

monitor **VERSORGUNGSG FORSCHUNG**

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Titelinterview mit Dr. Martin Albrecht, Geschäftsführer und Leiter des Bereichs Gesundheitspolitik am IGES Institut: „Bei Dekonzentration kommen Mindestmengen unter Druck“

- „Zukunfts-Überlegungen aus der Sicht epidemiologischer Modellierung“ (Dürr/Eichner)**
- „Versorgungsforschung ist ethischer Imperativ“ (Kreis)**
- „Unangenehme Wahrheiten rund um die ePA“ (Köster-Steinebach)**

Editorial

Mehr Konzentration -> mehr Qualität?

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Redaktion

„Dekonzentration bringt Mindestmengen unter Druck“ 6

Titelinterview mit Dr. Martin Albrecht, IGES Institut

Bessere Public Health gelingt nur gemeinsam 12

BMC gibt Impulse für ein „Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit“

Ideensammlung für eine bessere Versorgung 14

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

Versorgung in dünn besiedelten Regionen 26

Stellungnahme des Vorstands der Bundesärztekammer

„Datenanalyse kann KH-Planung in NRW unterstützen“ 28

Interview mit Dr. Eberhard Hansis und Dr. Hannes Dahnke von Vebeto, Hamburg

Kreis: „Versorgungsforschung ist ethischer Imperativ“ 32

3. Charité-Versorgungsforschungskongress

Verschiedene Theorien pro Spezialfunktion 34

Online-Kongress „Theorie wagen“ von „Monitor Versorgungsforschung“ und BMC/Teil 2

Erste Schritte zu einem Theoriebaukasten (TB) 40

Weitere Ergebnisse des Online-Kongresses „Theorie wagen“ (Teil 2)

TB-Teil 4: Normalisierungs-Prozess-Theorie 42

Theoriebaukasten Teil 4

TB-Teil 5: Habitus-Theorie 44

Theoriebaukasten Teil 5

TB-Teil 6: Die Luhmann'sche Systemtheorie 48

Theoriebaukasten Teil 6

Unangenehme Wahrheiten rund um die ePA 50

Kommentar von Dr. rer. pol. Ilona Köster-Steinebach, Sepsis-Stiftung

STANDARDS

Impressum 2 News/Rezension 52

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 53-56

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

WISSENSCHAFT

PD Dr. rer. nat. Hans-Peter Dürr

57

Prof. Dr. rer. nat. Martin Eichner

Corona-Pandemie: Zukunfts-Überlegungen aus der Sicht epidemiologischer Modellierung

Seit dem Auftreten der Corona-Pandemie bestand weltweit die Frage, wann die Pandemie zu einem Ende kommen würde. Mittlerweile werden solche Hoffnungen von der Befürchtung verdrängt, dass die Infektionskrankheit nicht eliminiert werden kann und endemisch wird. Der hier vorgelegte Artikel beschreibt zwei Gründe, die für diese Hypothese sprechen: saisonale Übertragung und temporäre Immunität. Beide Faktoren beeinflussen die Übertragungsdynamik stark, was unseren zukünftigen Umgang mit SARS-CoV-2 und politische Entscheidungen prägen wird.

Prof. Dr. rer. medic. Gerald Lux / Dinah Gessert BA / Michael Hagedorn / Dipl.-Kffr. Hermine Urbaniak / Dr. rer. nat. Ulrike Winn-Börner

64

Wohlbefinden von Menschen mit Demenz durch gelebte Spiritualität – eine explorative Studie

In der Betreuung von Menschen mit Demenz sind feste Tagesstrukturen und Rituale notwendig, um Orientierung und Sicherheit zu gewährleisten und die Lebensqualität zu erhöhen. Diese Aktivitäten können unter anderem religiöse bzw. spirituelle Maßnahmen einschließen. Ziel der vorliegenden Studie war, erste Erkenntnisse des Effektes solcher Aktivitäten auf das Wohlbefinden bzw. das Gemüt der Betroffenen zu erlangen. Dafür wurden Menschen mit Demenz in einem 6-monatigen Zeitraum mit monatlichen Erhebungen hinsichtlich der Durchführung solcher Maßnahmen und deren Auswirkungen beobachtet.

Prof. Dr. med. Christian Tanislav / Dr. med. Josef Rosenbauer / Rebecca Zingel MSc / Prof. Dr. rer. med. habil. Karel Kostev

71

Kein erhöhtes Risiko für Venenthrombosen und Lungenembolien nach SARS-CoV-2-Impfung in Deutschland?

Ziel dieser Studie war es, das Risiko für Venenthrombosen und Lungenembolien bei Patienten mit SARS-CoV-2-Impfung zu untersuchen. In die Studie wurden Personen im Alter von ≥18 Jahren eingeschlossen, die zwischen April und Juni 2021 eine Erstimpfung gegen Covid-19 in einer von 1.134 Allgemeinarztpraxen in Deutschland erhalten hatten.

Fabian Berkemeier MSc / Dr. med. univ. Manuela Bamberger MSc / Dr. rer. biol. hum. Katharina Kähm MPH / Stefan Hargesheimer MBA&E

75

Screening auf Vorhofflimmern zur Prävention von Schlaganfällen und systemischen Embolien: Modellierung von Versorgungspotenzialen und Kosteneffizienz

Es erfolgt eine Simulation der Umsetzung eines in der Leitlinie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) empfohlenen Screenings auf Vorhofflimmern (VHF) im deutschen Versorgungskontext. Das zugrundeliegende Markov-Modell untersucht für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von 65 bis unter 75 Jahren ein opportunistisches und für Versicherte ab 75 Jahren ein systematisches Screening auf VHF im Vergleich zum aktuellen Versorgungsstand ohne Screening.

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
ORCID: 0000-0003-1962-6436

Chefredaktion
Peter Stegmaier (verantwort. Redakt.)
ORCID: 0000-0003-1962-6436
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 Sonderkopien und Fotokopien auf den

Verlag über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. In der aufgeführten Zusendung von Beiträgen und Informationen an den Verlag liegt das jederzeit widerrechtliche Einverständnis, die zugesandten Beiträge bzw. Informationen in Datenbanken einzustellen, die vom Verlag oder Dritten geführt werden.
Auflagenmeldung
Mitglied der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. (IWV), Berlin. Verbr. Auflage: 6.642 (IWV 3. Qu. 2021).



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	

Institute/Stiftungen

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

Akteure

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

	socium Forschungszentrum Lebensrecht 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 MÜNCHEN	Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH	

	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 VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND	Dr. Dominik von Stillfried	
	INSIGHT HEALTH	Christian Luley	
	janssen PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson	Christian Hilmer	
	KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayern	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“

Mehr Konzentration → mehr Qualität?

MVF-Titelinterview mit Dr. Martin Albrecht, Geschäftsführer und Leiter des Bereichs Gesundheitspolitik am IGES Institut > S. 6 ff.

„... Klinikstandorte mit höheren Fallzahlen (erzielen) bei komplexeren Eingriffen bessere Behandlungsergebnisse als Klinikstandorte mit niedrigeren Fallzahlen. Demnach wäre mehr Leistungskonzentration gut für die Versorgungsqualität.“ Die Evidenz dazu ist aber nicht so eindeutig, wie gerne diskutiert wird. Das Bundeskartellamt geht im Widerspruch dazu davon aus, dass mehr Wettbewerb, also weniger Konzentration, besser für die Qualität ist. Und auch der Konzentrationsprozess ist nicht so eindeutig. **Dr. rer. pol. Martin Albrecht** vom IGES Institut ordnet die gegensätzlichen Sichtweisen im MVF-Titelinterview ein.

Zukunftsfähige und qualitätsorientierte Krankenhauslandschaft > S. 14 ff.

Ein umfangreicher MVF-Report gibt in dieser Ausgabe eine Übersicht über Lösungsansätze für nötige Veränderungen zu einer zukunftsfähigen und qualitätsorientierten Krankenhauslandschaft und stellt dazu die Aussagen der bisher vorgelegten Papiere, Forderungen, Gutachten und Stellungnahmen zusammen.

Interview mit Dr. Eberhard Hansis und Dr. Hannes Dahnke von Vebeto, Hamburg > S. 28 ff.

Der Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen sieht Abstimmungsverhandlungen zwischen den Krankenhäusern in den Versorgungsgebieten vor, um Leistungen zu konzentrieren und unnötige Konkurrenz abzubauen. Diese komplexen Verhandlungen unterstützen **Dr.-Ing. Eberhard Hansis** und **Dr. rer. nat. Hannes Dahnke**, beide Geschäftsführer des Hamburger Data Analytics-Unternehmens Vebeto. Sie berichten im Gespräch von ihren Erfahrungen.

„Theorie wagen“ und Theorie-Datenbank S. 34 ff.

