teilnehmende sind begrenzt und eine frühzeitige Anmeldung wird empfohlen. Die Anmeldung hierfür erfolgt über die reguläre Kongressregistrierung.

### **Update Versorgungsnahe Daten: Register – Datenressource für ein evidenzbasiertes Gesundheitssystem**

Angesichts der Diversifizierung („Individualisierung“) der Therapie werden Register eine immer wichtigere Ressource für die Versorgungsforschung und wichtigste Quelle für versorgungsnahe Daten (VeDa). In diesem Kontext wurde das vom BMG vergebene Gutachten zum Stand und Qualität der Register in Deutschland vom BQS und der TMF durchgeführt. Die Ergebnisse enthalten eine Bestandsaufnahme von mehr als 300 laufenden medizinischen Registern in Deutschland und Best Practice Beispiele aus dem In- und Ausland sowie eine Matrix aus einer Vielzahl von Qualitätsdimensionen, die in ihrer Wichtigkeit je nach Anwendung gewichtet werden. Die Ergebnisse werden in mehreren Vorträgen dargestellt und die abgeleiteten Empfehlungen sollen diskutiert und weiterentwickelt werden. Die Session wird von Dr. A. Niemeyer (TMF) und Prof. W. Hoffmann (Universität Greifswald) moderiert.

### **Get-together**

Wirklich schade ist, dass das DNVF und die vielen teilnehmenden Versorgungsforscher:innen das 20-jährige Jubiläum des DKVF nicht zusammen bei gemüthlicher Atmosphäre mit Musik und gutem Essen feiern können. Stattdessen wird am Dienstagabend ein digitales Get-together organisiert, in dem man sich in gesonderten Räumen mit anderen Teilnehmenden austauschen, für Sessions verabreden und digital viele Menschen aus dem Feld der Versorgungsforschung treffen kann.

### **Meet the Presidents**

Alle haben die Möglichkeit in einem der Räume die Vorsitzende des DNVF, Prof. M. Klinkhammer-Schalke und den Kongresspräsidenten Prof. H. Pfaff, zu treffen und sich mit beiden auszutauschen. Das Get-together ist auch eine gute Gelegenheit, sich mit der digitalen Kongressplatt-

form vertraut zu machen. Zum Get-together sind alle eingeladen, die einen Vortrag oder ein Sciences Pitch auf dem Kongress halten oder am Science Slam aktiv teilnehmen.

### **Kongresstag für Bürger:innen und Patient:innen auf dem 20. DKVF**

Am Freitag, den 08. Oktober 2021, ist ein Programm zusammengestellt worden, welches in besonderem Maße von Interesse für Patient:innen sein wird. Ein zentrales Thema des Tages ist die gesundheitliche Versorgungssituation von Nicht-Covid-19-Erkrankten während der Corona-Pandemie. Diskutieren möchten wir in einem interaktiven Workshop über das Thema:

### **Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Nicht-Covid-Erkrankte – Veränderungen der Versorgung, deren Qualität und der Patientensicherheit**

Im Vorfeld des Kongresses wurde eine Befragung zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Versorgung durchgeführt. Die Ergebnisse werden am Anfang des Workshops vorgestellt und nach Themen geordnet in einem digitalen interaktiven Format diskutiert. Ziel ist es, Ansatzpunkte für die Versorgungsforschung insbesondere Fragestellungen zu generieren, die aus der Perspektive von Bürger:innen und Patient:innen als besonders relevant eingeschätzt werden.

### **Patient:innen als Forschende einbinden**

Die Einbeziehung von Patient:innen schon bei der Fragestellung eines Forschungsprojektes kann für die Praxisrelevanz von großem Nutzen sein. In einer zweiten Session diskutieren Patient:innen und Bürger:innen mit Forschenden, die gerade am Anfang eines Projekts stehen, das Projekt-design.

### **Satelliten-Symposium: Angemessene medizinische Versorgung in Krisensituationen durch regionale Steuerung**

Ganz speziell wird sich das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Satelliten-Symposium mit der Frage beschäftigen, wie in Krisenzeiten eine evidenzbasierte, koordinierte, regionale Versorgungssteuerung zur Sicherstellung einer angemessenen medizinischen Versorgung gelingen kann. Dazu werden drei Workshops stattfinden, die sich unterschiedlichen Aspekten der Anforderungen an das deutsche Gesundheitssystem in Krisenzeiten widmen.

**Workshop 1** fokussiert, geleitet von Prof. W. Hoffmann (Institut für Community Medi-

cine, Universität Greifswald,) auf die strukturellen Anforderungen an eine regionale, evidenzgeleitete Versorgungssteuerung in Krisenzeiten. Notwendige Strukturen, um die medizinische Versorgung krisenfest zu machen, beinhalten datengestütztes Versorgungsmanagement und die Übertragung der Verantwortung für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung an regionale Netzwerke mit zentraler Leitstellenkoordination.

**Der zweite Workshop** widmet sich unter dem Vorsitz von Prof. M. Härter (Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) der Perspektive der partizipativen Einbindung der Bevölkerung und der Risikokommunikation und Wahrnehmung mit der Zielstellung, in Krisenzeiten und in der Prävention solcher Szenarien die Gesundheitskompetenz und Teilhabe in allen Schichten der Bevölkerung zu stärken.

**Der dritte Workshop** diskutiert, geleitet von Prof. M. Klinkhammer-Schalke (Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung der Universität Regensburg), den Prozess der evidenzgeleiteten Entscheidungsfindung. Gerade in Krisensituationen, die sich durch einzigartige komplexe Phänomene mit oft geringer Evidenz auszeichnen, können Theorien und darauf basierende Modelle sowie eine ausreichende Einbeziehung aktueller Daten (z. B. Register) und unterschiedlicher Perspektiven, Grundlage einer guten Entscheidung sein. Dabei sind ethische Belange genauso zu berücksichtigen wie Effekte von Entscheidungen und unterschiedliche Interessenslagen.

In einer abschließenden Podiumsdiskussion werden die Ergebnisse der Workshops vorgestellt und anschließend zentrale Anforderungen an das deutsche Gesundheitssystem formuliert, um für die nächste Krise besser gerüstet zu sein und eine bestmögliche Versorgung in Krisenzeiten zu gewährleisten. Das Symposium findet am Mittwoch, den 06.10.2021, digital von 18:30 bis 21:15 Uhr statt. <<

## **News**

### **>> Mitglieder**

Das DNVF freut sich, die Charité Universitätsmedizin Berlin, Plattform Versorgungsforschung, als neues Mitglied der Sektion 2 begrüßen zu können.

Die aktuelle Anzahl der persönlichen Mitglieder beträgt 264 Personen.



# Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

## 20. KONGRESS | 06.–08.10.2021 | DIGITAL

**Versorgungskontext verstehen - Praxistransfer befördern.**

**20 Jahre  
DKVF**

### Freuen Sie sich auf spannende Plenarsitzungen mit internationalen und nationalen Besetzungen

Understanding complexity: dare more theory

Prof. Dr. Jeffrey Braithwaite  
(Sydney, Australien)

Prof. Dr. Russell Mannion  
(Birmingham, Großbritannien)

Transferentscheidungen bei Versorgungsinnovationen – politische, empirische und theoretische Grundlagen

Prof. Dr. Holger Pfaff  
(IMVR, Köln)

Prof. Josef Hecken  
(G-BA)

Versorgungsforschung 2.0, Ergebnisse der DNVF Zukunftswerkstatt

Prof. Dr. Dr. Martin Härter  
(UKE, Hamburg)

Zukunftskommission  
des DNVF

### Nutzen Sie die Möglichkeit und sichern sich einen Platz in einem unserer Pre-Conference-Workshops

Die Komplexität des Versorgungssystems verstehen – Workshop mit Erkundungsaufstellungen

Prof. Dr. Georg Müller-Christ  
Prof. Dr. Holger Pfaff

Wissenschaftliche Laufbahn in der Versorgungsforschung – wie kann ein CV aussehen?

PD Dr. Anna Levke Brütt  
Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu  
Prof. Dr. Rebecca Plam

Wann, wie und warum können partizipative Elemente Evaluationen unterstützen? – Einblicke und Perspektivenvielfalt in Prozessevaluationen

PhD Theresia Krieger  
Prof. Dr. Erik Farin-Glattacker  
Dr. A. Dresen, N. Cecon, S. Salm

Die Anmeldung für die Pre-Conference-Workshops erfolgt in Verbindung mit der Kongressanmeldung.

Das ausführliche Programm sowie alle wichtigen Informationen zu den Pre-Conference-Workshops und zur Kongressanmeldung finden Sie auf unserer Kongresshomepage unter [www.dkvf.de](http://www.dkvf.de)



## Curriculum registerbasierte Forschung startet am 1.9.

Im Rahmen des Nationalen Krebsplans und der Dekade gegen Krebs koordiniert das DNVF die Entwicklung eines Mustercurriculums „Registerbasierte Forschung – REGIBA“, um die Evidenzgenerierung mittels registerbasierter Studien zu fördern.

>> Die Nutzung von in der Versorgung vorhandenen Daten und die Evidenzgenerierung durch registerbasierte Studien wird zunehmend postuliert. Das zugehörige, klar strukturierte methodische Vorgehen ist bisher noch unzureichend zusammengeführt und aufbereitet.

Der vom Institut für Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erstellte Rapid Report für Konzepte zur „Generierung versorgungsnaher Daten und deren Auswertung zum Zwecke der Nutzenbewertung von Arzneimitteln nach § 35a SGB V“ ist ein wesentlicher Schritt zur Einordnung der Nutzung von Registerdaten zur Evidenzgenerierung. Auch das vielbeachtete von dem DNVF 2020 veröffentlichte „Memorandum Register – Update 2019“ beschreibt Anforderungen und methodische Grundlagen für verschiedene Arten von Register. Best Practice Beispiele aus der Onkologie zeigen, dass im Sinne einer wissensgenerierenden Versorgungsforschung mit der Hilfe von Registerdaten Leitlinien überprüft, die Wirksamkeit und Qualität von Diagnostik und Versorgung evaluiert und Empfehlungen für Leitlinien und Interventionen gemacht werden können. Auch zeigt sich, dass Fragestellungen aus der Versorgung an Registerdaten adressiert werden können. Die Onkologie profitiert dabei auch davon, dass durch die gesetzliche Regelung des Krebsfrüherkennungs- und Registergesetz (KFRG § 65c SGB V) und den gemeinsamen onkologischen Basisdatensatz der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID) hier gute Rahmenbedingungen bestehen und die Onkologie sich deshalb als Modell für andere Krankheiten besonders eignet.

Ziel des Projektes ist es, ein Curriculum zu entwickeln, das (Nachwuchs-)Wissenschaftlerinnen und (Nachwuchs-)Wissenschaftlern das erforderliche Wissen und die methodischen Grundlagen für die Durchführung registerbasierter Studien und die Nutzung versorgungsnaher Daten in Registern vermittelt. Dabei sollen ein Grundverständnis der Vielfältigkeit der Versorgung und des Gesundheitssystems einerseits und die Möglichkeiten und Notwendigkeit inter- und

multidisziplinärer Auswertung und Nutzung von Registerdaten für die Versorger und zu Versorgenden andererseits inhaltlicher Gegenstand sein. Eine Fortbildung anhand des Curriculums soll die Teilnehmenden befähigen, Registerdaten auf ihre Validität und Qualität für Forschungsfragestellungen zu bewerten, kontextgerecht methodisch qualitativ hochwertig auszuwerten und anspruchsvolle registerbasierte Studien primär in der Onkologie (und ggf. zukünftig auch in anderen Krankheitsfeldern) durchzuführen. Dabei soll auch das laufende Gesetzgebungsverfahren zur Zusammenführung von Krebsregisterdaten im Bundeskrebsregisterdatengesetz mitberücksichtigt werden. Das Curriculum wird so ausgelegt, dass es auf andere Krankheitsbilder übertragen werden kann.

Das Projekt wird vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert und läuft vom 01.09.2021 bis zum 31.08.2024. Die Projektleitung übernimmt Prof. Dr. M. Klinkhammer-Schalke (Vorsitzende DNVF, Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung der Universität Regensburg) und die Geschäftsstelle des DNVF, Dr. Thomas Bierbaum, die Koordination.

Das Curriculum soll unter Einbezug maßgeblicher Akteure entwickelt werden. Dazu wird ein wissenschaftlicher Beirat implementiert. Mitglieder des Beirats sind: PD Dr. S. Wesselmann (Deutsche Krebsgesellschaft), PD Dr. S. Zeißig (Krebsregister Rheinland-Pfalz, ADT), Dr. K. Kraywinkel (Zentrum für Krebsregisterdaten am RKI, Berlin), Prof. Dr. J. Schmitt (Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, TU Dresden, Vorstand DNVF), Prof. Dr. W. Hoffmann (Institut für Community Medicine, Universität Greifswald, Vorstand DNVF), Dr. A. Niemeyer (Sprecherin AG Register, Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung (TMF)), Dr. T. Kostuj (Sprecherin AG Register und Mitglied der Ad-hoc-Kommission „versorgungsnaher Daten“ des DNVF, St. Marien Hospital Hamm), Prof. R. Reiche (FH-Kärnten, Gruppe der Hochschullehrer:innen), PD Dr. E. Inwald (Caritas Krankenhaus St. Joseph, Universität Regensburg, Sprecherin FG Onkologie), PD Dr. C. Kowalski (Sprecher FG Onkologie, Deutsche Krebsgesellschaft), Dr. T. Kaiser (IQWiG),

T. Hartz (Klinisches Krebsregister Niedersachsen), Prof. Dr. M. Hauptmann (Medizinische Hochschule Brandenburg, Vertreter:in der Deutschen Krebshilfe) und Prof. Dr. O. Ortman (Leiter der AG 3 „Wissen generieren durch Vernetzung von Forschung und Versorgung“ der Nationalen Dekade gegen den Krebs, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Universität Regensburg).

Der Beirat erarbeitet die inhaltliche Struktur, die entlang der beiden Kernthemen (Grundlagen Versorgungsforschung und Forschung mit Registerdaten) entwickelt wird. Die Module sollen dabei die Regelungen und Rahmenbedingungen der Registerdatennutzung (z.B. Bundeskrebsregisterdatengesetz, s.o.) berücksichtigen. In der zweiten Projektphase werden die Module der Fortbildung „registerbasierte Forschung“ konkret konzipiert und ein Pool von Referent:innen aufgebaut. Die ADT übernimmt als Kooperationspartner die Programmierung eines Übungsportals, das eine praxisnahe Wissensvermittlung und die Durchführung von Übungen ermöglicht. Es folgt eine Pilotfortbildung. Geplant sind hier 5 Seminarwochen mit jeweils 40 Lehreinheiten (LE). Es sind betreute Peergroups vorgesehen, die bestimmte Lernaufgaben und Übungen bearbeiten und in der Gesamtgruppe vorstellen (60 LE) und die Einbeziehung digitaler Formate (Vorträge mit Diskussion zu aktuellen Forschungsprojekten (30 LE)) sowie ein abschließendes Assessment mit externen zertifizierten Prüfer:innen (10 LE). In der letzten Projektphase wird die Pilotausbildung evaluiert und der zweite Durchgang vorbereitet.

Das Projekt soll einen wichtigen Beitrag leisten, die Möglichkeiten, die bestehende und zukünftige Register bieten, für eine wissensgenerierende Versorgungsforschung nachhaltig zu nutzen. <<

# DNVVF

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

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

Prof. Dr. med. Jürgen Stausberg  
 Dr. med. Christoph Scheu MBA  
 Dr. med. Bettina Beinhauer  
 Dr. med. Guido Lerzynski MSc MBA

# Behandlungskonzepte und Sterblichkeit bei Covid-19

## Ein Vergleich zwischen erster und zweiter Welle der Corona-Pandemie aus Sekundärdaten der stationären Versorgung

Die Corona-Pandemie stellt das Gesundheitssystem vor große Herausforderungen. Die Sorge vor einer Überlastung war groß, insbesondere in Bezug auf intensivmedizinische Kapazitäten. Die Diskussion über die richtigen Präventions-, Therapie- und Versorgungskonzepte ist unverändert intensiv [1]. Neben symptomatischen Maßnahmen zählen Sauerstoffgabe, nicht-invasive und invasive Beatmung, eine Thromboembolieprophylaxe sowie die Gabe von Dexamethason bei schwerem Verlauf zum Behandlungskonzept bei Covid-19 [2]. Die Auswertung von Routinedaten im Verlauf der Pandemie kann zeitnah und ohne zusätzlichen Erhebungsaufwand die Surveillance über gesetzliche Verfahren sowie den Aufbau von Registern sinnvoll ergänzen. Der Verein Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser (QKK e. V.) hat daher sein trägerübergreifendes Qualitätsbenchmarking kurzfristig um das Thema Covid-19 ergänzt. Das Modul Covid-19 umfasst 27 Kennzahlen im QKK-Indikatorenset für 2021, u. a. zur intensivmedizinischen Versorgung, zu Komplikationen, zur Beatmung und zur Sterblichkeit (s. <https://www.qkk-online.de/>). Der QKK e. V. kann mit den Routinedaten seiner Mitgliedseinrichtungen einen Vergleich zwischen der ersten und zweiten Welle der Corona-Pandemie ziehen, um so eine Weiterentwicklung der Behandlungskonzepte bei Patienten mit Covid-19 zu unterstützen.

>> Grundlage der Analyse waren Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) der Mitgliedseinrichtungen des QKK e. V. Eingeschlossen wurden stationäre Behandlungsfälle mit Entlassung im Jahre 2020. Bei Aufnahme zwischen dem 1.1.2020 und dem 30.6.2020 wurden Behandlungsfälle der ersten Welle, bei Aufnahme zwischen dem 1.7.2020 und dem 31.12.2020 der zweiten Welle zugeordnet. Die Verpflichtung der Vereinsmitglieder zur Bereitstellung ihrer Daten war angesichts der durch die Corona-Pandemie angespannten Situation allerdings aufgehoben. Der Vergleich umfasste mit 63 Standorten daher nur einen Teil der Mitgliedschaft. Die Behandlungsfälle beider Wellen wurden hinsichtlich allgemeiner Charakteristika und der Beatmungssituation deskriptiv verglichen.

Seit dem 17.2.2020 bestand in der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) die Möglichkeit, Covid-19 mit dem Code U07.1! „Covid-19, Virus nachgewiesen“ zu kodieren. Zum 11.11.2020 wurde der Code U07.5 „Multisystemisches

### Zusammenfassung

Bei der in Wellen ablaufenden Corona-Pandemie war zu erwarten, dass sich Änderungen von Behandlungskonzepten in einem verbesserten Outcome von Patienten mit Covid-19 widerspiegeln. Im Rahmen des Vereins Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser e. V. (QKK) wurde daher ein Vergleich von Behandlungsfällen der ersten und zweiten Welle aus Routinedaten der Mitgliedseinrichtungen unter besonderer Beachtung der maschinellen Beatmung vorgenommen. Eingeschlossen wurden 778.020 Fälle mit Entlassung im Jahr 2020. Der ersten Welle wurden 1.759 Fälle mit Covid-19 bei stationärer Aufnahme bis zum 30.6.2020 zugeordnet, der zweiten Welle 5.830 Fälle mit Covid-19 bei stationärer Aufnahme zwischen dem 1.7.2020 und dem 31.12.2020. Die Behandlungsfälle beider Wellen wurden deskriptiv verglichen. Zum Ausschluss einer Verzerrung durch den kürzeren Beobachtungszeitraum der zweiten Welle wurde zusätzlich eine Matched-Pairs-Analyse durchgeführt. Die Sterblichkeit war in beiden Wellen vergleichbar. Hingegen wurde in der zweiten Welle seltener maschinell beatmet, bei Bevorzugung eines nichtinvasiven Ansatzes. Auch war die Beatmungszeit in der zweiten Welle statistisch signifikant kürzer. Trotz sichtbarer Änderung der Beatmungsstrategie zeigte sich damit keine Verbesserung des Outcome von Patienten mit Covid-19 im stationären Aufenthalt. Bedingt durch Beschränkungen in den Routinedaten lassen sich keine Aussagen zu Änderungen bei den weiteren, insbesondere medikamentösen Therapieoptionen treffen.

### Schlüsselwörter

Beatmung, Covid-19, Intensivstation, Krankenhaus, Pandemie, SARS-CoV-2

### Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.04.21.1866-0533.2333>

Entzündungssyndrom in Verbindung mit Covid-19, nicht näher bezeichnet“ ergänzt. Über beide Kodes wurden Fälle mit Covid-19 identifiziert. Eine maschinelle Beatmung wurde über das Vorliegen von Beatmungsstunden definiert. Zur Unterscheidung von invasiver und nichtinvasiver Beatmung wurden die Kodes 8-701 „Einfache endotracheale Intubation“ und 8-706 „Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung“ des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) herangezogen. Unter allen Fällen mit mindestens einem der beiden Kodes wurde ein nichtinvasiver Beatmungsversuch bei alleinigem oder bei der Intubation zeitlich vorausgehendem Anlegen einer Maske angenommen. Grippe und Pneumonie (ICD-10-GM-Gruppe J09-J18) sowie sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege (ICD-10-GM-Gruppe J20-J22) wurden als schwere akute Atemwegserkrankungen (SARI) zusammengefasst [3]. Das Versterben wurde über den Entlassungsgrund ermittelt und bezog sich in dieser Untersuchung damit auf den stationären Behandlungsfall.

Zur Absicherung der deskriptiven Ergebnisse wurde eine Matched-Pairs-Analyse angeschlossen. Fälle aus der zweiten Welle wurden Fällen der ersten Welle zugeordnet. Matchingkriterien waren das Kapitel der Hauptdiagnose, das Geschlecht, die Verweildauer, das Alter bei Aufnahme, der patientenbezogene Gesamtschweregrad (PCCL), die Durchführung einer Beatmung sowie das Vorliegen einer SARI. Bei der Verweildauer wurde eine Abweichung bis zu drei Tagen, beim Alter bis zu fünf Jahren sowie beim PCCL um den Wert 1 toleriert. Bei allen weiteren Kriterien war eine exakte Übereinstimmung gefordert. Jedem Fall aus der ersten Welle wurde genau ein Fall aus der zweiten Welle zugeordnet; ein Fall aus der zweiten Welle wurde nur einmalig berücksichtigt (1:1-Matching ohne Zurücklegen). Beide Gruppen wurden zweiseitig mittels T-Test oder exaktem Fisher-Test verglichen.

Die Begriffe Behandlungsfall, Fall und Patient werden synonym verwendet.

### Ergebnisse

Eingeschlossen wurden 778.020 Behandlungsfälle. Insgesamt litten 7.589 Fälle unter Covid-19. Bei 13 Fällen lag ein multisysteme-



misches Entzündungssyndrom in Verbindung mit Covid-19 vor; von diesen war bei vier Fällen ausschließlich der Kode U07.5 erfasst. Der ersten Welle wurden 1.759 Fälle zugeordnet, der zweiten Welle 5.830 Fälle (s. Tab. 1).

Charakteristika der Patienten mit Covid-19		
Merkmal	1. Welle	2. Welle
Fälle (Anzahl/Anteil)	1.759/0,45%	5.830/1,54%
Verweildauer in Pflgeetagen (MW ± StAbw)	16,36 ± 16,77	12,83 ± 12,15
Verweildauer Intensiv in Tagen (MW ± StAbw)	13,35 ± 17,11	7,23 ± 8,62
Alter bei Aufnahme in Jahren (MW ± StAbw)	67,33 ± 18,82	67,36 ± 19,40
Männer (Anzahl/Anteil)	952/54,1%	2.913/50,0%
Beatmungsfälle (Anzahl/Anteil)	292/16,60%	625/10,72%
Nichtinvasiver Beatmungsversuch (Anteil)	22,8%	67,0%
Beatmungsdauer in Stunden (MW ± StAbw)	379,82 ± 416,76	181,96 ± 209,61
PCCL (MW ± StAbw)	1,59 ± 1,50	1,38 ± 1,44
Komorbiditätsscore [4] (MW ± StAbw)	20,08 ± 18,96	16,80 ± 17,69
SARI (Anzahl/Anteil)	1.226/69,7%	3.357/57,6%
Sterblichkeit (Anzahl Verstorbene/Anteil)	309/17,6%	1.025/17,6%
Sterblichkeit bei Beatmung (Anzahl/Anteil)	123/42,1%	324/51,8%

Tab. 1: Charakteristika der Patienten mit Covid-19.

