

monitor **VERSORGUNGS FORSCHUNG**

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Titelinterview mit Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Wolfgang Holzgreve, MBA, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Bonn: „Eine Führungsrolle bei der Ambulantisierung der Medizin“

„Theorien für den Blick aufs Große und Ganze“ (Ansmann)

„Auf Landesebene Weichen stellen – vor Ort gestalten“ (Hildebrandt/Gröne)

„Rechtsansprüche auf Verstetigung neuer Versorgungsformen“ (Ruppel/van den Berg)

Editorial

Neue Krankenhausplanung

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Redaktion

„Eine Führungsrolle bei der Ambulantisierung“ 6

Titelinterview mit Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Wolfgang Holzgreve, UKB

Theorien für „den Blick aufs Große und Ganze“ 14

Online-Kongress „Theorie wagen“ von „Monitor Versorgungsforschung“ und BMC

Erste Schritte zu einem Theoriebaukasten (TB) 20

Erstes Ergebnis des Online-Kongresses „Theorie wagen“

TB-Teil 1: Ressourcen-Abhängigkeits-Theorie 22

Theoriebaukasten Teil 1

TB-Teil 2: Health Action Process Approach 24

Theoriebaukasten Teil 2

TB-Teil 3: Neue Institutionenökonomik 26

Theoriebaukasten Teil 3

„Impuls für die deutsche Krankenhausplanung“ 30

Interview mit Karl-Josef Laumann, dem Gesundheitsminister von NRW

Wasem hält gesetzgeberisches Handeln für nötig 36

BMC-Webgespräch „Aktuelle Finanzsituation der GKV“, 19. Januar 2022

Auf Landesebene Weichen stellen – vor Ort gestalten 40

Kommentar von Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Dr. Oliver Gröne, OptiMedis AG

„Neue Ansätze für Lebensqualitätsdaten“ 43

Anforderungen und Herausforderungen bei der Analyse und Bewertung von LQ-Daten

„Mit der Kraft zur Verbesserung“ 48

Interview mit sieben Mitgliedern der Jury des MSD Gesundheitspreises

Nationales Kompetenzzentrum Gesundheitsökonomik 56

Serie (Teil 35): CINCH – Nationales Forschungszentrum für Gesundheitsökonomik

STANDARDS

Impressum 2 News/Rezension 39

Hinweis: In MVF wird einheitlich gegendert: z. B. Ärzt:innen

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

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des DNVF auf den Seiten 59–62

Bitte beachten Sie den beigehefteten Newsletter „Versorgungsforschung aktuell“ des Universitätsklinikums Heidelberg auf den Seiten 82–83

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

Monitor Versorgungsforschung

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

Herausgeber

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

Chefredaktion

Peter Stegmaier (verantwort. Redakt.)

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

stegmaier@m-vf.de

Redaktion

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

Verlag

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

Verlagsleitung

Peter Stegmaier

Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo

Anke Heiser (verantwortlich für den Anzeigenteil)

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

Abonnement

„Monitor Versorgungsforschung“ erscheint sechsmal jährlich. Der Preis für ein Jahresabonnement beträgt 120 Euro. Jahresvorzugspreis für Studenten gegen Vorlage einer Immatrikulationsbescheinigung 90 Euro. zzgl. MwSt. und Versandkosten: Inland 9,99 Euro; Ausland 54 Euro. Preisänderungen vorbehalten. Die Abonnementdauer 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: 6.642 (IVW 3. Qu. 2021).



WISSENSCHAFT

Prof. Dr. med. Christian Tanislav / Prof. Dr. rer. med. Karel Kostev 63

Rückgang der (Nicht-Covid-19-)Atemwegs- und Magen-Darm-Infektionen während der Covid-19-Pandemie

Ziel des Beitrages ist es, nicht-Covid-19-bedingte Atemwegsinfektionen (AI) und gastrointestinale Infektionen (GI) während der Covid-19-Pandemie zu untersuchen. Eingeschlossen wurden Patienten mit der Diagnose einer akuten AI oder GI, die anonym in 994 hausärztlichen und in 192 kinderärztlichen Praxen in Deutschland dokumentiert wurden. Die Prävalenz von akuter AI und GI zwischen April 2019 – März 2020 und April 2020 – März 2021 wurde verglichen.

Prof. Dr. phil. Katharina Rathmann / Judith Lutz MSc PH / Lena Salewski MSc PH / Prof. Dr. phil. Kevin Dadaczynski / Mag. Denis Spatzier 67

Tools zur Förderung der organisationalen Gesundheitskompetenz in Krankenhaus, Pflege und Eingliederungshilfe: eine systematische Übersicht

Einrichtungen der (Gesundheits-)Versorgung sehen sich zunehmend mit der Forderung nach der Gestaltung einer gesundheitskompetenten Organisation konfrontiert. Für die Stärkung dieser sog. organisationalen Gesundheitskompetenz liegen bereits Tools für das Krankenhaus vor, nicht jedoch für andere Versorgungsbereiche (d. h. Pflege und Eingliederungshilfe). Ziel ist es, vorhandene Tools zur Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz für diese Einrichtungsarten zu systematisieren und differenziert nach Ebene (d. h. Einrichtung, Fachpersonal und Klient:innen) darzustellen.

Dr. jur. Dr. rer. med. Thomas Ruppel / Prof. Dr. rer. med. habil. Neeltje van den Berg 72

Und wann kommt die Regelversorgung? Rechtsansprüche auf Verstetigung von neuen Versorgungsformen und Versorgungsforschungsprojekten?

Es wurde untersucht, ob Beteiligte von Forschungsprojekten, insbesondere von durch den Innovationsfonds geförderten, Anspruch auf Überführung in die Regelversorgung haben.

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe 77

Qualität und Patientensicherheit im Licht der SARS-CoV-2-Epidemie

Im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2/Covid-19-Epidemie sind zahlreiche Grundannahmen, wissenschaftliche Erkenntnisse und praktische Vorgehensweisen zur Thematik Qualität und Sicherheit in der Gesundheitsversorgung neu zu justieren. Hierzu gehören die Begriffsbestimmung, die Patientenorientierung in Abgleich zu anderen Perspektiven der Zielorientierung, die Methoden der Quantifizierung einschließlich des Indikatorenkonzeptes, die Generierung und Wertung sowie Synthese von Wissensbeständen und vor allem die Methoden zur Qualitätsverbesserung.

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

Institute/Stiftungen

	bhw fib Forschungsinstitut	Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn	
	BDI	Felix Esser	
	BertelsmannStiftung	Uwe Schwenk	
	DBfK	Dr. Bernadette Klapper	
	fbeta	Hans-Holger Bleß	

	IGV RESEARCH	Prof. Dr. rer. pol. h.c. Herbert Rebscher	
	inavi	Prof. Dr. Volker Amelung	
	Robert Bosch Stiftung	Dr. Ingrid Wüning Tschol	
	Zi ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORUNG IN DEUTSCHLAND	Dr. Dominik von Stillfried	

Akteure

	Gesundheitsforen	Roland Nagel	
	AKTIONS BÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT	Dr. Ilona Köster-Steinebach	
	AOK Nordost	Harald Möhlmann	
	AOK Baden-Württemberg	Johannes Bauernfeind	
	B.A.G. SELBSTHILFE	Dr. Martin Danner	
	Boehringer Ingelheim	Dr. Marco Penske	
	BKK Dachverband	Franz Knieps	
	DAK Gesundheit	Andreas Storm	
	Deutsche RHEUMA-LIGA + GEMEINSAM MEHR BEWEGEN +	Dr. Rolf Ulrich Schlenker	
	DiHeSys Digital Health Systems	Prof. Dr. Christian Franken	
	DocMorris Apotheke	Sebastian Mindt	
	HCSG Health Care Systems GmbH	Dr. Josef Leiter	
	IGB Institut für Gesundheitsökonomie in Brandenburg	Lutz O. Freiberg	
	IGES	Prof. Dr. Bertram Häussler	

	INSIGHT HEALTH	Christian Luley	
	janssen PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson	Christian Hilmer	
	KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayerns	Dipl. Kfm. Fabian Demmelhuber	
	KVBB Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg	MUDr./CS Peter Noack	
	Lilly	Oliver Stahl	
	MEDICAL CONTACT AG	Prof. Dr. Stephan Burger	
	MSD INVENTING FOR LIFE	Dr. Tim Husemann	
	NOVARTIS	Dr. Andreas Kress	
	OptiMedis	Dr. Oliver Gröne	
	Pfizer	Friedhelm Leverkus	
	Roche	Dr. Jan Daniels-Trautner	
	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“

Neue Krankenhausplanung

MVF-Titelinterview mit Prof. Dr. Wolfgang Holzgreve, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Bonn > 6 ff.

„Mit mittlerweile über 1.000 Patient:innen bis Januar 2022 ist unser Haus einer der größten Corona-Behandler in NRW und sogar ganz Deutschland.“ „Auch wenn die augenblickliche Situation ein tägliches anstrengendes Betten- und OP-Management erfordert, ist dies für uns Alltag und als Maximalversorger eine ständige Aufgabe.“ „Die Belastungen des Personals sind dennoch enorm.“ So **Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Wolfgang Holzgreve**, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Bonn. Weit über die aktuelle Corona-Situation hinaus gibt das Interview einen interessanten Einblick in die Hochschulmedizin und ihre Rolle im Gesundheitssystem.

MVF-Interview mit Karl-Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen > S. 30 ff.

„Eine neue Krankenhausplanung ist notwendig, weil es de facto bisher keine Krankenhausplanung gab.“ So **Karl-Josef Laumann**, Gesundheitsminister von Nordrhein-Westfalen, im MVF-Interview. Damit will er ruinösen Wettbewerb verhindern und dafür sorgen, dass jedes Krankenhaus seine Leistungen in bestmöglicher Qualität anbieten kann. Diesen Ansatz hat auch die neue Bundesregierung in ihren Koalitionsvertrag aufgenommen. Minister Laumann geht davon aus, dass diese Krankenhausplanung in spätestens fünf Jahren zu einer Qualitätssteigerung in der Versorgung geführt haben wird.

10. MVF-Kongress „Theorie wagen“: Bericht und Theorie-Datenbank > S. 14 ff.

„Fehlende Theorie ist nicht nur ein wissenschaftliches Problem, sondern auch ein Problem für die Praxis.“ So **Prof. Pfaff** beim MVF-Kongress in Kooperation mit dem BMC im Dezember. Wir bringen einen ausführlichen Bericht zum Kongress und seinen Ergebnissen.

Außerdem starten wir in dieser Ausgabe als Toolbox eine Reihe mit kompakten Darstellungen wichtiger theoretischer Ansätze für eine **Theorie-Datenbank** von „Monitor Versorgungsforschung“. Den Anfang machen die **Ressourcen-Abhängigkeits-Theorie**, der **Health Action Process Approach** und die **Neue Institutionenökonomik**. Wir bedanken uns bei den „Paten“, die diese Theorien vorstellen.

S. 20
S. 22 ff.

Wissenschaftliche Beiträge

Tanislav und **Kostev** analysieren die Diagnosen nicht-Covid-19-bedingter Atemwegsinfektionen und gastrointestinaler Infektionen während der Covid-19-Pandemie. Es gab durch die Corona-Maßnahmen einen unbeabsichtigten, aber willkommenen Rückgang anderer, nicht mit Covid-19 zusammenhängender Infektionen der Atemwege und des Magen-Darm-Trakts. > S. 63 ff.

Rathmann u.a. systematisieren Tools zur Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz für Krankenhäuser, Rehabilitation, Pflege und Eingliederungshilfe, differenziert nach Einrichtung, Fachpersonal und Klient:innen. > S. 67 ff.

Ruppel und **van den Berg** untersuchen, ob Beteiligte von Forschungsprojekten – insbesondere von durch den Innovationsfonds geförderten – Anspruch auf Überführung in die Regelversorgung haben. Ergebnis: Es gibt dafür zurzeit keinen effektiven Rechtsschutz. > S. 72 ff.

Schrapppe fordert für eine Verbesserung der Qualität und der Patientensicherheit im Zusammenhang der Covid-19-Epidemie das Zusammenwirken von weiteren Fachdisziplinen außerhalb des engeren Bereichs der medizinischen Forschung. Wir brauchen ein Arbeitsprogramm für Qualität und Sicherheit post-Corona. > S. 77 ff.

Ich wünsche Ihnen auch im Neuen Jahr – leider weiter in einer schwierigen Corona-Situation – interessante Lektüre mit vielen Informationen, die Sie direkt für Ihre Arbeit nutzen können.

Mit besten Wünschen für ein trotzdem gutes 2022,

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





„Eine Führungsrolle bei der Ambulantisierung der Medizin“

Im Interview: Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Wolfgang Holzgreve, MBA, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Bonn

Im Jahresauftakt-Titelinterview mit „Monitor Versorgungsforschung“ ordnet Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Wolfgang Holzgreve, MBA, die Aufgabe und Bedeutung von Universitätskliniken für die Versorgung, speziell auch bei Corona, ein. 1.000 Covid-19-Patienten hat die UKB bisher insgesamt behandelt, aktuell sind es 40. Doch gibt der Ärztliche Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Bonn (UKB) Entwarnung: „Auch wenn die augenblickliche Situation ein tägliches anstrengendes Betten- und OP-Management erfordert, ist dies für uns Alltag und als Maximalversorger eine ständige Aufgabe.“ Trotz allem konnte die UKB selbst im Corona-Jahr 2020 als einzige der 35 Universitätskliniken Deutschlands einen Leistungszuwachs und damit ein Umsatzplus verbuchen.

>> Gibt es Befürchtungen Ihrerseits, dass – wie in Publikumsmedien oft zu lesen ist – am Universitätsklinikum Bonn (UKB) beschäftigte Ärzt:innen oder Pfleger:innen massenhaft kündigen werden, falls eine einrichtungsbezogene Impfpflicht beschlossen werden sollte?

Wir haben bei uns am UKB eine Impfquote von über 95 Prozent. Es gibt sicherlich einige Mitarbeiter:innen, die sich – aus welchen Gründen auch immer – nicht impfen lassen wollen oder können. Mit denen sprechen wir intensiv, heben dadurch die Impfquote weiter an und entscheiden schließlich, wo Ungeimpfte, die sich natürlich täglich testen lassen müssen, eingesetzt werden können und wo nicht. Generell gilt es bei einer einrichtungsbezogenen oder auch allgemeinen Impfpflicht zwischen zwei gleich hohen Gütern auf beiden Seiten der Waagschale abzuwägen: auf der einen die Freiheit der körperlichen Selbstbestimmung, auf der anderen der Schutz der Allgemeinheit. Ich denke, dass sich derzeit die Waagschale eher zur Impfpflicht senkt, doch wird das stark vom weiteren Verlauf der Corona-Pandemie hierzulande abhängen. Ebenso wird es sehr auf die dann ebenfalls zu beschließenden Ausführungsbestimmungen ankommen, die gut abgewogen und konsequent umgesetzt werden müssten.

Ist diese Angst nun real oder ein Narrativ, um ein Angstscenario hochzuhalten? Reine Angst ist doch meist ein schlechter Ratgeber.

Wegen der relativ hohen Prozentsätze derjenigen, die bei uns im UKB geimpft sind, habe ich keine größere Sorge, dass es durch eine Impfpflicht gleich welcher Art zu signifikanten Anstiegen bei Personal-Ausfällen kommen würde. Eher im Gegenteil: Es könnte ja durchaus sein, dass wir durch noch höhere Impfquoten weniger Ausfälle durch Quarantäne-Zeiten von Infizierten und Kontaktpersonen zu erwarten haben. Es ist allerdings insgesamt unbefriedigend, dass in Deutschland der Prozentsatz der Nicht-Geimpften höher ist als in anderen europäischen Ländern.

Die zweite Angst wird über Landkarten vermittelt – die immer mehr rot eingefärbt – nahelegen, dass es hierzulande bald keine freien Intensivbetten mehr gibt.

Wir haben in unseren eigenen Kliniken immerhin 135 Intensivplätze, die nahezu immer voll belegt sind, schon in der Zeit vor dem ersten SARS-CoV-2-Fall im Februar 2020 in Bonn. Gleiches gilt während der nun beinahe zwei „Corona-Jahre“ und sicher auch nach der erhofften Überwindung der Pandemie in diesem Jahr, weil wir bei unserem dritthöchsten durchschnittlichen Fallschweregrad in Deutschland – auch als Case Mix Index bezeichnet – in allen Fächern immer überdurchschnittlich viele schwerkranke Patient:innen betreuen und

deswegen in den letzten zwei Jahren auch kaum Eingriffe oder Behandlungen verschieben konnten – bis auf wenige sogenannte „elektrische“.

Warum ist der Case-Mix-Index am UKB derart hoch?

Unsere Bettenbelegung ist gleichzeitig mit unserem Case-Mix-Index in die Höhe gegangen, da wir offensichtlich im Bonner Ballungsraum mit vielen guten Kliniken zu einem Überweisungshaus für besonders schwere Fälle geworden sind, was auch unserer Definition universitärer Aufgabe und enger Kooperation mit anderen Krankenhäusern entspricht. So hatten wir in der letzten Dekade den stärksten Anstieg des Case-Mix-Index in Deutschland, was auch unserer Strategie entsprach.

Wie kommt das?

Was viele nicht wissen ist, dass Bonn die höchste Krankenhausedichte vor München, Hamburg und Berlin hat, auch wenn Städte wie München oder Hamburg eine höhere Dichte von Praxisärzten haben. Alle Krankenhäuser in der Region Bonn sind zudem von der Qualität her – so wie wir auch – sehr gut, so dass wir auch in verschiedenen Bereichen engste Zusammenarbeit mit verschiedenen Krankenhäusern in der Region pflegen – z.B. durch gemeinsame ärztliche Leistungen in der Kinderchirurgie, Austausch von ärztlichem Personal in der Geriatrie, Schulterchluss in der Onkologie etc., um Synergismen zu heben und regionale Effizienz zu verbessern.

Prof. Busse würde sagen: 40 Prozent der Krankenhäuser kann man ohne Qualitätsverlust schließen.

Selbst wenn 40 Prozent sehr viel klingt, haben wir in Deutschland nun einmal unzweifelhaft – durch aktuelle OECD-Statistiken bestätigt – eine im internationalen Vergleich hohe Zahl von Krankenhausbetten pro Kopf der Bevölkerung. Die Frage wird sein, welche Krankenhäuser man schließen müsste, ohne Versorgungslücken zu riskieren. Das werden jedoch sicher nicht die Universitätskliniken sein, die gerade in der Corona-Epidemie gezeigt haben, wie wichtig sie für die Versorgung sind, indem sie pragmatisch auch bei dieser Herausforderung viele Aufgaben übernommen und Koordinierungsleistungen erbracht haben.

Zur Zeit sind in Deutschland etwa 15 Prozent der bundesweit zu belegenden Betten frei – von den belegten Intensivbetten entfallen etwa 20 Prozent auf Corona-Patient:innen. Wie sieht es am UKB aus?

Mit mittlerweile über 1.000 Patient:innen bis Januar 2022 ist unser Haus einer der größten Corona-Behandler in NRW und sogar ganz Deutschland. Zudem haben wir trotz der normalen Versorgung unserer über 400.000 Patient:innen pro Jahr noch keinen einzigen Fall mit SARS-CoV-2-Indikation abgelehnt. Solange dies Fakt ist – und das wollen wir so beibehalten – müssen wir auch keine anderen Patient:innen mit z.B. Krebs-, Herzinfarkt- oder Schlaganfall-Indikationen durch verzögerte Diagnose- oder Behandlungsmaßnahmen gegenüber Covid-19-Patient:innen benachteiligen. Dies entspricht auch unserem ethischen Prinzip der Gleichbehandlung der uns anvertrauten Patient:innen. Wir haben auch bei der Flutkatastrophe im benachbarten Ahrtal vor wenigen Monaten zusätzlich über 200 ver-

letzte Patient:innen aus dem Überschwemmungsgebiet betreut und mussten sogar auf dem Höhepunkt der ersten Corona-Welle wegen Fundes einer Fliegerbombe bei Bauarbeiten auf unserem Gelände über 180 Patient:innen von Intensiv- und Normalstationen innerhalb eines halben Tages auf unserem Gelände anderweitig, zum Beispiel in einer rasch errichteten Intensivstation in einem OP-Bereich unter der Erde, bis zur Bomben-Entschärfung evakuieren. Der hervorragende Verlauf dieser Not-Maßnahme hat die Flexibilität unseres Hauses eindrucksvoll gezeigt.

1.000 Covid-19-Patienten insgesamt und aktuell 40: Ist das für ein großes Klinikum wie Ihres viel oder gar zu viel?

Nein. Auch wenn die augenblickliche Situation ein tägliches anstrengendes Betten- und OP-Management erfordert, ist dies für uns Alltag und als Maximalversorger eine ständige Aufgabe, die wir quasi als letzte Instanz meistern müssen. Wir haben auch im Hintergrund durch Ausdehnung bestehender und Schaffung neuer Intensivbereiche, den Kauf entsprechender zusätzlicher Beatmungsgeräte, die Ausbildung entsprechender Pflege-Fachkräfte etc. eine Erweiterung unserer Intensiv-Kapazität auf über 200 Plätze vorbereitet. Unser Motto ist: Gut auf Eventualitäten eingestellt sein, aber Panik und unnötige Verunsicherung vermeiden. Die Belastungen des Personals sind dennoch enorm. Deswegen sollte dies von der Bevölkerung auch maximal anerkannt werden, nicht nur durch Klatschen auf dem Balkon. Wir haben aber deshalb auch am UKB in den letzten 5 Jahren 1.259 neue Personalstellen – vor allem in der Pflege – geschaffen, was einem Anstieg von 25 Prozent, alleine von 2019 auf 2020 um 5 Prozent, entspricht.

Ein hoher Auslastungsgrad der Intensivstationen ist demnach ein Normalzustand für Sie?

Absolut. Es gibt in jeder Klinik – vor allem in großen wie unserer – eine Art Fließgleichgewicht zwischen Intensivstation, der Intermediate Care und der Normalstation. Durch Covid-19 kommen nun zusätzliche Patienten und haben sicher zu Beginn der Epidemie dieses Gleichgewicht auf die Probe gestellt. Wir müssen aber immer z.B. auch auf Massenanfälle von Verletzten jeder Art gefasst sein, wie beispielsweise nach einem Busunfall auf der Autobahn mit 30 bis 40 Schwerverletzten. Solche Situationen üben wir darum regelmäßig mit Schauspieler:innen und anschließender Analyse der Abläufe. Damit kann und muss jedes große Klinikum mit seinen Informationsketten, den interdisziplinären Notfall-Zentren, den Intensivstationen etc. umgehen können. Dann werden eben kurzfristig Verlegungen in die nächstniedrigere Care-Stufe vorgenommen, elektive Eingriffe verschoben und so weiter. Das ist ganz normales Klinikmanagement, und die jetzige – hoffentlich vorübergehende – Corona-Belastung ist eine solche zusätzliche, wo wir uns nicht der Verantwortung entziehen können und wollen.

Sie beschreiben damit ein höchst plausibles, wenn auch sensibles System, das natürlich gedeckelt ist von vorhandenen Technik- und Humanressourcen. Warum wird Ihrer Meinung nach die Hospitalisierungsrate als einer der Hauptquoten instrumentalisiert, um die Ernsthaftigkeit der Virus-Bedrohung zu visualisieren?

Wenn im Moment zum Beispiel nur noch 15 Prozent aller Intensivbetten in Deutschland frei sind, kann – abhängig von der weiteren Entwicklung mit womöglich noch höheren Ansteckungsraten und demzufolge steigenden Hospitalisierungen – durchaus der Druck noch höher werden. Bis dann eines Tages die Ressourcen, von denen es in Deutschland viel mehr als in vielen anderen Ländern gibt, überall im Land knapp werden. Allerdings: Wenn bei der Virus-Variante Omikron zwar die Hospitalisierungsquote um 50 Prozent geringer wäre, aber mehr als 50 Prozent Anstieg der Infizierten auftreten würde, könnte der Druck auf die Krankenhäuser durchaus wieder steigen. Vor diesem Szenario haben viele Angst; sicher auch, weil viele Menschen noch die Bilder vor Augen haben, die zu Beginn des Jahres 2020

zu sehen waren: aus Bergamo, aus dem Elsass, den USA, Brasilien etc. Dort waren die Intensivstationen wirklich passager überfordert und gerade in Norditalien haben dann viele Patienten auf dem Flur statt in den Zimmern der Intensivstationen gelegen. Der Grund war eine temporäre hoffnungslose Überforderung der Intensivkapazitäten, begleitet von einer hohen Infektionsrate des Personals.

Man sollte jedoch wissen, dass sowohl in Norditalien als auch im französischen Grand Est die Rate an Intensivbetten pro Bevölkerung viel geringer ist als bei uns.

Das heißt: Die Wahrscheinlichkeit, dass es zu solchen Situationen gekommen wäre, war und ist bei uns a priori geringer. Natürlich konnten wir auch besser vorbereitet sein, weil wir zu Beginn der Corona-Epidemie im eigenen Land eine gewisse zeitliche Vorlauf- und damit bessere Vorbereitungszeit hatten.

Und begonnen haben, übergreifend zu denken und Intensivkapazitäten überregional zu managen.

Das DIVI-Register hat tagesaktuell nützliche Daten geliefert. Auch ist das hierzulande eingeführte Kleeblatt-Prinzip der gegenseitigen Hilfe unter verschiedenen Regionen hilfreich und musste bekanntlich schon aktiviert werden. Wir hatten und haben zum Beispiel im UKB Covid-19-Patient:innen aus Sachsen, genauso wie aus den Niederlanden, Belgien, Italien und Frankreich stationär behandelt.

Womit sich zeigt, dass Europa doch funktioniert.

Das ist für mich ein Akt europäischer Loyalität, den man unkompliziert auf telefonische Anfrage hin und selbstverständlich wechselseitig leisten sollte, wenn man die europäischen Werte ernst nimmt.

Kann man sich diese Loyalität leisten?

Nach meiner festen Überzeugung kann man das. Man muss sich klarmachen, dass diese Art von Flexibilität nicht von allen Kliniken geleistet werden kann, aber Maximalversorger wie wir müssen sich solchen akuten Nöten stellen. Natürlich sind die Vorhaltekosten für solche Sonder-Situationen erheblich und leider nur unvollständig in unseren Notfall-Vergütungssystemen und in den DRG-Pauschalen abgegolten.

Was passiert, wenn – wie derzeit – die Corona-Zahlen durch Omikron oder einer darauf folgenden Mutante explodieren?

Seit dem ersten SARS-CoV-2-Fall im nordrhein-westfälischen Heinsberg haben wir uns auf alle Eventualitäten vorbereitet. Da-

durch, dass Christian Drosten in seiner zehnjährigen Zeit als Direktor unseres Instituts für Virologie am Universitätsklinikum Bonn schon bei SARS-CoV-1 wesentliche Beiträge zur Aufklärung geleistet hatte und sein Nachfolger in dieser Position, Hendrik Streeck, bei uns am UKB mit der Heinsberg-Studie früh wichtige Beiträge zum Verständnis von SARS-CoV-2 geleistet hat, waren wir am UKB gut positioniert und haben uns auch in der Politikberatung und Aufklärung der Bevölkerung von Anfang an intensiv engagiert und immer wieder die neuen Daten ausgewertet. Wir müssen uns nun auf verschiedene Szenarien einstellen, wie bereits für Omikron erwähnt. Wir müssen neben der konsequenten und maximalen Förderung der Verhaltensregeln, der Impfungen und Testungen die neuen Möglichkeiten der zeitgerechten Behandlungen mit Antikörpern, den bereits verfügbaren und bei uns eingesetzten intervenösen, als auch neuen oralen Pharmaka rasch entwickeln und die für die Behandlungen besten Zeitfenster und Schemata herausarbeiten. Wir haben dafür am UKB gerade eine spezialisierte Sprechstunde in der Inneren Medizin unter der Leitung von PD Dr. Boesecke eingerichtet

Wie sieht es mit Ihrer Bilanz aus?

Selbst im Corona-Jahr 2020 konnte die UKB als einzige der 35 Universitätskliniken Deutschlands einen Leistungszuwachs insgesamt verbuchen und hatte im 6. Jahr in Folge einen Überschuss.

Indes einen kleineren als in den Jahren davor. Doch bilanzierten Sie selbst im Corona-Jahr ein Plus von rund 800.000 Euro.

Die trotz der schwierigen Umstände positive Bilanz zeigt uns, dass unsere Strategie auch in dieser Hinsicht richtig gewesen sein muss. Obwohl wir – wie alle anderen Uniklinika und in vorderster Front auch unser Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) – wegen der vielen speziellen Belastungen der Universitätsklinika für eine höhere Sonder-Vergütung der UKs in Deutschland eintreten. Dennoch wollen wir in der Istzeit – wie ich das in meinen 14 Jahren in der Schweiz als zielführend kennengelernt habe – immer versuchen, mit den von den Krankenkassen und Steuerzahler:innen bereitgestellten Mitteln auszukommen, was manchmal eine echte Herkules-Managementherausforderung ist.

Wie haben Sie sich diesen Alleinstellungsstatus erarbeitet?

Vorplanung. Immer wieder aktualisierte, kreative, strategische und operative Entscheidungen sind der Schlüssel für ein erfolgreiches Management. Auch haben natürlich die Corona-Hilfen dazu beigetragen,



Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Wolfgang Holzgreve, MBA

studierte Medizin in Münster und erwarb zusätzlich 1976 an der UC Berkeley einen Master in Public Health. Nach Staatsexamen, Approbation und Promotion 1979 absolvierte er eine Facharztausbildung in Geburtshilfe und Frauenheilkunde sowie ein Fellowship in Reproduktionsgenetik an der UC San Francisco. Nach Habilitation 1986 wurde er 1991 Professor in Münster. Von 1995 bis 2008 war er Ordinarius für Frauenheilkunde sowie Vorsteher der Universitäts-Frauenklinik Basel und erwarb 2007 einen MBA. Seit Januar 2012 ist er Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender am Universitätsklinikum Bonn.

wobei wir natürlich wegen unserer hohen Auslastung und unseres hohen Case-Mix-Index Freihalte-Pauschalen weniger als andere Kliniken in Anspruch nehmen konnten.

Damit sind wir beim Koalitionsvertrag, in dem die Hochschulmedizin erstmals erwähnt worden ist. Wo drückt Sie denn der Schuh als Chef eines der größten Universitätskliniken in Deutschland mit ihren über 1.300 Betten, über 8.000 Mitarbeiter:innen und einer Bilanzsumme von 1,3 Milliarden Euro pro Jahr?

Ein Hauptproblem ist, dass in Deutschland bislang in allen stationären Versorgungsgattungen das gleiche gedeckelte Vergütungssystem gilt – das DRG-System. Damit werden Sonderbelastungen der Hochschulmedizin nicht ausreichend vergütet, wie beispielsweise die viel höhere Zahl von Notfallpatienten, die in der Regel ein Defizitbereich für jede Klinik sind. Nur um die Größenordnung zu nennen: Wir haben in Bonn über 40.000 Notfallpatienten pro Jahr, die nach einer zu geringen Pauschale vergütet werden. Dazu kommt ein Bereich, bei dem alle Universitätsklinika im Durchschnitt stärker belastet sind als andere: Das sind Extremkostenfälle, die im DRG-System – eben weil es auf einem Durchschnitt basiert – unterrepräsentiert sind. Doch bekommen von diesen Extremfällen gerade die Unikliniken – so auch unsere – immer den größten Anteil. Auch Zentren wie die für Seltene Erkrankungen, in denen oft nach langer Vorgeschichte von interdisziplinär arbeitenden Experten die richtigen Diagnosen klinisch oder durch DNA-Untersuchungen gestellt werden, sind an vielen Universitätsklinika ein sehr sinnvoller Teil der spezialisierten Gesundheitsversorgung, aber eben durch den hohen Aufwand teuer. Last but not least gibt es die Ausbildungs- und Weiterbildungsproblematik, die alle Häuser belasten, welche Facharztweiterbildungen leisten, aber Universitätsklinika. Zudem beschäftigen neben den Medizinstudierenden mehr Ärzt:innen in Facharztweiterbildungen als andere Krankenhäuser. Vieles ist eben eine Dosis-Frage, und wir müssen dringend Lösungen finden.

Schon vor Covid-19 konnten nur 7 Prozent der deutschen Universitätskliniken ein Plus von mehr einer als 1 Million Euro erwirtschaften. Zur Zeit liegt das kollektive Defizit aller

Universitätskliniken in Deutschland bei über 500 Millionen Euro, alleine in Nordrhein-Westfalen über 300 Millionen Euro. Covid-19 hat den Trend doch nur noch verstärkt. Nur: Wie haben Sie Ihr Plus über die Jahre hinweg immer wieder geschafft und das sogar 2020?

Wir haben die gleichen Bedingungen wie alle anderen, sicher keine besseren Bedingungen, in manchen Haushaltstiteln sind unsere

Fördermittel sogar aus historischen Gründen im Vergleich geringer. Unsere Bausubstanz z.B. stammt zum Teil noch aus den 40er-Jahren, was hohe Investitionen für Instandhaltungen, Sanierungen, Neubauten erfordert, die wir häufig aus Eigenmitteln erbringen müssen. Nur unser Einsatz für maximale Effizienz und ständige Strukturanpassungen haben uns die positiven Bilanzen der letzten sechs Jahre ermöglicht, nachdem wir 2014 noch ein Defizit von 20 Millionen Euro hatten. Wir arbeiten hart daran, dass wir jedes Jahr wieder eine positive Bilanz schaffen wollen, obwohl das unter den jetzigen Bedingungen wirklich schwer ist.

Woher kommen die Mittel, mit denen Sie arbeiten?

Das sind bei einem Universitätsklinikum drei Hauptquellen: Die eine ist für die Forschung und Lehre. Hierfür bekommen wir einen Zubehörsbetrag von etwa 140 Millionen Euro pro Jahr, mit denen die Professuren sowie die Grundausstattung für Forschung und Lehre bezahlt werden. Das ist aber im Prinzip ein reiner Durchlaufposten, weil 100 Prozent davon in die eben genannten Zwecke fließen. Die zweite viel größere Finanzierungsquelle sind für den klinischen Betrieb die Leistungen der Krankenkassen, über die wir uns täglich – wie jedes andere Krankenhaus auch – finanzieren müssen, wobei die DRG-geleiteten Vergütungen pro Leistung in der stationären Versorgung nicht höher sind bei jedem anderen Krankenhaus der unterschiedlichen Versorgungsstufen.

Das heißt: Es zählt die schiere Leistungsmenge!

Natürlich spielt die Leistungsmenge, die ja auch wesentlich mit der Reputation eines Krankenhauses zusammenhängt, eine bedeutende Rolle. Wir behandeln pro Jahr etwa 50.000 stationäre, darüber hinaus jedoch mehr als 350.000 ambulante Patient:innen. Letzteres freut uns natürlich, weil in Deutschland die Medizin im ambulanten Bereich zugunsten des stationären noch zulegen kann, wofür allerdings wieder gute Finanzierungsmodelle existieren müssen. Wir wollen bei der Ambulantisierung der Medizin in Deutschland eine Führungsrolle übernehmen, u.a. weil unser vergleichsweise insgesamt gutes Gesundheitssystem in Deutschland erhalten und immer wieder neu zukunftsfähig umgestaltet werden muss, was nur mit mutigen Reformen und konsequenten Weiterentwicklungen möglich sein wird.

Was erwarten Sie von der neuen Regierung?

Wir freuen uns natürlich, dass Universitätskliniken im Koalitionsvertrag als fünfte Versorgungsstufe anerkannt werden, was irgendwann vielleicht in eine Abstufung, z.B. der DRG-Vergütung, münden sollte. Bis solche Änderungen durch alle Gremien hindurch konsentiert und umgesetzt werden können, müssen wir zunächst immer weiter versuchen, mit dem auszukommen, was wir haben, weil die Krankenkassenzahler, insbesondere die hart arbeitenden Mitbürger:innen mit niedrigem Einkommen, durch die Lohnnebenkosten schon jetzt stark belastet sind. Wir konnten der uns selbst gestellten harten Anforderung der Auskömmlichkeit nur deshalb erfolgreich nachkommen, weil alle – von den Klinikdirektoren über das Pflege- bis zum Verwaltungspersonal – diese Philosophie teilen. Wir können hier wirklich auf ein großes Engagement bauen – die Beschäftigten sind motiviert, auch in Zukunft Defizite zu vermeiden, was ich für eine gegenüber der Allgemeinheit wichtige Grundeinstellung halte. Übrigens ist unseren Mitarbeitenden auch das Thema Nachhaltigkeit besonders wichtig, wir investieren dafür sehr viel. Ebenso haben unsere Mitarbeitenden immer wieder neue Ideen, um Verschwendung zu vermeiden und eine schöne Umwelt auf dem Campus zu erhalten.

Wie steht es bei Ihnen bezüglich der Digitalisierung?

Wir haben seit langem eine eigene elektronische Krankenakte, die ja auch heute in Deutschland leider noch nicht selbstverständlich ist und erst in der Minderheit der Kliniken existiert. Ebenso setzen wir ein Patientendaten-Managementsystem (PDMS), mit dem wir auf unseren Intensivstationen alle Daten elektronisch erfassen und auswerten sowie ins Abrechnungssystem übertragen können. In der Verwaltung nutzen wir eine Software namens PEGA, die die unterschiedlichen Verwaltungsabläufe im Personalmanagement und anderen Bereichen elektronisch abbildet. Noch wichtiger ist aber, dass IT im besten Falle dabei hilft, die Lebensqualität von Patient:innen zu verbessern. Dafür haben wir schöne Beispiele, bei denen spezielle Apps entwickelt worden sind, die wirklich die Lebensqualität von Patient:innen verbessern.

Patienten-Apps?

Die halte ich für sehr wichtig. Zum Beispiel im Bereich der Hämophiliebehandlung, wo wir das größte Zentrum für Bluterkrankte in Europa und wahrscheinlich sogar weltweit betreiben. Da betreuen wir Patient:innen, die – als ich studierte – noch starke Einschränkungen hatten, bis hin zu einer reduzierten Lebenserwartung. Bis der medizinische Durchbruch kam, der es erlaubte, den bei diesen Patient:innen fehlenden Faktor 8 zu ersetzen. Sie mussten jedoch sehr häufig zur Ambulanz kommen, was durchaus lästig und zeitaufwändig war. Nun haben sich die Behandlungsmöglichkeiten durch Forschung und Entwicklung stufenweise signifikant verbessert, und unser Institutsdirektor Prof. Oldenburg und sein Oberarzt Goldmann haben eine App entwickelt, die – natürlich nach Zustimmung der Patient:innen – praktisch alle für die Behandlung der Hämophilie wichtigen Parameter im täglichen Leben erfasst. Wenn diese z.B. einen blauen Flecken entdecken, nehmen sie den mit der Kamera auf und schicken uns sofort das Bild, sportliche Aktivitäten werden erfasst etc. Ein Algorithmus erkennt dann, welche Maßnahmen, z.B. ein Besuch in der Ambulanz, eine Änderung der Faktoren-Menge oder sogar ein Präparatewechsel wegen Antikörper-Bildung nötig sind. Die mit dieser App einhergehende Telemedizin halten wir 24 Stunden 365 Tage im Jahr vor, und die Lebensqualität der Patient:innen ist alleine schon dadurch deutlich verbessert, dass sie weniger häufig zur Ambulanz kommen müssen.

Digitalisierung zum direkten Nutzen für die Patient:innen.

Das Beispiel der Hämophilie zeigt, dass durch die Digitalisierung die Heimbehandlung quasi als verlängerter Arm der spezialisierten Klinik-Abteilung bedeutet, dass die Patienten zu Hause nach der Medikamentenabgabe in unserer Apotheke gekoppelt mit ausführlicher Beratung nicht alleine gelassen werden, sondern sie haben zu den Zeitpunkten der Medikamentenabgaben und virtuell über die App ständig Kontakt mit Top-Spezialisten, was auch die Patientenorganisationen und Krankenkassen sehr schätzen. Das Ziel der Digitalisierung darf ja nicht Selbstzweck sein, sondern muss immer einen Nutzen, z.B. die Effizienz-Steigerung, Zeit- und Kostenersparnis, die bessere Online-Information etc. anstreben, und damit letztlich den Gewinn an Wohlbefinden und Zufriedenheit der Patient:innen erhöhen.

Aus Krankenhaussicht gefragt: Ist es vom Income her sinnvoll, so etwas zu tun? Sie leben im Endeffekt doch immer noch vom Volume, nicht vom Value.

Mit beidem haben wir kein Problem. Gute Qualität zieht in der Regel durch den daraus resultierenden guten Ruf eine hohe Nach-

frage nach sich, was sich bei uns mit kontinuierlichen Leistungssteigerungen im ambulanten und stationären Bereich – auch in den Corona-Jahren 2020 und 2021 – auswirkte. Das führt auch dazu, dass wir trotz unserer Bettenkapazität immer wieder an unsere Grenzen stoßen und dann doch Mühe haben, ein freies Bett zu finden. Das heißt aber auf der anderen Seite, dass wir eben nicht das Problem haben, unangemessene Fälle hospitalisiert halten zu müssen, die bei hoher Qualität auch anders – niederschwelliger und auch patientenadäquater – versorgt werden können.

„Bis Ende des Jahres 2021 sind wir durchdigitalisiert, was die Nutzung der elektronischen Patientenakte in all unseren Kliniken angeht.“

[Das ist ein Blick in die Zukunft der Medizin: über Digitalisierung auf der einen Seite Prozessoptimierung zu ermöglichen, auf der anderen Seite valuebasierte Medizin anbieten zu können.](#)

Das ist ein kontinuierlicher Prozess und Kernelement unserer Strategie. Zum Beispiel sind wir seit Ende 2021 durchdigitalisiert, was die Nutzung der elektronischen Patientenakte in all unseren Kliniken angeht. Mich überrascht oft, dass zwar viel davon gesprochen wird, aber nur weniger als 50 Prozent der Kliniken in Deutschland eine EPA wirklich flächendeckend haben. Auch hier sind Universitätskliniken wie wir Vorreiter und können sich dann auch mit anderen Krankenhäusern besser vernetzen, wie wir es gerade in der Onkologie mit dem Johanniter-Krankenhaus in Bonn tun, um besonders bei Studien eine noch größere Fallzahl mit einheitlicher Software auswerten zu können – zum Vorteil der internationalen Forschung.

[Was sicher auch aus den hier geleisteten Forschungsaktivitäten gefördert wird.](#)

Ganz sicher. Digitalisierung ist für uns im Forschungsbereich seit langem Alltag. Unter anderem betreiben wir in Bonn in Zusammenarbeit mit anderen Zentren im West German Genome Center eine der größten Sequenzierungs-Units in Deutschland. Das ist ein absolutes Big-Data-Geschäft mit sehr großen Datenmengen, bei dem auf Gen-Ebene bei bestimmten Krankheiten Diagnosen, Assoziationen und Prädiktionen untersucht werden. Für die SARS-CoV-2-Diagnostik haben der aus Boston zum UKB zurückgekehrte Prof. Jonathan Schmid-Burgk und sein Team gerade einen Massentest auf der Basis von Next Generation Sequencing entwickelt, der viel verlässlicher ist als der Antigen-Schnelltest, aber preisgünstiger als der Standard-PCR-Test ist. In diese Entwicklung ist viel IT eingeflossen, und nun möchten wir über eine ausgegründete GmbH diesen für sehr große regelmäßige Untersuchungsserien z.B. in Firmen verfügbar machen. Auch sind wir dank eines gemeinsamen Projekts mit der Telekom der erste 5G-Campus Deutschlands, wodurch wir via W-LAN an verschiedene Orte des Campus größte Datenmengen übertragen können, wo sie gerade gebraucht werden. Wie etwa für eine nötige operative Behandlung eines Kindes im Eltern-Kind-Krankenhaus mit auffälligen Bauchschmerzen, wozu für die Diagnose mehrere spezielle Bildgebungs-Sequenzen aus MRT-, CT-, PET- oder auch molekularbiologische Untersuchungen schnell beim symptomatischen Kind zusammengeführt werden. All diese Daten sind nun via 5G am Point of Care in Sekundenschnelle verfügbar. Auch das ist eine positive Anwendung von Digitalisierung zum Nutzen der Patient:innen.

[Erwarten Sie damit auch, das Outcome verbessern zu können?](#)

Davon bin ich überzeugt. Der Nutzen beginnt aber schon im Klei-

nen. Zum Beispiel bei den Medikamenten-Anordnungen während der Visite mit der EPA, wo ein Algorithmus erkennt, dass bestimmte Medikamente Interaktionen mit anderen haben, und auch das Entziffern unleserlicher Handschriften gehört damit der Vergangenheit an. Das erhöht die Patientensicherheit und verbessert das Behandlungsergebnis. Wir arbeiten aber auch intensiv an dem Einsatz von künstlicher Intelligenz, wo z. B. in der Neuroradiologie der Einsatz von Kontrastmitteln bei der Untersuchung von Hirn-Gefäßen bei Schlaganfällen reduziert werden kann.

[Nun pflegen Sie diverse Kooperationen, unter anderen mit in Bonn ansässigen Kliniken, aber auch mit der Universität in Siegen. Was verbirgt sich dahinter?](#)

Alle Städte auf der Welt mit Universitätsklinik sind nun einmal umgeben von anderen guten Kliniken in den Städten aber auch von ländlichen Räumen, manche mehr, manche weniger. Das ist auch in Nordrhein-Westfalen so. Wenn man die Karte von NRW betrachtet, sieht man enorme Ballungsräume im Ruhrgebiet und am Rhein von Düsseldorf bis Bonn. Die schon lange in Westfalen etablierte Uniklinik ist meine Alma mater in Münster, im Ruhrgebiet haben Essen und Bochum zentrale Funktionen als Universitätsklinik und in Nordrhein eben Aachen, Düsseldorf, Köln und Bonn, in der Onkologie auch als ABCD-Verbund bekannt. Aber Städte wie Bielefeld, wo ich mein PJ absolvieren durfte, und Minden in Ostwestfalen oder Siegen mit dem angrenzenden Sauerland, wo ich geboren wurde, haben ebenfalls gute Kliniken und hervorragende Universitäten. Die Universität Siegen hat z.B. einen Schwerpunkt im Bereich der Digitalisierung, was für uns interessante Möglichkeiten der Zusammenarbeit in Forschung und Lehre sowie in der Krankenversorgung bietet. Nun haben wir – das UKB und die Universität Siegen – mit Hilfe einer Förderung des Landes Nordrhein-Westfalen eine gemeinsame wissenschaftliche Einrichtung für digitale Medizin und Versorgungsforschung im ländlichen Raum ins Leben gerufen. Unser Ziel ist es, die Digitalisierung gerade im ländlichen Raum gemeinsam weiterzuentwickeln, um so noch mehr wirklich gut handhabbare und nutzwertige Programme zu entwickeln, wie am Beispiel der Hämophilie gezeigt, und diese auszuwerten.

[Inklusive Datenaustausch untereinander.](#)

Selbstredend. Man kann nur kollaborieren, wenn in bestimmten Bereichen Daten kontinuierlich und leicht übertragen werden, zum Beispiel von Praxen in ländlichen Räumen, in denen Patient:innen betreut werden, in unsere Universitätssysteme. Dafür braucht man sehr gutes Know-how, das in Siegen und Bonn über mehrere, zum Teil erst kürzlich neu besetzte Digitalisierungs-Professuren vorhanden ist.

[Was haben die Siegener von der Kooperation?](#)

Spezialist:innen von beiden Institutionen können eng sowie institutionalisiert zusammenarbeiten und von Siegen aus an unseren Systemen partizipieren. In der Lehre lernen Studierende beide Standorte kennen, und die regionale Attraktivität kann durch einen solchen Austausch gestärkt werden. Doch sollte man solche Kooperationen nicht rein quantitativ beurteilen. Gerade in der Forschung wird es immer wichtiger, mit möglichst vielen guten Kliniken institutionalisiert zusammenzuarbeiten, um möglichst eng verzahnt multiprofessionell arbeiten zu können und Studien an möglichst großen Kollektiven ein-

Zitationshinweis

Holzgreve, W., Stegmaier, P.: „Eine Führungsrolle bei der Ambulantisierung der Medizin“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (01/22), S. 6-12. <http://doi.org/10.24945/MVF.01.22.1866-0533.2363>

heitlich mit Hilfe einer hoch-professionellen Studienzentrale zu steuern. International ist eine solche Zusammenarbeit zwischen Universitätskliniken und anderen guten Krankenhäusern gang und gäbe, wie etwa in Schweden mit dem Karolinska-Institut, in Großbritannien mit dem Imperial College oder in Belgien mit dem Universitätskrankenhaus in Leuven. Derartige Academic Medical Centers mit zum Teil sehr großen Netzwerken sind die Zukunft der Forschung. Dazu braucht es allerdings statt wechselseitiger Eitelkeiten den gemeinsamen starken Willen zur Zusammenarbeit, gegenseitigem Respekt und die immer nötige Dosis Demut.

Wobei im Hintergrund immer das Wohl der Patient:innen stehen sollte.

Das muss unser aller Leitschnur sein, letztlich nicht nur in der Krankenversorgung, sondern auch in Forschung und Lehre.

Wie kann man das in einem System geschehen, in dem so vieles rein leistungsorientiert funktioniert und nicht wertebasiert?

Wir sind gerade in der Universitätsmedizin teilweise schon einen Schritt weiter, weil wir die Zentrumsbildung vorangetrieben haben, wie etwa mit der Bildung von Herzzentren, onkologischen Zentren, Traumazentren, Schlaganfall- und Neurovaskuläre Zentren und noch vielen anderen mehr. Für all diese Zentren hat der G-BA diverse Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben sowie der nötigen Qualitätsanforderungen für die Erfüllung dieser Aufgaben definiert. Das Regelwerk gemäß § 136c Absatz 5 SGB V legt bundesweit fest, was beispielsweise ein Herzzentrum vorhalten muss, um eine Zentrumsanerkennung zu erhalten. Das wiederum wird belohnt, in dem der sogenannte Fixkostendegressionsabschlag – der sehr belastend ist für ein Haus wie unserem mit hohem Case-Mix-Index – ausgesetzt ist und Zentrumszuschläge von den Kostenträgern gezahlt werden. Dies geht natürlich nur, wenn die abgelieferte Qualität gut genug ist, wofür der G-BA wiederum eigene Kriterien festgelegt hat. Will heißen: In Deutschland wird sehr wohl bereits jetzt „Value“ belohnt, man sollte das System jedoch weiter ausbauen.

Werden diese Zentren, die Sie auch in Bonn haben, entsprechend gefördert?

Nordrhein-Westfalen war relativ spät dran mit der Definition von Zentren, aber Minister Laumann und seine sehr kompetenten Mitarbeiter:innen machen jetzt positiven Druck generell in der Krankenhausplanung, und dies immer in guter Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Kultur und Wissenschaft.

Eine letzte Zahl zum UKB: Im Jahr 2020 konnten Sie in NRW bei der leistungsorientierten Mittelvergabe wieder mal den ersten Platz belegen. Was führt dazu, dass Forschung in Bonn anscheinend ein Erfolgskonzept ist?

Das ist Teil unserer generellen Strategie. Für uns heißt Universitätsklinik, dass wir in drei Kernbereichen Exzellenz anstreben: Erstens Krankenversorgung auf höchstem Niveau, zweitens Forschung und drittens Lehre ebenso mit Exzellenz-Anspruch. Alle profitieren im höchsten Maße voneinander: die Lehre von Versorgung und Forschung, die Krankenversorgung. Und die Forschung sowie Entwicklung müssen ihre Impulse wiederum aus den ungelösten Fragen der Krankenversorgung beziehen. Der Idealzustand ist meines Erachtens dann erreicht, wenn alle drei Kernbereiche auf dem gleich hohen, womöglich sogar höchsten Niveau austariert sind und ohne gegenseitige Konkurrenz zum besten des Patientenwohls zusammenarbeiten. Die

Krankenversorgung ist am schwersten zu bewerten. Man nähert sich diesem Thema beispielsweise durch Auswertung von Routinedaten, Befragungen von Patient:innen und Ärzt:innen an. Und obwohl man Bewertungslisten wie des jährlichen Rankings in der Zeitschrift „Focus“ kritisieren kann, gibt es vielbeachtete ähnliche Ranglisten in vielen vergleichbaren Ländern, wie etwa der in der amerikanischen Zeitschrift „US News and World Report“.

Wo steht das UKB?

Im „Focus“-Ranking in diesem Jahr auf Platz 1 in Nordrhein-Westfalen. Uns freut ebenso die Auswertung des Ministeriums für Kultur und Wissenschaft in NRW im Rahmen der Leistungsorientierten Mittelvergabe, bei der die Drittmittel und die Publikationsbewertungen einfließen. Auch hier stehen wir seit Jahren vorne. Dies bestätigt den engen Schulterschluss des Universitätsklinikums mit der medizinischen Fakultät an unserem Standort. Auch rangiert die Universität Bonn bei der letzten Exzellenz-Initiative mit der größten Zahl von bewilligten Exzellenzclustern auf dem ersten Platz in Deutschland, so dass das UKB hier natürlich in Forschung und Lehre in der Universität ausgezeichnete Partner in vielen Fächern hat.

Wie steht es um die Versorgungsforschung?

Wir haben bereits seit 2016 eine Forschungsstelle für Gesundheitskommunikation und Versorgungsforschung, in der schwerpunktmäßig Studien zur Versorgungsqualität von Menschen mit onkologischen oder psychischen Erkrankungen durchgeführt werden. Diese Studien werden u.a. von der Deutschen Krebshilfe, dem Innovationsausschuss des G-BA, der Deutschen Rentenversicherung oder dem Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Ich möchte aber auch den vor vier Jahren eingeführten sehr erfolgreichen Masterstudiengang Global Health erwähnen, der hervorragend zum Standort Bonn passt, weil hier viele internationale und international tätige Organisationen ansässig sind, wie etwa das GIZ, das Zentrum für Entwicklungsforschung (ZEF) der Universität Bonn, verschiedene Bundes-Ministerien mit Haupt- oder Nebensitz in Bonn und nicht zuletzt 20 Agencies mit über 1.000 Mitarbeiter:innen der United Nations sowie die United Nations University im Langen Eugen. Mit all diesen Organisationen haben wir gemeinsam ein Weiterbildungs-Masterprogramm für Global Health aufgelegt, zu dem Studierende aus aller Welt kommen und bei dem es uns vorrangig um die Verbesserung von Versorgungsstrukturen durch Forschung, Implementierungen und Evaluierungen international geht.

Wie wäre es mit einer eigenen Abteilung für Versorgungsforschung?

Da läuft gerade die Berufung für eine W3-Professur. Auf Platz eins rangiert Frau Professor Nicole Ernstmann, welche die im April 2016 gegründete Forschungsstelle für Gesundheitskommunikation und Versorgungsforschung leitet. Wir hatten übrigens schon vor sechs Jahren in Bonn die erste Professur in Deutschland für Patientensicherheit in Zusammenarbeit mit dem Bündnis Aktion Patientensicherheit gegründet, um zentrale Fragen der Qualität und Sicherheit der Patientensicherheit bearbeiten zu können, die wir im UKB für besonders wichtig halten.

Herr Prof. Holzgreve, danke für das Interview. <<

Das Gespräch führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Gemeinsam zu mehr Therapieerfolg

indikationsbezogene
Patienten-
Begleitprogramme

Zugang zum
Patienten



Stärkung
der Adhärenz

Verbesserung der Lebensqualität

**Werden
Sie
Partner!**

Wir freuen uns auf Ihre Fragen und Anregungen.
Sie erreichen uns unter
patientenprogramme@docmorris.de

Online-Kongress „Theorie wagen“ von „Monitor Versorgungsforschung“ in Kooperation mit dem BMC e.V.

Theorien für „den Blick aufs Große und Ganze“

„Wenn man sich wie wir als eine große Versorgerkasse mit der Messung von Ergebnissen und Methoden beschäftigt, stellt sich die Frage, welche Theorie hinter der Messung steckt“ (Teichert). „Theorien sind Denkmuster. Theorien sind Arten, wie man Probleme versteht, wie man Sachen angeht“ (Amelung). „Fehlende Theorie ist nicht nur ein wissenschaftliches Problem, sondern auch ein Problem für die Praxis“ (Pfaff). Drei Stimmen, drei Sichtweisen zur Frage, ob die Versorgungsforschung eigene Theorien hat, oder – falls diese noch nicht gefunden und konsentiert wurden – ob sie sie überhaupt braucht. Beim Fachkongress „Theorie wagen“, den „Monitor Versorgungsforschung“ Ende letzten Jahres in Kooperation mit dem Bundesverband Managed Care e.V. (BMC) online durchgeführt hat, wurde schnell klar, was schon in den Zitaten von Daniela Teichert, der Vorstandsvorsitzenden der AOK Nordost, Prof. Dr. Volker Amelung, dem Vorstandsvorsitzenden des BMC, und Prof. Dr. Holger Pfaff, dem Direktor des Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Universität zu Köln, deutlich wurde: Versorgungsforschung braucht nicht nur eine Theorie, sondern sehr viele, die es in den Wissenschaftsgebieten um sie herum zuhauf gibt. Man muss sie nur kennen und nutzen (wollen).

>> „Wenn es um die Frage geht, welche Veränderung das Gesundheitssystem braucht und wie man die Veränderung erarbeitet und realisiert, wäre es wichtig, dass man eine gute und fundierte Theorie dafür hätte“, erklärte Teichert in ihrem Begrüßungswort, da der Fachkongress eigentlich im Scharounsaal der AOK Nordost hätte stattfinden sollen, aber wegen Corona dann doch online durchgeführt wurde. Die Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost ist der festen Überzeugung, dass eine gute theoretische Grundlage „uns als Krankenversicherung in vielen Fällen die alltägliche Arbeit leichter machen“ würde. Besonders in hochkomplexen Projekten, wie dem der Strukturmigration Mittelbereich Templin, gebe es noch viele offene Punkte. Auch wenn die AOK Nordost sehr gute Ergebnisse in diesem Projekt erkennen würde, wäre es – so Teichert – „wirklich wichtig, eine gute theoretische Grundlage zu haben, um die Bewertung für alle Seiten einfacher zu machen“. Dies gelinge nur, so schränkte Teichert ein, „wenn die Schaffung theoretischer Grundlagen mit der Forderung nach konkreter Ergebnisorientierung verbunden ist“.

Theorien für bessere Entscheidungen

Derlei Theorien gibt es. „Es ist extrem wichtig, dass wir nicht von einer Theorie sprechen, sondern von ganz unterschiedlichen, zum Teil ganz alten Theorien“, gab Prof. Dr. Volker Amelung als BMC-Vorstandsvorsitzender und Kooperationspartner des Kongresses „Theorie wagen“ in seinem Grußwort zu Protokoll. So könne man mit der schon 1937 von Coase beschriebenen **Transaktionskostentheorie** der Frage nachgehen, wie gute

Netzwerkstrukturen funktionieren und wie Organisationen aufgebaut sein müssen, um erfolgreich zu sein. Auch könne die **Prinzipal-Agenten-Theorie** dem Gesundheitswesen besonders für die Frage von Delegation wichtige Impulse geben oder erklären, wie mit Informationsasymmetrien umzugehen ist. Andererseits könne man die **Pfadabhängigkeitstheorie** sehr gut dafür einsetzen, um zu verstehen, warum zum Beispiel die Digitalisierung so langsam voranschreitet. Oder wo deren „Critical Junctures“ zu verorten sind, also jene Ereignisse, die eine Wende oder eine blockierte Situation auflösen könnten.