Wir machen weiter mit den Ergebnissen unseres Online-Kongresses „Theorie wagen“ am Beispiel von Lotsenprojekten und mit unserer Reihe kompakter Darstellungen wichtiger theoretischer Ansätze als MVF-Theorie-Datenbank für die Versorgungsforschung mit der Normalisierungs-Prozess-, der Habitus- und der Luhmann'schen Systemtheorie. Alle von unseren „Patent“ vorgestellten Theorien werden in einer Online-Toolbox zusammengeführt: <https://www.m-vf.de/Theoriebaukasten>

Wissenschaftliche Beiträge

Dürr und Eichner untersuchen die Frage, ob und wie SARS-CoV-2 endemisch wird, anhand zweier Charakteristika der Übertragungsdynamik: saisonale Übertragung und temporäre Immunität. Auf der Basis eines mathematischen Modells präsentieren sie Prognosen zum Charakter der zukünftigen Endemizität von SARS-CoV-2 mit Implikationen für Impfkampagnen, Kontakteinschränkungen und andere Interventionsmaßnahmen sowie für die aktuelle Debatte über die Einführung einer Impfpflicht. > S. 57 ff.

Lux u.a. beschreiben explorativ Effekte religiöser bzw. spiritueller Maßnahmen auf das Wohlbefinden bzw. das Gemüt von Menschen mit Demenz. > S. 64 ff.

Tanislav u.a. analysieren das Risiko für Venenthrombosen und Lungenembolien bei SARS-CoV-2-Impfungen. Sie finden, dass deren Auftreten nach Covid-19-Impfungen eher ein zufälliger Befund als eine Folge der Impfung ist. > S. 71 ff.

Berkemeier u.a. präsentieren eine Simulation der Umsetzung eines in der Leitlinie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie empfohlenen Screenings auf Vorhofflimmern. Es ergibt sich ein großes Potenzial für die Vermeidung von Schlaganfällen und systemischer Embolien durch ein leitliniengerechtes Screening. > S. 75 ff.

Ich wünsche Ihnen in der leider weiter schwierigen Corona-Situation und dieser auch sonst schweren Zeit interessante Lektüre mit vielen Informationen, die Sie direkt für Ihre Arbeit nutzen können.

Bleiben Sie weiter gesund!

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
Our passion - your success

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





„Bei Dekonzentration kommen Mindestmengen unter Druck“

Im Interview:
Dr. Martin Albrecht,
Geschäftsführer
und Leiter des
Bereichs Gesund-
heitspolitik am
IGES Institut

Im April vergangenen Jahres legte das IGES Institut für den Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) den Ergebnisbericht „Qualitätsverbesserung durch Leistungskonzentration in der stationären Versorgung – Bestandsaufnahme, Erfolgsfaktoren und Hemmnisse“ – erstellt von Dr. Martin Albrecht, Dr. Stefan Loos und Sebastian Irps – vor. Die im September 2021 erschienene „Sektoruntersuchung Krankenhäuser“ des Bundeskartellamts beschäftigte sich an einer Stelle auch mit diesem Thema, kam aber zu teilweise konträren Schlussfolgerungen. Dies nahm Albrecht vor wenigen Wochen zum Anlass, beim Spreestadt Forum die beiden Positionen gegeneinanderzustellen. „Monitor Versorgungsforschung“ bat ihn im zweiten Titelinterview zur Qualitätsfrage im Krankenhaussektor in dieser Ausgabe um eine Einordnung.

>> Herr Dr. Albrecht, hilft oder schadet womöglich die Leistungskonzentration der stationären Versorgung?

Diese Frage kann, je nach Sichtweise, gegensätzlich beantwortet werden. Das hängt unter anderem auch vom zeitlichen Betrachtungshorizont ab. Letztlich fehlt es aber gegenwärtig für Deutschland zu diesem Thema an empirischer Evidenz – obwohl die Frage gesundheits- und auch wirtschaftspolitisch von zentraler Bedeutung ist.

Wie steht es um die Evidenz?

Einerseits ist durch zahlreiche Studien ein positiver Volume-Outcome-Zusammenhang mittlerweile für viele Behandlungen im Krankenhaus empirisch nachgewiesen. Danach erzielen Klinikstandorte mit höheren Fallzahlen bei komplexeren Eingriffen bessere Behandlungsergebnisse als Klinikstandorte mit niedrigeren Fallzahlen. Demnach wäre mehr Leistungskonzentration gut für die Versorgungsqualität. Andererseits gilt grundsätzlich, dass Konzentrationsprozesse Wahlmöglichkeiten reduzieren und das Risiko der Monopolbildung erhöhen, wodurch sich Effizienz und Qualität verschlechtern können. Im Gutachten für den vdek haben wir uns auf drei Leistungsbereiche fokussiert, für die bereits positive Volume-Outcome-Zusammenhänge wissenschaftlich nachgewiesen wurden. Das heißt: Unsere Ergebnisse gelten zwar für diese drei Leistungsbe-

reiche, sind aber nicht ohne weiteres auf den gesamten Kliniksektor übertragbar. Das Bundeskartellamt betont mit seiner kürzlich abgeschlossenen Untersuchung für den Krankenhaussektor eine andere, dezidiert wettbewerbspolitische Perspektive. Im Vordergrund steht hier, die wettbewerblichen Rahmenbedingungen und Handlungsspielräume bei Krankenhäusern umfassend zu beleuchten. So gesehen sind beide Arbeiten nicht direkt vergleichbar. Es gibt aber Berührungspunkte, die in der Sektoruntersuchung auch

explizit angesprochen werden.

Hier treffen die Sichtweisen der Versorgungsforschung und der Wettbewerbsökonomie aufeinander. Erstere sieht Konzentration als Mittel der Qualitätserhöhung, die zweite ordnet Konzentration als bedenklich ein, weil damit der Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander minimiert wird.

Darum habe ich mich in meinem Vortrag beim Spreestadt Forum um eine Einordnung der durchaus oft gegensätzlichen Aussagen bemüht.

Zu welchem Ergebnis sind Sie noch gekommen?

Der Widerspruch beider Sichtweisen auf das Thema Leistungskonzentration bei Krankenhäusern ist mittlerweile auch in der Politik angekommen: Man hat erkannt, dass man nicht aus Qualitäts- und

Effizienzgründen konzentrationserhöhende Klinikzusammenschlüsse durch einen Krankenhausstrukturfonds fördern kann, wenn diese eine kartellrechtliche Prüfung nicht bestehen. Die daher kürzlich beschlossene Ausnahme von der Fusionskontrolle für den Krankenhaussektor löst den Widerspruch aber letztlich nicht.

„Gesundheitspolitisch wird immer mehr anerkannt, dass sich eine stärkere Leistungskonzentration bei Krankenhäusern positiv auf die Qualität auswirkt.“

Der Reihe nach: Können Sie die unterschiedlichen Sichtweisen noch näher erläutern?

Im Gesundheitsbereich befasst sich der G-BA seit vielen Jahren mit Fragen rund um die Qualitätssicherung. Gesundheitspolitisch wird immer mehr anerkannt, dass sich eine stärkere Leistungskonzentration bei Krankenhäusern positiv auf die Qualität auswirkt. Das spiegeln auch die Richtlinien des G-BA wider. Nicht umsonst werden Mindestmengen definiert, die dazu führen, dass bestimmte komplexe Leistungsbereiche nur noch an wenigen Standorten durchgeführt werden, was über besseres Know-how, Erfahrung und Prozessqualität die Versorgungs- und Ergebnisqualität erhöht.

Weniger Komplikationen, bessere Behandlungsergebnisse.

Diese Sichtweise hat sich gesundheitspolitisch in den letzten Jahren immer mehr durchgesetzt. Die logische Folge wäre eine mit der Zeit zunehmende Leistungskonzentration, weil nicht mehr jedes Krankenhaus jede Leistungsart erbringt, sondern sich auf genau jene Schwerpunkte konzentriert, die es am besten kann. Das ist die eine Sichtweise. Das Bundeskartellamt kommt nun von einer anderen Seite und erklärt, dass primär der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern Qualität sichert und hierfür – regional erreichbar – ausreichend viele Krankenhäuser unterschiedlicher Träger zur Auswahl stehen müssen.

Obwohl es im Krankenhausbereich keinen Preiswettbewerb gibt, weil diese durch das DRG-System weitgehend reguliert sind.

Gerade deshalb sei der Krankenhauswettbewerb vor allem ein Qualitätswettbewerb, argumentiert das Bundeskartellamt. Nach meinem Eindruck dominierte aber statt eines Preiswettbewerbs bislang ein Kosten- und Mengenwettbewerb, der Wettbewerb über Qualität hat es dagegen deutlich schwerer. Er kann nur dann funktionieren, wenn Patienten und die einweisenden Ärzte Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern erkennen und entsprechende Auswahlmöglichkeiten haben. Nach Ansicht des Bundeskartellamtes beruht der Qualitätswettbewerb von Krankenhäusern maßgeblich auf Wahlmöglichkeiten zwischen Krankenhäusern unterschiedlicher Träger, wobei meist der Zugang – also die Fahrzeit und Erreichbarkeit – ein wichtiges Kriterium sei.

Durch Konzentrationsprozesse und Fusionen werden diese Auswahlmöglichkeiten eingeschränkt, was man über die Jahre an der schwindenden Zahl der Krankenhausstandorte erkennt.