In der zweiten Welle zeigten sich eine kürzere Verweildauer sowie ein kürzerer Aufenthalt auf der Intensivstation. Patienten mit Covid-19 wurden in der zweiten Welle seltener (10,7% versus 16,6%) und kürzer beatmet (182 versus 380 Stunden). In der zweiten Welle erfolgte ein nichtinvasiver Beatmungsversuch mit 67,0% deutlich häufiger als in der ersten Welle mit 22,8%. Die Patienten der ersten Welle waren schwerer erkrankt (PCCL, Komorbiditätsindex [4]) und litten häufiger unter einer SARI. Die Sterblichkeit im Krankenhaus war in beiden Wellen mit 17,6% identisch; auch bei den Altersgruppen zeigte sich kein Unterschied in der Sterblichkeit zwischen der ersten und der zweiten Welle (s. Tab. 2). Mit 31,2% (erste Welle) und 31,5% (zweite Welle) war die Sterblichkeit in der Altersgruppe ab 76 Jahren am höchsten.

Bei beatmeten Patienten war die Sterblich-

Sterblichkeit in Altersgruppen		
Alter bei Aufnahme	1. Welle	2. Welle
0 Jahre	0,0%	0,0%
1 bis 17 Jahre	6,3%	2,3%
18 bis 45 Jahre	0,9%	0,4%
46 bis 60 Jahre	3,3%	3,3%
61 bis 75 Jahre	13,2%	13,1%
ab 76 Jahre	31,2%	31,5%

Tab. 2: Sterblichkeit in Altersgruppen bei stationären Behandlungsfällen mit Covid-19.

keit in der zweiten Welle mit 51,8% höher als in der ersten Welle mit 42,1%. Demgegenüber lag der Komorbiditätsindex bei beatmeten Patienten in der zweiten Welle mit 36,6 ± 17,06 niedriger als in der ersten Welle mit 41,3 ± 17,53.

Abbildung 1 zeigt den Verlauf von Sterblichkeit und Anzahl von Patienten mit Covid-19 nach dem Monat der Aufnahme. Danach sank die Sterblichkeit bei Abklingen der ersten Welle auf ein sehr niedriges Niveau, um dann in der zweiten Welle sukzessive anzusteigen und im Dezember 2020 wieder den Höchststand der ersten Welle von 23% zu erreichen.

Für die Matched-Pairs-Analyse konnte 1.438 Patienten der ersten Welle eine Kontrolle aus der zweiten Welle zugeordnet werden (81,8% von 1.759 Fällen der ersten Welle). Bei den Matchingkriterien mit unscharfer Zuordnung, der Verweildauer (p=0,709), dem Alter bei Aufnahme (p=0,999) sowie dem PCCL (p=0,824), bestanden keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Die Sterblichkeit im Krankenhaus war bei allen Patienten mit Covid-19 mit 17,4% (erste Welle) und 17,2% (zweite Welle) nahezu identisch (p=0,961), mit 51,4% (erste Welle) und 50,8% (zweite Welle) ebenso die Sterblichkeit der beatmeten Patienten mit Covid-19 (p=1,0). Die Beatmungsdauer war in der zweiten Welle auch bei dieser Analyse kürzer (201 versus 268 Stunden, p=0,002) und der Anteil eines nichtinvasiven Beatmungsversuches höher (69,1% versus 25,3%, p<0,001). Die über den Komorbiditätsscore nach [4] ermittelte Erkrankungsschwere lag in der zweiten Welle bei

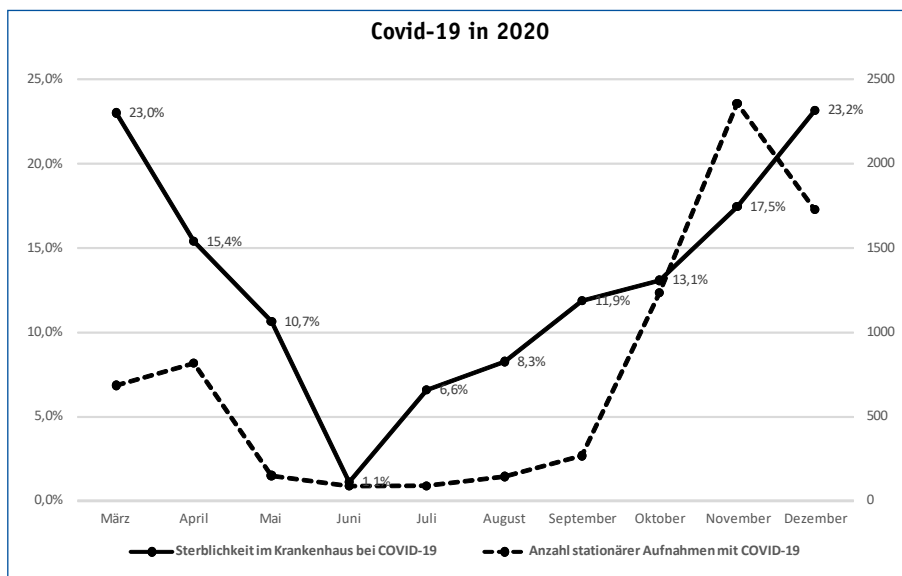


Abb. 1: Verlauf von Sterblichkeit und Anzahl der Behandlungsfälle mit Covid-19 in 2020.

den beatmeten Fällen mit 36,0 ± 15,61 in der Tendenz niedriger als in der ersten Welle mit 39,3 ± 17,67 (p=0,56). Der Unterschied in der deskriptiven Analyse aller Fälle mit Covid-19 bestätigte sich nach Matching mit einem Komorbiditätsindex von 18,1 ± 17,80 (erste Welle) und 18,3 ± 17,01 (zweite Welle) nicht (p=0,734).

### Diskussion

Die Unterschiede zwischen der ersten und der zweiten Welle der Corona-Pandemie weisen auf einen Wandel der Beatmungsstrategie hin. Entsprechend der Empfehlungen in der nationalen S3-Leitlinie [2] wurde die Indikation zur Beatmung zurückhaltender gestellt und

häufiger ein nichtinvasiver Beatmungsversuch mit Maske bei Indikation zur maschinellen Beatmung unternommen. Auch die Dauer der maschinellen Beatmung war deutlich kürzer. Parallel lag die Erkrankungsschwere niedriger, wobei dies durch geringere Seiteneffekte bei einer weniger intensiven Beatmung bedingt sein kann. Es überrascht daher, dass die Sterblichkeit in der zweiten Welle mit 17,6% unverändert hoch war. Von den beatmeten Patienten verstarben in der zweiten Welle mit über 50% mehr als in der ersten Welle, obwohl die Beatmung häufiger nichtinvasiv angelegt war. Die Komorbidität der beatmeten Patienten war hingegen in der zweiten Welle geringer als in der ersten Welle. Auch aus Daten des Instituts für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) wird für Deutschland mit über 50% eine unverändert hohe Sterblichkeit bei Beatmung auf Intensivstation in der zweiten Welle berichtet [5].

Der als Erfolg einer Optimierung der Behandlung beschriebene Rückgang der Sterblichkeit in deutschen Universitätskliniken von Januar bis April 2020 zu Mai bis September 2020 [6] ist daher vermutlich auf die Wahl des Sommers 2020 als Vergleichszeitraum zurückzuführen. Abbildung 1 zeigt, dass die Sterblichkeit an Covid-19 wesentlich mit der Häufigkeit von Covid-19 assoziiert war. Saisonale Aggressivität des Virus [7] und Lockdown könnten sich zusammen sowohl auf die Infektiosität als auch auf die Erkrankungsschwere ausgewirkt haben. Ein Überdenken der Empfehlungen zu Indikationsstellung und Durchführung einer maschinellen Beatmung erscheint daher sinnvoll. Nach den vorgelegten Ergebnissen muss eine zurückhaltendere Beatmungsstrategie nicht mit Vorteilen des Überlebens verbunden sein. Der geringere Anteil an Fällen mit SARI sowie die niedrigere Komorbidität in der zweiten Welle kann jedoch auf die Vermeidung von unerwünschten Folgen einer maschinellen Beatmung durch eine geänderte Indikationsstellung hinweisen.

Die Umstellung der Therapiestrategie mit Bevorzugung einer nichtinvasiven Beatmung wurde auch aus einem Verbund von vier bayerischen Kliniken berichtet [8]. Dort lag die Sterblichkeit in der ersten Welle mit 526 eingeschlossenen Patienten allerdings bei rund 26%, in der zweiten Welle mit 618 eingeschlossenen Patienten bei rund 18%. Damit war die Sterblichkeit in der ersten Welle deut-

lich gegenüber dem aus Daten der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) berichteten Niveau von 21% erhöht [9]. Der in [8] festgestellte Rückgang ist daher womöglich auf eine ungewöhnlich hohe Sterblichkeit in der ersten Welle zurückzuführen, für die spezifische Versorgungsgegebenheiten der vier Kliniken verantwortlich sein können. Erfolge einer Therapieoptimierung lassen sich aus dem Rückgang der Sterblichkeit nicht ableiten.

Die Stichprobe des vorgelegten Vergleichs zwischen erster und zweiter Welle der Corona-Pandemie setzte sich aus 63 kleineren und mittleren Krankenhäusern in kirchlicher Trägerschaft zusammen. Der Anstieg der Behandlungszahlen von der ersten zur zweiten Welle verdeutlicht die Bedeutung einer Versorgung von Patienten mit Covid-19 auch jenseits von Maximalversorgern. Auf die Notwendigkeit, intensivmedizinische Ressourcen mit der Fähigkeit zur künstlichen Beatmung auf allen Versorgungstufen aufzubauen und vorzuhalten, wurde bereits nach der ersten Welle hingewiesen [10].

Limitationen der Ergebnisse bestehen u. a. in fehlenden Informationen zur sonstigen Behandlung bei Covid-19, insbesondere zur medikamentösen Therapie. Der ausgebliebene Rückgang der Sterblichkeit im Krankenhaus bei Covid-19 kann daher auch durch andere, nicht erfolgreiche Therapieveränderungen bedingt sein. Angesichts der deutlich höheren Belegung der Krankenhäuser durch Covid-19 kann in der zweiten Welle weder eine Überlastung, z. B. durch Personalengpässe auf Intensivstationen, noch eine Triage, z. B. durch einen häufigeren Übergang in eine palliativmedizinische Zielsetzung [11], ausgeschlossen werden. Damit würden potentielle Erfolge der Optimierung von Behandlungskonzepten mitigiert. Der kürzere Beobachtungszeitraum für stationäre Aufnahmen der zweiten Welle erklärt die Ergebnisse ausweislich der Matched-Pairs-Analyse nicht.

Mit dem vorgenommenen Vergleich zwischen erster und zweiter Welle konnte die Sterblichkeit im Krankenhaus bei allen Behandlungsfällen mit Covid-19 mit einer veränderten Beatmungsstrategie in Beziehung gesetzt werden. Angesichts der Ergebnisse bleibt als aktuelle Herausforderung für die behandelnden Einrichtungen, Patienten mit Covid-19 eine individuelle Versorgung bei schwacher Evidenzlage anzubieten. <<

## Literatur

- Schrappe M, François-Kettner H, Gruhl M, Hart D, Knieps F, Manow P, Pfaff H, Püschel K, Glaeske G. Thesenpapier 7.0 zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19: Sorgfältige Integration der Impfung in eine umfassende Präventionsstrategie. *Monitor Versorgungsforschung* 2021; 14 (1), 75-81.
- Kluge S, Janssens U, Spinner CD, Pfeifer M, Marx G, Karagiannidis C. Clinical practice guideline: Recommendations on in-hospital treatment of patients with Covid-19. *Dtsch Arztebl Int* 2021; 118: 1-7.
- Buda S, Tolksdorf K, Schuler E, Kuhlen R, Haas W. Establishing an ICD-10 code based SARI surveillance in Germany - description of the system and first results from five recent influenza seasons. *BMC Public Health* 2017; 17: 612.
- Stausberg J, Hagn S. New morbidity and comorbidity scores based on the structure of the ICD-10. *PLOS ONE* 2015; 10: e0143365.
- Karagiannidis C, Windisch W, McAuley DF, Welte T, Busse R. Major differences in ICU admissions during the first and second Covid-19 wave in Germany. *Lancet Respir Med* 2021; 9: e47-e48.
- Schüttler J, Mang JM, Kapsner LA, Seuchter SA, Binder H, Zöllner D, Kohlbacher O, Boeker M, Zacharowski K, Rohde G, Balig J, Kampf MO, Röhrig R, Prokosch H-U. Studies on Covid-19 lethality: Causes and dynamics at German University Hospitals. *Anästh Intensivmed* 2020; 61: Online-First. <https://www.ai-online.info/online-first/letalitaet-von-patienten-mit-Covid-19-untersuchungen-zu-ursachen-und-dynamik-an-deutschen-universitaetsklinika.html> (Zugriff am 1.4.2021).
- Merow C, Urban MC. Seasonality and uncertainty in global Covid-19 growth rates. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2020; 117: 27456-27464.
- Budweiser S, Bas S, Jörres RA, Engelhardt S, Thilo C, von Delius S, Eckel F, Biller U, Lenherr K, Deerberg-Wittram J, Bauer A. Comparison of the first and second waves of hospitalized patients with SARS-CoV-2. *Dtsch Arztebl Int* 2021; 118: DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0215 (online first).
- Wissenschaftliches Institut der AOK. WIDO-Analyse zu Krankenhausbehandlungen in der zweiten Pandemiewelle: Erneute Fallzahlrückgänge bei planbaren Eingriffen und Notfällen. Pressemitteilung. Berlin, 30. März 2021. <https://www.wido.de/news-events/aktuelles/2021/fallzahlrueckgaenge-bei-planbaren-eingriffen-und-notfaellen/> (Zugriff am 17.5.2021).
- Stausberg J, Beinbauer B, Scheu C. Kennzahlen zur stationären Versorgung von Covid-19-Patienten in kleineren und mittleren Krankenhäusern. *Monitor Versorgungsforschung* 2020; 13 (6), 57-61.
- Nehls W, Delis S, Haberland B, Maier BO, Sängler K, Tessmer G, Radbruch L, Bausewein C. Management of patients with Covid-19 – Recommendations from a palliative care perspective. *Pneumologie* 2020; 74: 652-659.

## Treatment strategy and mortality of patients with Covid-19: a comparison of the first and the second wave of the Corona pandemic with secondary data from hospitals

Changes in the treatment strategy parallel to the waves of the Corona pandemic should lead to an improvement in the outcome of patients with Covid-19. Therefore, with special emphases on mechanical ventilation, a comparison between inpatients of the first and the second wave was conducted with hospital routine data of the members from the non-profit association Quality Indicators for Churchly Hospitals (Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser – QKK e. V.). The analysis included 778,020 inpatients discharged in the year 2020. The first wave with admissions up to June 30 comprised 1,759 inpatients with Covid-19; the second wave with admissions between July 1 and December 31 comprised 5,830 inpatients. Both waves were descriptively compared. To exclude a bias from the shorter observation time of the second wave, a matched-pairs-analysis was additionally carried out. Hospital mortality was identical in both waves. However, patients were less ventilated in the second wave with simultaneously a preference of a non-invasive approach. Furthermore, ventilation time was significantly shorter. Despite changes in the ventilation strategy, an improvement of hospital outcome could not be identified for patients with Covid-19. Unfortunately, no conclusions could be drawn about changes in other therapy options as medication due to the limited information of routine data.

### Keywords

Covid-19, hospitals, intensive care units, pandemic, SARS-CoV-2, ventilation

### Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

### Zitationshinweis

Stausberg et al.: „Behandlungskonzepte und Sterblichkeit bei Covid-19“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/21), S. 53-56. <http://doi.org/10.24945/MVF.04.21.1866-0533.2333>

#### Prof. Dr. med. Jürgen Stausberg

ist Arzt für Medizinische Informatik und Ärztliches Qualitätsmanagement. 1994 bis 2007 und seit 2015 Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie IMIBE, Universitätsklinikum Essen. 2008 bis 2014 Professur für Medizinische Informatik an der LMU München. 2015 bis 2019 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin. Mitglied des Sprecherteams der AG Register des DNVF. Kontakt: [Stausberg@ekmed.de](mailto:Stausberg@ekmed.de)



#### Dr. med. Christoph Scheu MBA

ist Geschäftsführer der Klinikums St. Elisabeth Straubing GmbH. Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie. Er ist im Verbund der Krankenhäuser der Barmherzigen Brüder Bayern trägerweit für Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement verantwortlich. Zudem ist er Vorstandsvorsitzender des Vereins Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser – QKK e.V. Kontakt: [Christoph.ScheuMBA@klinikum-straubing.de](mailto:Christoph.ScheuMBA@klinikum-straubing.de)



#### Dr. med. Bettina Beinhauer

ist Fachärztin für Chirurgie und Leiterin Zentrale Dienste Medizinmanagement der AGAPLESION gAG. Klinische Tätigkeit am AGAPLESION Elisabethenstift in Darmstadt. Zusatzstudium Health Care Management in Marburg. EFQM-Assessor, Interne Auditorin. Mitglied im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e.V., im Vorstand des Bundesverbands Geriatrie e.V. und im Vorstand des Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser – QKK e.V. Kontakt: [Bettina.Beinhauer@agaplesion.de](mailto:Bettina.Beinhauer@agaplesion.de)



#### Dr. med. Guido Lorzynski MSc MBA

ist Arzt und Geschäftsführer des St. Marien-Hospitals, der Kuniberts klinik (Privatklinik) und des Neurologischen Therapiecentrums in Köln. Gleichzeitig ist er Prokurist der Hospitalvereinigung St. Marien der Stiftung der Cellitinnen zur hl. Maria. Mitglied im Vorstand des Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser – QKK e.V. Kontakt: [Guido.Lorzynski@cellitinnen.de](mailto:Guido.Lorzynski@cellitinnen.de)





Prof. Dr. rer. med. habil. Karel Kostev MA  
 Dr. rer. nat. Christian von Vultée  
 Kerstin Weber  
 Dr. med. Dr. phil. Jens Bohlken

# Zunahme von Depressions- und Angststörungen während der Covid-19-Pandemie bei Kindern und Jugendlichen

Seit seiner Erstbeschreibung in China im Dezember 2019 hat sich Covid-19 weltweit verbreitet und in der Folge eine schwere Pandemie ausgelöst (1). Um zu verhindern, dass die Gesundheitssysteme überfordert werden und um die Ausbreitung der Krankheit zu verlangsamen, haben Regierungen weltweit eine Reihe von nicht-pharmazeutischen Maßnahmen in unterschiedlicher Intensität umgesetzt (2). In Deutschland umfassten diese Maßnahmen unter anderem die Schließung von Schulen und öffentlichen Spielplätzen sowie die Empfehlung an Unternehmen, Fernarbeit zu ermöglichen und zu erleichtern (3). Mehrere systematische Reviews und Meta-Analysen zeigen die erhöhte Prävalenz von psychischen Problemen im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie bei erwachsenen Personen (4, 5). Es sind jedoch nicht nur Erwachsene, die von den Pandemiemaßnahmen betroffen waren. Die Coronavirus-Pandemie und der Lockdown wirkten sich auch auf das tägliche Leben von Kindern und Jugendlichen aus, unter anderem durch die Schließung von Schulen und das Fehlen von Aktivitäten im Freien. Eine Reihe von asiatischen und europäischen Studien hat gezeigt, dass ein erheblicher Anteil von Kindern und Jugendlichen unter psychischen Problemen infolge der Coronavirus-Pandemie oder der damit verbundenen Maßnahmen leidet (6-11).

>> Ulrike Ravens-Sieberer untersuchte die psychische Gesundheit und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen während der Pandemie und fand heraus, dass sich insgesamt 71% der Kinder und Jugendlichen durch die Pandemie belastet fühlten und von stressigem Schulalltag, weniger Kontakt zu ihren Freunden und mehr Streit in der Familie berichteten. Außerdem stieg die Prävalenz psychischer Gesundheitsprobleme von 18% vor der Covid-19-Pandemie auf 30% während der Krise (12).

Berger et al. haben 11 Publikationen identifiziert, die sich mit der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Zusammenhang mit Coronavirus-Ausbrüchen beschäftigen. Kinder und Jugendliche berichteten über Furcht und Angst, waren aber auch in der Lage, während des Ausbruchs mit der richtigen Unterstützung Resilienz zu zeigen (13).

## Zusammenfassung

Diese retrospektive Querschnittsstudie basiert auf Daten aus der Disease Analyzer Datenbank (IQVIA) und umfasst alle Kinder und Jugendlichen im Alter von 2-17 Jahren mit mindestens einem Besuch in einer von 168 deutschen Kinderarztpraxen zwischen April 2019 und Dezember 2019 (n=454.741) oder zwischen April 2020 und Dezember 2020 (n=417.979). Die Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit Depressions- und Angstdiagnosen pro Praxis nahm im Zeitraum April 2020-Dezember 2020 im Vergleich zum gleichen Zeitraum 2019 zu (Angst: +9%, Depression: +12%). Der Anstieg war bei Mädchen deutlich größer als bei Jungen (Angst: +13% vs. +5%; Depression +19% vs. +1%). Die Prävalenz der Angststörung stieg von 0,31% auf 0,59% (p<0,001), die der Depression von 0,23% auf 0,47% (p<0,001). Die größten Anstiege wurden bei Mädchen beobachtet (Angst von 0,35% auf 0,72% (+106%, p<0,001), Depression von 0,28% auf 0,72% (+132%, p<0,001). Diese Studie zeigt, dass die Zahl der pädiatrischen Diagnosen von Depressionen und Angststörungen im Pandemiejahr 2020 im Vergleich zum Vorjahr zugenommen hat.

## Schlüsselwörter

Covid-19-Pandemie, Kinder, Jugendliche, Depression, Angststörung

## Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.04.21.1866-0533.2334>

Obwohl die veröffentlichten Studien, die die Auswirkungen der Pandemie auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen untersuchten, von großem Interesse sind, basieren die meisten von ihnen auf einer relativ kleinen Anzahl von Personen und sind daher nicht repräsentativ. Bislang sind in Deutschland keine datenbank- oder registerbasierten Studien veröffentlicht worden, die den Einfluss der Coronavirus-Sperre auf die in pädiatrischen Praxen dokumentierte Prävalenz von Depressionen und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen empirisch untersuchen. Mit der vorliegenden Studie soll diese Lücke geschlossen werden. Ziel dieser Studie war es, den Einfluss der Coronavirus-Sperre und anderer Maßnahmen, die als Reaktion auf die Coronavirus-Pandemie ergriffen wurden, auf Konsultationen wegen psychiatrischer Probleme bei Kindern und Jugendlichen zu untersuchen, zu quantifizieren und kritisch zu diskutieren.

## Methoden

Diese retrospektive Querschnittsstudie basiert auf Daten aus der Disease Analyzer Datenbank (IQVIA), die Arzneimittelverordnungen, Diagnosen sowie allgemeine medizinische und demografische Daten zusammenstellt, die direkt in anonymisierter Form aus Computersystemen in den Praxen von Allgemeinmedizinern und Fachärzten stammen (14). Diese Datenbank wurde bereits für eine Reihe von Studien zu Covid-19 verwendet (15,16).

In diese Studie wurden alle Kinder und Jugendlichen im Alter von 2-17 Jahren mit mindestens einem Besuch in einer von 168 deutschen Kinderarztpraxen zwischen April 2019 und Dezember 2019 oder zwischen April 2020 und Dezember 2020 eingeschlossen. Die verwendete Datenbank hat eine Abdeckung von ca. 3,5% für pädiatrische Praxen. Diese Praxen liefern vollständige Informationen über Konsultationen und Diagnosen der in ihnen behandelten Kinder und Jugendlichen.

Das erste Outcome war die Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit den Diagnosen Depression (ICD-10: F32, F33) und Angststörung (ICD-10: F41) pro Praxis. Die Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit diesen Diagnosen pro Praxis wurde zwischen April 2020 bis Dezember 2020 versus April 2019 bis Dezember 2019 mittels Wilcoxon Signed-Rank-Test verglichen. Diese Analyse wurde auch für neue Depressions- und Angststörungsdiagnosen durchgeführt, definiert als Diagnosen, die zuvor nicht in der Datenbank dokumentiert waren, um Patienten

zu zeigen, die während der Coronavirus-Pandemie erstmals mit einer Depression oder Angststörung diagnostiziert wurden.

Das zweite Outcome der Studie war die Veränderung der Prävalenz von Depressions- und Angststörungsdiagnosen im Zeitraum April 2020-Dezember 2020 gegenüber April 2019-Dezember 2019. Die Prävalenz wurde definiert als die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, bei denen im ausgewählten Zeitraum eine Depression oder Angststörung diagnostiziert wurde, geteilt durch die Gesamtzahl der Kinder und Jugendlichen mit mindestens einem Besuch im selben Zeitraum. Chi 2-Tests wurden verwendet, um die Prävalenz zwischen zwei Zeiträumen zu vergleichen.