Als grundlegendes Theorienmuster nannte Amelung aber auch die **Glücksökonomie**, mit der Fragen der Arbeitszufriedenheit erklärt werden können, oder welche Anreizmodelle tatsächlich gebraucht werden, um mehr Qualität erzeugen zu können. Amelung: „Es ist wichtig, diese unterschiedlichen Theorien zu kennen und zu wissen, wo man welche einsetzen kann, um Dinge zu erklären, die sich Erklärungsversuchen aus Wissenschaft und/oder Praxis bisher verschlossen haben.“ Dazu müsse man aber auch dazu übergehen, sich weniger auf Einzel-Studien zu fokussieren, sondern zu versuchen, vor allem komplexe Interventionen auf einer Art Metaebene zu verstehen.

„Wenn wir vom geordneten klinischen Setting in das Chaos der Versorgungsrealität kommen, müssen wir verstehen lernen, was dort passiert und warum etwas so geschieht, wie es geschieht“, sagte Amelung. Das sagte er, weil er als Geschäftsführer von inav, eines Unternehmens, das schon sehr viele Innovationsfondsprojekte begleitet und evaluiert hat, erkannt hat: „Wenn man die abgeschlossenen Projekte betrachtet, ist häufig nicht

das Endergebnis das Spannendste, sondern das, was wir unterwegs gelernt und verstanden haben, was funktioniert und was nicht funktioniert.“

Genau an diesem Punkt seien gefestigte Theorien das Mittel der Wahl. Nicht nur um die Wissenschaft selbst voranzubringen, sondern vor allen Dingen, um die Rolle der Wissenschaft vom einzelnen Datenpunkt und der singulären Erkenntnis auf eine neue Ebene zu bringen. Amelung: „Wenn wir über Theorien und über Wissenschaft reden, müssen wir uns bewusst machen, dass Wissenschaft nicht selbst entscheidet, sondern lediglich gesellschaftliche oder politische Entscheidungen mit evidenzbasierten Fakten unterstützen kann.“ Theorien hätten Amelungs Meinung nach die Kraft, zum einen Aussagen von Studien anzureichern, zum anderen Diskussionen zu entideologisieren und damit letztlich ein höheres Diskussionsniveau zu erreichen.

Dies würde dabei helfen, diejenigen zu unterstützen, die Entscheidungen zu treffen haben – sei es Vorstände von Krankenkassen, die Selbstverwaltung oder die Politik – und damit gute Entscheidungen erst möglich machen. Amelung: „Es muss das Verständnis unserer Rolle sein: Nicht nur zu versuchen, Theo-

Theorien-Datenbank von MVF

Mit Hilfe von vielen Wissenschaftlern plant „Monitor Versorgungsforschung“ den Aufbau einer Theorien-Datenbank, einer Art Instrumentenkoffer von bereits beschriebenen Theorien aus anderen Wissenschaftsgebieten, die in der Versorgungsforschung eingesetzt werden können. Die ersten „Paten“ sind bereits gefunden: www.m-vf.de/Theoriebaukasten Sind Sie an einer Patenschaft interessiert? Mailen Sie an stegmaier@m-vf.de



Prof. Dr. Volker Amelung, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbands Managed Care e.V. (BMC)



Daniela Teichert, Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost



Prof. Dr. Holger Pfaff, Direktor des Instituts IMVR der Universität zu Köln

rien zu formulieren, um uns in der Versorgungsforschung nach vorne zu bringen, sondern um die Bedeutung dieser Wissenschaftsrichtung als solche neu aufzuladen.“

Es gibt nicht die eine Theorie

Mit dem Satz „nichts ist praktischer als eine gute Theorie“ zitierte Prof. Pfaff vom IMVR Kurt Lewin, den emigrierten, führenden Sozialpsychologen Deutschlands, der postuliert hätte, dass die Theorie die Praxis anleiten sollte. Für Pfaff wiederum braucht jede Wissenschaft Theorien, um den „Suchprozess nach guten Lösungen in der Praxis zu strukturieren“.

Dieser Pfaff'sche Satz hat enorme Auswirkungen auf die Art und Weise, wie man weltweit und vor allem auch in Deutschland Versorgungsforschung betreibt, sichtbar geworden in den vielen Innovationsfondsprojekten: mit dem erklärten Anspruch und Willen, ein praktisches Problem zu lösen, wäre zu wenig bis überhaupt nicht auf eine mögliche Theoriegrundlage geachtet worden. Pfaff: „Es gibt aber immer ein Vorher, das das Nachher bestimmt. Wer sich theorieolos ans Werk macht, um komplexe Probleme gleich welcher Art zu lösen, wird sich auf der Projektebene zumeist in einem Trial-and-Error-Prozess und auf der Evaluationsebene in einem Puzzlespiel wiederfinden, ohne Halt und Orientierung.“

Gerade auf der Ergebnisebene sei es wichtig, sich vor- und nicht erst nachher mit der Frage der dem Versuch zu Grunde liegenden Theorie auseinanderzusetzen. Pfaff: „Es ist

ein ganz wichtiger Punkt, sich vor Beginn eines Projekts mit der Theorie auseinanderzusetzen, denn im Nachhinein ist es nahezu unmöglich, eine Theorie dem Projekt anzupassen.“

Dazu muss ein Versorgungsforscher jedoch erst einmal wissen, welche Theorien es überhaupt gibt; und dies, obwohl in Deutschland Theorielehre noch nicht einmal im Curriculum steht. Es gebe zudem, so Pfaff, Wissenschaftler, die meinten, es könne nur eine richtige Theorie geben. Dies sei aber falsch, denn es gebe einen ganzen Werkzeugkasten, den man auf die Fragestellungen des hochkomplexen und ebenso kontextsensitiven Versorgungssystems anwenden könnte, das man immer nur akteurs-, kultur- und wissenschaftsübergreifend verstehen könne. Pfaff: „Das heißt auch, dass wir verstärkt die Kulturen auch in der Wissenschaft zusammenbringen müssen, die bisher oft noch gar nicht miteinander geredet haben.“

Dem begegne man seit einiger Zeit an der Universität zu Köln mit einem sogenannten Brückeninstitut zwischen der medizinischen, der humanwissenschaftlichen und seit kurzem auch der sozialwissenschaftlichen Fakultät, die als eine Art „Research Triangle“ funktionieren. Wobei gerade der Sozialwissenschaft eine Kernrolle zukomme: Man könne sich laut Niklas Luhmann das Versorgungssystem als eine Funktion verschiedener Teilsysteme vorstellen: technische Systeme mitsamt dem Einsatz digitaler Medien, das Körpersystem, also das, was der Mediziner beherrscht, und schließlich das psychische System, also der Art und Weise, wie einzel-

nen Akteure von ihrem Denken, Fühlen und Handeln her zusammenarbeiten – oder eben auch nicht.

Ergänzend dazu gibt es aber auch noch das soziale System, das die Interaktion zwischen Arzt und Patient, aber auch die des gesamten Versorgungsteams und der -organisation determiniert. Schließlich existiert nach Pfaff noch ein kulturelles System, das bei Luhmann gar nicht auftauche. „Wenn man versucht, praktische Probleme in der Versorgung zu lösen, braucht man Theorien darüber, wie die Technik, wie der Körper, wie die Psyche und wie das soziale und kulturelle System funktioniert. Erst dann kann man alle diese Systeme in irgendeiner Form adressieren und in einen logischen Gesamtzusammenhang bringen“, sagte Pfaff und erklärte damit sehr deutlich, warum es nicht die eine, alleserklärende Über-Theorie, die es auf die Versorgungsforschung anzuwenden gilt, geben könne.

Wie kommt man nun auf eine (oder auch mehrere) für ein Projekt passende Theorie? Hier gibt Pfaff den wichtigen Hinweis, dass sich die zu verwendenden Theorien am primären Outcome orientieren müssten. Ähnlich wie beim RCT das Studiendesign durch die vorher formulierte These und den festgelegten Endpunkt bestimmt wird, muss sich ein Versorgungsforscher beim Aufsetzen eines neuen Projekts eine Frage stellen: Was will ich mit welcher zu erklärenden Variable erreichen? Pfaff: „Die Theorie hängt immer von der zu erklärenden Variable ab.“ Wer verschiedene Outcomes hätte, brauche eben auch unterschiedliche Theorien. Da dies je-



Prof. Dr. Matthias Schrappe, Professor an der Universität zu Köln

doch eine große Herausforderung sei, wäre es hilfreich, einen einzigen primären Outcome festzulegen und für diesen die passende Theorie zu finden.

Wissenschaftsverständnis der Versorgungsforschung

In der aktivistischen Zeit, in der wir derzeit leben, sei es ziemlich riskant, einen Kongress zu wagen, der sich der Diskussion um Theorie verschreibt, sagte Prof. Dr. Matthias Schrappe, wie Pfaff einer der Mitbegründer der deutschen Versorgungsforschung. Man habe sehr häufig das Gefühl, dass erst etwas getan und danach erst gefragt werde, wie das Getane in irgendeine Fachlichkeit, geschweige denn Theorie einzuarbeiten ist. Hier sei es wichtig, zuerst einmal über das Wissenschaftsverständnis der Versorgungsforschung zu sprechen, die aktuell aufgehe in zahllosen Facetten vieler Versorgungswissenschaften, die Schrappe daher ganz bewusst in den Plural setzte. Seine Frage: „Wann braucht man Theorien?“ Seine Antwort: Immer dann, wenn man unter Druck steht.“ Theorie sei dann besonders wichtig, wenn die eigene Arbeitsweise und daraus entstehenden Postulate unter Feuer kommen, wie in den letzten beiden Corona-Jahren schmerzlich bemerkt worden sei. Dann sei es ein Segen, wenn man sich auf ein theoretisches Wissen und ein auf breiten Schultern ruhendes, theoretisches Grundkonzept zurückziehen könne. Schrappe: „Damit kann man nicht nur gute Forschungsergebnisse generieren, sondern auch die nötigen Konsequenzen formulieren und verteidigen.“



Prof. Dr. Werner Vogd, Lehrstuhlinhaber für Soziologie an der Fakultät für Gesundheit (Department für Humanmedizin) der Universität Witten/Herdecke

Jedoch schränkte er ein, dass ansonsten die ureigene Wissenschaftsrichtung im Großen und Ganzen ungehört unterzugehen drohe, wie das im derzeitigen, an Panik erinnernden Aktionismus durchweg geschehen sei.

Das liege indes auch darin begründet, dass es schwierig sei, die „umsetzungsorientierte Versorgungsforschung unter Alltagsbedingungen“ (ein Begriff, der von Pfaff geprägt worden sei) von Public Health und Gesundheitsökonomie abzugrenzen. Doch wie, so fragte Schrappe, könne man Wissenschaft definieren? Oder: Ab wann ist von Wissenschaftlichkeit zu sprechen? Das Erste, was jede Wissenschaft brauche, sei eine Methodik. Diese sei zu Beginn der Versorgungsforschung in Deutschland in verschiedenen Memoranden formuliert worden, um so „reliable und valide Ergebnisse und die Synthese von Ergebnissen“ zu ermöglichen, wie das auch in der evidenzbasierten Medizin bei der klinischen evaluativen Forschung der Fall sei. Doch brauche man gerade bei der Implementierung von Versorgungsinnovationen vor allen Dingen eine Verhaltensänderung und demzufolge auch eine sozialwissenschaftliche Methodik und, wie bereits Pfaff in seinem Vortrag ausgeführt hätte, „ganz besonders auch deren Theorie“.

Aber eben nicht nur die, meinte Schrappe, der auf die Bedeutung gesundheitswissenschaftlicher und gesundheitsökonomischer Konzepte und Theorien hinweist. Seien es erfahrungsbasierte und intuitive ökonomische Theorien wie die **Rational Choice** als lineare, nutzenmaximierungsbasierte Theorie. Ebenso werde mit der Verhaltensökonomie, der **Pros-**



Prof. Dr. Lena Ansmann, Abteilung Organisationsbezogene Versorgungsforschung, Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften der Universität Oldenburg

pect Theorie oder dem **Governance-Modell** versucht, die Komplexität gesellschaftlichen Seins und Funktionierens in ein netzförmiges Modell zu übertragen.

Von Kindern und anderen nicht-trivialen Maschinen

Damit sind wir bei der Organisationsforschung angekommen, die Prof. Dr. Werner Vogd, der Lehrstuhlinhaber für Soziologie an der Fakultät für Gesundheit (Department für Humanmedizin) der Universität Witten/Herdecke in seinem Vortrag „Theorien, um sehen zu können (und zu sehen, was man nicht sieht)“ ansprach. So ließen sich zum Beispiel die Probleme der nicht-trivialen Maschinen erklären. Vogds einfaches Beispiel: „Jeder, der zum Beispiel versucht hat, Kinder zum Aufräumen zu bringen, kennt das: Man wendet einen Trick an, eine Intervention – drei-, viermal funktioniert das, beim fünften Mal trickst einen das Kind aus, weil sich der innere Zustand des Kindes respektive die Verarbeitungsfunktion des Systems geändert hat und wir damit vor dem Problem stehen, dass diese wunderbare Intervention auf einmal nicht mehr funktioniert.“

Eng damit verwandt sei das Problem der Evolution, das immer dann auftrete, wenn bei Organisationen ein ökonomischer, ökologischer oder anderer Problemdruck dazu führe, dass sich entweder das System oder die Organisation an das System anpassen müsse.

Last but not least sei die **Fragilität** zu beachten. Jede Intervention könne entweder zu einer Robustheit führen, jedoch ab eines ge-



LEBENSQUALITÄT ENTSTEHT ...

... wenn Fürsorge und Forschergeist sich verbinden.

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

wissen Grenzwerts auch zu einem Bruch oder zu einer Antifragilität führen. Dies jedoch nur dann, wenn eine Intervention einem System vielfältige Ressourcen zur Verfügung stelle, selbst mit Problemen fertigzuwerden.

Als Beispiel dafür nannte Vogd die sehr unterschiedliche Corona-Politik in England oder in China. Bei beiden stelle sich die Frage, ob die jeweiligen politischen Interventionen zur Antifragilität oder zum Bruch geführt hätten, ob nun aus ökonomischen oder interkulturellen oder ganz anderen Gründen. Dies sei seines Erachtens nach ein sehr wertvolles Thema gerade für die Versorgungsforschung, wenn sie sich diesen Fragen theoriegeleitet mit den vorgestellten metatheoretischen Ansätzen annehmen würde. Als weiteres Theorie-Feld führte Vogd die funktionale Differenzierung der **Systemtheorie** an, die es erlauben würde, wirklich qualifizierte Qualitätsmanagementinstrumente oder auf Jahre angelegte Krankenhausplanungen einzuführen.

Seine persönlichen Theorie-Favoriten, die sich in der Organisationsforschung bewährt hätten, ist zum einen der **Strukturationsansatz** von Sydow/Ortmann. Dieser gehe von einer „Achse der Legitimation“ aus, die besage, dass Gesetze eben nur dann wirken, wenn sie auch sanktioniert werden. Zu sehen ist das nach Vogd bei der Corona-Politik in Sachsen, die schlichtweg Vorgaben nicht sanktioniert. Zusätzlich gebe es auch noch die „Achse der Herrschaft“ sowie die „Achse der Kultur“.

Eine weitere Theorie, mit der er bereits viele gute Erfahrungen gemacht hätte, sei die **Habitustheorie**. Er könne sich vorstellen, dass gerade dieser Ansatz bei Lotsen-

systemen eine große Rolle spielen könne, die am zweiten Tag des MVF-Fachkongresses im Mittelpunkt standen (Beitrag dazu in MVF 02/22). Vogd: „Damit kann man sich der Frage nähern, welches symbolische Kapital, welchen Wert Lotsen zugestanden wird: Anerkennung, Macht oder soziale Stellung, mit der sie gegenüber Ärzt:innen oder anderen Akteur:innen des Gesundheitssystems auftreten und damit ernst genommen werden.“

Ergänzend dazu gebe es noch viele weitere Theorien, die helfen würden, Organisationen in Referenz zur Gesellschaft (Legitimation), zu den Innenspannungen (Entkoppelung) und den Unsicherheitslagen (mimetische Anpassung) zu verstehen:

- Entkoppelung von „Action, Decision and Talk“ (Brunsson 1989)
- „Maintaining the Dream of Rational Organization“ (Brunsson 2006)
- „Institutionalized Organizations: Formal Structures as Myth and Ceremony“ (Meyer/Rowan 1977)
- „Permanently Failing Organizations“ (Meyer/Zucker 1989).
- „Coercive, mimetic and normative isomorphism“ (DiMaggio/Powell 1983)

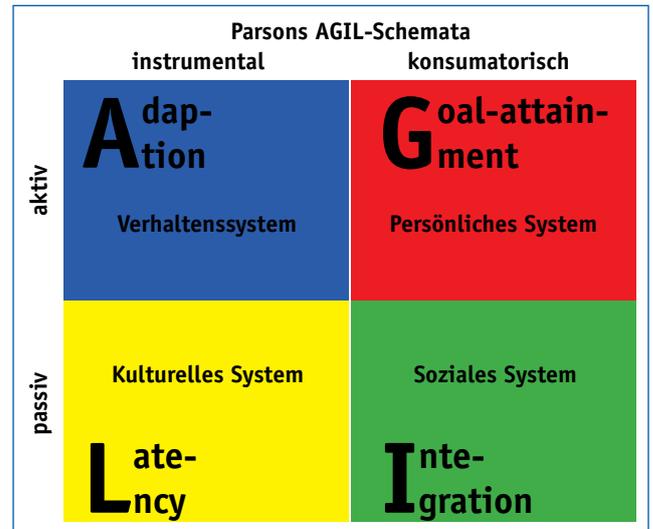


Abb. 1: Parsons AGIL-Schemata. Aus Vortrag: Vogd; „Theorie wagen“, Dezember 2021. Quelle: Bernd Oliver Suenderhauf mit Common-Lizenz CC-BY-SA-3.0; eigene Darstellung.

nicht alleine, sondern parallel existieren.

Das **AGIL-Schema** von Parsons hingegen sei in der Lage zu erklären, warum Krankenhausmanager ganz andere Ziele haben als diejenigen, die das Gesundheitssystem finanzieren. Als letzte Theorie nannte Vogd die **Identity Economics**, die der Nobelpreisträger Akerlof eingeführt hat. Diese besage, dass Menschen ihre Identität oftmals auch dadurch aufbauen, indem sie gegen Stigmatisierungen agieren. Vogd: „Jedes Mal, wenn wir zum Beispiel gut gemeint sagen, das jemand sozial benachteiligt ist, wird demjenigen ein Stigma auferlegt: Und dann wundern wir uns irgendwann, warum derjenige eine Underdog-Identität aufbaut oder sich gegen die Menschen wehrt, die ihm eigentlich doch nur helfen wollen.“ Dies sei in der Drogen-Szene zu erkennen, ganz aktuell jedoch auch bei Corona-Leugnern.

Der Blick aufs Große und Ganze

Gerade der **Institutional-Logics-Ansatz** sei nach Vogd geeignet, unterschiedliche Handlungslogiken in Organisationen zu erklären, seien es rechtliche, mikropolitische, wirtschaftliche, medizinische oder auch pflegerische Logiken, die meist

In gleich zwei Studien beschäftigten sich Prof. Dr. Lena Ansmann und ihr Doktorand Helge Schnack mit der Frage, warum Krankenhäuser trotz einer relativ hohen und sogar steigenden Anzahl von Ärzt:innen im stationären Sektor immer noch massive Probleme haben, offene Stellen zu besetzen. Als Gründe dafür würden eine Vielzahl verschiedener Faktoren genannt, vom Renteneintritt der Baby-boomergeneration, über ein steigendes Patientenaufkommen durch den demografischen Wandel bis hin zu einer potenziellen Fehlallokation von Ärzt:innen. Um die beiden Forschungsfragen (a: Wie nehmen Krankenhäuser den Ärzt:innenmangel und dessen Einfluss auf das Krankenhaus wahr? Und b: Welche orga-

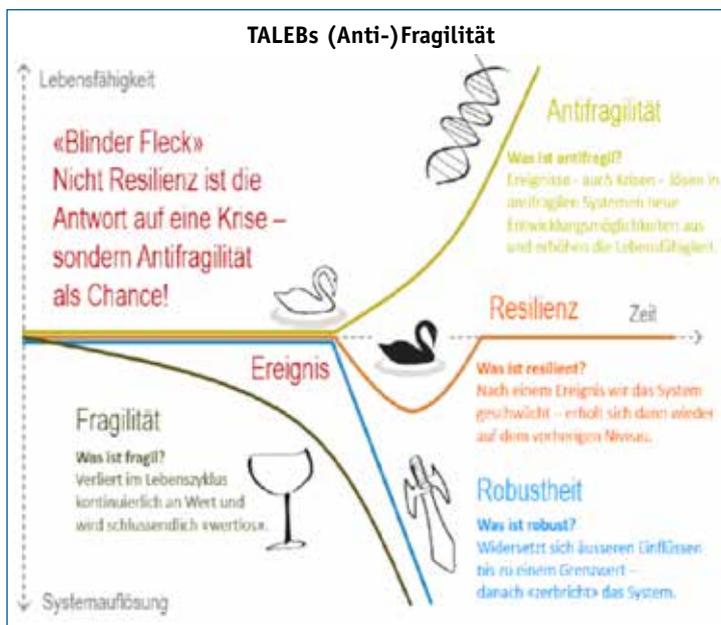


Abb. 2: TALeBs (Anti-)Fragilität. Aus Vortrag: Vogd; „Theorie wagen“, Dezember 2021. Quelle: www.bsk-org.ch, Abruf 22.11.2021).

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Theorien für den Blick aufs Große und Ganze“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (01/22), S. 14-19. <http://doi.org/10.24945/MVF.01.22.1866-0533.2368>

nisationalen Strategien und Maßnahmen nutzen Krankenhäuser, um in dieser schwierigen Situation trotzdem irgendwie klarzukommen?) beantworten zu können, nutzen Ansmann und Schnack die **Ressourcenabhängigkeitstheorie (RAT)**.

Die zentrale Publikation „External Control of Organizations“ sei zwar schon 1978 von den beiden US-amerikanischen Organisationsforschern Jeffrey Pfeffer und Gerald Salancik beschrieben worden, doch könne diese ganz gut erklären, wie es um die Beziehung zwischen der Umwelt und dem Verhalten einer Organisation selbst steht. Jede Ressource, die eine Organisation braucht – zum Beispiel das Personal und dessen Verfügbarkeit – wird mit dieser Theorie mit Merkmalen dieser Ressource und der Umwelt einer Organisation in eine Beziehung gesetzt, wobei immer dann, wenn die Ressourcenabhängigkeit groß wird, in der Folge die Unsicherheit steigt. Dies führe dann wiederum dazu, dass Organisationen versuchen, diese Unsicherheit zu minimieren. Dies geschehe durch eine Anpassung an die Umwelt, diversen Bindungs- und Rekrutierungsstrategien oder den Versuch sich mit anderen Organisationen zusammenschließen.

Doch: Warum wird die RAT in der Versorgungsforschung in (Deutschland) so wenig genutzt? Ansmanns Antwort: Weil RAT hierzulande nicht bekannt ist, weil sie nicht gelehrt wird und weil es zudem relativ wenig Austausch zwischen Wirtschaftswissenschaft-

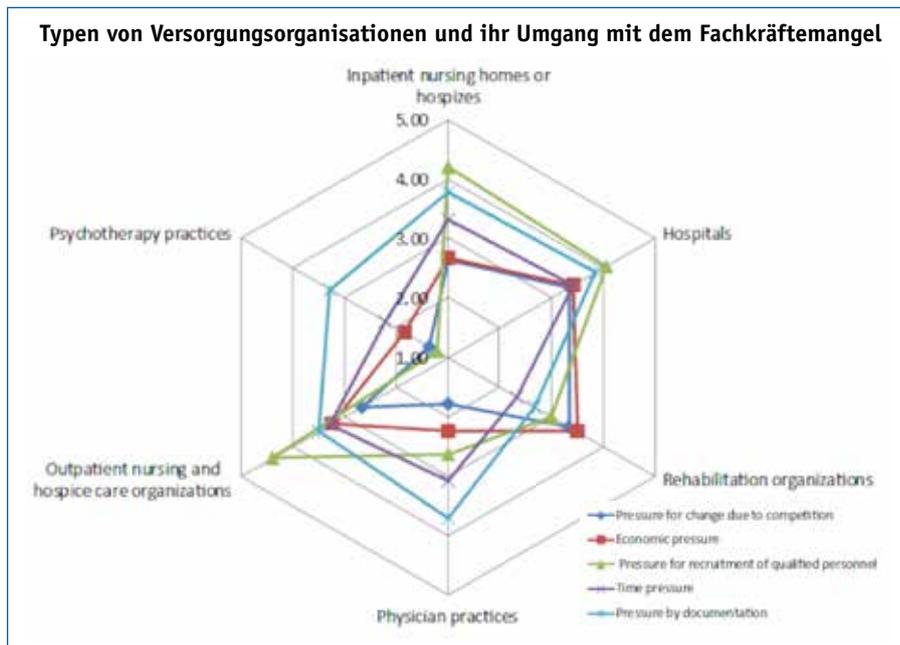


Abb. 3: Typen von Versorgungsorganisationen und ihr Umgang mit dem Fachkräftemangel. Aus Vortrag: Ansmann; „Theorie wagen“, Dezember 2021. Quelle: Ansmann, L., Venedey, V., Hillen, H., Stock, S., Kuntz, L., Pfaff, H., Mannion, L., Hower, KI. Resource dependency and healthcare organizations’ strategies in times of scarce resources – a study in various healthcare settings in a German metropolitan area. BMC Health Services Research 2021.

ten und der Versorgungsforschung (Ausnahme Organizational Behavior in Healthcare, z.B. Körner et al. 2018) gebe. Auch sei durchaus eine Angst spürbar, größere Theorien anzupacken und sie auf die Forschung anzuwenden, weil viele das Gefühl hätten, dass sie dann vielleicht nachher „nicht so ganz spezifisch Aussagen treffen“ könnten. Daher gebe es

viele kleinere Studien mit wenig Theoriehintergrund, die aber dann ein wenig „den Blick aufs Große und Ganze“ verlören. << von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Unter dem Link <https://bit.ly/3ryFgCr> finden Sie alle Vorträge, Audiofiles und eine Video-Dokumentation des Fachkongresses.

Programm des ersten Kongresstags				
von	bis	Thema		
15:00	15:30	Begrüßung und „Blitzlichter“		Prof. Dr. Reinhold Roski, MVF / Daniela Teichert, AOK Nordost / Prof. Dr. Volker Amelung, BMC
15:30	16:00	„Nichts ist praktischer als eine gute Theorie“	Versorgungsforschung definiert sich über Fragestellungen und Gegenstandsbereiche. Sie greift auf Theorien und Methoden ihrer Disziplinen zurück (Medizin, Sozialwissenschaften, Pflegewissenschaften, Psychologie, Pharmazie, Ökonomie u.a.). Theoretische Ansätze sind dabei oft noch unterbelichtet. Für die Fundierung der Versorgungsforschung ist es aber unverzichtbar, den „Theoriwerkzeugkasten“ zu inspizieren. Versorgungsforscher nehmen meist Bezug auf die methodischen und theoretischen Bestände ihrer wissenschaftlichen „Heimat“. Es ist ein Gebot der Transparenz, dass sie über ihre wissenschaftlichen Herangehensweisen und Perspektiven Rechenschaft ablegen und nach Folgewirkungen von Annahmen und Bezugssystemen fragen, um die Versorgungsforschung als Wissenschaft weiterzubringen.	Prof. Dr. Holger Pfaff, IMVR, Universität zu Köln
16:00	16:30	Das Wissenschaftsverständnis der VF: gestern – heute – morgen	Eine wissenschaftliche Disziplin, ein Wissenschaftsfeld lebt von idiomatischen Grundannahmen. Was in der EBM der kritische Umgang mit Confoundern und deren Kontrolle darstellt, ist in der Versorgungsforschung (VF) die wissenschaftliche Beschäftigung mit dem effectiveness gap, also der Translationsfragestellung. Die Methoden dieses Forschungsansatzes sind gerade durch die Multidisziplinarität der VF nicht vorgegeben, sondern mussten und müssen ständig weiterentwickelt werden. Aus diesem Grund wurden die Memoranden des DNVF früh initiiert: ein Ableiten in die methodische Beliebigkeit sollte verhindert, die Abgrenzung zu benachbarten Forschungsfeldern verdeutlicht werden.	Prof. Dr. Matthias Schrappe, Universität zu Köln
16:30	17:00	Theorien, um sehen zu können (und zu sehen, was man nicht sieht)	Erst Theorien (altgr. <i>theoría</i> : Anschauung, Überlegung, Einsicht) ermöglichen, etwas zu erkennen und zu verstehen. Zugleich erzeugt die Wahl einer Theorie einen blinden Fleck – nämlich das, was mit dem gewählten Zugang nicht zu sehen ist. Gerade deshalb ist es wichtig, dass sich die Versorgungsforschung ihre impliziten Theorieannahmen bewusst macht, die in ihre unterschiedlichen Projekte einfließen. Diese beinhaltet Vorstellungen über Kausalannahmen (was wirkt? Akteure, Gruppen, Netzwerke, Systeme?), über Wirkbeziehungen (Reduktionismus, Holismus, Emergenz) und über Zeithorizonte (Planung vs. Evolution), aber auch Annahmen über die Natur von Menschen (anreizgetrieben, soziales Wesen, rational, unbewusste Antriebe).	Prof. Dr. Werner Vogd, Universität Witten/Herdecke
17:00	17:30	Fachkräftemangel im Gesundheitswesen – VF unter Nutzung der RA-Theorie	Qualifiziertes Gesundheitspersonal ist eine zunehmend knappe Ressource im deutschen und in vielen anderen Gesundheitssystemen. Die Brisanz des Themas zeigte sich während der Coronapandemie noch deutlicher. Wie reagieren Versorgungsorganisationen wie beispielsweise Krankenhäuser darauf, wenn diese kritische Ressource rar und umkämpft ist? Die Ressourcen-Abhängigkeits-Theorie (RAT) kann helfen zu verstehen, wie Versorgungsorganisationen von ihrer Umwelt beeinflusst werden. Die Nutzung der Theorie für die Beantwortung dieser Frage ist ein Anwendungsbeispiel für theoriegeleitete Versorgungsforschung.	Prof. Dr. Lena Ansmann, Universität Oldenburg

Ergebnis des Online-Kongresses „Theorie wagen“ von „Monitor Versorgungsforschung“ und BMC e. V.

Erste Schritte zu einem Theoriebaukasten

Ein Ergebnis der Podiumsdiskussion des Fachkongresses „Theorie wagen“ war es, dass es sinnvoll ist, der Community der Versorgungsforschung eine Art Theoriebaukasten zur Verfügung zu stellen; dies in Form einer Sammlung von Theorien, die aus anderen Wissenschaftsgebieten stammen, jedoch in der Versorgungsforschung einsetzbar sind. Sortiert werden sie zu einem späteren Zeitpunkt nach Typen und Einordnung (einfache, mittlere und hohe Reichweite) sowie nach Herkunft (Wissenschaftsgebiete, aus der sie stammen, wie etwa Soziologie, Verhaltenswissenschaft, Ökonomie etc.). Vorgestellt und beschrieben werden diese durch sogenannte „Paten“.

>> Es gilt nach Pfaff, dass wissenschaftlich basiertes Wissen aus einer Kombination von Evidenzwissen und Theoriewissen entsteht. Jedoch nicht irgendwie, sondern in einer organischen Art und Weise, die von den beiden Professoren Pfaff und Schmitt in ihrem Ende 2021 in „Frontiers in Public Health“ publizierten wissenschaftlichen Artikel „The organic turn: Coping with pandemic and non-pandemic challenges by integrating evidence-, theory-, experience- and context-based knowledge in advising health policy“ (<https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.727427>) beschrieben wurde.

Um zu einem gefestigten Theoriewissen zu kommen, muss man allerdings zum einen wissen, welche Theorien es überhaupt gibt und zweitens, welche davon für den Einsatz

in der Versorgungsforschung in Frage kommen. Wie Prof. Dr. Holger Pfaff vom IMVR in seinem Vortrag auf dem MVF-Kongress „Theorie wagen“ ausführte, gibt es diverse Typen von Theorien:

- 1) Outcometheorien (Gesundheitstheorien, Zugangstheorien, ökonomische Theorien, Qualitätstheorien, Ungleichheitstheorien)
- 2) Verhaltens- und Handlungstheorien (soziologische, psychologische und ökonomische)
- 3) Theorien über soziale Systeme (z. B. Gruppentheorien, Organisationstheorien, Netzwerktheorien)
- 4) Theorien über technische Systeme (z. B. Techniktheorien)
- 5) Theorien zur Veränderung, Implementierung, Diffusion und Transfer

In den Vorträgen, die auf dem MVF-Kongress gehalten wurden, wurden einige Theorien erwähnt, die in der Tabelle aufgelistet sind. Dies wird jedoch nur eine erste Schnittmenge in einem längeren iterativen Prozess sein, der irgendwann einmal in einen Baukasten möglicher, in der Versorgungsforschung einsetzbarer Theorien mündet.

Der Anfang ist gemacht, die weiteren Teile werden online auf dem MVF-Portal unter dem unten stehenden Link veröffentlicht. Eine Bitte: Melden Sie sich bei der Chefredaktion (stegmaier@m-vf.de), wenn Sie weitere Theorien kennen, die in Frage kommen sollten oder auch Interesse an einer Patenschaft haben. <<

Link: <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Theoriebaukasten>

Der Beginn eines Theoriebaukastens		
Teil	Theorie	Pate(n)
1	Ressourcen-Abhängigkeits-Theorie	Prof. Dr. Lena Ansmann, Helge Schnack, Abteilung Organisationsbezogene Versorgungsforschung, Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften der Universität Oldenburg
2	Health Action Process Approach (HAPA)	Lorenz Harst M.A., Wiss. Mitarbeiter an der Zweigstelle am Medizincampus Chemnitz der TU Dresden, Zentrum für evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV)
3	Neue Institutionenökonomik mit Property-Rights-Theorie, Transaktionskostentheorie und Prinzipal-Agenten-Theorie	Prof. Dr. Dominik Rottenkolber (1), Dr. Matthias Arnold (2), Univ.-Prof. Dr. Volker E. Amelung (2,3); 1: Alice-Salomon-Hochschule Berlin, 2: inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH, Berlin, 3: Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover
4	Luhmannsche Systemtheorie	Julia Hoffmann, M.A., Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV)
5	Salutogenese	Patenschaft offen
6	Pfadabhängigkeitstheorie	Patenschaft offen
7	Theorie des geplanten Verhaltens	Patenschaft offen
8	Habitus-Theorie	Patenschaft offen
9	Soziologische Handlungstheorie (Coleman-Modell)	Patenschaft offen
10	Theorie des kommunikativen Handelns (Habermas)	Patenschaft offen
11	Theorie der sozialen Unterstützung (House)	Patenschaft offen
12	Moderatorentheorie	Patenschaft offen
13	Strukturationstheorie	Patenschaft offen
14	Bayes Theorem	Patenschaft offen
15	Behaviorismus	Patenschaft offen



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

Ressourcen-Abhängigkeits-Theorie

Die Ressourcen-Abhängigkeits-Theorie (engl. Resource Dependency Theory) geht auf Jeffrey Pfeffer und Gerald R. Salancik zurück, die untersucht haben, wie sich Umwelteinflüsse auf Organisationen auswirken. Die beiden Wirtschaftswissenschaftler betonen, dass Organisationen nicht autark sind und deshalb auf Ressourcen aus ihrer Umwelt, wie z. B. Geld, Waren, Personal oder Wissen, angewiesen sind. Diese (Ressourcen-)Abhängigkeit führt wiederum zu Unsicherheiten, die umso höher sind, wenn es sich um für die Organisation unverzichtbare Ressourcen handelt. Aus diesem Grund sind Organisationen und ihre Entscheider:innen darum bemüht, (einseitige) Abhängigkeiten durch diverse Maßnahmen und Strategien (z. B. Diversifizierung) zu minimieren.

„Die Ressourcen-Abhängigkeits-Theorie ermöglicht es Organisationen, wie z.B. Krankenhäusern oder Arztpraxen, nicht nur von einer internen Perspektive zu untersuchen, sondern auch deren Umwelt dabei mit zu berücksichtigen. Häufig sind nämlich Veränderungen innerhalb der Organisation auf Veränderungen in der (Ressourcen-) Umwelt zurückzuführen. Am Beispiel des Ärzt:innenmangels im Krankenhaus lässt sich dies gut darstellen: So konnten wir in einer Studie herausfinden, dass Krankenhäuser (insbesondere in ländlichen Gebieten) ihre Rekrutierungsaktivitäten über klassische Strategien wie eine Anzeige im Ärzteblatt hinaus deutlich ausweiten, da qualifizierte Ärzt:innen eine knappe und umkämpfte Ressource sind. Da Versorgungsorganisationen aber nicht nur mit knappen personellen Ressourcen, sondern auch finanziellen und weiteren Ressourcen jonglieren müssen, lässt sich die Theorie gut auf andere Problembereiche übertragen.“

Prof. Dr. Lena Ansmann, Helge Schnack
Abteilung Organisationsbezogene
Versorgungsforschung, Fakultät für Medizin
und Gesundheitswissenschaften der
Universität Oldenburg

Bezeichnung

Ressourcen-Abhängigkeits-Theorie (Resource Dependence Theory)

Kurzformel

Organisationsverhalten = f (Abhängigkeit von Ressourcen und deren Kontrolleuren)

Autoren/Erfinder

Jeffrey Pfeffer & Gerald Salancik: zwei US-amerikanische, wirtschaftswissenschaftlich geprägte Organisationsforscher

Zeitpunkt/Titel

1978: „The external control of organizations“, viel zitierter „Stanford classic“

Zeitlicher Kontext

Vorherrschende Strömungen vor der Veröffentlichung: Perspektive auf interne Zusammenhänge wie Führung, Motivation, Aufgabengestaltung, Kommunikation und Kontrolle. Veröffentlichung steht im Zusammenhang mit anderen parallel erschienenen Ansätzen zu externen Zusammenhängen wie z.B. der Agency-Theorie, des Neoinstitutionalismus oder der Populationsökologie.

Zentrale Aussage

„The central thesis of this book is to understand the behavior of an organization you must understand the context of that behavior – that is, the ecology of the organization.“ (Pfeffer/Salancik 2003: 1).

Literatur

- Ansmann, L., Venedey, L., Hillen, H. A., Stock, S., Kuntz, L., Pfaff, H., Mannion, R., Hower, K. I. and Cologne Research and Development Network (CoRe-Net) Study Group (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*, 35(9).
- Kazley, A. S., & Ozcan, Y. A. (2007). Organizational and environmental determinants of hospital EMR adoption: A national study. *Journal of Medical Systems*, 31(5), 375Y384.
- Menachemi, N., Mazurenko, O., Kazley, A. S., Diana, M. L., & Ford, E. W. (2012). Market factors and electronic medical record adoption in medical practices. *Health Care Management Review*, 37(1), 14Y22.
- Pfeffer, J., Salancik, G. R. (2003). *The External Control of Organizations. A Resource Dependence Perspective*. Stanford University Press, Stanford, CA.
- Yeager, V. A., Menachemi, N., Savage, G. T., Ginter, P. T., Sen, B. P. Beitsch, L. M. (2014). Using resource dependency theory to measure the environment in health care organizational studies: A systematic review of the literature. *Health Care Management Review*, 39(1).

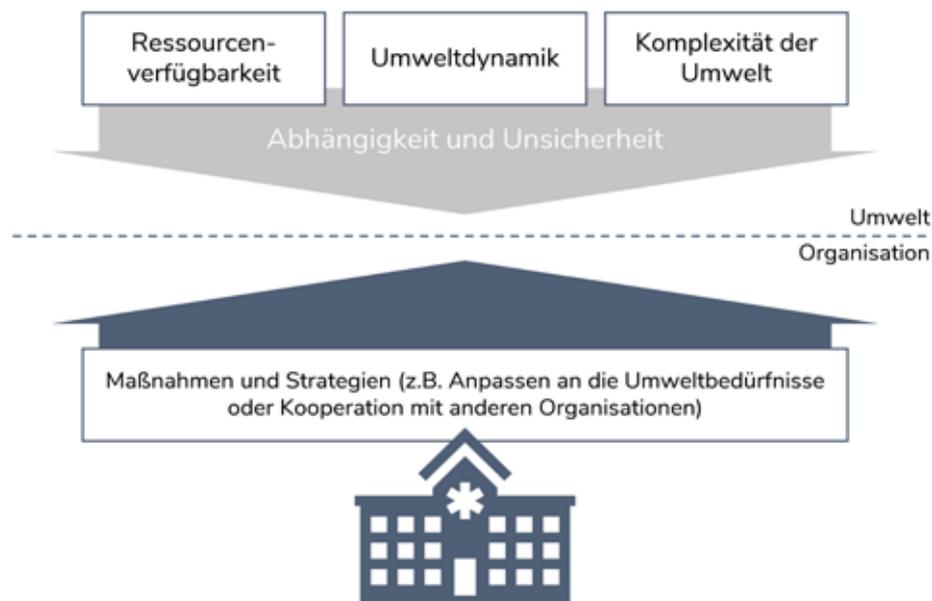


Abb. 1: Organisationen und ihre Umweltbeziehungen (eigene und vereinfachte Darstellung der Hauptthesen der Ressourcen-Abhängigkeits-Theorie in Anlehnung an Pfeffer/Salancik 2003). Erläuterung zur Abbildung: (Versorgungs-) Organisationen sind von Ressourcen aus einer komplexen und sich verändernden Umwelt abhängig, wodurch Unsicherheiten entstehen. Um diese Unsicherheiten zu minimieren, unternehmen sie eine Reihe an Maßnahmen und Strategien und passen sich z.B. an ihre Umwelt an.

Zuordnung

Bei welchen Fragestellungen/Problemen kann diese Theorie angewandt werden?

Versorgungsorganisationen sind auf Ressourcen aus ihrer Umwelt angewiesen. Die Theorie kann deshalb auf Fragestellungen/Probleme angewendet werden, die mit der Beschaffung oder Verwaltung von (knappen) finanziellen, personellen oder informationellen (z. B. Wissen) Ressourcen zu tun haben. Sie kann dabei helfen, Maßnahmen oder Strategien zu verstehen und zu entwickeln, um Unsicherheiten zu minimieren und den Ressourcenfluss sicherzustellen.

Nutzen

Welche (bekannt) Fehler werden durch Anwendung dieser Theorie vermieden?

Die Theorie betrachtet den Gesamtkontext von Organisationen (hier: die Ressourcenumwelt) und ermöglicht so den Blick „über den Tellerrand“. Zudem kann sie dabei helfen, einseitige Abhängigkeiten von Ressourcen oder deren Lieferanten zu identifizieren. Beispielsweise kann es laut der Theorie hilfreich sein, sich nicht nur auf einzelne Ressourcenquellen oder Maßnahmen zu konzentrieren, sondern auch Alternativen zu betrachten.

Einsatz in der Vf

Wer hat diese Theorie bisher in der Versorgungsforschung (Vf) für welche Fragestellung angewandt?

Antwort: Yeager et al. 2014 haben in einem Review nur wenige internationale Studien im Gesundheitsbereich identifizieren können, die die Theorie anwenden. Im angloamerikanischen Raum wurde die Theorie hauptsächlich im Kontext von Krankenhäusern oder Pflegeheimen verwendet, um Veränderungen innerhalb von Organisationen, wie z. B. die Einführung der elektronischen Patient:innenakte zu untersuchen (Menachemi et al. 2012 oder Kazley/Ozcan 2007). Die Theorie wurde im deutschen Kontext bisher kaum angewandt. Eine Ausnahme stellt die Studie von Ansmann et al. (2021) dar, die Versorgungsorganisationen im Großraum Köln untersuchten. Sie kamen auf Basis der Theorie zu dem Ergebnis, dass Bürokratieaufwand, Zeitdruck und Personalmangel in verschiedenen Versorgungssettings unterschiedlich starke Unsicherheiten auslösen, auf die Organisationen mit entsprechenden Strategien reagieren.

Zitationshinweis

Ansmann, L. Schnack, H. „Ressourcen-Abhängigkeits-Theorie“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (01/22), S. 22-23. <http://doi.org/10.24945/MVF.01.22.1866-0533.2369>

Health Action Process Approach

Der Health Action Process Approach (kurz: HAPA) postuliert, dass die Aufnahme einer gesundheitsfördernden Verhaltensweise durch ein Individuum in zwei Phasen erfolgt: Auf die Phase der Motivation, in der die Intention, ein gewisses gesundheitsförderndes Verhalten an den Tag zu legen, entwickelt wird, folgt demnach die Phase des Willensaktes, in der aus Motivation eine tatsächliche Handlung folgt. Letztere Phase lässt sich nochmal unterteilen in das Aufstellen konkreter Pläne zur Umsetzung der Intention in eine Handlung, die Handlung an sich und schlussendlich deren Aufrechterhaltung über einen längeren Zeitraum hinweg. Abgeleitet aus klassischen Verhaltenstheorien wie dem Health Belief Model oder der Theory of Planned Behavior benennt der HAPA mehrere Einflussfaktoren sowohl auf die Entwicklung einer Intention für gesundheitsförderndes Handeln (Risikowahrnehmung und Ergebniserwartung), als auch auf deren Umsetzung und Aufrechterhaltung (Selbstwirksamkeit auch trotz Rückschlägen, Handlungsbarrieren und verfügbare Ressourcen, wie etwa soziale Unterstützung).

„Das HAPA erhöht die Aussagekraft von Theorien des Gesundheitsverhaltens einerseits, indem es eine prozessuale Komponente abbildet und andererseits, indem es die Ableitung von typischen Phasen der Verhaltensentwicklung ermöglicht.“

Lorenz Harst M.A.

Projektkoordinator egePan Unimed / Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Zweigstelle am Medizincampus Chemnitz der TU Dresden, Zentrum für evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV)

Bezeichnung

Bezeichnung: Health Action Process Approach
Kurzformel: HAPA

Begründer

Prof. Dr. Ralf Schwarzer

Zeitpunkt/Titel

1992 / Self-Efficacy. Thought Control of Action

Zeitlicher Kontext

Zusammenführung mehrerer bekannter Verhaltenstheorien (Theory of Planned Behavior, 1985; Theory of Reasoned Action, 1980; Health Belief Model, 1950er) und theoretischer Konstrukte, insb. der Social Cognitive Theory nach Bandura

Zentrale Aussage

Die Herausbildung einer gesundheitsfördernden Verhaltensweise erfolgt in mehreren Phasen und ist abhängig von der individuellen Risikowahrnehmung, Ergebniserwartung und Selbstwirksamkeit so wie von vorhandenen materiellen und immateriellen Ressourcen.

Literatur

- Schwarzer, R. (1992). Self-Efficacy in the Adaption and Maintenance of Health Behavior. Theoretical Approaches and a New Model. In ders. (Hrsg.). Self-Efficacy. Thought Control of Action. (217-243) Washington: Hemisphere.
- Schwarzer, R., Luszczynska, A. (2008). How to Overcome Health-Compromising Behaviors. The Health Action Process Approach. European Psychologist, 13(2). <https://doi.org/10.1027/1016-9040.13.2.141>
- Schwarzer, R., Lippke, S., & Luszczynska, A. (2011). Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: The Health Action Process Approach (HAPA). Rehabilitation Psychology, 56(3). <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0024509>
- Zhang, C.-Q., Zhang, R., Schwarzer, R., & Hagger, M. S. (2019). A meta-analysis of the health action process approach. Health Psychology, 38(7). <https://doi.org/10.1037/hea0000728>

Zuordnung

Bei welchen Fragestellungen/Problemen kann diese Theorie angewandt werden?

Zur Erklärung von gesundheitsfördernden Verhaltensweisen im Rahmen der Verhaltensprävention oder des Selbstmanagements von chronischen Krankheiten, aber auch zu Fragen der Technikakzeptanz und -nutzung insbesondere durch chronisch kranke Patient:innen

Nutzen

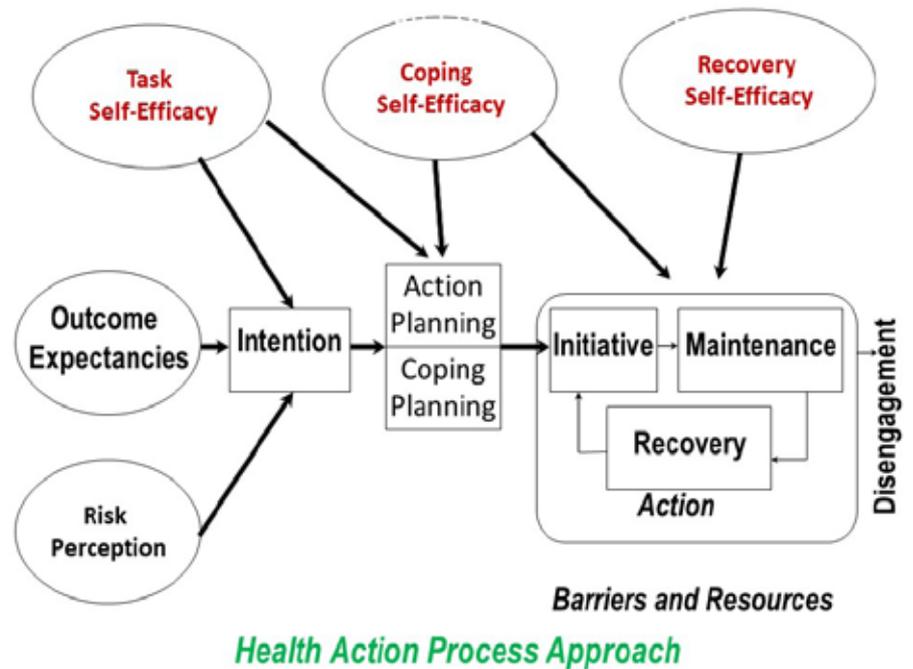
Welche (bekannt)en Fehler werden durch Anwendung dieser Theorie vermieden?

Interventionen für die Verhaltensprävention, die Gesundheitsförderung und das Selbstmanagement werden nicht als one-size-fits-all-Lösungen entwickelt, sondern können auf die individuellen Charakteristika einer Zielgruppe zugeschnitten werden. Zudem kann die Lücke zwischen bloßer Intention und tatsächlichem gesundheitsfördernden Verhalten geschlossen werden.

Einsatz in der Vf

Wer hat diese Theorie bisher in der Versorgungsforschung (Vf) für welche Fragestellung angewandt? (Literaturstelle)

Hamilton et al. (2020) erklären die Bereitschaft, sich während der Covid-19-Pandemie an die Maßnahmen des Social Distancing zu halten, anhand des HAPA. (Literaturstelle: <https://iaap-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aphw.12231>)



Zitationshinweis

Harst, L.: „Health Action Process Approach“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (01/22), S. 24-25. <http://doi.org/10.24945/MVF.01.22.18666-0533.2370>

Neue Institutionenökonomik

Die Neue Institutionenökonomik ist eine der zentralen ökonomischen Theorien des 20. Jahrhunderts, deren Relevanz sich nicht zuletzt durch die Vergabe zahlreicher Nobelpreise für Wirtschaftswissenschaften an Forscher:innen in diesem Themenfeld (z. B. James M. Buchanan 1986, Ronald H. Coase 1991, George A. Akerlof 2001, Elinor Ostrom und Oliver E. Williamson 2009, sowie Oliver Hart und Bengt Holmström 2016) widerspiegelt. Der Begriff der Institutionen beschreibt (in-) formelle Arrangements inklusive deren Durchsetzungsmechanismen. Das Untersuchungsziel der Neuen Institutionenökonomik sind die Auswirkungen dieser Institutionen, um basierend auf Anreizen das individuelle Verhalten zu steuern sowie die Konsequenzen von begrenzter Rationalität (Simon 1951) und Unsicherheiten in ökonomischen Austauschbeziehungen zu reduzieren. Institutionen können in unterschiedlichen Varianten auftreten: politische (z. B. Wahlregeln), moralische (z. B. Werte), rechtliche (z. B. Gesetze, Regulierungen) und wirtschaftliche Institutionen (z. B. Verträge, Patente) (Richter & Furubotn 2003; Erlei et al. 2007). Die Neue Institutionenökonomik umfasst drei eigenständige Theoriebausteine, die im Folgenden kurz dargestellt werden.

„Der aktuelle Koalitionsvertrag ‚Mehr Fortschritt wagen‘ der neuen Bundesregierung nennt im Abschnitt ‚Pflege und Gesundheit‘ konkrete Reformprojekte, die das strukturelle Framework des Gesundheitssystems adressieren. So soll etwa durch das neue Berufsbild der ‚Community Health Nurses‘ das Versorgungsangebot im ländlich-kommunalen Raum verbessert oder durch die Stärkung bevölkerungsbezogener Versorgungsverträge (Gesundheitsregionen) ein Spielraum für vertragliche Kooperationen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherungen gefördert werden (SPD/BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN/FDP 2021). Bei der Planung der konkreten Umsetzung derartiger Reformvorhaben ist es aus Sicht der Autoren sinnvoll, sich neben Ansätzen wie der Netzwerktheorie oder der Pfadabhängigkeitstheorie auch die zentralen Ideen der Neuen Institutionenökonomik nochmals in Erinnerung zu rufen.“

Prof. Dr. Dominik Rottenkolber¹, Dr. Matthias Arnold², Univ.-Prof. Dr. Volker E. Amelung^{2,3}

1: Alice-Salomon-Hochschule Berlin

2: inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH, Berlin

3: Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover

Literatur

- Amelung VE. Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement. 6. Auflage. Springer: Wiesbaden 2022.
- Arrow KJ. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. American Economic Review 1963; 53 (5): 941–973.
- Coase R. The Nature of the Firm. Economica 1937; 4 (16): 386–405.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e. V. (Hrsg.). Community Health Nursing in Deutschland. Eine Chance für die bessere Gesundheitsversorgung in den Kommunen. Internet: https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/chn_kurzbrochure_2019-07.pdf [Zugriff am 04.01.2022]
- Erlei M, Leschke M, Sauerland D. Neue Institutionenökonomik. 2. Auflage. Schäffer-Poeschel Verlag: Stuttgart 2007.
- Folland S, Goodman AC, Stano M (Hrsg.). The economics of health and health care. 6th edition. Pearson Prentice Hall: Upper Saddle River 2010.
- Fontanari M. Kooperationsgestaltungsprozesse in Theorie und Praxis. Duncker & Humblot: Berlin 1996.
- Ghoshal S, Moran P. Bad for Practice: A Critique of the Transaction Cost Theory. The Academy of Management Review 1996; 21 (1): 13–47.
- Horsch A, Meinhövel H, Paul S (Hrsg.). Institutionenökonomie und Betriebswirtschaftslehre. Verlag Franz Vahlen: München 2005.
- Jensen MC, Meckling WH. Theory of the firm: managerial behavior, agency costs and ownership structure. Journal of Financial Economics 1976; 3 (4): 305–360.
- Langer A, Schröder-Bäck P, Brink A, Eurich J. The agency problem and medical acting: an example of applying economic theory to medical ethics. Med Health Care Philos 2009; 12 (1): 99–108.
- Picot A, Dietl H, Franck E. Organisation: eine ökonomische Perspektive. Schäffer-Poeschel: Stuttgart 1997.
- Richter R, Furubotn EG. Neue Institutionenökonomik – Eine Einführung und kritische Würdigung. 3. überarbeitete Auflage. Mohr: Tübingen 2003.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Internet: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung2014.pdf [Zugriff am 10.01.2021].
- Simon HA. Models of Bounded Rationality. Behavioral Economics and Business Organization, Vol. 2. MIT Press: Cambridge, MA 1951.
- Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Freie Demokraten (FDP). Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP). Berlin. Internet: https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf [Zugriff am 03.01.2022].
- Stiles RA, Mick SS, Wise CG. The Logic of Transaction Cost Economics in Health Care Organization Theory. Health Care Management Review 2001; 26 (2): 85–92.
- Tofan G, Bodolica V, Spraggon M. Governance mechanisms in the physician-patient relationship: a literature review and conceptual framework. Health Expect 2013; 16 (1): 14–31.
- Williamson OE. Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications. The Free Press: New York 1975.
- Williamson OE. The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting. The Free Press: New York 1985.
- Wübker A, Sauerland D, Wübker A. Beeinflussen bessere Qualitätsinformationen die Krankenhauswahl in Deutschland? Eine empirische Untersuchung. Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 2010; 230 (4): 467–490.

Property-Rights-Theorie

>> Verfügungsrechte sind mit (im-)materiellen Vermögensgegenständen assoziierte Rechte und Pflichten (z.B. Recht auf Nutzung, Veränderung, Ertragnisaneignung/Verlustübernahme sowie Veräußerung eines Gutes), die den Wert eines Gutes nachhaltig determinieren. Der ökonomische Wert eines Gutes ist somit nicht allein von seiner Substanz abhängig. Bei einer Transaktion werden nun Bündel an Verfügungsrechten übertragen, deren Verteilung zwischen den Akteuren vor dem Austausch eines Gutes erfolgen muss, wobei Transaktionskosten entstehen (Fontanari 1996; Richter & Furubotn 2003; Horsch et al. 2005; Erlei et al. 2007).

Transaktionskostentheorie

Die theoretischen Grundlagen der Transaktionskosten begründete Ronald H. Coase in seiner Publikation „The Nature of the Firm“. Ausgehend von den Prämissen der neoklassischen Ökonomik, dass der Markt der effizienteste Koordinationsmechanismus für ökonomische Aktivitäten sei, stellte Coase die Frage nach der Existenz von Unternehmen, die ebenfalls der Koordination von ökonomischen Aktivitäten dienen (Coase 1937). Während die Vertreter der Neoklassik noch

von einem perfekten Markt ausgingen, auf dem alle Akteure unter der Annahme von vollständiger Transparenz direkt und rational miteinander interagieren (d.h. die vorhandenen Ressourcen werden primär für die Waren- und/oder Dienstleistungsproduktion eingesetzt, da die Kosten für die Koordinierungsaktivitäten als minimal betrachtet werden), wurden nun realistischere Verhaltens- und Umweltannahmen in ökonomische Modelle integriert (Stiles et al. 2001). Coase argumentierte, dass die Existenz von Organisationen auf das Nichtvorhandensein eines vollkommenen Marktes zurückzuführen sei, da bei Produktionsprozessen zusätzliche Kosten, die über die eigentlichen Produktionsfaktoren hinausgehen, anfallen. Diese Kosten sind der entscheidende Grund dafür, ob der Markt oder ein Unternehmen die effizientere Lösung zur Abwicklung einer Transaktion darstellt (Fontanari 1996). Die Coase'schen Ideen wurden in der Folge von zahlreichen Wissenschaftler:innen weiterentwickelt (z. B. Williamson 1975).

Die Transaktionskostentheorie bietet für strategische Entscheidungen im Gesundheitswesen – ohne normativen Anspruch – ein Rahmenkonzept zur Analyse von Transaktionen sowie deren Auswirkungen auf Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Gesundheitsversorgung (Stiles et al. 2001).