Genau das, so befürchtet das Bundeskartellamt, führt dazu, dass irgendwann der Qualitätswettbewerb – insoweit es ihn gegenwärtig gibt – nicht mehr funktioniert, was längerfristig Qualitätsminderungen zur Folge haben könnte.

Das ist mit Blick auf die Leistungskonzentration eine – zur Perspek-

tive der Versorgungsforschung, die das IGES für seine Studie wählt – fast konträre Schlussfolgerung. Hat eine zunehmende Konzentration in der Krankenhausversorgung negative Effekte auf die Versorgung?

Dazu gibt es einiges an internationaler Literatur – vor allem aus den USA. Allerdings sind die Ergebnisse mit Blick auf die Versorgungsqualität nicht eindeutig. Negative Effekte konnten vor allem bei den Preisen gezeigt werden, hier unterscheidet sich aber das Gesundheitssystem der USA, da dort der Preis als Wettbewerbsparameter eine wesentlich größere Rolle spielt als bei uns. In den USA gibt es einen stark fragmentierten Krankenversicherungsmarkt, in dem mit unterschiedlichen Preisen Wettbewerb betrieben wird. Einige Untersuchungen für die USA haben gezeigt, dass Leistungskonzentration in der Krankenhausversorgung zu Preisanstiegen führt. Bei steigender Marktkonzentration verfügen Krankenhäuser mit regionaler Monopolmacht über Preissetzungsspielräume. Das ist in Deutschland aufgrund des bundesweit regulierten Preissystems für die Krankenhausversorgung so nicht möglich, was ja gerade auch ein zentrales Argument des Bundeskartellamtes ist. Daher kann man aus den Studien für die USA auch nur begrenzt Schlussfolgerungen für Deutschland ziehen.

Gibt es hierzulande keine Untersuchungen dazu?

Es gibt ein paar wenige, die leichte Konzentrationstendenzen diagnostizieren. Doch wird in diesen Studien explizit keine Aussage darüber getroffen, ob Konzentration für die Qualität nun positive oder negative Folgen hat. Unser Institut hat in den Jahren 2009 bis 2013 im Auftrag des InEK die DRG-Begleitforschung durchgeführt. Eine Teilfrage lautete, ob die Einführung der DRG zu einer verstärkten Leistungskonzentration geführt hat. Damals war es jedoch nicht belegbar, dass es im Zuge der DRG-Einführung zu einer generellen Leistungskonzentration gekommen ist.

Wie sieht es mit der Empirie für die These aus, dass Konzentration gut für die Qualität ist?

Einen direkten kausalen Beleg liefert unser Gutachten hierfür nicht. Doch war unsere empirische Studie darauf auch nicht ausgelegt. Die These hat sich auch teilweise insofern erübrigt, weil wir im großen Maße keinerlei Konzentration für die drei Leistungsbereiche feststellen konnten. Wir haben jedoch einen indirekten Beleg führen können, indem aufgrund der empirischen Literatur evident ist, dass Qualität und Fallzahlen positiv assoziiert sind. Unsere Analysen zeigen nun, dass da, wo Dekonzentration stattfindet, Mindestmengen vermehrt nicht eingehalten wurden. Im Umkehrschluss heißt das wiederum, dass Konzentration eben dazu führt, dass Mindestmengen erfüllt und positive Qualitätseffekte durch höhere Fallzahlen eher erreicht werden.

Was ergab das vdek-Gutachten sonst noch?

Unsere zentrale Ausgangsfrage lautete: Findet Leistungskonzentration überhaupt statt? Da dieses Thema nur mit erheblichem Aufwand großflächig zu untersuchen ist, haben wir uns in diesem Gutachten ganz gezielt nur für diejenigen Leistungsbereiche entschieden, bei denen bereits empirische Evidenz dafür besteht, dass Konzentration im Sinne der Mindestmengenlogik zu einer Qualitätssteigerung führt. Wir haben darum die Leistungsbereiche der minimalinvasiven Aortenklappeninterventionen (insbesondere TAVI), der anatomischen Lungenresektion und der Hüft-TEP für den Zeitraum der letzten Jahre analysiert, um festzustellen, ob man überhaupt eine zunehmende Leistungskonzentration erkennen kann bzw. inwiefern es hier regionale Unterschiede gibt.

Kann man bzw. gibt es die?

Es kommt darauf an, wo man hinschaut. Bei TAVI und der anatomischen Lungenresektion kam es in Deutschland regional mehrheitlich zu einer Dekonzentration. Ein typisches Beispiel, das wir bei der anatomischen Lungenresektion gesehen haben, war ein regionales Krankenhaus-Cluster – so haben wir Krankenhäuser bezeichnet, die in einer räumlichen Nähe agieren und sich somit als potenzielle Wettbewerber betrachten können –, bei dem es zu Beginn des Beobachtungszeitraums einen klaren Marktführer gab, der den größten Anteil der Behandlungsfälle auf sich vereinigen konnte.

Nun würde man erwarten, dass der Status quo erhalten wird oder die Konzentration weiter zunimmt.

Genau das Gegenteil ist eingetreten: Der Marktführer hat hier massiv Anteile verloren, weil in dem Cluster zusätzlich Klinikstandorte begonnen haben, ebenfalls diese Leistung zu erbringen. Dass dies auch bei den TAVI häufiger vorkam, kann teilweise damit erklärt werden, dass es sich dabei um ein relativ neues Leistungsangebot handelt, das sich mit der Zeit an mehr Standorten etablierte.

Das ist genau das, was unter vielem anderen auch NRW-Gesundheitsminister Laumann (siehe Interview in MVF 01/22) kritisiert: Jedes Krankenhaus versucht, alles – und zwar meist das lukrativste – zu machen, um seine wirtschaftliche Existenz zu sichern.

Man kann in Teilbereichen selbst bei komplizierteren Leistungen zeigen, dass ein beachtlicher Teil von Fällen an Standorten behandelt wurde, welche die Mindestmengen nicht erreichten. Das ist natürlich unter qualitativen Gesichtspunkten sehr kritisch zu sehen.

Welche Kräfte sind da am Werk?

Die Erklärung liegt auf der Hand. Viele Krankenhäuser stehen unter hohem finanziellem Druck, sodass viele von ihnen alles versuchen müssen, um wirtschaftlich zu überleben.

Weil es hierzulande einfach zu viele gibt.

Man kann lange darüber streiten, in welchem Ausmaß der deutsche Krankenhaussektor Überkapazitäten hat. Auf jeden Fall leisten wir uns im internationalen Vergleich große Kapazitäten bei knapper Finanzierung, weil das unter Effizienzgesichtspunkten konstruierte DRG-System einen starken Effizienzdruck ausübt. Dazu kommt eine seit vielen Jahren zu beobachtende Unterdeckung bei den Investitionsmitteln der Länder. All das führt zu einem intensiven, manche sagen auch ruinösen Wettbewerb, der viele Krankenhausstandorte dazu zwingt, ihre wirtschaftliche Existenz über Wachstum – woher auch immer – zu sichern.

Auch wenn die Sinnhaftigkeit dieses Handelns aus der Sichtweise der Qualität infrage gestellt werden sollte.

Hierfür liefert sogar die Studie des Bundeskartellamtes zumindest einen indirekten Beleg. Hier wurden unter anderem Krankenhausmanager befragt, wie sie auf Konkurrenz reagieren. Natürlich hebt das Kartellamt an der Stelle hervor, dass sie mit mehr Qualität reagieren. Wenn man sich die Ergebnisse anschaut, sieht man jedoch, dass die genannten Maßnahmen, mit denen Krankenhäuser auf Konkurrenz reagieren, in erster Linie die Ausweitung des Leistungsangebots betreffen. Doch bedeutet ein Mehr an Leistungen nicht gleichzeitig eine bessere Qualität – eher im Gegenteil.

Dafür gibt es die Mindestmengen.

Auch Richtlinien des G-BA mit Mindestanforderungen an die Strukturqualität können dem entgegenwirken. Wir haben in unserem Gutachten an einer Stelle zeigen können, dass die G-BA-Richtlinie bei TAVI-Leistungen tatsächlich etwas bewirkt hat. Zumindest gibt es eine starke zeitliche Koinzidenz: Als diese Richtlinie in Kraft trat, ist die Anzahl der Standorte, die diese Leistung angeboten haben, zurückgegangen.

Reichen Mindestmengenregelungen und Richtlinien mit Strukturvorgaben aus?

Leider nicht. Qualität kann man nicht komplett über einzelleistungsbezogene Regulierungen steuern. Wenn man das versuchen würde, käme man in ein stark reguliertes und sehr bürokratisiertes System, das letztlich die intrinsischen Anreize für Qualität, die es im System gibt, nicht nutzt oder gar behindert. Auch hier kann Wettbewerb, da gebe ich dem Kartellamt durchaus recht, in Form von Wahlmöglichkeiten auf der Grundlage von Qualitätstransparenz ein wichtiger Faktor sein. Allerdings sollte die Qualitätskomponente bei der Beurteilung von Konzentrationsprozessen aus kartellrechtlicher Sicht noch viel stärker in den Blick genommen werden. Hierbei ist es jedoch erforderlich, die Entwicklungen einzelner Leistungsbereiche zu analysieren.