Ein p-Wert von <0,05 wurde in allen Analysen als statistisch signifikant angesehen. Die Analysen wurden mit SAS 9.4 (SAS Institute, Cary USA) durchgeführt.

## Ergebnisse

### Studienpopulation

In diese Studie wurden 454.741 pädiatrische Patienten im Zeitraum April 2019-Dezember 2019 und 417.979 Patienten im Zeitraum April 2020-Dezember 2020 eingeschlossen. Die Baseline-Charakteristika sind in Tabelle 1 dargestellt. Es gab signifikante Unterschiede im Alter zwischen 2019 und 2020, aber diese waren in Bezug auf die absoluten Zahlen sehr gering.

### Veränderungen bei den Konsultationen pro Praxis

Tabelle 2 zeigt die Unterschiede nach Geschlecht und Alter in der Anzahl der Patienten mit mindestens einem Besuch pro Praxis zwischen April 2019 bis Dezember 2019 und April 2020 bis Dezember 2020. Die Anzahl der Patienten pro Praxis war im Zeitraum April bis Dezember 2020 niedriger als im Zeitraum April 2020-Dezember 2019 (2.488 vs. 2.707, -8%,  $p=0,037$ ). Diese Unterschiede wurden sowohl für Mädchen und Jungen als auch für verschiedene Altersgruppen beobachtet. Die auffälligsten Unterschiede (-10%) traten in der Altersgruppe 2-5 Jahre auf.

### Veränderungen bei Depressions- und Angstpatienten pro Praxis

Die Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit Depressions- und Angstdiagnosen pro Praxis stieg im Zeitraum April 2020-Dezember 2020 im Vergleich zum gleichen Zeitraum 2019 an (Angst: +9%, Depression: +12%, Tabelle 3). Der Anstieg war bei Mädchen deutlich größer als bei Jungen (Angst: +13% vs. +5%; Depression +19% vs. +1%). Der Anstieg sowohl der Ängstlichkeit (+16%) als auch der Depression (+29%) war in der Altersgruppe 10-12 Jahre am stärksten. Obwohl keiner der beobachteten Unterschiede aufgrund der geringen Anzahl der eingeschlossenen Praxen die Kriterien für statistische Signifikanz erfüllte, geben sie dennoch ein deutliches Bild der durch die Pandemie verursachten Veränderungen in Deutschland. Dieser Trend wurde auch bei den Neudiagnosen beobachtet (+13% für Angst, +18% für Depression). Der Anstieg der Depression bei Mädchen war mit +29% signifikant ( $p=0,010$ ) (Tabelle 3).

### Veränderungen in der Prävalenz von Depressionen und Angstzuständen

Der starke Anstieg der Prävalenz von Angst- und Depressionsdiagnosen ist darauf zurückzuführen, dass die Zahl der Patienten mit Konsultationen abnahm, während die Zahl der Patienten mit Angst- und Depressionsdiagnosen zunahm (Abbildung 1). Die Prävalenz der Angststörung stieg von 0,31% auf 0,59% ( $p<0,001$ ), die der Depression

Alters- und Geschlechtsmerkmale			
Patientengruppen	04/19–12/19	04/20–12/20	P-Wert
N	454.741	417.979	
Durchschnittsalter (Standardabweichung)	6,6 (4,9)	6,7 (5,0)	<0,001
Alter 2–5 Jahre (%)	49,3	48,4	<0,001
Alter 6–9 Jahre (%)	21,8	21,8	
Alter 10–12 Jahre (%)	13,4	13,7	
Alter 13–17 Jahre (%)	15,3	16,1	
Mädchen (%)	47,7	47,6	0,096
Jungen (%)	52,3	52,4	

Tab. 1: Alters- und Geschlechtsmerkmale von Patienten, die 168 deutsche Kinderarztpraxen zwischen April 2019 und Dezember 2019 und April 2020 und Dezember 2020 aufsuchten.

Unterschiede nach Geschlecht und Alter				
Patientengruppen	04/19–12/19 (Mittelwert, Standardabweichung)	04/20–12/20 (Mittelwert, Standardabweichung)	Differenz in %	P-Wert
Gesamt	2.707 (1.133)	2.488 (1.098)	-8	0,037
Alter 2–5 Jahre	1.338 (595)	1.205 (581)	-10	0,011
Alter 6–9 Jahre	591 (244)	543 (236)	-8	0,041
Alter 10–12 Jahre	363 (158)	339 (150)	-7	0,141
Alter 13–17 Jahre	415 (212)	401 (204)	-3	0,455
Mädchen	1.292 (539)	1.183 (518)	-8	0,029
Jungen	1.415 (597)	1.305 (582)	-8	0,048

Tab. 2: Unterschiede nach Geschlecht und Alter in der Anzahl der Patienten mit mindestens einem Besuch in einer von 168 deutschen Kinderarztpraxen zwischen April 2019 und Dezember 2019 sowie April 2020 und Dezember 2020.

von 0,23% auf 0,47% ( $p<0,001$ ). Die größten Anstiege wurden bei Mädchen beobachtet (Angst von 0,35% auf 0,72% (+106%,  $p<0,001$ ), Depression von 0,28% auf 0,72% (+132%,  $p<0,001$ ).

## Diskussion

Diese Studie, die in 168 pädiatrischen Praxen in Deutschland durchgeführt wurde, zeigte, dass die Gesamtzahl der Kinder und Jugendlichen mit Angststörungen und Depressionen, und die Prävalenz von Angststörungen und Depressionen bei Kindern und Jugendlichen im Zeitraum April-Dezember 2020 im Vergleich zu April-Dezember 2019 gestiegen sind.

Darüber hinaus war dieser Anstieg bei Mädchen und bei Kindern im Alter von 10-12 Jahren am stärksten. Es handelt sich um eines der größten Studien, die bisher zu diesem Thema in Deutschland durchgeführt wurden, und es ist auch die erste Studie, die pädiatrische Diagnosen verwendet.

Angststörungs- und Depressionsdiagnosen repräsentieren nur die höchste Stufe der Angst- und depressiven Symptome. Mohler-Kuo et al. berichteten in ihrer Studie an 1.146 Kindern im Alter von 12 bis 17 Jahren in der Schweiz, dass während der Covid-19-Pandemie die Prävalenzraten von Angstsymptomen bei 13,6% bei Mädchen und 12,5% bei Jungen und die Prävalenzraten von depressiven Symptomen bei

9,7% bei Mädchen und 4,6% bei Jungen lagen (17). Basierend auf selbstberichteten Daten der Kinder und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren, die in ihre Studie eingeschlossen waren, fanden sie während der Covid-19-Pandemie deutlich höhere Werte für generalisierte Angst als davor (24,1% vs. 14,9 %) (12). Nearchou et al. lieferten eine systematische Übersicht über die Evidenz zu den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, basierend auf 12 Studien. Sie berichteten, dass die Prävalenz von Angstsymptomen zwischen 18,9% und 37,4% und die von Depressionssymptomen zwischen 22,6% und 43,7% lag (18). Panda et al. analysierten 15 Studien mit 22.996 Kindern und

Jugendlichen, in denen 34,5% an Angst und 41,7% an Depression litten (19). In unserer Studie waren die Prävalenzraten für Angst und Depression viel niedriger, da nur bestätigte medizinische Diagnosen von Kinderärzten verwendet wurden und einzelne Symptome psychischer Störungen nicht unbedingt zu Diagnosen führen, selbst wenn diese Symptome den Kinderärzten gemeldet oder von ihnen beobachtet werden.

Obwohl die Ergebnisse von Ravens-Sieberer et al. darauf hinweisen, dass Kinder während der Pandemie unter psychosomatischen Beschwerden litten, fanden sie keine Zunahme klinisch relevanter depressiver Symptome (12). Wir beobachteten einen signifikanten

## Literatur

- Franchini AF, Auxilia F, Galimberti PM, Piga MA, Castaldi S, Porro A. COVID 19 and Spanish flu pandemics: All it changes, nothing changes. *Acta Biomed.* 2020 May 11;91(2):245-250. doi: 10.23750/abm.v91i2.9625
- Flaxman S, Mishra S, Gandy A, Unwin HJT, Mellan TA, Coupland H, Whittaker C, Zhu H, Berah T, Eaton JW, Monod M; Imperial College Covid-19 Response Team, Ghani AC, Donnelly CA, Riley S, Vollmer MAC, Ferguson NM, Okell LC, Bhatt S. Estimating the effects of non-pharmaceutical interventions on Covid-19 in Europe. *Nature.* 2020 Aug;584(7820):257-261. doi: 10.1038/s41586-020-2405-7
- Huber M, Langen H. Timing matters: the impact of response measures on Covid-19-related hospitalization and death rates in Germany and Switzerland. *Swiss J Econ Stat.* 2020;156(1):10. doi: 10.1186/s41937-020-00054-w
- Cénat JM, Blais-Rochette C, Kokou-Kpolou CK, Noorishad PG, Mukunzi JN, McIntee SE, Dalexis RD, Goulet MA, Labelle PR. Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the Covid-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2021 Jan;295:113599. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113599
- Wu T, Jia X, Shi H, Niu J, Yin X, Xie J, Wang X. Prevalence of mental health problems during the Covid-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2021 Feb 15;281:91-98. doi: 10.1016/j.jad.2020.11.117
- Chen F, Zheng D, Liu J, Gong Y, Guan Z, Lou D. Depression and anxiety among adolescents during Covid-19: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun.* 2020 Aug;88:36-38. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.061
- Saurabh K, Ranjan S. Compliance and Psychological Impact of Quarantine in Children and Adolescents due to Covid-19 Pandemic. *Indian J Pediatr.* 2020 Jul;87(7):532-536. doi: 10.1007/s12098-020-03347-3
- Jiao WY, Wang LN, Liu J, Fang SF, Jiao FY, Pettoello-Mantovani M, Somekh E. Behavioral and Emotional Disorders in Children during the Covid-19 Epidemic. *J Pediatr.* 2020 Jun;221:264-266.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2020.03.013
- Saddik B, Hussein A, Albanna A, Elbarazi I, Al-Shujairi A, Temsah MH, Saheb Sharif-Askari F, Stip E, Hamid Q, Halwani R. The psychological impact of the Covid-19 pandemic on adults and children in the United Arab Emirates: a nationwide cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* 2021 May 3;21(1):224. doi: 10.1186/s12888-021-03213-2
- Boldt K, Coenen M, Movsisyan A, Voss S, Rehfuess E, Kunzler AM, Lieb K, Jung-Sievers C. Interventions to Ameliorate the Psychosocial Effects of the Covid-19 Pandemic on Children-A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Feb 28;18(5):2361. doi: 10.3390/ijerph18052361
- Bignardi G, Dalmajier ES, Anwyll-Irvine AL, Smith TA, Siugzdaitė R, Uh S, Astle DE. Longitudinal increases in childhood depression symptoms during the Covid-19 lockdown. *Arch Dis Child.* 2020 Dec 9;archdischild-2020-320372. doi: 10.1136/archdischild-2020-320372
- Ravens-Sieberer U, Kaman A, Otto C, Adedeji A, Napp AK, Becker M, Blanck-Stellmacher U, Löffler C, Schlack R, Hölling H, Devine J, Erhart M, Hurrelmann K. Mental health and psychological burden of children and adolescents during the first wave of the Covid-19 pandemic-results of the COPSYP study]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2021 Mar 1:1-10. German. doi: 10.1007/s00103-021-03291-3.
- Berger E, Jamshidi N, Reupert A, Jobson L, Miko A. Review: The mental health implications for children and adolescents impacted by infectious outbreaks - a systematic review. *Child Adolesc Ment Health.* 2021 May;26(2):157-166. doi: 10.1111/camh.12453
- Rathmann W, Bongaerts B, Cariu HJ, Kruppert S, Kostev K. Basic characteristics and representativeness of the German Disease Analyzer database. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2018;56(10):459-66.
- Michalowsky B, Hoffmann W, Bohlken J, Kostev K. Effect of the Covid-19 lockdown on disease recognition and utilisation of healthcare services in the older population in Germany: a cross-sectional study. *Age Ageing.* 2021 Feb 26;50(2):317-325. doi: 10.1093/ageing/afaa260
- Jacob L, Loosen SH, Kalder M, Luedde T, Roderburg C, Kostev K. Impact of the Covid-19 Pandemic on Cancer Diagnoses in General and Specialized Practices in Germany. *Cancers (Basel).* 2021 Jan 22;13(3):408. doi: 10.3390/cancers13030408
- Mohler-Kuo M, Dzemaili S, Foster S, Werlen L, Walitza S. Stress and Mental Health among Children/Adolescents, Their Parents, and Young Adults during the First Covid-19 Lockdown in Switzerland. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Apr 27;18(9):4668. doi: 10.3390/ijerph18094668
- Nearchou F, Flinn C, Niland R, Subramaniam SS, Hennessy E. Exploring the Impact of Covid-19 on Mental Health Outcomes in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Nov 16;17(22):8479. doi: 10.3390/ijerph17228479
- Panda PK, Gupta J, Chowdhury SR, Kumar R, Meena AK, Madaan P, Sharawat IK, Gulati S. Psychological and Behavioral Impact of Lockdown and Quarantine Measures for Covid-19 Pandemic on Children, Adolescents and Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Trop Pediatr.* 2021 Jan 29;67(1):fmaa122. doi: 10.1093/tropej/fmaa122
- Pierce M, McManus S, Jessop C, John A, Hotopf M, Ford T, Hatch S, Wessely S, Abel KM. Says who? The significance of sampling in mental health surveys during Covid-19. *Lancet Psychiatry.* 2020 Jul;7(7):567-568. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30237-6
- Mangiapanè S, Zhu L, Kretschmann J, Czihal T, von Stillfried D. Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise. [https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Publikationen/Trendreport\\_4\\_Leistungsanspruchnahme\\_COVID\\_2021-04-19.pdf](https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Publikationen/Trendreport_4_Leistungsanspruchnahme_COVID_2021-04-19.pdf) accessed on 17.05.2021
- Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet.* 2020 Mar 14;395(10227):912-920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8
- Fegert JM, Vitiello B, Plener PL, Clemens V. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (Covid-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2020 May 12;14:20. doi: 10.1186/s13034-020-00329-3
- Bathelt J, Vignoles A, Astle DE. Just a phase? Mapping the transition of behavioural problems from childhood to adolescence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2021 May;56(5):821-836. doi: 10.1007/s00127-020-02014-4
- Leebens PK, Williamson ED. Developmental Psychopathology: Risk and Resilience in the Transition to Young Adulthood. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2017 Apr;26(2):143-156. doi: 10.1016/j.chc.2016.12.001
- Holz NE, Nees F, Meyer-Lindenberg A, Tost H, Hölling H, Keil T, Brandeis D, Romanos M, Banaschewski T. Kohortenstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie [Cohort studies in child and adolescent psychiatry]. *Nervenarzt.* 2021 Mar;92(3):208-218. German. doi: 10.1007/s00115-020-01018-4
- Boldt K, Coenen M, Movsisyan A, Voss S, Rehfuess E, Kunzler AM, Lieb K, Jung-Sievers C. Interventions to Ameliorate the Psychosocial Effects of the Covid-19 Pandemic on Children-A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Feb 28;18(5):2361. doi: 10.3390/ijerph18052361
- Fegert JM, Kehoe LA, Çuhadaroglu Çetin F, Doyle M, Eliez S, Hebebrand J, Hillegers M, Karwautz A, Kotsis K, Kiss E, Pevjovic-Milovencevic M, Råberg Christensen AM, Raynaud JP, Anagnostopoulos D. Next generation Europe: a recovery plan for children, adolescents and their families : For the time after the pandemic, we need a vision and investments for the future. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2021 Apr 10:1-5. doi: 10.1007/s00787-021-01767-w.



Unterschiede nach Geschlecht und Alter								
Patienten- gruppen	Alle Diagnosen				Neue Diagnosen			
	04/19–12/19 (Mittelwert, Standardabweichung)	04/20–12/20 (Mittelwert, Standardabweichung)	Differenz in %	P-Wert	04/19–12/19 (Mittelwert, Standardabweichung)	04/20–12/20 (Mittelwert, Standardabweichung)	Differenz in %	P-Wert
<b>Angststörung</b>								
Gesamt	10,1 (14,2)	11,1 (16,7)	+9	0,478	7,6 (9,8)	8,6 (12,0)	+13	0,309
Alter 2–5 Jahre	2,3 (8,7)	2,3 (9,9)	0	0,535	1,9 (6,4)	1,9 (7,6)	+2	0,623
Alter 6–9 Jahre	2,3 (2,9)	2,6 (4,0)	+13	0,525	1,9 (2,4)	2,3 (3,4)	+17	0,564
Alter 10–12 Jahre	2,3 (2,6)	2,6 (3,1)	+16	0,205	1,9 (2,2)	2,3 (2,5)	+20	0,105
Alter 13–17 Jahre	3,3 (2,9)	3,6 (3,3)	+9	0,568	2,5 (2,3)	2,9 (2,7)	+12	0,492
Mädchen	5,5 (7,3)	6,2 (9,1)	+13	0,596	4,1 (4,9)	4,8 (6,8)	+16	0,470
Jungen	4,7 (7,2)	4,9 (7,9)	+5	0,730	3,5 (5,3)	3,8 (5,7)	+9	0,416
<b>Depression</b>								
Gesamt	8,5 (9,3)	9,5 (9,9)	+12	0,315	5,9 (6,7)	7,0 (7,2)	+18	0,086
Alter 2–5 Jahre	-	-			-	-		
Alter 6–9 Jahre	0,6 (1,0)	0,6 (1,0)	0	0,994	0,5 (0,9)	0,5 (0,9)	+2	0,966
Alter 10–12 Jahre	1,3 (1,8)	1,6 (2,5)	+29	0,221	1,1 (1,6)	1,4 (2,3)	+32	0,110
Alter 13–17 Jahre	6,5 (7,4)	7,2 (7,6)	+10	0,365	4,4 (5,4)	5,2 (5,3)	+16	0,086
Mädchen	5,2 (5,9)	6,2 (6,6)	+19	0,128	3,5 (4,2)	4,5 (4,6)	+29	0,010
Jungen	3,3 (3,9)	3,3 (4,0)	+1	0,892	2,4 (3,0)	2,5 (3,2)	+3	0,910

**Tab. 3:** Unterschiede nach Geschlecht und Alter in der Anzahl der Patienten mit den Diagnosen Depression und Angststörung, die eine von 168 deutschen Kinderarztpraxen zwischen April 2019 und Dezember 2019 und April 2020 und Dezember 2020 aufsuchten.

Anstieg der Prävalenz von sowohl Angst als auch Depression während der Covid-19-Pandemie, aber der Anteil der Kinder mit diesen psychischen Diagnosen war relativ gering.

Es ist bekannt, dass Prävalenzschätzungen, die in erster Linie auf der Selbsteinschätzung von Symptomen beruhen, wie sie in Online-Umfragen verwendet werden, von der in medizinischen Praxen dokumentierten Prävalenz abweichen (20). Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, die spezifischen Bedingungen der kinder- und jugendmedizinischen Praxen in Deutschland zu berücksichtigen. Pädiater übernehmen in Deutschland hausärztliche Funktionen. Sie sind verpflichtet, Diagnosen mit ICD-10-Kodes und Leistungen mit Gebührenordnungen zu dokumentieren. Die Pandemie hatte für diese Praxen weitreichende Folgen für die Leistungserbringung (21): Die Kontakthäufigkeit und auch die Leistungsdichte nahmen ab, insbesondere die Zahl der akuten Erkrankungen der Atemwege ging zurück, es wurden weniger Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt und Krankenschreibungen für Eltern, die kranke Kinder betreuen, entfielen, weil viele Eltern von zu Hause aus arbeiteten. Schließlich wurden viele Leistungen per Telefon- oder Videokontakt erbracht (21). Die Praxen hatten möglicherweise mehr Zeit zur Verfügung, um in größerem Umfang auf psychische Beschwerden einzugehen.

Andererseits gibt es viele Hinweise darauf, dass Quarantänemaßnahmen mit negativen psychischen Folgen verbunden sein können (22). Bei Kindern und Jugendlichen betrifft dies insbesondere Kinder in beengten Wohnverhältnissen, in denen eine chronische familiäre Konfliktsituation besteht (z. B. Scheidung, Trennung, psychische Erkrankung der Eltern) (23).

In kinder- und jugendärztlichen Praxen werden Patienten meist

über einen sehr langen Zeitraum betreut. In Deutschland werden Vorsorgeuntersuchungen in verpflichtenden Abständen durchgeführt - eine Praxis, die die Ärzte möglicherweise besonders auf die Übergangsphasen der Patienten aufmerksam macht. Ein besonders auffälliges Ergebnis dieser Untersuchungen ist die Entwicklung von psychischen Störungen bei Schulkindern im Alter von 10-12 Jahren. Diese Altersgruppe befindet sich in einer wichtigen Übergangsphase (24), die in der Regel durch den Übergang in die weiterführende Schule, das Einsetzen der Pubertät sowie eine beginnende Ablösung vom Elternhaus und einen verstärkten Kontakt zur Peer-Group gekennzeichnet ist. Dies ist in der Regel auch eine Phase, in der sich die Resilienz von Schulkindern und Jugendlichen angesichts zunehmender Verantwortung im Leben von derjenigen Erwachsener oder älterer Menschen unterscheiden kann (25,26).

Obwohl sich aus den für diese Studie verwendeten Daten keine direkten Hinweise auf Maßnahmen zur Reduzierung oder Behandlung von Angst oder Depression bei Kindern und Jugendlichen ableiten lassen, gibt es bereits eine Reihe von Übersichtsarbeiten, in denen mögliche Interventionen vorgestellt werden (27). Es wurde jedoch darauf hingewiesen, dass Kinder und Jugendliche in pädiatrischen Praxen eine besonders gefährdete Gruppe hinsichtlich der Entwicklung von psychischen Störungen wie Angst und Depression sind und dass bestimmte Untergruppen, darunter auch weibliche Patienten im Alter von 10 bis 12 Jahren, ein höheres Risiko aufweisen. Wir wissen derzeit nicht, inwieweit wiederholte Einweisungen weiterhin zu volatilen Situationen mit unvorhersehbaren Folgen für die psychische Gesundheit von Kindern führen. Außerdem bleibt unklar, inwieweit psychische Störungen nach dem Ende der Pandemie abnehmen oder

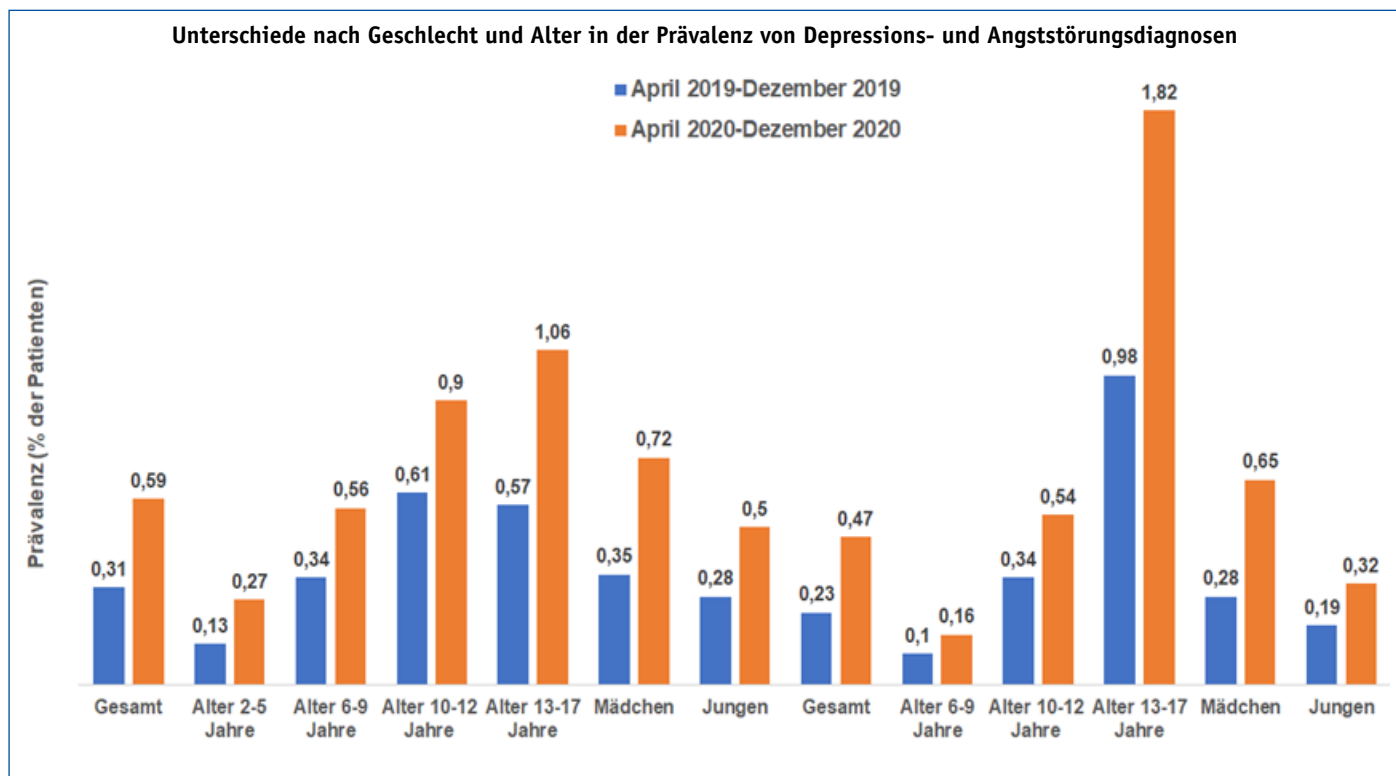


Abb. 1: Unterschiede nach Geschlecht und Alter in der Prävalenz von Depressions- und Angststörungsdiagnosen in 168 deutschen Kinderarztpraxen zwischen April 2019 und Dezember 2019 und April 2020 und Dezember 2020.

sich verschlimmern werden. Vor diesem Hintergrund fordern Kinder- und Jugendpsychiater einen Erholungsplan für Kinder, Jugendliche und ihre Familien (28).