Transaktionskosten können in zwei Phasen (ex-ante- und ex-post-Kosten) sowie fünf Kostenarten unterteilt werden und umfassen somit alle Informations- und Kommunikationskosten bei der Anbahnung, Vereinbarung, Abwicklung, Kontrolle sowie Anpassung von Verträgen (vgl. Abb. 1) (Amelung 2022).

Die Transaktionskostentheorie zielt darauf ab, ein optimales institutionelles Arrangement zu bestimmen (Williamson 1985). Dabei erstreckt sich das mögliche Kontinuum von vollständiger Integration in ein Unternehmen auf der einen Seite, über unterschiedliche Formen der Kooperation mit abnehmendem Bindungsgrad, bis hin zu marktlichen Verträgen auf der anderen Seite (vgl. Abb. 2).

Mittels der Transaktionskostentheorie können nun die verschiedenen Varianten analysiert werden. Die absolute Höhe der Transaktionskosten ist abhängig von den jeweiligen Vertragskonstellationen und den organisatorischen Rahmenbedingungen (z. B. Ausmaß an Unsicherheit, Anzahl verfügbarer Alternativen, Opportunismus und Vertrauen zwischen den Vertragsparteien und den verfügbaren Mechanismen zur Durchsetzung von Verträgen), wengleich sich deren quantitative Operationalisierung in der Praxis als sehr schwierig erweist (Richter & Furubotn 2003; Erlei et al. 2007).

Prinzipal-Agenten-Theorie

Bei der Prinzipal-Agenten-Theorie handelt es sich um eine ökonomische Vertragstheorie, bei der häufig eine vertraglich vereinbarte Leistung und Rekompensation zeitlich auseinanderfallen, die unterschiedliche Ansätze zur effizienteren Gestaltung von Vertragsbeziehungen vereint (Amelung 2022). Die Grundidee besteht darin, dass potenzielle Vorteile einer Kooperation (die mit der Überlassung von Entscheidungs- und Handlungskompetenzen einhergehen) zwischen einem Auftraggeber (Prinzipal) und einem Auftragnehmer (Agent) nur dann bestehen, wenn entsprechende institutionelle Arrangements getroffen werden. Eine der zentralen Annahmen dabei ist, dass der Auftragnehmer auch spezifische Eigeninteressen verfolgen kann, die nicht mit den Interessen des Prinzipals übereinstimmen, und er somit in Vertragssituationen seinen Handlungsspielraum auch opportunistisch zu nutzen versucht (Horsch et al. 2005; Richter & Furubotn 2003; Jensen & Meckling 1976).

Eine weitere Grundidee ist die asymmetrische Informationsverteilung zwischen den

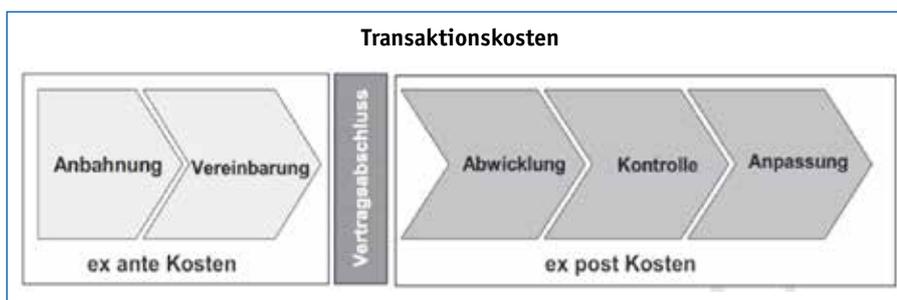


Abb. 1: Transaktionskosten (Eigene Darstellung in Anlehnung an Picot et al. 1997).

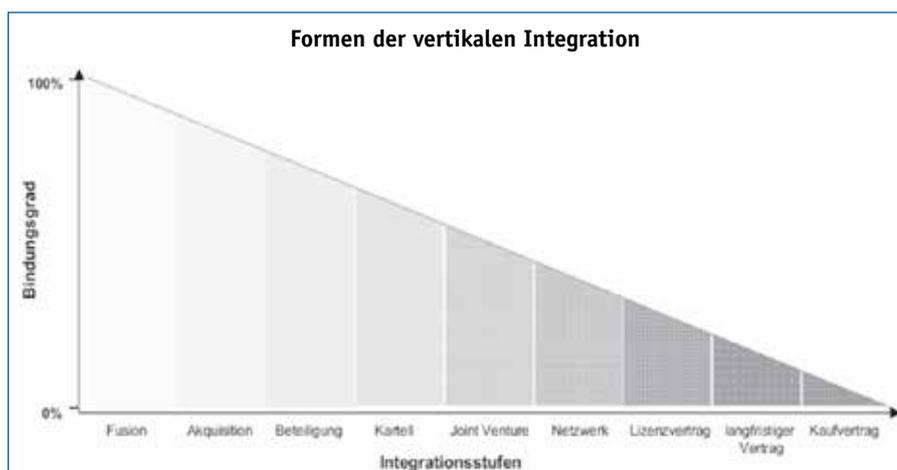


Abb. 2: Formen der vertikalen Integration (Amelung 2022).

beiden Vertragsparteien. Diese kann reduziert werden, sofern die besser informierte Vertragspartei (d. h. der Agent) dem Gegenüber glaubhaft die Qualität seiner Kompetenzen (z. B. durch die Veröffentlichung von Qualitätsberichten) signalisieren kann (Wübker et al. 2010).

Auch der Prinzipal kann versuchen, durch systematisches Screening die relevanten Eigenschaften unterschiedlicher Agenten zu ermitteln (z. B. Rankings) und somit die Informationsasymmetrie zu verringern. Dabei entstehen sogenannte Agency-Kosten (Messkosten), die sich wie folgt zusammensetzen:

- Signalisierungskosten des Agenten zur Dokumentation seiner Leistungsbereitschaft und -fähigkeit (z. B. Zertifizierungen),
- Überwachungs- und Kontrollkosten, die zu Lasten des Prinzipals zur Verringerung der Informationsasymmetrie anfallen, sowie
- Residualverluste, d. h. trotz Signalisierung und Kontrolle verbleibende Messkosten (Jensen & Meckling 1976).

Aufgrund der großen Tragweite der Entscheidungen haben Informationsasymmetrien im Gesundheitswesen eine besonders hohe Relevanz. Ebenso sind vertragliche Beziehungen von hoher Unsicherheit (z. B. hinsichtlich der Qualität der medizinischen Behandlung, der Erfolgswahrscheinlichkeiten therapeutischer Interventionen etc.) geprägt (Arrow 1963). Erschwerend kommt hinzu, dass die Qualität medizinischer Leistungen erst nach deren Erbringung seitens der Patient:innen abschließend beurteilt werden kann (Erfahrungsgüter). Im Gesundheitswesen bestehen Informationsasymmetrien nicht nur zwischen (1) Leistungserbringer und Patient:innen, sondern auch zwischen (2) Patient:innen und Versicherung sowie (3) zwischen Versicherung und Leistungserbringer.

Am Beispiel der Leistungserbringer/Patient:innen-Beziehung wird dies besonders deutlich. Zwischen Ärzt:innen/Kliniken und Patient:innen existieren Informationsasymmetrien bei der Wahl von medizinischen Interventionen und der Beurteilung der Qualität der erbrachten Leistungen. Da Patient:innen selbst häufig nicht über die notwendige Expertise für die Wahl der Leistungen verfügen, beauftragen Patient:innen (Prinzipal) eine Ärzt:in (Agent) mit der Wahl und Durchführung der medizinischen Leistung. Besteht ein finanzielles Eigeninteresse des Agenten, die Leistungserbringung auszuweiten, kann dies zu einer künstlichen Erhöhung der Nachfrage nach Gesundheits-

gütern oder -dienstleistungen führen – der angebotsinduzierten Nachfrage, für die sich rational handelnde Patient:innen mit vollem Informationsniveau nicht entschieden hätten (Folland et al. 2010). Das Phänomen der Angebotsausweitung über den eigentlichen Bedarf hinaus kann mit Hilfe der Prinzipal-Agenten-Theorie erklärt werden und findet in der Analyse des deutschen Gesundheitssystems regelmäßig Anwendung (bspw. Sachverständigenrat 2014).

Rolle der Neuen Institutionenökonomik für die Versorgungsforschung

Die Gesundheitsversorgung basiert auf zahlreichen Transaktionen zwischen den unterschiedlichen Akteuren (Patient:innen, Leistungserbringern und Krankenversicherungen), die sowohl marktbasierend als auch innerhalb von Organisationen stattfinden können (Stiles et al. 2001). Zahlreiche Versorgungsforschungsprojekte (z. B. im Rahmen des Innovationsfonds) beschäftigen sich mit der Neugestaltung bestehender Versorgungsstrukturen und -prozesse im deutschen Gesundheitswesen. Die Institutionenökonomik kann dabei Empfehlungen für die organisatorische Ausgestaltung dieser strukturellen Veränderungen geben, um eine effiziente Koordinierung der Transaktionen zu ermöglichen, und somit ein institutionelles Arrangement zu finden, in dem Transaktionskosten minimiert werden.

Zurückkommend auf das anfangs genannte Beispiel der Delegation ärztlicher Leistungen an Community Health Nurses wird dies deutlich. Je nach Aufgabenbereich erfolgen hierbei unterschiedlich ausgeprägte Kooperationen zwischen Ärzt:innen, Therapeut:innen, Sozialarbeiter:innen und Pflegepersonal, um die Versorgung der Patient:innen koordinierend zu steuern (DbfK 2019). Die dabei entstehenden Austauschbeziehungen können sowohl gegenständlich (z. B. eine medizinische/pflegerische Intervention) als auch immateriell (z. B. medizinische Beratung) sein, wobei an jeder Schnittstelle Transaktionskosten entstehen (Stiles et al. 2001).

Die Transaktionskostentheorie ermöglicht der Versorgungsforschung hierbei Antworten auf die Frage, wie gute Netzwerkstrukturen und Organisationen aufgebaut werden können, wenngleich die Kritik an diesem Ansatz nicht außer Acht gelassen werden sollte, dass Organisationen keine reinen Substitute zur Gestaltung von effizienten Transaktionen im Falle eines Marktversagens sind (Ghoshal & Moran 1996).

Mit einem abschließenden Blick auf das Thema „Gesundheitsregionen“ und die unterschiedlichen Varianten der vertikalen Integration darf angenommen werden, dass eine Gesundheitsregion nicht alle Leistungserbringer in Eigenregie betreiben kann. Parallelen zu komplett integrierten Systemen, wie dem staatlichen Gesundheitsdienst Großbritanniens, lassen sich nur sehr begrenzt auf das deutsche Gesundheitssystem und seine Strukturen übertragen. Die zentrale Frage, um das richtige Maß an Integration zu finden, ist, welche Funktionsbereiche eine Gesundheitsregion besitzen muss und welche Leistungen sie am Markt hinzukaufen kann. Und somit: Welcher Grad an vertraglicher Bindung und wie viel Eigentum ist erforderlich?

In der Praxis dürfte die Antwort wie häufig im Kompromiss liegen. Zweifelsohne sollte eine Gesundheitsregion eine eigene Managementgesellschaft haben und diese wichtige Funktion nicht extern beauftragen. Aber nicht jede Gesundheitsleistung muss integriert sein. Sehr spezielle Gesundheitsleistungen, beispielsweise Videosprechstunden oder andere telemedizinische Angebote, können häufig effektiver und effizienter an externe Dienstleister ausgelagert werden. Diese müssen nicht zwangsweise Eigentum der Gesundheitsregion sein, hier reicht ein vertragliches Arrangement aus.

Die Prinzipal-Agenten-Theorie kann im Bereich der Delegationen von Aufgaben und der Frage, wie damit umzugehen ist, wenn Auftragnehmer einen Informationsvorsprung besitzen, hilfreich sein. Mit einer klaren Fokussierung auf Informationsasymmetrie und Unsicherheit können Probleme im Gesundheitswesen strukturiert und gelöst werden, z. B. im Rahmen des Managed-Care-Konzepts (Amelung 2022). Auch auf der Mikroebene von Gesundheitssystemen, auf deren Analyse ein Schwerpunkt der Versorgungsforschung liegt, kann die Prinzipal-Agenten-Theorie die Identifikation von existierenden Handlungsspielräumen in Patient:innen/Leistungserbringer-Beziehungen und Gestaltungsempfehlungen für Institutionen ermöglichen (Langer et al. 2009, Tofan et al. 2013).

Zitationshinweis

Rottenkolber, D., Arnold, M., Amelung, V.: „Neue Institutionenökonomik“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (01/22), S. 26-28. <http://doi.org/10.24945/MVF.01.22.1866-0533.2371>

STOLZ, EIN **TEIL DAVON ZU SEIN.**

Mit dem Tarifvertrag
Pro Personal Vivantes verändern
wir die Arbeit in Pflege und
Funktionsdiensten.

Werde Teil unseres Teams.

Du hast Fragen?
WhatsApp an: 0170 568 63 09.
Oder direkt online bewerben.



Mitarbeiter*innen gesucht!

Jetzt bewerben.

**Vivantes**

pflege-veraendern.de





„Ein wichtiger Impuls für deutsche Krankenhauspla

Karl-Josef Laumann ist ein Urgestein deutscher Politik und so auch der Gesundheitspolitik, an der er seit den 1990er Jahren, damals noch unter Bundesgesundheitsminister Norbert Blüm, in der ein oder anderen Funktion beteiligt war. Von 2005 bis 2010 war er das erste Mal Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, seit 2017 ist er das zum zweiten Mal. Nun hat er sich in dieser Legislatur nahezu ein Jahrhundertwerk vorgenommen: Eine Krankenhausplanung, die das Wort Planung auch verdient, weil sie das bisher übliche Bettengeschachere in eine sehr differenzierte Strukturplanung auf Leistungsebene überführt. Dieser Plan kann durchaus eine Blaupause für alle anderen Bundesländer sein, was die Krankenhausplanung in ganz Deutschland verändern würde; auch weil – so Laumann – in „spätestens fünf Jahren deutlich wird, dass diese Krankenhausplanung zu einer Qualitätssteigerung in der Versorgung geführt hat“.

Interview mit Karl-Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

>> Herr Minister Laumann, im September letzten Jahres sagten Sie beim Gesundheitskongress des Westens, dass der neue Krankenhausplan „wohl nicht die schlechteste Idee gewesen“ sei, was schon das höchste Lob eines Westfalen wäre. Sind Sie jetzt sogar der Ansicht, dass er vielleicht die Idee des Jahrhunderts ist?

Da stapeln wir noch lieber ein bisschen tiefer. Es geht weniger um die Qualität der Idee, als um die schiere Notwendigkeit: Eine neue Krankenhausplanung ist notwendig, weil es de facto bisher keine Krankenhausplanung gab.

Was so nicht ganz stimmt.

Natürlich hat jedes deutsche Bundesland formal eine. Doch die hat kaum Auswirkungen auf das jeweilige Gesundheitssystem eines Landes – da war Nordrhein-Westfalen keine Ausnahme. Es ist nun einmal so, dass jeder, der ein Krankenhaus betreibt und damit im Krankenhausplan beispielsweise für Chirurgie und Innere Medizin aufgenommen ist, fast zwei Drittel aller denkbaren medizinischen Eingriffe durchführen kann, ohne das Land zu fragen. Eben deswegen haben wir einen – aus meiner Sicht – an manchen Stellen ruinösen Wettbewerb, den wir künftig verhindern müssen. Zudem ist es eine vernünftige und für alle in unserem Land lebenden Menschen wichtige Aufgabe, dafür zu sorgen, dass ein jedes Krankenhaus, das eine medizinische Leistung anbietet, dies in einer Struktur tut, die dafür geeignet ist, diese Leistung in der bestmöglichen Qualität anzubieten. Dafür braucht man jedoch nicht nur Strukturen, sondern auch gut ausgebildetes Fachpersonal und die nötigen Fallzahlen.

Wobei es nicht alles überall gibt.

Eben. Wir wissen aufgrund des Gutachtens (1) aus dem Jahre 2019, das dem neuen Krankenhausplan des Landes NRW (2) zu Grunde liegt, dass wir in vielen Bereichen eine ungünstige Leistungsverteilung haben:

Wenige Krankenhäuser erbringen viele Leistungen – also hohe Fallzahlen – und zu viele Krankenhäuser erbringen wenige Leistungen, also geringere Fallzahlen, als das für das Wohl der Patientinnen und Patienten sinnvoll ist. Alleine schon deswegen ist es eine gute Idee, als Grundlage von Planungsverhandlungen Leistungsgruppen und -bereiche zu bilden. Diesen Ansatz hat übrigens auch die derzeitige Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag aufgenommen, was auch ein klares Signal der Bestätigung für das ist, was wir in Nordrhein-Westfalen erarbeitet haben.

Sind Sie davon überzeugt, dass das richtig ist?

Sicher. Sonst würden wir es nicht tun. Wichtig ist das, was wir damit erreichen wollen: Der neue Krankenhausplan ist ausdrücklich ein Programm zur Krankenhausstärkung, ein Programm, das die Krankenhäuser dazu bringen soll, sich in den Regionen zusammenzusetzen und untereinander abzusprechen, wer was am besten macht. Unser erklärtes Ziel ist es, dass künftig nicht mehr jedes Krankenhaus alles macht, sondern sich auf das konzentriert, was es individuell am besten kann. Das wird den Wettkampf um Res-

sourcen, der alle sehr viel Geld und Personal gekostet hat, in eine vernünftige Struktur überführen.

Bisher basiert der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern auf schier ökonomischen Zwängen.

Das hat die Vorgängerregierung regelrecht befeuert, indem sie dem ruinösen Wettbewerb tatenlos zugesehen hat. Mit dem Effekt, dass bisher Krankenhausschließungen ohne jeglichen staatlichen Einfluss und ohne jegliche strukturell-strategische Basis geschehen. Das sehen wir etwa auch bei der Schließung von Kreißsälen: Auch hier laufen die Dinge immer wieder an der Krankenhausplanung vorbei.

Im neuen Krankenhausplan gibt es 32 Leistungsbereiche, 64 Leistungsgruppen und vier Planungsebenen, wobei die Planungsebenen nicht identisch sind, sondern je Indikation unterschiedlich gefasst sind. Das heißt: Es wird für jedes einzelne Haus eine sehr große Herausforderung sein, sich mit seinen eigenen Leistungsbereichen und den aller Wettbewerber, die es gar nicht kennt, auseinanderzusetzen, um auf dieser Basis in ein Gespräch zu treten und sich dann auch noch zu einer Lösung durchzuringen.

Diese Auseinandersetzung ist herausfordernd, aber notwendig. Wir geben die Spielregeln vor und die Leistungserbringer haben diese auch akzeptiert. Auf dieser Basis werden die Krankenhäuser in der Region zuerst mit den regionalen Krankenkassen reden. Im zweiten Schritt übernimmt die Planungsbehörde die Verfahrensleitung. Die Planung wird also in einer Art Bottom-Up-Ansatz umgesetzt.

Wie lange haben Sie dafür Zeit?

Für diese erste Phase sind sechs Monate vorgesehen, wobei das gerade durch Corona nicht in Stein gemeißelt ist. Dennoch denke ich, dass wir auch in dieser Zeit erleben werden, dass sich in diesem Prozess relativ schnell klärt, welche sinnvollen und richtigen Lösungen es geben wird. Einiges wird man sicher einvernehmlich zwischen den Krankenhäusern und den Kostenträgern besprechen können, anderes nicht. Dann ist es gut, dass es am Ende eine Behörde gibt, die entscheiden kann und das auch tun wird.

Es wird jedoch sicherlich auch so sein, dass bestimmten Dingen ein Krankenhausgeschäftsführer nicht freiwillig zustimmen wollen, selbst wenn er weiß, dass es richtig und vielleicht auf Dauer gar nicht schlecht für sein Krankenhaus ist.

Das ist vermutlich so. Darum wird im Zweifel letztlich die Behörde entscheiden müssen. Doch glaube ich, dass wir im Großen und Ganzen Lösungen finden werden, mit denen viele ganz gut werden leben können – vielleicht sogar besser als bisher, weil dann der ineffektive Konkurrenzkampf nicht mehr in dem Maße wie bisher stattfinden wird.

Politisch betrachtet delegieren Sie die Planung auf die untere Ebene und sagen, einigt euch.

Das ist ja zunächst einmal auch richtig. Es ist gut, dass man den Beteiligten vor Ort zunächst einmal die Chance gibt, selber zu guten Lösungen zu kommen. Am Ende hat aber das Ministerium die Ergebnisse der Planung politisch zu vertreten und deshalb auch zu entscheiden.

Nun haben wir in Nordrhein-Westfalen anders als in vielen anderen Bundesländern eine Krankenhausstruktur, die zu etwa zwei

die Planung“

Dritteln von kirchlichen Krankenhäusern geprägt ist.

Von diesen zwei Dritteln sind wiederum ungefähr zwei Drittel katholisch, ein Drittel evangelisch, wobei die kirchlichen Krankenhäuser in der Regel die kleineren und mittleren Krankenhäuser stellen. Große Krankenhäuser sind eher in kommunaler Trägerschaft, die ganz großen sind Universitätskrankenhäuser. Dazu kommen einige private Träger, die bei uns im Land zwar auch eine Rolle spielen, aber keine so große. Ich will über diese Reform in Nordrhein-Westfalen sicherstellen, dass wir einen starken, gemeinnützigen Teil der hier tätigen Krankenhäuser behalten. Ich sehe doch, welche Krankenhäuser in den letzten Jahren vom Netz gegangen sind und wer sie übernommen hat. Auch sind in den letzten Jahren kommunale Krankenhäuser ganz aufgegeben worden, weil die Kommunen nicht mehr in der Lage waren, ihre Krankenhäuser zu finanzieren. Dann waren sie froh, wenn andere Betreiber kamen und eigene Häuser aufgemacht haben. Das ist aber ohne Planung und Strukturierung durch das Land so gelaufen. Ich sage ganz deutlich, dass ich in NRW weiterhin auf die Trägervielfalt setze. Ich will keine Krankenhausstruktur wie im norddeutschen Raum haben, in dem die Privaten in der Mehrzahl sind.

Ist denn da die Versorgung schlechter?

Ich weiß nicht, ob sie besser oder schlechter ist. Ich weiß nur, dass ich hier bei uns gerne die Trägervielfalt erhalten will.

Wird die neue Krankenhausplanung nicht einige überfordern?

In NRW gibt es das solitäre Krankenhaus selbst im kleineren und mittleren Bereich kaum noch. Viele agieren schon jetzt in Verbänden, die schon seit Jahren dabei sind, genau darauf zu schauen, für welches Krankenhaus sie sich stark machen, wo es Zukunftskrankenhäuser gibt und solche, die eine hohe Qualität abliefern, von der ein Haus auskömmlich leben kann. Das bedeutet, dass sich diese Krankenhausverbände, seitdem wir uns mit dem ersten Gedanken befasst haben, einen neuen Krankenhausplan aufzulegen, schon längst mit den Vorüberlegungen befasst haben.

Meinen Sie, dass alle schon so weit sind?

Alle können den Plan lesen, dem zudem ein langer Abstimmungsprozess vorangegangen ist.

Bei den Klinikverbänden werden Sie sicherlich recht haben, dass deren Wissen über ihre 21er-Daten strukturiert wesentlich höher gelagert sein wird als in einzelnen kleinen Krankenhäusern.

Wobei es, wie ich bereits ausführte, das einzelne solitäre Krankenhaus kaum noch gibt. Und für diese ist eine Schar von Beratern unterwegs. Von daher wird kein Krankenhausgeschäftsführer Riesenprobleme haben, um sich zu überlegen, wo seine Stärken und Schwächen sind und wie er sein Krankenhaus für die Zukunft aufstellen muss. Uns geht es darum, die stationäre Versorgung so aufzustellen, dass es künftig eine sinnvolle, effiziente und hochqualitative Aufgabenteilung gibt. Jeder, der künftig in einem Leistungsfeld tätig ist, soll ein starker Leistungspartner sein, der sich aber auch sicher sein kann, dass ihm sein Nachbar keine unvernünftige Konkurrenz macht.

„Jeder, der künftig in einem Leistungsfeld tätig ist, soll ein starker Leistungspartner sein, der sich aber auch sicher sein kann, dass ihm sein Nachbar keine unvernünftige Konkurrenz macht.“

Wie lautet Ihr oberstes politisches Ziel, Herr Minister Laumann?

Ich mache das, um eine höhere Qualität in die breite Versorgung zu bekommen.

Das ist das oberste Ziel?

Ja.

Das heißt doch aber auch, dass wir irgendwann von einer leistungsorientierten zu einer outcome- und werteorientierten Bezahlung kommen sollten, was Sie auf Landesebene gar nicht beeinflussen können.

Auch dazu gibt es bereits durchaus Überlegungen in Berlin. Ebenso sind die DRGs bereits etwas verändert worden, so wie man zum Beispiel die Pflege aus den DRGs herausgenommen hat. So etwas wäre noch vor fünf oder zehn Jahren gar nicht denkbar gewesen.

Sind Sie der Meinung, dass Ärzt:innen und Pflegende den Wandlungsweg von einem Krankenhaus zum nächsten mitmachen werden, wenn bestimmte Leistungen bei dem einen nicht mehr angeboten werden?

Schon heute entwickeln Krankenhäuser permanent ihre Leistungsschwerpunkte fort. Und noch einmal: Es geht uns um eine sinnvolle Weiterentwicklung des Leistungsspektrums. Es geht zum Beispiel um die Frage, welches Leistungsspektrum eine chirurgische Abteilung anbietet. Wenn ein Krankenhaus zum Beispiel bisher nur sporadisch spezielle große Operationen am Darm oder an der Leber gemacht hat, wird es das in Zukunft unter den Rahmenbedingungen des neuen Krankenhausplans bestimmt nicht mehr machen. Das heißt aber doch nicht, dass deswegen Heerscharen von Personal von einem Krankenhaus ins andere ziehen werden. Krankenhäuser werden in NRW künftig da ihre Leistungsschwerpunkte aufbauen, in denen sie bereits heute stark sind und demzufolge auch Personal dazugewinnen können, statt sich einem teilweise ziemlich kontraproduktiven Wettbewerb auszusetzen. Es wird allen helfen, wenn die Strukturen klarer benannt sind und deutlicher wird, wo der Schwerpunkt eines Krankenhauses zu verorten ist – damit kann man gutes Personal gewinnen und halten. Einfach schon deshalb, weil doch jeder am Ende lieber bei einem Arbeitgeber arbeiten möchte, von dem er weiß, dass das, was dort gemacht wird, auch gut und vernünftig funktioniert.

Das alles wird Geld kosten.

Man kann keinen Krankenhausplan ohne Geld machen. Die Krankenhausgesellschaft hat bereits gesagt, dass sie dafür rund 200 Millionen Euro pro Jahr benötigt. Nicht vergessen sollten wir, dass wir den Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen in dieser Wahlperiode schon zwei Milliarden Euro mehr gegeben haben als in der Wahlperiode vorher. Ich habe mich stark dafür eingesetzt, die bisherigen Haushaltsmittel mächtig nach oben zu drücken. Das wird auch in der nächsten Wahlperiode meine Hauptaufgabe sein, falls ich das noch in der Hand haben sollte. Ganz einfach, weil man finanzielle Ressourcen braucht, wenn man so etwas macht. Wobei uns, dass muss man fairerweise auch dazu sagen, der Bundesstrukturfonds hilft, weil über den Fonds zu jedem Euro, den das Land und der Krankenhausträger ausgeben, ein weiterer vom Bund kommt. Das ist ein sehr hilfreicher Ansatz.

Demnach ist die politische Bereitschaft und Erkenntnis vorhanden, dass Qualität auch Geld kostet.

Für die Umsetzung des neuen Krankenhausplans sind zusätzliche Mittel erforderlich. Langfristig wird der neue Plan die Versorgung aber nicht teurer machen. Ich sage es mal so: Das Ziel muss sein, dass durch unsere Planungen der ruinöse Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander beendet wird. Das wird für alle auf längere Sicht viel Geld sparen.

Ist Ihr Ziel kein oder weniger Wettbewerb?

Das ist doch nicht die entscheidende Frage. Es wird keine sozialistische Krankenhausplanung geben. Genauso darf auf der anderen Seite Wettbewerb kein Selbstzweck sein. Es gibt nicht nur schwarz und weiß. Ich will einen geordneten, normalen Wettbewerb, aber eben keinen ruinösen, der an ein paar Stellen auch in Nordrhein-Westfalen durchaus zu sehen ist.

Das Vorhaben ist ambitioniert, auch wenn das, was in Ihrem 400-Seiten starken Plan steht, hochkomplex ist.

Das muss so sein, weil es ein ganz neuer Ansatz von Planung ist. Ein Krankenhausplan, der ernsthaft gestalten will, muss eine gewisse Komplexität aufweisen, weil sonst die Realität der Versorgung nicht fassbar ist. Wir brauchen dazu eine gewisse Spezialisierung und Feingliedrigkeit und mussten genau darauf achten, wo wir diese brauchen und wo nicht, damit das Ganze nicht überkomplex wird. Das war auch ein Lernprozess für uns: Denn das uns vorliegende Gutachten hatte eine Art Hundertprozentansatz, der alles komplett mit Abrechnungs-Codes durchplanen wollte. Nach eingehender Prüfung sind wir dazu übergegangen, das nicht zu machen, sondern differenzierter in die steuerungsrelevanten Bereiche einzugreifen. In anderen Bereichen müssen wir uns nicht mit staatlicher Planung nur um der Planung willen verheben. Von daher glaube ich, dass der neue Plan ein insgesamt beherrschbares System ist, mit dem wir alle werden umgehen können.

Besser als mit dem bisherigen Ansatz?

Die bisherige Planung über die Bettenzahl war doch eine Farce! Da streiten gut verdienende Krankenhaus- und Kassenmanager jahrelang in vielen Konferenzen darum, ob beispielsweise drei Betten in der Chirurgie und fünf Betten in der Neurologie für teu-



Karl-Josef Laumann

ist seit 2017 Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

Von 1990 bis 2005 war er Abgeordneter des Deutschen Bundestages. Seit 2003 ist er Vorsitzender der CDU Münsterland, seit 2004 Mitglied des Präsidiums der CDU Deutschlands und seit 2005 Bundesvorsitzender der Christlich-Demokratischen Arbeitnehmerschaft.

Von 2005 bis 2014 gehörte er dem Landtag Nordrhein-Westfalen an.

Von 2005 bis 2010 war er hier erstmals Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales, von 2010 bis 2013 Vorsitzender der CDU-Landtagsfraktion.

Vor der erneuten Übernahme des Ministeramts in Düsseldorf war Laumann als Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit sowie Patientenbeauftragter und Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung unter anderem maßgeblich an der bislang umfassendsten Reform der Pflegeversicherung in Deutschland beteiligt.

er Steuergeld abgebaut werden, obwohl sie ganz genau wissen, dass das Bett an sich gar keine Rolle spielt. Das wurde wirklich langsam ein bisschen lächerlich. Dass es in Zeiten, in dem wir seit langem diagnosebezogene Fallpauschalen haben, das Bett immer noch als einzige Planungsgrundlage erhalten musste, war schon lange neben der Kappe.

Neben der Kappe ist auch, dass stationäre und ambulante Planung nicht zusammengedacht werden.

Man kann sich natürlich auch übernehmen und wird nie fertig. Darum beginnen wir mit dem ersten Schritt und machen beizeiten den zweiten. Es ist doch schon ein ganz großer Schritt, dass wir die Grundzüge des neuen Krankenhausplans in NRW mit der Krankenkassen streitfrei gestellt haben. Es ist sehr viel Wert, wenn man sich über die Grundzüge und Grundsätze einig ist. Wenn wir den neuen Rahmenplan in Kraft setzen, wird sich dieser Schritt für Schritt weiterentwickeln. Wobei das ein länger andauernder, sehr dynamischer Schritt-für-Schritt-Prozess sein wird, der meiner Meinung nach selbst in einer Wahlperiode nicht ganz abgeschlossen sein wird.

Dann bleibt zu hoffen, dass die nächste Regierung genauso denkt.

Das ist Demokratie. Der Plan wird jetzt von einer Landesregierung auf den Weg gebracht, die von CDU und FDP getragen wird. Die Grünen haben sich nach meiner Wahrnehmung bisher ziemlich konstruktiv zu diesem Vorhaben geäußert. Nur die Landes-SPD stellt sich bisher so auf, dass sie es nicht will, wobei das keine fachlichen, sondern nur wahltaktische Gründe hat. Es wäre natürlich schon schön, wenn wir es noch ein paar Jahre in der Hand hätten, auch weil wir schon viel weiter wären, wenn uns Corona nicht dazwischengekommen wäre. Das gilt auch für die nähere Zukunft.

Hat Corona trotz allem Tragischen auch sein Gutes?

Corona hat die Gesellschaft bezüglich des Volumens und des Werts des Krankenhausbereichs sensibilisiert. Ich glaube nicht, dass heutzutage noch irgendwer durch die Gegend läuft und sagt, wir müssten unser Gesundheitssystem auf Kante nähen. Jeder, der heute die Krankenhausstruktur in Nordrhein-Westfalen betrachtet, muss doch ehrlich sagen: Der Laumann hat wohl recht.

Auch in NRW gibt es durchaus ländliche Gebiete, die unterversorgt sind.

Aber selbst in ländlichen Gebieten ist bisher schon viel passiert, was woanders noch ansteht. Immer stellt sich dabei eine Frage: Was machen wir mit kleinen Krankenhäusern? Ich sage: Wir brauchen auf jeden Fall einen Ausbau der Geriatrie, wofür sich auch kleinere Häuser gut eignen, weil sich besonders ältere Menschen in etwas überschaubaren Strukturen wohler fühlen. Kleine Häuser zu schließen, ist nicht mein Ansatz. So etwas sagen manche Berater zwar recht schnell, doch sollte man schon dreimal überlegen, was man da tut: Jedes Haus hat seine Geschichte und seine Bedeutung für ein Dorf, eine Stadt oder Region.

Und einen hohen Identifikationsfaktor.

Ein Krankenhaus ist eben weit mehr als nur eine Immobilie. Ich bin zu lange in der Politik, um das nicht zu wissen. Ich habe in meinem Wahlkreis bei einer Krankenhausschließung Demonstrationen für den Erhalt dieses einen Hauses erlebt, bei dem Menschen auf die Straße gegangen sind, von denen man genau wusste, dass sie selbst nie in dieses Krankenhaus gegangen wären. Doch darum geht es den Menschen gar nicht, es geht um Identifikation und auch um Verlust.

Das kann man jenseits der ebenso wichtigen Qualitätsdebatte sicher nachvollziehen. Nun gibt es in Ihrem Krankenhausplan den Satz, dass Sie in jedem Planungsgebiet mindestens einen Versorger haben wollen. Dabei gibt es jetzt schon Planungsgebiete in einigen Leistungsbereichen, in denen es keinen gibt.

Das mag bei ganz spezialisierten Leistungen stimmen. Doch haben wir schon sehr genau darauf geachtet, dass jede wichtige Leistungsgruppe die zu ihr passende regionale Bezugsgröße hat.

Die Grundversorgung wird auf Landkreis-Ebene geplant, beispielsweise die Geburtshilfe und interventionelle Kardiologie auf Basis von Versorgungsgebieten, zum Beispiel die Viszeral- und Thoraxchirurgie auf Regierungsgebiets-Ebene und die Transplantation auf Landesteilebene, das wären Rheinland und Lippe.

Genau darum wird es auf jeder Planungsebene mindestens ein Versorgungsangebot geben. So wie wir das auch mit Hilfe der Gutachter eingeschätzt haben, werden wir aber auch keine neuen Krankenhäuser bauen müssen. Und natürlich wird es viele Regionen geben, in denen es mehr als ein Versorgungsangebot für eine Leistungsgruppe gibt. Was auch richtig und mit Augenmaß gemacht ist, denn ansonsten würde man den Bürgern ja die Wahlmöglichkeiten nehmen.

Im Gutachten finden sich ein interessantes Chart mit den Qualitätsdimensionen, die zur Krankenhausplanung geeignet sind und welche nicht. Hinter der Struktur- und Prozessqualität sowie der Mindestmenge findet sich ein Haken, nur hinter Service- und Ergebnisqualität nicht. Okay, dass ein Planungsfaktor nicht sein kann, wie gut das Mittagessen ist, ist eingängig, aber der Outcome?

Wir würden gerne mit der Ergebnisqualität planen. Doch ist es

bisher schlicht und ergreifend noch niemanden gelungen, Ergebnisqualitätsparameter so zu definieren, dass man sie sinnvoll und justizierbar für die Planung einsetzen könnte. In der Pflegeversicherung sind wir da schon weiter und bauen die neue Qualitätsbeurteilung auf Ergebnisindikatoren auf. Hierfür habe ich mich bereits als früherer Pflegebeauftragter der Bundesregierung (Anm. der Red.: s. Interview MVF 01/15) stark gemacht. Leider ist die Umsetzung des neuen Qualitätsbeurteilungsverfahrens pandemiebedingt ins Stocken geraten. Ich bin aber zuversichtlich, dass wir hier auf dem richtigen Weg sind.

Auch das IQTiG hat den Auftrag, für die Länder Qualitätsparameter zu definieren.

Nur ist dabei bisher so gut wie nichts Verwertbares herausgekommen. Das zeigt doch, wie schwierig das Thema ist. Im Übrigen ist Krankenhausplanung vom Ansatz her eine Strukturplanung, weshalb es richtig ist, sich im Wesentlichen auf die Strukturqualität zu konzentrieren.

Nun geht ein halbes Jahr ins Land, die Manager vieler Häuser haben miteinander gesprochen, viele Planungskonferenzen mit den im Land tätigen Kassen sind durchgelaufen und dann einigen sich einige doch nicht. Was machen Sie dann?

Wir werden den Planungsprozess von Beginn an viel enger begleiten, als es in der Vergangenheit üblich war.

In der Vergangenheit war das sicher eine Zeit, in der sich vorwiegend Juristen der Häuser gegenseitig Schriftstücke zugesendet haben.

Und am Ende ist man nicht weitergekommen. Darum werden wir diesen Prozess von Anfang an viel enger begleiten.

Haben Sie die Übersicht der 21er Daten? Dürfen Sie diese wegen des Wettbewerbsrechts überhaupt nutzen?

Diese Daten haben wir und dürfen sie natürlich auch nutzen. Wem wir welche Daten zeigen dürfen, ist eine andere Frage. Doch wird mehr Transparenz möglich sein als bisher. Das haben wir schon bei der Erarbeitung der Rahmenvorgaben gesehen. Auch können sich Menschen, die auf Augenhöhe zusammensitzen und das Ganze auf einer aussagefähigen Datenebene fachlich besprechen, irgendwann ganz bestimmten Erkenntnissen nicht mehr verschließen. Zumindest wird für alle erkennbar, wo die sachlich richtigen Lösungen liegen.

Und wenn nicht?

Dann wird die Planungsbehörde Entscheidungen treffen. Dass sie letztlich entscheiden muss und wird, ist völlig klar. Dass die Gespräche nicht immer einfach sein werden, ist ebenso völlig klar. Aber wir machen uns gern und entschieden auf diesen Weg.

Wie wollen Sie den Prozess befördern?

Wir werden die Moderation übernehmen, das aber nur dort, wo es nötig wird. Es gibt auch Regionen, in der es schon jetzt entsprechende Kooperationen oder Gesprächsformate mit gemeinsamen Zielen und klarer Aufgabenteilung gibt. Doch kennen wir auch eini-

„Wenn wir den Plan bei uns in Nordrhein-Westfalen umsetzen, wird das sicher für die Krankenhausplanung in ganz Deutschland ein wichtiger Impuls sein.“

ge Regionen, von denen wir sehr genau wissen, dass es wohl eher schwierig wird.

Sie sind politisch ein alter Hase. Meinen Sie, dass Sie den neuen Krankenhausplan wirklich durchbekommen werden?

Ja, das ist mein klares Ziel.

Könnte Ihr Plan eine Blaupause für alle anderen deutschen Bundesländer sein?

Was wir tun, tun wir für Nordrhein-Westfalen. Jedes Bundesland muss seinen Weg gehen. Ich stelle aber fest, dass es auch außerhalb von Nordrhein-Westfalen großes Interesse an dem gibt, was hier jetzt geschieht. Wenn wir den Plan bei uns in Nordrhein-Westfalen umsetzen, wird das sicher für die Krankenhausplanung in ganz Deutschland ein wichtiger Impuls sein.

Sie sagten auf dem letzten Gesundheitskongress des Westens, dass es durchaus die Gefahr gäbe, dass irgendwann der G-BA die regionale Planung an sich ziehen könnte.

Der Bund wird sich das nicht mehr ewig anschauen, so wie es derzeit läuft. Wenn man auf dem Berliner Pflaster unterwegs ist, erkennt man doch ganz deutlich, dass in der Bundespolitik, dem G-BA und dem Spitzenverband der Krankenkassen das Vertrauen in die Landes-Krankenhauspolitik nicht besonders ausgeprägt ist.

Was vielleicht kein Wunder ist, weil es bislang auch nicht so richtig funktioniert hat.

Für NRW muss ich konstatieren, dass dieses Land seit vielen Jahren keine richtige Krankenhausplanung gehabt hat. Zwar hat jede Regierung immer wieder Krankenhauspläne aufgestellt, die aber in der Umsetzung letztlich sehr blass geblieben sind.

Wie sieht Ihre Zeitachse aus?

Derzeit liegt der Plan beim Gesundheitsausschuss des Landtages. Dieser Ausschuss muss nicht zustimmen, wird aber angehört. Er hat inzwischen eine Sachverständigenanhörung durchgeführt und wird diese Anhörung in einer seiner nächsten Sitzungen auswerten. Die Ergebnisse sind für uns im Ministerium natürlich relevant und werden sorgfältig bewertet. Nach Ende des parlamentarischen Verfahrens kann ich den Plan in Kraft setzen, worauf die konkreten regionalen Planungen ab März oder April starten können. Sicher werden wir auch weiterhin die Coronalage berücksichtigen müssen. Auch hier gilt der Satz: „Segel flickt man nicht im Sturm“. Die Planungsverfahren beginnen mit einer Phase, in der zunächst die Krankenhäuser und die Krankenkassen in der Region verhandeln. Nach sechs Monaten geht die Verhandlungsführung auf die Planungsbehörde über. Alles in allem rechne ich mit einem Jahr, um erste konkrete Ergebnisse zu sehen. Das wäre im Vergleich zu allem, was es bisher in Nordrhein-Westfalen gegeben hat, schon sehr schnell, weil bisher Planungsverfahren zum Teil drei bis fünf Jahre gedauert haben. Es wird sicher nicht überall gleich sein. Es wird Regionen geben, in denen es schneller geht und solche, die etwas mehr Zeit brauchen werden. Doch das ist der Rahmen, in dem wir uns bewegen wollen.

In fünf Jahren blicken Sie zurück auf heute: Was wird man sagen? Das war ein großer Wurf?

Ich glaube fest daran, dass das eine Krankenhausplanung ist, die diesen Namen verdient. In spätestens fünf Jahren wird deutlich

Übersicht der Versorgungs-/Planungsgebiete in NRW



Abb.: Die Planungs- und Versorgungsgebiete unterscheiden sich bezüglich relevanter geografischer Kennzahlen erheblich. Beispiel: Der Regierungsbezirk Düsseldorf umfasst 15 Landkreise und kreisfreie Städte in 4 VG. Die VG 1 und 2 sind flächenmäßig vergleichsweise klein, zählen aber dafür zu den am dichtesten besiedelten Regionen von NRW. Aus: „Gutachten Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“, von: PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH, in Kooperation mit der Lohfert & Lohfert AG.

sein, dass wir damit bessere Strukturen erreichen, die zu einer Qualitätssteigerung in der Versorgung führen.

Der zweite große Wurf wäre dann eine sektorenübergreifende Versorgung und eine gemeinsame ambulante-stationäre Planung?

Wäre schön. Ich bin im Jahr 1990 zum ersten Mal in den Deutschen Bundestag gekommen und schon damals wurde unter Gesundheitsminister Blüm über sektorübergreifende Versorgung gesprochen. Alleine daran sieht man, dass im Gesundheitswesen Beharrungskräfte tätig sind, die sehr geübt darin sind, Sektorengrenzen zu verteidigen. Ich werde mich weiter dafür einsetzen, dass wir hier weiterkommen. Warten will ich aber nicht darauf. Deswegen Sorge ich jetzt für eine bessere Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen. <<

Herr Minister Laumann, danke für das Interview. <<

Das Gespräch führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Literatur

- 1: Gutachten: https://broschuerenservice.mags.nrw/mags/shop/Gutachten_Krankenhauslandschaft_Nordrhein-Westfalen/1
- 2: Krankenhausplan NRW: <https://www.landtag.nrw.de/home/der-landtag/tagesordnungen/WP17/2100/E17-2119.html>

Zitationshinweis

Laumann, K.-J., Stegmaier, P.: „Ein wichtiger Impuls für die deutsche Krankenhausplanung“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (01/22), S. 30-35. <http://doi.org/10.24945/MVF.01.22.1866-0533.2372>

BMC-Webgespräch „Aktuelle Finanzsituation der GKV“, 19. Januar 2022

Wasem hält gesetzgeberisches Handeln für nötig

In der Chartsammlung mit dem eigentlich recht unverfänglichen Bezeichnung „Status quo und Perspektiven der aktuellen Finanzsituation der GKV“ verbirgt sich Sprengstoff. Nach Aussage der in dieser Chartsammlung vorgelegten Auswertungen von Prof. Dr. Jürgen Wasem, dem Inhaber des Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen, muss dringend und schnell politisch gehandelt werden, wenn ein sprunghafter Anstieg der Zusatzbeitragssätze schon ab 2023 verhindert werden soll, um die dramatisch steigende Unterdeckung des Gesundheitsfonds zu verhindern. Wasem machte im BMC-Webgespräch „Aktuelle Finanzsituation der GKV“ am 19. Januar 2022 einen ganzen Strauß an Handlungsoptionen auf, von massiver Erhöhung von Zusatzbeiträgen, enormen Steigerungen des steuerfinanzierten Zuschusses bis hin zu einschneidenden Einsparungen in Multi-Milliardenhöhe – oder einer Mischung derselben. Wasem: „Wie finanzieren wir diese primäre Unterdeckung?“

>> Für den renommierten Wissenschaftler, der sich seit den 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts mit der Krankenversicherung auseinandergesetzt, ist die sogenannte primäre Unterdeckung einer der wichtigsten Finanzindikatoren. Die schlichte Differenz zwischen den Beitragseinnahmen des Gesundheitsfonds und den Ausgaben der Kassen lag im Jahr 2019 bei 30 Milliarden Euro und liegt aktuell bei 51 Milliarden, was Wasem im BMC-Webgespräch „Aktuelle Finanzsituation der GKV“ als „relevante Vergrößerung“ bezeichnete. Seine rhetorische Frage lautet ganz simpel: „Wie finanzieren wir diese primäre Unterdeckung?“

Es ist nun nicht so, dass die Politik nicht schon gehandelt hätte. Seit dem Jahr 2019 wurde dem Ungleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben durch die Einführung eines „Sonderbundeszuschuss“ entgegengewirkt, wobei dieser von 5 Milliarden Euro im Jahr 2020 auf 6 im Jahr 2021 und seiner Prognose zufolge 2022 auf „stolze 14 Milliarden“ steigen wird. Dieser Betrag sei jedoch noch nichts Außergewöhnliches, weil er sich auf dem „Niveau des regulären Bundeszuschusses“ bewegen würde, der ebenfalls 14 Milliarden Euro ausmacht.

Unterdeckung wird massiv steigen

Wo ist dann das Problem? Genau hier wird es komplizierter, weil Annahmen getroffen werden und dann modelliert werden müssen.

Zum einen ist die Entwicklung der Grundlohnsumme zu betrachten, aus der sich die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ergeben. Nun ist es laut Wasem so, dass seit vielen Jahren der Unterschied von GKV-Leistungsausgaben zu den Ausgaben der Kassen „systematisch auseinander“ gehen und „relativ stabil bei so immer einen Prozentpunkt“ liegen. Von daher nimmt Wasem an, hier be-

ginnt seine Modellierung, dass die primäre Unterdeckung fortgeschrieben wird und ein Szenario eintritt, dass die Grundlohnsumme um 3 Prozent steigt, die Ausgaben jedoch um 4 Prozent, weil es anzunehmen sei, dass es bei einem Unterschied von Einnahmen zu Ausgaben vom einem Prozentpunkt bleiben werde. Wasem: „Man kann unterschiedlicher Meinung sein, ob das realistisch ist oder nicht, doch denke ich, dass man den einen Prozentpunkt Differenz getrost ansetzen kann, was ich unsere Default Assumption nenne“. Eine weitere dieser „gängigen Standardannahmen“ ist die angenommene Steigerung der Grundlohnsumme um 3 Prozent. Die hält Wasem prinzipiell vor dem aktuellen „etwas inflatorischeren Hintergrund“ für realistisch, sie könne aber natürlich auch bei 2,5 oder 3,5 Prozent liegen.

Doch es sei eigentlich letztlich egal, welchen Prozentsatz man nehme: die Konsequenz sei immer, dass die primäre Unterdeckung steigt. Und zwar in dem von ihm angenommen Setting von derzeit 50 Milliarden auf 75 Milliarden bis 2027 – laut Wasem



Prof. Dr. Jürgen Wasem, Inhaber des Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen

„getrieben durch diesen einen Prozentpunkt Unterschied“.

Die Frage ist nun, wie die Politik mit diesem Wissen umzugehen denkt. Dazu hat sich

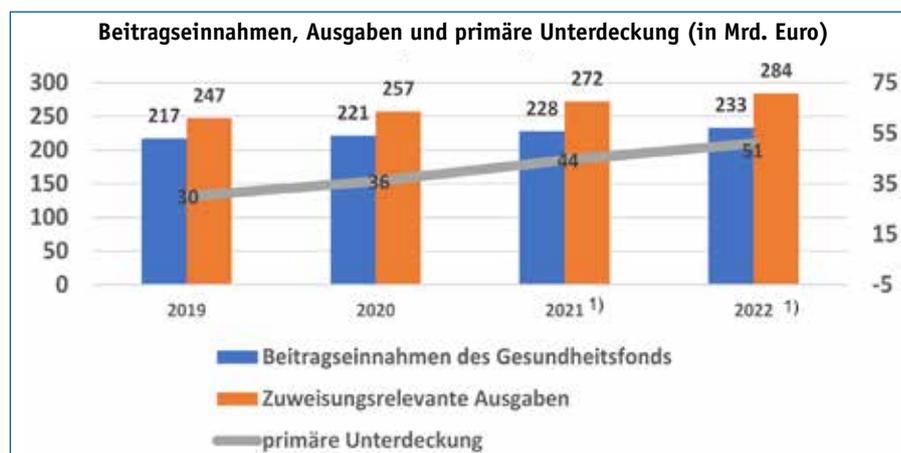


Abb. 1: Beitragseinnahmen, Ausgaben und primäre Unterdeckung. BMC-Webgespräch „Aktuelle Finanzsituation der GKV“, Prof. Dr. Jürgen Wasem. 2022/1. Auf Basis von Schätzerkreis im Okt. 2021; 1) 2021 u. 2022: Prognose.

Wasem drei mögliche Szenarien überlegt, wie man die steigende primäre Unterdeckung finanzieren könnte. Dazu benennt er zuerst drei solitäre Alternativen, danach macht er einen Vorschlag, wie man diese Alternativen zusammenführen könnte.

Alternative 1: Singuläre Erhöhung des Sonderbundeszuschuss.

Die Politik könnte, wenn sie denn Zusatzbeiträge und den regulären Bundeszuschuss stabil halten will, die ständig steigende primäre Unterdeckung über den Sonderbundeszuschuss gegenfinanzieren. Wasem: „Der muss dann von derzeit 14 auf auf 36 Milliarden Euro in 2027 steigen.“ Dies findet der Wissenschaftler seinen Worten zufolge dann problematisch, wenn es so läuft, wie es die letzten beiden Jahren gelaufen ist: Im November überlege man sich, was man eigentlich ab Januar machen wolle und sammle dann im Bundestag ein paar Milliarden ein. Wasem: „Das ist für das GKV-System ein ungunter Weg, weil derartige adhoc-istischen Lösungsansätze das Managementhandeln erheblich erschweren.“

Alternative 2: Singuläre Erhöhung des Beitragssatzes.

Wenn man den Sonderbundeszuschuss ganz weglassen würde, und die primäre Unterdeckung über Zusatzbeiträge finanzieren wollte, würde sich schon im nächsten Jahr der Zusatzbeitrags fast verdoppeln – von 1,3 auf 2,5 Prozent. Danach würde der Zusatzbeitrag um 0,2 Prozentpunkte pro Jahr weiter steigen.

Alternative 3: Singuläre Einsparungen.

In diesem Szenario würde sich die Politik überlegen, stabile Beitragssätze nahezu gänzlich über ein neues Kostendämpfungsgesetz zu erzeugen. Nahezu deshalb, weil Wasem bei dieser Alternative davon ausgeht, dass der reguläre Bundeszuschuss dynamisiert würde, da im Koalitionsvertrag eine Aussage auf einen dynamisierten Bundeszuschuss hindeute. Wenn es keine Erhöhung des Sonder-Bundeszuschusses gebe und die Zusatzbeiträge stabil bleiben sollen, müssten schon im kommenden Jahr 19 Milliarden Euro eingespart werden, 2027 dann schon 35 Milliarden Euro.

„Ich beanspruche überhaupt nicht sagen zu können, was die Politik machen soll“, sagte Wasem, denn letztlich sei es eine rein politische Entscheidung. Man könne bei den Versicherten sparen, was das letzte Mal unter

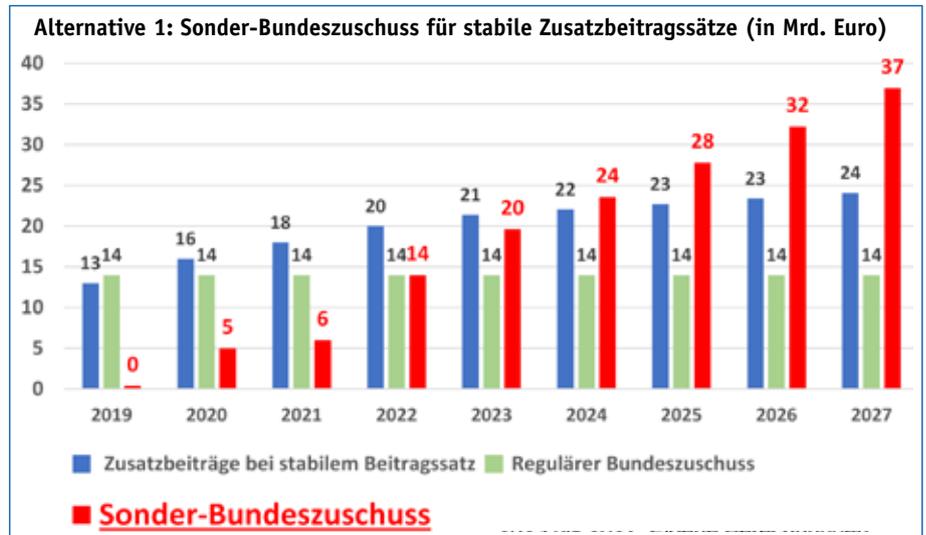


Abb. 2: Spannweite der Szenarien der Finanzierungsalternativen: Alternative 1: Notwendiger Sonder-Bundeszuschuss für stabile Zusatzbeitragssätze (in Mrd. Euro). BMC-Webgespräch „Aktuelle Finanzsituation der GKV“, Prof. Dr. Jürgen Wasem. 2022/1. Auf Basis von Schätzerkreis im Okt. 2021; 023 bis 2027: Eigene Berechnungen.



Abb. 3: Spannweite der Szenarien der Finanzierungsalternativen: Alternative 2: Notwendiger Zusatzbeitragssatz bei Fortfall des Sonder-Bundeszuschusses (in %). BMC-Webgespräch „Aktuelle Finanzsituation der GKV“, Prof. Dr. Jürgen Wasem. 2022/1. Auf Basis von Schätzerkreis im Okt. 2021; 023 bis 2027: Eigene Berechnungen.

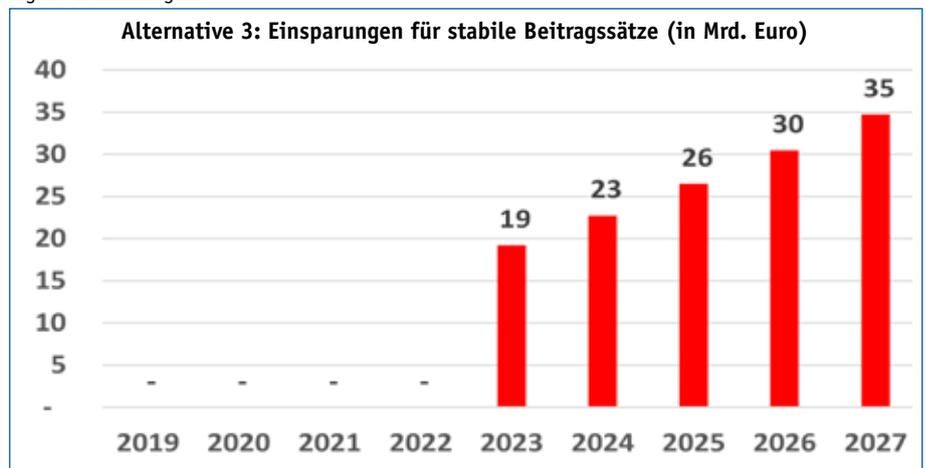


Abb. 4: Spannweite der Szenarien der Finanzierungsalternativen: Alternative 3: Notwendige Einsparungen für stabile Beitragssätze bei dynamisiertem regulärem Bundeszuschuss (in Mrd. Euro). BMC-Webgespräch „Aktuelle Finanzsituation der GKV“, Prof. Dr. Jürgen Wasem. 2022/1. Auf Basis von Schätzerkreis im Okt. 2021; 023 bis 2027: Eigene Berechnungen.