Bei der Beurteilung von Fusionen wird jedoch immer ein Ganz-Hausansatz mit seinem kompletten Leistungsbündel betrachtet.

Das ist sicherlich im Hinblick auf allgemeine Strukturmerkmale oder übergeordnete Bereiche wie etwa das Hygienemanagement, aber auch Servicekomponenten sinnvoll. Doch wenn es um medizinische Qualität geht, muss man sich auf einzelne Leistungsbereiche fokussieren.

Wenn nur die Datenlage transparenter wäre. Es werden in lediglich drei Bundesländern die Gesundheitsbäume der AOK veröffentlicht, die eine Wahl eines Krankenhauses durch den Patienten etwas evidenter macht.

Solche Bewertungsschemata bieten auf der einen Seite für Patienten eine relativ klar verständliche Orientierung zur Behandlungsqualität, sind aber leider nur für eine begrenzte Zahl von Eingriffen verfügbar. Grundsätzlich bieten die Krankenhausnavigator und -portale mittlerweile gute Übersichten darüber, wie hoch beispielsweise die Fallzahl oder die Patientenzufriedenheit einer Klinik ausfallen. Damit ist schon ein ganz guter Grundstock für eine aufgeklärte Patientenentscheidung gelegt. Dass man immer mehr und das Ganze auch besser machen kann, ist ebenso klar. Darum gibt es den Auftrag der Politik an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, kurz IQTIG, aus den Daten der Qualitätsberichte vergleichende, allgemein verständliche Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung zu erstellen und im Internet zu veröffentlichen.

Und nun kommt aktuell die Pflege dazu.

Ein weiterer wichtiger Indikator wird es sein, Indikatoren für die Pflegesituation zu entwickeln. Bereits jetzt sind die Krankenhäuser dazu verpflichtet, ihre jeweiligen Pflegepersonalquotienten zu veröf-

fentlichen. Leider kann man mit dieser Information im Moment noch relativ wenig anfangen, doch wird sicher weiter daran gearbeitet. Gleiches gilt auch für die Patient Related Outcome oder Patient Reported Experience Measures, also faktenorientierte Befragungsansätze, welche das IQTIG verstärkt bei der Entwicklung von Patientenbefragungen als Teil der Qualitätssicherung nutzen wird.

In den Vereinigten Staaten ging das relativ zackig.

Die staatliche Krankenversicherung in den USA, das heißt die Centers for Medicare & Medicaid Services, haben vor kurzem die erste nationale, standardisierte und öffentlich berichtete Erhebung unter Patienten über deren Krankenhauserfahrung eingeführt. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, sich daran zu beteiligen, ansonsten wird ihre Vergütung gekürzt. Der Ansatz wäre absolut auf unser System übertragbar, wenn man denn wollte. Das wäre sicherlich ein Ansatz im Sinne des Bundeskartellamtes, weil man damit einen Qualitätswettbewerb, der von patientenseitigen Wahlentscheidungen ausgeht, stärken kann.

Wo kritisieren Sie das Bundeskartellamt?

Die Sektoruntersuchung vermittelt den Eindruck, dass möglichst viele Krankenhäuser und Träger vielfalt per se Wettbewerb und damit Qualität sichern. Eine solche Sichtweise greift aber zu kurz und wäre schlichtweg falsch. Das Kartellrecht sollte daher sinnvolle Konzentrationsprozesse im Sinne

der Qualität zulassen. Dazu müsste man allerdings die bisherige kartellrechtliche Bewertung erweitern, indem immer auch spezifische Leistungsmärkte betrachtet werden, um so Qualitätseffekte zeigen und berücksichtigen zu können. Wenn man dann nach einer gewissen Zeit evaluieren kann, dass in wirklich kritischen Leistungsbereichen Qualitätseffekte feststellbar sind, könnte man auch Kooperationen, Verbünde und Fusionsvorhaben kartellrechtlich weniger kritisch bewerten als es bislang der Fall ist.

Wer kann die Entwicklung vorantreiben?

Der Gesetzgeber und die Selbstverwaltung bzw. der G-BA mit Qualitätsvorgaben auf Bundesebene, das Bundeskartellamt mit einer qualitätsförderlichen Kartellrechtsanwendung und last but not least die Bundesländer mit einer neuen Art der Krankenhausplanung, die auch Qualitätsaspekte berücksichtigen muss.

Wie es derzeit Nordrhein-Westfalen versucht.

Alle Länder müssen hier viel aktiver werden. Zumindest in Nordrhein-Westfalen wird jetzt versucht, aus den Planungsroutinen der letzten Jahre auszubrechen. Man kann nur hoffen, dass das erfolgreich sein wird.

Jeder Krankenhauschef ist doch zuallererst dem eigenen Erfolg verpflichtet, soll aber in einem sehr engen kommunalen Raum mit seinem Mitbewerber und danach mit den Landes-Kassenverbänden verhandeln, wer künftig welche Leistungsbereiche abrechnen darf. Ist das nicht eine gut gemeinte Utopie?

Da ist sicher ein Schuss Utopie dabei, doch auch eine gehörige Portion Realismus: Die Lage wird mit der derzeitigen Art der Planung

„Die Sektoruntersuchung des Bundeskartellamts vermittelt den Eindruck, dass möglichst viele Krankenhäuser und Trägervielfalt per se Wettbewerb und damit Qualität sichern. Eine solche Sichtweise greift aber zu kurz und wäre schlichtweg falsch.“

Zitationshinweis

Albrecht, M., Stegmaier, P.: „Bei Dekonzentration kommen Mindestmengen unter Druck“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (02/22), S. 6-10. <http://doi.org/10.24945/MVF.02.22.1866-0533.2382>. Albrechts ORCID: 0000-0002-9919-7346

für kein Krankenhaus, ob es nun in NRW oder in einem anderen Bundesland steht, komfortabler. Der Druck wird immer weiter steigen und keiner weiß, wie es weitergeht, wenn die Insolvenzgefahr für immer mehr Krankenhäuser zunimmt.

Viele Krankenhäuser stehen schon seit Jahren mit dem Rücken zur Wand, was die Finanzierungslage angeht.

Dazu kommt ein sich stetig verschärfendes Problem, Fachkräfte in ausreichender Zahl an sich zu binden. Viele Krankenhausmanager, die vorausschauend planen, sehen, dass es so wie bisher nicht weitergehen kann. Die Strategie einer konsequenten Leistungsausweitung funktioniert immer weniger, weil weder Personal noch Ausstattung in ausreichender Menge verfügbar oder finanzierbar sind. Das ist der Punkt, an dem sich Chancen für Win-win-Situationen realisieren lassen.

Dennoch werden einige Häuser auf Umsatzbereiche verzichten müssen.

Auf das wird es hinauslaufen. Das wird ein ganz schwieriger Prozess, der noch dazu in einem komplexen Zusammenspiel zwischen regionalen Verhandlungspartnern und dem Land vonstatten gehen soll. Doch wird es auf Dauer nur so funktionieren, denn der Druck auf die Finanzierung in der GKV wird durch die aktuellen Entwicklungen – ob nun durch Corona oder Ukraine-Krieg – immer stärker. Solche Krisensituationen eröffnen aber auch die Chance etwas zu bewegen. Damit ist die Zeit gekommen, in der sich die Utopie der Realität annähert.

Um Qualität zu erhöhen, könnte man qualitätsabhängige Vergütungsformen einsetzen.

Das ist ein dickes Brett. Im Sinne einer Qualitätsorientierung ist die valuebasierte Vergütung sicherlich ein lohnender Ansatz. Wenn man jedoch – was dazu nötig ist – den Anspruch hat, auf Basis von Outcomes zu honorieren, wird es echt kompliziert, belastbare Indikatoren zu finden und zuverlässig zu messen, ob diese erreicht werden. Der G-BA und das IQTIG haben den Versuch aufgegeben, qualitätsorientierte Zu- und Abschläge einzuführen, weil man in den Vorarbeiten gesehen hat, dass man damit auf keinen grünen Zweig kommt. Ich halte darum mehr davon, wenn man sich an der Strukturqualität orientiert. Die ist einfacher zu handhaben und durchweg ein wichtiger Einflussfaktor – man kommt jedoch methodisch nicht so in Schwierigkeiten wie bei Outcomes.

Was könnte einen Qualitätsschub bei Krankenhäusern erzeugen?

Wir brauchen bessere Krankenhausstrukturen, die einen Qualitätswettbewerb zulassen. Hier muss man ganz offen über die Kapazitätsfrage sprechen, weil wir hierzulande gemessen am Bedarf und den



Dr. Martin Albrecht

leitet am IGES Institut als Geschäftsführer den Bereich Gesundheitspolitik. Thematische Schwerpunkte seiner Arbeit sind Finanzierung, Wettbewerb und Effizienz im Gesundheitssystem. Nach wirtschaftswissenschaftlichem Studium war er u.a. für den wissenschaftlichen Stab des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, die Geschäftsstelle der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme („Rürup-Kommission“) und die Deutsche Bundesbank tätig.