Im Gegensatz zu bestehenden Studien zu psychischen Problemen bei Kindern und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie, die Umfragen verwendeten, weist unsere Studie eine große Kohorte von Kindern auf, die repräsentativ für die soziodemographische Situation in Deutschland ist, und verwendet retrospektive Daten aus pädiatrischen Praxen. Wir erkennen an, dass diese Arbeit mehreren Einschränkungen unterliegt. Zum einen kann es aufgrund der Verwendung des ICD-10-Kodierungssystems zu Fehlklassifikationen oder fehlender Kodierung einzelner Diagnosen gekommen sein. Darüber hinaus enthält die German Disease Analyzer Datenbank keine Details darüber, wie die Diagnosen gestellt wurden, noch liefert sie Informationen über den Lebensstil oder den sozioökonomischen Status, und die verfügbaren Daten erlauben keine Analyse der Krankheitsschwere. Schließlich ist diese Studie deskriptiver Natur und es wurden keine komplexen statistischen Methoden wie Zeitreihenanalysen verwendet.

Nichtsdestotrotz gibt die Datenbank einen relevanten Überblick über die Diagnose von Depressionen und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie und zeigt einen interessanten Trend in der Anzahl der pädiatrischen Diagnosen im Pandemiejahr 2020 im Vergleich zum Vorjahr. <<

### Increase in depression and anxiety disorder diagnoses during the Covid-19 pandemic in children and adolescents

This retrospective cross-sectional study was based on medical record data from the Disease Analyzer database (IQVIA) and included all children and adolescents aged 2–17 years with at least one visit to one of 168 German pediatric practices between April 2019 and December 2019 (n=454,741) or between April 2020 and December 2020 (n=417,979). The number of children and adolescents with depression and anxiety diagnoses per practice increased in April 2020–December 2020 compared to the same period in 2019 (anxiety: +9%, depression: +12%). The increase was much greater in girls than in boys (anxiety: +13% vs. +5%; depression +19% vs. +1%). The prevalence of anxiety disorder increased from 0.31% to 0.59% (p<0.001), and that of depression from 0.23% to 0.47% (p<0.001). The biggest increases were observed for girls (anxiety from 0.35% to 0.72% (+106%, p<0.001), depression from 0.28% to 0.72% (+132%, p<0.001). This study shows an increase in the number of pediatric diagnoses of depression and anxiety disorders in the pandemic year 2020 compared to the previous year.

#### Keywords

Covid-19 pandemic, children, adolescents, depression, anxiety disorder

#### Zitationshinweis

Kostev et al.: „Zunahme von Depressions- und Angststörungsdiagnosen während der Covid-19-Pandemie bei Kindern und Jugendlichen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/21), S. 57-62. <http://doi.org/10.24945/MVF.04.21.1866-0533.2334>

#### Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

#### Prof. Dr. rer. med. habil. Karel Kostev MA

ist Scientific Principal bei IQVIA in Frankfurt. Er hat Soziologie und Statistik studiert, in Medizin promoviert und habilitiert. Er lehrt epidemiologische und medizinische Fächer an der Universität Marburg. Sein Arbeitsschwerpunkt ist die Versorgungsforschung im Bereich der chronischen Erkrankungen.

Kontakt: [karel.kostev@iqvia.com](mailto:karel.kostev@iqvia.com)



#### Dr. rer. nat. Christian von Vultée

ist Principal bei IQVIA in Frankfurt. Er hat Chemie in Bochum studiert und über molekulare Pathomechanismen von Nickelallergien im Rahmen des Graduiertenkollegs „Toxikologie und Umwelthygiene“ in Düsseldorf promoviert. Seine Arbeitsschwerpunkte sind die Versorgungsforschung auf Basis von Sekundärdaten sowie Projekte basierend auf künstlicher Intelligenz.

Kontakt: [christian.vonvultee@iqvia.com](mailto:christian.vonvultee@iqvia.com)



#### Kerstin Weber

ist Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin. Sie leistete ihre Facharztausbildung an der Rudolf-Virchow Kinderklinik der Charité Berlin, absolvierte mehrjährige radiologische Weiterbildungen mit Schwerpunkt Kinderradiologie, war von 1995-2019 in eigener Praxis und in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig. Aktuell hat sie eine leitende ärztliche Tätigkeit in einem Berliner Impfzentrum übernommen.

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



#### Dr. med. Dr. phil. Jens Bohlken

ist Facharzt für Neurologie und Psychiatrie. Er studierte Medizin in Marburg sowie Soziologie in Marburg und Frankfurt (Dipl.-Soz.). Seine Facharztausbildung absolvierte er in Hamburg und Berlin. Er war Oberarzt an der Berliner Schlosspark Klinik, arbeitete von 1994-2019 in eigener Praxis mit Schwerpunkt Demenz und ist seit 2019 Gastwissenschaftler am Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health in Leipzig.

Kontakt: [dr.j.bohlken@gmx.net](mailto:dr.j.bohlken@gmx.net)





Cosima Bauer MA  
Prof. Dr. rer. pol. Uwe May  
Chiara Giuliani-Limbach MSc

## Biosimilarmarkt 2022: Gibt es eine Alternative zu exklusiven Rabattver- trägen?

### Vorschlag eines alternativen und praxistauglichen Regulierungskonzepts

Neben weiteren arzneimittelmarktrelevanten Themen wurden im Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) im Jahr 2019 auch Regularien festgeschrieben, die den Biosimilarmarkt in der GKV betreffen. Mit dem GSAV wurden einerseits bestimmte Neuregelungen bereits geschaffen und umgesetzt, zusätzlich aber auch weitere Veränderungen nach Ablauf einer Frist von drei Jahren in Aussicht gestellt. Letztere betreffen nicht zuletzt die geplante Austauschbarkeit von Biosimilars in der Apotheke ab 2022. Vor diesem Hintergrund wurden von den Autoren des vorliegenden Beitrags in einer wissenschaftlichen Ausarbeitung, welche als Vollpublikation online unter der Rubrik „eFirst“ des „Monitor Versorgungsforschung“ verfügbar ist ([https://www.monitor-versorgungsforschung.de/efirst/Versorgung\\_Bios\\_2022/view](https://www.monitor-versorgungsforschung.de/efirst/Versorgung_Bios_2022/view)), Überlegungen dahingehend angestellt, welcher Regulierungsrahmen insbesondere hinsichtlich der Preisbildung der besonderen Marktsituation der Biosimilars gerecht wird (Bauer et al. 2021). Das in diesem Zuge entwickelte Modell, welches als Alternative bzw. Gegenentwurf zu (teil-/exklusiven) Rabattvertragsausschreibungen – wie sie denklige Folge der GSAV-Regelungen sein werden – gedacht ist, wird im Folgenden dargelegt. Dieses Erstattungs- und Preisbildungsmodell soll den in der Vollpublikation ausführlich analysierten Marktgegebenheiten im Sinne eines nachhaltigen Wettbewerbskonzepts im Biosimilarmarkt gerecht werden und in die gesundheitspolitische Diskussion eingebracht werden.

### Regulierungsrelevante Spezifika biosimilarfähiger Märkte

>> Zunächst gilt es festzuhalten, dass die Entwicklung und Zulassung von Biosimilars zeitaufwändig und kostenintensiv sind. Der für das betreffende Unternehmen zu leistende Aufwand stellt eine erhebliche Markteintrittshürde dar, die so insbesondere im Generikamarkt nicht gegeben ist. Dieser Unterschied wird auch durch die aktuellen Anbieterzahlen in biosimilarfähigen Märkten dokumentiert, die vergleichsweise niedrig ausfallen. Ein pharmazeutisches Unternehmen wird eine Markteinführung nur anstreben, wenn mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, dass sich diese Investition auszahlt. Eine solche Rentabilität ist dann gegeben, wenn die zu erzielenden Marktpreise und Absatzmengen über einen ausreichend

### Zusammenfassung

Der Gesetzgeber hat mit dem GSAV ab 2022 die automatische Substitution von Biologika in der Apotheke vorgesehen. Die Umsetzung dieser Regelung würde den Weg für exklusive Rabattvertragsausschreibungen der Krankenkassen (GKV) ebnet, von welchen ein maximal hoher Preisdruck auf die Anbieter ausgeht. Als Folgewirkung hieraus könnte sich ergeben, dass sich der durch Biosimilars erhoffte Wettbewerb zwischen mehreren Anbietern nicht einstellt. Im Endeffekt könnten somit Wirtschaftlichkeitspotenziale nicht realisiert und zugunsten der Solidargemeinschaft genutzt werden. Als Alternative wird hier ein Ansatz vorgeschlagen, der im Kern vorsieht, nach Patentablauf eine mehrjährige Marktphase zu gewähren, in der es einen auf der kollektivvertraglichen Ebene festgelegten GKV-Erstattungsbetrag gibt. Alle Präparate, deren Preis auf bzw. unter diesem Betrag liegt, sind erstattungsfähig und stehen miteinander im Wettbewerb um die ärztliche Verordnung. Ein Nebeneffekt des Vorschlags besteht darin, dass die gegenwärtig in den Fachkreisen geführte Diskussion über die Austauschbarkeit biologischer Arzneimittel im Allgemeinen und die speziellere Frage der automatischen Substitution in der Apotheke hier nachgelagert ist, da der Anlass für einen Austausch in dem vorgeschlagenen Modell nicht mehr gegeben ist.

### Schlüsselwörter

Biologika, Biosimilars, GSAV, Preisregulierung, automatische Substitution, Wettbewerbsanreize

### Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.04.21.1866-0533.2336>

langen Zeitraum entsprechende Profite ermöglichen. Darüber hinaus wird eine Planungssicherheit und Kalkulierbarkeit die Bereitschaft zum Markteintritt deutlich erhöhen.

Des Weiteren sollen Biosimilars primär dazu beitragen, Kosteneinsparungen in der Arzneimitteltherapie zu bewirken sowie einen breiteren Zugang der Patienten zur Versorgung zu ermöglichen. Das Wesen der Biosimilars als nichtoriginäre pharmazeutische Innovationen rückt vor allem das Ziel der Kostensenkung in den Vordergrund des Regulierungsgeschehens. Abgeleitete Ziele hieraus sind zum einen der Marktzutritt von Biosimilars und zum anderen, in Verbindung damit, ein Preiswettbewerb zwischen Biosimilars untereinander und in Relation zum Originalpräparat. Hieraus ergibt sich ein Zielkonflikt, indem die sich einstellenden Preise in Kombination mit potenziellen Absatzmengen einerseits wettbewerblichen Charakter haben und Wirtschaftlichkeitsreserven ausschöpfen sollen, andererseits aber auch nachhaltig Anreize für einen Marktzutritt und -verbleib bieten müssen. Dieser Zielkonflikt muss letztlich auch maßgeblich die Bewertung und Auswahl adäquater Regulierungsinstrumente prägen.

### Entwicklungstendenzen des biosimilarfähigen Marktes unter dem Einfluss des GSAV

Im Bereich der Biologika hat das GSAV im Jahr 2019 unterschiedliche relevante Weichenstellungen für den biosimilarfähigen Arzneimittelmarkt vorgenommen. Es enthält einerseits Regelungen zur Austauschbarkeit von Biologika (Referenzarzneimittel und Biosimilars bzw. Biosimilars untereinander) auf Arzzebene. Andererseits regelt das GSAV die automatische Substitution von Biologika in der Apotheke. Ein Austausch von Biologika durch Biosimilars bzw. Biosimilars untereinander in der Apotheke ist gemäß GSAV ab dem Jahr 2022 vorgesehen (Bundesgesetzblatt 2019). Der in § 129a Abs. 1 Satz 2 geregelten automatischen Substitution von Biosimilars kommt aus Regulierungssicht eine besondere Bedeutung zu.

### Marktdynamik und Entwicklung des biosimilarfähigen Marktes unter Rabattvertragsausschreibungen

Die Substituierbarkeit von Biologika in der Apotheke, die soge-

nannte Aut-idem-Regelung, stellt eine notwendige Voraussetzung für die Umsetzung kassenindividueller (teil-)exklusiver Rabattvertragsausschreibungen dar und ebnet diesen faktisch den Weg. Eine Blaupause im Hinblick auf die Bedeutung dieses Zusammenhangs und die sich daraus ergebende Marktdynamik liefert der deutsche Generikamarkt ab dem Jahr 2007. Ab diesem Zeitpunkt haben Rabattvertragsausschreibungen in rascher Folge stattgefunden und dominieren seither die wettbewerblichen und ökonomischen Bedingungen des Generikamarktes (Bauer et al. 2015).

Wenngleich erneut betont werden sollte, dass der biosimilarfähige Markt nicht mit dem Generikamarkt vergleichbar ist, so liefern die getroffenen Unterscheidungsmerkmale keinen Anlass dafür zu glauben, dass sich Tender im Biosimilarmarkt nach ihrer „Scharstellung“ durch das GSAV weniger schnell durchsetzen als seinerzeit im Generikamarkt. Vielmehr ist davon auszugehen, dass ein realistisches Entwicklungsszenario des biosimilarfähigen Marktes unter einer Substituierbarkeit von Biosimilars in der Apotheke dadurch bestimmt ist, dass die gesetzlichen Krankenkassen von diesem Instrument durchweg und für alle relevanten Marktsegmente Gebrauch machen werden, sobald die entsprechende Regelung des GSAV greift. In Anbetracht insgesamt höherer Kosten biologischer Arzneimittel werden die Motivation und die Bereitschaft, den Aufwand einer Ausschreibung zu betreiben, sogar größer sein als im Generikamarkt. Es ist davon auszugehen, dass, ebenso wie in generischen Märkten, dabei in den ersten Runden zunächst die umsatzstärksten Wirkstoffe ausgeschrieben werden. Kleinere Wirkstoffe folgen dann sukzessive.

Wenn mit dem GSAV, so wie nach aktuellem Stand vorgesehen, im Jahr 2022 die automatische Substitution von Biologika in der Apotheke eingeführt und Rabattvertragsausschreibung damit ermöglicht wird, treffen diese neuen Gegebenheiten auf zwei zu unterscheidende Marktsituationen. Zum einen betrifft die Neuregelung die bereits etablierten Märkte, in denen zum Teil bereits seit mehreren Jahren Biosimilars in Konkurrenz zu ihren Referenzprodukten stehen. Hier kann in Folge der exklusiven Rabattvertragsausschreibungen ein ruinöser Wettbewerb drohen, bei dem Anbieter ggf. aus den etablierten Märkten gedrängt werden können.

Zum anderen betrifft die Neuregelung auch Märkte, die erst jüngst durch Patentabläufe biosimilarfähig geworden sind und solche, die es in Zukunft noch werden. Folglich sogenannte neue biosimilarfähige Märkte. In diesen wird durch die Aut-idem-Regelung die rabattvertragsfreie Vermarktungsphase nach Markteinführung ausbleiben. Dies stellt eine erhebliche Markteintrittshürde dar und kann zur Folge haben, dass die Anbieterzahl in diesen neuen biosimilarfähigen Märkten geringer ausfällt als in den zuvor beschriebenen bereits etablierten Märkten.

Aus regulierungs- und wettbewerbspolitischer Perspektive ist diese Unterscheidung bedeutsam, weshalb die beiden Szenarien separat zu diskutieren sind. Ab welcher Anbieterzahl bzw. ab welchem Zeitpunkt die Grenzziehung zwischen neuen und etablierten Märkten vorzunehmen ist, kann sicherlich unterschiedlich bewertet werden. Im vorliegenden Kontext erscheint es sachgerecht, von einem etablierten Markt zu sprechen, wenn zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der GSAV-Neuregelung (ab August 2022) mindestens zwei Biosimilars eingetreten sind. Es kann folglich konstatiert werden, dass speziell für Märkte, die sich nach Patentablauf erst etablieren sollen, das Risiko besteht, dass potenzielle Anbieter durch das in Rabattverträgen zu erwartende Preisniveau abgeschreckt werden und nicht in den Markt eintreten. In der Folge bedeutet dies, dass sich der durch die Biosimilars erhoffte Wettbewerb zwischen mehreren An-

biern nicht einstellt. Somit könnten Wirtschaftlichkeitspotenziale im Endeffekt nicht realisiert und zugunsten der Solidargemeinschaft genutzt werden.

## Konzeptionelle Eckpunkte eines nachhaltig funktionsfähigen Wettbewerbsrahmens

Aufgrund der hohen Markteintrittshürden im Biosimilarmarkt bedarf es nach Patentablauf einer Phase, in der Unternehmen, die ein Präparat in den Markt einführen, die entsprechenden Kosten wieder erwirtschaften können. Selektive Rabattvertragsausschreibungen führen zu einem Preisniveau, das aus betriebswirtschaftlicher Sicht den Investitionen in die Entwicklung und Markteinführung eines Biosimilars in vielen Fällen entgegensteht. Dies wirft unmittelbar die Frage auf, welche konzeptionellen Rahmenbedingungen aus regulierungs- und ordnungspolitischer Sicht geeignet sind, um den Spezifika dieser Produktgruppe Rechnung zu tragen. Der hier gesuchte Lösungsansatz für die Preisbildung und Erstattung im biosimilarfähigen Markt soll politisch so weit konform sein, dass eine Mehrheitsfähigkeit realistischerweise erreichbar ist. Grundvoraussetzung hierzu ist eine Lösung unter Wahrung der grundlegenden arzneimittelrechtlichen und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen. Neben der Rechtssicherheit und Systemkonformität ist nicht zuletzt der Ausgleich widerstrebender Interessen auf der politischen Ebene eine wichtige Vorgabe für den angestrebten Lösungsvorschlag. In diesem Sinne ist sowohl das kurzfristig orientierte Interesse der Krankenkassen an Kosteneinsparungen wie auch das Anliegen der Hersteller, Planungssicherheit und einen verlässlichen Rahmen für ihre Investitionsentscheidungen zu erhalten, gebührend einzubeziehen. Somit können langfristig der breitere Zugang und die Versorgung von Patienten gesichert werden.

Im Hinblick auf die tatsächliche Umsetzbarkeit des Vorschlags im Markt sind dessen Praktikabilität sowie ein angemessener Regulierungsaufwand sicherzustellen. Dazu gehört auch, dass der notwendige Datenbedarf überschaubar und handhabbar ist. Nicht zuletzt muss gewährleistet sein, dass der Vorschlag gegenüber den Fachkreisen und der Öffentlichkeit kommunizierbar ist, womit auch verbunden ist, dass er ein gewisses Maß an Komplexität nicht überschreiten sollte.

Der wissenschaftliche Anspruch an den Lösungsansatz verlangt darüber hinaus eine wohlfahrtsökonomische Fundierung und die Einnahme einer gesellschaftlichen Perspektive. Zusammen mit der Forderung, dass nicht nur eine statische, sondern auch eine dyna-

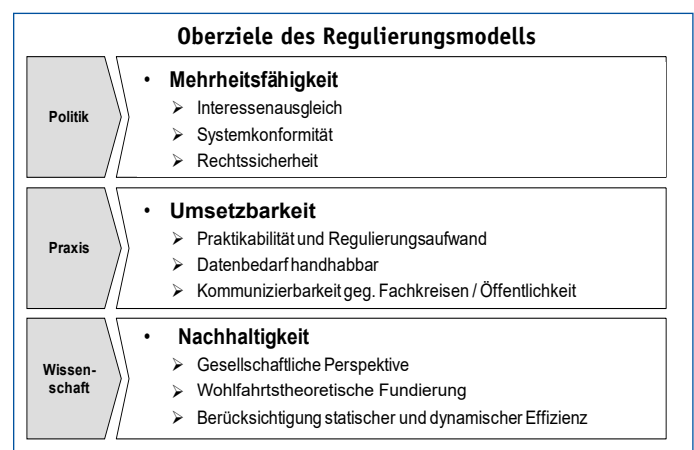


Abb. 1: Oberziele des Regulierungsmodells.

mische Effizienz anzustreben ist, soll der Ansatz an dem Ziel ausgerichtet werden, die Nachhaltigkeit der ökonomischen Prozesse im Biosimilarmarkt zu gewährleisten. Abbildung 1 fasst die drei genannten Oberziele und ihre Ausprägungsmerkmale zusammen.

Gegenstand der vorgeschlagenen Regelung ist der Fertigarzneimittelmarkt biologischer Präparate in der ambulanten Versorgung nach Patentablauf des Originators. Für das Marktsegment der parenteralen Zubereitungen sind besondere Gegebenheiten zu berücksichtigen, die über diesen allgemeinen Ansatz hinausgehen, mit diesem aber im Grundsatz kompatibel sind (Bauer et al. 2020, Manych 2020). Sowohl der Gegenstand der Regelung als auch der Regelungsbedarf betreffen im Wesentlichen die Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Insofern bezieht sich der vorgeschlagene Ansatz ausschließlich auf die GKV.

Die angedachte Regelung zur Preisbildung und Erstattung sollte in Abgrenzung zu selektivvertraglichen Rabattvertragsausschreibungen auf der kollektivvertraglichen Ebene verankert sein. Der wesentliche Grund hierfür leitet sich direkt aus den Markteintrittshürden in Verbindung mit den Zielkonflikten der Regulierung ab. Es ist demnach von Bedeutung, dass das Ziel der Kostendämpfung maßvoll in Relation mit dem Ziel gesetzt wird, ausreichende Anreize für den Marktzutritt im Biosimilarmarkt zu setzen. Diese Zielsetzung leitet sich aus einer längerfristig angelegten Systemperspektive ab. Aus Sicht einer einzelnen Krankenkasse, die sich im Wettbewerb behaupten muss, können hingegen kurzfristig motivierte Kostensenkungsziele dominieren. Daher kann vor diesem Hintergrund nicht erwartet werden, dass die auf einen nachhaltigen Wettbewerb angelegten Systemziele auf der selektivvertraglichen Ebene angemessen Berücksichtigung finden. Theoretisch ausgedrückt gehen Marktzutritte im Biosimilarmarkt mit positiven externen Effekten einher, die auf einer einzelvertraglichen Ebene nicht internalisiert werden können.

Im bestehenden Regulierungsgefüge soll der hier skizzierte Ansatz sowohl andere kollektivvertragliche wie auch selektivvertragliche Instrumente ersetzen. Konkret gilt dies insbesondere für Festbeträge und Rabattverträge. Zum einen werden diese durch einen für den Biosimilarmarkt maßgeschneiderten Ansatz obsolet, zum anderen würde dieser Ansatz speziell in Kombination mit Rabattvertragsausschreibungen leerlaufen und somit sein Ziel verfehlen.

Im Rahmen einer kollektivvertraglichen Regelung, die nicht zuletzt auch Planungssicherheit durch Transparenz ermöglichen soll, ist es

des Weiteren konsequent, dass die regulierten Preise öffentlich, d. h. in entsprechenden Listen bzw. Datenbanken einsehbar sind.