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Wasem hält gesetzgeberisches Handeln für nötig“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (01/22), 36-38. <http://doi.org/10.24945/MVF.01.22.1866-0533.2379>

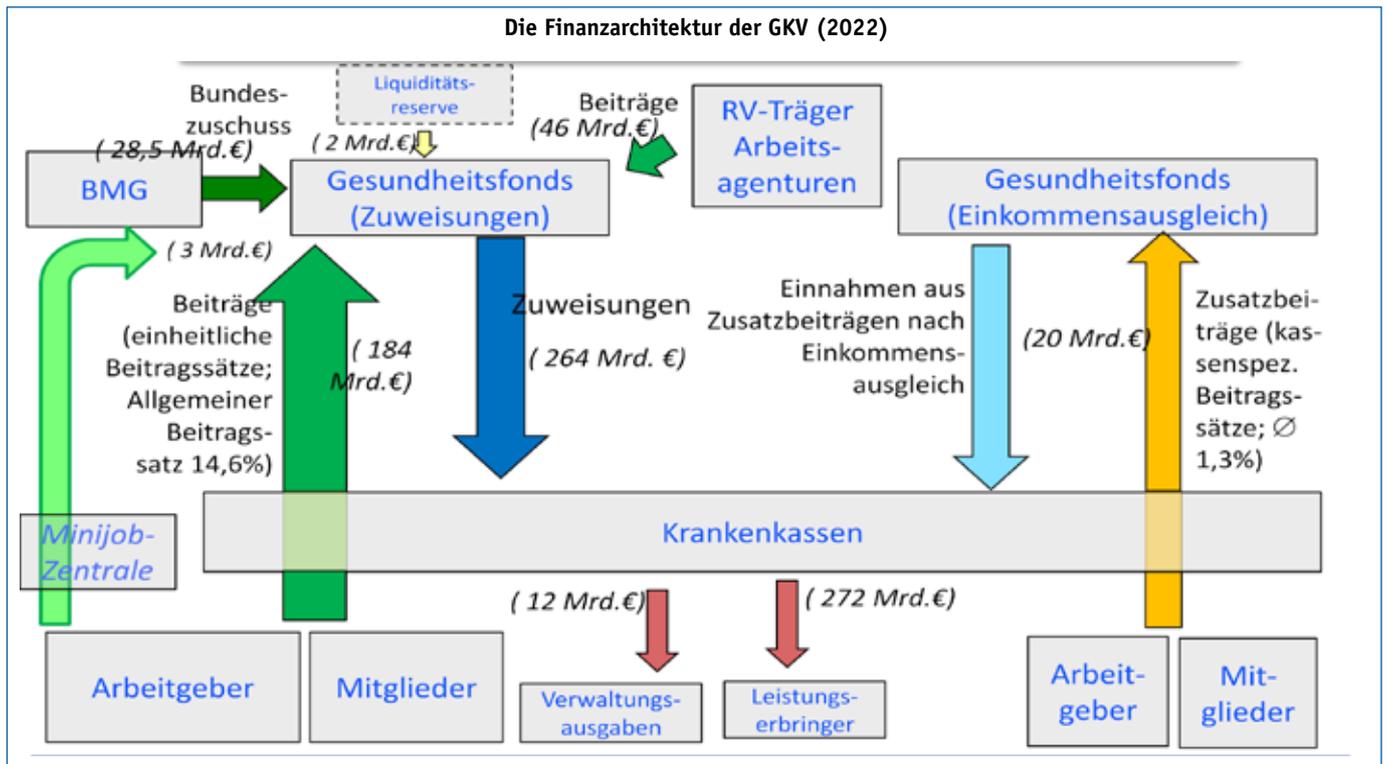


Abb. 5: Die Finanzarchitektur der GKV (Werte f. 2022). BMC-Webgespräch „Aktuelle Finanzsituation der GKV“, Prof. Dr. Jürgen Wasem. 2022/1. Auf Basis von Schätzerkreis im Okt. 2021; 1) 2021 u. 2022: Prognose.

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt mit dem GMG gemacht worden sei. Das habe den Vorteil, dass jede Beitragserhöhung unmittelbar finanzwirksam und zudem gut prognostizierbar sei. Der Nachteil sei hingegen, dass Beitragserhöhung „verteilungspolitisch oft eher problematisch“ seien. Beim zweiten Weg, sich das nötige Geld bei den Leistungserbringern zu holen, hätte die Politik schon „eine reichhaltige Erfahrungsliste“ – ob man nun bei der Pharmaindustrie spare, bei den Gesamtvergütungen der Ärzte und Apotheker oder die Krankenhausbudgets drossle – das alles bringe relativ kurzfristig und wirksam Geld und sei ebenso relativ gut quantifizierbar. Der Nachteil solch „simpler Kostendämpfungsdinge“ sei jedoch immer, dass sie „tendenziell strukturkonservativ“ seien und man zudem nichts an den Strukturen ändere. Besser sei es da, an strukturelle Veränderungen zu denken. Doch das brauche eben auch viel, viel Zeit, und sei, wenn man die Aufgabe habe, möglichst schnell Geld einzusparen, „nicht hinreichend schnell wirksam.“

Eine weitere Alternative sei der Weg, über eine Finanzreform nachzudenken, um sich so Geld auf andere Weise zu finanzieren. Ein solcher Weg sei die Bürgerversicherung, die indes in der Koalition schon ausgeschlossen worden sei. Auch würde sie recht wenig bringen, wenn die bisherige Aufteilung in GKV

und PKV beibehalten würde.

Zum anderen bringt Wasem das Thema der „Maschinensteuer“ auf, die zumindest teilweise Entkoppelung des Beitragssatzes von der Lohnsumme. Doch da die Lohnsumme einen unterschiedlichen Teil am Umsatz und damit am Geschäftsmodell jedes Unternehmens mit kapitalintensiver Produktion habe, sei deren Änderung alles andere als trivial.

Klar ist nach Wasem eines: „Wenn wir nichts regeln, steigt der Zusatzbeitrag schon ab 2023 auf 2,5 Prozent.“ Ebenso klare Konsequenz sei, dass – wenn es kein ausdrückliches gesetzgeberisches Handeln gebe – der Sonder-Bundeszuschuss wegfallende, weil dieser bisher nur für 2022 geregelt sei. Wasem: „Ich persönlich halte eine Kombination aus den drei Bausteinen für sinnvoll.“

Als erstes nennt er das Fortbestehen eines Sonder-Bundeszuschusses, der am besten in „einen regelhaften zu überführen“ sei, weil es den Ausnahmecharakter vermeide. Ebenso sollte die Politik über Beitragserhöhungen nachdenken, einfach schon weil die Krankenversicherten durch höhere Beitragssätze die Zunahme des medizinischen Fortschritts in einer alternden Gesellschaft mitbezahlen sollten. Sachgerechter als die Zusatzbeiträge heraufzusetzen, wäre es seiner Meinung nach jedoch, an den seit 2009 festgeschriebenen allgemeinen Arbeitgeber-Beitragssatz

in Höhe 14,6 Prozent heranzugehen. Wasem: „Mir ist aber klar, dass die Politik das wahrscheinlich weniger gerne macht, als die Kassen den Beitragssatz erhöhen zu lassen.“ Und drittens müsse die Politik, auch wenn man dazu nichts im Koalitionsvertrag finde, erneut an kurzfristig wirkende Kostendämpfung denken, wobei er zuerst den Krankenhaussektor, dann Heil- und Hilfsmittel nennt.

Natürlich wären seiner Ansicht nach strukturelle Reformen weit besser, aber auch ein Dauerthema der Gesundheitspolitik der letzten 30 Jahre. Ebenso könne damit zu meist kein kurzfristiger finanzieller Effekt erzielt werden. Dazu zählten:

- Sektorübergreifende, leistungsorientierte Bedarfsplanung und Neuausrichtung sektoraler Kompetenzen
- Weiterentwicklung Krankenhausstrukturreformen mit Kapazitätsabbau und Neuausrichtung KH-Finanzierung
- Neuaustarierung regionaler versus überregionaler Steuerungskompetenzen
- Stärkung von Prävention und betrieblicher Gesundheitsförderung
- Restriktiverer Umgang mit Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen, 4. Hürde
- Nutzung der Effizienzpotenziale von Digitalisierung. <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Knackt KI den Krebs?

>> Eineinhalb Stunden lang tauschten sich Experten und Interessierte beim „Health Loft – Talk of Pioneers“, ein durchaus zukunftsweisendes Gesprächsformat zu gesellschaftlich relevanten Themen von Pfizer, aus. Das Thema: Knackt KI den Krebs? Auch wenn diese große Frage letztlich nicht beantwortet wurde, können folgende Punkte festgehalten werden. Zwar sagte Carl Janssen, Oncology Lead und Mitglied der Geschäftsführung von Pfizer Deutschland, dass „in der Vernetzung und der Implementierung digitaler Anwendungen und Lösungsansätze großes Potenzial liege, die Versorgungsqualität für Menschen mit Krebs zu verbessern“, doch hemme uns, wie Prof. Dr. Angelika Eggert, Direktorin Klinik für Pädiatrie m.S. Onkologie und Hämatologie an der Charité Berlin, entgegen hielt, „in Deutschland die überbordende Bürokratie und im Vergleich zu den USA ein geringerer Wille, in Forschung und privatöffentliche Innovationsplattformen zu investieren“. Weitere Statements:

- Das Potenzial von KI in der Behandlung von Krebskrankheiten ist groß. Auch wenn heute schon KI-Lösungen im klinischen Alltag eingesetzt werden, werden sie die Krebstherapie erst revolutionieren, wenn ihr Einsatz präzise und entlang aller Stationen der Patient Journey möglich ist.
- KI sollte als ein unterstützendes Instrument gesehen, die Verantwortung über Therapieentscheidungen jedoch Ärzt:innen und ihrem Ermessen vorbehalten bleiben.
- Die Anwendung von KI in der Medizin ist eine neue Disziplin, und ihre Komplexität erfordert spezialisierte Aus- und Fortbildungen der Ärzteschaft. Für den Aufbau moderner, interoperabler IT-Lösungen und -Infrastrukturen sowie für die Analyse und Auswertung großer, vernetzter Datenmengen benötigen Krankenhäuser zusätzliches Fachpersonal.
- Im Gesundheitswesen liegen meist verzerrte Datensätze vor, da sie hauptsächlich auf Daten von kranken Personen basieren. Datensätze, welche für die Auswertung durch KI zur Diagnose und Behandlung herangezogen werden, sollten jedoch einen möglichst neutralen Vergleichsmaßstab abbilden. Mithin müssen die Datensätze durch Expert:innen kontinuierlich überprüft und aktualisiert werden.
- Deutschland ist international in Sachen Digitalisierung des Gesundheitswesens weit abgeschlagen. Es bedarf einer groß angelegten Digitalisierungsoffensive. <<

Aufruf von „Strategiewechsel jetzt!“

>> Mit einem Kommentar und einem Appell, beide eFirst auf dem Portal von „Monitor Versorgungsforschung“ veröffentlicht, wendet sich der Expertenbeirat der Initiative „Strategiewechsel jetzt!“ an die Politik.

Im Kommentar (1) wird unter anderem vorgeschlagen, dass eine konsequente Trennung politischer Entscheidungen von deren operativer Umsetzung eingeführt werden soll. Dazu sei jedoch ein wirklicher Strategiewechsel erforderlich, der wertvolle Einzelinitiativen wie Logistik-General, Zentrum für Pandemie-Impfstoffe und -Therapeutika (ZEPAI), Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS), Krisenstab zur Impfkampagne, Expertenrunde zu einem resilienten Krisenmanagement logisch zusammenfasse.

In einem Appell (2) der Wissenschaft, den die Mitglieder des Expertenrats der Initiative „Strategiewechsel jetzt!“ mitunterzeichnet haben, wenden sich die Autoren des Fachbuchs „Strategiewechsel jetzt! Corona-Pandemie als Chance für die Neuausrichtung unseres Gesundheitssystems“ an die Politik. Nach Meinung der Experten können sehr schnell zwei Faktoren umgesetzt werden, die für die Beherrschung jeder Pandemie nötig sind: eine valide Datenbasis und ein professionelles Kommunikationsmanagement. <<

1) <http://doi.org/10.24945/MVF.01.22.1866-0533.2364>

2) <http://doi.org/10.24945/MVF.01.22.1866-0533.2366>

Virtuelle Long Covid Klinik

>> Nach Meinung der beiden Münchner Unternehmen myoncae und currysolutions könnte eine virtuelle Long Covid Klinik eine bedarfsgerechte Antwort auf die starken Fallzahlen von Covid-19 und dem neuartigen Krankheitsbild Long Covid sein. Dazu suchen sie zum einen passende Partner, die helfen, die Versorgung zusätzlich zu verbessern oder die sich aktiv an der Forschung beteiligen möchten; zum anderen Finanzierungsmöglichkeiten, um die Plattform nachhaltig und ohne Werbung zu betreiben und weiter ausbauen zu können. <<

www.myoncare.com / www.curry-solutions.com

Gutachten empfiehlt Zentralstelle für medizinische Register

>> Welche medizinischen Register in Deutschland bereits bestehen und wie diese weiterentwickelt werden können, beschreibt ein vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beauftragtes Gutachten. Das Gutachten wurde vom BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH und der TMF – Technologie-

Handbuch Schlaganfall-Lotsen

Hrsg.: Brinkmeier, M., Galle, G

Handbuch Schlaganfall-Lotsen

Verlag: medhochzwei Verlag 2021
72 Seiten, Paperback,

ISBN-Print: 978-3-86216-881-1

Preis: 29,99 Euro



>> Ihre vier Jahre Erfahrungen mit und in dem STROKE OWL-Schlaganfallprojekt haben die beiden Autorinnen Victoria Teipen und Silke Bode, beide Case Managerinnen des vom Innovationsfonds geförderten Projekts, in dem vorliegenden Buch verdichtet. Es ist gleichsam das, was bei den meisten anderen derartigen Projekten fehlt: eine Handlungsanleitung, in der die Arbeitsweise der Lotsen, ihre Aufgaben und Qualifikation ausführlich beschrieben werden.

Das, was im Vorwort steht, ist durchaus ernst zu nehmen, indem Dr. Michael Brinkmeier, der Vorstandsvorsitzende der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, von „in Papier geronnenen Pragmatismus“ spricht, der evidenzbasiert und qualitätsorientiert den Zweck verfolge, das durch STROKE OWL erzeugte Wissen zu verbreiten, auf dass in vielen, anderen Regionen „nach der Kochbuch-Methode“ Schlaganfall-Lotsen auf den Weg gebracht werden können. Denn das sei das erklärte Ziel der Stiftung: Zum Ende des Jahrzehnts soll jede und jeder von einem Schlaganfall Betroffene Zugang zu einem Schlaganfall-Lotsen haben. Brinkmeier: „Das werden wir schaffen. Helfen Sie mit, dieses Ziel noch schneller zu erreichen.“

Diesbezüglich geht er davon aus, dass in dieser Wahlperiode grundlegende Beschlüsse zur Einführung von Lotsen gefasst werden, vielleicht sogar in Form eines Lotsengesetzes, wobei sich dabei die politischen Entscheider an den Ergebnissen und Empfehlungen der herausragenden Lotsenprojekte orientieren würden. <<

cherheit GmbH und der TMF – Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung e.V. erstellt. U.a wird empfohlen, eine Zentralstelle für medizinische Register einzurichten. <<

<https://bit.ly/32fwAY0>



Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Dr. Oliver Gröne

OptiMedis AG

Regionale Versorgung: Auf Landesebene Weichen stellen – vor Ort gestalten

>> „Mittel- und langfristig braucht es hingegen keine fiskalischen, sondern strukturelle Maßnahmen für eine leistungsfähige GKV“, so startet Johannes Bauernfeind, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, eine wichtige Diskussion zur zukünftigen Wettbewerbsgestaltung im Gesundheitswesen. Er schreibt weiter: „Diese Einsicht belebt von neuem die ‚alte‘ Diskussion um das Verhältnis zwischen staatlicher Regulierung und wettbewerblichen Ansätzen – und damit den Wunsch nach einem tauglichen Ordnungsrahmen, der insbesondere Qualität und Effizienz der gesundheitlichen Versorgung bestmöglich befördert.“¹

Sektorübergreifende Versorgung sei aufgrund des Strukturkonservatismus der korporatistischen Akteure bisher nur in experimentellen Settings möglich gewesen, die Statik des „Doppelhauses“ der ambulanten und stationären Versorgung im Kern nicht angetastet. Entweder müsse der Staat künftig „höhere Steuerungsrisiken“ in Kauf nehmen, oder es findet sich „ein regulatorisches Arrangement (...), in dem die Versorgungs- und Kostenrisiken von Akteuren übernommen werden, die selbst keine sektorspezifischen Eigeninteressen verfolgen.“² Erst damit böte sich die Chance zur Erschließung wettbewerblicher Potenziale sowie die Chance, die Versorgung nicht aus der Perspektive von Strukturen zu denken, sondern von den individuellen Bedarfen von Versicherten und Patienten her. Er betont: „Zentrale Herausforderung für ein effizientes Gesamtsystem ist daher eine wirksame Koordination und Kooperation der Leistungsbereiche“. Dann beschreibt er die herausfordernde Rolle eines **Systemintegrators**, der nicht nur hohe logistische Fähigkeiten und ein hohes System- und Steuerungswissen benötige, sondern auch als Informationsquelle, als an Qualitätskriterien orientierter Vertragsgestalter und Datenhalter gefordert sei. Mit einer „unmittelbaren staatlich (zentralen) Steuerung könne eine solche rationale Gesamtsteuerung und eine Stabilisierung der GKV-Financen aber nicht erreicht werden, dafür brauche es den regionalen Bezug, so Bauernfeind. Erst die „Bereitschaft der verschiedenen Akteure, sich auf ein übergreifendes Steuerungsrationale einzulassen und sich darin selbst als gestaltendes Element zu begreifen“, könne dann „(regionale) gemeinsame Gestaltungsziele“ befördern, „schrittweise mehr sektorenübergreifende Versorgungsprozesse passgenauer“ abstimmen und in ein „koordiniertes Versorgungsgeschehen“ einbinden.

Krankenkassen als Systemintegratoren?

Was wir bis hierhin voll und ganz unterstützen, führt in der Folge des Artikels zu einer Reihe von Fragen. Die beschriebene Rolle des

regionalen Systemintegrators sieht der Vorstandsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg nämlich nun einzig bei „den Krankenkassen oder ihren Arbeitsgemeinschaften“.

Den abschließenden Teil seines Beitrags betitelt er deshalb auch mit „Auf dem Weg zu einer Gesamtverantwortung durch die Krankenkassen“.

Aber was sind „die Krankenkassen“? Soll der GKV-Spitzenverband (GKV-SpiBU) zusätzlich auf Landes- oder sogar auf Landkreisebene untergliedert werden, um dann gesamthaft geltende Regelungen mit all den Einrichtungen und Gesundheitsakteuren – die sich ja auch „als gestaltende Elemente“ dabei begreifen sollen – zu vereinbaren? Oder kann man sich ein Arrangement vorstellen, bei dem die AOK bzw. alternativ in Baden-Württemberg die B-52-Kooperation der anderen Krankenkassen die Verhandlungsführung übernimmt? Oder soll jede einzelne Krankenkasse selbst mit jedem der Gesundheitsakteure verhandeln, sodass ein vielgestaltiges Mosaik entsteht? Und würden dann Mitglieder einer Familie oder einer Lebensgemeinschaft, soweit sie bei unterschiedlichen Krankenkassen versichert sind, dann möglicherweise auch nach unterschiedlichen Regularien versorgt? Und an wen soll sich dann die Bürgermeisterin vor Ort bei Problemen hinwenden? Soll sie sich

weiterhin an die „Organisierte Verantwortungslosigkeit“ (Gerlach) wenden oder an das neu vorgeschlagene 3+1-Gremium entsprechend dem Vorschlag des AOK-Bundesverbandes³, wo aber die vorne erwähnten „Häuser“ Kassenärztliche Vereinigung, Krankenhausgesellschaft und Krankenkassen in Kooperation mit dem Landesministerium sich wiederum in möglicherweise langwierige Auseinandersetzungen begeben müssten? Würde damit nicht viel Lebenszeit in Verhandlungsprozessen verbraucht und würden dann die Akteure vor Ort sich nicht doch wieder in einer eher passiven Rolle wiederfinden? Apropos 3+1: Wollten wir nicht mit Blick auf die Zukunft des Arbeitsmarktes und die sich weiter aufspaltende Arbeitsteilung endlich auch die Pflege und die anderen Gesundheits(fach)berufe stärker in Entscheidungen mit einbeziehen? Ist 3+1 nicht nur eine weitere, der heutigen Zeit unangemessene Konservierung von Strukturen, in denen die Patienten kein Mitspracherecht hätten?

1: Dieser Kommentar ist eine Replik zum Kommentar zu „Chancen von Versorgungswettbewerb in der GKV“ von Johannes Bauernfeind, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg in MVF 05/2021 S. 42-44

2: Hervorhebungen durch die Autoren

3: Entsprechend des Vorschlags von J. Bauernfeind und auch der Publikation „Neue Nähe für ein gesünderes Deutschland: AOK-Positionen zur Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2021“ Okt. 2021. Quelle: <https://aok-bv.de/positionen/bundestagswahl-2021/>

Landesebene ist nicht gleich regionale Ebene

Als Befürworter eines regionalen GKV-Spitzenverbands können wir uns die AOK Baden-Württemberg, die schon lange sehr viel Wert darauf legt, sich im Wettbewerb zu differenzieren, nicht vorstellen. Aber auch nicht als Mandatsträger der anderen Krankenkassen und erst recht nicht als jemanden, der sich von anderen Krankenkassen etwas vorschreiben lassen würde. Und die weitere Anhebung der Quote der Versicherten in den Regionen lässt sich ebenso kaum vorstellen. Denn mit hoher Wahrscheinlichkeit würde eine Anhebung über 50% der GKV-Population hinaus doch irgendwann aufsichtsrechtliche Folgerungen nach sich ziehen – im Sinne der Sorge um die Wettbewerbsfähigkeit der restlichen Krankenkassen.

Eine weitere Frage stellt sich zu der **Dimension des Begriffes „regional“** in den Ausführungen von Johannes Bauernfeind. So richtig, wie er den Gesetzgeber der letzten Legislaturen für seine zentral-dirigistischen Eingriffe kritisiert, so vorsichtig müsste man doch eigentlich auch sein, jetzt die Landesebene als die „regionale“ Ebene zu bezeichnen. Nicht nur Baden-Württemberg zeichnet sich durch erhebliche Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Regionen aus. Sogar innerstädtisch, etwa in Stuttgart, unterscheiden sich die sozialen Milieus enorm, sowohl in den Versorgungsbedarfen, dem Gesundheitszustand und der Gesundheitskompetenz, als auch in der Inzidenz bestimmter Erkrankungen und dem Zeitpunkt ihres Auftretens. Grund genug für eine Dopplung, d. h. **die Ausrichtung auf landesweite Planungsregelungen auf der einen Seite mit einer ungefähr auf Landkreis- oder Stadtbezirksebene angesiedelten konkreten Ausgestaltung.**

Versorgung fängt vor Krankheitsbeginn an

Diese ergänzende „regionale“ Ausrichtung auf Landkreisebene sehen wir durch ein zusätzliches Argument noch einmal bestärkt. Die gewünschte Effizienzsteigerung in der Gesundheitsversorgung (und wir ergänzen hier schon einmal ganz im Sinne der aktuellen Koalitionsvereinbarung der Ampel-Regierung auch Pflegeversorgung) erfordert nicht nur eine bessere Koordination der Prozesse. Sie muss auch den Beginn der Versorgung ins Auge nehmen: Nur wer es schafft, Erkrankungen und ihre Progression möglichst weit hinauszuzögern, generiert wirkliche Effizienz. Hierfür braucht es zum richtigen Zeitpunkt und auf den jeweiligen Menschen ausgerichtete Präventionsarbeit und eine dem jeweiligen Milieu kulturell angepasste Förderung von Gesundheitskompetenz. Neben dem Fokus auf das Individuum (Verhaltensprävention) muss aber auch in der Zukunft noch stärker die Verhältnisprävention in die Arbeit Eingang finden. Dies erfordert eine Einbeziehung von sozialen Organisationen, wie Vereine, Beratungsstellen und Selbsthilfeorganisationen, sowie lokale Gewerkschaftsgremien und Kirchengemeinden. Ehrenamtliches Engagement muss gefördert und die „Social Determinants of Health“ gezielt berücksichtigt werden. Dies geht nur regional auf der Ebene eines Landkreises bzw. eines Stadtbezirks. Auch hier wieder in der Doppelung: Auf der Landesebene können und müssen dafür Weichen gestellt werden. Aber die richtigerweise von Bauernfeind angesprochene **Notwendigkeit, dass sich die Akteure auch als gestaltende Elemente begreifen können, erfordert die konkrete Ansprache und Verhandlung vor Ort.**

Wie holt die Krankenkasse die Akteure ins Boot?

Wenn man also einen solchen Systemintegrator auf der niedrigen

regionalen Ebene braucht, wie soll dann eine Krankenkasse diese Aufgabe – für die Gesamtversorgung der lokalen Bevölkerung und für die Ansprache aller Akteure – erfüllen können? Nur die AOKen haben in der Regel noch Geschäftsstellen, die mit den Einrichtungen auf Landkreisebene und den dortigen Kommunen in Kontakt stehen. Die anderen Krankenkassen haben schon lange zur Senkung der Verwaltungskosten und zur innerbetrieblichen Effizienzsteigerung die inhaltlichen Kompetenzzentren auf die überregionale Ebene verlagert. Und auch bei den AOKen gibt es derartige Bestrebungen. Wenn nun tatsächlich die jeweiligen Krankenkassen ihre Mitarbeiter zu Aktivisten der gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit ausbilden und den Akteuren vor Ort spezielle Arrangements anbieten würden, welches Interesse sollten diese Akteure dann haben, ihre Patienten bzw. Klienten oder Mitglieder nach ihrer Krankenversicherung zu unterteilen?

Liefe nicht die AOK (oder jede andere Krankenkasse auch) Gefahr, einen erheblichen finanziellen Zusatzanreiz zahlen zu müssen, um die zusätzlichen Aufwände einer ggf. anderen Abrechnung und Arbeitsorganisation zu vergüten und die Vorbehalte der Akteure vor multiplen Sonderbehandlungen zu überwinden? Dies ist bereits heute eine Herausforderung für Arztpraxen, die sich für im Umfang begrenzte Patientengruppen mit der Komplexität krankenkassenspezifischer Vergütungsmodelle bis hin zu unterschiedlichen Einschreibevorlagen konfrontiert sehen. Würde die Krankenkasse nicht die Zurückhaltung erfahren, die ihr heute schon in den Betrieben entgegengebracht wird, wenn dort befürchtet wird, dass sie mit einem speziellen Projekt auch wettbewerbliche Interessen verbinden könnte? Mit dem Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung und den Facharztverträgen hat die AOK ja ihre Erfahrungen bzgl. der erforderlichen zusätzlichen Vergütungen gemacht. Und dennoch nehmen durchaus relevante Prozentsätze von Ärzten weiterhin nicht teil. Bei den sozialen Einrichtungen würden die Vorbehalte noch größer, da dort die Mitgliedschaft in einer Krankenkasse kein bekanntes Differenzierungsmerkmal ist.

„Contract“ statt „make“ als Devise für Krankenkassen

Die hier geäußerten Fragen und Überlegungen könnten falsch verstanden werden: als Ablehnung der grundsätzlichen Idee und der Möglichkeit, dass Krankenkassen zu Systemintegratoren werden könnten. Wie schon eingangs gesagt teilen wir ganz viele der Grundannahmen für mehr Kooperation und Koordination, nicht nur in der im engeren Sinne medizinischen Versorgung, sondern auch in der Unterstützung von Gesundheitskompetenz, der gezielten Ansprache des jeweiligen kulturellen Milieus und der Einbeziehung der Pflege und der anderen Gesundheits(fach)berufe.

Unser Vorschlag ist deshalb: „Contract“ statt „make“ oder anders gesagt, vertragliche Arrangements statt der Annahme, dass eine Krankenkasse alles selber machen müsste.

Die Krankenkassen könnten sich dann auf die Qualität ihrer Verträge mit Partnern konzentrieren, die auf kleinerer Ebene als regionale Systemintegratoren tätig sind, und wie sie diese auf ihre Ziele hin ausrichten, z. B. durch erfolgsabhängige Vergütungen auf der jeweiligen regionalen Systemebene. Gleichzeitig könnten die Krankenkassen in verstärktem Maß den Wettbewerb um ihre Servicequalität, die Schnelligkeit ihrer Datenbereitstellung, die Qualität ihrer Unterstützung und Aufklärung ihrer Versicherten und um ihre Organisations-

4: The Geneva Association. 2021. New Care Models: How insurers can rise to the challenge of older and sicker societies. Authors: Adrita Bhattacharya-Craven and Nicholas Goodwin. August. www.genevaassociation.org

effizienz untereinander nutzen. So würden sie auf der Beitrags- wie auch auf der Leistungsseite gegenüber ihren Versicherten punkten. Ein Modell, das die „The Geneva Association“, eine Organisation internationaler Versicherungsunternehmen, kürzlich in einem Bericht zu „New Care Models“ wie folgt beschrieben hat:

*„Insurers need to become a strategic **orchestrator** of services. They will need to shift away from just paying claims and start assuming the role of a ‘strategic payer’ and ensure a favourable supply-side condition that can fulfil the promise of NCMs [New Care Models] made to policyholders.“⁴*

Sie wären strategische Payer insofern, als dass sie über die kluge Orchestrierung ihrer Verträge die gewünschten Ziele erreichen – weg von sektororientierten Verträgen und hin zu sektorübergreifenden Verträgen mit unabhängigen regionalen Systemintegratoren. Krankenkassen könnten diesen entweder jeweils eigene – oder vielleicht auch in unserem Setting in Deutschland mit im Wettbewerb stehenden Krankenkassen dann besser teilstandardisierte – Verträge anbieten, die diese genau auf die Systemeffizienz hin ausrichten und incentivieren.

Beispiel Kinzigtal: Lernerfahrungen auf neue Regionen übertragen

Als wir 2005 mit der Konstruktion der Gesundes Kinzigtal GmbH als gemeinschaftlicher Gründung eines aus der Public-Health-Tradition kommenden Gesundheitsunternehmens mit einem interdisziplinären Ärztenetz und der AOK Baden-Württemberg eine solche Vertragslösung entwickelt haben, war genau das die gedankliche Ausrichtung⁵. Und mit dem Erfolgshonorierungs-Modell, das auf der Differenz der Weiterentwicklung der Gesamtkosten gegenüber dem Benchmark für eine analoge Population aufbaute, konnte diese Zielrichtung auch angereizt werden. Dieses Modell funktioniert bereits seit mehr als sechzehn Jahren.

Der Erfolg⁶ wäre wahrscheinlich noch größer, wenn sich auch die B-52-Gruppe der anderen Krankenkassen in Baden-Württemberg und die PKV-Kassen zu einem Vertragsschluss entschließen würden, sodass die Versicherten nicht mehr auseinanderdividiert werden müssten, und wenn das Bundesamt für soziale Sicherung und der Datenschutz populationsorientierter Versorgung gegenüber aufgeschlossener wären. Viele Lernerfahrungen, die im Kinzigtal gemacht wurden, konnten jetzt auch schon auf weitere Regionen in Hamburg, in Nordhessen und sogar in das europäische Ausland ausgedehnt werden. So zum Beispiel das interne Management zugunsten der Ansprache der jeweiligen kulturellen Milieus, die Unterstützung der Selbsthilfe und des Selbstmanagements von Chronikern, die Kooperation und das betriebliche Gesundheitsmanagement mit kleinen und mittleren Unternehmen vor Ort oder die aktive Unterstützung von gezielten Bewegungsangeboten und Reha-Sport. Weiterhin eine Baustelle, aber immerhin deutlich vor dem Standard in Deutschland, ist die informationelle Verknüpfung zumindest der Arztpraxen. Ein immerwährendes Thema sind die Weiterentwicklung des Versorgungsmanagements von Erkrankungen und ihrer Komplexitäts- und Schweregrade sowie die Reorganisation der ambulanten Versorgung. Während der Corona-Pandemie konnte Gesundes Kinzigtal zudem zeigen, welches besondere Potenzial in einer solchen regionalen Organisationsfähigkeit steckt. Angefangen von dem Management lokaler Testzentren und der Entlastung der Praxen über die Information der Patienten, die Kooperation mit den Betrieben bis hin zur Organisa-

Zitationshinweis

Hildebrandt, H., Gröne, O.: „Regionale Versorgung: Auf Landesebene Weichen stellen – vor Ort gestalten“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (01/22), S. 40-42. <http://doi.org/10.24945/MVF.01.22.1866-0533.2367>

tion von überbetrieblichen Impfcentren, konnte Kinzigtal hier den besonderen Vorzug eines Interessenhalters der regionalen Gesundheit demonstrieren. Aktuell werden hier zwei genossenschaftlich über die Gesundes Kinzigtal GmbH organisierte Medizinische Versorgungszentren aufgebaut. Und neben allen Herausforderungen hat sich Gesundes Kinzigtal durch die Möglichkeiten im Rahmen des Erfolgshonorierungsmodells auch immer als Innovationslabor für innovative Versorgungskonzepte bewiesen, um die starren Sektorengrenzen im deutschen Gesundheitssystem zu überwinden.

Der Wechsel von einer sektorenbezogenen Organisation von Gesundheit, Pflege und Versorgung hin zu einer sektorenübergreifenden, oder um es mit Heiner Garg, dem Gesundheitsminister von Schleswig-Holstein, zu sagen „sektorenverbindenden“ Versorgung mit einer Verbesserung des gesamten Systems und der wünschenswerten Reduktion von Morbiditätslast für die vor uns liegenden Jahre ist ein **lang andauernder Entwicklungs- und Lernprozess**, der uns allen noch viel Energie und Intelligenz abfordern wird. Ein enger Austausch mit dazu bereiten Krankenkassen und deren Bereitstellung der GKV-Routinedaten für die Versorgungsoptimierung durch lokale Akteure sind dabei zwei der wichtigsten Erfolgselemente. Mit dem Begriff von Manfred Lucha, Gesundheitsminister von Baden-Württemberg, könnte man dies als die Entwicklung einer **Verantwortungsgemeinschaft der Gesundheitsakteure** bezeichnen. Einer Verantwortungsgemeinschaft, die sich heute daran macht, die Herausforderungen der Versorgung der dreißiger und vierziger Jahre dieses Jahrhunderts besser zu bewältigen, wenn wir weder die Arbeitskräfte noch voraussichtlich die finanziellen Mittel haben werden, um eine sich weiter entwickelnde Morbidität menschenwürdig und human zu versorgen. Eine Aufgabe, die vielleicht im Nachhinein mit der Klimakrise verglichen werden kann – auch die war ja vor dreißig Jahren schon absehbar.

Für beide, ob Klima- oder Morbiditätskrise, gilt, dass die Umsteuerung umso teurer wird, je später sie angefangen wird. Die aktuelle Koalition hat in ihren Vereinbarungen für diese Legislatur viele Weichenstellungen versprochen, jetzt kommt es darauf, was sie und in welcher Form sie diese umsetzen wird. Die Akteure vor Ort sind in vielen Regionen dafür bereit. Die Krankenkassen sind jetzt aufgefordert, mit der „Koalition der Willigen“ derartige Verantwortungsgemeinschaften zu bilden. <<

5: Hermann C., Hildebrandt H., Richter-Reichhelm M., Schwartz FW., Witzernath W. (2006) Das Modell „Gesundes Kinzigtal“. Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparcontractings. Gesundheits- und Sozialpolitik 60(5-6): 10-28

6: vgl. dazu u.a. den Hintergrundartikel zur Evaluation integrierter Versorgung unter: https://optimedis.de/files/Hintergrundartikel_Evaluation_Integrierter_Versorgung.pdf sowie Gröne, O., Langenberger, B., Catalá, E., Wendel, P., Hildebrandt, H. (2021) Erfolgspotenziale durch ein optimiertes Versorgungsmanagement. In: Hildebrandt, Stuppardt (Hrsg.). Zukunft Gesundheit – regionalisiert, vernetzt, patientenorientiert. medhochzwei Verlag Heidelberg. Link: <https://www.medhochzwei-verlag.de/Shop/ProduktDetail/978-3-86216-845-3-Zukunft-Gesundheit>

AMNOG: Anforderungen und Herausforderungen bei der Analyse und Bewertung von Lebensqualitätsdaten

Es braucht neue Ansätze für Lebensqualitätsdaten

Seit Inkrafttreten des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) im Jahr 2011 in Deutschland ist der Stellenwert von Lebensqualitätsdaten in der Nutzenbewertung von Arzneimitteln deutlich gestiegen. Das Gleiche gilt jedoch auch für die methodischen und konzeptionellen Anforderungen, die hinsichtlich ihrer Erhebung und Auswertung im Rahmen klinischer Studien gestellt werden. Aktuelle Problemfelder umfassen unter anderem die Validierung der zur Erhebung konzipierten Messinstrumente, die Etablierung akzeptierter Relevanzschwellen für die Abbildung eines klinisch bedeutsamen Effekts, den Umgang mit ungenügendem Rücklauf der Fragebögen und Konzepte zur statistischen Auswertung von Lebensqualitätsdaten im Rahmen von Studien mit Überlebenszeitendpunkten. Ansätze zur Lösung dieser Probleme werden in einem Feld, in dem die unterschiedlichen Interessen von akademischer Forschung, den für die Bewertungen zuständigen Institutionen und den Arzneimittelherstellern aufeinandertreffen, diskutiert. Ein konstruktiver Dialog aller Beteiligten ist für die Schaffung tragfähiger Konzepte erforderlich.

>> Seit Inkrafttreten des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) im Jahr 2011 sind pharmazeutische Unternehmen verpflichtet, den Zusatznutzen eines neu zugelassenen Arzneimittels, einer neuen Kombination oder eines bereits zugelassenen Arzneimittels, dessen Zulassung erweitert wurde, gegenüber einer oder mehrerer Standardtherapien nachzuweisen. Das Ergebnis dieser Nutzenbewertung (NB) nach § 35a SGBV bildet die Basis für die anschließend stattfindenden Verhandlungen zum Erstattungsbetrag mit dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen.

Zentrales Element der NB ist das vom pharmazeutischen Unternehmer (pU) einzureichende Nutzendossier, in dem der Zusatznutzen gegenüber der sogenannten zweckmäßigen Vergleichstherapie – die vom Komparator in den pivotalen Zulassungsstudien abweichen kann – anhand patientenrelevanter Endpunkte zu belegen ist. Die NB wird vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) oder vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) basierend auf dem Nutzendossier des pU durchgeführt. Der G-BA beschließt anschließend über die Anerkennung eines Zusatznutzens. Die methodischen Anforderungen an die NB werden in der Verfahrensordnung des G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss 2018) und in den Allgemeinen Methoden des IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2020) beschrieben.

Der Stellenwert von Lebensqualitätsdaten im Rahmen der NB

Neben Mortalität und Morbidität ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität (health-related quality of life, HRQoL) eine maßgebliche patientenrelevante Zielgröße für die

Beurteilung des therapeutischen Nutzens eines Arzneimittels (Gemeinsamer Bundesausschuss 2018; Bundesministerium für Gesundheit 2010). Der Stellenwert wird auch vom IQWiG hervorgehoben: „Der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wird die gleiche Bedeutung beigemessen wie schwerwiegenden (bzw. schweren) Symptomen, Folgekomplikationen und Nebenwirkungen.“ (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2020: 204).

Die HRQoL hat seit Inkrafttreten des AMNOG einen immer größeren Stellenwert in der Bewertung des Zusatznutzens neuer Arzneimittel eingenommen. Der Vorsitzende des G-BA, Prof. Josef Hecken, betont, wie wichtig die Lebensqualität (LQ) bei der Abwägungsentscheidung zum Zusatznutzen sei (Deutscher Bundestag 2014; Staeck 2016). So werte er „die Lebensqualität von Patienten in der letzten Lebensphase höher als eine marginale Verlängerung der Lebenszeit“ (Staeck 2016). Fehlende adäquate Daten zur HRQoL könnten, weil sie bspw. nicht erhoben wurden oder weil die verwendeten Messinstrumente oder deren klinische Relevanzschwellen nicht validiert wurden, folglich auch zu Konsequenzen in der NB in Form eines nicht hinreichend belegten Zusatznutzens oder einer Befristung des Beschlusses des G-BA führen (Staeck 2016; Gemeinsamer Bundesausschuss 2018).

Im Folgenden werden methodische Anforderungen bei der Analyse und Bewertung von LQ-Daten im Kontext der NB sowie aktuelle Herausforderungen beschrieben und diskutiert.

Methodische Anforderungen an LQ-Daten in der Nutzenbewertung

Aus Sicht des IQWiG sind bei der Analyse von LQ-Daten die gleichen methodischen

Anforderungen an Studiendesign und Analyse und Bewertung der Daten zu erfüllen wie bei anderen patientenrelevanten Endpunkten (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2020); dass der G-BA sich dieser Sichtweise anschließt, ist aus den bereits über 560 abgeschlossenen Bewertungsverfahren (Stand: April 2021) erkennbar. Eine methodisch fundierte Bewertung der LQ erfordert psychometrisch validierte Messinstrumente (z. B. Fragebögen), was sowohl krankheitsspezifische als auch generische Instrumente einschließt. Die Validierung solcher Instrumente muss anhand von Daten dokumentiert werden, welche die strukturelle Integrität des Messinstruments in der Zielpopulation und den Vorhersagewert des Messinstruments für den patientenrelevanten Endpunkt belegen. Generische Messinstrumente allein sind häufig nicht geeignet, um therapiespezifische Effekte zu erfassen, da sie nicht hinreichend sensitiv sind, um Unterschiede in klinischen Populationen mit einer häufig niedrigen LQ abzubilden (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2020). Zudem müssen sie auch im betreffenden Krankheitsgebiet validiert worden sein.

Neben validierten Messinstrumenten sind auch akzeptierte Relevanzschwellen, z. B. in Form einer Minimal Important Difference (MID), erforderlich, um auf Basis von LQ-Daten einen Zusatznutzen ableiten zu können. Anhand dieser Relevanzschwellen, deren Validität dabei für die aktuelle bzw. verwendete Version des Messinstruments zu belegen ist, werden individuell Kriterien für das Vorliegen einer Therapieantwort („Response“) definiert (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2020). Eine Bewertung der Relevanz kann auf Basis von Responderanalysen als auch standardisierter

Mittelwertdifferenzen (SMDs, in Form von Hedges' g) durchgeführt werden. Kritik an Responderanalysen auf Basis einer individuellen MID wurde in der aktuellen Version 6.0 der Allgemeinen Methoden des IQWiG hinsichtlich Methodik und weiterer Kontextfaktoren geübt: Wurde die MID eines validierten Messinstruments für eine spezifische Entität (noch) nicht empirisch ermittelt, was bei generischen Instrumenten häufiger der Fall ist (Klakow-Franck 2014), kann diese nicht als Relevanzschwelle verwendet werden. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass eine für eine Entität gültige MID auf eine andere Patientengruppe übertragbar ist.

Entsprechend der Methodik des IQWiG sind für LQ-Daten Responderanalysen unter Verwendung eines validen Responsekriteriums – z.B. der MID – durchzuführen (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2020). Bei Vorliegen patientenindividuell unterschiedlich langer Beobachtungszeiten, wie sie bspw. in onkologischen Studien sehr häufig zu finden sind, werden Ereigniszeitanalysen, die die Zeit bis zum Auftreten eines Ereignisses mit berücksichtigen (Unkel et al. 2019), als die adäquate Methodik angesehen.

Als Ereignis wird bei einem Patienten je nach Entität und Krankheitsstadium bspw. die Verbesserung oder Verschlechterung einer Skala des Messinstruments, definiert als hinreichend sicher für die Patienten spürbare Veränderung gegenüber dem Ausgangswert bei Studieneinschluss, gewertet. Einen etablierten Standard, mit dem die Aussagekraft der herangezogenen MIDs abgeschätzt werden kann, gibt es bislang nicht. Für einen im Jahr 2020 veröffentlichten ersten Vorschlag für ein Instrument zur Qualitätsbewertung von Studien zur Ermittlung von MIDs und deren Aussagekraft fehlen bisher noch umfassende Ergebnisse (Devji et al. 2020) und die dort angewandten Kriterien zur Bewertung der Qualität von Anker zur Festlegung von Schwellenwerten werden von Experten nicht unkritisch gesehen (Peipert 2020). Das IQWiG definiert aktuell – statt bisher eine Veränderung um mindestens die validierte MID – einen Wert von 15% der Skalenspannweite als plausiblen Schwellenwert für eine zwar kleine, aber hinreichend sicher spürbare Veränderung (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2020).

Liegt das präspezifizierte Responsekriterium im Sinne einer MID unterhalb von 15% der Skalenspannweite, können neben einer post-hoc Definition des Responsekriteriums von genau 15% der Skalenspannweite auch

stetige Modelle (z. B. Gemischte Modelle für wiederholte Messungen) unter Hinzunahme von normativen Effektschätzern wie Hedges' g verwendet werden. Unter der Kenntnis der zeitlichen Stabilität der Skala in der Zielpopulation können solche normativen Effektschätzer prinzipiell genutzt werden, um die Verteilung von Veränderungsmaßen zu schätzen (Morris & DeShon 2002), mit denen auch Responderaten auf Basis möglicher MID-Szenarien diskutiert werden können.

Der Rücklauf der Fragebögen sollte zur Verwertbarkeit der Daten hinreichend groß sein. In der Regel wird hier eine Schwelle von 70% angesetzt, d.h. die Ergebnisse sollen auf mindestens 70% der eligiblen Studienteilnehmenden basieren. Das IQWiG differenziert aktuell in einem zweiten Schritt die Follow-up-Verluste und beschreibt, dass diese ggf. durch adäquate Ersetzungsstrategien ausgeglichen werden können (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2020).

Die statistische Auswertung von LQ-Daten im Rahmen von Studien mit Überlebenszeitendpunkt stellt, unter anderem durch unterschiedlich lange Nachbeobachtungszeiten und Zensierungen, besondere Anforderungen an die statistische Analyse.

Die im Folgenden näher beschriebenen Aspekte der Analyse und Bewertung von LQ-Daten stellen eine Auswahl wichtiger und aktuell meist diskutierter Teilbereiche im Kontext der NB dar. Weitere relevante Aspekte, wie die Validität der Messinstrumente, Boden- und Deckeneffekte, Größenordnung des Effekts (jenseits der Relevanzschwelle) werden hier nicht näher betrachtet, sollten jedoch im Rahmen einer weiterführenden methodischen Auseinandersetzung berücksichtigt werden.

Kommentar zu Responseschwellen und MID

Im Rahmen der Bewertung der Relevanz beobachteter Veränderungen auf einer LQ-Skala ist nicht nur deren statistische Signifikanz, sondern insbesondere auch deren klinische Relevanz zu berücksichtigen. Hierzu ist die Definition eines Schwellenwertes, allgemein als Responseschwelle bezeichnet, als Kriterium für eine relevante Veränderung auf der LQ-Skala erforderlich.

Während eine Responseschwelle nicht zwingend eine minimale Schwelle für relevante Veränderungen darstellt, handelt es sich bei der MID um den Wert, der den kleinsten klinischen relevanten Unterschied

zwischen Zeitpunkten definiert. Die Festlegung der MID ist jedoch mit Herausforderungen verbunden.

Ein erstes Problem besteht bereits in der uneinheitlichen Verwendung des Begriffes der MID. In randomisierten klinischen Studien, in denen Patientengruppen (= die Studienarme) miteinander verglichen werden, wäre der kleinste klinisch relevante Unterschied zwischen Gruppen zu bestimmen. Die „Relevanz“ des Unterschiedes ist jedoch schwierig zu bewerten. Bezieht man sich hierbei auf externe Kriterien wie bspw. die Funktionsfähigkeit oder Toxizitätsprofile, vergleicht man verschiedene Konstrukte. Die inhaltliche Zulässigkeit ist fraglich, da es sich bei externen Kriterien um Fremdeinschätzungen durch den Arzt handelt, LQ jedoch per definitionem ein subjektives Konstrukt ist. Ein Heranziehen der Fremdeinschätzung des Arztes als externes Kriterium für die LQ wäre ausschließlich zulässig, wenn belegt werden könnte, dass diese mit der Selbsteinschätzung der Patienten übereinstimmt, was in der Regel nicht der Fall ist. Daher wird meist ein zweiter Weg gewählt: Die LQ-Scores von Patienten zu zwei Zeitpunkten werden miteinander verglichen. Zusätzlich werden die Patienten befragt, inwieweit ihre LQ besser oder schlechter geworden ist. Die mittlere Differenz in den LQ-Scores bei den Patienten, die minimale Veränderungen in der LQ angegeben haben, ist die MID. Hier prüft man also den kleinsten klinisch relevanten Unterschied zwischen Zeitpunkten. Da der Vergleich zwischen Studienarmen und der zwischen Zeitpunkten sich konzeptionell grundlegend unterscheidet, sollte man dies auch in der Begrifflichkeit unterscheiden. Crosby et al. (2003) schlugen für ersteres den Begriff MID vor, für letzteres den Begriff „Clinically Meaningful Change“ (CMC) (Crosby et al. 2003).

Weitere Probleme sind zum einen, dass sich empirisch gezeigt hat, dass sich der CMC bei Verschlechterungen versus Verbesserungen der LQ unterscheidet (Cocks et al. 2012). Zum anderen müssen MID und CMC, die für eine Patientengruppe ermittelt wurden, nicht automatisch auch bei einer anderen Gruppe gelten.

Um die Variabilität einer MID eines Erhebungsinstrumentes hinsichtlich Art und Schwere einer Erkrankung, der untersuchten Richtung einer Veränderung oder der Methodik abzubilden, hat das IQWiG in seiner aktuellen Methodik einen neuen Ansatz entwickelt, der auf pragmatischem Weg die Ermittlung von Schwellen ermöglichen soll,

die hinreichend sicher einen klinisch bedeutsamen Bereich abgrenzen. Konkret legt das Institut fest, dass es künftig Responderanalysen ab einem Grenzwert von mindestens 15% der Skalenspannweite des verwendeten Erhebungsinstruments für die Bewertung heranzieht (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2019). Begründet wird der gewählte Schwellenwert damit, dass eine Sichtung von systematischen Übersichtsarbeiten zu MIDs ergeben habe, dass sich MIDs in vielen Fällen zwischen 10 und 20% der Spannweite der Scores eines Erhebungsinstruments bewegen.

Durch das Festlegen einer Schwelle von 15% soll nach Aussage des IQWiG erreicht werden, dass eine hinreichend sichere, für die Patienten spürbare Veränderung abgebildet werden kann und das Risiko einer ergebnisgesteuerten Berichterstattung durch eine beliebige Auswahl eines von vielen möglichen MIDs minimiert wird. Dieser neue Ansatz ermöglicht eine Vorhersehbarkeit der Akzeptanz von Responseschwellen und bietet zudem einen Weg, relevante Änderungen der LQ für Erhebungsinstrumente nachzuweisen, für die keine validierte MID in der entsprechenden Indikation vorliegt.

Dieser neue pragmatische Ansatz des IQWiG unterliegt jedoch auch einigen Einschränkungen. So gibt es Erhebungsinstrumente, die keine klar begrenzte Skala haben und die Punktzahlen ihrer Ergebnisse zunächst über einen T-Score umgerechnet werden müssen, um die Veränderungen einordnen zu können (z.B. SF-36). Zudem herrscht kein Konsens darüber, wie ein Schwellenwert von 15% ermittelt werden soll. So können zur Definition des Bereiches die maximal und minimal berechenbaren Scores oder externe (das heißt empirische) Werte verwendet werden. Alternativ kann der Bereich basierend auf einer festgelegten Anzahl von Standardabweichungen vom Mittelwert definiert werden.

Eine weitere Einschränkung besteht darin, dass in die Validierung des Schwellenwertes von 15% keine Bewertung seitens der Patienten einfließt. Eine Möglichkeit, die Sicht der Patienten bezüglich der Effektivität einer Intervention hinsichtlich der LQ einfließen zu lassen, wäre eine Einschätzung der Patienten die Schwelle, ab der von einer „ausreichend guten“ oder auch einer „relevant schlechten“ LQ gesprochen werden kann, selbst anzugeben. Das Konzept solcher Schwellenwerte (Cut-Offs) ist in anderen Bereichen, in denen patientenberichtete Endpunkte (patient-reported outcomes,

PRO) dargestellt werden, durchaus etabliert (Zigmond & Snaith 1983). Im Falle der LQ scheint wichtig zu sein, dass nur Personen, die die Erkrankung und damit die mögliche LQ-Einschränkung selbst erlebt haben, diese Schwelle sinnvoll einschätzen können. In Pilotstudien hat sich dieses Vorgehen als durchführbar gezeigt (Fahsl et al. 2012).

Erste NB-Verfahren nach neuer IQWiG-Methodik zeigen, dass während das IQWiG bereits für die Anerkennung von Responderanalysen strikt die 15%-Grenze festschreibt, der G-BA im Augenblick zusätzlich auch noch Auswertungen nach alter Methodik anerkennt. Im NB-Verfahren zu Secucinumab in der Indikation Psoriasis Arthritis bspw. wurde der Fragebogen HAQ-DI zur Erfassung der Behinderung durch eine entzündlich-rheumatische Gelenkerkrankung herangezogen. Das IQWiG berücksichtigte die initial vom pU dargestellte MID von $\geq 3,5$ unter Verweis auf die neuen Methoden nicht für die NB und zog lediglich die vom pU im Rahmen der Stellungnahme nachgereichte Auswertung mit einer Responseschwelle von 15% (entspricht einer MID von $\geq 0,45$) heran.

Der G-BA hatte in der vorliegenden Indikation bereits die MID von $\geq 0,35$ Punkten als klinisch relevante Veränderung beim HAQ-DI anerkannt und zog vor dem Hintergrund der aktuellen methodischen Diskussion beide Responderanalysen zur Bewertung des Zusatznutzens heran. Gleiches gilt für den Fragebogen SF-36 im selben NB-Verfahren zur Messung der HRQoL in klinischen Studien (Gemeinsamer Bundesausschuss 2020).

Im Rahmen von Beratungsgesprächen und auf der auf seiner Website veröffentlichten FAQs (Gemeinsamer Bundesausschuss 2020, 2021a, 2021b) verweist der G-BA zur Umsetzung und Auswertung der klinischen Relevanzschwellen derzeit auf die „Allgemeinen Methoden“ 6.0 des IQWiG. In einer Übergangszeit, die bis zum Inkrafttreten einer angepassten Vorlage für Modul 4 des Nutzen dossiers gelte, sind die pU dazu angehalten, für Responderanalysen grundsätzlich sowohl Auswertungen unter Verwendung einer bereits durch den G-BA in der Vergangenheit akzeptierten klinischen Relevanzschwelle (z. B. eine MID) als auch der 15%-Schwelle darzustellen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021a).

Am 16. Dezember 2021 hat der G-BA in seiner öffentlichen Sitzung die Änderung der Modulvorlagen in der Anlage II zum 5. Kapitel der Verfahrensordnung beschlossen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021b).

Hiermit werden Änderungen vorgenommen, die die neuen Vorgaben des IQWiG zu MID-basierten Responderanalysen bei PRO aufgreifen.

Kommentar zu Rücklaufquoten

Ein ausreichender Rücklauf von Fragebögen stellt sicher, dass die befragte Stichprobe repräsentativ für die Studienpopulation ist. Bei zu hohen Ablehnerquoten ist mit einem erhöhten Selektionsbias zu rechnen.

Hier müssen die Begrifflichkeiten sauber getrennt werden: Ablehnerquote definiert den Anteil der Patienten, die bereits bei Baseline eine Teilnahme an der Erhebung ablehnen. Abbruchquote definiert den Teil der Patienten, die initial an der Studie teilnehmen, an Follow-up-Zeitpunkten jedoch nicht mehr. Hierdurch kann ein Selektionsbias entstehen, wenn Patienten mit schlechterer LQ häufiger aus der Studie ausscheiden, was aber eher die Regel als die Ausnahme darstellt. Deshalb ist es wichtig, möglichst geringe Ablehner- und Abbruchquoten zu erzielen. Aber was genau heißt „möglichst gering“?

Das IQWiG beschreibt in seinem Methodenpapier 6.0 die Bewertung fehlender Werte in klinischen Studien – hier fehlende Fragebögen – in einem zweistufigen Prozess. Zunächst werden Studienteilnehmer betrachtet, die aus der Analyse vollständig ausgeschlossen wurden (= Ablehnerquote). Ergebnisse sollen auf mindestens 70% der in die Auswertung eingeschlossenen Patienten basieren, um für die NB berücksichtigt zu werden. In der nachfolgenden Betrachtung der Follow-up-Verluste (= Abbruchquote) legt das IQWiG keine festen Grenzen fest, sondern richtet sich kontextabhängig nach folgenden Faktoren: 1. Anzahl und Zeitpunkt der Follow-up-Verluste und 2. Gründe für die Follow-up-Verluste (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2020).

Jedoch zeigen die Erfahrungen aus einer Vielzahl von NB-Verfahren, dass die Bezugsgröße eine wesentliche Frage und Schwierigkeit bei der Ermittlung und Bewertung der Abbruchquoten ist. IQWiG und G-BA berücksichtigen zur Ermittlung der Abbruchquoten alle randomisierten Patienten im Nenner und ziehen dort lediglich verstorbene Patienten ab, was bedeutet, dass Patienten, die gemäß Studienprotokoll keinen Fragebogen mehr erhalten, weil sie die Behandlung (vorab) beendet haben und die LQ nur bis zum Behandlungsende erfasst wird, als „Abbrecher“ gewertet werden. Dies steht im Kontrast zur

Auffassung der pU, dass sich Patienten in dieser Konstellation nach Behandlungsende nicht mehr im Risikozustand befinden und folglich nicht als „Abbrecher“ zu werten sind. Sowohl Ablehner- als auch Abbruchquoten sollten auf die zum jeweiligen Zeitpunkt im Analyseset verfügbaren Patienten bezogen werden. Es könnte zudem informativ und relevant sein, diesen Kennwert den bislang von IQWiG und G-BA verwendeten gegenüberzustellen.