Ansprüchen, die wir an Qualität haben, eine insgesamt überdehnte Krankenhausstruktur vorhalten. Es gibt gemessen an der dünnen Personal- und auch Finanzdecke zu viele Standorte. Mit einer aktiveren Krankenhausplanung und einer entsprechenden landesseitigen Finanzierung könnte es jedoch funktionieren, dass wir vom Mengen- zu einem Qualitätswettbewerb kommen.

Es wird darauf ankommen, wie weit wir die sprichwörtliche Decke wieder zusammenschieben müssen, die Bertelsmann-Stiftung sagt um 40 Prozent. Ist das realistisch?

Ein Kapazitätsabbau in der stationären Versorgung sollte nicht per se das Ziel sein. Wenn es weniger Standorte geben soll, dann mit dem Ziel, dass die knappen Ressourcen, insbesondere die personellen, ausreichen, um alle Standorte für eine qualitativ hochwertige Versorgung auszustatten. Diese Fragen muss sich jedes Bundesland stellen, indem es zuerst die Struktur des Krankensektors betrachtet, dann aber auch die des ambulanten.

Das hat noch nicht einmal NRW mit seinem neuen Krankenhausplan versucht.

Im Moment sind die Planungsbehörden der Länder schon mit der Frage sichtlich ge- oder gar überfordert, einen Kompromiss zwischen Qualität und Erreichbarkeit zu finden. Hier kann und muss man sicherlich Kompromisse eingehen, aber nur dann, wenn man sie gut begründen kann. Und wenn es – im Falle der Schließung eines Krankenhausstandortes – keine gravierenden negativen Auswirkungen auf die Versorgung hat, wozu aber ein paar Minuten mehr Fahrzeit gewiss nicht zählen.

Könnte den Ländern mangelnder Willen unterstellt werden?

Damit würde man sich das Ganze zu einfach machen. Es heißt zwar, dass immer regional, gar lokal geplant werden muss, doch haben dabei die Länder rechtlich eine relativ schwache Position. Bisher konnte sich noch fast jedes Krankenhaus mit seinen Betten erfolgreich einklagen. Die bisherige Rechtsprechung geht jedoch davon aus, dass ab dem

Zeitpunkt, an dem ein Bett belegt ist, das als Zeichen eines vorhandenen Versorgungsbedarfs gewertet werden kann und damit anzuerkennen ist. Genau an der Stelle wäre ein höherer Gestaltungsfreiraum der Länder zu fordern. Weil dem aber noch nicht so ist und quasi jedes Bett vor Gericht landen kann, kann unter den engen gesetzlichen Rahmenbedingungen in vielen Fällen kaum aktive Planung stattfinden.

Herr Dr. Albrecht, danke für das Gespräch. <<

Das Gespräch führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

SPANNENDE FOKUSTAGE ZU INTERESSANTEN THEMEN

Digitale Medizin | 2. Mai 2022

- Nutzen, Grenzen, Chancen und Implementierung von digitalen Gesundheitsanwendungen
- Zwischenresümee zum DiGA Fast-Track
- Medizinprodukte, Apps & Co. und deren Machbarkeit im deutschen Gesundheitsmarkt
- Keine Digitalisierung ohne Transformation
- Erfahrungsberichte aus GKV und PKV

www.gesundheitsforen.net/digmed

Stationäre Gesundheitsversorgung – Wege aus der Krise | 20. Juni 2022

- Aktuelle wirtschaftliche Situation von Krankenhäusern
- Krisen- und Turnaroundmanagement im Krankenhaus
- Regulatorischen Rahmenbedingungen, Covid-Schutzschirm, Krankenhauszukunftsgesetz
- Sanierung und Restrukturierung von Krankenhäusern
- Personaleinsatz- und planung
- Sanierungsinstrumente und weitere Möglichkeiten
- Change-Management im Krankenhaus
- Zukunftsausblick

www.gesundheitsforen.net/krankenhaus

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

BMC gibt Impulse für ein „Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit“

Bessere Public Health gelingt nur gemeinsam

Die aktuelle Bundesregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag u. a. die Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) sowie die Gründung eines „Bundesinstituts für öffentliche Gesundheit“ angekündigt, das aber (noch) nicht näher ausgeführt. Aus diesem Grund hat sich der Bundesverband Managed Care e.V. (BMC) dieser Aufgabe angenommen und gemeinsam mit vielen Mitdenker:innen ein Papier mit dem Titel „Impulse für ein Bundesinstitut für Public Health“ veröffentlicht und in einem öffentlichen Webinar mit über 100 Teilnehmern diskutiert, wie ein solches Institut aufgestellt werden könnte.

>> „Die institutionelle Neuausrichtung ist der richtige Ansatz, um Public Health in Deutschland wiederzubeleben“ schreibt der BMC in seinem Papier und nennt auch den Grund für seine unumwundene Zustimmung: „Bisher leidet Public Health vor allem an fehlender Koordination der relevanten Akteure.“ Daher komme einem „schlagkräftigen“ Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit, das die zahlreichen Aktivitäten aufeinander abstimme, Institutionen einbinde und Forschung, Versorgung sowie Administration unter einem Dach vereine, eine Schlüssel-funktion zu.

Damit die Neuausrichtung erfolgreich sei, schreiben die Autoren in ihrem Papier weiter, komme es nun darauf an, jetzt das „richtige Fundament“ für das Bundesinstitut zu legen, in dem alle Kernbereiche von Public Health abgedeckt würden. Zudem müsse, um Redundanzen und Reibungsverluste zu verhindern, die Zusammenarbeit mit anderen relevanten Institutionen neu strukturiert werden. Denn: „Der Austausch aller Stakeholder ist zentral, um ein kohärentes Vorgehen zu ermöglichen. Die Verbesserung von Public Health gelingt nur gemeinsam.“ Dem ist aber nicht so, wie Mitautor Prof. Dr. Reinhard Busse, Professor für Management im Gesundheitswesen an der TU Berlin, im Webgespräch des BMC erklärte. Seitdem vor rund 25 Jahren Public Health im Westen Deutschlands wieder entdeckt worden sei, hätte es ein Nebeneinander zwischen der praktischen Orientierung und der wissenschaftlichen Beschäftigung mit diesem Wissenschaftsfeld gegeben, die bis heute fortbestehe. Zwar hätte es zwischenzeitlich Ansätze wie das „Zukunftsforum Public Health“ gegeben, das eine Brücke bauen sollte. Doch sei schon damals klar gewesen, dass Praxis und Wissenschaft eigentlich zusammengedacht werden müssten. Genau das könne nun gelingen.

Beim BMC-Webgespräch stellten zwei der dreizehn Autor:innen das Papier vor. „Ein Public Health Bundesinstitut kann nur erfolgreich sein, wenn es ein bestimmtes Aufgabenset abdeckt, vielfältige Kompetenzen ver-

eint, entsprechend vernetzt und unabhängig ist“, erläuterte Prof. Dr. Volker Amelung, Vorstandsvorsitzender des BMC und Professor für internationale Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover. „Die Politik muss jetzt die Weichen dafür stellen, dass kein weiteres Institut mit Behördencharakter entsteht, das in Krisensituationen nicht reagieren kann.“ Für die dringend notwendige Neuausrichtung von Public Health solle das „längst überfällige“ Institut als schlagkräftiger Think Tank konzipiert werden, der Forschung und Versorgung vernetzt, ein attraktiver Arbeitgeber ist und vor allem auch ein Anhörungsrecht in der Politik erhalte. Seine generelle Meinung dazu: „Das, was da im Koalitionspapier steht, ist großartig und eine einmalige Chance. Da muss man sich einfach einbringen und sich Gedanken dazu machen, wie ein solches Institut ausgestaltet werden kann.“

„Das bisherige unkoordinierte Sammeln und Veröffentlichen von Gesundheitsdaten lässt uns im Dunkeln. So kann keine evidenzbasierte Politik gemacht werden“, ergänzte Mitautor Busse. Er betonte, dass die Bundesregierung das Aufgabenspektrum des Bundesinstituts klar definieren müsse. Neben besserer Kommunikation, sei vor allem datenbasierter Erkenntnisgewinn entscheidend, so der Mediziner und Gesundheitsökonom. Sein Petition: „Wir brauchen ein Bundesinstitut als Forschungsdatenzentrum, das belastbare Analysen fährt und dafür sorgt, dass seine Erkenntnisse auch über das Gesundheitswesen hinaus, im Sinne von Health in all policies, getragen werden.“

Prof. Dr. Marie-Luise Dierks, die am Webgespräch nicht dabei sein konnte, wies in einem schriftlichen Statement darauf hin, dass ein Bundesinstitut vielfältige Kompetenzen von sozialmedizinischem Know-how über methodische Fähigkeiten zu Kommunikations-Skills benötige. Die Leiterin des Studiengangs Public Health an der Medizinischen Hochschule Hannover und Mitautorin des Papiers rät deshalb zu einer „hybriden Organisationsstruktur mit Ad-hoc Task-Forces oder