### Praxistauglicher Umsetzungsvorschlag

Wie die Analyse der Marktszenarien nahelegt, werden Erstattungsmodelle aus dem Generikamarkt dem besonderen biosimilarfähigen Markt nicht gerecht. Als naheliegende Alternative sind kollektivvertragliche Lösungen nach in Betracht zu ziehen. Hier scheidet der Ansatz der Festbeträge aus, da in Anbetracht der Anbieterzahlen im Biosimilarmarkt, vor allem aber vor dem Hintergrund des regelmäßig sehr hohen Preisniveaus, selbst bei prozentual geringen Überschreitungen des Festbetrags Aufzahlungen für die meisten Versicherten finanziell nicht leistbar bzw. sozialpolitisch nicht vertretbar wären.

Als Lösungsansatz wird hier also eine fixe Preisobergrenze<sup>1</sup>, deren Überschreitung durch den Anbieter nicht eine Patienten-Aufzahlung, sondern den Ausschluss aus der Erstattungsfähigkeit nach sich zieht vorgeschlagen. Es handelt sich demnach quasi um einen „GKV-Erstattungsbetrag“<sup>2</sup>, wie er im Bereich der innovativen Arzneimittel durch das AMNOG bereits im Sozialgesetzbuch angelegt ist. Dieser Ansatz weist insoweit im Grundsatz Gemeinsamkeiten mit der in einigen europäischen Ländern unter dem Begriff „biosimilar price link“ praktizierten zentralen Festsetzung von Preisabständen zum Originalpräparat auf (Vogler et al. 2017). Ein solcher „biosimilar price link“ ist z.B. auch gemäß Autoren des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) „bei einer höheren Zahl von Wettbewerbern denkbar – vorausgesetzt, dass auch die entsprechende Bereitschaft für den Einsatz von Biosimilars gegeben ist“ (Schröder et al. 2019).

Die maximale Höhe der Preise, die durch den Erstattungsbetrag begrenzt wird, ist dabei so auszutarieren, dass sie den Zielkonflikt zwischen Preissenkungen und Anreizen zum Markteintritt angemessen löst. Einer Preisuntergrenze bedarf es nicht, da ein Preiswettbewerb unterhalb des Erstattungsbetrages ausdrücklich ermöglicht werden soll. Dass dieser Preiswettbewerb einen ruinösen Charakter annimmt, wird dadurch verhindert, dass es durch die fehlende Exklusivität des niedrigstpreisigen Anbieters keinen hinreichend starken Anreiz für ruinösen Wettbewerb gibt. Vielmehr soll unterhalb des GKV-Erstattungsbetrags ein Korridor für Wettbewerb auf Basis der Preise, aber ggf. auch anderer Wettbewerbsparameter eröffnet werden. Ein solcher Wettbewerb wird sich dann auch auf der preislichen

Ebene einstellen, wenn die verordnenden Ärzte in einem gewissen Maß preissensibel sind. Ob dies unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen bereits ge-

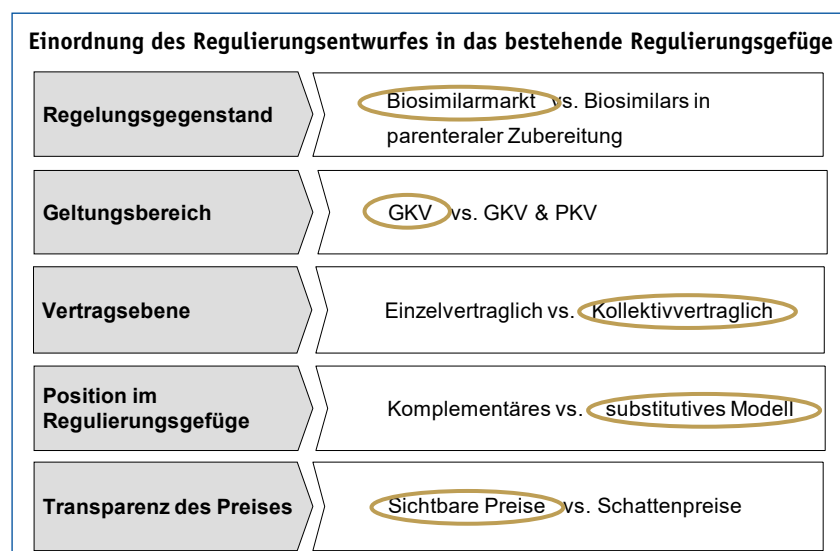


Abb. 2: Einordnung des Regulierungsentwurfes in das bestehende Regulierungsgefüge.

1: Gemäß den vorangehenden Überlegungen wäre diese Preisobergrenze in der GKV kollektivvertraglich respektive zentral festzulegen.  
 2: Dieser GKV-Erstattungsbetrag unterscheidet sich von dem in der GKV-Arzneimittelversorgung bereits vorhandenen Konzept der Festbeträge nach § 35 SGB V.  
 3: Dies ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass für den Originator jeder Preis bis zu den variablen Stückkosten wirtschaftlich vertretbar ist. Der Hersteller eines Nachahmerproduktes hat aufgrund der zuvor beschriebenen Komplexität der Entwicklung und Herstellung, anders als im Generikamarkt, einen langen Vorlauf und eine hohe Fixkostenbelastung zu amortisieren. Für die im Wettbewerb stehenden Kassen entsteht so eine Marktzutritt- und -durchdringung gefährdende Interessenhomogenität mit dem Originator. Eine im Vergleich zu den potenziellen Biosimilarherstellern geringere Rabattgewährung des Originators kann für die Kassen in Anbetracht des hohen Marktanteils des Originators gleichwohl ausgabensenkend sein. Im Sinne eines funktionsfähigen Wettbewerbs im biosimilarfähigen Marktsegment sind Verordnungsquoten daher ein flankierendes Steuerungsinstrument.



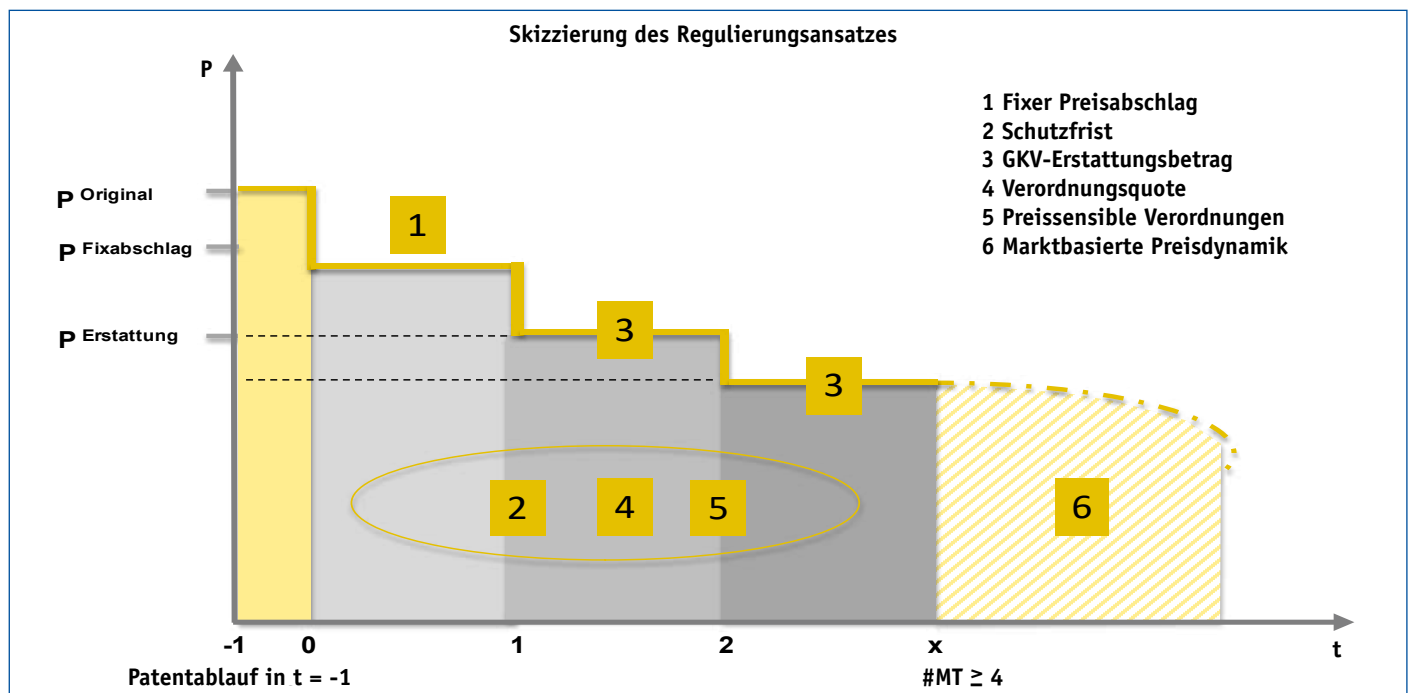


Abb. 3: Skizzierung des Regulierungsansatzes.

geben ist oder durch zusätzliche, moderat wirkende Steuerungsinstrumente zu fördern ist, kann diskutiert werden.

Um eine in biosimilarfähigen Märkten real zu beobachtende Preisdynamik im Zeitverlauf nachzuzeichnen und gleichsam prospektiv zu fördern, weist der GKV-Erstattungsbetrag eine im Zeitverlauf stufenartig sinkende Höhe auf. Dabei werden sowohl der Zeitpunkt als auch die Höhe der Preisstufen transparent und verbindlich festgeschrieben. Auf diese Weise wird sowohl für die Kassenseite wie auch für die Anbieter und potenziellen Anbieter im Biosimilarmarkt ein Höchstmaß an Planungssicherheit und ökonomischer Kalkulierbarkeit gewährleistet. Diese, hier als Schutzfrist bezeichnete Phase ist insbesondere im Hinblick auf die Incentivierung von Marktzutritten von hohem Wert. Als Preisanker und Bezugsbasis für die Stufen wird der Preis des Originalanbieters zum Zeitpunkt des Patentablaufs herangezogen. Orientiert an den realen Marktverhältnissen wird hierauf zunächst ein prozentualer Abschlag vorgenommen. In Abständen von jeweils z. B. einem Jahr folgen zwei weitere Preissenkungsstufen. Sofern sich nach drei Jahren eine zu definierende Zahl an Marktteilnehmern eingestellt hat – vorgeschlagen werden hier vier Marktteilnehmer –, könnte die durch den Wettbewerbskorridor definierte Schutzfrist beendet werden.

Im weiteren zeitlichen Ablauf könnte dann unterhalb der zuletzt erreichten Höhe des Erstattungsbetrags ein Verfahren der markt-basierten Preisdynamik zum Einsatz kommen. Die konkrete inhalt-

liche Ausgestaltung dieses Verfahrens geht über den Umfang der hier skizzierten Eckpunkte hinaus und bleibt daher einer tiefergehenden Diskussion vorbehalten.

Als ein im Sinne der Förderung von Biosimilars unverzichtbares Steuerungsinstrument hat sich in den vorangegangenen Analysen wie auch der Marktbeobachtung eine Verordnungquote erwiesen (Altin et al. 2017). Auf dieses Instrument kann und soll auch im Rahmen des skizzierten Wettbewerbskorridors nicht verzichtet werden. Allerdings soll einem Originator, der sich diesen Regularien unterwirft, ein angemessener prozentualer Anteil innerhalb der Verordnungquote zugestanden werden. Dabei sollten Verordnungsquoten fair ausgestaltet sein und die Therapiefreiheit des Arztes nicht beeinträchtigen. Da es sich bei dem vorgeschlagenen Regulierungsansatz um ein kollektivvertragliches Instrument handelt, erscheint es naheliegend und systemkonform, auch die Verordnungquote auf kollektivvertraglicher Ebene und bundesweit zu bestimmen.

Die nachfolgende Abbildung skizziert den beschriebenen Regulierungsansatz und ordnet die einzelnen Steuerungsinstrumente in den zeitlichen Ablauf ein.

## Fazit

Biologische Arzneimittel eröffnen neue Behandlungsmöglichkeiten und therapeutische Fortschritte für Patienten. So ist es für

## Literatur

- Altin, S./Bauer, C./May, U./Walendzik, A./Wasem, J./Ziehe, A. (2017): Regulierung und adäquate Preisbildung im Markt der Biosimilars. In: IBES Diskussionsbeitrag, Nr. 220, März 2017
- Bauer, C./May, U. (2015): Rabattvertragsausschreibungen in der Generikaindustrie in Deutschland. Auswirkungen auf Marktstruktur, Anbietervielfalt und Wettbewerb. Baden-Baden 2015, S. 46
- Bauer, C./May, U./Giulini, C. (2020): Open-House-Verträge und Hilfstaxen-Abschläge im Biosimilarmarkt: Realistische Einsparvolumina für die GKV. In: Monitor Versorgungsforschung 2020;4:53–58
- Bundesgesetzblatt Jahrgang 2019 Teil I Nr. 30, Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung. 15. August 2019. [www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/G/GSAV\\_bgb119\\_S.1202\\_150819.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/GSAV_bgb119_S.1202_150819.pdf) (letzter Zugriff am 01.06.2021)
- Manych, M. (2020): Biosimilars – gesundheitsökonomische Bedeutung und Potenziale. In: Newsletter Gastrointestinale Tumoren 2020;41(10):1–4
- Schröder, M./Lohmüller, J./Telschow, C. (2019): Kostenentlastung durch Biosimilars – was ist real, was wäre möglich? In: Thieme Verlag (Hrsg.) (2019): Compendium Biosimilars 2019
- Vogler, S./Schneider, P. (2017): Do pricing and usage-enhancing policies differ between biosimilars and generics? Findings from an international survey. In: Generics and Biosimilars Initiative Journal (GaBI Journal) 2017;6(2):79–88

ein kompetitives und nachhaltiges Marktumfeld unabdinglich, dass sowohl biologische Originale als auch Biosimilars darin enthalten sind. Biosimilars erschließen in diesem Marktsegment durch ihre niedrigeren Preise erhebliche Einsparmöglichkeiten für die Kostenträger. Aus Sicht jeder einzelnen gesetzlichen Krankenkasse besteht eine große Versuchung darin, diese Einsparpotenziale maximal auszuschöpfen, indem die Preise als Ergebnis selektiver Ausschreibungen auf das niedrigste erreichbare Niveau reduziert werden. Aus einer gesellschaftlichen Perspektive und einer Gesundheitssystem-sicht ist es unterdessen wünschenswert, den Markt der Biosimilars auch künftig für Unternehmen so attraktiv zu halten, dass diese bereit sind, in die Markteinführung dieser Produkte zu investieren. Nur so können die Kräfte des Wettbewerbs auf mittlere bis längere Sicht dazu beitragen, dass Kosteneinsparungen als Folge von Preissenkungen realisiert und der Zugang der GKV-Versicherten zu biologischen Arzneimitteln verbreitert wird.

Das hier vorgeschlagene Modell eines kollektivvertraglich bestimmten GKV-Erstattungsbetrags folgt konsequent den Erkenntnissen, die auf Basis intensiver wissenschaftlicher Beschäftigung mit dem Biosimilarmarkt gewonnen wurden. So leiten sich die einzelnen, in diesem Ansatz verwendeten Instrumente unmittelbar aus wettbewerbspolitischen, gesundheitsökonomischen und ordnungspolitischen Überlegungen ab. Daraus folgt ein Ansatz, der zumindest in den ersten Jahren nach Patentablauf einen so scharfen Preiswettbewerb, wie ihn exklusive oder teilexklusive Rabattvertragsausschreibungen induzieren, vermeidet.

Ein Nebeneffekt des hier skizzierten Vorschlags besteht darin, dass die gegenwärtig in den Fachkreisen vehement geführte Diskussion über die Austauschbarkeit biologischer Arzneimittel im Allgemeinen und die speziellere Frage der automatischen Substitution in der Apotheke nachgelagert ist, da der Anlass für einen Austausch in dem vorgeschlagenen Modell zumindest vorerst nicht mehr gegeben ist. <<

### Cosima Bauer MA

ist Politikwissenschaftlerin. Sie ist Mitbegründerin der Unternehmensberatung May und Bauer – Konzepte im Gesundheitsmarkt. Ihre Schwerpunkte sind Gesundheits- und Pharmapolitik, sozialrechtliche Marktregulierung sowie strategische, gestalterische und ordnungspolitische Fragen des Marktzugangs, Pricings und der Erstattung von Arzneimitteln sowie Medizinprodukten in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Kontakt: bauer@may-bauer.de



### Prof. Dr. rer. pol. Uwe May

ist Volkswirt und Gesundheitsökonom. Als Studiendekan an der Hochschule Fresenius ist er für den Masterstudiengang International Pharmacoeconomics, Health Economics and Market Strategies for Healthcare Products (MSc) verantwortlich. Er ist Mitbegründer der Unternehmensberatung May und Bauer – Konzepte im Gesundheitsmarkt. Seine Schwerpunkte sind Gesundheits- und Pharmakoökonomie sowie Kosten- und Nutzenbewertungen. Kontakt: Uwe.May@hs-fresenius.de



### Chiara Giulini-Limbach MSc

ist Gesundheits- und Pharmakoökonomin und als Projektmanagerin Reimbursement & Pricing bei der Unternehmensberatung May und Bauer – Konzepte im Gesundheitsmarkt tätig. Ihr Schwerpunkt liegt in der Bearbeitung von Fragestellungen im Biosimilarmarkt sowie im Kontext des AMNOG-Prozesses. Sie ist im Rahmen des Masterstudiengangs International Health Economics and Pharmacoeconomics (MSc) als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Fresenius tätig. Kontakt: limbach@may-bauer.de



## Biosimilar market 2022: Is there an alternative to exclusive discount contract tenders? Proposal of an alternative and feasible regulatory concept

With the GSAV, the legislator has envisaged the automatic substitution of biologics in pharmacies from 2022. The implementation of this regulation would pave the way for exclusive discount contract tenders by the health insurance funds (GKV), which would exert maximum price pressure on the pharmaceutical manufacturers. The consequence of this could be that the desired competition between several providers through biosimilars would not occur. Thus, in the end, economic potentials could not be realised. As an alternative, an approach is proposed here that essentially envisages granting a market phase of several years after patent expiration, in which a fixed GKV reimbursement amount exists. All pharmaceuticals priced at or below this amount are reimbursable and compete with each other for medical prescriptions. A side effect of the proposed pricing model is that the current discussion in expert circles about the interchangeability of biopharmaceuticals in general and the more specific question of automatic substitution in the pharmacy is subordinate here, since the reason for an interchange is no longer given in the proposed model.

### Schlüsselwörter

Biologics, biosimilars, GSAV, pricing regulation, automatic substitution, incentives for competition

### Crossref/doi

doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.04.21.1866-0533.2336>

### Autorenerklärung

Uwe May und Chiara Giulini-Limbach sind Mitarbeiter der Hochschule Fresenius in Wiesbaden. Cosima Bauer, Uwe May und Chiara Giulini-Limbach sind Mitarbeiter des Unternehmens May und Bauer – Konzepte im Gesundheitsmarkt in Rheinbreitbach. Das der Publikation zugrundeliegende Projekt wurde von der Pfizer PFE GmbH finanziell unterstützt.

### Zitationshinweis

Bauer, C., May, U., Giulini-Limbach, C.: „Biosimilarmarkt 2022: Gibt es eine Alternative zu exklusiven Rabattverträgen?“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/21), S. 63-67. doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.04.21.1866-0533.2336>

Thomas Sebastian Müller BA (cand.)  
Sabine Bunjes-Schmieger MEval  
Prof. Dr. phil. Dagmar Renaud

## „Man rennt, man kommt gar nicht zur Ruhe“

### Qualitative Befragung zu den Belastungen in Einrichtungen der Altenpflege während der Covid-19-Pandemie

Beschäftigte in den Pflegeberufen sind nicht erst seit der Covid-19-Pandemie häufigen psychischen und emotionalen Belastungen sowie schweren körperlichen Anforderungen ausgesetzt (Schmucker 2020). Aktuelle Veröffentlichungen haben sich bereits mit zusätzlichen Auswirkungen auf das Belastungserleben befasst. In einer Onlinebefragung von Hower et al. (2020) geben die befragten Führungskräfte von Pflegeeinrichtungen und -diensten Sorge vor Covid-19-Infektionen von Pflegebedürftigen und Mitarbeitenden als stärkste Belastung an. Ähnliche Ergebnisse zeigt eine Erhebung unter Gesundheitsfachkräften, hier sorgen sich 73% der Befragten (n = 1.150) um die Gesundheit der Patienten bzw. Bewohner, noch mehr (83%, n = 1156) sorgen sich um die Gesundheit von Angehörigen und Freunden. Mehr als die Hälfte (54%, n = 624) fühlt sich durch die Pandemie in ihrem Arbeitsalltag gestresst (Wildgruber et al. 2020).

>> In einem Review von Bohlken et al. (2020) wird über die erhebliche Belastung von Klinikpersonal innerhalb der ersten Monate nach Ausbruch der Pandemie durch Stresserleben sowie depressive und ängstliche Symptome berichtet. Petzold et al. (2020) benennen in einer Übersicht der Pandemie geschuldete spezifische Stressoren für Gesundheitsfachkräfte. Dazu zählen sie a) die Sicherheitsmaßnahmen wie ständiges Tragen von Schutzkleidung, b) Verfahrensanweisungen, die auch körperliche Kontakte reduzieren, c) erhöhte berufliche Belastungen durch längere Arbeitszeiten, d) reduzierte soziale Unterstützung aufgrund des vermehrten Arbeitsaufwands, e) reduzierte Selbstfürsorge infolge Zeit- und Energiemangels und weitere. Mit den Einschränkungen der Pflegearbeit durch die Schutzmaßnahmen befassen sich Gabl et al. (2021). Sie sehen Kommunikation und Interaktion als Grundlage professioneller Pflege durch reduzierte Kontaktzeiten und Isolation sowie die Schutzkleidung erheblich eingeschränkt. Verdeckte Mimik und Haltung als auch vermiedene Berührungen erschweren das Verstehen der Sprache und Erkennen von Emotionen. Dadurch wird der Beziehungsaufbau zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen deutlich erschwert, insbesondere für Menschen mit kognitiven Einschränkungen (Halek et al. 2020).

Doch auch die mentale Gesundheit der Pflegekräfte profitiert von adäquater Beziehungsarbeit (Gabl et al. 2021). Mulfinger et al. (2020) identifizieren in einer Übersichtsarbeit zu psychischen Belastungen durch Epidemien bei Beschäftigten im Gesundheitswesen ein erhöhtes Stressniveau, Angst und Symptome posttraumatischer Belastungsstörungen. Mit Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie stehen neben den Intensivstationen vor allem die stationären Pflegeeinrichtungen im Blickpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit. Eine qualita-

### Zusammenfassung

Die Covid-19-Pandemie hat die allgemein schon hohe Belastungssituation in der Pflege nochmals verschärft. Erste Studien zeigen bereits stressbedingte psychische Symptome infolge von Mehrbelastungen. Die vorliegende Studie untersucht qualitativ das Belastungserleben von Pflegefachkräften der stationären Altenhilfe. Es wurden sechs freiwillig Teilnehmende aus verschiedenen Pflegeeinrichtungen mittels leitfadengestützten, problemzentrierten Interviews befragt. Die Auswertung erfolgte qualitativ-inhaltsanalytisch. Es zeigen sich pandemiebedingt zusätzliche Belastungsfaktoren, denen auf verschiedenen Ebenen begegnet werden sollte. Arbeitgeber sollten psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen anbieten. Aufgabe der Politik wäre, Maßnahmen zur Aufwertung der Pflegeberufe durch verbesserte Bedingungen und durch Förderung der Akademisierung zu ergreifen.

### Schlüsselwörter

Pflegeeinrichtungen, Belastungen, Pflegepersonal, Corona-Pandemie

### Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.04.21.1866-0533.2332>

tive Befragung unter den Pflegenden der vollstationären Altenhilfe zu ihrem subjektiven Belastungserleben in der Corona-Pandemie wurde aktuell nicht gefunden. Die Arbeit untersucht die Fragestellung, welche spezifischen Belastungen Pflegekräfte in vollstationären Einrichtungen der Altenhilfe während der Covid-19-Pandemie erleben.