Kommentar zur statistischen Auswertung von LQ-Daten im Rahmen von Studien mit Überlebenszeitendpunkt/unterschiedlich langen Beobachtungszeiten

Insbesondere in der Onkologie werden im Rahmen von Überlebenszeitstudien LQ-Daten erhoben. Studien mit einem Überlebenszeitendpunkt werden aufgrund unterschiedlich langer Nachbeobachtungszeiten

und Zensierungen mittels statistischer Verfahren der Überlebenszeitanalyse (v.a. Kaplan-Meier, Cox' Proportionales Hazards Modell) ausgewertet; dies erschwert auch die Analyse der LQ. Mittels Techniken der Überlebenszeitanalyse wird häufig die Zeit bis zur Verschlechterung analysiert, wobei Zensierungsgründe konkret auch Progression oder Tod sein können, welche konkurrierende Risiken darstellen. Zensierung mittels eines konkurrierenden Risikos ist subtil: Das Cox

Literatur

1. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2018): Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Zuletzt geändert am 16. August 2018 - veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 05.03.2019 B2 - in Kraft getreten am 6. März 2019. In: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1777/VerfO_2018-08-16_iK-2019-03-06.pdf. (abgerufen am: 17.06.2021)
2. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2020): Allgemeine Methoden. Version 6.0 vom 05.11.2020. In: https://www.iqwig.de/methoden/allgemeine-methoden_version-6-0.pdf?rev=144030. (abgerufen am: 18.01.2021)
3. Bundesministerium für Gesundheit (2010): Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung - AM-NutzenV. In: <http://www.gesetze-im-internet.de/am-nutzenv/AM-NutzenV.pdf>. (abgerufen am: 17.06.2021)
4. Deutscher Bundestag (2014): Hecken lobt Arzneimittelgesetz. In: Heute im Bundestag 2014, 145. In: https://www.bundestag.de/webarchiv/Presse/hib/2014_03/01-262758. (abgerufen am: 25.08.2021)
5. Staack, F. (2016): GBA-Chef will Vorfahrt für Lebensqualität. In: Ärzte Zeitung, 03.06.2016, http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/arzneimittelpolitik/nutzenbewertung/article/9_12741/nutzenbewertung-gba-chef-will-vorfahrt-lebensqualitaet.html. (abgerufen am: 12.08.2021)
6. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2018): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage XII – Verlängerung der Befristung der Geltungsdauer eines Beschlusses über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V – Trifluridin/Tipiracil. In: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-5105/2018-07-05_AM-RL-XII_Trifluridin-Tipiracil_Verlaengerung-Befristung_D-252_TrG.pdf. (abgerufen am: 17.06.2021)
7. Klakow-Franck, R. (2014): Die Bedeutung von Lebensqualität für die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses. In: ZEFQ 2014, 108, 2: 151-6
8. Unkel, S., Amiri, M., Benda, N., Beyersmann, J., Knoerzer, D., Kupas, K., et al. (2019): On estimands and the analysis of adverse events in the presence of varying follow-up times within the benefit assessment of therapies. In: Pharm Stat 2019, 18, 2: 166-83
9. Devji, T., Carrasco-Labra, A., Qasim, A., Phillips, M., Johnston, B. C., Devasenapathy, N. et al. (2020): Evaluating the credibility of anchor based estimates of minimal important differences for patient reported outcomes: instrument development and reliability study. In: BMJ 2020, 369: m1714
10. Peipert, J. D. (2020): Re: Evaluating the credibility of anchor based estimates of minimal important differences for patient reported outcomes: instrument development and reliability study. In: BMJ 2020, 369:m1714
11. Morris, S. B., DeShon, R. P. (2002): Combining effect size estimates in meta-analysis with repeated measures and independent-groups designs. In: Psychological Methods 2002, 7, 1: 105-25
12. Crosby, R. D., Kolotkin, R. L., Williams, G. R. (2003): Defining clinically meaningful change in health-related quality of life. In: J Clin Epidemiol 2003, 56, 5: 395-407
13. Cocks, K., King, M. T., Velikova, G., de Castro, G. Jr., Martyn St-James, M., Fayers, P. M. et al. (2012): Evidence-based guidelines for interpreting change scores for the European Organisation for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30. In: Eur J Cancer 2012, 48, 11: 1713-21
14. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2019): Allgemeine Methoden. Entwurf für Version 6.0 vom 05.12.2019. In: https://www.iqwig.de/download/Allgemeine-Methoden_Entwurf-fuer-Version-6-0.pdf. (abgerufen am: 17.06.2021)
15. Zigmond, A. S., Snaith, R.P. (1983): The hospital anxiety and depression scale. In: Acta Psychiatr Scand 1983, 67, 6: 361-70
16. Fahsl, S., Keszte, J., Boehm, A., Vogel, H. J., Völkel, W., Meister, E. F. et al. (2012): Clinical relevance of quality-of-life data in laryngectomized patients. In: Laryngoscope 2012, 122, 7:1532-8
17. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2020): Nutzenbewertungsverfahren zum Wirkstoff Secukinumab (Neue wissenschaftliche Erkenntnisse (§ 14): Psoriasis-Arthritis). In: <https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/590/#nutzenbewertung>. (abgerufen am: 17.06.2021)
18. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2021): Antworten auf häufig gestellte Fragen zum Verfahren der Nutzenbewertung. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/themen/arzneimittel/arzneimittel-richtlinie-anlagen/nutzenbewertung-35a/faqs/#wie-soll-vor-dem-hintergrund-der-veroffentlichung-des-methodenpapiers-60-des-iqwig-am-5-november-2020-derzeit-in-der-dossiererstellung-mit-der-bestimmung-von-klinischen-relevanzschwellen-bei-komplexen-skalen-umgegangen-werden> (abgerufen 12.08.2021)
19. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2021): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Verfahrensordnung: Änderung der Modulvorlage in der Anlage II zum 5. Kapitel vom 16. Dezember 2021. In: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5217/2021-12-16_VerfO_Aenderung-Modulvorlage-Anlage-II-Kap-5.pdf. (abgerufen am: 27.12.2021)
20. Allignol, A., Beyersmann, J., Schmoor, C. (2016): Statistical issues in the analysis of adverse events in time-to-event data. In: Pharm Stat 2016, 15, 4: 297-305
21. Beyersmann, J., Schmoor, C. (2019): The Analysis of Adverse Events in Randomized Clinical Trials. In: Halabi, S., Michiels, S. (Hrsg.) (2019): Textbook of Clinical Trials in Oncology - A Statistical Perspective. 1. Auflage. New York: Chapman and Hall/CRC, 537-557
22. Olschewski, M., Schulgen, G., Schumacher, M., Altman, D. G. (1994): Quality of life assessment in clinical cancer research. In: Br J Cancer 1994, 70, 1: 1-5
23. Olschewski, M., Schumacher, M. (1990): Statistical analysis of quality of life data in cancer clinical trials. In: Statistics in Medicine 1990, 9, 7: 749-63
24. Schumacher, M., Olschewski, M., Schulgen, G. (1991): Assessment of quality of life in clinical trials. In: Statistics in Medicine 1991, 10, 12: 1915-30
25. Gran, J. M., Lie, S.A., Øyeflaten, I., Borgan, Ø., Aalen, O. O. (2015): Causal inference in multi-state models—sickness absence and work for 1145 participants after work rehabilitation. In: BMC Public Health 2015, 15, 1: 1082
26. Rizopoulos, D. (2012): Joint Models for Longitudinal and Time-to-Event Data: With Applications in R. New York: Chapman and Hall/CRC
27. Coens, C., Pe, M., Dueck, A. C., Sloan, J., Basch, E., Calvert, M., et al. (2020): International standards for the analysis of quality-of-life and patient-reported outcome endpoints in cancer randomised controlled trials: recommendations of the SISAQOL Consortium. In: Lancet Oncol 2020, 21, 2: e83-e96

Modell liefert ein korrektes Hazard Ratio (HR) für die Zeit bis zur Verschlechterung. Die Zensierung ist jedoch informativ bezüglich Wahrscheinlichkeitsaussagen und muss daher durch die Möglichkeit, mehrere Ereigniszeiten konkurrierender Risiken simultan zu analysieren, ergänzt werden. Auch Kaplan-Meier-Kurven sind nicht sinnvoll, da diese die tatsächlichen Häufigkeiten überschätzen. Stattdessen ist der Aalen-Johansen-Schätzer der sogenannten kumulativen Inzidenzfunktion zu verwenden (Allignol et al. 2016; Beyersmann & Schmoor 2019).

Eine besondere Rolle spielt die „Zensierung durch Progression“. Häufig sieht in diesem Fall das Studienprotokoll vor, LQ-Daten nicht weiter zu erheben. Dies ist häufig mit der Kritik verbunden, dass auch Progression eine informative Zensierung bezüglich des HR sei. Dies ist jedoch nicht der Fall für die Analyse des HR im Kontext konkurrierender Risiken und für die Zeitdauer des progressionsfreien Überlebens.

Ein Kritikpunkt an der Zielgröße „Zeit bis zur Verschlechterung“ ist, dass diese eine mögliche Besserung der LQ nicht erfasst. Eine Analyse der Dauer einer relativ guten LQ ist jedoch mittels einer Erweiterung konkurrierender Risiken hin zu Mehrstadienmodellen möglich, was bereits Anfang der 90er Jahre vorgeschlagen wurde (Olschewski et al. 1994; Olschewski & Schumacher 1990; Schumacher et al. 1991). Aktuelle Entwicklungen verknüpfen Mehrstadienmodelle, Zensierung bei Behandlungswechsel (wie z. B. nach Progression) mit kausalen Analysen (Gran et al. 2015) und sind Bestandteil der aktuellen Estimand-Debatte (Unkel et al. 2019). Eine Ausweitung des Diskurses auf die LQ-Messung wäre ebenfalls wünschenswert.

Die bisher diskutierten Analysen erfordern, dass LQ kategorisiert wird, was sowohl die statistische Analyse als auch deren Interpretation erleichtert. Um jedoch den longitudinalen Verlauf der LQ direkt zu untersuchen, werden häufig Gemischte Lineare Modelle verwendet. Eine implizite Annahme ist hier, dass nicht vorliegende LQ-Daten „Missing at Random“ sind, d.h. der Umstand, ob Daten fehlen oder nicht, ist unabhängig von der Ausprägung der fehlenden Werte. Soll jedoch die longitudinale LQ-Trajektorie als solche ausgewertet werden, bietet sich als Alternative zum Gemischten Linearen Modell ein Joint Model an, in dem der „informativ Drop Out“ Prozess mitmodelliert wird und daher „Missing Not at Random“ sein darf (Rizopoulos 2012). Der Preis hierfür sind typischerweise relativ strikte Modellannah-

men sowie nicht selten numerische Schwierigkeiten. Ferner erlaubt ein Joint Model sogar die fragwürdige Extrapolation von LQ nach dem Tod.

Schlussfolgerung/Fazit

Die Erhebung der HRQoL von Patienten im Rahmen klinischer Studien beruht auf subjektiven Beurteilungen durch den Patienten. Ein wichtiges Ziel bei der Auswertung der dadurch gewonnenen Daten ist es, dennoch möglichst verlässliche Erkenntnisse daraus zu ziehen. Spätestens mit der Einführung der NB von Arzneimitteln im Rahmen des AMNOG wird dieses Anliegen noch dringlicher, da hier der Fokus ausschließlich auf patientenrelevanten Endpunkten liegt. Anhand der hier diskutierten aktuellen Beispiele wird die wachsende Bedeutung von LQ-Daten im NB-Verfahren deutlich, jedoch auch herausgearbeitet, welche methodischen und konzeptionellen Probleme und Herausforderungen daraus entstehen und über welche Lösungsansätze aktuell diskutiert wird. Es besteht ein akuter Bedarf an neuen Ansätzen, die möglichst auch alle involvierten Interessen berücksichtigen sollten. Ein stetiger Austausch zwischen akademischer Forschung, den für die Bewertungen zuständigen Institutionen (G-BA; IQWiG) und den pU mit dem Ziel, solche Lösungen zu finden, ist – gerade auch im Sinne der Patienten – mehr als wünschenswert.

Positive Ansätze in dieser Richtung sind vorhanden: Genannt sei hier die Arbeit der Projektgruppe „Analyse unerwünschter Ereignisse bei variablen Beobachtungszeiten“, der Arbeitsgruppe „Therapeutische Forschung“ (ATF) der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V. (GMDS) und der Arbeitsgruppe „Pharmazeutische Forschung“ (APF) der Deutschen Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft (IBS-DR).

Es ist zu begrüßen, dass ein Austausch hinsichtlich der Analyse und Bewertung von PRO einen immer größeren Stellenwert einnehmen und die Entwicklung von Lösungsansätzen dadurch vorangetrieben wird. So waren im Jahr 2020 die Herausforderungen bei der Analyse von PRO bspw. Thema eines Workshops der ATF der GMDS und im Juni 2021 Fokus der Veranstaltungsreihe „IQWiG im Dialog“. Das interdisziplinäre Setting International Standards in Analyzing Patient-Reported Outcomes and Quality of Life Endpoints Data (SISAQOL) Consortium veröffentlichte im Februar 2020 seine internationalen

Empfehlungen für die Analyse von PRO (Coens et al. 2020), die bei der Entwicklung von Standards bei der Analyse von PRO auch in der NB berücksichtigt werden sollen. <<

von:

Sarah Böhme MSc¹

Prof. Dr. rer. med. Susanne Singer²

Stephanie Kauffmann MSc³

Dipl.-Stat. Friedhelm Leverkus⁴

- 1: Manager Health Technology Assessment bei Pfizer in Deutschland
- 2: Leiterin der Abteilung Epidemiologie und Versorgungsforschung am Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Universitätsmedizin Mainz
- 3: Junior Manager Health Technology Assessment bei Pfizer in Deutschland
- 4: Director Health Technology Assessment & Outcomes Research Health & Value bei Pfizer in Deutschland

Autorenerklärung

Sarah Böhme, Friedhelm Leverkus und Stephanie Kauffmann sind Mitarbeiter der Pfizer Pharma GmbH. Dr. Susanne Singer berichtet den Erhalt eines Honorars durch Pfizer im Rahmen der vorliegenden Arbeit und abseits davon Honorare von Bristol-Myers Squibb, Boehringer-Ingelheim und Lilly. Unterstützung beim Medical Writing erhielten die Autoren von AMS Advanced Medical Services GmbH (München). Sponsor der vorliegenden methodischen Analyse ist Pfizer Deutschland GmbH.

Danksagung

Die Autoren bedanken sich bei Jan Beyersmann und Robert Miller für wertvolle und hilfreiche Anmerkungen und für die Unterstützung bei der Erstellung des Manuskripts. Die Autoren danken zudem AMS Advanced Medical Services GmbH (München) für die Unterstützung beim Medical Writing.

Zitationshinweis

Böhme et al.: „Es braucht neue Ansätze für Lebensqualitätsdaten“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (01/22), S. 43-47. <http://doi.org/10.24945/MVF.01.22.1866-0533.2373>

Korrespondenzadresse

Kontakt: Sarah.Boehme@Pfizer.com



Die Preisträger des MSD Gesundheitspreis 2021 mit Jury und Chantal Friebertshäuser (Geschäftsführung MSD Deutschland, li.) ©Michael Kayser

Ein Preis für erfolgreiche P mit der Kraft zur Verbesserung

Interview mit Mitgliedern der Jury des MSD Gesundheitspreises: Prof. Dr. Volker E. Ame- lung, Birgit Dembski, Franz-Helmut Gerhards, Prof. Dr. Daniel Grandt, Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Dr. Rainer Hess und Dr. Jutta Wendel-Schrief

Innovative Projekte – selbst jene, mit der Kraft zur Verbesserung der Versorgungslandschaft – haben es schwer, vom Projektstatus zu einer Verste- tigung und von dort womöglich gar in die Regelversorgung zu kommen. Das weiß wohl niemand besser als die Mitglieder der Jury des MSD Gesund- heitspreises. Sie sind seit nunmehr zehn Jahren damit beschäftigt, aus den inzwischen schier unzähligen Anträgen und Bewerbungen genau jene herauszufinden, die – so Mitinitiatorin und Jurorin Dr. Jutta Wendel-Schrief von MSD – „einen konkreten, relevanten Patientennutzen gezeigt haben oder Versorgungsprozesse – im Idealfall ohne Mehrkosten – optimieren, skalierbar und wirtschaftlich sind“. Wie komplex nicht nur das Themenfeld, sondern auch die Anforderungen an die Evaluation und demzufolge auch an den 2021 von der Jury weiterentwickelten Bewertungsrahmen sind, zeigen die vielfältigen Antworten der Juror:innen des MSD Gesundheitspreises in diesem Interview.

>> Bitte vervollständigen Sie folgenden Satz: am besten mit einem einzelnen, gern auch etwas längeren Nebensatz: Innovative Ansätze im Gesundheitswesen sind diejenigen, die ...

Amelung: ... den Patient:innen unmittelbar nützen, die zu mehr Effizienz im System beitragen oder – und dieser Punkt wird immer wichtiger – die die Arbeitszufriedenheit derjenigen erhöhen, die im Gesundheitswesen tätig sind. Idealerweise erfüllt eine Innovation alle drei Punkte zugleich.

Dembski: ... ausgehend vom Bedarf der Patient:innen, für bestehende Probleme oder Lücken in der bisherigen Versorgung kreativ neuartige Lösungen finden, so dass beispielsweise eine bessere Behandlungsqualität erzielt wird, Leistungen mit geringerem Ressourceneinsatz erbracht werden können oder Patient:innen in ihrer Kompetenz und damit Autonomie gestärkt werden.

Gerhards: ... Versorgungsqualität und Effizienz nachhaltig verbessern und dabei kundenzentriert sind sowie den Nutzen von Gesundheitsdaten größtmöglich ausschöpfen.

Grandt: ... patientenrelevanten Zusatznutzen im Vergleich zur bisherigen Routineversorgung schaffen und dabei die Versorgungseffizienz und Patientensouveränität erhöhen.

Greiner: ... sich von ausgetretenen Pfaden verabschieden, aber trotzdem praktisch umsetzbar bleiben und einen messbaren Nutzen für Patient:innen aufweisen.

Hess: ... medizinische Versorgung durch neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder durch verbesserte Strukturen und Kommunikationswege nach vorne bringen.

Wendel-Schrief: ... einen konkreten, relevanten Patientennutzen gezeigt haben oder Versorgungsprozesse – im Idealfall ohne Mehrkosten – optimieren, skalierbar und wirtschaftlich sind.

In einem in dieser MVF-Ausgabe veröffentlichten wissenschaftlichen Beitrag kommen der Rechtsanwältin Dr. jur. Dr. rer. med. Thomas Ruppel und die Versorgungsforscherin Prof. Dr. rer. med. habil. Neeltje van den Berg von der Universität Greifswald zu dem Schluss, dass „der Übergang von Forschungsprojekten in die Regelversorgung zurzeit keinem effektiven Rechtsschutz unterworfen“ ist. Es gebe „weder Rechtsschutz gegen ablehnende Empfehlungen des Innovationsausschusses noch gegen eine unzureichende Umsetzung nach positiver Empfehlung“, ebenso „keinen Rechtsanspruch auf Verstetigung abseits von Innovationsfondsprojekten“. Was wäre Ihrer Ansicht nach Voraussetzung für eine Verstetigung?

Amelung: Das Ziel von Pilotprojekten sollte aus meiner Sicht darin bestehen, Ideen für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zu liefern. Es geht nicht darum, Forschungsprojekte eins zu eins in die Regelversorgung zu überführen. Die meisten Pilotprojekte sind durch

„Ein wichtiger Schlüssel liegt darin, in Blaupausen zu denken und Versorgungselemente zu identifizieren, die in verschiedenen Pilotprojekten immer wieder auftauchen und sich dort bewährt haben.“

Prof. Dr. Volker Amelung (inav)

sehr spezifische Versorgungssituationen und teilweise auch durch spezifische Akteure gekennzeichnet. Für die Übertragung in die allgemeine Versorgung müssten sie an vielen Ecken und Enden angepasst werden. Ein wichtiger Schlüssel liegt vielmehr darin, in Blaupausen zu denken und Versorgungselemente zu identifizieren, die in verschiedenen Pilotprojekten immer wieder auftauchen und sich dort bewähren. Beispiele dafür sind etwa Lotsenmodelle, der Einsatz von telemedizinischen Tools, um schwer zu versorgende Regionen zu versorgen, die von Fachkräftemangel bedroht sind, oder Apps, die die Einbindung und Selbstverantwortung der Patient:innen stärken.

Gerhards: Grundvoraussetzungen für eine Verstetigung von Innovationsfondsprojekten sind wissenschaftlich fundierte Nachweise der Versorgungsverbesserung bei verbesserter Effizienz. Dies gilt es bei der Verstetigung des Innovationsfonds und der Entwicklung eines Pfades für die Überführung von Projekten in die Regelversorgung, wie es im Koalitionsvertrag der Ampel verankert ist, zu berücksichtigen. Die entsprechenden Feststellungen zu treffen, gehört dabei eindeutig in den Kompetenzbereich der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Grandt: Versorgungsinnovationen mit patientenrelevantem Zusatznutzen müssen behandelt werden wie neue Arzneimittel mit attestiertem Zusatznutzen: Der Patient muss einen Anspruch auf diese Versorgung haben.

Greiner: Der Übergang vom Projektstatus zur Regelversorgung ist tatsächlich problematisch, da selbst bei einer positiven Evaluation viele Monate vergehen können, bis eine Empfehlung zur Übernahme in die Regelversorgung vorliegt. Bis dahin könnten bewährte Strukturen bereits nicht mehr vorhanden sein. Bislang behelfen sich die Krankenkassen und die anderen Projektbeteiligten in der Regel damit, dass Verträge zur integrierten Versorgung als Überbrückung geschlossen werden. Dieses Verfahren hat sich im Grundsatz bewährt, wobei auch hier die Probleme im Detail bestehen: Evaluationsergebnisse liegen in der Regel erst zum Ende des Projektes vor und Zwischenergebnisse sind fast immer wegen der noch nicht erreichten nötigen Fallzahl und der ungenügenden Beobachtungsdauer noch nicht sehr aussagekräftig. Dieses Dilemma ist nur durch Vertrauen und eine gewisse Risikobereitschaft aller Partner zu überwinden.

Hess: Der Innovationsfonds ist bewusst unabhängig vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eingerichtet worden, um erfolgversprechende Innovationen im Gesundheitswesen auf ihre Eignung und Effizienz für eine Leistungserbringung in der Regelversorgung zu erproben und diesen Erprobungsprozess und insbesondere seine Evaluation finanziell zu fördern. Die Entscheidung über eine Verstetigung kann nur der G-BA nach den dafür gesetzlich vorgegebenen Kriterien treffen oder die Krankenkassen in von ihnen abschließbaren Verträgen über eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V, wozu sie aber rechtlich nicht verpflichtet werden können. Nach dem Auslaufen der Förderung durch den Innovationsfonds besteht daher auch bei einer positiven Evaluation kein Rechtsanspruch auf Fortsetzung der Finanzierung durch die Krankenkassen.

Falls diese Voraussetzungen gegeben sind, was wäre seitens der Politik zu leisten, um eine Translation erfolgreicher innovativer Ansätze im Gesundheitswesen nicht nur zu befördern, sondern zum Anspruch zu machen?

Projekte rung

Amelung: Es sollte meines Erachtens keinen direkten und vollumfänglichen Anspruch auf die Überführung innovativer Projekte in die Regelversorgung geben. Aufgabe und Pflicht der Politik und der Selbstverwaltung ist es, sich mit den Best-Practice-Modellen auseinanderzusetzen. Der Schub für die Translation von innovativen Ansätzen ergibt sich idealerweise aus dem Erfolg eines Projektes. Wenn eine Innovation überzeugend ist, wird man sie gern weiterentwickeln und übertragen. Der Fokus sollte also auf dem Wollen liegen, nicht auf dem Müssen.

Gerhards: Ein wichtiger Baustein stellt hier sicherlich das Digitale-Versorgung-Gesetz dar. Im Rahmen des DVG wurde der Innovationsfonds bis 2024 verlängert und mit einem Fördervolumen von 200 Millionen Euro per anno ausgestattet, so dass innovative Versorgungsansätze gefördert werden können. Mit der avisierten Verstärkung des Innovationsfonds durch die Ampelkoalition sehe ich eine konstante Basis, um innovative Projekte zu fördern und erfolgreiche Projekte ggf. in die Regelversorgung überführen zu können. Zudem hat der Gesetzgeber mit den Änderungen des § 68b im Rahmen des DVG den richtigen Weg eingeschlagen, so dass Krankenkassen mehr Möglichkeiten erhalten, digitale Innovationen im Sinne der Patient:innen zu fördern und Versicherte zu innovativen Versorgungsangeboten zu informieren. Diesen Weg gilt es weiterzugehen, um innovative Versorgungslösungen auch als Differenzierungsmerkmal innerhalb der GKV flächendeckend und gleichzeitig individuell auf die Bedürfnisse der Versicherten abgestimmt im Gesundheitswesen zu etablieren.

Grandt: Kosteneffiziente neue Versorgungsformen mit patientenrelevantem Zusatznutzen müssen zum Behandlungsstandard erklärt werden und Patient:innen einen Anspruch auf diese Versorgungsformen erhalten. Sobald für ein neues Arzneimittel gezeigt wird, dass es der bisherigen Therapie überlegen ist, wird es zum Behandlungsstandard. Das muss auch für neue Versorgungsformen gelten, für die ein Zusatznutzen im Vergleich zur bis dahin üblichen Routineversorgung belegt ist. Insbesondere, weil die Messlatte für neue Versorgungsformen deutlich höher liegt als für neue Arzneimittel: Während letztere bei entsprechendem Zusatznutzen auch deutlich teurer sein dürfen als die zweckmäßige Vergleichstherapie, sollen neue Versorgungsformen auch bei erheblichem Zusatznutzen preiswerter sein als die bisherige Routineversorgung. Was übrigens aus Sicht der Patient:innen nicht verständlich und sinnvoll ist.

Greiner: Einen Anspruch auf Übernahme in die Regelversorgung kann es aus meiner Sicht auch zukünftig nicht geben. Dafür sind die Projekte in der Regel zu komplex und müssen als Einzelfall beurteilt werden. Dabei spielen sicher auch politische Opportunitäten eine Rolle, im Mittelpunkt der Entscheidung sollte aber die Über-



Prof. Dr. Volker Amelung
hat die Schwerpunktprofessur Internationale Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover inne und ist Gründer des Instituts für angewandte Versorgungsforschung (inav), Berlin



Birgit Dembski
ist Mitglied des Vorstands, BAG SELBSTHILFE e.V

tragbarkeit auf andere Regionen und das Ergebnis der Evaluation stehen. Wichtiger wäre aus meiner Sicht, die Erkenntnisse aus einem Projekt einfacher als bisher als Grundlage für ein Anschlussprojekt innerhalb des Innovationsfonds verfügbar zu machen. Entsprechende Anschlussprojekte wären unkomplizierter umsetzbar als der größere Schritt direkt in die Regelversorgung, wenn noch einzelne Fragen offengeblieben sind, die sich erst im Laufe der Projektlaufzeit ergeben haben.

Hess: Der Gesetzgeber hat im DVG für so genannte Gesundheits-Apps, auch DiGA genannt, eine Finanzierung durch die Krankenkassen eingeführt, wenn das BfArM als zuständige Bundesoberbehörde sie nach CE-Zertifizierung und Nachweis eines positiven Versorgungseffektes in das DiGA-Verzeichnis eingetragen hat. Eine systemkonform vergleichbare Regelung könnte darin bestehen, dass die aus dem Innovationsfonds geförderten Projekte nach Ablauf der Förderung einen Anspruch auf eine Nutzenbewertung durch den G-BA haben und bei einem evidenzbasierten Nachweis eines Nutzens Teil der Regelversorgung werden. Eine solche Nutzenbewertung lässt sich allerdings für strukturelle Innovationen nicht umsetzen, weil die Zulassungsvoraussetzungen zur Teilnahme an der Versorgung nicht projektbezogen, sondern trägerbezogen (z.B. MVZ) definiert sind und von den Zulassungsinstanzen und nicht vom G-BA getroffen werden.

Sie sind Juroren des nun seit einer Dekade Jahr für Jahr ausgeschriebenen MSD Gesundheitspreises, für den bisher rund 100 innovative Versorgungsprojekte nominiert worden sind. Was waren für Sie wahre Leuchtturmprojekte und warum?

Amelung: Leuchtturmprojekte sind für mich diejenigen, die ganz dicht an den Patient:innen dran sind, diese in ihrer Situation stärken und echte Hilfestellungen im Alltag bieten. Darüber hinaus haben mich in der Vergangenheit immer wieder Projekte

beeindruckt, die das Zusammenspiel unterschiedlicher Akteure gefördert und Wagenburgmentalitäten aufgebrochen haben. In diesem Zusammenhang erscheint mir auch noch ein anderer Punkt wichtig: In meiner Wahrnehmung sind nicht zuletzt solche Projekte besonders erfolgreich, denen es gelingt, die Versorgung zu verbessern und gleichzeitig positive Energie freizusetzen. Unser Gesundheitswesen war zuletzt über weite Strecken von zu viel Blockade geprägt – Silodenken, Bestandsschutzansprüchen, Hierarchiegebaren. Dass heute so viel Unzufriedenheit unter den im Gesundheitswesen Tätigen herrscht, ist auch ein Ergebnis dieser Mentalität. Angesichts der großen und vielfältigen Herausforderungen, vor denen wir im Gesundheitswesen aktuell stehen, ist diese Haltung aber nicht mehr zeitgemäß. In anderen Branchen ist schon heute zu beobachten, dass Erfolg dort geschieht, wo Menschen vernetzt arbeiten, wo sie

mitgestalten können und ihren eigenen Beitrag als wertvoll erleben. Die Freude an der Arbeit resultiert daraus ganz automatisch – und wo Arbeit gern gemacht wird, wird sie meistens auch besonders gut gemacht.

Dembski: In jedem Jahrgang bewerben sich zahlreiche hochinteressante und erfolgreiche Projekte um den Preis, die in ihren individuellen Themenfeldern zur Verbesserung der Versorgung beitragen. Da ich seit 2017 in der Jury bin, habe ich seitdem etwa 200 Projekte bezüglich ihrer Preiswürdigkeit versucht einzuschätzen. Da fällt es wirklich schwer, einige wenige besondere Projekte an dieser Stelle hervorzuheben. Mir sind die Projekte besonders wichtig, die die Patient:innen stärken und Menschen in Krisen unterstützen. So war eines meiner persönlichen Highlights das Projekt „Ambulante parenterale Antibiotikatherapie in der Kölner Metropolregion“ (K-Apat) der Kölner Universitätsklinik in 2021.

Gerhards: Für mich steht der Begriff „Leuchtturmprojekt“ vor allem für innovative digitale Lösungen, die Hilfe für einen großen Teil der Bevölkerung im Umgang mit einer stark einschränkenden oder gar lebensbedrohenden Krankheit versprechen. Insbesondere Easy Oncology der Uni-Klinik Köln mit Dr. Elter ist für mich ein wahres Leuchtturmprojekt, da dies akute Probleme der onkologischen Versorgung, wie überlastete Tumorboards und eine Überforderung von Patient:innen, angeht. Dieses Modell zeigt, was in Echtzeit mit Datenanalysen möglich ist, um Tumorboards zu unterstützen und die richtige Therapie bzw. optimale Behandlungsstandards vorzuschlagen. Das spart Zeit bei den Ärzt:innen, aber auch den Patient:innen, gibt Sicherheit und Orientierung, übersetzt gleich verständlich die medizinischen Therapieansätze, erhöht damit die Compliance, verbessert die Versorgung, erspart den Patient:innen falsche Behandlungswege mit gegebenenfalls fatalen Folgen und mindert damit das Leid der Erkrankten. Und es ist kein Thema des Wettbewerbs der einzelnen Versorger – dies kann und muss der Allgemeinheit zur Verfügung stehen. Dieses Projekt verdeutlicht, wie die verfügbaren Daten und deren Analyse Ärzt:innen in ihrer Behandlung unterstützen können und die Digitalisierung und Daten im Sinne des Patientenwohls genutzt werden können.

Grandt: Innovative, Versorgungsdefizite behebbende Projekte, die von einem motivierten Team unter Einbeziehung der Patienten(-perspektive) eigeninitiativ umgesetzt wurden, sind die Champions. Eben diese wurden auch ausgezeichnet.

Hess: Sektorenübergreifend vernetzte Organisationsstrukturen, die allgemein oder für bestimmte Krankheitsbilder insbesondere für chronisch kranke Versicherte eine Versorgung aus einer Hand gewährleisten. Forschungsvorhaben, die auf die diagnostische und therapeutische Verbesserung der Behandlung seltener Erkrankungen gerichtet sind. Digitalisierte Programme, die die Kommunikation

innerhalb vernetzter Strukturen zur Verbesserung der Qualität der Versorgung oder die eine kontinuierliche Betreuung von chronisch Kranken in ihrem häuslichen Umfeld auch unter Einsatz telemedizinischer Verfahren ermöglichen.

Wendel-Schrief: Unter den Projekten waren viele herausragend und einzelne „herauszupicken“ fällt daher schwer. Ich möchte drei Leuchtturmprojekte benennen, bei denen sich MSD aktiv über den Gesundheitspreis hinaus bei der Skalierung der Projekte als Kooperationspartner einbringt:

- **Easy Oncology:** eine qualitätsgesicherte Entscheidungshilfe, die Ärzten eine schnelle, leitlinienorientierte Unterstützung zu Diagnostik, Therapie und Behandlung von Krebserkrankungen gibt.
- **Mein Kinder- & Jugendarzt App:** ein digitales, professionelles Impfrecall System zur Förderung STIKO empfohlener Impfungen in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte.
- **Dimini:** ein vom Innovationsfonds gefördertes Projekt zur Früherkennung und Primärprävention des Typ-2 Diabetes.

Eben wurde das Attribut „erfolgreich“ zum Begriff „innovative Ansätze“ gestellt. Frage: Was ist für Sie erfolgreich?

Amelung: Erfolg kann auf sehr unterschiedlichen Ebenen stattfinden. Messbarkeit ist hier ein wichtiger Faktor, gleichzeitig erleben wir aber immer wieder, wie schwer es sein kann, Dinge wie Patientenzufriedenheit, Lebensqualität oder Arbeitszufriedenheit in valide Zahlen zu übersetzen. Ein Nutzen auf der Ebene der Patient:innen oder der sinnvolle und effiziente Einsatz der knappen Ressourcen im Gesundheitswesen stellen in meinen Augen wichtige Erfolgskriterien dar. Besonders die Ressource Personal rückt momentan immer stärker in den Fokus. So wäre beispielsweise ein Projekt besonders erfolgreich, wenn es dazu beiträgt, dass Pflegekräfte länger in ihrem Beruf bleiben, weil ihre Arbeitszufriedenheit deutlich erhöht wird.

Dembski: Erfolgreich ist ein Projekt, wenn es seine Ziele nachweislich erreicht. Wenn ich „Erfolg“ inhaltlich beschreiben sollte, würde ich definieren: Ein erfolgreiches Projekt verändert die Versorgungslandschaft zum Positiven.

Gerhards: Erfolgreich sind für mich insbesondere Projekte, die die Gesundheitsversorgung verbessern und dabei „Anwender“ – oftmals Ärzt:innen – und „Rezipienten“ – oftmals Patient:innen – in den Fokus nehmen und diese bereits in der Konzeption innovativer Versorgungsansätze einbeziehen. Im Idealfall tritt dabei die Verbesserung der Gesundheitsversorgung ohne nennenswerten Mehraufwand ein, z. B. durch eine verbesserte (automatisierte) Nutzung bereits vorhandener Daten. Letztendlich muss natürlich, neben der Versorgungsverbesserung, auch der Aspekt der Wirtschaftlichkeit ge-



Franz-Helmut Gerhards
ist Chief Digital Officer
der DAK-Gesundheit



Prof. Dr. Daniel Grandt
ist Chefarzt der Klinik für
Innere Medizin I, Klinikum
Saarbrücken gGmbH

ben sein, damit sich innovative Ansätze erfolgreich durchsetzen können.

Grandt: Erfolgreich zu sein hat mehrere Aspekte: Es ist die Wirksamkeit und Akzeptanz auf Ebene des einzelnen Patienten, ist aber auch die Praxistauglichkeit für den Roll-Out in die Routineversorgung

Greiner: Erfolgreiche Projekte zeichnen sich dadurch aus, dass sie die Rekrutierungsziele erreicht haben und bezüglich der vorab bestimmten Ergebnisparameter einen positiven gesundheitlichen Nutzen für Patient:innen zeigen konnten. Zudem sollte erkennbar sein, dass ein erfolgreicher Transfer auf andere Partner und Regionen möglich erscheint.

Hess: Erfolgreich sind innovative Ansätze dann, wenn sie nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin einen höheren Nutzen für die medizinische Versorgung haben als die bisher angewandten Strukturen oder Verfahren.

Wendel-Schrief: Erfolgreich heißt für mich u.a., dass ein Projekt zum einen ein relevantes Versorgungsproblem verbessert oder gar löst, zum anderen der Outcome hinsichtlich des Patientennutzens steigt. Zudem muss eine Skalierbarkeit umsetzbar und praktikabel, aber auch der Nutzen für das Gesundheitssystem insgesamt und ökonomisch darstellbar sein.

[Wie fließen die eben genannten Kriterien in den 2021 von der Jury weiterentwickelten Bewertungsrahmen ein?](#)

Amelung: Eine „lesson learned“ aus zehn Jahren MSD Gesundheitspreis ist, dass der Bewertungsrahmen so gestaltet sein muss, dass nicht alle Kriterien gleichermaßen für alle Projekte relevant sind. Deshalb brauchte es die Möglichkeit, Wahlentscheidungen zu treffen, welche Kategorien man besonders bewerten möchte bzw. umgekehrt, welche Dimensionen für ein Projekt möglicherweise gar keine Rolle spielen. So verfolgen manche Projekte zum Beispiel keinerlei wirtschaftliche Ziele, sodass das Kriterium Wirtschaftlichkeit dann in der Bewertung auch nicht negativ ins Gewicht fallen darf. Ich denke, dass der neue Bewertungsrahmen der Vielfältigkeit der Bewerbungen und der damit einhergehenden Komplexität besser Rechnung trägt.

Dembksi: Der von der Jury 2021 weiter entwickelte Bewertungsrahmen beurteilt die Faktoren, die ein Projekt beeinflussen, wenn es das Potenzial hat, positive Veränderungen in der Versorgung zu bewirken: Patientennutzen, (Auswirkung auf) Versorgungs- und Gesundheitssystem, Gesundheitsökonomie und Evaluation, Management des Projektes und Professionalität und, als Sonderkategorie, Unterstützung der Digitalisierung. Diesen Faktoren jeweils zugeordnet sind Kriterien, auf die das Projekt einwirkt, wenn es eine positive Wirkung auf die Versorgung entfaltet. Der Patientennutzen ist an erster Stelle genannt. Ein Patientennutzen kann sich zeigen, indem Patient:innen einen Mehrwert durch das Projekt haben sowie sich ihre



Prof. Dr. Wolfgang Greiner
ist Lehrstuhlinhaber
für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement an der Universität Bielefeld



Dr. Rainer Hess
ist Rechtsanwalt und
ehemaliger unparteiischer
Vorsitzender des G-BA

Lebensqualität und Fähigkeit verbessert, mit der Erkrankung umzugehen (Empowerment) usw. Um diese Wirkung auf einen individuellen Patienten zu haben, muss ein Projekt aber auch das Gesundheitssystem als Ganzes im Blick haben, also zum Beispiel ein für die Versorgung relevantes Problem in den Fokus stellen, Strukturen oder Prozesse optimieren und/oder Sektorengrenzen aufbrechen. Auch eine Einsparung von personellen oder finanziellen Ressourcen kann Ziel eines Projektes sein und widerspricht nicht einem möglichen Mehrwert für Patient:innen.

Gerhards: Userexperience, Grad der digitalen Innovation, Interoperabilität und ein optimaler Umgang mit Datenschutz und -sicherheit sind Parameter, die neu in den Bewertungsrahmen eingeflossen sind. Beispielsweise ist die Nutzerfreundlichkeit ein Kernelement für die Bereitschaft, eine innovative Versorgungslösung zu nutzen und damit Grundvoraussetzung für deren Wirksamwerden. Semantische und syntaktische Interoperabilität sind zudem zwingend erforderlich, um „Lock-in-Effekte“ im Gesundheitswesen zu vermeiden. Hierfür müssen verbindliche Datenstandards durchgesetzt werden, damit die Daten nahtlos zwischen unterschiedlichen Sektoren, Organisationen, Systemen und Anwendungen fließen können.

Wendel-Schrief: Der MSD Gesundheitspreis spricht in zunehmenden Maßen digitale Versorgungsinnovationen an. Dies wurde zum Anlass genommen, die Bewertungskriterien grundlegend zu überarbeiten. Erfolgreiche Projekte überzeugen durch den konkreten Patientennutzen und einen Nutzen für das Gesundheits- und Versorgungssystem. Dabei können sie durch digitale Versorgungskomponenten unterstützt werden. Der medizinische und/oder ökonomische Nutzen muss wissenschaftlich begleitet werden und durch ein professionelles und versorgungsnahes Management überzeugen.

[Ein wichtiges Augenmerk der Jury lag von Anfang an stets auf der Frage nach einer wissenschaftlichen Evaluation. Nun ist bekannt, dass wissenschaftliche Studien für Komplexinterventionen, wie sie „innovative Ansätze“ zumeist darstellen, alles andere als trivial sind; zudem kann es sein, dass selbst Studien mit höchstem Evidenzlevel nicht oder in zu geringem Maße dazu in der Lage sind, die wahren Erfolgsparameter herauszuarbeiten. Welche Studienansätze/-typen haben Sie bisher am ehesten überzeugt?](#)

Amelung: Studienkonzepte müssen immer daran gemessen werden, wie gut sie sich für die jeweilige Fragestellung eignen. Die randomisierte kontrollierte Studie (RCT) ist für viele Fragestellungen mit Abstand das beste Studiendesign. Für manche Fragestellungen ist sie aber komplett ungeeignet. Besonders spannend sind in meinen Augen die bei komplexen Interventionen notwendigen Mixed-

Methods-Ansätze. Aus Versorgungsforschungssicht stehen wir hier noch ganz am Anfang – das macht dieses Forschungsfeld aber eben auch so interessant. Entscheidend ist, dass überhaupt eine wissenschaftliche Begleitevaluation stattfindet. Sie sollte bereits bei der Konzeption des Projektes mitgedacht werden. Ohne Evaluation sind letztendlich überhaupt keine Aussagen über die Effekte eines neuen Versorgungsansatzes möglich.

Grandt: Goldstandard ist und bleibt der RCT. Aber der beste RCT nützt nichts, wenn die Endpunkte oder das Studienkollektiv nicht passgenau gewählt wurden. Berücksichtigen muss man auch, dass es sich meist um komplexe, multifaktorielle Interventionen handelt, deren Darstellung und Bewertung differenziert erfolgen muss.

Greiner: Ich bin nicht der Ansicht, dass für komplexe Interventionen grundsätzlich andere Bewertungsmaßstäbe oder -designs gelten müssen als für einfacher strukturierte Forschungsfragen. Allerdings erfordert die Komplexität der Interventionen ein größeres Maß an Studienvorbereitung, denn es muss vorab genau geprüft werden, an welchem messbaren Ergebnis das Projekt beurteilt werden soll. In der Regel wird es dabei nicht möglich sein, den Einfluss einzelner Komponenten genau zu bestimmen. Für das Gesamtprogramm sollten aber einzelne Messvariablen zur Beurteilung des Gesamterfolges definierbar sein. Ein besonderes Problem in diesem Zusammenhang stellt die Kontrollgruppe dar. Häufig ist es den Patient:innen kaum zuzumuten, zufällig der einen oder der anderen Gruppe zugewiesen zu werden. Wir haben hier gute Erfahrungen mit Wartelistendesigns gemacht, ansonsten bietet sich als Second-Best-Lösung der Vergleich mit einer anderen Region und Matched-Pairs oder ein Stepped-Wedge-Design an.

Hess: International wissenschaftlich anerkannter und damit auch rechtlich gesicherter Standard für die wissenschaftliche Evaluation sind die Kriterien der evidenzbasierten Medizin, wobei RCT zwar die höchste, aber nicht alleinige Evidenzstufe ist und je nach zu bewertender Innovation und Studienmöglichkeit auch niedrigere Evidenzlevel akzeptiert werden.

Der MSD Gesundheitspreis möchte herausragenden und innovativen Versorgungslösungen eine Bühne geben und deren Weiterentwicklung bis hin zur Regelversorgung weiter vorantreiben. Hat der MSD Gesundheitspreis diesen selbstgesetzten Anspruch erfüllt?

Amelung: Auf jeden Fall! Der MSD Gesundheitspreis gehört zu den wichtigsten Plattformen für die Sichtbarkeit und Wertschätzung von innovativen Versorgungsformen in Deutschland. Insbesondere fasziniert mich, dass die Qualität – analog zum Innovationsfonds – über die Jahre überhaupt nicht abgenommen hat und jedes Jahr neue spannende Konzepte hinzukommen. Das zeigt auch, wie lebendig und vielfältig das Gesundheitswesen an der Versorgungsbasis eben doch auch ist. Während in den großen Medien meist nur über das berich-



Dr. Jutta Wendel-Schrief
ist Direktor Market Access von MSD

tet wird, was im Gesundheitswesen nicht gut funktioniert, zeigt die MSD Projektdatenbank einen anderen Ausschnitt, der Mut macht und Aufbruchstimmung vermittelt.

Dembski: Ich denke ja. Der MSD Gesundheitspreis findet viel Aufmerksamkeit. Das zeigen auch über 50 Anträge jedes Jahr, die Einbettung der Preisverleihung in die Fachveranstaltung des Forums, die Einbeziehung von durch den Innovationsausschuss geförderten Projekten, der Publikumspreis, die Projektdatenbank, und nicht zuletzt die vielen Filme, die die nominierten Projekte darstellen und von den Projektinhabern zur Werbung für ihr Projekt eingesetzt werden können. Das sind Maßnahmen, die m.E. die Aufmerksamkeit der Fachöffentlichkeit für den Preis und damit die Projekte generieren.

Gerhards: Meines Erachtens hat der MSD Gesundheitspreis diesen selbstgesetzten Anspruch absolut erfüllt. Allein die Vielfalt der seit 2012 knapp 100 nominierten Projekte,

die alle versorgungsrelevante Themen adressieren und verbessern wollen, verdeutlicht die Bedeutung des MSD Gesundheitspreises für innovative Versorgungslösungen. Darüber hinaus sind circa 58 Prozent der Projekte in die Regelversorgung oder eine sonstige vertragliche Bindung eingegangen. Zusätzlich hat der MSD Gesundheitspreis auch fördernde Impulskraft auf die Projekte und deren Weiterentwicklung. 79 Prozent aller im Rahmen einer wissenschaftlichen Evaluation befragten nominierten Projekte haben dies bestätigt (1).

Grandt: Definitiv. Nicht nur, dass er Motivation und Bühne für engagierte Mitarbeiter im Gesundheitswesen ist, er hilft auch durch die Vorgabe von Kriterien bei der Ausrichtung und Selbstbewertung durch die Projektpartner. Er ist also hilfreich für alle sich bewerbenden Projekte und hilft natürlich den Nominierten besonders, mehr Verbreitung zu erreichen.

Greiner: Die Organisatoren des MSD Gesundheitspreises schaffen es jedes Jahr, die aktuell relevanten Projekte mit innovativen Versorgungsansätzen zur Teilnahme zu animieren. Es ist als Jurymitglied eine große Freude, all diese interessanten Projekte kennenzulernen, und es ist jedes Jahr schwierig, sie für die Preisvergabe in eine Reihenfolge zu bringen. Die

Veranstaltung zur Preisverleihung gibt anschließend den Preisträgern und auch denjenigen, die zumindest in die engere Auswahl gekommen sind, die Bühne, um die darin enthaltenen Ideen einer breiteren Öffentlichkeit bekannt zu machen und vielleicht den Anstoß zu neuen Innovationen zu geben oder die erprobten Prozesse für andere Regionen anzuwenden. Der festliche und professionell organisierte Rahmen der Preisverleihung führt darüber hinaus dazu, dass für die teilnehmenden Projekte auch die ihnen gebührende Anerkennung deutlich wird.

Hess: Der MSD Gesundheitspreis bietet innovativen Projekten eine Bühne zur Bewertung und gegebenenfalls zur preisgewürdigten Darstellung ihres Nutzens. Damit setzt der MSD Gesundheitspreis Anreize

„Ich bin nicht der Ansicht, dass für komplexe Interventionen grundsätzlich andere Bewertungsmaßstäbe oder -designs gelten müssen als für einfacher strukturierte Forschungsfragen.“

Prof. Dr. Wolfgang Greiner
(Universität Bielefeld)

zur Weiterentwicklung ausgezeichneter Projekte. Preisträger vergangener Jahre berichten häufig über diese Weiterentwicklung, die auch eine Einbindung in die Regelversorgung oder die Erweiterung von Verträgen mit Krankenkassen zur besonderen Versorgung umfasst hat.

Wendel-Schrief: Für MSD ist der Gesundheitspreis eine wahre Erfolgsgeschichte. Jedes Jahr überrascht uns die Vielzahl innovativer und wegweisender Versorgungsprojekte. Der MSD Gesundheitspreis leistet einen belegbaren Beitrag zur Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems. Und deshalb loben wir auch im zwölften Jahr den MSD Gesundheitspreis mit großer Freude erneut aus.

Welche Schwerpunkte erwarten Sie in 2022? Erwarten Sie, dass der Trend zu digitalen Projekten und/oder solchen mit erheblichen Digitalisierungs-Anteilen weiterzunehmen wird?

Amelung: Es gibt heute sehr wenige innovative Versorgungsprojekte, die nicht auch digitale Komponenten beinhalten. Digitalisierung ist aber kein Selbstzweck, sondern ein Instrument, um bestimmte Ziele zu erreichen. Ich erwarte noch mehr Projekte mit digitalem Schwerpunkt, die darauf abzielen, dem Personal im Gesundheitswesen den Alltag zu erleichtern. Daneben gehe ich davon aus, dass wir in Zukunft mehr Projekte sehen werden, die sich mit den sozialen Determinanten von Gesundheit auseinandersetzen, bei denen also gesundheits- und sozialpolitische Aspekte stärker ineinanderfließen. Das betrifft zum einen den Bereich der psychischen Erkrankungen, zum anderen werden aber auch Themen wie Gesundheit und neue Formen des Wohnens oder Gesundheit und Klimawandel an Bedeutung gewinnen.

Dembski: Ich erwarte, dass in der Tat der Trend zu digitalen Projekten und Projekten mit erheblichem Digitalisierungsanteil weiter zunehmen wird. Ich könnte mir vorstellen, dass Projekte zur Rehabilitation von Patient:innen mit Long Covid eine Rolle spielen werden.

Gerhards: Wir stehen noch am Anfang der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Entsprechend erwarte ich eine weitere Steigerung der Ideen/Modelle, die sich mit datengestützter Analyse, oftmals auch mit Künstlicher Intelligenz, beschäftigen und die Therapie und Patientenpfade deutlich unterstützen und verbessern. Es obliegt der Politik die rechtlichen Rahmenbedingungen herzustellen, so dass Gesundheitsdaten, und einhergehend der Einsatz von KI, effektiv genutzt werden können. Dazu ist ein erster Schritt mit dem Koalitionsvertrag gemacht worden, in dem ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz vereinbart ist.

Grandt: Digitale Unterstützung ist wichtig, um Versorgungsdefizite zu beheben, aber kein Selbstzweck, sondern nur ein Hilfsmittel als Teil einer neuen Versorgungsform. Mit größerer Verbreitung der Informationstechnologie auch in Patientenhand und besserem Verständnis der Chancen technischer Unterstützung werden Projekte mit digitalen Komponenten sicher zunehmen.

Wendel-Schrief: Es ist zu erwarten, dass der Trend zu digitalen Projekten weiter zunehmen und sich sogar beschleunigen wird. Heute integrieren bereits gut drei Viertel aller beim Gesundheitspreis nominierten Versorgungsprojekte digitale Komponenten. Angesichts der akuten Belastungen der Praxen, Krankenhäuser und der Finanzlage der Kassen wird es verstärkt darauf ankommen, digitale Versorgungslösungen auch (Kosten-) effizient und anwendungsfreundlich auszuführen. Weder kann es die eine universelle Gesundheitsanwendung geben, die in sich alle denkbaren Versorgungsszenarien und Nutzeransprüche vereint, noch werden wir Erfolg haben, wenn jede App, jeder Selektivvertrag eigene Webportale, Schnittstellen und Plug-Ins erfordert. Es braucht ein über die Leistungserbringer hinausgehendes

digitales Gesundheitsökosystem, in dem alle Teilnehmer:innen sicher und vertrauenswürdig qualitätsgesicherte Daten über standardisierte Schnittstellen teilen und auch miteinander kommunizieren können. Wir brauchen ein ebenes Spielfeld für den Wettbewerb über die besten Versorgungslösungen, der am Ende uns allen nützt. <<

Das Fünfte Sozialgesetzbuch fordert in § 12 Abs. 1 SGB V, dass „die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein müssen und „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ dürfen. Damit können zum einen Versicherte Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, nicht beanspruchen, zum anderen dürfen sie Leistungserbringer nicht durchführen und Krankenkassen gar nicht bewilligen. Wie könnte trotz allen sicher notwendigen Sparwillens das zur Verfügung stehende Budget so allokiert werden, dass aus dem Minimalanspruch des §12 SGB V ein möglichst maximaler wird?

Amelung: Das Gesundheitswesen unterscheidet sich von anderen Lebensbereichen und Wirtschaftsbranchen dadurch, dass die schlichte Kausalität „Je teurer, desto besser“ in weiten Teilen nicht der Realität entspricht. Innovative Versorgungsmodelle konnten in der Vergangenheit zeigen, dass beispielsweise eine bessere Versorgung von Menschen mit Diabetes oder mit psychischen Erkrankungen auch günstiger sein kann, wenn nicht sogar muss, etwa weil dadurch Krankenhausaufenthalte vermieden werden. Deshalb muss die Agenda der Gesundheitspolitik immer darauf ausgerichtet sein, so gute Versorgung wie möglich zu erreichen.

Dembski: Es scheint sich allerdings abzuzeichnen, dass die Krankenkassen neuartige Versorgungsprojekte und -maßnahmen gerne als Instrument im Wettbewerb verwenden und in Selektivverträge einbetten. Damit kommen diese Neuerungen nicht allen Patient:innen zugute. Die Versorgungslandschaft in Deutschland zerfasert. Aber davon abgesehen: Grundsätzlich scheint es mir als Mitglied der GKV sinnvoll zu sein, dass über den § 12 SGB V der „Nachweis der Wirtschaftlichkeit“ die „Eintrittskarte in die Regelversorgung“ darstellt. Die umstrittenen Individuellen Gesundheitsleistungen, kurz IGeL, zeigen, dass Leistungen ins System kommen können, deren Nutzen und damit Wirtschaftlichkeit nicht erwiesen ist, wenn die Schranke des § 12 SGB V nicht gilt – zum Schaden von Versicherten und Patient:innen.

Gerhards: Die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes ist grundsätzlich richtig, damit Versichertenbeiträge sorgsam und effektiv eingesetzt werden. Zur Wirtschaftlichkeit gehört aber auch, die innovativen Potenziale einer Versorgungslösung zu nutzen, um Krankheit zu lindern, zu heilen oder gar nicht erst entstehen zu lassen. Das kann durch das Heben der Digitalisierungspotenziale geschehen. Zum Beispiel eine flächendeckende und mit aktuellen Informationen gefüllte elektronische Patientenakte könnte zur Verbindung der Sektoren beitragen oder Doppeluntersuchungen vermeiden. Zudem bietet die Möglichkeit einer besseren Datennutzung erhebliche Potenziale, um Versicherten frühzeitig und auf die jeweiligen Bedürfnisse abgestimmte Versorgungsangebote zu unterbreiten. Das ist der Weg von einer reaktiven Behandlung hin zu einem präventiven Gesundheitserhalt. Darüber hinaus bieten Patient-Reported-Outcome-Measures, kurz PROMs, eine vielversprechende Möglichkeit zur effektiven Mittelverwendung, indem die Qualität und der Erfolg von Behandlungen stärker bei den Leistungsausgaben berücksichtigt wird.

Grandt: Das ist kein Minimalanspruch, sondern eine Maxime, die sich aus dem Solidaritätsprinzip ableitet. Die Beschränkung auf Erstattung von Leistungen, deren Wirksamkeit und Kosteneffizienz belegt ist, hat auch nichts mit Sparen zu tun, sondern mit Handeln auf Basis von Evidenz.

Greiner: Die im erwähnten § 12 des SGB 5 festgelegten Grundsätze haben sich über die Jahrzehnte im Grundsatz sehr bewährt. Sie öffnen sehr breite Möglichkeiten der Leistungsgewährung durch die Krankenkassen, wie man im internationalen Vergleich mit anderen Ländern sehr deutlich feststellen kann. Die Beitragsfinanzierung erfordert, dass die im Rahmen einer Pflichtversicherung erhobenen Mittel wirtschaftlich verwendet werden, denn die Finanzierung von unwirksamen Therapieformen wäre den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern sicher nicht zuzumuten. Die Norm ist somit nicht Ausdruck eines übertriebenen Sparwillens, sondern schützt das umfassende Sozialsystem vor ungerechtfertigten Leistungsansprüchen. Maximal sollte ein Anspruch gegen ein Versicherungssystem ohnehin nicht sein, wenn man an seiner langfristigen Finanzierbarkeit interessiert ist. Natürlich sind im Rahmen der Abwägung, was nachweisbar zweckmäßig und ausreichend sowie wirtschaftlich ist, auch schwierige Entscheidungen zu treffen, insbesondere wenn es um sehr kostenintensive Therapien geht oder bei Therapien, bei denen die Studienlage noch unzureichend ist. Auch die Frage, inwieweit der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit in lebensbedrohlichen Situationen gelten soll, bedarf immer wieder der Entscheidung im Einzelfall. Obwohl es hierzu mittlerweile eine umfangreiche Rechtsprechung gibt, bleibt ein gewisses Maß an Unsicherheit, die aber letztlich unvermeidlich ist.

Hess: Die deutsche soziale Krankenversicherung ist geprägt durch das Solidarprinzip und den Sachleistungsanspruch der Versicherten. Die Solidargemeinschaft trägt durch ihre unabhängig vom Gesundheitszustand und Familienstand eines Versicherten aus Solidarbeiträgen die Kosten seiner im Sachleistungssystem zu Lasten seiner Krankenkasse in Anspruch genommenen Leistungen. Daraus resultiert der Anspruch der Solidargemeinschaft, dass ihre Beiträge nur zur Finanzierung notwendiger und zweckmäßiger Leistungen verwandt werden dürfen. Dabei geht es nicht ums Sparen. Auch teuerste Leistungen sind zu Lasten der Solidargemeinschaft zu erbringen, wenn sie notwendig sind und gleichwertige Alternativen nicht bestehen.

Wendel-Schrief: Der MSD Gesundheitspreis berücksichtigt den Gedanken der „optimalen Ressourcennutzung“ von Anfang an im Kriterienkatalog: „Verbesserung der medizinischen und/oder ökonomischen Ergebnisqualität“. Erwünscht sind Projekte, die medizinische Versorgung nachweislich verbessern und wirtschaftlich sind. Wenn der Outcome passt, dann wollen auch die an der Versorgung Beteiligten innovative Versorgungsprojekte verstetigen. Dies unterstreicht auch die bereits erwähnte Publikation (1) zum MSD Gesundheitspreis, circa 58 Prozent der Projekte sind in die Regelversorgung oder eine sonstige vertragliche Bindung eingegangen.

Kann Digitalisierung dazu beitragen, Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden? Und: Wie?

Dembski: Nach meiner Einschätzung hat die Digitalisierung ein großes Potenzial für die Verbesserung der Behandlung. Telemedizin kann zum Beispiel über Entfernungen hinweg die spezielle Expertise ausgewählter Experten zu den Patient:innen bringen. Nicht die Patient:in reist, sondern die Informationen. Ob aber die Digitalisierung dazu beitragen kann, Über-, Unter- und Fehlversorgung grundsätzlich zu vermeiden, vermag ich nicht einzuschätzen. Zumal die zunehmende Digitalisierung ihrerseits neue Probleme schaffen wird.

„Zur Wirtschaftlichkeit gehört auch, die innovativen Potenziale einer Versorgungslösung zu nutzen, um Krankheit zu lindern, zu heilen oder gar nicht erst entstehen zu lassen.“
Franz-Helmut Gerhards (DAK-Gesundheit)

Gerhards: Eindeutig: Ja! Und ich würde sogar sagen, es ist fast fahrlässig die Möglichkeiten der Digitalisierung nicht zu nutzen. Mit einer quartalsweisen Übermittlung von Abrechnungsinformationen, wie im ambulanten Bereich, verlieren wir beispielsweise wertvolle Zeit. Daten sollten nutzbar sein, sobald sie erfasst sind, um Über-, Unter- und

Fehlversorgungen zu erkennen, Interventionspunkte frühzeitig zu identifizieren und individualisierte Gesundheitsangebote zur Verfügung zu stellen.

Grandt: Insbesondere bei der Arzneimitteltherapie ist dies der Fall. Bei 1.860 ambulant verordneten Arzneimittelwirkstoffen in 454.012 gleichzeitig verordneten Kombinationen von 2 Wirkstoffen ist evident, dass auch der qualifizierteste Arzt dies nicht ohne elektronische Unterstützung sicher beherrschen kann (2).