Mitdenker:innen

Prof. Dr. Volker Amelung, Bundesverband Managed Care e.V. & Medizinische Hochschule Hannover
 Prof. Dr. Reinhard Busse, Technische Universität Berlin
 Prof. Dr. Marie-Luise Dierks, Medizinische Hochschule Hannover
 Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
 Malte Behmer, Bundesverband Managed Care e.V.
 Dr. Anne Sophie Geier, Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e.V.
 Dr. Bernhard Gibis, Kassenärztliche Bundesvereinigung
 Dr. Bernadette Klapper, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – Bundesverband e.V.
 Matthias Mohrmann, AOK Rheinland/Hamburg
 Johanna Nüsken, Bundesverband Managed Care e.V.
 Prof. Dr. Alexandra Philipsen, Universitätsklinikum Bonn
 Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz
 Prof. Dr. Ulla Walter, Medizinische Hochschule Hannover

Gaststellen, die eine temporäre Tätigkeit für das Bundesinstitut“ ermöglichen. Um wirklich exzellente Wissenschaftler:innen und Expert:innen aus allen Bereichen für das Bundesinstitut zu gewinnen, dürften zudem keine starren Strukturen geschaffen werden.

Die Frage, so Amelung im Webgespräch, wird sein, wie man sicherstellen könne, dass ein solches Institut kein „zahnloser Tiger“ oder eine „Unterabteilung irgendeines Ministeriums“ werde. Dennoch müsse es „extrem politikrelevant“ aufgestellt sein, unmittelbar Einfluss auf die Politik haben und obwohl „dicht an ihr dran“ so strukturiert sein, dass es weder weisungsgebunden sei, noch abarbeiten müsse, was man ihm auferlegt.

Monika Schneider, Referentin Politik beim AOK Bundesverband, verwies in einer Wortmeldung als Teilnehmerin des Webgesprächs unter anderem darauf hin, dass bisher viele Themen aufgerufen und dazu viele Papiere erstellt worden seien, doch fehle es an der Priorisierung und vor allem der Umsetzung. Diese Punkte hätte der AOK BV schon in einem eigenen internen Papier erarbeitet, das sie gerne einbringen würde, was Amelung gern annahm. <<

Link zum BMC-Papier: <https://bit.ly/37tS46>

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Bessere Public Health gelingt nur gemeinsam“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (02/22), S. 12-13. <http://doi.org/10.24945/MVF.02.22.1866-0533.2383>

Mögliche Organisationsstruktur für ein „Bundesinstitut für Public Health“



Abb. 1: Mögliche Organisationsstruktur für ein „Bundesinstitut für Public Health“; aus: „Impulse für ein Bundesinstitut für Public Health – Was sind kritische Erfolgsfaktoren?“ Grafik: BMC-eigene Darstellung; Icons: Flaticon

Übersicht über Lösungsansätze für die Zukunft unseres Gesundheitssystems: Viele gute Papiere, wenig Umsetzung

Ideensammlung für eine bessere Versorgung

„Jenseits des Lagerdenkens“ titelte die Allianz kommunaler Krankenhäuser (AKG) ihre im September letzten Jahres gemeinsam mit dem AOK Bundesverband vorgelegten „Reformansätze für eine zukunftsfähige und qualitätsorientierte Krankenhauslandschaft“. „Gesundheit neu denken“ forderte das „Zielbild 2030“, das viele Stakeholder aus Sachsen Staatsministerin Petra Köpping (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt) Anfang Februar dieses Jahres vorlegten. Ebenso gab und gibt es derzeit so viele Reformvorschläge wie nie zuvor – wie etwa von der Barmer („Für eine Weiterentwicklung der stationären Versorgungsstrukturen und der Krankenhausfinanzierung“), Positionspapiere wie etwa vom GKV Spitzenverband zur („Krankenhausversorgung nach der Corona-Pandemie 2020“), Gutachten zur „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ (Health Care Business GmbH) und zur „Krankenhauslandschaft NRW“ (Lohfert & Lohfert), Thesenpapiere wie das vom BKK Dachverband, vdek und VUD für „eine zielgerichtete Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung“, Forderungskataloge wie „Strategiewechsel jetzt!“ der beiden Autoren Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer und Dr. Dr. Klaus Piwernetz oder Einzelstellungen wie etwa „Gute Gesundheitsversorgung und Pflege langfristig sichern“ von G-BA-Chef Prof. Josef Hecken. Sie alle haben eines gemein: Sie erkennen, dass die „Notwendigkeit, Veränderungen anzugehen“ (Hecken) alternativlos ist und es spätestens jetzt an der Zeit ist, unser „Gesundheitssystem neu zu denken“ (Neugebauer/Piwernetz).

>> Das Problem dabei ist: So vielfältig die sich zur Wort meldenden Provenienzen der Akteure, so unterschiedlich ihre Sichtweisen und demnach auch die vorgeschlagenen Ansätze und Lösungsansätze. „Monitor Versorgungsforschung“ versucht, möglichst objektiv einen Überblick zu schaffen.

„Versorgungsstrukturen optimieren und Fehlanreize für medizinisch nicht notwendige Leistungserbringungen beseitigen, um eine gute Gesundheitsversorgung und Pflege auch in Zukunft zu gewährleisten.“ Diese beiden Forderungen – so kurz sie gefasst sind, so weitreichend und komplex sind sie – stellt Hecken nach einer kurzen Abhandlung anstehender Herausforderungen (Demografie, Multimorbidität, medizinisch-technischer Fortschritt) seinem Papier voraus, das in der Aufforderung gipfelt: „Um unnötige Doppelstrukturen zu vermeiden, ist eine koordinierte Planung und Gestaltung aller Versorgungsangebote zwingend geboten. Deshalb müssen Krankenhausplanung und ambulante Bedarfsplanung auch bei absehbar fortbestehenden unterschiedlichen Zuständigkeiten für die Krankenhaus- und die ambulante vertragsärztliche Versorgung gemeinsam betrachtet und abgestimmt gestaltet werden.“

Damit hat er schon den Casus knacksus getroffen, bei dem NRW-Minister Karl-Josef Laumann im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“ dankend abwinkte, in dem er zur Frage der allenthalben fehlenden sektorenübergreifenden Versorgung und gemeinsamen ambulant-stationären Planung zu Protokoll gab: „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.“

Hecken sorgt sich derweil, wie die regionale Versorgungssicherheit flächendeckend zu gewährleisten ist. Dazu muss man seiner Ansicht nach zuerst Versorgungsbedarfe sektorenübergreifend sachgerecht ermitteln und abbilden, dann die Versorgungsqualität und Patientenorientierung weiter steigern und gleichzeitig die Finanzierbarkeit sichern. „Besondere Herausforderungen bestehen dabei im Bereich der stationären Versorgung, der vertragsärztlichen allgemeinen medizinischen Grundversorgung in ländlichen Räumen und bei der weiteren Erschließung und Nutzung von sektorenübergreifenden Ambulantisierungspotenzialen sowie der weiteren Digitalisierung“, sagt Hecken. Er schlägt darum ein „Stufenmodell für die Krankenhausplanung statt planloser Strukturveränderungen“ vor, die seiner Ansicht nach „zukünftig zwingend am jeweiligen regionalen Versorgungsbedarf orientiert und mit der Krankenhausplanung abgestimmt“ erfolgen.

Das Problem kennt Hecken seit Jahr und Tag seiner politischen Karriere, angefangen als Gesundheitsminister des Saarlands, als Präsident des Bundesversicherungsamts



Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA.

(heute BSS) und seit nunmehr zehn Jahren als oberster unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA): Die bisherige Art Krankenhausplanung der Bundesländer, die sich in vielen Fällen ungeeignet erwiesen habe, darauf zu reagieren, „notwendige Strukturen planvoll zu verändern und so auch für die Zukunft eine qualitätsgesicherte, ausdifferenzierte und den regionalen Versorgungsnotwendigkeiten Rechnung tragende Struktur“ zu gewährleisten. In der Regel würden nur bestehende Strukturen fortgeschrieben, die häufig nicht zukunftsfest seien und zudem Über-, Unter- oder Fehlversorgung zur Folge hätten. Zwingend notwendig ist seiner Ansicht nach deshalb, dass die Krankenhausplanung durch ein Stufenmodell reformiert wird, wobei einerseits drei klar abgegrenzte Versorgungsstufen mit jeweils unterschied-

lichen Personal- und Strukturanforderungen ganz konkret definierten Leistungsaufträgen zugeordnet werden, aber andererseits die Häuser der einzelnen Versorgungsstufen regional abgestimmt eng zusammenarbeiten müssen. Um dahin zu kommen, schlägt Hecken in seinem Thesenpapier (1) wiederum ein Stufenmodell, jedoch unter Wahrung der föderal unterschiedlichen Zuständigkeiten vor, das Basis für eine veränderte künftige Aufgabenteilung sein sollte: Bundeseinheitlich vom G-BA zu definieren sind laut Heckens Vorschlag die Anforderungen an die einzelnen Versorgungsstufen sowie eine verbindliche Zuordnung von Leistungskomplexen zu den unterschiedlichen Versorgungsstufen. Auf Grundlage der „regional- und sektorenübergreifend zu ermittelnden Versorgungsbedarfe und der Vorgaben des Bundes“ sollten dann die Länder Versorgungsregionen mit den nötigen Krankenhausstandorten festlegen.