### Methodik

Da das subjektive Erleben der Pflegekräfte im Vordergrund stand, wurde ein qualitatives Design gewählt. Methodisch wurde ein problemzentriertes Interview (Witzel 1985) eingesetzt. Der Leitfaden enthielt offene Fragen und wurde nach Pretests modifiziert. Auf Basis eines „purposive samplings“ (Patton 2015) wurden sechs Pflegekräfte interviewt. Die Rekrutierung war durch die Pandemie-Situation schwierig und erfolgte durch Aufrufe über entsprechende Gruppen in sozialen Netzwerken sowie über direkte Kontaktaufnahme mit Pflegeeinrichtungen. Es sollte möglichst aus unterschiedlichen Einrichtungen rekrutiert werden. Bei Bereitschaft zur Studienteilnahme wurde ein Interviewtermin vereinbart. Alle Interviews wurden telefonisch geführt. Der Leitfaden enthielt Fragen zum Pflegealltag seit Corona, emotionalen oder psychischen Belastungen sowie gesellschaftlicher Wahrnehmung und Wertschätzung. Mittels eines Kurzfragebogens wurden Daten zur Beschreibung der Untersuchungspopulation erhoben. Im Schnitt dauerte ein Interview 27 Minuten (21-31 min). Alle Interviews wurden digital aufgezeichnet. Voraussetzung für die Teilnahme war die informierte Zustimmung gemäß den datenschutzrechtlichen Bestimmungen, Einverständniserklärungen erfolgten schriftlich. Die Interviews wurden vollständig wörtlich transkribiert (Dresing/Pehl 2018) und qualitativ-inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring 2015). Zur inhaltlichen Strukturierung der interessierenden Aspekte wurden zunächst deduktiv Kategorien gebildet, welche die im Leitfaden erfragten Themenkomplexe abbilden. Inhaltstragende Textstellen wurden den Kategorien zugeordnet und zusammenfassend dargestellt. Darüber hinaus wurden weitere Kategorien induktiv aus dem Material gebildet. Die gesamte Analyse wurde von zwei der Autoren (TM und DR) durchgeführt und die Ergebnisse verglichen. Es fanden sich weitgehende Übereinstimmungen, Abweichungen wurden diskutiert und im Konsens kodiert.

### Ergebnisse

#### Untersuchungspopulation

Es wurden Interviews mit vier Frauen und zwei Männern zwischen



22 und 58 Jahre geführt. Außer einer Pflegehilfskraft waren alle Befragten Fachkräfte der Alten- bzw. Gesundheits- und Krankenpflege mit einem Stellenumfang zwischen 50 und 100 Prozent und einer Berufserfahrung von vier bis 20 Jahren. Die Befragten kamen aus Sachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland.

Im Folgenden werden die Ergebnisse gemäß den gebildeten Haupt- und Unterkategorien vorgestellt.

Temperatur bei allen Bewohnern. Durch die Isolation auf den Zimmern fehle den Bewohnern Beschäftigung, daher liege der Fokus vor allem bei Menschen mit Demenz „noch mehr auf dieser emotionalen und sozialen Schiene, wie tatsächlich nur auf der normalen Pflege“ (08: 32f). Die Pflege sei erster Ansprechpartner für Leid und Kummer der Bewohner. Ein Befragter berichtet, die Bewohner hätten Bewegungsmangel und würden zu wenig trinken. Allerdings bliebe keine Zeit zum Anreichen, stattdessen wurde nach ärztlicher Verordnung bei Bedarf NaCl gelegt.

## Emotionale und psychische Belastungen

### Allgemeine Belastungen

Alle Befragten berichten von psychischer und körperlicher Überlastung, bedingt durch die schwierigen Arbeitsbedingungen, den ständigen Einsatz, den körperlichen Stress, das Schwitzen und erschwerte Atmen unter FFP2-Maske und Ganzkörper-Schutzausrüstung, einer ständig beschlagenen Brille oder dem Durchhetzen in der Pflege. Nach dem Dienst sei man zu erschöpft für private Aktivitäten. Eine Teilnehmerin berichtet durch den ständigen Einsatz gehe Zeit mit den Kindern verloren.

Ein häufig geäußerter Aspekt betrifft die Unsicherheit einer unerkannten Infektion. Fast alle Befragten berichten, ihre sozialen Kontakte vollständig eingeschränkt zu haben, aus Angst eine mögliche Infektion in die Einrichtung einzuschleppen und dort weiterzugeben bzw. rauszutragen und im privaten Umfeld zu verbreiten. Diese Angst bestand trotz umfangreicher Schutzausrüstung und den Schnelltests.

### Umgang mit Bewohnern

Fast alle Befragten äußern Mitleid für die Situation der Bewohner. Die Isolationsmaßnahmen und Besuchsverbote würden von kognitiv eingeschränkten Bewohnern meist nicht verstanden, in ihren Zimmern würden sie unter mangelnder Beschäftigung leiden und ihre Angehörigen vermissen. Auch fehle den Bewohnern mit Demenz sichtlich der Körperkontakt, was zu einem Verlust der Lebensfreude führe. Als emotional belastend beschrieb eine Teilnehmerin die Situation, Angehörigen und Bewohnern den Körperkontakt zu untersagen. Vor allem wenn es sich beispielsweise um ein „altes Ehepaar“ handelt, „dann tut das einem auch als Pflegekraft in der Seele weh“ (10: 174). Der Kontakt zu den Angehörigen wird in vielen Einrichtungen über digitale Medien, Besuchsfenster oder mit Plexiglas eingerichtete Besuchsräume hergestellt.

Insgesamt berichten alle Teilnehmer, dass durch die Hygienemaßnahmen wie Masken und Schutzkleidung zusätzliche Barrieren der Beziehungsgestaltung mit den Bewohnern geschaffen werden. Der Verlust der mimischen Kommunikation erschwert besonders die Interaktion mit Bewohnern mit Demenz, „weil sie haben immer jemanden mit nem Schnabel vor sich, ja?“ (11: 86f).

Als Folge der Situation wird von einem rapiden Abbau und depressiver Symptomatik der Bewohner berichtet. Auch das Versterben

Kategorien mit Ankerbeispielen		
Kategorie	Subkategorien	Ankerbeispiel
Veränderungen im Pflegealltag	Zeitlicher Mehraufwand	„Ständiger Einsatz, jeden Tag. Acht, neun, zehn Tage am Stück, Frühschicht, Spätschicht, da kommt man an seine Grenzen.“ (01: 88-90)
	Pflegerischer Mehraufwand	„Dann hast du halt so viel Arbeit zusätzlich, die eigentlich nicht da war.“ (09: 54)
Emotionale und psychische Belastungen	Allgemeine Belastungen	„Man rennt, man kommt gar nicht zur Ruhe und man kann dann auch nicht klar darüber nachdenken, sondern man muss einfach nur reagieren“ (09: 119-121)
	Umgang mit Bewohnern	„Aber also tatsächlich ist es bei mir eher so, dass mir halt wirklich die Bewohner leid tun, ne?“ (06: 88f)
	Umgang mit Angehörigen	„Also die Konflikte waren halt definitiv da, Gott sei Dank selten, aber einige Beratungsresistente waren da schon da gewesen.“ (10: 170f)
	Copingstrategien	„Ich red aber auch mit meiner Familie gerne darüber. Reden ist das A und O, glaub ich so.“ (06: 216f)
Gesellschaftliche Wahrnehmung und Wertschätzung	Persönliches Umfeld	„Der ein oder andere sagt schon mal, es ist gut, dass es euch gibt.“ (10: 287f)
	Arbeitgeber	„Und da hätte ich mir gerne mehr gewünscht von meinem Arbeitgeber, dass die sich mal auch anderweitig bei uns bedanken dafür.“ (03: 73-75)
	Gesellschaft	„(...) also ich glaube, Corona alleine reicht nicht aus, um die Pflege, den Stellenwert der Pflege, zu erhöhen oder das Bild, das die Gesellschaft von der Pflege hat, zu verbessern.“ (08: 297-301)
	Politik	„Es war halt -, im Frühjahr war es eindeutig mehr als jetzt, dann kam der Coronabonus, den haben jetzt alle bekommen, jetzt ist auch wieder still so.“ (06: 309-311)

Tab. 1: Kategorien mit Ankerbeispielen.

## Veränderungen im Pflegealltag

### Zeitlicher Mehraufwand

Fast alle Befragten berichten von verlängerten Diensten und häufigem Einspringen aufgrund von Krankenscheinen, Quarantänebestimmungen, Personalumverteilungen im Haus sowie einem erhöhten Arbeitsaufwand. In einem Fall haben deswegen zwei Mitarbeiter gekündigt. Aufgrund des Mangels auf dem Arbeitsmarkt konnten geplante Neueinstellungen nicht erfolgen. Vor allem Vollzeitkräfte geben an, eine deutliche Mehrbelastung zu spüren.

### Pflegerischer Mehraufwand

Alle Befragten berichten, der pflegerische Aufwand habe sich erhöht „weil man halt viel Arbeit hatte, die wir vorher nicht gehabt haben“ (09: 50f) wie bspw. das Messen der Sauerstoffsättigung oder

von Bewohnern, die schon lange bekannt waren, wird als belastend erlebt.

### Umgang mit Angehörigen

Alle Teilnehmer berichten von Konflikten mit Angehörigen, die sich nicht an Maßnahmen halten wollen. Dies betrifft bspw. die Terminvereinbarungen, die eingeschränkte Besucherzahl, die Schnelligkeit für die Mehrbelastung. Man habe sich zum Teil allein gelassen gefühlt, die Mehrbelastung sei als Selbstverständlichkeit betrachtet worden, der Konzern im Hintergrund kümmere sich nicht um die Arbeitnehmer. Ein anderer Teilnehmer merkt an, „dass halt Wertschätzung generell und auch Wertschätzung gegenüber den Mitarbeitern ganz ganz viel bewirken könnte“ (08: 352f).

### Copingstrategien

Einige Teilnehmende beschäftigen die Ereignisse auf der Arbeit auch in der Freizeit, ihre Gedanken kreisen um das Erlebte. Einer der Befragten musste wegen dem dauerhaften Einsatz und den damit einhergehenden Belastungen krankgeschrieben werden.

Da gewohnte Copingstrategien wie Aktivitäten mit Freunden derzeit nicht machbar seien, dienen aktuell vor allem Gespräche mit Bewohnern, Kollegen oder Familienangehörigen der Entlastung. Bedauert wird, dass es keine Unterstützungsangebote wie interne Gespräche, Supervision oder psychosoziale Betreuung gibt. Nur bei einem Träger gibt es eine telefonische Beratungsstelle.

## Gesellschaftliche Wahrnehmung und Wertschätzung

### Persönliches Umfeld

Grundsätzlich erhalte man Anerkennung und Wertschätzung, aber der in der Pandemie verwendete Begriff der Systemrelevanz habe nach den Erfahrungen von zwei Teilnehmenden auch Neid hervorgerufen, insbesondere in Bezug auf die Prämie. Man sei mit Aussagen konfrontiert worden, die Pflege bekomme ihr Geld im Gegensatz zu Gastronomie oder Selbstständigen und es gäbe auch andere systemrelevante Berufe.

### Arbeitgeber

Wertschätzung seitens der Arbeitgeber wurde sehr unterschiedlich erlebt. Die Hälfte der Teilnehmenden berichten von Anerkennung durch Worte oder kleine Aufmunterungen wie Süßigkeiten oder Bereitstellung von Essen. Die übrigen Befragten vermissen wertschätzende oder anerkennende Worte oder Gesten als Form der Dankbarkeit für die Mehrbelastung. Man habe sich zum Teil allein gelassen gefühlt, die Mehrbelastung sei als Selbstverständlichkeit betrachtet worden, der Konzern im Hintergrund kümmere sich nicht um die Arbeitnehmer. Ein anderer Teilnehmer merkt an, „dass halt Wertschätzung generell und auch Wertschätzung gegenüber den Mitarbeitern ganz ganz viel bewirken könnte“ (08: 352f).

### Gesellschaft

Die Teilnehmenden sind sich darüber einig, dass der Applaus aus dem Frühjahr 2020 verklungen ist. Man habe zwar gesellschaftlich gemerkt, dass die Pflege gebraucht wird, die Komplexität werde allerdings immer noch nicht wahrgenommen und am Stellenwert werde sich nichts ändern.

### Politik

Ein Teilnehmer bemerkt, die Politik nehme die Pflege trotz der Krise nicht wahr. Ein weiterer hingegen hofft, dass durch Corona ein Umdenken stattfinden kann, sich allerdings ohne politische Entscheidungen nichts an der Attraktivität und dem Stellenwert ändern wird. Statt Worte sollten Taten erkennbar werden, insbesondere bei Aspekten wie Personalstruktur, Bedarfsplanung, einem höheren Personalschlüssel oder aber den allgemeinen Arbeitsbedingungen. In Öffentlichkeit und Medien „wird viel gesagt und wenig getan“ (11: 290f). Mehrfach wird darauf verwiesen, „dass das Gehalt nicht an erster Stelle steht, sondern die Arbeitsbedingungen in der Pflege müssten sich einfach verändern“ (10: 361f).

Ebenso wünscht man sich mehr Verantwortung, „dass man mehr Entscheidungen treffen darf in Akutsituationen, weil wir ja oft mit Ärzten uns vielleicht nicht immer kurzschließen können oder die nicht erreichen können“ (09: 432-434) und nicht in allen Situationen eine ärztliche Anordnung notwendig sei.

Die Corona-Prämie wird eher kritisch gesehen. Neben Problemen bei der Bereitstellung und der von einem Teilnehmer als „lächerlich“

## Literatur

- Bohlken, J./Schömig, F./Lemke, M./Pumberger, M./Riedel-Heller, S. (2020): Covid-19-Pandemie: Belastungen des medizinischen Personals - Ein kurzer aktueller Review. In: Psychiatrische Praxis 2020, 47, 4:190-197
- Dresing, T./Pehl, T. (2018): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Auflage. Marburg. In: [https://www.audiotranskription.de/wp-content/uploads/2020/11/Praxisbuch\\_08\\_01\\_web.pdf](https://www.audiotranskription.de/wp-content/uploads/2020/11/Praxisbuch_08_01_web.pdf) (abgerufen am 12.11.2020)
- Gabl, K./Küpper, A./Pöhner, J. (2021): Nähe auf Distanz. In: Der Urologe 2021, 60, 2: 241-243
- Halek, M./Reuther, S./Schmidt, J. (2020): Herausforderungen für die pflegerische Versorgung in der stationären Altenhilfe. In: MMW - Fortschritte der Medizin 2020, 162, 9: 51-54
- Hower, K./Pfortner, T.-K./Pfaff, H. (2020): Pflegerische Versorgung in Zeiten von Corona - Drohender Systemkollaps oder normaler Wahnsinn? Wissenschaftliche Studie zu Herausforderungen und Belastungen aus der Sichtweise von Führungskräften. In: [https://kups.ub.uni-koeln.de/11201/1/Pflegerische%20Versorgung%20in%20Zeiten%20von%20Corona\\_Ergebnisbericht.pdf](https://kups.ub.uni-koeln.de/11201/1/Pflegerische%20Versorgung%20in%20Zeiten%20von%20Corona_Ergebnisbericht.pdf) (abgerufen am 28.09.2020)
- Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz
- Mulfinger, N./Lampl, J./Dinkel, A./Weidner, K./Beutel, M./Jarczok, M./Hildenbrand, G./Kruse, J./Seifried-Dübön, T./Jünne, F./Beschner, P./Gündel, H. (2020): Psychische Belastungen durch Epidemien bei Beschäftigten im Gesundheitswesen und Implikationen für die Bewältigung der Corona-Krise: eine Literaturübersicht. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2020, 66, 3: 220-242
- Patton, M.Q. (2015): Qualitative research & evaluation methods: integrating theory and practice. 4. Auflage. Los Angeles/London/New Delhi/Singapore/Washington DC: SAGE: 265-272
- Petzold, M.B./Plag, J./Ströhle, A. (2020): Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie. In: Nervenarzt 2020, 91, 5: 417-421
- Rheindorf, J./Blöcker, J./Himmel, C./Trost, A. (2020): Wie erleben Pflegefachpersonen die Corona-Pandemie? In: Pflegezeitschrift, 73(8): 50-53
- Schmucker, R. (2020): Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. In: Jacobs, K./Kuhlmei, A./Greß, S./Klauber, J./Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Berlin: Springer: 49-60
- Wildgruber, D./Frey, J./Seer, M./Pinther, K./Koob, C./Reuschenbach, B. (2020): Arbeitsengagement und Belastungserleben von Health Professionals in Zeiten der Corona-Pandemie - Eine Querschnittsstudie. In: Pflege 2020, 33, 5: 299-307
- Witzel, A. (1985): Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, G. (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Psychologie. Weinheim: Beltz: 227-255

(03: 269) bezeichneten Höhe wird diese eher als Vertröstung oder gar „Schweigegehd“ (10: 353) wahrgenommen. Auch sei nach der Prämie die Wertschätzung spürbar zurückgegangen.

## Diskussion

Die Ergebnisse der qualitativen Befragungen zeigen zusätzliche pandemiebedingte psychische und physische Belastungen für das Personal in der stationären Altenhilfe. Die gefundenen Belastungsfaktoren bestätigen weitgehend die von Petzold (2020) beschriebenen spezifischen Stressoren. Ein Faktor betrifft die erhöhten Belastungen im Pflegealltag durch die zusätzlichen Aufgaben und häufigeren bzw. längeren Dienstzeiten. So wurde von Erschöpfung berichtet und fehlender Energie für private Aktivitäten oder mangelnder Zeit mit Kindern bzw. Familie. Die Ergebnisse zeigen darüber hinaus, dass die Erlebnisse auf der Arbeit die Befragten auch in der Freizeit beschäftigen. Infolge des Zeit- und Energiemangels leiden die Selbstfürsorge und die soziale Unterstützung. Entlastungsangebote seitens der Arbeitgeber gibt es selten, obwohl der Wunsch und Bedarf durchaus vorhanden sind. Hier wird dringender Handlungsbedarf bei den Arbeitgebern gesehen, entsprechende Maßnahmen anzubieten.

Auch die Sicherheitsmaßnahmen wie das ständige Tragen von Schutzkleidung und Masken wirken auf mehreren Ebenen belastend. Dies betrifft auf körperlicher Ebene vermehrtes Schwitzen und eine erschwerte Atmung. Auf der psychischen Ebene erleben die Befragten die durch die Schutzmaßnahmen stark beeinträchtigte Kommunikation mit den Bewohnern als belastend. Zu einem professionellen Pflegeverständnis gehören Interaktionen und Beziehungsgestaltung durch Blickkontakt, Berührungen und Gespräche. Dies steigert sowohl das Wohlbefinden der Bewohner als auch der Pflegekräfte (Gabl et al. 2021; Halek et al. 2020). Den Empfehlungen von Gabl et al. (2021) folgend wird vorgeschlagen, Interventionsleitlinien für den Umgang mit Schutzmaßnahmen zu erarbeiten.

Darüber hinaus beobachten die Befragten bei den Bewohnern depressive Symptomatik einhergehend mit rapidem Abbau. Alle Befragten äußern ihr Mitleid für die Situation der Bewohner trotz einem vermehrten Fokus auf soziale und emotionale Belange. Hinzu kommt Trauer über das Versterben von schon lange bekannten Bewohnern. Auch Diskussionen mit uneinsichtigen Angehörigen sowie Schuldzuweisungen bei Ausbrüchen sorgen für psychosoziale Belastung. Dies wiegt besonders schwer vor dem Hintergrund, dass fast alle Befragten selbst konsequent soziale Kontakte vermieden haben, um unbemerkte Infektionen weder innerhalb der Einrichtung noch im privaten Umfeld zu verbreiten. Es wird eine hohe Unsicherheit und Sorge um die Gesundheit sowohl der Bewohner als auch der eigenen Familie formuliert. Dies entspricht den Befunden von Hower et al. (2020) sowie Wildgruber et al. (2020) als zusätzliche Belastungen.

Die beschriebenen Belastungsfaktoren wirken als Stressoren, die bereits bei Befragten oder deren Kollegen zu Krankheit geführt haben und es steht zu befürchten, dass über einen längeren Zeitraum weitere stressbedingte Erkrankungen bei Pflegefachkräften auftreten. In Anbetracht der bereits nachgewiesenen Häufigkeit psychischer Symptome bei Gesundheitsfachkräften (Bohlken et al. 2020; Mulfinger et al. 2020) erscheinen wie bereits mehrfach empfohlen (Bohlken et al. 2020; Gabl et al. 2020; Mulfinger et al. 2020; Petzold et al. 2020) unterstützende psychosoziale Kriseninterventionen im Umgang mit Stress, Angst und Unsicherheit mehr als notwendig. In Frage kommen niedrigschwellige Angebote wie interne Gespräche,

Supervision oder psychosoziale Beratung.

Solche Maßnahmen können gleichermaßen als Gesundheitsförderung, aber auch Mitarbeiterbindung und Wertschätzung verstanden werden, die seitens der Befragten allgemein vermisst wird. In diesem Zusammenhang wurde eine Resignation der Teilnehmenden deutlich, die sich Änderung ihrer Arbeitsbedingungen mehr wünschen als mehr Gehalt, aber kaum noch Änderung erwarten. Der sogenannte Pflexit, das Verlassen vieler Pflegekräfte nicht nur ihrer Arbeitsstelle, sondern ihres Berufes, macht dies besonders eindringlich deutlich. Man will sich nicht mit Prämien trösten lassen, man will unmittelbare Veränderungen sehen. Diese beziehen sich auf verbesserte Arbeitsbedingungen, einer dem Aufwand angemessenen Personalstruktur, mehr Entscheidungsbefugnisse – und deutlich mehr Anerkennung.

## Fazit

Die Studie ist auf sechs Befragte limitiert, dennoch wird ein hohes Engagement und ein zum Teil über die Belastungsgrenzen hinausgehender Kraftaufwand seitens vieler Pflege- und Betreuungskräfte deutlich, um die Bewohner in diesen Zeiten bestmöglich zu versorgen. Gesellschaftlich und politisch sollte sich endlich entschlossen um Pflegefachkräfte bemüht werden, um eine gute und professionelle Pflege sicherzustellen (vgl. Rheindorf et al. 2020). Dazu sind Investitionen auf mehreren Ebenen notwendig. Auf Ebene der Pflegefachkräfte müssen die noch Verbliebenen bei der Bewältigung der vielfältigen Belastungen unterstützt werden. Dies kann neben allgemeinen Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen auch durch den Ausbau niedrigschwelliger psychosozialer Unterstützungsangebote gewährleistet werden. Auf Ebene des Pflegeberufes bedarf es einer Aufwertung, die über eine bessere Bezahlung hinausgeht und auf die weitere Professionalisierung der Pflegeberufe abzielt. Dazu braucht es auch den klaren politischen Willen, die Akademisierung der Pflegepraxis zu fördern – z.B. durch eine gesicherte Finanzierung der hochschulischen praktischen Pflegeausbildung. Damit könnte auch auf gesellschaftlicher Ebene die Attraktivität dieses hoch komplexen Berufes gesteigert werden. <<



### „You run, you can't rest at all“ - Qualitative survey on the strains in elderly care facilities during the Covid-19-pandemic

The Covid-19-pandemic has further aggravated the already high stress situation in nursing professions. Initial studies have already shown stress-related psychological symptoms as a result of increased workloads. The present study qualitatively examines the stress experience of nursing professionals in inpatient care for the elderly. Six voluntary participants from different care institutions were interviewed using guided, problem-centred interviews. The evaluation was carried out qualitatively and content-analytically. Additional pandemic-related stress factors emerged, which should be addressed at different levels. Employers should offer psychosocial support measures. The task of politics would be to take measures to upgrade the nursing professions through improved conditions and by promoting academisation.