Wendel-Schrief: Digitalisierung ist bereits jetzt ein starker Treiber in der Versorgung. Sie ist aber kein Selbstzweck. Sie muss den Patient:innen nutzen! Deshalb ist die ePA so wichtig. Aus Sicht der Patient:innensicherheit ist sie alternativlos, z.B. um Doppeluntersuchungen zu vermeiden, schnellere Diagnosestellungen zu ermöglichen und Fehlmedikationen zu verhindern. Mit AI wollen wir in Zukunft erwartbare Nebenwirkungen früh erkennen und die Therapietreue erhöhen. Der Trend geht zugleich zu einer personalisierten Therapie. Erste Pilotvorhaben im Bereich der Immuntherapien zeigen, wie die Auswertung großer und vielfältiger Datenmengen hilft, Gemeinsamkeiten von bislang unzureichend ansprechenden Patient:innen zu entdecken. Und Therapieansätze richten sich zunehmend nicht mehr an einzelnen Organen aus, sondern knüpfen an bestimmten Wirkmechanismen im Körper an. Versorgungsdaten haben hier bereits helfen können, kurzfristig auch Zulassungen in weiteren Indikationen zu erhalten.

Danke für das Gespräch!

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Zitationshinweis

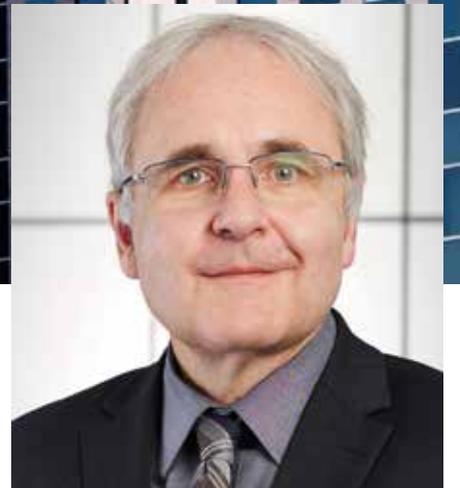
Amelung et al.: „Ein Preis für erfolgreiche Projekte mit der Kraft zur Verbesserung“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (01/22), S. 48-55. <http://doi.org/10.24945/MVF.01.22.1866-0533.2374>

Literatur

- 1: Amelung (Korrespondenzautor), Dembski, Fiedler, Göhl, Hecker, Hess, Koschorrek, Schwartz, Scriba und Wendel-Schrief: „Fördern Preisverleihungen Innovationen?“, wissenschaftlicher Beitrag in „Market Access & Health Policy“ 01/2019, S. 26-30.
- 2: Arzneimittelreport der BARMER 2018



Jun.-Prof. Dr. Katharina Blankart, MBR ist Juniorprofessorin für empirische Gesundheitsökonomik an der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen. Sie hat an der Ludwig-Maximilians Universität München studiert. 2008: Diplom-Volkswirtin; 2012: Promotion.



Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Wasem ist Inhaber des Lehrstuhls für Medizinmanagement an der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen. Er hat an der University of Sussex, der Pennsylvania State University und der Universität zu Köln studiert: 1983: Diplom-Volkswirt; 1985: Dr. rer. pol., 1996: Habilitation.



Prof. Dr. Martin Karlsson ist Direktor vom CINCH, Inhaber des Lehrstuhls für Gesundheitsökonomik sowie Gastprofessor der Universität Göteborg. Er hat an den Universitäten Lund und Hohenheim studiert und am Europäischen Hochschulinstitut in Florenz promoviert. 1998: BA Literaturwissenschaft; 2001: Politics Magister (VWL); 2007: Promotion.

Serie (Teil 35): CINCH – Nationales Forschungszentrum für Gesundheitsökonomik der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen

Das nationale Kompetenzzentrum der Gesundheitsökonomik

Seit 2012 werden an der Universität Duisburg-Essen zusammen mit dem RWI – Leibniz Institut für Wirtschaftsforschung und weiteren Partnern gesundheitsökonomische Fragestellungen bearbeitet. Zwar gab es bereits vor der Gründung von CINCH (**Competent in Competition and Health**) vielfältige Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsökonomik und des Medizinmanagements, doch trug die Förderung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) als nationales Zentrum für Gesundheitsökonomik seit 2012 wesentlich dazu bei, dass im Ruhrgebiet eine national vernetzte und international sichtbare Forschungsgemeinschaft in dem Bereich Gesundheitsökonomie entstanden ist. Die Forschung am CINCH¹ unter der Leitung von Prof. Dr. Martin Karlsson findet in sieben Projektgruppen statt, geführt unter anderen von Jun.-Prof. Dr. Katharina Blankart, MBR, und Prof. Dr. Jürgen Wasem. Unterstützt werden die Gruppen von fünf assoziierten Mitgliedern. Neben dem RWI und DICE bestehen eine Reihe nationaler (z. B. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung) und internationaler Kooperationen (z. B. Universität Göteborg, Monash University, Erasmus Universität Rotterdam).

>> Motivation für die Gründung des CINCH war die Analyse wettbewerblicher Faktoren in Gesundheitsmärkten und deren Auswirkung auf die Gesundheitsversorgung. Heute umfasst die Forschung die Analyse ökonomischer Aspekte im Kontext mentaler Gesundheit, Ungleichheit in der Pandemie sowie regionale Unterschiede.

Gesundheitsökonomie ist ein Teilbereich der Versorgungsforschung, der sich mit der Steuerung und der Effizienz des Gesundheitswesens und den ökonomischen Bestimmungsfaktoren von Gesundheit beschäftigt. Das Forschungszentrum CINCH der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen ist ein Verbund aus For-

schungsprojekten und -gruppen der Universität und zusätzlichen universitären Kooperationspartnern. Im Bereich der Versorgungsforschung sind die Mitglieder des CINCH an zahlreichen von der DFG geförderten Forschungsprojekten und im Bereich des Innovationsfonds aktiv.

Seit 2016 ist CINCH zudem am Leibniz Science Campus Ruhr beteiligt. Dieser kombiniert die Expertise des RWI, der Universitäten Duisburg-Essen, Paderborn und Tilburg (NL) sowie der Wirtschaftsuniversität Wien mit einem lebhaften Netzwerk externer Partner (z. B. Techniker Krankenkasse). Die Projekte untersuchen regionale Unterschiede, nachhaltige Versorgung und Pflege für eine alternde Bevölkerung.

Die Forschung am CINCH ist in mehrere Projekte untergliedert.

Prof. Jürgen Wasem und das Team um die Projektgruppe Risk Adjustment in Health Insurance, fokussieren sich auf das Zusammenspiel der verschiedenen Morbiditätsmessung einsetzenden Vergütungsmechanismen in der GKV, auch im internationalen Kontext.

Das Projekt Empirical Health Care Management (Jun.-Prof. Katharina Blankart) untersucht die Auswirkungen von Regulierung im Gesundheitsmarkt sowie die Rolle von Innovation. Zum Beispiel analysiert Blankart zusammen mit Daniel Avdic, PhD, Auswirkungen von wirtschaftlichen Vorgaben seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen. Hierzu wird die regionale und zeitliche Variation genutzt, um Auswirkungen auf die Einhaltung der Vorgaben seitens der Ärzte zu untersuchen. Der Lehrstuhl für Medizinmanagement untersucht zudem Rahmenbedingungen für Managed Competition im internationalen Vergleich.

Viele Experimente der Projektgruppen Pay-for-Performance (Prof. Jeanette Brosig-Koch, Universität Magdeburg) und Health Care Markets (Prof. Nadja Karies-Schwarz, Universität Düsseldorf) werden im Essener Labor für experimentelle Wirtschaftsforschung (elfe) durchgeführt. Das Labor ist eines der weltweit am besten ausgestatteten Experimentallabore zur Erforschung von wirtschaftlicher Interaktion. Die Experimente werden auch mit Ärzt:innen im Feld durchgeführt, um die externe Validität zu erhöhen.

Der demografische Wandel sowie die anhaltende Corona-Pandemie stellen Gesundheitssysteme vor enorme Herausforderungen und bringen eine Reihe tiefgreifender Veränderungen mit sich. Um diesen

Veränderungen zu begegnen, sind nachhaltige und gesunde Finanzierungsstrukturen der sozialen Sicherungssysteme erforderlich. Die Forschung am CINCH leistet dazu einen Beitrag, in dem wesentliche Elemente von Gesundheitssystemen analysiert werden und deren Auswirkungen möglichst auf Basis von Ursache-Wirkungsanalysen untersucht werden. Dadurch werden evidenzbasierte Politikempfehlungen möglich, wozu die Forscher des CINCH die aktuellen Methoden im Bereich ökonomischer Experimente und der Ökonometrie einsetzen und versorgungsnahe Daten heranziehen.

Doch warum ausgerechnet Essen? Nun, Essen ist als Großstadt im Zentrum des Ruhrgebiets und der Metropolregion Rhein-Ruhr in vieler Hinsicht ein nahezu idealer Standort für ein Forschungszentrum mit diesem für Deutschland doch recht einzigartigen Profil. Die bereits bestehenden Kompetenzen wurden auf diese Art gebündelt, und die vorhandenen Master-Programme „Gesundheitsökonomik“ und „Medizinmanagement“ wurden mit CINCH durch ein Konzept der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses ergänzt. Seit 2020 sind die Wissenschaftler:innen des CINCH zudem an nationalen und internationalen Forschungsinitiativen beteiligt, die Auswirkungen der Corona-Pandemie (z. B. Langzeitfolgen von Schulschließungen, Lieferengpässe im Arzneimittelmarkt, Finanzierung der Gesundheitssysteme) zu untersuchen.

Seit der Gründung haben die Mitglieder vom CINCH im Durchschnitt mehr als 25 internationale Publikationen pro Jahr herausgebracht. Sie haben weiterhin die Förderung vom BMBF mit zusätzlichen kompetitiven Drittmitteln reichlich ergänzt: Mehr als eine Million Euro pro Jahr wurde von Geldgebern wie der DFG, des EIB Institute und der Leibniz-Gemeinschaft eingeworben; daneben gibt es eine Vielzahl von Kooperationen mit diversen Akteuren des Gesundheitswesens. Letzlich hat die 2019 eingeworbene WISNA-Professur mit der Widmung Arbeitsmarkt und Gesundheit maßgeblich zur langfristigen Nachhaltigkeit vom CINCH beigetragen.

Das positive Gesamtergebnis lässt sich aber noch an anderen Indikatoren recht deutlich ablesen: Zum einen nehmen die Mitglieder des CINCH an rund 100 (inter-)nationalen Konferenzen und Tagungen pro Jahr teil, um Raum für wissenschaftliche und gesellschaftliche Diskussionen zu schaffen. Ebenso findet in Essen eine jährliche, inter-

national renommierte Konferenz zu gesundheitsökonomischen Fragestellungen statt. Auch werden Workshops wie der „Essen Economics of Mental Health Workshop“ organisiert. Und seit Beginn der Corona-Pandemie bietet das CINCH die Seminarreihe Essen Health Economics Seminar Series virtuell an.

Zum anderen ist es eine Tatsache, dass viele ehemalige Wissenschaftler:innen des CINCH mittlerweile auf volle Professuren anderer Universitäten berufen wurden. Zum Dritten wurde wie in den Jahren zuvor Prof. Jürgen Wasem 2021 in die „Liste der Einflussreichsten Ökonomen“ der FAZ aufgenommen. Last but not least konnte im Jahr 2019 eine vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Professur des WISNA-Programms mit Prof. Daniel Kühnle erfolgreich besetzt werden, der zum Thema Arbeitsmarkt und Gesundheit forschet. Und 2018 erhielt Daniel Avdic, PhD, (jetzt: Monash University, Australien) den mit 10.000 Euro dotierten dritten Preis des Deutschen Wirtschaftspreises der Joachim Herz Stiftung. <<



Dr. PH Silke Neusser,
Arbeitsgruppenleitung am Lehrstuhl
für Medizinmanagement

>> Warum arbeiten Sie am Institut?

Der Lehrstuhl für Medizinmanagement, der am Forschungszentrum CINCH beteiligt ist, stellt mit der interdisziplinären Ausrichtung, der Nähe zur Gesundheitspolitik sowie der Vernetzung zu Akteuren und Institutionen des Gesundheitssystems ein spannendes Arbeitsumfeld dar. Dies bietet mir als Post-Doc einen idealen Rahmen, um im Austausch mit anderen Bereichen Forschungsvorhaben auf den Weg zu bringen und zielorientiert umzusetzen. Zudem kann ich als Bindeglied zwischen den Mitarbeiter:innen verschiedenster, thematisch sehr unterschiedlicher Forschungsprojekte dazu beitragen, gemeinsam Ziele zu erreichen, im Austausch

Kompetenzen weiterzuentwickeln und neue Forschungsfelder zu erschließen.

Was zeichnet in Ihren Augen den Lehrstuhl aus?

Kennzeichnend für den Lehrstuhl sind die breit aufgestellten Forschungsaktivitäten eines interdisziplinären Teams in den Bereichen Gesundheitsökonomische Evaluation, Versorgungsforschung, Health Technology Assessment und Gesundheitspolitik. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse und aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen fließen zudem direkt in die Lehre ein.

Unter der Leitung von Prof. Wasem findet eine enge Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsökonomie, Versorgungsforschung und Gesundheitspolitik statt. Diese spiegelt sich unter anderem darin wider, dass die Projekte im Rahmen der Versorgungsforschung in ihrer ganzen Bandbreite bearbeitet werden, von der Identifikation und Analyse von Versorgungsproblemen, der Berücksichtigung der Kosten bis hin zur Entwicklung gesundheitspolitischer Strategien. Damit können sie einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Patienten und der Gesundheit von GKV Versicherten leisten. Zudem trägt der hohe Grad der Vernetzung mit unterschiedlichsten Stakeholdergruppen des Gesundheitssystems dazu bei, unterschiedlichste Akteure in Forschungsprojekte einzubinden und gemeinsam die Umsetzung der Forschungsvorhaben zu erreichen. Ein Beispiel ist das Projekt Eva-PT, in dem es um die Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie und deren Weiterentwicklung geht. Unter der Konsortialführung des Lehrstuhls für Medizinmanagement sind Psychotherapeutenverbände ebenso wie Krankenkassen als Konsortialpartner eingebunden.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Aktuell bin ich mit einem breiten Spektrum an Themenstellungen aus dem Bereich der Gesundheitsökonomischen Evaluation sowie der Versorgungsforschung beschäftigt. Im innovationsfondsgeförderten Projekt OMPRISS führen wir beispielsweise eine Analyse der Kosten-Effektivität eines onlinebasierten Motivationsprogramms zur Reduktion des problematischen Medienkonsums bei Internetsucht durch. Ein Beispiel für ein breit aufgestelltes Versorgungsforschungsprojekt, mit dem ich derzeit beschäftigt bin, ist das ebenfalls durch den Innovationsfonds geförderte Projekt Op-US. Hier werden im Rahmen eines Mixed-Methods-Ansatzes Fra-

gestellungen zur Über- und Fehlversorgung mit opioidhaltigen Schmerzmitteln untersucht. Dabei werden die Perspektiven von Patient:innen und Leistungserbringer:innen berücksichtigt. Der Fokus liegt auf der Langzeittherapie bei nicht-tumorbedingten Schmerzen, wie Kreuzschmerzen. Die Ergebnisse sollen Hinweise darauf geben, ob es bestimmte Patient:innengruppen gibt, die von einer Über- und/oder Fehlversorgung oder von Medikamentenmissbrauch betroffen sind. Zudem werden Hemmnisse und Hürden einer leitliniengerechten Versorgung analysiert. Dafür werden Befragungs- sowie Routinedaten genutzt und kombiniert, um ein möglichst umfassendes Bild der Versorgungssituation zu erhalten. Auf dieser Basis werden Szenarien für gesundheitspolitische Handlungsstrategien entwickelt.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Einerseits möchte ich meine Forschungsergebnisse in den wissenschaftlichen Diskurs einbringen und zur thematischen und methodischen Weiterentwicklung beitragen. Andererseits liegt für mich mit der Versorgungsforschung der Fokus insbesondere auf der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen. Dabei sollen die Forschungsergebnisse helfen, über die Identifikation und Quantifizierung von Versorgungsproblemen hinaus mit der Entwicklung gesundheitspolitischer Handlungsempfehlungen, eine Brücke zur Implementierung konkreter Maßnahmen zu spannen. Wie beispielsweise mit dem Projekt Op-US möchte ich untersuchen, inwiefern Versorgungsdefizite vorliegen und analysieren welche Hintergründe diese haben, um anhand dieser Ergebnisse konkrete Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten. <<



Tim Brand, wissenschaftlicher Mitarbeiter und Doktorand

>> Warum forschen Sie am CINCH?

Das CINCH bietet Nachwuchswissenschaftlern ein interdisziplinäres Netzwerk von Forschenden. Ein ständiger Austausch zwischen verschiedenen Forschungsschwerpunkten führt einerseits zu einem großen Spektrum an methodischen Kenntnissen. Andererseits entsteht dadurch eine Kultur, die eigene Forschung kritisch zu hinterfragen und weiterzuentwickeln.

Was zeichnet das CINCH aus?

Das CINCH zeichnet sich durch ein umfassendes internationales Netzwerk aus, welches intensiv gepflegt und erweitert wird. In regelmäßigen Seminarreihen werden dabei namhafte Forscher:innen eingeladen, mit denen auf Augenhöhe diskutiert wird. Das dient der frühen Reflexion der eigenen Forschung im internationalen Kontext und bietet die Möglichkeit, sein eigenes Netzwerk stetig zu erweitern.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Im Rahmen eines von der deutschen Krebshilfe geförderten Projektes beschäftige ich mich mit dem Zusammenhang zwischen der Zertifizierung spezialisierter Krebsversorgung und innovativem Handeln. Obwohl beide Tätigkeiten auf eine Verbesserung der Versorgung abzielen, stellen unterschiedliche Anforderungen ein Risiko dar. So könnten sich Zertifizierung und Innovation gegenseitig behindern. Zu verstehen, wie sich die beiden Aktivitäten gegenseitig beeinflussen, stellt das Hauptziel meiner Forschung dar. Die Ergebnisse sollen dabei helfen, Zertifizierung und Innovation im Sinne des Patienten, aber auch des Krankenhauses simultan umzusetzen, um die Versorgungsqualität zu verbessern und Ressourcen effizient einzusetzen.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Mit meiner Forschung möchte ich einen Beitrag dazu leisten, die flächendeckende Versorgung von Krebspatienten zu verbessern, indem ich neue Erkenntnisse dazu liefere, wie Standardisierung und Innovation miteinander in Einklang gebracht werden können. Regulatorische Entscheidungen zur Verbesserung des Zugangs von Krebspatienten zu hochqualitativer Versorgung können dabei nur im Kontext strategischer Entscheidungen der Krankenhäuser getroffen werden. <<

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

DKVF 2022

Call for Abstracts bis zum 31.03.2022

Der 21. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) findet unter dem Motto „Versorgungsforschung – Nutzen für die klinische Praxis – Potentiale und Perspektiven“ vom 05. bis 07. Oktober 2022 in Potsdam statt. Zur Einreichung von Beiträgen laden der Kongresspräsident, Prof. Peter Falkai, und das DNVF herzlich ein. Die Deadline zur Beitragseinreichung ist der 31.03.2022.

>> Der Deutsche Kongress für Versorgungsforschung geht in seine dritte Dekade. Nachdem die letzten beiden Kongresse aufgrund von Covid-19 virtuell stattfinden mussten, hoffen alle Beteiligten, den 21. DKVF in Präsenz in Potsdam durchführen zu können. Die Kongresspräsidentschaft übernimmt Prof. Dr. Peter Falkai, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München. Prof. Falkai ist u.a. Mitglied im Vorstand der AWMF und des DNVF.

Unter dem Motto „Versorgungsforschung – Nutzen für die klinische Praxis – Potentiale und Perspektiven“ soll diskutiert werden, welchen Nutzen die Versorgungsforschung für die klinische Realität und somit konkret für Patient:innen bereithält. Darüber hinaus wird ein Fokus darauf gerichtet, welche Potenziale sich z.B. aus dem Innovationsfonds flächendeckend implementieren lassen und wo dieser Transfer bereits gelungen ist.

Im ersten Track „Versorgungsstudien in Deutschland heute“ wird am Beispiel ausgewählter medizinischer Disziplinen wie z. B. der Allgemeinmedizin, Onkologie, Neurologie, Palliativmedizin und Psychiatrie aufgezeigt, wie mit versorgungsnahen Daten und speziell Registern Wissen für die Versorgung generiert werden kann. Ziel ist es, ein besseres Verständnis dafür zu entwickeln, welche Möglichkeiten wir jetzt schon haben, wie wir im internationalen Kontext voneinander lernen können und was wir perspektivisch in der klinischen Medizin brauchen, um Lebensqualität abzusichern oder zu verbessern.

Entlang der Translationskaskade sollen im zweiten Track „Versorgungsforschung verbessern“ potenzielle (methodische) Fehlerquellen anhand von abgeschlossenen



Kongresspräsident Prof. Dr. Peter Falkai, Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München. Er wird unterstützt vom lokalen Organisationsteam: Dr. Elias Wagner und Vivienne Catic.

Studien diskutiert werden, die den Erfolg oder Misserfolg von Studien ausgemacht haben. Dieser Track führt das Konzept „Forschende lernen von Forschenden“ weiter, das beim 20. DKVF zum ersten Mal durchgeführt und auf große positive Resonanz gestoßen ist.

Im dritten Track „Versorgungsforschung 4.0“ werden innovative Studiendesigns vorgestellt und miteinander verglichen. Wo ist die Bearbeitung von Registerdaten angebracht und wo können Versorgungsstudien ansetzen? Aus bereits gewonnenen Studienergebnissen sollen konkrete Rückschlüsse für neue Studien gezogen sowie innovative Ansatzpunkte identifiziert werden, um die klinische Versorgung effektiv und langfristig verbessern zu können. Hier werden gezielt Wissenschaftler:innen (national & international) eingeladen werden,

Kommentar

Liebe Kolleginnen und Kollegen, im Koalitionsvertrag der neuen Regierung finden sich Forderungen des DNVF aus seiner Presseerklärung vom 4. November 2021 zur Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems wieder. Das DNVF bietet seine aktive Mitarbeit bei der Gestaltung eines Register- und eines Gesundheitsdatennutzungsgesetzes zur besseren wissenschaftlichen Nutzung an und unterstützt den Aufbau einer zentralen Forschungsdateninfrastruktur sowie die Implementation und wissenschaftliche Begleitung sektorenübergreifender regionaler Versorgungsmodelle.



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

Ich möchte mich an dieser Stelle für das außergewöhnliche Engagement so vieler Mitglieder herzlich bedanken. Die Zukunftswerkstatt ist auf große Resonanz gestoßen und zusammen mit der Zukunftskommission haben wir auf der Klausurtagung im Dezember 2021 die Umsetzung der Vorschläge diskutiert und in Angriff genommen. Ich freue mich sehr über die Gründung der AG Wissenschaftskommunikation sowie über die geplante Gründung der AG Klima & Gesundheit und der AG Demografischer Wandel.

Wir werden für alle Interessierten vom 28. bis 31. März 2022 die Spring-School wieder digital durchführen. Die Spring-School bietet ein vielfältiges Programm mit vier neuen Modulen. Ganz herzlichen Dank an die wissenschaftliche Leitung Prof. J. Köberlein-Neu und Prof. F. Hoffmann sowie an D. Barche von der Geschäftsstelle für die hervorragende Organisation.

Wir laden Sie am 4. Mai 2022 in Berlin herzlich zum 9. Forum Versorgungsforschung mit dem Thema „Sektorübergreifende und interprofessionelle regionale Versorgung“ ein, und ebenso zum 21. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung vom 5. bis 7. Oktober 2022 in Potsdam mit dem Motto „Versorgungsforschung – Nutzen für die klinische Praxis – Potentiale und Perspektiven“. Der Kongresspräsident Prof. Peter Falkai hat mit seinem Team ein spannendes Programm zusammengestellt.

Mit allen guten Wünschen für Sie, Ihre Familien und Mitarbeiter:innen für ein gesundes und gutes neues Jahr 2022 voller Freude und Leben.

Ihre

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

die neue Wege gehen. „Einerseits ist hier eine nonkonformistische Perspektive von außen gewünscht, andererseits sollen auch aus dem Netzwerk innovative Konzepte angesprochen werden“, so Prof. Falkai. Ziel dabei ist es, die Operationalisierung innovativer Forschungsdesigns für die Versorgungsforschung schneller auf den Weg zu bringen.

Das Kongressprogramm wird – wie in den vergangenen Jahren – aus den eingereichten Beiträgen gestaltet, die bis zum 31.03.2022 in deutscher und englischer Sprache eingereicht werden können. Zum Thema Covid-19 wird explizit die Einreichung englischsprachiger Abstracts gewünscht, da internationale Sitzungen

zu diesem Themenkomplex geplant sind. Das Programmkomitee wird das Programm im Anschluss an den Begutachtungsprozess zusammenstellen. Dem Programmkomitee gehören zahlreiche Arbeits- und Fachgruppensprecher:innen, Vorstandsmitglieder und Mitglieder des DNVF an. Darüber hinaus sind Wissenschaftler:innen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München an der Programmgestaltung und Organisation des Kongresses beteiligt.

Der DKVF lebt durch seine unterschiedlichen Beitragsarten mit Plenarsitzungen, Symposien, Podiumsdiskussionen, Postersessions, interaktiven Workshops und Science Slams, die spannende Kongresstage

garantieren. Alle sind aufgerufen, den Kongress zur Präsentation ihrer Forschungsergebnisse, zur Diskussion und zum fachlichen Austausch und nicht zuletzt zum Voneinander Lernen zu nutzen.

Der DKVF ist eine wichtige Plattform nicht nur für den wissenschaftlichen Austausch in der Versorgungsforschung. Soziale und persönliche Kontakte sind wichtig für den offenen, wertschätzenden Austausch und den Aufbau zukünftiger Forschungsk Kooperationen, die beim Kongress sehr oft angebahnt werden. Nutzen Sie diese Chance.

Alle Informationen zur Abstract-Einreichung stehen auf der Kongresswebseite bereit: www.dkvf.de <<

Ergebnisse einer Befragung von Patient:innen, Angehörigen und Behandler:innen

Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Versorgung von Nicht-Covid-Erkrankten in Deutschland

Die Auswirkungen der Pandemie auf spezifische Bereiche des deutschen Versorgungssystems sind vielfältig: Ärzt:innen schildern verringerte Auslastung, Mehraufwand durch Schutzmaßnahmen sowie digital oder telefonisch unterstützte Behandlungsangebote (Härter et al., 2020). Beiträge zum Deutschen Kongress für Versorgungsforschung skizzieren reduzierte Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation (Bethge et al., 2021), intensivere Nutzung telemedizinischer Angebote durch niedergelassene Ärzt:innen (Knörr et al., 2021), vorübergehend reduzierte Behandlungskapazitäten in der psychiatrischen Versorgung (Wiegand et al., 2021) sowie Gefährdung der Palliativversorgungsqualität durch Kontaktbeschränkungen (Schade et al., 2021).

>> In der vorliegenden Studie wurden Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Versorgung von Nicht-Covid-Erkrankten aus Sicht von Patient:innen, Angehörigen und Behandler:innen untersucht.

Methodik

Vom 16.04.2021 bis zum 15.07.2021 wurde eine Online-Befragung durchgeführt. Teilnehmende wurden über Verteiler des DNVF und verschiedene Patient:innenvertretungen gewonnen. Sie beantworteten Freitext-Fragen nach erlebten positiven und negativen Auswirkungen der Pandemie auf die allgemeine Gesundheitsversorgung. Während der inhaltsanalytischen Auswertung wurden in den Antworten zunächst relevante Sinneinheiten zu Auswirkungen der Pandemie identifiziert. Aus diesen wurden dann Kategorien zu positiven und negativen Auswirkungen entwickelt, die anhand übergeordneter inhaltlicher Dimensionen gegenübergestellt wurden.

Ergebnisse

An der Umfrage beteiligten sich 86 Personen, darunter 63 Frauen und 23 Männer.

Alle nutzten die Gesundheitsversorgung während der Pandemie: 92% als Patient:in, 43% als Begleitung anderer Patient:innen und 2% als Behandler:in (Mehrfachantworten waren möglich). Aus den Freitextantworten wurden jeweils 7 Kategorien zu positiven und negativen Auswirkungen entwickelt. Diese wurden anhand von den 4 Dimensionen gegenübergestellt (siehe Abb.).

Als positive Auswirkung auf das Versorgungsangebot wurde der Ausbau telemedizinischer Versorgungsangebote (z. B. ärztliche Sprechstunden oder Therapien per Video) sowie die Optimierung von Versorgungsprozessen (z. B. verbessertes Terminmanagement) beschrieben. Demgegenüber stehen als negative Auswirkungen Einschränkungen des Versorgungsangebots (z. B. Aufschub geplanter Behandlungen), fehlende soziale Unterstützung in der stationären Versorgung (z. B. Besuchsverbote) und Beeinträchtigungen der Versorgenden-Patient:innen-Interaktion (z. B. telefonische statt persönliche Gespräche).

Auswirkungen der Pandemie auf die Inanspruchnahme wurden durch eine Entlas-

zung des Versorgungssystems (z. B. bessere Verfügbarkeit von Terminen) positiv wahrgenommen. Gleichmaßen wurde eine verringerte Inanspruchnahme als negative Auswirkung beschrieben, weil Behandlungen trotz vorliegenden Bedarfs nicht in Anspruch genommen wurden (z. B. Kontaktvermeidung) oder der Zugang zu Versorgungsleistungen erschwert wurde (z. B. keine Hausbesuche).

In der Dimension zu Auswirkungen auf Anforderungen an die Gesundheitsversorgung wurde die verstärkte Infektionsprävention positiv wahrgenommen (z. B. Schutz vor verschiedenen Infektionskrankheiten), jedoch die damit einhergehenden Belastungen auch als negativ (z. B. Maskenpflicht).

Positive Auswirkungen auf die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung beschrieben die Teilnehmenden in der Beschleunigung der Digitalisierung (z. B. in der Selbsthilfe), in einer gestiegenen gesellschaftlichen Anerkennung (z. B. für Pflegeberufe) und darin, dass die Leistungsfähigkeit des Versorgungssystems evaluiert wird (z. B. Stresstest des Versorgungssystems). Als negativ wurde in dieser Dimen-

sion der Digitalisierungsdruck bei fehlenden Voraussetzungen genannt (z.B. fehlende Technikkompetenz).

Schlussfolgerung

Patient:innen, Angehörige und Behandler:innen erlebten vielfältige aus ihrer Sicht positive wie negative Auswirkungen der Pandemie auf die allgemeine Versorgung, welche sowohl die konkrete Versorgungssituation als auch die gesellschaftliche Ebene als Kontext der Gesundheitsversorgung betreffen. <<

News

>> Mitglieder

Als neue institutionelle Mitglieder begrüßen wir: figus GmbH – Forschungsinstitut für Gesundheits- und Systemgestaltung (Sektion 2), Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health, Universität Greifswald (Sektion 2), Dierks+Company (Sektion 3). Die aktuelle Anzahl der persönlichen Mitglieder beträgt 282 Personen.

News

>> Fördermitglieder

Als neue Fördermitglieder begrüßen wir: Daiichi Sankyo Deutschland GmbH, Novartis Pharma GmbH.

>> Sprecherinnenteam

Prof. Dr. Anne Herrmann-Johns (Universität Regensburg), M.Sc. Marlena van Munster (Universität Marburg) und Domenika Wildgruber (Katholische Stiftungshochschule München) wurden als Sprecherinnenteam der am 17.11.2021 neu gegründeten DNVF AG Wissenschaftskommunikation gewählt. Interessierte an der AG können sich an info@dnvf.de wenden.

>> Forum am 4. Mai 2020

Das 9. DNVF-Forum Versorgungsforschung „Sektorübergreifende und interprofessionelle regionale Versorgung“ findet am 4. Mai 2022 in Berlin statt. Es geht der Frage nach, wie sektorenübergreifende und regionale Versorgungskonzepte, Grundlage für eine effiziente und am Nutzen der Patient:innen ausgerichtete Gesundheitsversorgung sein können. Wir wollen Wege finden, wie wir sektorenübergreifende und regionale Versorgungsmodelle zeitnah umsetzen, wissenschaftlich begleiten und verbessern können.

Positive Auswirkungen	Negative Auswirkungen
...auf das Versorgungsangebot	
Ausbau telemedizinischer Versorgungsangebote	Einschränkung bestehender Versorgungsangebote
Optimierung von Versorgungsprozessen	Fehlende soziale Unterstützung in stationärer Versorgung
	Beeinträchtigung der Versorgenden-Patient:innen-Interaktion
...auf die Inanspruchnahme	
Entlastung des Versorgungssystems durch verringerte Inanspruchnahme	Nicht-Inanspruchnahme bei Behandlungsbedarfen
	Erschwerter Zugang zu Versorgungsleistungen
...auf die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung	
Verstärkte Infektionsprävention	Zusätzliche Belastung durch Pandemie/-bekämpfung
...auf die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung	
Beschleunigung der Digitalisierung	Digitalisierungsdruck bei fehlenden Voraussetzungen
Gestiegene gesellschaftliche Anerkennung	
Evaluation der Leistungsfähigkeit des Versorgungssystems	

Berichtete Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Versorgung von Nicht-Covid-Erkrankten.

Literatur

- Bethge, M./Fauser, D. /Zollmann, P./Streibelt, M. (2021): Reduced requests for medical rehabilitation due to the SARS-CoV-2 pandemic: a difference-in-differences analysis. Vortrag gehalten auf dem 20. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, Berlin.
- Härter, M./Bremer, D. /Scherer, M./von dem Knesebeck, O./Koch-Gromus, U. (2020): Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die klinische Versorgung, Arbeitsprozesse und Mitarbeitenden in der Universitätsmedizin: Ergebnisse einer Interviewstudie am UKE. In: Das Gesundheitswesen, 82, 676–681.
- Knörr, V./Gunkel, S./Hoffmann, J./Mause, L./Ohnhäuser, T./Stoecker, A./Scholten, N. (2021): Use of telemedicine in the outpatient sector during the Covid-19 pandemic: a cross-sectional survey of German physicians. Vortrag gehalten auf dem 20. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, Berlin.
- Schade, F./Jansky, M./Rieder, N./Lohrmann, D./Gebel, C./Kloppenburger, L./Wedding, U./Simon, S.T./Bausewein, C./Nauck, F. (2021): It felt like a black hole, great uncertainty, but we have to take care for our patients' – Qualitative findings on the effects of the COVID-19 pandemic on specialist palliative home care. Vortrag gehalten auf dem 20. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, Berlin.
- Wiegand, H.F./Röthke, N./Gerliner, G./Tüscher, O./Lieb, K./Heinz, A./Falkai, P./Adorjan, K. (2021): The NUM egePan COVID-19-studies: Offer and utilization, challenges and goodpractice-solutions in the German mental health care system during the COVID-19-pandemic. Vortrag gehalten auf dem 20. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, Berlin.

Termine

- 24.02.2022–25.02.2022
Hörsaalgebäude (Haus 22), Universitätsklinikum Frankfurt, 3. AGENS Methodenworkshop in Frankfurt am Main
- 23.03.2022–25.03.2022
Berlin, Deutsche Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
28. – 31.03.2022
10. DNVF Spring-School, digital

Fortbildungsprogramm für Einsteiger:innen und Fortgeschrittene in der Versorgungsforschung

10. DNVF-Spring-School, 28. bis 31.03.2022 Digital

Vom 28.03. bis 31.03.2022 wird zum zehnten Mal die Spring-School des DNVF wiederum digital stattfinden. Die aktuelle Entwicklung der Corona-Pandemie hat den wissenschaftlichen Beirat und die Leitung der DNVF-Spring-School bewogen, die Veranstaltung digital durchzuführen und somit für alle Planungssicherheit zu schaffen.

>> Das Programm der zehnten Spring-School bietet durch die vielfältigen Module sowohl Nachwuchswissenschaftler:innen als auch fortgeschrittenen Versorgungsforscher:innen eine breite Auswahl zur persönlichen Weiterqualifikation. Detaillierte Informationen zu den angebotenen Modulen

finden Sie auf der DNVF-Webseite (www.dnfv.de).

Hier werden die einzelnen Seminarinhalte sowie die Teilnahme-

Programm der 10. DNVF-Spring-School 2022

Montag 28. März 2022 14 – 18 Uhr	ID 1 Einführung in die Gesundheitsversorgungsforschung (GVF) und deren methodische Grundlagen (10 UE)	ID 21 NEU Messung von Gesundheitskompetenz (5 UE)	ID 19 Datenschutz in der Versorgungsforschung (5 UE)	ID 6 Komplexe Interventionen: Methoden zur Entwicklung und Evaluation (5 UE)
Dienstag 29. März 2022 9 – 13 Uhr		ID 11 Gesundheitsökonomische Evaluationen versorgungsbezogener Interventionen – methodische Grundlagen (5 UE)	ID 2 Evaluieren und Implementieren in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung – Theorien und Methoden (5 UE)	Seminartyp basic-Module advanced-Module ID Modul-Identifikationsnummer
Dienstag 29. März 2022 14 – 18 Uhr	ID 7 Komplexe Interventionen: Herausforderungen bei der Erstellung von systematischen Reviews/ Evidenzsynthesen (5 UE)	ID 4 Patient-Reported Outcomes: Anwendung von Fragebögen – Interpretation von Ergebnissen und Umsetzung in der Praxis (5 UE)	ID 10 Routinedaten in der Versorgungsforschung: Rahmenbedingungen, Nutzbarkeit, Linkage und praktische Beispiele (5 UE)	ID 13 Mixed-Methods-Studien – Grundgedanken, Varianten, Potenziale und Herausforderungen (5 UE)
Dienstag 29. März 2022	Vortragsabend 18:30 – 20:30 Uhr Prof. Dr. Uwe Koch-Gromus zum Thema "Wie gelingt es, Versorgungsforschung an einer medizinischen Fakultät zum Forschungsschwerpunkt zu machen?"			
Mittwoch 30. März 2022 9 – 13 Uhr	ID 5 Implementierungsforschung im Gesundheitswesen (5 UE)	ID 8 Definition und Planung von Registern (5 UE)	ID 20 Forschungsfragen mit versorgungsnahen Daten beantworten – Grundlagen und praktische Beispiele (5 UE)	ID 16 Publizieren wissenschaftlicher Ergebnisse der Versorgungsforschung (5 UE)
Mittwoch 30. März 2022 14 – 18 Uhr	ID 9 Aufbau und Betrieb von medizinischen Registern (5 UE) 14 – 19 Uhr	ID 15 Nutzung von Qualitäts- und Patientensicherheitsindikatoren in der Versorgungsforschung (5 UE)	ID 18 Drittmittel für eigene Projekte einwerben (5 UE)	FW Forschungswerkstatt (5 UE)
Donnerstag 31. März 2022 9 – 13 Uhr	ID 12 Gesundheitsökonomische Evaluation versorgungsbezogener komplexer Interventionen – methodische Herausforderungen (7 UE) 9 – 16 Uhr	ID 17 Systematische Reviews (5 UE)	ID 3 NEU Partizipative Versorgungsforschung (5 UE)	ID 22 NEU Teilnehmende Beobachtungen als Methode zum Verstehen von Versorgungspraxis (5 UE)

Teilnahmegebühren			
Bis zum 15. Februar 2022 gilt ein Frühbucherrabatt (grüne Preise).	Preis Modul ID 1 (10 UE)	Preis sonstige Module (5 UE)	Preis Modul ID 12 (7 UE)
Regulär	297 € 339 €	177 € 216 €	234 € 285 €
Ermäßigt Mitarbeitende (Uni & (Fach-) Hochschule)	141 € 168 €	81 € 99 €	108 € 129 €
Ermäßigt Studierende (nicht Promotion)	81 € 96 €	51 € 60 €	66 € 78 €
		inkl. weiterer Module der Spring-School	ohne weitere Module der Spring-School
Forschungswerkstatt NEU		40 €	80 €

Die Teilnahme am Vortragsabend ist **kostenfrei**, jedoch nur mit **vorheriger Anmeldung** möglich.

voraussetzungen und Referent:innen vorgestellt.

Das DNVF ist bestrebt, mit den Seminaren einen Grundstein für eine qualitativ hochwertige Versorgungsforschung zu legen. Wir freuen uns sehr, vier neue Module: Partizipative Versorgungsforschung, Messung von Gesundheitskompetenz, Teilnehmende Beobachtungen als Methode zum Verstehen von Versorgungspraxis und die Forschungswerkstatt anbieten zu können.

Insbesondere mit der Forschungswerkstatt bieten wir Doktorand:innen eine neue Austauschplattform, um ein aktuelles Publikationsmanuskript im Diskurs mit Gleichgesinnten sowie erfahrenen Wissenschaftler:innen weiter voranzubringen.

Am Abend des 29. März 2022 gibt es beim Vortragsabend Gelegenheit zur Diskussion, zum Netzwerken und zum digitalen Get-together. Es referiert Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus zum Thema: „Wie gelingt es, Versorgungsforschung an einer medizinischen Fakultät zum Forschungsschwerpunkt zu machen?“

Die Teilnahmegebühren variieren in Abhängigkeit von der Anzahl der Unterrichtseinheiten (UE) der gebuchten Seminare. Mitarbeitende von Universitäten und (Fach-)Hochschulen sowie Studierende (außer im Promotionsstudiengang) können sich zu einer ermäßigten Gebühr anmelden.

Die Online-Anmeldung ist freigeschaltet und bis zum 15. Februar 2022 ist die Anmeldung zum Frühbucherrabatt möglich. Die Vergabe der begrenzten Plätze erfolgt nach Eingang der Anmeldungen. <<

DNVF

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

eMail: info@dnfv.de

Prof. Dr. med. Christian Tanislav
Prof. Dr. rer. med. Karel Kostev

Rückgang der (Nicht-Covid-19-)Atemwegs- und Magen-Darm-Infektionen während der Covid-19-Pandemie

Die weltweite Einführung strenger Vorschriften zur Eindämmung der Pandemie der Coronavirus-Erkrankung (SARS-CoV-2, Covid-19) hatte spürbare Folgen für das soziale Leben. Maßnahmen wie die Verringerung von Sitzplätzen in Innenräumen, soziale Distanz, die obligatorische Verwendung von Masken und „Bleib zu Hause“-Kampagnen haben die Interaktionen zwischen Menschen drastisch reduziert. Diese Maßnahmen erwiesen sich als wirksam, um die Covid-19-Infektionsraten zu senken und damit die Ausbreitung des Virus zu verhindern (1,2). Verschiedene andere Krankheitserreger, Viren und Bakterien, werden jedoch auf ähnliche Weise von Mensch zu Mensch übertragen (3,4). Dies gilt beispielsweise für viele Erreger, die Infektionen der Atemwege und des Darms verursachen (5). Während der Covid-19-Pandemie wurden einige nicht ansteckende akute Erkrankungen wie Schlaganfall und Myokardinfarkt seltener dokumentiert. Die Verhaltensänderung, die sich aus der Umsetzung strenger Hygieneregeln ergab, könnte auch zu einem „echten“ Rückgang der Raten von Nicht-Covid-19-Infektionskrankheiten geführt haben (5,6). Mit anderen Worten: Die Maßnahmen zur Bekämpfung der Covid-19-Pandemie könnten auch die Ausbreitung anderer Keime beeinflusst haben, die Atemwegsinfektionen (AI) und gastrointestinale Infektionen (GI) verursachen. Aus diesem Grund wollten die Autoren in der vorliegenden Studie die Häufigkeit dieser AI und GI während der Covid-19-Pandemie anhand von Daten aus einer großen Datenbank untersuchen, in die anonymisierte Behandlungsinformationen von Haus- sowie von Kinder- und Jugendärzten in Deutschland einfließen.

>> Diese Querschnittsstudie basierte auf elektronischen Krankenakten aus der Disease-Analyzer-Datenbank (IQVIA), in der Arzneimittelverordnungen, Diagnosen sowie allgemeine medizinische und demografische Daten erfasst werden, die direkt in anonymisierter Form aus den in den Praxen von Haus- und Fachärzten verwendeten Computersystemen stammen (7). Die Abdeckung dieser Datenbank liegt bei etwa 3-7% aller niedergelassenen Praxen in Deutschland. Die in Deutschland zur Auswahl der Arztpraxen verwendeten Stichprobenverfahren haben sich als geeignet erwiesen, um eine bevölkerungsrepräsentative Datenbank der Primär- und Spezialversorgung zu erhalten (7).

Die Analyse umfasste Patienten, die zwischen April 2019 und März 2021 mindestens eine Diagnose einer AI oder GI (ICD-10: A08, A09)

Zusammenfassung

Ziel des Beitrages ist es, nicht-Covid-19-bedingte Atemwegsinfektionen (AI) und gastrointestinale Infektionen (GI) während der Covid-19-Pandemie zu untersuchen. Eingeschlossen wurden Patienten mit der Diagnose einer akuten AI oder GI, die anonym in 994 hausärztlichen und in 192 kinderärztlichen Praxen in Deutschland dokumentiert wurden. Die Prävalenz von akuter AI und GI zwischen April 2019 – März 2020 und April 2020 – März 2021 wurde verglichen.

Bei Hausärzten wurde der stärkste Rückgang bei der Diagnose von Influenza (-71%, $p < 0,001$) beobachtet, gefolgt von akuter Laryngitis (-64%, $p < 0,001$), akuten Infektionen der unteren Atemwege (Bronchitis) (-62%, $p < 0,001$) und Darminfektionen (-40%, $p < 0,001$). Dagegen nahm die seltene virale Lungenentzündung um 229% ($p < 0,001$) stark zu. In Kinderarztpraxen war ein starker Rückgang der Infektionsdiagnosen zu verzeichnen, insbesondere bei Influenza (-90%, $p < 0,001$), Lungenentzündung (-73%, $p < 0,001$ virale Pneumonie; -76%, $p < 0,001$ andere Pneumonien) und akuter Sinusitis (-66%, $p < 0,001$). Bei der viralen Lungenentzündung bei Kindern wurde kein Anstieg beobachtet.

Die erheblichen Einschränkungen des sozialen Lebens, die während der Covid-19-Pandemie zur Bekämpfung der Ausbreitung von SARS-CoV-2 vorgenommen wurden, führten auch zu einem unbeabsichtigten, aber willkommenen Rückgang anderer, nicht mit Covid-19 zusammenhängender Infektionen der Atemwege und des Magen-Darm-Trakts.

Schlüsselwörter

Covid-19, Pandemie, Atemwegsinfektion, Magen-Darm-Infektion

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.01.22.1866-0533.2375>

aus einer von 994 Hausarzt- oder 192 Kinderarztpraxen erhielten, die routinemäßig Daten an die Disease-Analyzer-Datenbank (IQVIA) senden. Zu den akuten Atemwegsinfektionen gehörten Nasopharyngitis (ICD-10: J00), Sinusitis (Icd-10: J01), Tonsillitis (ICD-10: J02), Pharyngitis (ICD-10: J03), Laryngitis (ICD-10: J04, J05), Infektionen der oberen Atemwege an mehreren und nicht näher bezeichneten Stellen (ICD-10: J06), Influenza (ICD-10: J09-J11), virale Lungenentzündung (J12), andere Pneumonien (J13-J18) und akute Infektionen der unteren Atemwege wie Bronchitis (J20-J22). Insgesamt wurden 1.367.298 Personen in die Studie aufgenommen.

Die Autoren verglichen die Anzahl der AI und GI, die von Haus- und Kinderärzten im Zeitraum April 2019 – März 2020 (nicht-pandemischer Zeitraum) im Vergleich zu April 2020 – März 2021 (pandemischer Zeitraum) diagnostiziert wurden.

Die Autoren kalkulierten die durchschnittliche Anzahl der dokumentierten Infektionsdiagnosen pro Praxis und verglichen die Anzahl der Patienten für die beiden Zeiträume mit einem Wilcoxon-Test. P-Werte von $< 0,05$ wurden als statistisch signifikant angesehen. Die Analysen wurden mit SAS Version 9.4 (Cary, NC: SAS Institute Inc.) durchgeführt.

Ergebnisse

In Hausarztpraxen wurden 715.440 Patienten mit AI oder GI in der Nicht-Pandemiezeit diagnostiziert, gegenüber 468.753 in der Pandemiezeit; der gleiche Trend wurde bei Kinderärzten beobachtet (275.033 gegenüber 165.127). Die Patientenmerkmale sind in Tabelle 1 dargestellt. Es gab keine signifikanten oder großen alters- oder geschlechtsspezifischen Unterschiede zwischen den Patienten, die in Nicht-Pandemiezeiten diagnostiziert wurden, und denen, die in Pandemiezeiten diagnostiziert wurden.

Tabelle 2 zeigt die Unterschiede in der Anzahl der Patienten mit Infektionsdiagnosen zwischen Nicht-Pandemie- und Pandemiezeiträumen. Die Zahl der Patienten pro Hausarztpraxis mit den meisten Diagnosen ging im Zeitraum von April 2020 bis März 2021 im Vergleich

zu April 2019 bis März 2020 deutlich zurück. Der stärkste Rückgang wurde für Influenza (-71%, $p < 0,001$) beobachtet, gefolgt von akuter Laryngitis (-64%, $p < 0,001$), akuten Infektionen der unteren Atemwege (Bronchitis) (-62%, $p < 0,001$) und GI (-40%, $p < 0,001$). Dagegen nahm die seltene virale Lungenentzündung dramatisch um 229% zu ($p < 0,001$).

In den Kinderarztpraxen war ein starker Rückgang der Infektionsdiagnosen zu verzeichnen, insbesondere bei Influenza (-90%, $p < 0,001$), Lungenentzündung (-73%, $p < 0,001$ virale Pneumonie; -76%, $p < 0,001$ andere Pneumonien) und akuter Sinusitis (-66%, $p < 0,001$). Bei Kindern wurde hinsichtlich GI ein Rückgang von 57% ($p < 0,001$) festgestellt (Tab. 2).

Diskussion

Die Autoren beobachteten während der Covid-19-Pandemie einen bemerkenswerten Rückgang der nicht SARS-CoV-2-bedingten Infektionen der Atemwege bei Erwachsenen und Kindern, wobei sowohl Allgemeinmediziner als auch Kinderärzte weniger Patienten mit Infektionen der unteren und oberen Atemwege behandelten. In der Zeit vor der Pandemie wurde bei durchschnittlich 23,7 erwachsenen Patienten pro Praxis eine Influenza diagnostiziert, während es während der Covid-19-Pandemie nur 6,7 Erwachsene waren (-71%); bei Kindern war dieser Rückgang noch ausgeprägter (von durchschnittlich 54,2 auf durchschnittlich 5,2 Diagnosen pro Praxis, ein Rückgang von 90%). Ein ähnlicher Trend wurde bei GI beobachtet (Rückgang um 40% bei Erwachsenen; Rückgang um 57% bei Kindern). Dagegen wurde die seltenere virale Lungenentzündung, die typischerweise bei

Patienten mit Covid-19 auftritt, während der Pandemie überproportional häufiger diagnostiziert als im Referenzzeitraum 2019 bis 2020 (Anstieg um 229%).

Es kann vermutet werden, dass der Rückgang der Infektionsdiagnosen in den Praxen von Allgemeinmedizinerinnen und Kinderärzten dem allgemeinen Trend folgte, der für viele Krankheiten während der Pandemiezeit beobachtet wurde (5,8,9). Unter den gegebenen Umständen hätten, so die Vermutung, viele Patienten befürchtet, sich mit SARS-CoV-2 zu infizieren, und ihr Verhalten entsprechend angepasst. Dennoch scheint dies aus zwei Gründen eine unwahrscheinliche Erklärung für die hier berichteten Ergebnisse zu sein. Die überwiegende Mehrheit der Patienten in dieser Studiengruppe ist im erwerbsfähigen Alter, so dass die Betroffenen in vielen Fällen bei einer Erkältung eine Krankmeldung ihres Hausarztes für ihren Arbeitgeber benötigen. Außerdem müssten sich diese Personen auf SARS-CoV-2 testen lassen, was ebenfalls eine Konsultation ihres Hausarztes erforderlich machen würde. Es bleibt jedoch unklar, inwieweit die Tatsache, dass die Probanden keine ärztliche Hilfe in Anspruch genommen haben, und die daraus resultierende Untererfassung diese Ergebnisse beeinflusst haben. In Anbetracht der Tatsache, dass allgemeine Hygieneregeln und Kontaktbeschränkungsmaßnahmen, die während der Pandemie eingeführt wurden, die Ausbreitung vieler anderer Keime eingeschränkt haben, scheint es wahrscheinlicher, dass der in dieser Studie beobachtete Rückgang der Nicht-Covid-19-Infektionen eher auf diese Maßnahmen und ein erhöhtes Hygienebewusstsein zurückzuführen ist als auf eine Zurückhaltung der Patienten, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Frühere Studien haben einen Rückgang der Fälle für verschiedene

Literatur

- Rizvi RF, Craig KJT, Hekmat R, Reyes F, South B, Rosario B, Kassler WJ, Jackson GP. Effectiveness of non-pharmaceutical interventions related to social distancing on respiratory viral infectious disease outcomes: A rapid evidence-based review and meta-analysis. *SAGE Open Med.* 2021 Jun 6;9:20503121211022973. doi: 10.1177/20503121211022973. PMID: 34164126; PMCID: PMC8188982.
- Kucharski AJ, Klepac P, Conlan AJK, Kissler SM, Tang ML, Fry H, Gog JR, Edmunds WJ; CMMID COVID-19 working group. Effectiveness of isolation, testing, contact tracing, and physical distancing on reducing transmission of SARS-CoV-2 in different settings: a mathematical modelling study. *Lancet Infect Dis.* 2020 Oct;20(10):1151-1160. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30457-6. Epub 2020 Jun 16. PMID: 32559451; PMCID: PMC7511527.
- To KK, Chan JF, Yuen KY. Viral lung infections: epidemiology, virology, clinical features, and management of avian influenza A(H7N9). *Curr Opin Pulm Med.* 2014 May;20(3):225-32. doi: 10.1097/MCP.0000000000000047. PMID: 24637225.
- Sopena N, Sabrià M, Pedro-Botet ML, Manterola JM, Matas L, Domínguez J, Modol JM, Tudela P, Ausina V, Foz M. Prospective study of community-acquired pneumonia of bacterial etiology in adults. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 1999 Dec;18(12):852-8. doi: 10.1007/s100960050419. PMID: 10691195.
- Gold N, Hu XY, Denford S, Xia RY, Towler L, Groot J, Gledhill R, Willcox M, Ainsworth B, Miller S, Moore M, Little P, Amlöt R, Chadborn T, Yardley L. Effectiveness of digital interventions to improve household and community infection prevention and control behaviours and to reduce incidence of respiratory and/or gastro-intestinal infections: a rapid systematic review. *BMC Public Health.* 2021 Jun 21;21(1):1180. doi: 10.1186/s12889-021-11150-8. PMID: 34154553; PMCID: PMC8215628.
- Tanislav C, Jacob L, Kostev K. Consultations Decline for Stroke, Transient Ischemic Attack, and Myocardial Infarction during the COVID-19 Pandemic in Germany. *Neuroepidemiology.* 2021 Feb 2:1-8. doi: 10.1159/000513812. Epub ahead of print. PMID: 33530092; PMCID: PMC7900477.
- 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 Oct;56(10):459-466. doi: 10.5414/CP203320. PMID: 30168417.
- Slagman A, Behringer W, Greiner F, Klein M, Weismann D, Erdmann B, Pigorsch M, Möckel M; AKTIN Emergency Department Registry; German Forum of University Emergency Departments (FUN) in the Society of University Clinics of Germany E.V. Medical Emergencies During the COVID-19 Pandemic. *Dtsch Arztebl Int.* 2020 Aug 17;117(33-34):545-552. doi: 10.3238/arztebl.2020.0545. PMID: 32865489; PMCID: PMC8171546.
- Bhambhani HP, Rodrigues AJ, Yu JS, Carr JB 2nd, Hayden Gephart M. Hospital Volumes of 5 Medical Emergencies in the COVID-19 Pandemic in 2 US Medical Centers. *JAMA Intern Med.* 2021 Feb 1;181(2):272-274. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.3982. PMID: 33104161; PMCID: PMC7589046.
- Pavlovic JM, Pesut DP, Stosic MB. Influence of the COVID-19 pandemic on the incidence of tuberculosis and influenza. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo.* 2021 Jun 25;63:e53. doi: 10.1590/S1678-9946202163053. PMID: 34190955; PMCID: PMC8231979.
- McNeil JC, Flores AR, Kaplan SL, Hulten KG. The Indirect Impact of the SARS-CoV-2 Pandemic on Invasive Group A Streptococcus, Streptococcus Pneumoniae and Staphylococcus Aureus Infections in Houston Area Children. *Pediatr Infect Dis J.* 2021 Aug 1;40(8):e313-e316. doi: 10.1097/INF.0000000000003195. PMID: 34250979.
- Laris-González A, Avilés-Robles M, Domínguez-Barrera C, Parra-Ortega I, Sánchez-Huerta JL, Ojeda-Diezbarroso K, Bonilla-Pellegrini S, Olivares-López V, Chávez-López A, Jiménez-Juárez R. Influenza vs. COVID-19: Comparison of Clinical Characteristics and Outcomes in Pediatric Patients in Mexico City. *Front Pediatr.* 2021 Jun 24;9:676611. doi: 10.3389/fped.2021.676611. PMID: 34249813; PMCID: PMC8264261.
- Sawakami T, Karako K, Song P. Behavioral changes adopted to constrain COVID-19 in Japan: What are the implications for seasonal influenza prevention and control? *Glob Health Med.* 2021 Jun 30;3(3):125-128. doi: 10.35772/ghm.2021.01066. PMID: 34250286; PMCID: PMC8239374.
- Kim JH, Roh YH, Ahn JG, Kim MY, Huh K, Jung J, Kang JM. Respiratory syncytial virus and influenza epidemics disappearance in Korea during the 2020-2021 season of COVID-19. *Int J Infect Dis.* 2021 Jul 7;S1201-9712(21)00560-9. doi: 10.1016/j.ijid.2021.07.005. Epub ahead of print. PMID: 34245886.
- Rahimi Pordanjani S, Hasanpour A, Askarpour H, Bastam D, Rafiee M, Khazaei Z, Mazaheri E, Vaziri MH, Sabour S. Aspects of Epidemiology, Pathology, Virology, Immunology, Transmission, Prevention, Prognosis, Diagnosis, and Treatment of COVID-19 Pandemic: A Narrative Review. *Int J Prev Med.* 2021 May 15;12:38. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_469_20. PMID: 34249287; PMCID: PMC8218815.
- Marchio A, Batejat C, Vanhomwegen J, Feher M, Grassin Q, Chazal M, Raulin O, Farges-Berth A, Reibel F, Estève V, Dejean A, Jouvenet N, Manuguerra JC, Pineau P. ddPCR increases detection of SARS-CoV-2 RNA in patients with low viral loads. *Arch Virol.* 2021 Jul 12:1-12. doi: 10.1007/s00705-021-05149-0. Epub ahead of print. PMID: 34251549; PMCID: PMC8273560.
- Jördens MS, Loosen SH, Seraphin T, Luedde T, Kostev K, Roderburg C. Impact of the COVID-19 Pandemic on Consultations and Diagnoses in Gastroenterology Practices in Germany. *Front Med (Lausanne).* 2021 May 31;8:684032. doi: 10.3389/fmed.2021.684032. PMID: 34136512; PMCID: PMC8200395.