Was nichts anderes als das Ende der Krankenhausplanung in Deutschland ist, wie wir sie seit den frühen 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts kennen und die bisher nie verändert worden ist. Mit dem hier verwandten Modell, das auf der in den 60er Jahren in den USA entwickelten Hill-Burton-Formel basiert, wird seitdem in allen deutschen Bundesländern die Krankenhaus- oder besser: Krankenhausbedarfsplanung entwickelt. Dabei wird im Prinzip lediglich die bestehende regionale Betten- und Leistungskapazität fortgeschrieben, wobei allerdings einige Determinanten wie Einwohnerzahl, Bevölkerungsentwicklung, Verweildauer, Krankenhaushäufigkeit und Betten-Auslastungsgrad einfließen, um so die stationäre Gesundheitsversorgung zu sichern. Was mal gelingt, mal eben nicht, weil die Bettenauslastung der Krankenhäuser im langjährigen Mittel lediglich zwischen 77 und 78% (1) liegt, woran aber auch Corona fast nichts geändert hat (2). Doch hat die Art der Planung qua Fortschreibung des Bestehenden im Laufe der Dekaden hierzulande zu einem enormen Bettenaufwuchs geführt. So werden in Deutschland pro Jahr rund 20 Millionen Krankenhausfälle vollstationär betreut, die zum Teil zu einem erklecklichen Prozentsatz auch ambulant versorgt hätten werden können, für die die GKV den Krankenhäusern aber knapp 82 Milliarden Euro (2019) pro Jahr überweist (1).

Das ist inzwischen auch bei der Politik angekommen. So steht im aktuellen Koalitionsvertrag (3) von SPD, den GRÜNEN und der FDP, dass „die Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen“ zu fördern ist, wofür zügig „für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogee-

nannte Hybrid-DRG“ umgesetzt werden sollte. Auch soll durch den Ausbau multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren eine „wohnortnahe, bedarfsgerechte, ambulante und kurzstationäre Versorgung“ sichergestellt und diese durch spezifische Vergütungsstrukturen gefördert werden. Zudem soll nach Aussage des Koalitionsvertrags die Attraktivität von bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen (Gesundheitsregionen) sowie der gesetzliche Spielraum für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ausgeweitet werden, um innovative Versorgungsformen zu stärken. In besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen sollen niedrigschwellige Beratungsangebote (z.B. Gesundheitskioske) für Behandlung und Prävention eingerichtet, und im ländlichen Raum Angebote durch Gemeindefachstellen und Gesundheitslotsen ausgebaut werden. Und vor allem steht da: „Die ambulante Bedarfs- und stationäre Krankenhausplanung entwickeln wir gemeinsam mit den Ländern zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung weiter.“

Für die bisher angesprochenen Themenkreise (und noch viel mehr) liegen seit vielen Jahren ebenso zahl- wie sinnreiche Vorschläge des Sachverständigenrats Gesundheit und vieler Akteure vor. Diese haben jedoch vor allem seit Mitte letzten Jahres dramatisch zugenommen, weil anscheinend der aktuellen Regierungskoalition ein veritabler Gestaltungswille zugeschrieben wird. Hier ein (sicher unvollständig bleibender) Überblick über Strategien, Gutachten, Studien, Modelle, Thesen, Aufrufe und Forderungspapiere.

Berliner Aufruf für mehr Patientennutzen im Gesundheitswesen

Die Braun-Stiftung und die OptiMedis AG initiierten anlässlich ihrer Veranstaltung „Das Ergebnis zählt“ im Oktober 2021 im Berliner Langenbeck-Virchow-Haus den sogenannten „Berliner Aufruf“

(4), wobei sie sich wohl am Juni 1945 erschienen „Berliner Gründungsaufwurf“ (zur Bildung einer überkonfessionellen großen Partei, nämlich der CDU) orientierten. Mit ihrem Aufruf wenden sich die Initiatoren und ihre aktuell 85 Mitunterzeichner (5) an die Politik. Sie fordern die Gesundheitspolitik auf,



die Messung und Bewertung von Leistungen hinsichtlich ihres Nutzens für die Bevölkerung auszurichten. Was zählt sei das Ergebnis der Interventionen, also der Nutzen für den Patienten. Da für die meisten – insbesondere chronischen und komplexen – Erkrankungen mehrere Sektoren der Versorgung und die verschiedenen Gesundheits- und Sozialberufe zusammenwirken müssen, wird sich laut Meinung der Autoren „die Bewertung des Nutzens vor allem auf ganze regionale Bevölkerungsgruppen bzw. im Fall der Krankenkassen auf deren Versicherte“ beziehen müssen. Nur so könne sichergestellt werden, dass die knappen Ressourcen effizient eingesetzt werden und die verschiedenen Akteure im Gesundheitssystem „Anreize erhalten, noch stärker für den Patientennutzen zusammenzuarbeiten“.

GKV-Positionen zur Krankenhausversorgung aus den Erfahrungen der Corona-Pandemie 2020

Ebenso aus dem Dezember des Jahres 2020 stammt ein Positionspapier (6) zur Krankenhausversorgung, mit dem der GKV-Spitzenverband in zwölf Positionen konstruktive Vorschläge für eine umfassende Neuordnung der Krankenhauslandschaft formuliert hat. Um die Versorgungsqualität von Patient:innen weiter zu verbessern, bedarf es nach Aussage des Spitzenverbands einerseits der Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems, andererseits einer bundesweit einheitlichen Struktur der Krankenhauslandschaft. So könnten einerseits Schwerpunktzentren/Spezialkliniken aufgebaut werden, die das Leistungsgeschehen konzentrieren und für mehr Patientensicherheit sorgen, und zum anderen müssen bedarfsnotwendige Kliniken, insbesondere im ländlichen Raum, langfristig und gezielt die Versorgung sicherstellen. Hierfür stünden verschiedene Förderinstrumente, u. a. Sicherstellungszuschläge und eine Pauschalförderung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser, zur Verfügung.

Die zwölf Punkte des Positionspapiers umfassen zahlreiche Bereiche, deren Reformbedarf in den letzten Jahren zugenommen hat, und die richtungsweisend sind, um die Krankenhauslandschaft zukunftsweisend zu gestalten. Hierzu gehören u. a. eine umfassende Digitalisierung, eine gesicherte stationäre



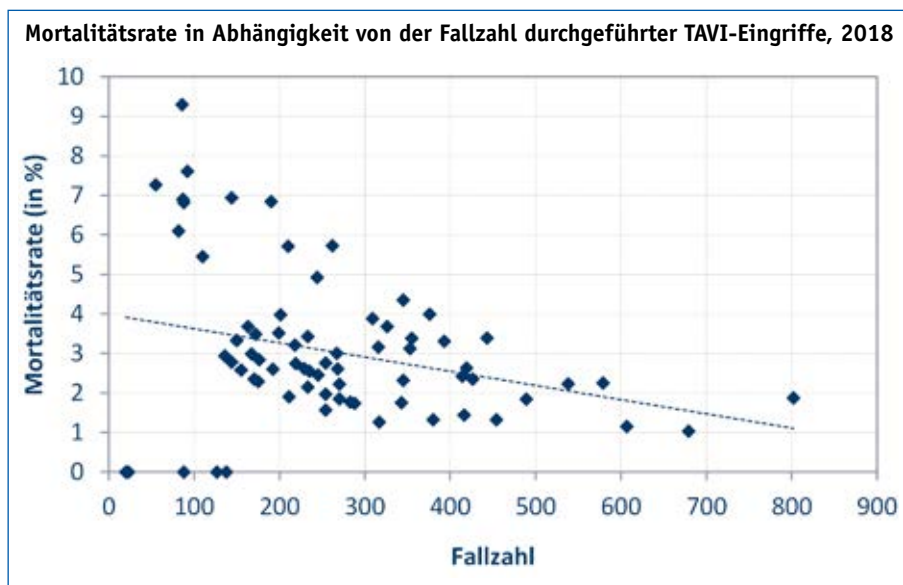


Abb. 1: Mortalitätsrate in Abhängigkeit von der Fallzahl durchgeführter TAVI-Eingriffe, 2018. Quelle: IGES auf Basis von Daten der Qualitätsberichte der Krankenhäuser (2018), aus: IGES-Studie „Qualitätsverbesserung durch Leistungskonzentration in der stationären Versorgung – Bestandsaufnahme, Erfolgsfaktoren und Hemmnisse“ (8).