#### Schlüsselwörter

Long-care facilities, strains, healthcare professionals, Corona pandemic

#### Crossref/doi

doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.04.21.1866-0533.2332>

#### Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

#### Zitationshinweis

Müller, T., Bunjes-Schmieger, S., Renaud, D.: „Man rennt, man kommt gar nicht zur Ruhe“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/21), S. 68-72. doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.04.21.1866-0533.2332>

#### Thomas Sebastian Müller BA (cand.)

ist examinierter Gesundheits- und Krankenpfleger mit Zusatzqualifikation „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung/DIGAB“. Derzeit steht er kurz vor seinem Studienabschluss in „Management und Expertise im Pflege- und Gesundheitswesen“ an der sozialwissenschaftlichen Fakultät der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes (htw saar). Neben dem Studium ist er als Assistent im persönlichen Budget in der außerklinischen Intensivpflege tätig. Kontakt: [thomasmueller@htwsaar.de](mailto:thomasmueller@htwsaar.de)



#### Sabine Bunjes-Schmieger MEval

ist examinierte Krankenschwester und war von 2004 bis 2010 Dozentin an Alten- und Krankenpflegeschulen. Sie hat nach ihrem Bachelor „Management und Expertise im Pflege- und Gesundheitswesen“ den Masterstudiengang Evaluation an der Universität des Saarlandes absolviert. Seit 2012 ist sie als wiss. Mitarbeiterin am Institut für Gesundheitsforschung und -technologie der htw saar, sozialwissenschaftliche Fakultät, FB Gesundheit und Pflege und FITT gGmbH tätig. Kontakt: [s.bunjes-schmieger@htwsaar.de](mailto:s.bunjes-schmieger@htwsaar.de)



#### Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Dagmar Renaud

ist examinierte Krankenschwester und Pflegewissenschaftlerin. Nach dem Studium der Psychologie und Promotion an der Universität des Saarlandes war sie von 2007-2021 wissenschaftliche Koordinatorin am Institut für Gesundheitsforschung und -technologie (igft) der Hochschule für Technik (htw saar), Fachbereich Pflege und Gesundheit und FITT gGmbH tätig. Seit 2021 ist sie Professorin für Pflegewissenschaft an der htw saar. Kontakt: [dagmar.renaud@htwsaar.de](mailto:dagmar.renaud@htwsaar.de)



Prof. Dr. jur. Thorsten Kingreen

# Ein modernes Vergütungssystem für eine integrierte Krankenversicherungsordnung

Am 28.01.2020 hat die Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) dem Bundesminister für Gesundheit ihre „Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem“ übergeben (KOMV 2019).<sup>1</sup> Der Koalitionsvertrag für die 19. Legislaturperiode hatte ihr aufgetragen, „bis Ende 2019 unter Berücksichtigung aller hiermit zusammenhängenden medizinischen, rechtlichen und wirtschaftlichen Fragen“ Vorschläge für „ein modernes Vergütungssystem“ zu erarbeiten, „das den Versorgungsbedarf der Bevölkerung und den Stand des medizinischen Fortschritts abbildet“ (Koalitionsvertrag 2018, 4589-4594). Die Passage im Koalitionsvertrag zur Einsetzung der Wissenschaftlichen Kommission wurde durch einen bemerkenswerten Ausblick abgerundet: „Ob diese Vorschläge umgesetzt werden, wird danach entschieden“ (Koalitionsvertrag 2018, 4593f.). Diese putzige, weil ja irgendwie selbstverständliche Aussage war Ausdruck der Zerrissenheit der Koalition: Während Karl Lauterbach, der Chef-Verhandler der SPD für den gesundheitspolitischen Teil des Koalitionsvertrags, in der Zusammenführung der beiden Vergütungssysteme für ärztliche Leistungen einen Baustein eines einheitlichen Krankenversicherungssystem sah, dürften CDU/CSU mit diesem Satz die Absichtserklärung „für die Schublade“ verbunden haben (Jacobs 2020, 14).

>> Tatsächlich ist es aber wohl noch nicht einmal zur Schubladen-Entscheidung gekommen. Der Zeitpunkt der Übergabe des Berichts hätte nämlich ungünstiger nicht sein können. Am Tag vor der Übergabe des Gutachtens war in Deutschland erstmals ein Mann positiv auf das Corona-Virus getestet worden. In der 2. Halbzeit der 19. Wahlperiode kannten daher auch die Gesundheitspolitik und namentlich Karl Lauterbach nur noch ein Thema. Es ging nur noch um Inzidenz- und kaum noch um Punktwerte.

## Versorgungspolitische Kontexte

Nun sind aber durch die Pandemie andere politische Bausteine nicht einfach verschwunden. Im Gegenteil: Mit den sozialen Ungleichheiten hat das Virus auch Unwuchten im öffentlichen Gesundheitssystem freigelegt: von der grotesken Bezahlung der Pflegekräfte über die Unterfinanzierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes bis hin zu einer nicht mehr zeitgemäßen Krankenhausplanung, ganz zu schweigen von den systemischen Defiziten bei der Digitalisierung und der unverständlichen Unzugänglichkeit von Routinedaten aus dem Versorgungsalltag.

Die Pandemie ist aber auch ein weiterer Beleg für die Dysfunktionalitäten eines Versorgungssystems, das in höchst ungleicher Weise

## Zusammenfassung

Die vom Bundesministerium für Gesundheit eingesetzte Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem hat Vorschläge für eine partielle Harmonisierung des Vergütungsrechts und der Qualitätssicherung in der ärztlichen Versorgung vorgelegt. Sie stellen einen wichtigen Baustein für eine integrierte Krankenversicherungsordnung dar, für die in der kommenden Legislaturperiode die Weichen gestellt werden sollten.

## Schlüsselwörter

Einheitlicher Bewertungsmaßstab, Gebührenordnung für Ärzte, Gesetzliche Krankenversicherung, Private Krankenversicherung, Bürgerversicherung.

## Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.04.21.1866-0533.2335>

aus zwei Versicherungssystemen finanziert wird. Um es nur an zwei kleinen Beispielen aus dem Pandemie-Alltag zu verdeutlichen: Die Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen waren verpflichtet, bestimmte vulnerable Personengruppen über ihren Anspruch auf FFP2-Schutzmasken zu informieren, wofür sie 60 Cent pro versandtem Brief erhielten (§ 8 Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung – SchutzmV). Die Kosten (etwa 17 Mio. Euro) wurden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gedeckt (§ 8 Abs. 2 SchutzmV), die durch den Bundeshaushalt wieder gegenfinanziert wurde (§ 10 Abs. 2 S. 1 SchutzmV). Die PKV hat sich an den Kosten nicht beteiligt, obwohl zu den Anspruchsberechtigten auch ihre Versicherten gehörten (§ 1 Abs. 2 SchutzmV). Bemerkenswert sind auch die Organisation und die Finanzierung der Testzentren: Die involvierten Leistungserbringer rechnen die von ihnen erbrachten Leistungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung ab, in deren Bezirk der Leistungserbringer seinen Sitz hat (§ 7 Abs. 1 Coronavirus-Testverordnung – TestV). Sie übernehmen also, obwohl Akteure des GKV-Systems, auch die Verwaltungszuständigkeit für die PKV-Versicherten. Auch die Finanzierung erfolgt wiederum ausschließlich im GKV-Kontext: Die Kassenärztlichen Vereinigungen rechnen die entstandenen Kosten ihrerseits mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung ab, das die Kosten wiederum aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erstattet (§ 14 Abs. 1 S. 3 TestV) und dann seinerseits eine Erstattung aus Bundesmitteln erhält (§ 15 Abs. 1 S. 2 TestV). Auch hier ist die PKV weder an der Verwaltung noch an der Finanzierung beteiligt, obwohl auch ihre Versicherten Anspruch auf Testungen haben (§ 1 Abs. 2 TestV).

Diese Beispielfälle, die sich beliebig erweitern ließen, stehen in einem größeren Kontext eines ambulanten ärztlichen Versorgungssystems, das praktisch ausschließlich im Rahmen der GKV organisiert wird (KOMV 2019, 157). Es gibt zwar zwei Versicherungssysteme, aber nur ein Versorgungssystem. Hier geht es neben der Bedarfsplanung, die allein den Akteuren der Gemeinsamen Selbstverwaltung der GKV überlassen ist (§§ 99ff. SGB V), insbesondere um die Qualitätssicherung, die maßgeblich durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gesteuert und sodann durch ausdifferenzierte Prüfungs- und Genehmigungssysteme der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen konkretisiert werden. Die PKV profitiert von dieser aus Beitragsmitteln der GKV finanzierten Organisation des Versor-

1: Der Verfasser war Mitglied dieser aus 13 Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen bestehenden Kommission. Die folgenden Ausführungen geben seine persönliche Auffassung wieder, soweit sie nicht die Zusammenfassung der Ergebnisse des Berichts der Kommission betreffen (s. insbes. unten 5. und 6.). Diese hat ihre Empfehlungen einstimmig verabschiedet. – Die zitierten Normen entsprechen der Rechtslage am 01.07.2021.

gungssystem, ohne sich an ihr finanziell zu beteiligen. Sie ist also schon immer ein Trittbrettfahrer des aufwändigen Systems der Gemeinsamen Selbstverwaltung in der GKV gewesen. Ein zweites Regime der Planung und Qualitätssicherung neben dem GKV-System wäre allerdings angesichts der vergleichsweise wenigen PKV-Versicherten auch unwirtschaftlich und wegen der dann notwendigen Abstimmungsprozesse mit dem GKV-System offensichtlich dysfunktional.

Interessanterweise weist insbesondere der PKV-Verband in diesem Kontext gerne darauf hin, dass die Versicherten der Mitgliedsunternehmen durch die verglichen mit der GKV höheren ärztlichen Vergütungen überproportional zur Finanzierung der ambulanten ärztlichen Versorgung beitragen.<sup>2</sup> Tatsächlich zeigen die einschlägigen Untersuchungen weitgehend übereinstimmend einen Unterschied in den Vergütungshöhen um den Faktor 2,3 (KOMV 2019, 249-254) – was letztlich bedeutet, dass Leistungen an PKV-Versicherte fast doppelt so gut vergütet werden wie für einen GKV-Versicherten. Das ist aber erstens keine Kompensation für die eigentlichen System-Kosten, denn die PKV-Vergütungen kommen ja den einzelnen Ärztinnen und Ärzten, aber nicht der aufwändigen Infrastruktur der Gemeinsamen Selbstverwaltung zugute, die das Versorgungssystem organisiert und finanziert. Zweitens werden sie zu einem nicht unerheblichen Teil durch die steuerfinanzierten Beihilfesysteme von Bund und Ländern und damit auch von den GKV-Versicherten finanziert; fast die Hälfte aller PKV-Versicherten ist beihilfeberechtigt (Kingreen 2018, 49). Drittens sind diese Unterschiede ihrerseits wieder ein Problem für die Gleichmäßigkeit der Versorgung mit ambulanten ärztlichen Leistungen: Sie sind geeignet, PKV-Versicherte beim Zugang zu ambulanten ärztlichen Leistungen zu begünstigen<sup>3</sup> und bieten jedenfalls keinen Anreiz, sich in Regionen mit weniger PKV-Versicherten niederzulassen.<sup>4</sup>

## Versicherungspolitische Kontexte

Auch versicherungspolitisch erschließt sich der Sinn des Dualismus selbst bei wohlwollendster Betrachtung nicht (Kingreen 2013, K19 ff.). Es ist nicht erkennbar, nach welchen sozialpolitischen Kriterien die beiden Versichertenklassen abgegrenzt werden. Die Zuordnung der Versicherten zu GKV und PKV lässt sich durch historische Pfade erklären, erscheint aber aus heutiger Sicht eher zufällig und rational eigentlich kaum mehr begründbar (Huster 2011, 24), Wechselmöglichkeiten gibt es aufgrund der gesetzlichen Zuordnungen und Anreizeffekte (namentlich der Beihilfe, die eine Versicherung der Beamten in der GKV wirtschaftlich sinnlos macht) kaum. Es bleibt ein Rätsel, wie man auf der einen Seite die Vorteile eines Systemwettbewerbs preisen kann, dann aber auf der anderen Seite den Versicherten für so unmündig zu erklären, dass er zwischen den Systemen gar nicht frei entscheiden kann. Mehrere Bundesländer (Hamburg, Bremen, Berlin, Brandenburg und Thüringen) versuchen mittlerweile, diese starre Zuordnung für ihre neu einzustellenden Beamten und Beamtinnen aufzubrechen, indem sie diesen anbieten, statt der individuell berechneten Beihilfen zu den krankheitsbedingten Aufwendungen eine pauschale Beihilfe in Anspruch zu nehmen, die der Hälfte des Beitrags in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder der Hälfte des Beitrags für den Basistarif in der privaten Krankenversicherung (PKV) entspricht (Hamburger Modell, s. Kingreen 2018, 46ff.).

Einigermaßen kontraintuitiv ist es ferner, dass es in der privatwirtschaftlichen PKV wegen der nur eingeschränkten bzw. bei Altversicherten gar nicht vorhandenen Möglichkeit der Mitnahme der Alterungsrückstellungen (vgl. § 204 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 a) VVG) keinen

Wettbewerb um Bestandskunden gibt (Monopolkommission 2017, 7: „nahezu inexistent“). Dabei gebe es „gute Gründe anzunehmen, dass ein Wettbewerb, in dem private Krankenversicherungsunternehmen um Versicherte konkurrieren, zu einer höheren Effizienz des Versicherungssystems führt“ (Monopolkommission 2017, 7). Die lebenslange Bindung der Privatversicherten an ihre Unternehmen ist ordnungspolitisch umso schwerer zu begründen als ausgerechnet zwischen den als öffentlich-rechtliche Körperschaften organisierten gesetzlichen Krankenkassen ein durch Zusatzbeiträge, regelmäßige Wahlrechte und Kündigungsmöglichkeiten (§ 175 SGB V) gesteuerter Wettbewerb existiert, der in der Vergangenheit bereits zu erheblichen Wechselprozessen geführt hat. Behörden stehen also im Gesundheitswesen im Wettbewerb, Unternehmen nicht – eine verkehrte Welt für eine marktwirtschaftliche Ordnung.

## Die Wahlprogramme 2021

Seit etwa zwei Jahrzehnten taucht das Thema „Bürgerversicherung“ mit schöner Regelmäßigkeit in Bundestagswahlkämpfen auf und verschwindet danach meist genauso schnell wieder in der Versenkung (Kingreen 2017, 841f.). Immerhin war aber die Einsetzung einer Vergütungskommission nach der Bundestagswahl 2017 ein wesentlicher Bestandteil des Kompromisses, der es der SPD ermöglicht hat, in die Koalition mit CDU/CSU einzusteigen. Daher lohnt auch in diesem Jahr zumindest ein kurzer Blick in die Wahlprogramme derjenigen Parteien, die realistischerweise Aussichten auf eine Regierungsbeteiligung in der 20. Legislaturperiode haben.

Die Lektüre der Programme ist aus zwei Gründen sehr ernüchternd. Erstens werden weitgehend die gleichen Phrasen gedroschen wie in den vergangenen zwei Jahrzehnten;<sup>5</sup> lediglich im Parteiprogramm von Bündnis90/Die Grünen findet man etwas konkretere Vorschläge unter den Schlagworten.<sup>6</sup> Zweitens erfolgt in den Wahlprogrammen,

2: Das Wissenschaftliche Institut der Privaten Krankenversicherung hat für das Jahr 2014 ermittelt, dass die privaten Krankenversicherungen für ärztliche Leistungen statt den tatsächlich verauslagten Ausgaben von 10,44 Mrd. Euro Ausgaben von nur 4,45 Mrd. Euro gehabt hätten, wenn die Privatversicherten nach den gleichen Vorgaben und Regularien wie in der GKV abgerechnet und versorgt worden wären (Wild 2016, 12).

3: Mangels valider Daten ist allerdings unklar, in welchem Ausmaß die unterschiedlichen Vergütungen dazu führen, dass GKV-Versicherte länger auf einen Facharzttermin warten müssen (KOMV 2019, 255-259).

4: Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat bereits in seinem Jahresgutachten 2014 auf den Zusammenhang zwischen dem Anteil an Privatversicherten und der Arztdichte hingewiesen: „Ein um einen Prozentpunkt höherer Privatversichertenanteil geht statistisch mit einer Zunahme von mehr als drei Vertragsärzten je 100.000 Einwohner einher, was mit der Anziehungskraft durch die besseren Verdienstmöglichkeiten im Rahmen der PKV-Abrechnung in Verbindung gebracht wird (ebd.). Im Ergebnis lässt sich eine Konzentration der ärztlichen Versorgung in wohlhabenden urbanen Regionen feststellen, in denen auch viele Privatversicherte leben“ (Sachverständigenrat 2014, 441).

5: S. etwa CDU/CSU, Das Programm für Stabilität und Erneuerung. Gemeinsam für ein modernes Deutschland, <https://www.csu.de/common/download/Regierungsprogramm.pdf>, S. 63: „Eine Einheitsversicherung und Schritte dahin lehnen wir ab“ (S. 63). – SPD, Aus Respekt vor deiner Zukunft. Das Zukunftsprogramm der SPD, <https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Beschluesse/Programm/SPD-Zukunftsprogramm.pdf>, S. 18: „Wir werden eine Bürgerversicherung einführen.“ – FDP, Nie gab es mehr zu tun. Wahlprogramm der Freien Demokraten, [https://www.fdp.de/sites/default/files/2021-06/FDP\\_Programm\\_Bundestagswahl2021\\_1.pdf](https://www.fdp.de/sites/default/files/2021-06/FDP_Programm_Bundestagswahl2021_1.pdf), S. 38: „Wir Freie Demokraten wollen den Wechsel zwischen gesetzlicher (GKV) und privater (PKV) Krankenversicherung vereinfachen. Wir stehen für ein solidarisches und duales Gesundheitssystem, in dem die Wahlfreiheit der Versicherten durch Krankenkassen- und Krankenversicherungsvielfalt gewährleistet ist. Dazu gehört neben einer starken privaten auch eine freiheitliche gesetzliche Krankenversicherung.“ – DIE LINKE, Zeit zu handeln: Für soziale Sicherheit, Frieden und Klimagerechtigkeit!, <https://www.die-linke.de/wahlen/wahlprogramm-2021>, S. 7: „Die Zwei-Klassen-Medizin bauen wir um zu einer solidarischen Gesundheitsversicherung, in die alle einzahlen. Die Beiträge für die meisten Versicherten sinken, die Versorgung für alle wird besser.“

6: Bündnis90/Die Grünen, Deutschland. Alles ist drin. Bundestagswahlprogramm 2021 (vorläufig), [https://cms.gruene.de/uploads/documents/Vorlaufufiges-Wahlprogramm\\_GRUENE-Bundestagswahl-2021.pdf](https://cms.gruene.de/uploads/documents/Vorlaufufiges-Wahlprogramm_GRUENE-Bundestagswahl-2021.pdf), S. 61f.



die sich für eine Überführung der dualen in eine integrierte Krankenversicherungsordnung aussprechen, keine Kontextualisierung mit den unterschiedlichen Vergütungsregimen für ärztliche Leistungen; entweder wird das Thema gar nicht erwähnt (SPD, DIE LINKE) oder es wird in einem anderen Kontext aufgegriffen (Bündnis90/Die Grünen<sup>7</sup>). Das ist etwas überraschend, weil sich seinerzeit jedenfalls die SPD gerade deshalb für die Einsetzung der KOMV stark gemacht hatte, weil sie die Angleichung der Vergütungen als eine wesentliche Voraussetzung für systemübergreifende Wahlrechte gesehen hatte. Tatsächlich werden diese Wahlrechte ohne gleichen Zugang zu fachärztlichen Leistungen leerlaufen. Auch wenn nicht eindeutig belegt ist, dass die unterschiedlichen Vergütungen sich auf Wartezeiten auswirken (KOMV 2019, 255-259), wird niemand eine Versicherung wählen, bei der er wegen der ungünstigeren Vergütung für seinen Arzt damit rechnen muss, länger zu warten – und diese Versicherung ist derzeit die GKV. Auch das oben bereits erwähnte Hamburger Modell in fünf Bundesländern wird daher keinen Erfolg haben. Warum sollte sich ein Beamter ohne Vorerkrankungen für die GKV entscheiden, für die er zumindest in jungen Jahren höhere Beiträge dafür zahlt, dass er möglicherweise länger auf fachärztliche Leistungen warten muss als PKV-Versicherte?

Die Reform des ärztlichen Vergütungssystems bleibt also der Schlüssel für die Reform des dualen Krankenversicherungssystems. Daher sollen nachfolgend Ziele und Ergebnisse der KOMV knapp zusammengefasst werden – in der Erwartung, dass Wahlprogramme ohnehin nur eine geringe Halbwertszeit haben.

## Ziele eines modernen Vergütungssystems

Die Wissenschaftliche Kommission hat auf der Grundlage von Anhörungen der relevanten Akteure im Gesundheitswesen und umfangreichen Auswertungen der wissenschaftlichen Literatur zunächst die Ziele für ein modernes Vergütungssystem definiert (KOMV 2019, 368-380). Sie ist dabei auch der falschen Vorstellung entgegengetreten, dass es zwei Gebührenordnungen gebe.

Eine einheitliche Gebührenordnung gibt es in Gestalt der GOÄ nur für die Behandlung der PKV-Versicherten. Sie entfaltet Rechtswirkungen lediglich im Verhältnis der Versicherten zu den behandelnden Ärzten und den Kosten erstattenden Kostenträgern (PKV-Unternehmen und Beihilfeträger). Sie enthält die für diese Rechtsverhältnisse maßgeblichen Leistungsbeschreibungen, ohne einen abschließenden Leistungskatalog und – unmittelbar damit zusammenhängend – regelmäßige Anpassungsverpflichtungen vorzusehen. Das Vergütungsrecht ist geprägt durch den Tatbestand der „medizinischen Notwendigkeit“, während die Wirtschaftlichkeit als Rechtsprinzip praktisch bedeutungslos ist. Das kommt darin zum Ausdruck, dass stets Einzelleistungen vergütet werden und mengensteuernde Elemente fehlen. Die GOÄ begründet aber keine Rechtsbeziehungen zwischen Ärzten und Kostenträgern. Vergütungsstreitigkeiten werden daher stets über den Versicherten vermittelt. Zudem ist das privatärztliche Vergütungsrecht wegen des Fehlens eines Leistungserbringungsrechts auch nicht institutionell mit Systemen der Qualitätssicherung und Bedarfsplanung verknüpft.

Die GKV kennt hingegen keine einheitliche Gebührenordnung, sondern zunächst zweistufige korporatistische Verhandlungsregime zwischen Krankenkassenverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen, deren Ergebnis eine Gesamtvergütung ist, die dann in einem abschließenden Honorarverteilungsregime durch die Kassenärztlichen Vereinigungen anteilig an die einzelnen Ärzte ausgekehrt wird (§§

87ff. SGB V). Kernelement des korporatistischen Verhandlungsregimes auf Bundesebene ist der EBM, der zwar einen abschließenden Leistungskatalog enthält, aber den Leistungen lediglich Punktzahlen zuordnet, die später mit regional vereinbarten und ausdifferenzierten Punktwerten multipliziert werden. Daraus entstehen dann 17 regionale Gebührenordnungen, die aber nicht individuelle Honoraransprüche begründen, sondern für die Bemessung einer Gesamtvergütung maßgebend sind, die sodann unter den Vertragsärzten verteilt werden. Die Vergütungen sind häufig pauschaliert, auf allen Ebenen wirken ebenso Anreiz- wie mengen- und fallzahlbegrenzende Elemente. Dieses System ist wegen seiner gesetzlich vorgesehenen jährlichen Anpassungen permanent in Bewegung.

Vor diesem Hintergrund verfehlt eine Diskussion, die von der Vorstellung geleitet ist, dass zwei Vergütungsordnungen zusammenzuführen sind, die Sache. Es geht vielmehr um die Entwicklung von Kernelementen eines parlamentsgesetzlichen Regulierungsrechts: Für die durch Selbstverwaltungskörperschaften abgeschlossenen Kollektivverträge in der GKV muss ebenso wie für die als ministerielle Rechtsverordnung ergehende GOÄ gefragt werden, was ein gutes Vergütungsrecht ausmacht und welche parlamentsgesetzlichen Anforderungen dementsprechend an Vergütungsregelungen gestellt werden müssen – wie auch immer sie zustande kommen. Ein gutes Vergütungsrecht muss vor allem folgende Anforderungen erfüllen und die dabei auftretenden Interessenkonflikte moderieren:

- Es muss gleichberechtigten Zugang zur ärztlichen Versorgung nach Maßgabe medizinischer Notwendigkeit und Dringlichkeit gewährleisten. Dazu gehört auch, regionale Unterschiede etwa bei der Altersstruktur und der Morbidität durch entsprechend differenzierte Anreizelemente zu berücksichtigen.
- Es darf nur Leistungen vergüten, die dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse genügen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Daher muss es institutionell mit Mechanismen der Qualitätssicherung und der Wirtschaftlichkeitskontrolle verknüpft sein.
- Es muss periodisch angepasst werden und anpassungsfähig sein, um den medizinischen Fortschritt ebenso wie veränderte gesellschaftliche Rahmenbedingungen und -anschauungen aufgreifen zu können.
- Es darf und muss Anreize durch unterschiedliche Vergütungsformen setzen, indem etwa Einzelleistungsvergütungen für besonders förderungswürdige Leistungen vorgesehen und zugleich fallzahl- und mengenbegrenzende Instrumente bei Leistungen eingesetzt werden, die übermäßig erbracht werden.
- Es muss die sektorenübergreifenden Anreizwirkungen berücksichtigen, also insbesondere verhindern, dass ambulant erbringbare Leistungen in Krankenhäusern erbracht werden.
- Es muss den Ärzten ein angemessenes Einkommen sichern und ihren Bedarf nach Planungssicherheit berücksichtigen.
- Es muss schließlich die Entscheidung fällen, ob diese Anforderungen und der Ausgleich der Interessen besser durch staatliches Recht oder durch Verhandlungsregime gewährleistet werden kann oder ob es insoweit bei den bestehenden Unterschieden verbleiben soll.