Soziodemografische Merkmale von Patienten mit mindestens einer Atemwegsinfektion oder Magen-Darm-Infektion						
	Hausärzte			Pädiater		
	April 2019 – März 2020 (n=715.440)	April 2020 – März 2021 (n=468.753)	p-Wert	April 2019 – März 2020 (n=275.033)	April 2020 – März 2021 (n=165.127)	p-Wert
Alter in Jahren, Mittelwert (Standardabweichung)	41,4 (20,0)	41,4 (20,0)	0,683	5,7 (4,5)	5,8 (4,6)	0,018
<6	2,2	2,0	<0,001	56,2	54,9	<0,001
7-12	3,0	3,1		33,5	34,3	
13-17	5,7	5,7		10,3	10,8	
18-30	23,3	23,2				
31-50	32,4	33,0				
51-65	21,3	21,1				
66-80	7,9	7,6				
>80	4,2	4,4				
Geschlecht						
männlich	48,1	48,4	0,001	52,1	52,5	0,027
weiblich	51,9	51,6		47,9	47,5	

Tab. 1: Soziodemografische Merkmale von Patienten, bei denen im Zeitraum April 2019 bis März 2020 und April 2020 bis März 2021 mindestens eine Atemwegsinfektion oder Magen-Darm-Infektion diagnostiziert wurde.

Jährliche Gesamtveränderung der Infektionsdiagnosen (pro Praxis) in Allgemein- und Kinderarztpraxen						
Diagnose	Hausärzte			Pädiater		
	April 2019 – März 2020 Mittelwert (StA)	April 2020 – März 2021 Mittelwert (StA)	Ver. in %	April 2019 – März 2020 Mittelwert (StA)	April 2020 – März 2021 Mittelwert (StA)	Ver. in %
Gastrointestinale Infektionen Atemwegsinfektionen	192,4 (161,0)	116,2 (102,5)	-40***	321,8 (192,4)	138,3 (96,9)	-57***
Akute Nasopharyngitis	52,2 (122,6)	33,2 (72,1)	-36	188,5 (326,3)	133,9 (237,1)	-29
Akute Sinusitis	40,3 (66,6)	16,9 (27,5)	-58***	12,8 (25,9)	4,5 (9,8)	-66***
Akute Pharyngitis	62,5 (103,2)	31,5 (86,9)	-50***	173,1 (228,8)	87,2 (137,1)	-50***
Akute Tonsillitis	57,5 (60,5)	24,3 (26,4)	-58***	250,9 (226)	87,9 (120,3)	-65***
Akute Laryngitis	27,0 (50,7)	9,7 (24,3)	-64***	96,4 (169,8)	36,0 (100,2)	-63***
Akute Infektionen der oberen Atemwege an mehreren und nicht näher bezeichneten Stellen	326,7 (283,3)	260,8 (346,3)	-20***	798,6 (606,9)	517,5 (484)	-35***
Influenza	23,7 (72,7)	6,7 (27,2)	-71***	54,2 (76,7)	5,2 (22,6)	-90***
Virale Lungenentzündung	0,3 (2,8)	1,0 (4,4)	+229***	1,4 (4,0)	0,4 (1,2)	-73***
Sonstige Lungenentzündung	28 (28,5)	14,3 (13,6)	-49***	71,2 (77,9)	16,9 (25,2)	-76***
Akute Infektionen der unteren Atemwege	143 (176,2)	54,5 (132,4)	-62***	233,4 (257,9)	88,8 (149,5)	-62***

Tab. 2: Jährliche Gesamtveränderung der Infektionsdiagnosen (pro Praxis) in Allgemein- und Kinderarztpraxen (April 2019 bis März 2020 im Vergleich zu April 2020 bis März 2021). StA=Standardabweichung; ***<0,001.

Arten von AI sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern während der Pandemie festgestellt (10,11). Einige Autoren haben die Tatsache erörtert, dass die aktuelle Covid-19-Pandemie eine gute Gelegenheit für eine wirksame Aufklärung über gute Hygienepraktiken bot, und spekuliert, dass dies einen nachhaltigen Einfluss auf die Kontrolle der Ausbreitung von Infektionskrankheiten haben könnte (11). In diesem Zusammenhang ist der bei Influenza festgestellte Rückgang von besonderem Interesse, da die weltweite saisonale Ausbreitung dieser Krankheit mit der Covid-19-Pandemie, die wir derzeit erleben, vergleichbar ist (12). Wie in früheren Studien gezeigt wurde, haben auch die Autoren einen Rückgang der Influenzafälle sowohl bei Er-

wachsenen als auch bei Kindern festgestellt; einige Berichte deuten sogar auf einen vollständigen Zusammenbruch der Grippeepidemien in der Saison 2020 – 2021 hin (13, 14). Vor dem Hintergrund teilweise begrenzter Ressourcen für die medizinische Versorgung stellt diese Beobachtung einen willkommenen Effekt dar; weniger Fälle von saisonaler Influenza helfen, die medizinischen Versorgungssysteme in kritischen Phasen der Covid-19-Pandemie weniger zu belasten (13, 14). Ein Ergebnis, das in dieser Studie beobachtet wurde, folgte einem entgegengesetzten Trend. Der seltenere Befund einer viralen Lungenentzündung stieg in der Pandemiezeit um 229%. Dies könnte auf eine Verzerrung durch die Pandemie zurückzuführen sein, da die virale

Pneumonie ein Meilenstein von Covid-19 ist (15). Diese Beobachtung könnte auch auf eine Verzerrung der Dokumentation in Fällen zurückzuführen sein, in denen die ursprüngliche Diagnose einer viralen Lungenentzündung in Verbindung mit einer vermuteten Covid-19-Infektion gestellt, aber nach Ausschluss von SARS-CoV-2 mittels PCR-Test nicht umgehend revidiert wurde (16).

Eine frühere Untersuchung berichtete, dass die Zahl der Konsultationen in gastroenterologischen Praxen und die entsprechenden Diagnosen im Zusammenhang mit gastroenterologischen Erkrankungen, während der Covid-19-Pandemie allmählich abnahmen (17). Jördens und Kollegen berichteten über einen Rückgang der Rate der GI um 19% (17). Die Autoren diskutierten dieses Ergebnis im Zusammenhang mit Einschränkungen des sozialen Lebens, sowie mit dem veränderten Verhalten der Patienten, die es vorzogen, ihre Symptome ohne ärztliche Hilfe zu behandeln (17). Im Gegensatz zu diesen Berichten stellten die Autoren in dieser Studie einen stärkeren Rückgang der GI bei Kindern (-57%) und Erwachsenen (-40%) fest. Eine Erklärung für diesen Unterschied könnte die Tatsache sein, dass hier die Diagnoseraten in Praxen von Allgemeinmedizinern und Kinderärzten untersucht wurden, während Jördens und Kollegen Daten aus gastroenterologischen Praxen untersuchten. Es ist möglich, dass Patienten mit einer einfachen GI zuerst den Hausarzt aufsuchen, anstatt einen spezialisierten Gastroenterologen zu konsultieren. Dieser Rückgang könnte also auch vor allem das Ergebnis eines erhöhten Bewusstseins für Hygiene und die Übertragung von Infektionen sein.

Diese Studie unterliegt mehreren Einschränkungen, die an dieser Stelle eingeräumt werden müssen. Erstens lagen keine Informationen über andere mögliche Gründe für den Rückgang der Zahl der Arztbesuche vor. Möglicherweise waren die medizinischen Dienste während der Pandemie nur in der Lage, eine geringere Anzahl von Konsultationen außerhalb von Covid-19 zu bewältigen. Zweitens stützten sich die AI- und GI-Diagnosedaten ausschließlich auf ICD-10-Codes, und es waren keine Daten über den Diagnoseprozess oder die Schwere der Krankheit verfügbar. Drittens waren keine Informationen über Verhaltensfaktoren (z.B. Alkoholkonsum, Rauchen und Bewegungsmangel) verfügbar, und die Rolle dieser Faktoren konnte daher nicht untersucht werden. Viertens waren keine Krankenhausdaten verfügbar, und es wurden nur ambulante Patienten analysiert.

Die beiden größten Stärken dieser Studie sind die Anzahl der

Zitationshinweis

Kostev, K., Tanislav, C.: „Rückgang der (Nicht-Covid-19-)Atemwegs- und Magen-Darm-Infektionen während der Covid-19-Pandemie“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (01/22), S. 63-66. <http://doi.org/10.24945/MVF.01.22.1866-0533.2375>

Prof. Dr. med. Christian Tanislav

ist Chefarzt für Geriatrie an Diakonie Klinikum Jung Stilling Siegen und außerplanmäßiger Professor an der Justus Liebig Universität Gießen. Er hat in Gießen Humanmedizin studiert, dort promoviert und habilitiert.

Kontakt: christian.tanislav@diakonie-sw.de

Prof. Dr. rer. med. Karel Kostev

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

Decrease of the non-Covid-19-respiratory tract and gastro-intestinal infections during the Covid-19 pandemic

The aim of the paper is to investigate non-Covid-19 related respiratory tract and gastrointestinal infections during the Covid-19-pandemic. Patients with a diagnosis of an acute respiratory tract and gastrointestinal infection documented anonymously in 994 general and 192 pediatrician practices in Germany were included. The prevalence of these infections between April 2019 – March 2020 and April 2020 – March 2021 was compared.

In GP practices the strongest decrease was observed for the diagnosis of influenza (-71%, $p<0.001$), followed by acute laryngitis (-64%, $p<0.001$), acute lower respiratory infections (bronchitis) (-62%, $p<0.001$), and intestinal infections (-40%, $p<0.001$). In contrast, the relatively rare viral pneumonia strongly increased by 229% ($p<0.001$). In pediatrician practices, there was a strong decrease in infection diagnoses, especially influenza (-90%, $p<0.001$), pneumonia (-73%, $p<0.001$ viral; -76%, $p<0.001$ other pneumonias), and acute sinusitis (-66%, $p<0.001$). No increase was observed for viral pneumonia in children.

The considerable limitations concerning social life implemented during the Covid-19-pandemic in order to combat the spread of SARS-CoV-2 also resulted in an inadvertent but welcome reduction in other non-Covid-19 respiratory tract and gastrointestinal infections.

Keywords

Covid-19, pandemic, respiratory tract infections, gastrointestinal infection

Patienten, die für die Analyse zur Verfügung standen, und die detaillierten Analysen auf der Grundlage von sogenannten Real-World-Daten. Letzteres ist besonders wichtig, da der Hauptansprechpartner für die hier untersuchten Krankheiten bei Erwachsenen der Hausarzt und bei Kindern der ambulante Kinderarzt ist.

Schlussfolgerung

Die während der Covid-19-Pandemie eingeführten Maßnahmen zielten auf die Verringerung von SARS-CoV-Infektionen, führten aber offensichtlich auch zu einem Rückgang anderer Infektionskrankheiten wie AI und GI. Die allmähliche Steigerung des Hygienebewusstseins als Folge der Covid-19-Pandemie dürfte ebenfalls einen Einfluss auf den Rückgang der Raten für AI und GI gehabt haben. Es kann vermutet werden, dass der durch die Covid-19-Pandemie gewonnene Aufklärungsnutzen dazu beitragen könnte, die Ausbreitung von Infektionskrankheiten in Zukunft einzudämmen. <<

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.



Prof. Dr. phil. Katharina Rathmann
Judith Lutz MSc PH
Lena Salewski MSc PH
Prof. Dr. phil. Kevin Dadaczynski
Mag. Denis Spatzier

Tools zur Förderung der organisationalen Gesundheitskompetenz in Krankenhaus, Pflege und Eingliederungshilfe: eine systematische Übersicht

Die andauernde Corona-Pandemie führt uns täglich vor Augen, wie wichtig aktuelle und valide Informationen zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung der Gesundheit sind. Wie leicht oder schwierig der Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen und Materialien ist, wird durch die Lebenswelten, in denen wir leben und arbeiten – und damit der sog. organisationalen Gesundheitskompetenz – maßgeblich bestimmt (Ernstmann et al. 2020; Schaeffer et al. 2018). Neben der individuellen Fähigkeit im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen stehen gerade Organisationen bzw. Einrichtungen in der Verantwortung, die Beschaffung und den Umgang mit Gesundheitsinformationen der Nutzenden (d.h. Patient:innen, Bewohner:innen, Klient:innen und Angehörige) zu unterstützen (Ernstmann et al. 2020; Schaeffer et al. 2018). So erschwert bspw. die Verwendung von Fremdwörtern in gesundheitsbezogenen Informationen das Verständnis, während Texte in leichter Sprache auch für Menschen mit einem niedrigen Bildungshintergrund oder kognitiven Beeinträchtigungen verständlicher sind (Pelikan/Dietscher 2015). Gerade das Leitungs- und Fachpersonal spielt bei der Bereitstellung und im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen eine wichtige Rolle für die Nutzenden und deren Gesundheitskompetenz (DeGani et al. 2020).

>> Insgesamt sind Einrichtungen der (Gesundheits-)Versorgung (d. h. Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe) zunehmend dazu aufgefordert, ihre Strukturen so zu gestalten und das Fachpersonal so zu schulen, dass sie es ihren Nutzenden erleichtern, sich gesundheitskompetent zu verhalten (Ernstmann et al. 2018). Dieser Ansatz ist als Konzept der organisationalen Gesundheitskompetenz bekannt, das unterschiedliche Standards bzw. Handlungsfelder adressiert. Inzwischen liegen unterschiedliche Standards (Handlungsfelder) der organisationalen Gesundheitskompetenz vor. Brach et al. (2012) beschreiben z. B. zehn Handlungsfelder einer gesundheitskompetenten Einrichtung (z. B.

Zusammenfassung

Einrichtungen der (Gesundheits-)Versorgung sehen sich zunehmend mit der Forderung nach der Gestaltung einer gesundheitskompetenten Organisation konfrontiert. Für die Stärkung dieser sog. organisationalen Gesundheitskompetenz liegen bereits Tools für das Krankenhaus vor, nicht jedoch für andere Versorgungsbereiche (d. h. Pflege und Eingliederungshilfe). Ziel ist es, vorhandene Tools zur Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz für diese Einrichtungsarten zu systematisieren und differenziert nach Ebene (d. h. Einrichtung, Fachpersonal und Klient:innen) darzustellen. Für das Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtungen und die Pflege wurden dafür n=5 Handreichungen gesichtet. Für Einrichtungen der Eingliederungshilfe diente eine systematische Datenbankrecherche (n=1.130 Treffer) und eine Handrecherche (n=51 Treffer) als Grundlage. Für das Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtungen und die Pflege wurden n=54 Tools mit Schwerpunkt auf der Einrichtungsebene ermittelt. Bei Einrichtungen der Eingliederungshilfe waren es n=35 Tools, die hauptsächlich die „Gesundheitskompetenz der Nutzenden“ adressieren. Insgesamt stellen eine unterstützende Leitung, die Priorisierung der Gesundheitskompetenz auf allen Ebenen der Einrichtung und die zielgruppenadäquate und bedarfsbezogene Bereitstellung von Materialien und Maßnahmen eine wichtige Voraussetzung zur Förderung der Gesundheitskompetenz dar.

Schlüsselwörter

Organisationale Gesundheitskompetenz, Gesundheitsversorgung, Krankenhaus, Pflege, Eingliederungshilfe, Tools, Interventionen, Behinderung

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.01.22.1866-0533.2376>

die Berücksichtigung der Gesundheitskompetenz in Maßnahmen des Qualitätsmanagements, die Entwicklung von Informationsmaterialien unter Einbezug der Nutzenden oder die Navigation bzw. Orientierung innerhalb und zur Einrichtung). Das „Selbstbewertungs-Instrument zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen (WKGKKO-I)“ baut darauf auf und umfasst neun Handlungsfelder (Dietscher/Pelikan 2016). Die Weiterentwicklung des SAT-OHL-Hos-v1.0 (International Self-Assessment Tool for Organizational Health Literacy Version 1, dt. internationales Selbstbewertungsinstrument für Gesundheitskompetente Krankenhäuser) umfasst acht Handlungsfelder (Abb. 1) für eine gesundheitskompetente Einrichtung (Working Group HPH & HLO 2019).

Die aktuelle Gesetzeslage stärkt die Förderung der organisationalen Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der (Gesundheits-) Versorgung. Das Präventionsgesetz (Sozialgesetzbuch (SGB) V §20a) zielt auf die Förderung der Prävention und Gesundheitsförderung, Früherkennung von Krankheiten und Verhältnisprävention in Lebenswelten wie dem Krankenhaus und Einrichtungen der Rehabilitation, Pflege und Eingliederungshilfe ab. Die Pflegestärkungsgesetze I-III haben zum Ziel, die Situation von Pflegebedürftigen, Angehörigen und Fachpersonal zu verbessern. Das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) adressiert zudem die Verbesserung der Arbeitsbedingungen des Fachpersonals (Willenbrock 2018). Für Menschen mit Behinderung stellt das Bundesteilhabegesetz (BTHG, SGB IX) die Grundlage für eine nutzerorientierte, barrierefreie und leicht zugängliche Eingliederungshilfe in Deutschland dar. Nicht zuletzt gibt der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz den Handlungsrahmen vor, der neben der individuellen Gesundheitskompetenz insbesondere zur Förderung der organisationalen Gesundheitskompetenz in Deutschland aufruft (Schaeffer et al. 2018).

Neben den gesetzlichen Rahmenbedingungen, tragen die Größe der Berufsgruppe von (pflegendem) Personal in Krankenhäusern (1.251.662; Stand 31.12.2020; (DeStatis 2020a)) und Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe (796.489; Stand 31.12.2019; (DeStatis 2020b)) sowie die gleichzeitig hohe gesundheitliche Beanspruchung des Versorgungspersonals (Ehgartner et al. 2020) zur



Abb. 1: Acht Standards bzw. Handlungsfelder der organisationalen Gesundheitskompetenz (eigene Darstellung, in Anlehnung an Working Group HPH & HLO (2019)).

Relevanz der Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und Eingliederungshilfe bei. Es wird deutlich, dass Einrichtungen der Gesundheitsversorgung dazu aufgefordert sind, ihre Organisation entsprechend den Handlungsfeldern der organisationalen Gesundheitskompetenz auf allen Ebenen so auszurichten, dass sie die Gesundheitskompetenz aller Nutzenden adressieren und langfristig stärken. Durch eine hohe organisationale Gesundheitskompetenz können z. B. der Zugang zur und die Orientierung innerhalb der Einrichtung vereinfacht und negative Folgen durch Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen (z. B. höhere Kosten für das Gesundheitssystem durch Begleit- und Folgeerkrankungen) reduziert werden (Schaeffer et al. 2018).

Während im internationalen Raum, insbesondere in Österreich, zahlreiche Anstrengungen zur Gestaltung von gesundheitskompetenten Krankenhäusern unternommen wurden, befinden sich entsprechende Initiativen in Deutschland noch in den Anfängen.

Das Projekt „Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege (QualiPEP)“ des AOK Bundesverbands zielt z. B. darauf ab, einen Qualitätsrahmen für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe (im Bereich Wohnen) zu entwickeln, zu pilotieren und umzusetzen (Tempelmann et al. 2020).

Das Projekt „Entwicklung der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (EwiKo)“ – ein Kooperationsprojekt der AOK PLUS und der Hochschule Fulda – setzt hier an, mit dem Ziel, Strukturen und Prozesse zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (d. h. Krankenhäuser, Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe) pilothaft in Sachsen und Thüringen aufzubauen. Erweiternd zum Projekt QualiPEP, bei dem ein Qualitätsrahmen für Maßnahmen der Prävention, (betrieblichen) Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege entwickelt und

erprobt wurde (Tempelmann et al. 2020), werden im Projekt EwiKo konkrete Maßnahmen umgesetzt, die die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung zur Förderung ihrer Gesundheitskompetenz anwenden können. Dafür sind Tools erforderlich, die auf die Bedarfe und Bedürfnisse der Einrichtungsarten angepasst sind. Unter einem Tool werden Maßnahmen verstanden, die die Stärkung der Gesundheitskompetenz adressiert und Anleitungen, Informationsmaterialien sowie Checklisten zur Stärkung der Gesundheitskompetenz bereitstellt. Das Projekt EwiKo adressiert neben teil- und vollstationären Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe auch Krankenhäuser und Werkstätten für Menschen mit Behinderung.

Um die einzelnen Standards der organisationalen Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der (Gesundheits-)Versorgung langfristig entwickeln und stärken zu können, wurden Tools zur Umsetzung der organisationalen Gesundheitskompetenz systematisch recherchiert, gesichtet und nach den acht Handlungsfeldern der organisationalen

Gesundheitskompetenz sowie den Anwendungsebenen (d. h. Einrichtung, Fachpersonal und Nutzende) differenziert. Ziel des Beitrags ist es, die Ergebnisse dieser Recherche und ausgewählte Tools zur Stärkung der Gesundheitskompetenz darzustellen.

Durchführung der systematischen Literaturrecherche

Mittels Handrecherche wurden Tools zur Stärkung der Gesundheitskompetenz aus bekannten englisch- und deutschsprachigen Handreichungen (Kolpatzik 2019; Kraus-Füederer et al. 2020; Rudd/Anderson 2006; Schmidt-Kaehler et al. 2017) und einem Review zum Thema Gesundheitskompetenz (Zanobini et al. 2020) gesichtet und systematisiert. Von n=254 Arbeiten aus der Handrecherche von Übersichtsarbeiten verblieben nach Entfernung der Duplikate, Titel-, Abstract- und Volltextscreening n=54 Arbeiten. Da sich diese hauptsächlich auf den Bereich Krankenhaus und ansatzweise auf die stationäre Pflege konzentrieren, wurde weiterhin eine systematische Literaturrecherche für den Bereich Eingliederungshilfe durchgeführt. Diese erfolgte in den Datenbanken PubMed, Embase, CINAHL und PsycINFO (Zeitraum 2010 bis Mai 2020). Die Recherche ergab n=1.130 Treffer. Auch hier erfolgte ein Titel- und Abstract-Screening nach vorab definierten Ein- und Ausschlusskriterien. Eingeschlossen wurden Tools, die

- die Förderung der Gesundheitskompetenz adressieren, sich
- auf die Zielgruppen Mitarbeitende und Nutzende (d. h. Patient:innen und Angehörige) von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung beziehen, und
- mindestens zu einem der acht Standards (SAT-OHL-Hos-v1.0) der organisationalen Gesundheitskompetenz zuzuordnen sind.

Folgende Ausschlusskriterien wurden definiert: Reine Informations-Websites, Verfügbarkeit nicht in deutscher oder englischer Sprache, Zielgruppen im Alter <18 Jahren und wenn die Volltexte

Exemplarische Darstellung der Tools zur Stärkung der Gesundheitskompetenz

	Ebene	Tools	
		Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtungen und (Alten-)Pflege	Eingliederungshilfe
 Standard 1: Leitbild/Einrichtungskultur	Einrichtung	Mystery Patient („Der geheime Nutzer“) (SPLENDID RESEARCH GmbH o. J.)	Multi-component universal Intervention - „Komplexe Intervention in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung“ (Bergström et al. 2014)
	Mitarbeitende	HeLEvi (Projekt HeLEvi 2018)	
	Nutzende	-	
 Standard 2: Entwicklung von Materialien	Einrichtung	Gesundheitsmaterialien für Menschen mit geringer Alphabetisierung (Seligman et al. 2007; Zanobini et al. 2020)	Behavioral Health Promotion Activity Plans (BHPAPs) („Plane zur Förderung gesunder Verhaltensweisen (DiSipio 2017)“)
	Mitarbeitende	-	
	Nutzende	-	Writing it ourselves - Wir schreiben es selbst (Wyre Forest Self Advocacy 2005)
 Standard 3: Schulung der Mitarbeitenden	Einrichtung	Ophelia (Beauchamp et al. 2017)	Errorless Teaching/Learning („Fehlerloses Lernen“) (Patiag/Highfield 2017)
	Mitarbeitende	Red Flags („Warnsignale erkennen“) (Osborne 2013)	Comprehensive Health Assessment Program (CHAP) („Umfassendes Programm zur Gesundheitsbewertung“) (Lennox et al. 2001)
	Nutzende	-	Goal Management Training (GMT) („Programm zur kognitiven Rehabilitation“) (Archer et al. 2015)
 Standard 4: Navigation	Einrichtung	Walking Interview („Rundung Gespräch“) (Rudd 2010)	-
	Mitarbeitende	-	
	Nutzende	AOK Navigatoren (AOK 2021)	-
 Standard 5: Kommunikation	Einrichtung	Leitfaden zur partizipativen Entwicklung (Kraus-Füreder et al. 2020; Seligman et al. 2007)	Health Information Exchange („Austausch von Gesundheitsinformationen (HIE)“) (Mastebroek et al. 2016)
	Mitarbeitende	Chunk and Check („Häppchenweise informieren“) (NHS Education for Scotland 2017)	Verbesserung der Kommunikation bei Konsultationen in der primären Gesundheitsversorgung (Ziviani et al. 2004)
	Nutzende	Ask Me 3 („Zu drei Fragen ermutigen“) (Institute for Healthcare Improvement o. J.)	Ask Health Diary („Gesundheitsstagebuch“) (Lennox et al. 2010)
 Standard 6: Gesundheitskompetenz der Nutzenden	Einrichtung	Ophelia (Beauchamp et al. 2017)	Communicating with people with intellectual disabilities („Hilfsmittel zur Unterstützung der Kommunikation mit Menschen mit geistiger Behinderung“) (Boardman et al. 2014)
	Mitarbeitende	-	The 3Rs health knowledge curriculum - („3Rs: eine Schulung zur gesundheitlichen Selbstvertretung (3Rs)“) (Feldman et al. 2012)
	Nutzende	Was hab' ich (Was hab' ich? gGmbH o. J.)	Opt-in-Incentive-System („Ausgewähltes Anreizprogramm“) (Buszewicz et al. 2014)
 Standard 7: Gesundheitskompetenz der Mitarbeitenden	Einrichtung	AOK Pflegemediathek (AOK o. J.; Kolpatzik 2019)	-
	Mitarbeitende	RESIST (AOK 2020)	On Your Own Two Feet („Auf eigenen Beinen stehen“) (Sandjoo et al. 2018)
	Nutzende	-	Telehealth behavioral coaching intervention („Telegestütztes Coaching zur Verbesserung der Selbstwirksamkeit“) (Steffen/Gant 2016)
 Standard 8: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung	Einrichtung	Literacy Audit for Healthcare Settings („Best-Practice-Richtlinien für leserfreundliche Gesundheitseinrichtungen“) (Lynch 2009)	-
	Mitarbeitende	-	Personal Health Profile („Persönliches Gesundheitsprofil (PHP)“) (Turk/Burchell 2003)
	Nutzende	Patientenuniversität (Medizinische Hochschule Hannover o. J.); Patienten-Informations-Zentrum (Klinikum Bielefeld o. J.)	Caring-Web - Pflege- und Unterstützungswebsite (Pierce/Steiner 2013)

Tab. 1: Acht Standards bzw. Handlungsfelder der organisationalen Gesundheitskompetenz (eigene Darstellung, in Anlehnung an Working Group HPH & HLO (2019)).

auch auf Anfrage nicht zugänglich waren. Insgesamt erfüllten n=35 Treffer diese Kriterien für die Eingliederungshilfe.

Treffer der Literaturrecherche und Differenzierung der Tools zur Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz nach Standards und Ebene

Die Treffer der Handrecherche zur Ermittlung der Tools für Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (n=54) und die Treffer der systematischen Datenbankrecherche zur Ermittlung der Tools für Einrichtungen der Eingliederungshilfe (n=35) wurden den acht Standards der organisationalen Gesundheitskompetenz zugeordnet und nach den Ebenen (d.h. Einrichtung, Mitarbeitende, Nutzende) differenziert. Tabelle 1 stellt die exemplarische Auswahl der systematisierten Tools, differenziert nach den acht Standards der organisationalen

Gesundheitskompetenz und nach Ebene dar.

Für Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (Krankenhaus und Pflege) konnten im Vergleich zur Eingliederungshilfe zu jedem Standard der organisationalen Gesundheitskompetenz Tools ermittelt werden. Die meisten Tools lassen sich für alle Einrichtungsarten dem Standard 5 („Kommunikation“) und dem Standard 6 („Gesundheitskompetenz der Nutzenden“) zuordnen. Die geringste Anzahl an Tools findet sich für alle Einrichtungsarten für Standard 7 „Gesundheitskompetenz der Mitarbeitenden“ und bei Einrichtungen der Eingliederungshilfe zusätzlich bei Standard 1 „Leitbild/Einrichtungskultur“ und Standard 8 „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung“. Für die Eingliederungshilfe wurde für Standard 4 „Navigation“ kein Tool gefunden. Insgesamt ließen sich für die Eingliederungshilfe weniger Tools im Vergleich zum Krankenhaus und zur Pflege identifizieren.

Bei genauerer Betrachtung wird deutlich, dass die Tools im Bereich „Navigation“, die für Einrichtungen der Gesundheitsversorgung ermittelt wurden, auch für Einrichtungen der Eingliederungshilfe genutzt werden können. Bei leichter Adaptation scheint bei zahlreichen Tools eine Übertragung auf andere Einrichtungsarten möglich (Tab. 1).

Anforderungen und Bedarfe zur Entwicklung von Tools zur Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz

Der Beitrag hatte zum Ziel, bereits existierende Tools zur Stärkung der Gesundheitskompetenz für das Krankenhaus sowie für Einrichtungen der stationären (Alten-)Pflege und Eingliederungshilfe zu sichten und nach den einzelnen Standards und den Ebenen Einrichtung, Mitarbeitende und Nutzende darzustellen. Differenziert nach den einzelnen Standards bzw. Handlungsfeldern der organisationalen Gesundheitskompetenz

wurde in der o.g. Übersicht deutlich, dass Tools zur Förderung der Gesundheitskompetenz auf Ebene des Fachpersonals und auf Ebene der Nutzenden in geringerem Umfang vorgefunden wurden. Hier zeigt sich künftig der Bedarf zur Entwicklung von Tools, die die Gesundheitskompetenz der Mitarbeitenden in den unterschiedlichen Handlungsfeldern der organisationalen Gesundheitskompetenz adressieren, denn von einer guten Gesundheitskompetenz profitieren nicht nur die Mitarbeitenden selbst, sondern auch die Nutzenden.

Einrichtungen der (Gesundheits-)Versorgung sind demnach künftig dazu aufgefordert, förderliche Strategien in der Kommunikation und Interaktion mit allen Nutzenden zu entwickeln und umzusetzen, um eine effektive wechselseitige Kommunikation sicherzustellen (Kraus-Füreder et al. 2020). Gerade die Sensibilisierung der Mitarbeitenden für die Interaktion und Kommunikation mit Nutzenden, die

Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen aufweisen, sind o. g. Tools zur Schulung bzw. Förderung der Gesundheitskompetenz der Mitarbeitenden von zentraler Bedeutung.

Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz sollten von einer individuellen Ebene der Mitarbeitenden und Nutzenden fokussieren. Dabei spielen die Kommunikation der Mitarbeitenden und die individuellen Kompetenzen der Nutzenden eine zentrale Rolle. Zum anderen sollte auf Einrichtungsebene die Gesundheitskompetenz in das Leitbild integriert und, beginnend mit dem Management, auf allen Ebenen der Einrichtung umgesetzt werden. So sollte die Einrichtung Angebote (z. B. Informationsmaterialien, Dienstleistungen) partizipativ mit der jeweiligen Adressatengruppe entwickeln, um auf die Bedarfe der Nutzenden einzugehen.

Ein deutlicher Bedarf für die Entwicklung von Tools zeigt sich auch in der partizipativen bzw. gemeinsamen Entwicklung von Dokumenten und (Info-)Materialien. Damit Einrichtungen die partizipative Gestaltung von bspw. schriftlichen Dokumenten und Materialien umsetzen können, bedarf es Tools, die bei der Erstellung und Umsetzung unterstützen. Die bereits existierenden Handlungsleitfäden zeigen auf, wie

- (1) Einrichtungen die Vertreter:innen der Zielgruppe einbeziehen und
- (2) gemeinsam Bedarfe erarbeiten können.

Zudem leiten sie Einrichtungen dazu an, (Informations-)Materi-

alien gemeinsam, anhand der partizipativ erarbeiteten Bedarfe zu gestalten (Kraus-Füreder et al. 2020; Seligman et al. 2007).

Durch die Implementierung von Maßnahmen und den Ausbau von Strukturen und Prozessen innerhalb der Einrichtungen kann zu einer nachhaltigen Verbesserung der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der (Gesundheits-)Versorgung beigetragen werden (Kraus-Füreder et al. 2020; Ernstmann et al. 2020; Ernstmann et al. 2018; Palumbo 2021; Pelikan/Dietscher 2015; Schaeffer et al. 2018; Schaeffer/Pelikan 2016).

In Zukunft wird auch die Entwicklung, Adaptation und Pilotierung von Tools zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Eingliederungshilfe zentral, um die Gesundheitskompetenz von Personal und Klient:innen bedarfsspezifisch zu unterstützen und Teilhabe an Gesundheit zu ermöglichen. <<

Erweiterte Literatur

Quellen für Online-Literaturverzeichnis finden Sie auf hbx.fhhrz.net (via QR-Code rechts) oder nach Erscheinen der Printausgabe im Online-Verzeichnis des Artikels auf dem Portal von MVF (www.m-vf.de).



Literatur

- Brach, C./Keller, D./Hernandez, L./Baur, C./Parker, R./Dreyer, B./Schyve, P./Lemerise, A./Schillinger, D. (2012): Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations. In: https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf (abgerufen am 17.02.2020).
- DeGani, S. M. de/Nowak-Flück, D./Nicca, D./Vogt, D. (2020): Self-Assessment Tool to Promote Organizational Health Literacy in Primary Care Settings in Switzerland 2020, 17, 24: 9497.
- DeStatis (2020): Ärztliches und nichtärztliches Personal in Krankenhäusern. In: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/personal-krankenhaeuser-jahre.html> (abgerufen am 23.02.2021).
- DeStatis (2020): Personal in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten. In: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/personal-pflegeeinrichtungen.html> (abgerufen am 23.02.2021).
- Dietscher, C./Pelikan, J. M. (2016): Health literate hospitals and healthcare organizations - results from an Austrian feasibility study on the self-assessment of organizational health literacy in hospitals. In: Schaeffer, D.; Pelikan, J. M. (Hrsg.): Health literacy: Forschungsstand und Perspektiven [health literacy: status of research and perspectives]. Bern: Hogrefe Verlag: 303–313.
- Ehegartner, V./Kirschneck, M./Frisch, D./Schuh, A./Kus, S. (2020): Arbeitsfähigkeit von Pflegekräften in Deutschland – welchen Präventionsbedarf hat das Pflegepersonal: Ergebnisse einer Expertenbefragung. In: Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 2020, 82, 5: 422–430.
- Ernstmann, N./Bauer, U./Berens, E.-M./Bitzer, E. M./Bollweg, T. M./Danner, M./Dehn-Hindenberg, A./Dierks, M. L./Farin, E./Grobosch, S./Haarig, F./Halbach, S./Hollereder, A./Icks, A./Kowalski, C./Kramer, U./Neugebauer, E./Okan, O./Pelikan, J./Pfaff, H./Sautermeister, J./Schaeffer, D./Schang, L./Schulte, H./Siegel, A./Sundmacher, L./Vogt, D./Vollmar, H. C./Stock, S. (2020): DNVF Memorandum Gesundheitskompetenz (Teil 1) – Hintergrund, Relevanz, Gegenstand und Fragestellungen in der Versorgungsforschung. In: Gesundheitswesen 2020, 82, 7: e77–e93.
- Ernstmann, N./Sautermeister, J./Halbach, S. (2018): Gesundheitskompetenz. In: Haring, R. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Berlin: Springer: 1–9.
- Kolpatzik, K. (2019): Gesundheitskompetenz im Fokus. Das Praxishandbuch. Berlin: Kompart 2019.
- Kraus-Füreder, H./Soffried, J./Holler, P.): Methodenbox. Die gesundheitskompetente Sozialversicherung. Wien: Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (DÖS).
- Palumbo, R. (2021): Leveraging Organizational Health Literacy to Enhance Health Promotion and Risk Prevention: A Narrative and Interpretive Literature Review. In: The Yale Journal of Biology and Medicine 2021, 94, 1: 115–128.
- Pelikan, J. M./Dietscher, C. (2015): Warum sollten und wie können Krankenhäuser ihre organisationale Gesundheitskompetenz verbessern? In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2015, 58, 9: 989–995.
- Rudd, R./Anderson, J. E. (2006): The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers. Boston: The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers.
- Schaeffer, D./Hurrelmann, K./Bauer, U./Kolpatzik, K.): Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart 2018.
- Schaeffer, D./Pelikan, J. M. (2016): Health literacy: Forschungsstand und Perspektiven [health literacy: status of research and perspectives]. Bern: Hogrefe Verlag.
- Schmidt-Kaehler, S./Vogt, D./Berens, E. M./Horn, A./Schaeffer, D. (2017): Gesundheitskompetenz: Verständlich informieren und beraten. Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Seligman, H. K./Wallace, A. S./DeWalt, D. A./Schillinger, D./Arnold, C. L./Shilliday, B. B./Delgadillo, A./Bengal, N./Davis, T. C. (2007): Facilitating Behavior Change with Low-literacy Patient Education Materials. In: American journal of health behavior 2007, 31: 69–78.
- Tempelmann, A./Ströing, M./Hans, C./Vogelsang, S. (Juli 2020): QualiPEP Projektskizze. Berlin.
- Willenbrock, J. (2018): Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) » Das Sofortprogramm Pflege. In: pflege.de
- Working Group HPH & HLO (2019): International Self-Assessment Tool Organizational Health Literacy (Responsiveness) for Hospitals - SAT-OHL-Hos-v1.0-EN-international. Wien: WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Healthcare (CC-HPH).
- Zanobini, P./Lorini, C./Baldasseroni, A./Dellisanti, C./Bonaccorsi, G. (2020): A Scoping Review on How to Make Hospitals health Literate Healthcare Organizations. In: International journal of environmental research and public health 2020, 17, 3: 1–16.

Danksagung

Dieser Beitrag ist im Rahmen des Projekts „Entwicklung der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (EwiKo)“ – ein Kooperationsprojekt der AOK PLUS und der Hochschule Fulda (Laufzeit: 2020-2022) – entstanden.

Autorenerklärung

Katharina Rathmann, Judith Lutz, Lena Salewski und Kevin Dadaczynski sind an der Hochschule Fulda beschäftigt, Denis Spatzier bei der AOK Plus. Alle Autor:innen haben unentgeltlich an der Erstellung des Manuskriptes sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet. Das Projekt EwiKo wird in Kooperation der Hochschule Fulda mit der AOK Plus durchgeführt. Geldgeber für das Projekt ist die AOK Plus.

Zitationshinweis

Rathmann et al.: „Tools zur Förderung der organisationalen Gesundheitskompetenz in Krankenhaus, Pflege und Eingliederungshilfe: eine systematische Übersicht“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (01/22), S. 67-71. <http://doi.org/10.24945/MVF.01.22.1866-0533.2376>

Tools to promote organizational health literacy in hospitals, facilities of health care and people with disabilities: a systematic overview

Healthcare facilities are increasingly faced with the demand to establish a health literate organization. Tools for strengthening organizational health literacy are already available for hospitals and rehabilitation facilities, but not for other care institutions (i.e., nursing and facilities for people with disabilities). The aim is to systematize existing tools for strengthening organizational health literacy for these types of facilities and to describe them according to their level of application (i.e., facility, professional staff and clients). For hospitals, rehabilitation facilities and nursing care, N=5 manuals were reviewed. A systematic database search (N=1,130 hits) and a hand search (N=51 hits) served as a basis for facilities for people with disabilities. For hospitals, rehabilitation facilities, and nursing facilities, n=54 tools were identified, primarily on the facility level. For facilities for people with disabilities, n=35 tools could be identified that primarily address the „health literacy of clients and users.“ Overall, supportive leadership, prioritization of health literacy at all levels of the facility, and provision of materials and interventions appropriate to the target group and in line with needs are important prerequisites for promoting health literacy.

Keywords

organizational health literacy, health care, hospital, facilities for people with disabilities, care, tools, intervention, disability/special needs

Prof. Dr. phil. Katharina Rathmann

ist Professorin für Sozialepidemiologie und Gesundheitsberichterstattung am Fachbereich Pflege und Gesundheit an der Hochschule Fulda. Forschungsschwerpunkte sind: Versorgungsforschung, Gesundheits- und Schulgesundheitsforschung.

Kontakt: katharina.rathmann@pg.hs-fulda.de



Judith Lutz MSc PH

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachbereich Pflege und Gesundheit an der Hochschule Fulda. Forschungsschwerpunkte sind: Gesundheitliche Ungleichheit und Gesundheitskompetenz.

Kontakt: judith_lutz@web.de



Lena Salewski MSc PH

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachbereich Pflege und Gesundheit an der Hochschule Fulda. Forschungsschwerpunkte sind: individuelle und organisationale Gesundheitskompetenz.

Kontakt: lena-diana.salewski@pg.hs-fulda.de



Prof. Dr. phil. Kevin Dadaczynski

ist Professor für Gesundheitskommunikation und -information am Fachbereich Pflege und Gesundheit an der Hochschule Fulda. Forschungsschwerpunkte sind: Digitale Public Health, Gesundheits- und Schulgesundheitsforschung.

Kontakt: kevin.dadaczynski@pg.hs-fulda.de



Mag. Denis Spatzier

ist Fachberater für Gesundheitsförderung bei der AOK PLUS mit dem Schwerpunkt auf Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege.

Kontakt: denis.spatzier@plus.aok.de



Dr. jur. Dr. rer. med. Thomas Ruppel
Prof. Dr. rer. med. habil. Neeltje van den Berg

Und wann kommt die Regelversorgung? Rechtsansprüche auf Verstetigung von neuen Versorgungsformen und Versorgungsforschungsprojekten

Der Innovationsfonds gem. § 92a SGB V fördert seit 2016 – und noch bis 2024 – Projekte der neuen Versorgungsformen und der Versorgungsforschung im Gesamtumfang von zwei Milliarden Euro. Immer mehr Projekte werden abgeschlossen, Wissenschaftler und Patienten hoffen nach positiver Evaluation der Versorgungskonzepte auf eine Überführung in die Regelversorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Doch: Ist diese Hoffnung rechtlich überhaupt haltbar? Und wenn ja, durch welche gesetzlichen Vorgaben?

>> Das vom Bundesgesetzgeber geschaffene rechtliche Instrument zur Überführung von Innovationsfondsprojekten in die Regelversorgung findet sich in § 92b Abs. 3 SGB V (in der Fassung des Digitale-Versorgung-Gesetzes; Bundesgesetzblatt Jahrgang 2019 Teil I Nr. 49, 2568). Demnach hat der Innovationsausschuss innerhalb von drei Monaten nach Eingang des Evaluationsberichtes eine positive oder negative Empfehlung zur Überführung der neuen Versorgungsform bzw. des Versorgungsforschungsprojektes in die Regelversorgung auszusprechen.

1. Einleitung

Der Innovationsausschuss muss bei einer positiven Empfehlung konkretisieren, wie die Überführung in die Regelversorgung erfolgen soll und welche Behörde im Krankenversicherungsrecht dafür zuständig ist. Soweit die Umsetzung im Kompetenzbereich des G-BA liegt, muss dieser innerhalb eines Jahres nach der Empfehlung die rechtsverbindliche Umsetzung in die Regelversorgung, etwa durch seine Richtlinien, vornehmen. Hieraus ergeben sich mehrere Fragen:

- Kann man sich gegen eine negative Empfehlung des Innovationsausschusses wehren?
- Was geschieht, wenn die Überführung in die Regelversorgung bei einem positiv evaluierten Projekt nicht (rechtzeitig) umgesetzt wird?
- Haben Forschungsprojekte außerhalb des Innovationsfonds einen Anspruch auf Überführung in die Regelversorgung?

2. Methodik

Zunächst wurde der Inhalt des § 92b Abs. 3 SGB V als maßgebliche Vorschrift mittels der juristischen Auslegungsmethoden, ins-

Vorbemerkung

Ziel der Untersuchung: Es wurde untersucht, ob Beteiligte von Forschungsprojekten, insbesondere von durch den Innovationsfonds geförderten, Anspruch auf Überführung in die Regelversorgung haben.

Methode: Es wurden die juristischen Auslegungsmethoden angewendet und Rechtsprechung ausgewertet.

Ergebnisse: Es gibt weder Rechtsschutz gegen ablehnende Empfehlungen des Innovationsausschusses noch gegen eine unzureichende Umsetzung nach positiver Empfehlung. Es gibt auch keinen Rechtsanspruch auf Verstetigung abseits von Innovationsfondsprojekten.

Schlussfolgerung: Der Übergang von Forschungsprojekten in die Regelversorgung ist zurzeit keinem effektiven Rechtsschutz unterworfen.

Schlüsselwörter

Innovationsfonds, Gemeinsamer Bundesausschuss, Medizinrecht, Regelversorgung, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Grundgesetz, SGB V

Crossref/doi

doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.01.22.1866-0533.2377>

besondere nach dem Wortlaut¹, der teleologischen² – die nach dem Sinn und Zweck einer Vorschrift fragt – und der historischen³ – die sowohl fragt, was der „historische“ Gesetzgeber wollte als auch, was er in Kenntnis der heutigen Sachlage gewollt hätte – Auslegung ermittelt. Sodann wurden einfach-rechtliche Regelungen (insb. § 135 SGB V, NUB-Richtlinie des G-BA) und die einschlägigen Grundrechte (insb. Art. 2 Abs. 1, 2 Abs. 2 S. 1 GG, 5 Abs. 3 S. 1 Var. 2, 3 GG, 20 Abs. 1 GG) für die Frage nach einem Anspruch auf Überführung in die Regelversorgung identifiziert. Hiernach wurden Fachliteratur und die Rechtsprechung zu einem möglichen Anspruch auf Überführung in die Regelversorgung ausgewertet.

- 1: Der Wortlaut einer Norm ist die äußerste Grenze jeder Auslegung, BVerfGE 71, 81, 115. Allerdings darf man die Bedeutung des Wortlautes auch nicht überinterpretieren. Denn „die nicht zu leugnende starke Indizwirkung des Wortlautes darf nicht zu einer Überbewertung des semantischen Auslegungsarguments oder gar zum ‚Wortfetischismus‘ führen. Gerade Laieninterpretationen und Interpretationen schlechter Juristen sind durch naive Wortgläubigkeit gekennzeichnet. Es werden Interpretationen aus dem bloßen Gesetzeswortlaut abgeleitet, die keineswegs zwingend sind. Solche zuweilen geradezu rabulistischen ‚Wortklaubereien‘ sind von vornherein nicht überzeugend, wenn der Wortlaut – nüchtern betrachtet – durchaus Interpretationsspielräume offen lässt, namentlich entweder eher restriktiv oder eher extensiv interpretiert werden kann.“ (Kramer 2019: 72).
- 2: „Telos“ bedeutet Zweck, Ziel; die teleologische Interpretationsmethode ist „somit [...] die Auslegungsmethode, die nach dem legislativpolitischen (rechtspolitischen) Zweck, nach der ‚Finalität‘, nach der ‚ratio legis‘ [...] einer Norm fragt.“ (Kramer 2019: 130).
- 3: Die historische Auslegung nutzt der zu untersuchenden Norm nicht unmittelbar entnehmbare, die ihr „aber zugrunde liegenden [...] Vorstellungen, Wertungen und Zwecke“ (Bydlinki 1991: 449). Nach dem Bundesverfassungsgericht ist der Wille des Gesetzgebers vor allem aus der Entstehungsgeschichte einer Norm abzuleiten, BVerfGE 67, 382, 388ff; BVerfGE 49, 148, 161; BVerfGE 2, 380, 398; BVerfGE 35, 263, 280. „Zur Interpretation einer Norm greift das BVerfG, obwohl es grundsätzlich der objektiven Methode folgt, sehr häufig auf deren Entstehungsgeschichte zurück. So beruft es sich auf die amtliche Regierungsbegründung des Gesetzentwurfs, die Berichte der Berichterstatter des Bundestags, die Stellungnahme des Bundesrats und auf die Berichte der Berichterstatter des Vermittlungsausschusses. In einzelnen Entscheidungen zitiert das Gericht auch die Protokolle der Sitzungen der Bundestagsausschüsse und des Bundestags, allerdings sind die Äußerungen in diesen Gremien nur relevant, wenn es sich um die Auffassung zumindest der Mehrheit handelt“ (Bleckmann 2002: 945).

3. Ergebnisse

3.1. Kein Rechtsschutz gegen Empfehlungen des Innovationsausschusses

Das deutsche (Sozial)verwaltungsrecht hat einen begrenzenden Faktor, der in anderen Ländern völlig unbekannt ist: das sogenannte subjektiv-öffentliche Recht. Dies ist die dem Einzelnen verliehene Rechtsmacht vom Staat – also auch den verschiedensten Sozialversicherungsbehörden als Teil der mittelbaren (Bundes)verwaltung – zur Verfolgung eigener Interessen ein bestimmtes Verhalten verlangen zu können (Sachs 2021: Art. 19, Rn. 126, 127). Die mögliche Verletzung eines subjektiv-öffentlichen Rechts ist auch Voraussetzung für die Erlaubnis, ein Verwaltungsgericht, dazu gehören auch die Sozialgerichte als besondere Verwaltungsgerichte (§ 1 SGG), um Rechtsschutz ersuchen zu können, die sog. Klagebefugnis (§§ 54 SGG, 42 VwGO). Folge dieses Instruments ist es, dass nicht jedermann eine Rechtsverletzung rügen kann und damit vor den Gerichten Gehör finden würde. Vielmehr ist es notwendig, dass ihm dieses subjektiv-öffentliche Recht zukommt (Sachs 2021: Art. 19, Rn. 128). So kann etwa nicht jeder Bewohner einer Gemeinde, in der ein Haus offensichtlich baurechtswidrig im Naturschutzgebiet errichtet wurde, diesen Missstand gerichtlich angreifen – das öffentliche Recht kennt eine solche Rechtsposition nur für den „Nachbarn“.

Dieses subjektiv-öffentliche Recht muss durch den Gesetzgeber geschaffen werden (Sachs 2021: Art. 19, Rn. 130).

Aus dem Wortlaut von § 92b Abs. 3 SGB V lässt sich ein solches subjektiv-öffentliches Recht zu Gunsten von Forschenden oder Patienten nicht entnehmen. Auch hat der Gesetzgeber in seiner Gesetzesbegründung und den Gesetzgebungsmaterialien zur Einführung der Vorschrift (BT-Drs. 19/13438, 54; ebenfalls unergiebig etwa BT-Drs. 19/13548; BT-Drs. 19/14867) keinen Hinweis darauf gegeben, die Vorschrift entsprechend auszuprägen.

Auch eine systematische Auslegung führt zu keinem anderen Ergebnis: § 92b Abs. 8 SGB V, der eine besondere gerichtliche Zuständigkeit für Entscheidungen des Innovationsausschusses vorsieht, bezieht sich nur auf die Förderbescheide, nicht auf die Empfehlungen zur Überführung in die Regelversorgung (Seifert, 2018: 91; LSG Berlin-Brandenburg, Gerichtsbescheid vom 13.09.2019, Az. L 9 KR 293/17 KL).

In der Konzeption des Gesetzgebers entfaltet daher weder eine abschlägige Empfehlung des Innovationsausschusses noch eine verzögerte, verlangsamte oder im Rahmen der politisch-medizinischen Mühen der Selbstverwaltung bis zur Unkenntlichkeit veränderte Umsetzung des positiv evaluierten Forschungsprojektes eine individual-schützende Wirkung. Weder die Forschenden noch Patienten oder andere Beteiligte können sich daher rechtlich gegen diese Entscheidungen wehren oder eine (andere) Entscheidung erzwingen.

3.2. Anspruch auf Überführung in die Regelversorgung außerhalb des Innovationsfonds?

Dies führt zur Frage, ob und unter welchen Umständen außerhalb des Innovationsfonds ein Anspruch auf Überführung von medizinisch-wissenschaftlichen Forschungsprojekten in die Regelversorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung existieren könnte.

Hierfür braucht es, wie dargestellt, eines subjektiv-öffentlichen Rechts. Träger dieses Rechts könnten Wissenschaftler, Patienten oder die im GKV-System tätigen Leistungserbringer (Ärzte, Krankenhäuser, sonstige Gesundheitsberufe und -einrichtungen) sein. Vor allem die potenziellen Rechte der Patienten sollen nachfolgend untersucht werden.

3.2.1. Verstetigungsanspruch nach Regelungen des SGB V?

Im Leistungsrecht des SGB V – dem dritten Kapitel – finden sich eine Vielzahl von Vorschriften, die vermeintlich einen Anspruch gewähren. So ist in § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V vom „Anspruch auf Krankenbehandlung“ des Versicherten die Rede, der in § 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 1-6 z.B. hinsichtlich ärztlicher Behandlung, Krankenhausbehandlung, Krankenpflege usw. näher bestimmt wird. § 11 Abs. 4 S. 1 SGB V gibt zum Beispiel einen Anspruch auf „Versorgungsmanagement“. Dies scheinen eben jene notwendigen subjektiv-öffentlichen Rechte zu sein, die auch gerichtlich durchgesetzt werden könnten, etwa für die Überführung von Care- und Casemanagementprojekten in die Regelversorgung.

Im vierten Kapitel des SGB V werden die Rechtsbeziehungen zwischen Leistungserbringern (Vertragsärzten, Krankenhäusern, Heil- und Hilfsmittelerbringern usw.) zu den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen bestimmt (Leistungserbringungsrecht). Während die frühere Rechtsprechung davon ausging, dass bei Leistungsansprüchen der Versicherten nach dem dritten Kapitel diese durch die Beteiligten des vierten Kapitels nachvollzogen werden müssten, diese also aus dem dritten Kapitel heraus einklagbar wären, stellte das Bundessozialgericht (BSG) dieses Verhältnis vollständig auf den Kopf. Es argumentierte in seinem Rechtskonkretisierungskonzept zutreffend, dass im Leistungserbringungsrecht, das auch Basis für den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), den BEMA-Z, die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses usw. ist, bis ins Detail mittels inhaltlicher Regelungen und Verfahren bestimmt sei, was alles zum Leistungskatalog der GKV gehört; die vermeintlichen Ansprüche des Versicherten nach dem dritten Kapitel sind daher nunmehr ein „Rahmenrecht“ (BSG, Urteil vom 16.12.1993, Az. 4 RK 5/92; BSG, Urteil vom 20.03.1996, Az. 6 RKA 62/94; BSG, Urteil vom 16.09.1997, Az. 1 RK 28/95), welches – so das Rechtskonkretisierungskonzept – durch die Vorschriften des vierten Kapitels konkretisiert werden müsste.

Damit dreht sich die Sache indes im Kreis: Der eingangs genannte § 92b Abs. 3 SGB V, in dem die Empfehlungen mit dem Umgang der Evaluation der Innovationsfondsprojekte geregelt sind, ist gerade eine solche Vorschrift aus dem Leistungserbringungsrecht. Andere Aspekte aus dem dritten Kapitel – etwa der Anspruch auf Versorgungsmanagement aus § 11 Abs. 4 S. 1 SGB V – werden im vierten Kapitel erst gar nicht umgesetzt, laufen also vollständig leer. Da es keine Umsetzung im vierten Kapitel des SGB V gibt, gibt es auch grundsätzlich keine durch den Patienten durchsetzbaren Ansprüche. Indes kennt auch das Leistungserbringungsrecht durchaus Regelungen zur Erzwingung der Aufnahme von Leistungen in die Gesetzliche Krankenversicherung: Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (§ 135 SGB V). Neu ist eine Methode, wenn sie bislang noch nicht zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung gehört hat; es kommt nicht darauf an, wann sie entwickelt wurde (BSG, Urteil vom 16.12.2008, Az. B 1 KR 11/08 R, Rn. 14). Gleiches gilt auch, soweit es sich nicht um neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung handelt, sondern etwa nur um neue Heilmittel. Auch diese dürfen gem. § 138 SGB V nur verordnet werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss ihren therapeutischen Nutzen anerkannt hat.

Hierzu hat sich eine Fehlerquellenlehre herausgebildet: Der G-BA hat eine Beobachtungspflicht, gerade hinsichtlich Neuerungen; er handelt auch fehlerhaft, wenn er eine neue Untersuchungs- und Be-

handlungsmethode – sei es in der vertragsärztlichen Versorgung, sei es bei Heilmitteln (Ströttchen, 2019: 213 mwN aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts) – unsachgemäß oder nicht zeitgerecht behandelt (BSG, Urteil vom 11.07.2017, Az. B 1 KR 30/16 R, Rn 15; Ströttchen, 2019: 201–203). Kommt noch hinzu, dass die fragliche Behandlungsmethode, der der G-BA die Aufnahme in die Regelversorgung verweigert, nach gerichtlicher Einschätzung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht (Helbig, in: Schlegel/Voelzke 2020: § 13 SGB V, Rn. 55), können Versicherte sich die Leistung selbst beschaffen und im Wege der Kostenerstattung von ihrer Krankenkasse die aufgewendeten Leistungen ersetzt verlangen, § 13 Abs. 3 SGB V) (BSG, Urteil vom 16.09.1997, Az. 1 RK 28/95, Leitsatz 2). Das Gericht muss also von der Wirksamkeit der Methode überzeugt sein (BSG, Urteil vom 16.09.1997, Az. 1 RK 28/95, Rn. 37).

Ein Anspruch auf Überführung von Forschungsprojekten in die Regelversorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung ergibt sich folglich, wenn im Rahmen eines Forschungsprojektes ein medizinischer Standard gesetzt wurde, der nicht (rechtzeitig) Eingang in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung gefunden hat.

Die Bestimmung, ob ein Standard gesetzt wurde, erfolgt dabei nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts auf eigentümliche Weise. Es gäbe, so das Gericht, hierfür zwei Ansätze:

„Entweder die Gerichte setzen sich mit der medizinisch-wissenschaftlichen Qualität der in Rede stehenden Methoden inhaltlich auseinander, um eine bisher nicht zustande gekommene Entscheidung des Bundesausschusses vorwegzunehmen bzw. zu ersetzen, oder sie beschränken sich auf die Prüfung, ob der neuen Methode in der medizinischen Fachdiskussion bereits ein solches Gewicht zukommt, daß eine Überprüfung und Entscheidung durch den Bundesausschuss veranlaßt gewesen wäre. Das richtet sich nicht nach medizinischen Kriterien (Wirksamkeit, Plausibilität, Erfolg im Einzelfall usw), sondern nach der tatsächlichen Verbreitung in der Praxis und in der fachlichen Diskussion.“

(BSG, Urteil vom 16.09.1997, Az. 1 RK 28/95, Rn. 41)

Das Gericht entschied sich nicht etwa für die erste, sondern für die zweite Variante (BSG, Urteil vom 16.09.1997, Az. 1 RK 28/95, Rn. 42). Als Begründung nahm es an, dass es „nicht Sinn eines Gerichtsverfahrens sei, die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft voranzutreiben oder in wissenschaftlichen Auseinandersetzungen Position zu beziehen“ (BSG, Urteil vom 16.09.1997, Az. 1 RK 28/95, Rn. 42). Deshalb, so das Bundessozialgericht, sei

„nicht auf medizinische Kriterien, sondern allein darauf abzustellen, ob sich die Methode in der medizinischen Praxis durchgesetzt hat. Davon kann nur ausgegangen werden, wenn sie in der medizinischen Fachdiskussion eine breite Resonanz gefunden hat und von einer erheblichen Zahl von Ärzten angewandt wird. Zwar müssen die Gerichte dann über die Kostenerstattung für eine neue Therapie nach anderen Voraussetzungen entscheiden als der Bundesausschuss über deren Anerkennung; das ist jedoch als Folge des Systemmangels hinzunehmen“

(BSG, Urteil vom 16.09.1997, Az. 1 RK 28/95, Rn. 45)

Eben diese Durchsetzung in der medizinischen Fachöffentlichkeit bleibt Forschungsprojekten, die ja gerade erst vor der Einführung in die Regelversorgung stehen und diese begehren, verwehrt. Dies gilt gerade im Bereich der ambulanten Versorgung, in der ja nur solche Teil des Leistungskataloges der GKV sind und damit vom Patienten

beansprucht werden können (vgl. oben zum Rechtskonkretisierungskonzept), die ausdrücklich erlaubt wurden (anders in der stationären Versorgung) (Ströttchen 2019: 33f). Mangels Erbringbarkeit durch ambulante Leistungserbringer kann sich eine solche Methode nicht durchsetzen – ein Zirkelschluss und Kreislauf, der entsteht.

Medizinisch und versorgungswissenschaftlich berührt dies die bereits 1998 von Hart aufgeworfenen Fragen, ob es erstens des Standards wissenschaftlicher Erkenntnisse im Sinne einer evidenzbasierten Medizin bedarf, oder ob ärztliche Erfahrung und Bewährung ausreiche und zweitens, ob Akzeptanz im Sinne einer Einheitlichkeit der ärztlichen Meinung oder einer Anerkennung durch professionelle Institutionen (Kammern, Fachgesellschaften) gemeint sei (Hart, 1998: 8). Das Bundessozialgericht stellt bei der Feststellung der Insuffizienz der Tätigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses weder auf evidenzbasierte Medizin noch auf die Ansichten der Kammern und Verbände ab.

Der arzt haftungsrechtliche, mithin zivilrechtliche, Standardbegriff spielt dementsprechend keine Rolle.

Soweit es keine Standardbehandlung im eben genannten Sinne gibt, hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) mit dem sogenannten Nikolausbeschluss (BVerfG, Beschluss vom 06.12.2005, Az. 1 BvR 347/98) und der Gesetzgeber mit Schaffung des § 2 Abs. 1a SGB V eine Durchbrechung der oben genannten Prinzipien geschaffen. Demnach haben Versicherte bei Vorliegen einer lebensbedrohlichen, regelmäßig tödlichen oder vergleichbaren Erkrankung einen Anspruch auf Erstattung der Heilbehandlungskosten auch außerhalb des Leistungskataloges der GKV, den Leistungen nach dem vierten Kapitel (vgl. oben zum Rechtskonkretisierungskonzept), wenn eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht. Der Nikolausbeschluss basiert zunächst auf einer strengen, patientenorientierten Einzelfallbetrachtung (BVerfG, Beschluss vom 06.12.2005, Az. 1 BvR 347/98, Rn. 55, 62, 66). Ansprüche auf Überführung von Methoden in die Regelversorgung können hieraus nicht abgeleitet werden. Soweit Forschungsprojekte im Einzelfall die genannten Krankheitsbilder adressieren und keine Regelversorgung zur Verfügung steht, können einzelne Patienten indes auch nach Ablauf des Förderzeitraumes die Versorgung hiermit begehren. Die Krankenkassen wären zur Finanzierung der Versorgung verpflichtet. Für die Forschenden und ihre Kooperationspartner ergäbe sich aber keine Verpflichtung, das Projekt weiterzuführen, wenn dies etwa wegen der geringen Anzahl der durch die Krankenkassen finanzierten Patienten nicht darstellbar wäre. Anderen Patienten stünde dieser Weg ohnehin nicht zur Verfügung.

Die einfach-rechtlichen Regelungen des SGB V und der NUB-Richtlinie des G-BA gewähren keinen Anspruch auf Verstetigung; zu untersuchen ist daher, ob dieser aus dem Verfassungsrecht gewährt werden könnte:

3.2.2. Medizinische Leistungen als Gegenleistung zu Pflichtmitgliedschaft und Beitragspflicht – Allgemeine Handlungsfreiheit, Art. 2 Abs. 1 GG

Verfassungsrechtliche Ansprüche können sich auf die Abwehr ungerechtfertigter staatlicher Eingriffe – der klassischen Funktion der Grundrechte als Abwehrrechte gegen den Staat (Sachs 2021: Vorbemerkung zu Abschnitt I, Rn. 42) und damit auch gegen die Gesetzliche Krankenversicherung richten. In Deutschland sind ca. 88% der Bevölkerung in der Gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Sie müssen – insbesondere durch Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteile zum Gehalt – einen erheblichen Teil ihres Ar-

beitseinkommens hierfür aufwenden. Im Gegenzug zu dieser Pflichtmitgliedschaft und der Beitragspflicht, die beide in das Grundrecht der Allgemeinen Handlungsfreiheit des Art. 2 Abs. 1 GG eingreifen, stehen ihnen auch Leistungen zu. Eine Inadäquanz von Leistung und Gegenleistung, gerade bei solchen Versicherten, die deutlich mehr Beiträge zahlen als sie summenmäßig als Leistungen beanspruchen, vermochte indes insbesondere das Bundesverfassungsgericht noch nicht festzustellen (Ströttchen 2019: 190).

Ein Verstoß hiergegen und damit eine Verletzung der Grundrechte von versicherten Patienten durch die fehlende Verstetigung von Forschungsprojekten erscheint fernliegend.

3.2.3. Verfassungsunmittelbare Ansprüche auf medizinische Leistungen – Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG iVm Art. 20 Abs. 1 GG

Eine weitere Funktion der Grundrechte ist die als originäre oder derivative – dann in Verbindung mit dem Allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG – Leistungsrechte (Kischel, in: Epping/Hillgruber 2021: Art. 3 Rn. 88). Allgemein wird angenommen, dass das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit des Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip des Art. 20 Abs. 1 GG es dem Staat zur Pflicht mache, ein funktionsfähiges Gesundheitssystem zu errichten (Rixen, in Sachs 2021: Art. 2, Rn. 225). Dem Gesetzgeber kommt dabei indes nach ständiger Rechtsprechung ein derart großer Beurteilungsspielraum zu (BVerfGE 115, 25, 44; BVerfG [K] NJW 1998, 1775, 1776; BVerfG [K] NJW 1997, 3085), dass sich konkrete medizinische Leistungen – und damit auch die Umsetzung von medizinisch-wissenschaftlichen Forschungsprojekten in die Regelversorgung – nicht aus dem Verfassungsrecht ableiten lassen (Di Fabio, in: Maunz/Dürig 2021: Art. 2, Rn. 45). Der sich aus dem Verfassungsrecht ergebende Anspruch bleibt daher – dann aus Menschenwürdegarantie aus Art. 1 Abs. 1 GG mit dem Sozialstaatsprinzip abgeleitet (Rixen, in Sachs 2021: Art. 2, Rn. 224) – auf die Existenzsicherung beschränkt (Di Fabio, in: Maunz/Dürig 2021: Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG, Rn. 45 mwN).

Keines der vom Innovationsfonds geförderten Projekte ist notwendig, um die medizinische Existenz im Sinne einer Mindestabsicherung sicherzustellen.

3.2.4. Wissenschafts- und Forschungsfreiheit, Art. 5 Abs. 3 S. 1 GG

Der Wissenschaftsfreiheit kommt neben ihrem abwehrrechtlichen Gehalt, sich gegen staatliche Einflussnahmen zu wehren, auch ein Teilhabecharakter zu (Bethge, in: Sachs 2021: Art. 5, Rn. 217c). Es ist offensichtlich, dass die Wissenschaftsfreiheit und die Unabhängigkeit der Wissenschaft leer laufen würde, würde man Versorgungsforschern oder kurativ tätigen Medizinprofessoren allein ihre Stelle

und einen rudimentär ausgestatteten Personalapparat bezahlen, ihnen jedoch keine Forschungsvorhaben finanzieren (BVerfG NJW 1973, 1176, 1177).

Aus dem Verfassungsrecht ableitbar ist daher ein Anspruch – zumindest des an Universitäten Forschenden – auf eine personelle und sachliche Grundausrüstung (BVerfG NVwZ-RR 1998, 175; Kempen, in: Epping/Hillgruber 2021: Art. 5 Rn. 197). Indes besteht kein Anspruch auf einen selbstbestimmten Bedarf (Kirchhoff 1998: 277; Kempen, in: Epping/Hillgruber 2021: Art. 5 Rn. 197).

Die Wissenschaftsfreiheit kennt damit de lege lata weder einen Anspruch auf dauerhafte Projektfinanzierung noch auf Überführung aus einem Projektstadium in die außer-universitäre Sphäre.

4. Diskussion

Ein subjektiv-öffentliches Recht, d. h. ein Anspruch auf Überführung von Forschungsprojekten in die Regelversorgung, ist dem deutschen Recht nicht bekannt. Auch die für Innovationsfondsprojekte geschaffenen Regelungen haben hieran nichts geändert. Einzelne Patienten können im Ausnahmefall einen Anspruch auf Verstetigung der projektbezogenen Versorgung haben, wenn sie an lebensbedrohlichen oder vergleichbaren Erkrankungen leiden, für die keine Regelversorgung zur Verfügung steht.

Eine gewisse Möglichkeit der Umgehung dieser strengen Regeln bietet § 13 Abs. 3a SGB V. Demnach besteht ein Kostenerstattungsanspruch des Versicherten auf eine Leistung auch dann, wenn die Krankenkasse nicht innerhalb weniger Wochen, die im Gesetz genauer bestimmt sind, eine Leistung genehmigt oder ablehnt. Dieser Kostenerstattungsanspruch umfasst – und dies ist der Unterschied zu § 13 Abs. 3 SGB V – auch solche Leistungen, die außerhalb des Leistungskataloges der Gesetzlichen Krankenversicherung liegen (Helbig, in: Schlegel/Voelzke 2020: § 13 SGB V, Rn. 136.1). Dem Versicherten, dessen Krankenkasse nicht reagiert, soll nicht noch zugemutet werden, die detaillierten und komplexen Regelungen des Leistungserbringungsrechts zu kennen. Solange der Versicherte gutgläubig hinsichtlich des Bestehens eines materiellen Leistungsanspruches ist (BSG, Urteil vom 26.05.2020, Az. B 1 KR 9/18 R), kann er also auch die Kosten solcher Leistungen ersetzt verlangen, die außerhalb des Leistungskataloges liegen.

Außerhalb der aktuellen Gesetzeslage und der Rechtsprechung kann man durchaus diskutieren, ob es richtig und verantwortlich ist, positiv evaluierte Versorgungskonzepte, in die viel Geld der Krankenkassen sowie Zeit, Wissen und Energie der Wissenschaftler:innen, Leistungserbringer und weiteren Beteiligter geflossen ist, in die Schublade zu stecken und verstauben zu lassen. <<

Literatur

- Bleckmann, A (2002): Zu den Methoden der Gesetzesauslegung in der Rechtsprechung des BVerfG. JuS 2002, 42, 10, 942 – 947
 Bydliński, F (1991): Juristische Methodenlehre und Rechtsbegriff. Wien: Springer
 Epping, V/Hillgruber, C (Hrsg.) (2021, 48. Edition): BeckOK Grundgesetz. München: C.H. Beck
 Hart, D (1998): Ärztliche Leitlinien – Definitionen, Funktionen, rechtliche Bewertungen. In: MedR 1998, 16, 1, 8 – 16
 Kirchhof, F (1998): Rechtliche Grundsätze der Universitätsfinanzierung: Staatliche Zuweisungen und autonome Binnenfinanzierung. In: JZ 1998, 53, 13, 275 – 282
 Kramer, E (2019): Juristische Methodenlehre. München: C.H. Beck
 Maunz, T/Dürig, G/Herzog, R/Herdegen, M/Scholz, R/Klein, H (2021): Grundgesetz. München: C.H. Beck
 Sachs, M (Hrsg.). (2021): Grundgesetz. München: C.H. Beck
 Seifert, W (2018): Rechtsschutz gegen Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, in: ZMGR 2018, 15, 2: 91 – 101
 Schlegel, R/Voelzke, T (Gesamtausgabe) (2020): juris PraxisKommentar SGB V. Saarbrücken: Juris
 Ströttchen, J (2019): Verfassungsrechtliche Ansprüche auf konkrete medizinische Leistungen. Baden-Baden: Nomos

Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Ruppel, T., van den Berg, N.: „Und wann kommt die Regelversorgung? Rechtsansprüche auf Verstärkung von neuen Versorgungsformen und Versorgungsforschungsprojekten“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (01/22), S. 72-76. <http://doi.org/10.24945/MVF.01.22.1866-0533.2377>

When will research projects be transferred to the standard care of the German statutory health insurance? Legal claims to the continuation of new forms of care and care research projects

Aim: It was explored whether involved persons in research projects, in particular those funded by the Innovation Fund (an authority of the German statutory health insurance), are entitled to transfer standard care into the German statutory health insurance.

Methods: The legal interpretation methods were applied and case law was evaluated.

Results: There is neither legal protection against negative recommendations by the Innovation Committee nor against insufficient implementation after a positive recommendation. There is also no legal right to perpetuation apart from innovation fund projects.

Conclusion: The transition from research projects to standard care is not subject to any effective legal protection.

Keywords

Innovation Fund (German statutory health insurance), Federal Joint Committee (German statutory health insurance), Medical Law, Standard Care, New Examination and Treatment Methods, Basic Law (German constitution), German Social Security Code

Dr. jur. Dr. rer. med. Thomas Ruppel

ist Fachanwalt für Medizinrecht und Habilitand am Institut für Community Medicine der Universität Greifswald. Er ist Inhaber einer auf die Beratung von Leistungserbringern im Gesundheitswesen spezialisierten Kanzlei, die an Projekten des Innovationsfonds und weiteren Versorgungsforschungsprojekten beteiligt ist.

Kontakt: kanzlei@gesundheitsrecht.de



Prof. Dr. rer. med. habil. Neeltje van den Berg

ist stellvertretende Leiterin der Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health am Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald und leitet dort den Bereich Innovative Versorgungskonzepte und Regionale Versorgung.

Kontakt: neeltje.vandenberg@uni-greifswald.de



Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

Qualität und Patientensicherheit im Licht der SARS-CoV-2-Epidemie

Viele Themen, die in den letzten Jahren die gesundheitspolitische Diskussion in Deutschland und im internationalen Rahmen stark bestimmt haben, sind durch die Corona-Krise in einen fast entrückt erscheinenden Hintergrund getreten¹. Qualitätsorientierung als zentrales Paradigma – wem ist heute noch die Intensität präsent, mit der Mitte des letzten Jahrzehnts die Qualitätsoffensive diskutiert wurde, die Patientensicherheitsthematik ganz im Vordergrund stand, wettbewerbliche Elemente wie *Pay for Performance* die Gemüter erhitzte, die Patientenautonomie als größtes Gut hochgehalten und die *Patient-Reported Outcomes* als *Cornerstones* der Qualitätsmessung gefeiert wurden. Vielleicht besteht heute die schwierigste Aufgabe darin, zwischen der durch Corona bestimmten Gegenwart und den Themensetzungen dieser entfernt erscheinenden Vergangenheit wieder eine Kontinuität herzustellen. Nicht alles kann ja falsch gewesen sein, aber auf der anderen Seite muss erkannt werden, dass durch Corona einige der als unverrückbar gehaltenen Annahmen und Gewissheiten von vor gerade eineinhalb Jahren einer intensiven Diskussion und Ergänzung bedürfen. Im vorliegenden Text kann nur das Problem skizziert und anhand einiger Beispiele ein Arbeitsprogramm vorgestellt werden. Eine ausführliche Ableitung der konzeptionellen Konsequenzen auf der Basis der bisherigen Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie und der fachlich-wissenschaftlichen Grundlagen der Qualitäts- bzw. Sicherheitsdiskussion der letzten Jahrzehnte muss der vertiefenden Diskussion der nächsten Jahre vorbehalten bleiben und wird einen erheblich größeren Umfang einnehmen.

Qualität und Sicherheit: der Ausgangspunkt

>> Die Folgenabschätzung eines epochalen Ereignisses wie der SARS-CoV-2/Covid-19-Pandemie verlangt zwingend eine präzise Schilderung der Ausgangssituation prä-Corona. Wenn man hierzu die Erkenntnisse aus den sehr konfliktreichen Diskussionen um Qualität und Patientensicherheit der letzten Jahre zusammenfassen möchte, lassen sich folgende Punkte besonders hervorheben:

- die neutrale Definition von Qualität über die jeweils auszuhandelnden „Anforderungen“, die sich aus objektivem Bedarf, Perspektive der Betrachtung und Strukturrelevanz ergeben, und hinsichtlich derer „Merkmale“ beurteilt werden [1],
- die demgegenüber normative Definition von Patientensicherheit über die „Abwesenheit Unerwünschter Ereignisse“ oder – besser – über die Wahrnehmungs-, Veränderungs- und letztendlich Innovationsbereitschaft von Institutionen und System [2],
- der komplexe Charakter der Gesundheitsversorgung, der nicht zuletzt auch in der Emergenz von patientensicherheitsrelevanten Ereignissen zutage tritt [2],
- die differenzierten und hinsichtlich der statistischen Anforderun-

Vorbemerkung

Im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2/Covid-19-Epidemie sind zahlreiche Grundannahmen, wissenschaftliche Erkenntnisse und praktische Vorgehensweisen zur Thematik Qualität und Sicherheit in der Gesundheitsversorgung neu zu justieren. Hierzu gehören die Begriffsbestimmung, die Patientenorientierung in Abgleich zu anderen Perspektiven der Zielorientierung, die Methoden der Quantifizierung einschließlich des Indikatorenkonzeptes, die Generierung und Wertung sowie Synthese von Wissensbeständen und vor allem die Methoden zur Qualitätsverbesserung. Ein nachhaltiges Quality Improvement, das hat die Forschung in den letzten Jahrzehnten klar gezeigt, wird nicht durch punktuelle Einzelmaßnahmen, sondern nur durch ein sinnvoll aufeinander abgestimmtes Maßnahmenbündel erreicht (Komplexe Mehrfachinterventionen). Paradoxe und unerwartete Ereignisse bzw. Ergebnisse stellen keine Auffälligkeiten dar, sondern sind bei einem hochgradig komplexen Geschehen wie einer epidemischen Situation an der Tagesordnung. Sie erfordern daher ein Zusammenwirken von mehreren Fachdisziplinen, auch außerhalb des engeren Bereiches der medizinischen Forschung. In der Zusammenschau muss sich die wissenschaftliche Diskussion im Bereich quality and safety rasch und energisch mit diesen Themen auseinandersetzen, will sie nicht einen Bruch mit ihren bisherigen konzeptionellen Grundlagen und damit eine zukünftige Entwertung ihrer Sichtweisen riskieren.

Schlüsselwörter

Qualität, Patientensicherheit, SARS2, Indikatoren, Komplexe Mehrfachinterventionen

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.01.22.1866-0533.2378>

gen klar voneinander abzugrenzenden Methoden der Erfassung von Qualität und Sicherheit, die vom wissenschaftlichen Zugang (Experiment) über die quantitative Erfassung im Behandlungsalltag großer Kollektive und über den Monitoring-Ansatz des Indikatorenkonzeptes bis zu den generierenden Verfahren reicht, die dem Erkenntnisgewinn im Bereich der sog. *Unknown Unknowns* dienen (z.B. CIRS oder Surveillance-Methoden im Arzneimittelbereich) [2],

- der zentrale Einsatz von *Patient-Reported Outcomes*, also Ergebnissen der Behandlung, die nur von Patienten berichtet werden können (im Zusammenhang mit der Patientenzentrierung der Behandlung) [3],
- die regelbasierte Identifikation, Bewertung und Synthese von wissenschaftlichen Studien (evidenzbasierte Medizin und darauf aufsetzend Methodiken der Versorgungsforschung) [4], und
- das umfassende Wissensgebäude zu Wirksamkeit von Interventionen, die eine Qualitätsverbesserung (*quality improvement*) erreichen können, in einem komplexen Kontext selbst komplexer Natur sind und in der Folge nur dann wirksam sein können, wenn sie aus mehreren, sorgfältig aufeinander abgestimmten Einzelinterventionen zusammengesetzt sind (sog. *Complex Multicomponent Interventions*) [5].

Corona – die ultimative Herausforderung

Die vorgenannten Punkte können zwar als konsolidiert angesehen werden, stellten aber auch prä-Corona keinesfalls eine „ruhende Situation“ dar. Trotzdem sind die aktuellen Herausforderungen

1: Dieser Artikel stellt eine ausführliche Überarbeitung des Beitrags Schrappe, M.: Qualitätsorientierung als zentrales Paradigma im Gesundheitswesen – Blick auf die Krankenversicherung. In: Knieps, F., Schrappe, M., Demmler, G.: Qualität von Krankenkassen, Fokus Versichertenperspektive. BKK Kundenreport 2021, S. 97-103 dar. **Besonders wurde die Frage der Quantifizierung und der Indikatoren erweitert.**

durch Corona von derart mächtiger Natur, dass manche vormals energisch geführte Debatten, wie z. B. zur Bedeutung von Abrechnungsdaten in der Bewertung der Versorgungsqualität oder der Sinnhaftigkeit der Patientenzentrierung aus heutiger Sicht, fast als irrelevant erscheinen könnten. Natürlich ist nicht zu übersehen, dass die durchschlagende Bedeutung von Corona nicht allein auf dem Feld von Qualität und Patientensicherheit zu diskutieren ist, denn es werden Konflikte ausgetragen, die bereits präexistent waren und nun im Zusammenwirken eine solche Relevanz erlangt haben, dass sich geradezu von einem Zeitenwechsel sprechen lässt (zur politischen Theorie s. [6]). Allerdings wird leicht ein im medizinisch-biologischen Feld liegender Aspekt übersehen, nämlich die Tatsache, dass eine Epidemie durch eine Infektion durch ein infektiöses Agens hervorgerufen und als übertragbare Infektionskrankheit sichtbar wird. Dieser Umstand ist unter dem Blickwinkel der Qualität (und Sicherheit) der Versorgung von einzigartiger Bedeutung: Infektionen stellen das einzige Qualitäts- bzw. Sicherheitsproblem dar, das übertragbar ist, also eine eigene biologische Aktivität aufweist. Epidemisch auftretende Infektionskrankheiten tangieren das Miteinander von Patient und Gesellschaft in einem deutlich höheren Maße als andere Erkrankungen. Wie unterschiedlich die Gesellschaften damit umgehen – das Spektrum reicht von Australien bis Schweden und lässt letztlich einen Blick in die innere Verfasstheit einer Gesellschaft zu. Festzuhalten ist jedoch, dass Qualitätsprobleme bei einer Infektionserkrankung neben der individuellen Perspektive besonders stark die Populations- und gesellschaftliche Perspektive betreffen, und zwar nicht nur indirekt (z. B. über die Kosten), sondern direkt: über die Verbreitungskinetik der Erkrankung und die daraus resultierende Krankheitslast.

Qualitätsbegriff unter Stress

Es steht folglich außer Zweifel, dass die Corona-Epidemie Anlass gibt, neben der individuellen auch die regionale Populations- und gesellschaftliche Perspektive in die Formulierung des konstituierenden Begriffs der „Anforderung“ mit einzubeziehen. Allerdings sind die bisherigen Qualitätskonzepte nicht in der Lage, die Vielfalt der Perspektiven adäquat abzubilden. Es kann hier nicht darum gehen, Donebedian zu hinterfragen, auch sind bidimensionale Konzepte wie die der OECD bzw. IQTIG [7] weiter gültig (wenngleich nicht zufriedenstellend), doch zeigt die aktuelle Diskussion um Corona, dass differenziertere Konzepte dringend notwendig sind, die die gesellschaftliche in Ergänzung der individuellen und institutionellen Perspektive dezidiert berücksichtigen. In „Qualität 2030“ [8] hat der Autor ein Konzept vorgestellt, das die Frage der Perspektive als eine von drei Dimensionen explizit abbildet (s. Abb. 1). Eine ähnliche Erweiterung ist hinsichtlich der Outcome-Betrachtung in der Versorgungsforschung vorzunehmen: es zählt, was wirklich beim Patienten ankommt, aber es zählt ebenso, was auf Ebene der Populationen, regional oder als staatliche Struktur definiert, realisiert wird [9].

Die Populations- bzw. gesellschaftliche Perspektive ist auch bei der Verlaufsbeurteilung von entscheidender Bedeutung, denn die regionale Betroffenheit durch Corona ist extrem unterschiedlich und schwankt im zeitlichen Verlauf. Waren es einmal die Metropolen, die als „Aerosolhöhlen“ für die Verbreitung zuständig erschienen, machten nur ein paar Wochen später die ländlichen Regionen am meisten

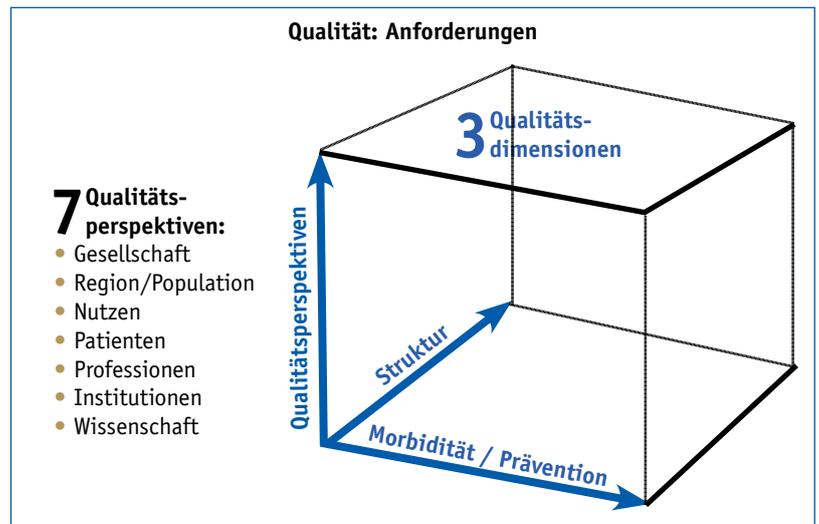


Abb. 1: Dreidimensionaler Orientierungsrahmen zum Verständnis des Begriffes Qualität (aus [8]): senkrecht die Perspektive, unter der die Qualitätsthematik betrachtet wird, waagrecht die Dimension des Bedarfs (wo liegt das derzeitige Defizit?), in der Tiefe die Dimension der strukturellen Implikationen (z. B. hinsichtlich Koordination und Integration).

Sorgen. Waren es einmal die „Champions“ (Beispiel Irland), die alles „im Griff hatten“, bricht dort nur kurz später die Epidemie wieder mit aller Macht los. Wie diese Entwicklung im Einzelnen zu erklären ist, das wird späteren Analysen vorbehalten sein, lineare Modelle werden kaum adäquate Erklärungen liefern können.

Andere Perspektiven des Qualitätsbegriffes sind weit in den Hintergrund getreten, z. B. der Nutzen einzelner Maßnahmen, obwohl dieses Thema in den letzten Dezennien die Diskussion stark beherrscht hat. Man kann fast von einer Krise der Evidenz-Generierung sprechen, die bei der Nutzenbeurteilung eine so große Rolle spielte; vielerorts wurde ein Rückfall in die vorwissenschaftliche Welt konstatiert. Randomisierte Studien, Wertung von Studien gemäß ihrer methodischen Stärke, nachvollziehbare Synthesen von Wissen – Fehlanzeige. Stattdessen dominieren Meinungen, es werden Einzelwissenschaftler zu Instanzen erklärt, Vorveröffentlichungs-Server werden zu wichtigen Informationsquellen, und der methodische Diskurs weicht der skandalisierenden Meldung. Teilweise wurde sogar offen gegen Einrichtungen der evidenzbasierten Medizin polemisiert, und es waren mehrere dringende Appelle notwendig, um das völlige Überbordwerden einer kritischen Rezeption von Wissen und Erfahrung zu verhindern. Gleiches gilt für die Patienten und Patientenrechte, die noch vor wenigen Jahren gesetzlich stark betont worden waren (s. Patientenrechtegesetz von 2013). Natürlich wird alles Mögliche getan, um in dieser schweren Zeit Patientenleben zu retten, trotzdem waren Besuchsrestriktionen und Einschränkungen der Bewegungsfreiheit an der Tagesordnung, auch wenn z. B. ältere Personen dezidiert den Wunsch äußerten, auch auf die Gefahr einer Infektion Kontakte zur Außenwelt aufrechtzuerhalten (zur Frage der Aufklärung vor Corona-Impfung s. [10]). Mitarbeiter im Gesundheits- und Pflegedienst spielen unfreiwillig das Sprachrohr für „Patient-Reported Outcomes“, wenn sie von erhöhter, zum Teil dramatisch erhöhter Aggressivität und Verzweiflung von Patienten berichten, vom Schicksal Sterbender ganz zu schweigen.

Zur Verwendung von quantitativen Maßzahlen

Die Corona-Epidemie hat eines der Grundgesetze der Quantifizierung komplexer Versorgungsprobleme wie unter einem Brennglas

sichtbar gemacht: Möchte man die Rate nosokomialer intravasaler Katheterinfektionen auf einer Intensivstation erfassen, muss man diese Ereignisse quantitativ erfassen und zur Gesamtzahl der Patienten „at risk“ in Beziehung setzen. Möchte man dagegen der komplexen Fragestellung nachgehen, wie gut die Versorgung auf einer oder mehrerer Intensivstationen insgesamt ist, kann man ebenfalls die Rate der Katheterinfektionen benutzen, aber als Indikator, also als Vorhersagewert für das Auftreten von Qualitätsproblemen (zur ausführlichen Diskussion [2]).

Einen solchen Bedeutungswandel haben wir auch bei Corona erlebt: War die *notification rate* (deutsch Melderate, auch ungenau als „Inzidenz“ bezeichnet [11]) zunächst als Wert zur Erfassung der Infiziertenzahl intendiert, wandelte sich der Gebrauch Anfang 2021, und man sprach nun von einem „Indikator“. Diesen Begriff verwendete auch das Bundesverfassungsgericht in den anhängigen Verfahren zur Klärung der Verfassungsmäßigkeit der Ausgangssperre. Der Autor hat in einem wissenschaftlichen Fachgutachten zu einem dieser Verfahren dazu ausgeführt, dass es nur dann sinnvoll ist, von einem relevanten Indikator zu sprechen, wenn er [12]

- a. statistisch adäquat dargestellt und spezifiziert ist,
- b. reliabel (zuverlässig) gemessen werden kann,
- c. valide in der Vorhersagefunktion ist (die Probleme nachweisbar vorhersagt),
- d. und nicht von dritten Einflussfaktoren (sog. *Confoundern*) beeinflusst wird (bekannt oder unbekannt), die den Vorhersageprozess verfälschen, oder er muss entsprechend korrigiert werden (Risikoadjustierung).

Diese Bedingungen sind im Falle der in der Corona-Epidemie verwendeten „7-Tage-Inzidenz“ nicht erfüllt und führten zu einem Großteil der Probleme, die bei der Bewältigung der epidemischen Situation auftraten (mangelnde Glaubwürdigkeit der politischen Ak-

Indikatoren-Set der Thesenpapier-Autorengruppe: Erweiterter Vorschlag in Thesenpapier 8 [6]						
	Insg.	0-12 J.	13-17 J.	18-35 J.	36-65 J.	>65 J.
14-Tage-Melderate						
~ im Wochenvergleich						
~ b. vollst. Geimpften						
~ mit hoher Komorbidität						
~ bei ausgewählten Bevölkerungsgruppen						
~ bei ausgewählten Berufsgruppen						
Positivrate (%+PCR)						
Testfrequenz /100.000						
% Inf. aus Clustern (>10 Inf.)						
Impfquote (vollst.) %						
~ im Wochenvergleich						
Klinikbelegung absolut						
~ bei hoher Komorbidität						
~ mit vollst. Impfschutz						
Tgl. Neuzugänge Covid-19						
~ im Wochenvergleich						
~ mit hoher Komorbidität						
~ mit vollst. Impfschutz						
~ mit hoher Komorb. + vollst. Impfschutz						
Intensivbelegung abs.						
~ im Wochenvergleich						
~ mit vollst. Impfschutz						
~ mit hoher Komorb. + vollst. Impfschutz						
Beatmungspflichtigkeit abs.						
~ im Wochenvergleich						
~ mit vollst. Impfschutz						
~ mit hoher Komorb. + vollst. Impfschutz						

Tab. 1: Indikatoren-Set der Thesenpapier-Autorengruppe. Dieser altersadjustierte Vorschlag für ein mehrdimensionales Steuerungsinstrument der SARS-CoV-2/Covid-19-Epidemie basiert auf dem Vorschlag der DKG. Wichtig erscheint die Altersstratifizierung und die große Bedeutung der Outcome-Parameter Hospitalisierung, Intensiv- und Beatmungspflichtigkeit, jeweils ergänzt um den Impfstatus und Komorbidität. Ein Ersatz der 7-Tages-Melderate durch den 14-Tage-Wert ist anzustreben (aus [12, 6]).

tion, unerwartete Verläufe, die nicht vorhergesagt werden konnten etc., nicht einmal die Impfquote konnte offensichtlich messtechnisch erfasst werden). Vor allem aber ist darauf hinzuweisen, dass nicht reliable Indikatoren in ihrer Vorhersagefunktion nie valide sein können.

Es muss allerdings betont werden, dass diese Situation selbstverschuldet ist und bei Berücksichtigung des Kenntnisstandes, der sich z. B. in der Qualitäts- und Sicherheitsforschung längst etabliert hat, ohne Probleme hätte verhindern lassen. Eine Möglichkeit ist die Kohortenstudie, bei der longitudinal in einer zufällig ausgewählten Population mit regelmäßig durchgeführten Tests eine tatsächliche Aus-

sage zur Neuerkrankungsrate (Inzidenz) leicht hätte machen lassen. Eine andere Option wäre die Etablierung von Indikatoren-Sets, wie sie auch in anderen Versorgungsgebieten eingesetzt werden (ausführliche Übersicht und Diskussion [2]). Ein erster Vorschlag für die Corona-Epidemie kam von der Deutschen Krankenhausgesellschaft [13] und führte völlig richtig eine (längst überfällige) Altersstratifizierung ein. Im genannten Gutachten und in Thesenpapier 8 [6] wurde dieser Ansatz im 14-Tage-Ansatz [11] noch um weitere Indikatoren zu Wirts- und Umgebungsfaktoren sowie um die Testfrequenz erweitert (s. Tab. 1).

Der Interventions-Goldstandard: Komplexe Mehrfachinterventionen

Hinzu kommen grundsätzliche Überlegungen, die das Verständnis einer Epidemie und der Strukturierung von Präventionsmaßnahmen betreffen. Es kann keinen Zweifel geben: es reicht nicht aus, an einer einzigen Schraube zu drehen. Jede Einpunkt-Strategie ist von vorneherein zum Scheitern verurteilt, das haben jahrzehntelange Versuche und Studien, z. B. in den Bereichen nosokomialer Infektionen oder Patientensicherheit, deutlich gezeigt. Dabei ist es unerheblich, ob man eine Einpunkt-Intervention auf Vorschriften („Gebote“), auf Sanktionen, auf technische Systeme, auf Training, auf wissenschaftsbasierte Überzeugungsarbeit oder auf finanzielle Anreize aufbaut – das Ergebnis ist jedes Mal das Gleiche: wenn überhaupt ein Effekt zu beobachten ist, dann ist er klein, nur kurzfristiger Natur und verschlechtert mittelfristig die Stimmung („war ja wieder nichts“).

Der Grund für dieses vorhersehbare Versagen von Einpunkt-Interventionen liegt in der Eigenschaft komplexer Systeme, punktuelle Änderungen und Reize aus der Umgebung zu absorbieren und den

vorherigen Zustand wieder einzunehmen. Anhaltende Veränderungen können in komplexen Systemen nur durch Mehrfachinterventionen initiiert werden, die zeitgleich oder in zeitlich gut abgestimmter Art und Weise verschiedene Interventionsebenen koordiniert einsetzen. Zusätzlich zu den o.g. Interventionsebenen sollten dabei auch Gruppentrainings, soziale Wertschätzung etc. Berücksichtigung finden. Man spricht auch von complex multicomponent interventions (CMI), ein Konzept, das in der Bekämpfung und Steuerung von Krankenhausinfektionen entwickelt und wissenschaftlich umfangreich evaluiert wurde. Die Präventionsmaßnahmen zur Beherrschung und Steuerung einer Epidemie vergleichbar mit SARS-CoV-2/Covid-19 ist der typische Fall, in dem solche komplexen Mehrfachinterventionen eingesetzt werden müssen.

Die CMI gehen auf wissenschaftliche „landmark“-Studien (Leuchtturm-Studien) im Bereich infection control (Infektionssteuerung) in den USA zurück, wo man vor mehr als 20 Jahren versucht hat, dringend notwendige Maßnahmen zur Beherrschung von infektions-epidemiologischen Notsituationen zu entwickeln, die in ihrer Wirksamkeit die begrenzte Effektivität traditioneller Ansätze übertreffen können. Diese sog. Michigan-Studien von Peter Pronovost et al. [14] gingen zunächst von überregionalen Krankenhaus-Assoziationen aus (waren also organisationstheoretischen Ursprungs), wurden aber umfangreich international repliziert und dürfen heute als Standard jeglicher Bemühungen gelten, im Bereich Infektionsmanagement (*infection control*) nachhaltige Fortschritte zu erzielen. Diese Studien gingen von der Einsicht aus, dass Epidemien zwar auf ein biologisches Agens (Erreger) zurückgehen, im Kern aber soziale Geschehen darstellen, die nur durch ein Angreifen an mehreren Punkten zugleich in den Griff zu bekommen sind. Die eindimensional-lineare Vorstellung, man bräuchte im Falle SARS-CoV-2/Covid nur die Über-

Literatur

- [1] Sens B, Pietsch B, Fischer B, Hart D, Kahla-Witzsch H, Lührs V, Nothacker M, Paschen U, Rath S, Rode S, Schneider K, Schrappe M (2018) Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements, 4. Auflage, GMS Med. Inform. Biometr. Epidemiol. 14:Doc04, doi: 10.3205/mibe000182, Zugriff über <https://www.egms.de/static/de/journals/mibe/2018-14/mibe000182.shtml> (letzter Zugriff 10.10.2021), zur Definition des Begriffs Qualität s. Kap. I.1
- [2] Schrappe M (2018) APS-Weißbuch Patientensicherheit – Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: Neu denken, gezielt verbessern. Mit Geleitworten von Jens Spahn, Don Berwick und Peter Durkin. Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, zur Definition Patientensicherheit Kap. 2.6.2, zur Emergenz Kap. 2.4.7, zu den Messmethoden Kap. 3, zu Indikatorensets Kap. 3.3.3.3
- [3] Black N (2013) Patient Reported Outcome Measures Could Help Transform Healthcare. *BMJ* 346: f167 doi: 10.1136/bmj.f167, letzter Zugriff 20.11.2021
- [4] Schrappe M, Pfaff H (2017) Einführung in die Versorgungsforschung. In: H. Pfaff, E. Neugebauer, G. Glaeske, M. Schrappe (eds.): Lehrbuch Versorgungsforschung, 2. vollst. überarb. Auflage. Schattauer Verlag, Stuttgart 2017, 1-68, speziell Kap. 1.4.,
- [5] Pronovost PJ, Cleeman JI, Wright D, Srinivasan A (2016) Fifteen Years After Top Err Is Human: A Success Story to Learn From. *BMJ Qual Saf* 25: 396-9
- [6] Schrappe M, François-Kettner H, Gottschalk R, Knieps F, Knipp-Selke A, Manow P, Püschel K, Glaeske G (2021) Die Pandemie durch SARS-2-CoV-2/CoViD-19. Pandemie als Komplexes System, Steuerung der Epidemie durch Indikatoren-Sets, Kinder und Jugendliche in der Corona-Pandemie, Politik und Demokratie unter Pandemie-Bedingungen, Köln, Berlin, Bremen, Frankfurt, Hamburg 29.8.2021, https://www.monitor-versorgungsforschung.de/efirst/Schrappe-et-al_Thesenpapier-8-0, <http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2337>, zum Indikatorenset Kap. 3.5 und 3.6, letzter Zugriff 20.11.2021
- [7] Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS (2006) A Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *Int J Qual Health Care* 18: 5-13
- [8] Schrappe M (2014) Qualität 2030 – die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen. Mit einem Geleitwort von Ulf Fink und Franz Dormann. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 70ff
- [9] Schrappe M, Pfaff H (2016) Health Services Research Faces New Challenges: Consequences for Definition and Concept. *Geswesen* 78: 689-94
- [10] Schrappe M, François-Kettner H, Gruhl M, Hart D, Knieps F, Manow P, Pfaff H, Püschel K, Glaeske G (2021) Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 (Thesenpapier 7): Sorgfältige Integration der Impfung in eine umfassende Präventionsstrategie, Impfkampagne resilient gestalten und wissenschaftlich begleiten, Aufklärung und Selbstbestimmung beachten. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 10.01.2021, *Monitor Versorgungsforschung online*, <http://doi.org/10.24945/MVF.01.21.1866-0533.2268>, zur Frage der Aufklärung vor Impfung s. Kap. 3.3.4, letzter Zugriff 20.11.2021
- [11] European Centre for Disease Prevention and Control (2021) Data on 14-day notification rate of new COVID-19 cases and deaths. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/data-national-14-day-notification-rate-covid-19>, Zugriff 10.10.2021
- [12] Schrappe M (2021) Wissenschaftliches Fachgutachten, 1. Teilgutachten: Fragenkomplex III, entsprechend Auftrag vom 29.7.2021 durch Prof. Niko Härting, Rechtsanwalt, Härting Rechtsanwälte PartGmbH, Chausseestr. 13, D-10115 Berlin, als Verfahrensbevollmächtigter der Verfassungsbeschwerde Az. 1 BVR 781/21, Köln 6.8.2021, https://corona-netzwerk.info/wp-content/uploads/2021/08/bvg_ga_endfass_310807.pdf, letzter Zugriff 20.11.2021
- [13] Deutsche Krankenhausgesellschaft (2021) https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilung-2021/2021-07-31_Anlage_Konzept_PM-DKG_zur_Inzidenz.pdf, letzter Zugriff 20.11.2021
- [14] Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, Sexton B, Hyzy R, Welsh R, Roth G, Bander J, Kepros J, Goeschel C (2006) An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. *N Engl J Med* 355: 2725-32

tragung zu verhindern (die bekannte „R-Faktor unter 1“-Forderung), kann vor diesem Hintergrund nur als reduziert und letztlich veraltet klassifiziert werden. Auf die immer wieder geäußerte Frage, warum denn diese Ansicht trotzdem fortwährend vorgetragen würde und in den Medien wie in der Politik eine so durchschlagende Aufmerksamkeit auf sich zieht, kann nur geantwortet werden, dass so gut wie alle Experten, die persönlich mit Epidemien in entwickelten Ländern selbst Erfahrung sammeln konnten (z.B. HIV-Infektion, nosokomiale Infektionen) und nicht nur einen molekulargenetischen bzw. big-data-getriebenen Hintergrund haben, über solche komplexen Interventionen als Schlüssel zum Erfolg berichten. Diese Experten wenden sich auch darüber hinaus den praktisch relevanten Fragestellungen zu (wie die Frage der Übertragung über unbelebte Gegenstände im März 2020).

Arbeitsprogramm: Qualität und Sicherheit post-Corona

Der eingangs geschilderte, vor Corona erreichte Diskussionsstand muss in einer konzertierten Anstrengung der fachkompetenten Einrichtungen und wissenschaftlichen Institutionen daraufhin überprüft werden, inwieweit durch die Corona-Epidemie Anpassungen oder Erweiterungen notwendig geworden sind. In erster Linie sind folgende Themen zu beachten:

- Die gesellschaftlichen, regionalen und Populations-Perspektiven müssen bei der Formulierung der Anforderungen an die Qualität der Gesundheitsversorgung eine größere Relevanz erfahren. Diese Relevanz vergegenständlicht sich nicht nur in Abgrenzung von der institutionellen Perspektive, sondern auch in Abgrenzung zur individuellen Patientenperspektive – die stark utilitaristisch argumentierenden Standpunkte, die in den letzten Monaten laut geworden sind, lassen dies unumgänglich erscheinen. Hierbei muss strikt auf eine akkurate Spezifizierung der entsprechenden Anforderungen geachtet werden.
- Das Verständnis von Patientensicherheit muss daraufhin abgeklöpft werden, ob es in der bisherigen Form beibehalten werden kann, und in welcher Form gesellschaftliche Faktoren in der Verwirklichung von Patientensicherheit gegenüber dem individuellen Schutz vor Unerwünschten Ereignissen unter den Bedingungen einer Epidemie verlässlich eingefordert werden können.
- Hinsichtlich der Messung von Qualität und Sicherheit ist unter Wahrung der differenzierten Anwendung der unterschiedlichen Methoden zu prüfen, wie es zu einem Rückfall in die Nutzung singulärer, größtenteils weder reliabler noch valider Messwerte kommen konnte, und wie validere Messinstrumente (z.B. Scores oder quantitative Messwerte aus Kohortenstudien) entwickelt werden können, gerade auch im Hinblick auf evtl. zukünftig auftretende Epidemien.
- Zur Patientenzentrierung und den *Patient-Reported Outcomes* hat ein grundlegendes Nachdenken darüber einzusetzen, ob es sich hierbei wirklich um ein belastbares Konzept handelt, oder sich hier eine wissenschaftlich-fachliche Modeerscheinung verselbständigt

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

1987-1995 Leiter der Infektiologie, Univ. Köln, 1995 Visiting Professor Infect. Disease and Clinical Epidemiology, Univ. Iowa, 2002-2005 Vorstandsvors. Univ.-Klinik Marburg, danach Dekan/Wiss. GF Univ. Witten, Generalbev. Univ.-Klinik Frankfurt. 2009 Ruf W3 Univ. Bonn, bis 2011 Direktor Inst. f. Patientensicherheit Univ. Bonn. Bis 2011 Mitglied/Stellv. Vors. SVR Gesundheit, 2001 bis 2007 Vors. d. GQMG, 2005-2009 Gründungsvors. APS, bis 2019 APL-Prof. Univ. Köln mit Lehrauftrag „Patientensicherheit“. Kontakt: matthias@schrapp.com



Quality and patient safety in the light of the SARS-CoV-2-epidemic

In the context of the SARS-Cov-2/Covid-19 epidemic, numerous basic assumptions, scientific findings, and practical approaches to the topic of quality and safety in health care need to be readjusted. These include the definition of terms, patient orientation in alignment with other perspectives of goal orientation, methods of quantification including the indicator concept, generation and valuation as well as synthesis of knowledge assets, and most importantly, methods of quality improvement. Sustainable quality improvement, as research has clearly shown in recent decades, is not achieved by selective individual measures, but only by a meaningfully coordinated bundle of measures (complex multiple interventions). Paradoxical and unexpected events or outcomes do not represent anomalies, but are the order of the day in a highly complex event such as an epidemic situation. They therefore require the interaction of multiple disciplines, including those outside the narrow field of medical research. In synopsis, the scientific discussion in the field of quality and safety must quickly and vigorously address these issues if it does not want to risk a break with its previous conceptual foundations and thus a future devaluation of its views.

Keywords

Quality, Patient Safety, SARS2, Indicators, Complex Multicomponent Interventions

hat, die bei der ersten tatsächlichen Belastungsprobe völlig irrelevant geworden ist.

- Die Evidenzgenerierung und -synthese durch die EBM stellt eine der wichtigsten Errungenschaften der Gesundheitswissenschaften der letzten Jahrzehnte dar und war immer eng mit der Thematik Qualität/Sicherheit verbunden. Hier ist zu diskutieren, wie es möglich war, dass wieder eminenzgenerierte Vorgehensweisen in den Vordergrund traten und Personen bzw. Institutionen, die sich für die Methodik der EBM auch hinsichtlich Corona einsetzten, sogar angegriffen und diffamiert wurden. Dieser Aspekt ist für das Wissenschaftssystem von vorrangiger und übergreifender Bedeutung.
- Bei der Planung von Präventionsmaßnahmen und anderen Interventionen sind die komplexen Mehrfachinterventionen (Complex Multicomponent Interventions) als Standard zu berücksichtigen. Das Beharren auf einer einzigen Maßnahme (z.B. Lockdowns) ist längst überholt und sollte durch intelligente komplexe Interventionen abgelöst werden. In der praktischen klinischen Infektions-epidemiologie existieren hier zahlreiche, wissenschaftlich hervorragend evaluierte Instrumente und Vorgehensweisen. <<

Zitationshinweis

Schrappe, M.: „Qualität und Patientensicherheit im Licht der SARS-CoV-2-Pandemie“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF 01/22), S. 77-81. doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.01.22.1866-0533.2378>



Versorgungsforschung *Aktuell*

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Implementierung einer standardisierten Ersteinschätzung als Basis eines Demand Managements in der ambulanten Notfallversorgung

Die stetig steigende Inanspruchnahme von Notaufnahmen in Krankenhäusern hat in den letzten Jahren große öffentliche und gesundheitspolitische Aufmerksamkeit erfahren. Dabei wurde insbesondere die Überbeanspruchung der Notfallressourcen von Krankenhäusern durch Patient:innen mit nicht dringlichem oder weniger schwerwiegendem Beratungs- und Behandlungsbedarf thematisiert. Internationale Studien geben Hinweise darauf, dass die Inanspruchnahme von Notaufnahmen durch eine gezielte und standardisierte Patientensteuerung an den Erstkontaktstellen, bspw. an Krankenhäusern/Notdienstpraxen (hier: Gemeinsamer Tresen) sowie bei Notfallrufnummer/Rufnummer des vertragsärztlichen Notdienstes (116117 deutschlandweit) deutlich reduziert werden kann.

Durch die Implementierung von SmED – der strukturierten medizinischen Ersteinschätzung in Deutschland, soll das Gesundheitspersonal unterstützt werden, Patient:innen in die richtige Behandlungsebene zu steuern. SmED unterstützt die Anwender:innen bei der systematischen Abfrage von Symptomen, Krankheitsbildern, Vorerkrankungen und Risikofaktoren.

Bei der Implementierung einer Intervention wie SmED spielt neben der Sicht der Patient:innen, auch die Perspektive des Gesundheitspersonals, welches die Software verwendet eine wichtige Rolle. Diese Studie beschäftigt sich daher mit der Implementierung von SmED aus Sicht der Anwender:innen.

Für das Team der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung,

Ihr

Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi
Seniorprofessor – Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Methode

Die Studie zielte darauf ab, die Gesamtwahrnehmung von SmED und dessen Implementierungsprozess durch Gesundheitspersonal, welches die Software verwendet, zu evaluieren. Des Weiteren sollen Faktoren bestimmt werden, welche die Anwendung von SmED beeinflussen.

Es wurden in den 11 teilnehmenden Bundesländern 30 Interviews mit Fachkräften aus dem Gesundheitswesen, welche mit SmED an der 116117 oder am Gemeinsamen Tresen arbeiten, durchgeführt. Die Interviews wurden qualitativ ausgewertet.

Im Rahmen der schriftlichen Befragung wurden einmalig 200

Anwender:innen von SmED zur Implementierung der Ersteinschätzung befragt. Die Daten wurden deskriptiv und mittels Regressionsanalysen evaluiert. Der Fragebogen gliederte sich in 5 Themenbereiche, die einzelne Aspekte des Implementierungsprozess abdecken, und für die jeweils ein Score zwischen 1 (Minimum) und 5 (Maximum) berechnet wurde.

Ergebnisse

Interviewstudie:

Die 30 Interviews fanden von Juli 2019 bis Dezember 2019, also in einer frühen Phase der Anwendung von SmED, statt. Die Anwender:innen von SmED haben angegeben, dass ihre Arbeitsbelastung zu Beginn der Tätigkeit mit SmED gestiegen ist, da pro Patient mehr Zeit benötigt wurde. Bei einer längeren Nutzungsdauer von SmED bekamen die Anwender:innen mehr Routine und die benötigte Zeit pro Patient sank wieder.

SmED wurde als Unterstützung bei der Entscheidungsfindung hinsichtlich der Dringlichkeit einer medizinischen Behandlung angesehen, war aber nicht bei allen Patienten anwendbar, z.B. nicht bei Patienten mit Sprachbarrieren oder psychiatrischen Erkrankungen. Zusätzlich wurde berichtet, dass SmED die Beschwerden oft dringlicher einstufte als das durchführende Gesundheitspersonal es tun würde. Grund dafür könnte die strukturierte und gründliche Erfassung des Krankheitsbildes sein, die mit SmED durchgeführt wird.

Die Möglichkeit zur Änderung der Entscheidung konnte, meist nach Absprache mit einer Ärztin/einem Arzt, von der Mehrheit der Teilnehmer:innen in Anspruch genommen werden.

Technische Probleme, mangelnde Integration mit anderer Software und mangelnde Praktikabilität zu Hochzeiten beeinträchtigten die Implementierung von SmED zu Beginn.

Fragebogenstudie:

Die 200 Anwender:innen füllten den Fragebogen zwischen Februar 2020 und Oktober 2020 aus. Tabelle 1 zeigt die Charakteristika der Teilnehmer:innen im Vergleich „Gemeinsamer Tresen“ und der Rufnummer 116117.

Der Fragebogen umfasste 5 Themenbereiche: Interventionseffektivität/Wirksamkeit (bspw. Fragen zur Nutzung der Software im Alltag, Praktikabilität der Software), Interprofessioneller Kontext/Berufliches Interesse (bspw. Fragen zur Veränderung der Zusammenarbeit, Schulungen), Individueller Kontext (bspw. Fragen zur persönlichen Rolle während der Implementierung, Veränderungen des Arbeitsbereiches), Organisatorische Rahmenbedingungen (bspw. Fragen zur Unterstützung des Managements) und Medizinischer Kontext (bspw. Fragen zum Umgang mit den Ergebnissen von SmED).

Zwischen den beiden Settings zeigte sich bei der Bewertung der 5 Themenbereiche kein signifikanter Unterschied. Die Bewertung der Anwender:innen der 5 Implementierungsaspekte lag jeweils im mittleren Bereich.

Mehrere individuelle Merkmale wurden mit dem Implementierungsprozess von SmED in Verbindung gebracht. Weibliche und jün-



Abb. 1: Struktur von SmED, Quelle: aQua-Institut.

gere Fachkräfte im Gesundheitswesen sowie Teilnehmer:innen mit weniger als fünf Jahren Berufserfahrung bewerteten den Implementierungsprozess tendenziell positiver.

Faktoren, die mit dem individuellen Kontext und dem medizinischen Kontext zusammenhängen, beeinflussten die Häufigkeit der Nutzung von SmED.

Fazit

Die Studie liefert nützliche Informationen für die Implementierung einer standardisierten medizinischen Ersteinschätzung für die ambulante Notfallversorgung in Deutschland.

Die initialen Erfahrungen mit SmED waren im Allgemeinen positiv, es wurden organisatorische Probleme genannt, die im Rahmen des Projektes für eine nachhaltige Implementierung adressiert wurden.

Wir fanden heraus, dass vor allem jüngere Gesundheitsfachkräfte dazu neigen, SmED und den Implementierungsprozess etwas besser zu bewerten, während Gesundheitsfachkräfte mit mehr als fünf Jahren Erfahrung weniger zufrieden mit SmED und dem Implementierungsprozess waren.

Es ist wichtig, Fachkräfte im Gesundheitswesen, insbesondere erfahrenere Fachkräfte, in den Implementierungsprozess einzubeziehen, um eine nachhaltige Implementierung zu erleichtern.

Darüber hinaus sind die Schulungen der potenziellen Nutzer:innen vor und während des Implementierungsprozesses und die Anpassung der organisatorischen Kontextfaktoren von entscheidender Bedeutung.

Danksagung

Wir bedanken uns beim aQua-Institut und den weiteren Projektpartnern für die gute Zusammenarbeit und vor allem bei den Teilnehmer:innen der Studie.

Fragen/Kontakt

Amanda Breckner, M.A.
Amanda.Breckner@med.uni-heidelberg.de

Catharina Roth, M.Sc.
Catharina.Roth@med.uni-heidelberg.de

Wo finde ich die Originalliteratur?

Roth C, Breckner A, Paulus J, Wensing M. Implementation of a Standardized Initial Assessment for Demand Management in Outpatient Emergency Care in Germany: Early Qualitative Process Evaluation. JMIR Form Res. 2020 Sep 4;4(9):e18456. doi: 10.2196/18456.

Breckner A, Roth C, Szecsenyi J, Wensing M. Enhancing implementation of a standardized initial assessment for demand management in outpatient emergency care in Germany: a quantitative process evaluation. BMC Medical Informatics and Decision Making (2021) 21:318. <https://doi.org/10.1186/s12911-021-01685-6>

Charakteristika der Teilnehmer:innen		
n=200 (100%)	116117	Gemeins. Tresden
	n=130 (65.5%)	n=69 (34.5%)
Altersgruppe		
zwischen 18 und 29	22 (16.8)	8 (11.6)
zwischen 30 und 49	30 (22.9)	14 (20.3)
50 und älter	76 (58.0)	46 (66.7)
Geschlecht		
Weiblich	82 (63.1)	66 (95.7)
Männlich	45 (34.6)	2 (2.9)
Berufliche Qualifikation		
Arzt/Ärztin	0	1 (1.4)
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	10 (7.6)	3 (3.4)
Medizinische/r Fachangestellte/r	45 (34.4)	53 (76.8)
Rettungsassistent/in	31 (23.7)	2 (2.9)
Rettungsassistent/in		
Notfallsanitäter/in		
Sonstiges	28 (21.4)	6 (8.7)
Keine Antwort	17 (13.0)	4 (5.8)
Professional Experience		
Zwischen einem und zwei Jahren	38 (29.9)	13 (18.8)
Zwischen zwei und vier Jahren	19 (14.5)	6 (8.7)
Zwischen vier und fünf Jahren	6 (4.6)	2 (2.9)
Mehr als fünf Jahre	66 (50.4)	46 (66.7)
Keine Antwort	2 (1.5)	2 (2.9)
Häufigkeit der Verwendung von SmED		
Bei jedem 2. Patient/in	42 (32.1)	23 (33.3)
Bei jedem 3. Patient/in	36 (27.5)	8 (11.6)
Bei jedem 4. Patient/in	11 (8.4)	2 (2.9)
Bei jedem 5. Patient/in	5 (3.8)	2 (2.9)
Ich weiß es nicht	35 (26.7)	29 (42.0)
Keine Antwort	2 (1.5)	5 (7.2)
Bewertung des Implementierungsprozesses; Mean Score Min:1; Max: 5 (SD)		
Interventionseffektivität/Wirksamkeit	2.97 (0.97)	2.95 (0.98)
Interprof. Kontext/Beruf. Interesse	3.01 (0.93)	2.64 (1.06)
Individueller Kontext	3.01 (0.88)	3.05 (0.93)
Organisatorische Rahmenbedingungen	3.26 (1.16)	3.53 (0.96)
Medizinischer Kontext	2.54 (0.88)	2.66 (0.87)

Tab. 1: Charakteristika der Teilnehmer:innen.

JETZT BEWERBEN!

MSD

Gesundheitspreis 2022



<http://m.msd.de/576>