7: Bündnis90/Die Grünen, Deutschland. Alles ist drin. Bundestagswahlprogramm 2021 (vorläufig), [https://cms.gruene.de/uploads/documents/Vorlaeufiges-Wahlprogramm\\_GRUENE-Bundestagswahl-2021.pdf](https://cms.gruene.de/uploads/documents/Vorlaeufiges-Wahlprogramm_GRUENE-Bundestagswahl-2021.pdf), S. 59: „Außerdem heben wir die strikte Trennung der ambulanten Gebührenordnung EBM und GOÄ auf.“

## Empfehlungen der Kommission für ein modernes Vergütungssystem

Gemessen an diesen Zielen für ein modernes Vergütungssystem wäre ein einheitliches Vergütungsrecht für ambulante ärztliche Leistungen mit einer Reihe von Vorteilen verbunden (KOMV 454-460). Es entstünden langfristig wirtschaftliche Synergieeffekte, da nicht mehr zwei Leistungsverzeichnisse mit darauf aufbauenden Kalkulationssystemen parallel weiterentwickelt werden müssten. Wissen und Daten könnten zusammengeführt und so die Kostenkalkulation verbessert werden, so dass finanzielle Fehlanreize bei der Behandlungsentscheidung reduziert und die Versorgungsqualität verbessert werden könnten. Die Transparenz über das Leistungsgeschehen und die Praktikabilität im medizinischen Alltag würden erhöht.

Ein einheitliches Vergütungsrecht wäre jedoch auch mit erheblichen Herausforderungen verbunden. Angesichts des unterschiedlichen Vergütungsniveaus in GKV und privatärztlichem Bereich würde infolge einer Vereinheitlichung entweder das aktuelle ärztliche Honorarvolumen sinken oder es müssten zur Aufrechterhaltung desselben zusätzliche Mittel durch GKV-Beitragserhöhungen oder einen Bundeszuschuss aus Steuermitteln erfolgen. Auch stellt sich die Frage nach dem Erhalt von im privatärztlichen Bereich nicht greifenden GKV-Steuermechanismen, wie der Budgetierung (von MGV-Leistungen), der Regionalisierung (regionale Euro-Gebührenordnung) und der KV-individuellen Honorarverteilungsmaßstäbe.

Die Kommission hat sich daher für das Konzept einer partiellen Harmonisierung ausgesprochen. Ihr Charme besteht darin, dass sie Systemtrennung formal aufrechterhält und damit auch im konservativen politischen Lager akzeptabel sein sollte, aber auch als erster Schritt zu einer Vollharmonisierung verstanden werden kann, wenn sich die partielle Harmonisierung als geeignet erweisen sollte, den genannten Zielen eines modernen Vergütungssystems gerecht zu werden.

Der Vorschlag differenziert zwischen der Definition der ärztlichen Leistungen (Leistungslegendierung) und der relativen Kostenbewertung von Leistungen einerseits und den Preisen für diese Leistungen andererseits. Während die Leistungslegendierung und die relative Kostenkalkulation von gemeinsamen Gremien der vertrags- und privatärztlichen Versorgung entwickelt werden sollen, sollen die Preise auf dieser Grundlage weiterhin in dualen Verhandlungsregimen (gemeinsame GKV-Selbstverwaltung bzw. PKV/BÄK) ausgehandelt werden. Dabei können neben den Kosten auch regionale, fachspezifische, mengenbezogene und andere – übergeordnete – Gesichtspunkte einfließen, insbesondere der medizinische Nutzen bzw. die Förderungswürdigkeit einer Leistung oder das generelle Vergütungsniveau.

Ein zentrales Element des Vorschlags ist die Überführung des schwerfälligen Rechtsverordnungsregimes in der PKV in ein Verhandlungsregime. Dieser Vorschlag ist der Kommission nicht allzu schwer gefallen, weil Bundesärztekammer und PKV-Verband schon seit Jahren über eine neue GOÄ „verhandeln“. Dass privatrechtliche Akteure den Inhalt staatlicher Rechtsverordnungen aushandeln, ist rechtskonstruktiv nicht haltbar, zeigt aber eben auch, dass das bisherige Regime nicht geeignet war, um medizinische Innovationen sowohl zügig als auch rechtssicher in der Vergütung abzubilden. Der Vorschlag ist daher „rollenehrlich“ und weist Bundesärztekammer und PKV-Verband diejenigen Rollen zu, die sie faktisch ohnehin schon eingenommen haben.

Auch im Hinblick auf die Qualitätssicherung ist die Differenzierung nach gemeinsamen und separaten Bausteinen sinnvoll. Mindeststandards werden für die vertrags- und privatärztliche Versorgung aus Gründen des Patientenschutzes gemeinsam und einheitlich definiert. Darüber hinaus gehende Anforderungen werden im Sinne eines vergleichenden Systemwettbewerbs jedoch zur Verhandlung freigegeben.

Die Kommission bilanziert daher wie folgt: „Das vorgeschlagene Modell bietet zahlreiche Vorteile im Hinblick auf die Anforderungen an ein modernes Vergütungssystem. Transparenz und Praktikabilität werden erhöht, und nach einem kurz- und mittelfristigen Mehraufwand sind langfristig Synergieeffekte zu erwarten, da nicht mehr zwei Leistungsverzeichnisse separat weiterentwickelt werden müssen. Das Zusammenführen von Wissen und Daten aus dem vertrags- und privatärztlichen Bereich kann die Kostenkalkulation verbessern. Eine aufwandsgerechte Kostenkalkulation als Grundlage für die Preisverhandlungen wiederum ist Voraussetzung, um Fehlanreize zur Unter- und Überversorgung zu vermeiden. Zugleich werden größere Umverteilungswirkungen und die Gefahr eines Sekundärmarktes vermieden, da Preisunterschiede zwischen vertrags- und privatärztlichem Bereich erhalten bleiben können. Verfassungs- und unionsrechtliche Bedenken bestehen in diesem Modell nicht; bei der Ausgestaltung im Detail sind die im Kapitel 3 enthaltenen Vorgaben zu berücksichtigen“ (KOMV, 460). <<

### Literatur

- Huster, S. (2011): Soziale Gesundheitsgerechtigkeit, Berlin: Klaus Wagenbeck.  
 Jacobs, K. (2020): Arzthonorare. Gutachten für die Schublade?, Gesundheit und Gesellschaft (GUG) 3/2020, 14-15.  
 Kingreen, T. (2013): Welche gesetzlichen Regelungen empfehlen sich zur Verbesserung eines Wettbewerbs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung?, Verhandlungen des 69. Deutschen Juristentages 2012 Bd. II/1, 2013, K9.  
 Kingreen, T. (2017): Perspektiven für eine „Jamaika-Krankenversicherungsordnung“, Neue Zeitschrift für Sozialrecht 2017, 26, 22: 841-847.  
 Kingreen, T. (2018): Einwohnerversicherung „light“? Reformen und Reformoptionen für die Weiterentwicklung der dualen Krankenversicherungsordnung: Die Krankenversicherung (KrV) 2018, 2, 45-52.  
 Koalitionsvertrag (2018): Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 19. Wahlperiode des Deutschen Bundestages.  
 KOMV (2019): Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Bericht der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.  
 Monopolkommission (2017): Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem, Sondergutachten 2017, 75.  
 Sachverständigenrat (2014): Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Gutachten 2014  
 Wild, F. (2016): Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV, WIP Diskussionspapier 1/2016.

### A modern remuneration system for an integrated health insurance scheme

The Scientific Commission for a Modern Remuneration System set up by the Federal Ministry of Health has presented proposals for partial harmonization of remuneration law and quality requirements in medical care. They represent an important building block for an integrated health insurance system, for which the course should be set in the coming legislative period.

#### Schlüsselwörter

Uniform assessment scale, fee schedule for doctors, statutory health insurance, private health insurance, citizens' insurance.

#### Crossref/doi

doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.04.21.1866-0533.2335>

### Autorenerklärung

Der Autor erklärt, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

### Zitationshinweis

Kingreen, T.: „Ein modernes Vergütungssystem für eine integrierte Krankenversicherungsordnung, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/21), S.73-77. doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.04.21.1866-0533.2335>

### Prof. Dr. jur. Thorsten Kingreen

ist Inhaber des Lehrstuhls für Öffentliches Recht, Sozialrecht und Gesundheitsrecht an der Universität Regensburg. Er ist gemeinsam mit Prof. Dr. Ulrich Becker Herausgeber eines Standardkommentars zum Sozialgesetzbuch V, Autor diverser Fachpublikationen im Gesundheitsrecht und unparteiisches Mitglied des Bundesschiedsamts für die vertragsärztliche Versorgung. Er war Mitglied der Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV, die dem Bundesminister für Gesundheit am 28.01.2020 ihren Abschlussbericht übergeben hat. Kontakt: [Thorsten.Kingreen@jura.uni-regensburg.de](mailto:Thorsten.Kingreen@jura.uni-regensburg.de)







## Versorgungsforschung *Aktuell*

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

### Wie lesen wir Versorgungsberichte im Vorfeld einer gesundheitspolitischen Entscheidung? Ergebnisse aus einem Eye-Tracking-Labor

#### Hintergrund

Gesundheitspolitische Entscheidungen werden vor dem Hintergrund verschiedenster Faktoren getroffen, z.B. die Häufigkeit bestimmter Krankheitsbilder, die Dringlichkeit von Versorgungsbedarf, moralische Wertvorstellungen wie Bedarfsgerechtigkeit und gesellschaftliche Präferenzen, Möglichkeiten der Versorgung und vorhandene Versorgungskapazitäten. Vieles hiervon lässt sich messen und quantifizieren um z.B. über Entscheidungen im Rahmen der regionalen Versorgungsgestaltung zu informieren im Sinne einer datengestützten Gesundheitspolitik. Für diesen Zweck werden zahlreiche Forschungsberichte erstellt, von internen Projektberichten mit Datenzusammenstellungen zu einer spezifischen Region bis hin zu wissenschaftlichen systematischen Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit von Interventionen. Dabei wird angenommen, oder erhofft, dass die adressierten Entscheidungsträger\*innen diese Erkenntnisse in ihren Entscheidungsprozess einbeziehen. Wie das geschieht, hängt von vielen Faktoren ab, z.B. von der Expertise zum betreffenden Entscheidungsproblem, berufliche Erfahrung, dem Umgang mit Unsicherheit und die Fähigkeit quantitative Analysen korrekt zu interpretieren. Im gesundheitspolitischen Kontext wurde die Nutzung von quantitativen Daten und wissenschaftlichen Erkenntnissen umfangreich untersucht, aber vor allem mit Blick auf den Nutzungsprozess insgesamt und mit Methoden der Befragung. Ein genauere Blick auf den Leseprozess kann zum einen mehr Aufschluss über intrapersonale Faktoren und ihren Einfluss auf die individuelle Entscheidung geben, aber auch darüber, welche Informationen Entscheidungsträger\*innen in welcher Darstellungsform bevorzugen. Eye-Tracking, ein Verfahren der Blickbewegungsregistrierung, könnte hierzu ergänzende Informationen zu anderen Erhebungstechniken wie Befragungen und Interviews beitragen.

Ziel der QuantEV-Studie (Einfluss von quantitativen Studien auf Entscheidungen in der Versorgungsplanung) war es, das Leseverhalten (zukünftiger) Entscheidungsträger\*innen des Gesundheitswesens mithilfe innovativer Methoden zu explorieren.

#### Methode

In einem Eye-Tracking-Labor unseres Kooperationspartners, der Scientific DataBase and Visualization (SDBV) Gruppe am Heidelberger Institut für Theoretische Studien (HITS) gGmbH, wurden Studierende der Medizin und Gesundheitswissenschaften, sowie Praktiker\*innen und Wissenschaftler\*innen aus dem Gesundheitswesen vor eine gesundheitspolitische Entscheidung gestellt. Aufgabe war es, innerhalb eines hypothetischen Szenarios eine Option zur Verteilung finanzieller Mittel für die langzeitpflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz auszuwählen. Zur Entschei-

gungsunterstützung wurde an einem PC-Arbeitsplatz ein 13 Seiten umfassender Versorgungsbericht bereitgestellt für maximal 20 Minuten. Der Bericht basiert auf echten Daten zur Inanspruchnahme und Versorgungsangeboten auf Kreisebene, die in einem früheren Projekt unserer Abteilung (Modellprojekt Sektorenübergreifende Versorgung in Baden-Württemberg) zusammengestellt wurden. Während der Lese- und Entscheidungsaufgabe wurden Daten mittels Eye-Tracker erfasst, der am Computermonitor angebracht war. Weitere Daten wurden mittels Fragebogen und kurzen Interviews erhoben. Anhand der Eye-Tracking-Daten wurden sogenannte „Heatmaps“ und fünf Messgrößen für Leseverhalten erstellt. Heatmaps entsprechen optisch dem Output von Wärmebildkameras. Im Fall unserer Studie können Heatmaps einen ersten Eindruck darüber vermitteln, welchen Teilen des Berichtes visuell mehr Aufmerksamkeit gegeben wurde durch das Messen von Fixationen, sogenannte Augenhaltepunkte, bei denen der Blick für eine gewisse Zeit auf ein Objekt gerichtet ist, wie z. B. beim Lesen.

Die Fragebögen lieferten Informationen zur Verständlichkeit und Nützlichkeit des Versorgungsberichts aus Sicht der Studienteilnehmenden und über deren persönliche Merkmale. Die hier vorgestellten Ergebnisse basieren auf deskriptiven Analysen, T-Tests und Pearson-Korrelationen. Die Interviews wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Eine detaillierte Beschreibung der Methodik und Ergebnisse der ersten Studienphase wurde Anfang des Jahres veröffentlicht [1].

#### Ergebnisse

Insgesamt nahmen 59 Personen an der Studie teil (88% Studierende, 12% Praktiker\*innen und Wissenschaftler\*innen), davon 46 an der ersten Studienphase. Die Analyse der Eye-Tracking-Daten der ersten Phase zeigte, dass die Mehrheit der Teilnehmenden die Berichtsteile gleichmäßig las, wobei der Methodenteil tendenziell weniger gelesen wurde als andere Berichtsteile. Eine Auswahl an Heatmaps von 11 Teilnehmenden ist in Abbildung 2 dargestellt.

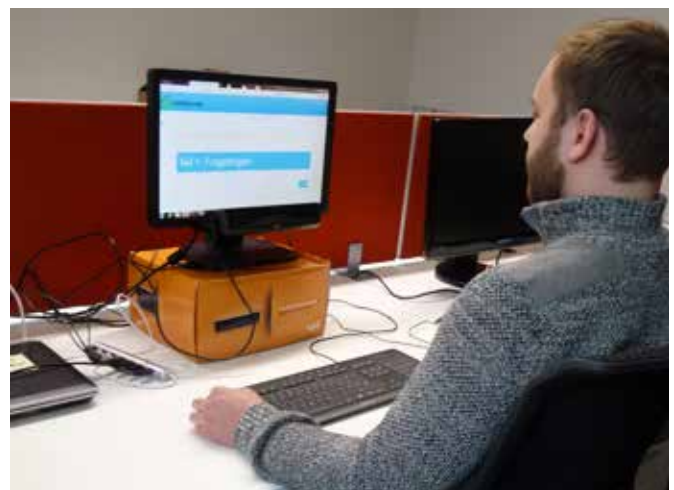
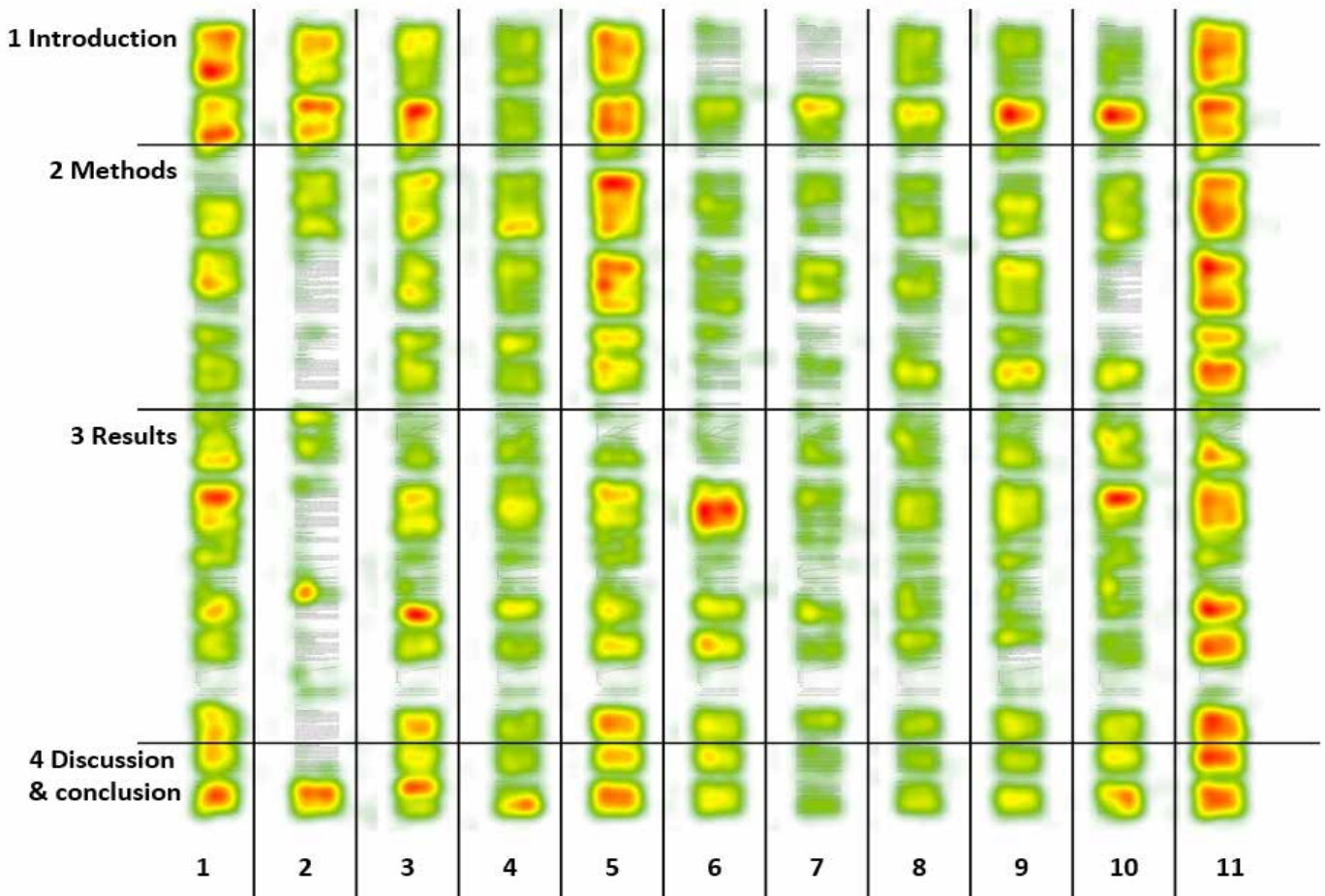


Abb. 1: Eye-Tracking-Labor während der Pilotierungsphase.



**Abb. 2:** Heatmaps von 11 exemplarisch ausgewählten Studienteilnehmenden (Spalten) nach dem Lesen eines Versorgungsberichts mit 4 Abschnitten (Zeilen), skaliert nach Dauer der Betrachtung (Fixation). Die durchschnittliche Dauer der Fixation in Sekunden (sec.) für die 11 Studienteilnehmenden entspricht verschiedenen Farbtönen: rot: 0,31 sec. und mehr; gelb: 0,24-0,30 sec.; grün: 0,23 sec. und weniger.

Zusammenhänge zwischen Messgrößen aus Eye-Tracking und den Bewertungen zur Nützlichkeit und Verständlichkeit des Berichtes aus den Fragebögen wurden größtenteils nicht beobachtet. Auswertungen auf Basis beider Studienphasen ergaben, dass eine zusätzliche Übersichtsbox der Methodik nicht dazu führte, dass der Methodenteil mehr gelesen wurde im Vergleich ohne Box [2]. Die qualitative Inhaltsanalyse (n=46) ergab 29 Gründe dazu, warum einem Berichtsteil mehr oder weniger Aufmerksamkeit geschenkt wurde und weitere Aspekte, die neben den Informationen aus dem Versorgungsbericht eine Rolle bei der Entscheidung spielten, wie z. B. mögliche Vorteile, aber auch Belastungen, die mit der Pflege von Angehörigen verbunden sind.

#### Fazit

Die QuantEV-Studie zeigte, dass (zukünftige) Entscheidungsträger\*innen des Gesundheitswesens den unterstützenden Versorgungsbericht insgesamt lasen, wie viel Zeit in den Methodenteil investiert wurde, variierte dabei stark und ließ sich durch das Hinzufügen einer Übersichtsbox nicht erhöhen. Messgrößen aus Fragebögen und Eye-Tracking korrelierten kaum, wodurch sich schließen lässt, dass letztere zusätzliche Information liefern, die helfen, das Leseverhalten im Rahmen von gesundheitspolitischen Entscheidungen zu verstehen.

#### Danksagung

Wir bedanken uns bei der Klaus-Tschira-Stiftung gGmbH für die Förderung des QuantEV-Projektes.

#### Fragen/Kontakt

Pamela Wronski (MSc)

pamela.wronski@med.uni-heidelberg.de

Dr. Jan Koetsenruijter (MSc)

jan.koetsenruijter@med.uni-heidelberg.de

#### Wo finde ich die Originalliteratur?

- [1] Wronski, P, Wensing M, Ghosh S, Gärtner L, Müller W, Koetsenruijter J. Use of a quantitative data report in a hypothetical decision scenario for health policymaking: a computer-assisted laboratory study. BMC Medical Informatics and Decision Making 2021;21(32). doi: 10.1186/s12911-021-01401-4.
- [2] Koetsenruijter J, Wronski P, Ghosh S, Müller W, Wensing M. The effect of an additional structured methods presentation on decision makers' reading time and helpfulness of the methods in a quantitative report: a computer-assisted nonrandomized trial. JMIR Preprints 21/04/2021:29813. doi: 10.2196/preprints.29813.





## Wir begleiten Ihre digitale Innovation auf dem Weg in den Gesundheitsmarkt

### Die Ampeln stehen auf Grün!

Nie waren die Rahmenbedingungen für den Marktzugang digitaler Gesundheitsanwendungen besser als jetzt. Wenn Sie eine digitale Lösung entwickelt haben, die nachweislich dazu beiträgt, die Gesundheitsversorgung in Deutschland zu verbessern, stehen die Ampeln für Sie auf Grün. Neben dem neuen Fast-Track-Verfahren für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) könnten auch Selektivverträge mit Krankenkassen, der Innovationsfonds oder der Krankenhauszukunftsfonds (KHZF) für Sie attraktiv sein, um Ihre innovative Lösung in die Versorgung zu bringen.

Mit unseren modular aufgebauten Leistungspaketen unterstützen wir Sie über den gesamten Prozess:

- Strategieberatung
- Entwicklung des Evaluationskonzepts
- Vermittlung von Konsortialpartnern
- Erstellung von Anträgen
- Unterstützung im Projektmanagement
- Durchführung der Evaluation
- Entwicklung von Preismodellen
- Training für Preisverhandlungen
- Roll-out im Markt



[inav-berlin.de/leistungen/digitale-versorgungskonzepte](https://inav-berlin.de/leistungen/digitale-versorgungskonzepte)

### Gebündelte Expertise aus einer Hand

Das inav ist ein Forschungs- und Beratungsinstitut, das auf das Gesundheitswesen spezialisiert ist. In unserem 30-köpfigen Team bündeln wir Kompetenzen aus Wissenschaft, Wirtschaft und Politik. Unsere Beratungsschwerpunkte liegen in den Bereichen:

- Versorgungsforschung
- Wissenschaftliche Evaluationen
- Begleitung innovativer Versorgungsprojekte
- Market Access

Seit 2011 gestalten wir mit mehr als 100 Partnern aus allen Bereichen des Gesundheitswesens innovative und tragfähige Versorgungsmodelle. Wir helfen bei der Auswahl effizienter Zugangswege und unterstützen Akteure vom Start-up bis zum internationalen Großunternehmen.

#### **Vereinbaren Sie jetzt einen Gesprächstermin!**

Ihr Ansprechpartner: Ralph Lägel, [laegel@inav-berlin.de](mailto:laegel@inav-berlin.de)

 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](mailto:info@inav-berlin.de)