Versorgung im ländlichen Bereich, die Weiterentwicklung eines leistungsorientierten Vergütungssystems, korrekte Abrechnung, eine verbesserte Pflegesituation, Mindestanforderungen der Qualitätssicherung sowie eine umfassend reformierte Notfallversorgung.

Jenseits des Lagerdenkens



„Reformansätze für eine zukunftsfähige und qualitätsorientierte Krankenhauslandschaft“ (7) präsentierten im September 2021 der AOK-Bundesverband und die Allianz Kommunalen Großkrankenhäuser (AKG) auf Basis der

Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie erste Vorschläge – und zwar gemeinsam, was für zwei Parteien mit eigentlich konträren Sichtweisen durchaus beachtenswert ist. Darum überschreiben sie ihren Vorschlagskatalog auch mit dem Begriff „Jenseits des Lagerdenkens“, da ihr gemeinsames Ziel darin besteht, mit diesem Papier „eine zukunftsfähige Krankenhausstruktur zu skizzieren, welche für zukünftige Krisen besser gerüstet ist“ (4). Ihrer Meinung nach könne eine echte Reformagenda, wie auch die Pandemiebewältigung, nur durch ein übergreifendes Bewusstsein und das Zusammenwirken aller Akteure realisiert werden. Dabei beschränken sich AOK und AKG

auf nur fünf Punkte, die es aber in sich haben. Diese reichen von „unzureichender Finanzierung von Krankenhausinvestitionen durch die Länder“, über eine „gezielte Förderung und Finanzierung von Strukturen für spezialisierte und hochkomplexe Behandlungen“ und der „Bündelung von Leistungen“ bis zur „Umwandlung geeigneter Standorte in bedarfsgerechte Versorgungseinrichtungen mit Übernachtungsmöglichkeit“. Ergänzt durch die auf die künftige Pandemiebewältigung gerichtete Forderung für eine „dauerhafte Finanzierung einer Bevorratung oder Vorhaltung von Beatmungsgeräten, Schutzkleidung und Arzneimitteln“.

Qualitätsverbesserung durch Leistungskonzentration in der stationären Versorgung

„Mehr Leistungskonzentration gilt als entscheidender Hebel für mehr Qualität in der stationären Versorgung. Daran mangelt es aber bei komplexen Leistungen“, steht im Gutachten „Qualitätsverbesserung durch Leistungskonzentration in der stationären Versorgung“ (8), welches das IGES Institut im April 2021 für den Verband der Ersatzkassen (vdek) zu den Möglichkeiten weiterer Qualitätsverbesserungen im Krankenhaus-Sektor erstellt hat.



Um mögliche Qualitätsverbesserungen durch Leistungskonzentration besser zu nutzen, sollten nach Aussage des Gutachtens weitere bundeseinheitliche Qualitätsvorgaben entwickelt und im Rahmen der Krankenhausplanung umgesetzt werden. Außerdem sollten Qualitätsaspekte stärker in die kartellrechtliche Bewertung von Klinikfusionen und -kooperationen einfließen. Um ihre Aussagen zu untermauern, wurden exemplarisch für drei planbare und komplexe medizinische Eingriffe analysiert, wie sich die Behandlungsfälle auf die Klinikstandorte verteilen und wie sich dies zwischen den Jahren 2010 und 2018 verändert hat. Für alle drei Leistungen gibt es laut IGES einen wissenschaftlich belegten Zusammenhang zwischen der Zahl der Fälle in einer Klinik einerseits und der Behandlungsqualität andererseits. Mindestmengen seien für diese Leistungen aber bislang noch nicht eingeführt worden, würden aber teilweise derzeit beraten.

Gesundheitszentren für Deutschland

Das IGES wäre nicht das IGES, wenn es intellektuell und wissenschaftlich nicht in der Lage wäre, mehrere Sichtweisen einzunehmen. Die im Auftrag der Robert Bosch Stiftung vom IGES Institut erstellte Studie „Gesundheitszentren für Deutschland“ (9) modelliert den zu erwartenden Hausarzt:innenmangel in Deutschland im Jahr 2035 und beschreibt, wie eine Neuausrichtung der Primärversorgung auf kommunal eingebundene Gesundheitszentren eine Perspektive für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung sein kann – auch angesichts demografischer Herausforderung und der Zunahme chronischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Diese absichtlich begrenzte Sichtweise auf einen Sektor macht Sinn, da die Hausarztpraxis das Rückgrat der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland bildet. Darum wird in der vorliegenden Studie erstmals die weitere Entwicklung der Anzahl an Hausarzt:innen auf Kreisebene modelliert. Die Prognose: Im Jahr 2035 werden vier von zehn Landkreisen unterversorgt oder massiv von Unterversorgung bedroht sein – allen bisherigen Maßnahmen zum Trotz. Ein Grund mehr in eine sektorenübergreifende Planung



Vorschlag zu infrastrukturellen Voraussetzungen je Schweregrad




	Basis	erhöht	sehr erhöht
 Untersuchung	Untersuchungsraum Gerät Endoskopie PC zur Dokumentation Sonografie Gerät	Zusätzlich: Röntgen und/ oder Durchleuchtung (auch in Kooperation möglich) Überwachungsmonitor	Zusätzlich: Röntgen und/ oder Durchleuchtung (auch in Kooperation möglich) Überwachungsmonitor
 Nachbeobachtung	Überwachungsbett	Überwachungsbett inkl. Überwachungsmonitor	Überwachungsbett inkl. Überwachungsmonitor
 Notfallversorgung "Versicherungsleistung"	Notfallwagen/-koffer	Zusätzlich: Sonografie Gerät Röntgen und/ oder Durchleuchtung (auch in Kooperation möglich) räumliche Kapazitäten Notfall-Endoskopie	Zusätzlich: CT/ggf. MRT (auch in Kooperation möglich) Überwachung 24h verfügbar Intensivstation OP-Bereitschaft innerhalb von 30 Minuten erreichbar

Abb. 2: Vorschlag zu infrastrukturellen Voraussetzungen je Schweregrad, aus: „Vergütungssystematik von ambulant zu erbringenden stationären gastroenterologischen Krankenhausleistungen“, hcb, Dezember 2021 (13).

einsteigen. Wobei allerdings Ziel der Studie ist, Evidenz für den „Vorschlag einer Verankerung der multiprofessionellen Primärversorgung als eigenständiger Versorgungsbereich“ zu schaffen. Dazu sollte nach Ansicht der Autoren in Deutschland die Primärversorgung als „eine eigenständige kooperative und multiprofessionelle Versorgungsform“ im SGB V sowie in den nachgeordneten Vertragswerken formal verankert werden. Die spezifischen Leistungen dieser Versorgungsform sollen durch lokale Versorgungseinrichtungen (Primärversorgungszentren) erbracht werden, an denen jeweils mehrere unterschiedliche Leistungserbringer und Gesundheitsprofessionen beteiligt sein sollten.

Reformvorschläge für eine Weiterentwicklung der stationären Versorgungsstrukturen und der Krankenhausfinanzierung

Das bifg (Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung) preschte im Oktober 2021 mit einem ePaper (10) nach vorne, das einerseits eine „Reform der Versorgungsplanung und Qualitätsvorgaben“ sowie eine „Planung nach Versorgungsstufen“, aber auch „Perspektiven für eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung“ samt der stärkeren Berücksichtigung des Volume-Outcome-Zusammenhangs thematisierte – den nahm übrigens auch Prof. Dr. Reinhard Busse (TU Berlin) in seinem Keynote-Vortrag (11) auf der B. Braun/OptiMedis-Konferenz



in den Fokus (12). Für die Reform der Krankenhausfinanzierung regt die Barmer sowohl die „Weiterentwicklung des DRG-Systems“, als auch die Sicherstellung einer auskömmlichen Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer an.

Vergütungssystematik von ambulant zu erbringenden stationären gastroenterologischen Krankenhausleistungen

Am Beispiel gastroenterologischer Krankenhausleistungen zeigte das Institut for Healthcare Business (hcb) im Dezember 2021 auf, unter welchen Voraussetzungen eine effiziente sektorenübergreifende Versorgung in Deutschland gelingen kann. Das im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft leitender gastroenterologischer Krankenhausärzte (ALGK), dem Berufsverband Gastroenterologie Deutschland (BVGd) und dem Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands (bng) wird auch AOP-Gutachten (13) genannt.



Der Grund: Es versteht sich als Vorarbeit zur geplanten Überarbeitung und Erweiterung des Katalogs der stationärsersetzenden Maßnahmen (AOP), mit dem der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) das IGES Institut beauftragt haben und damit einer Aufforderung des Gesetzgebers nach § 115b SGB V folgen. Aufbauend auf der

Analyse des Status quo zu ambulanten Operationen und stationärsersetzenden Eingriffen in Deutschland, sollen vom IGES zum einen Empfehlungen zur Überarbeitung und Erweiterung des AOP-Katalogs erarbeitet, zum anderen Vorschläge zur Differenzierung der Fälle anhand ihres Schweregrads gemacht, um darauf aufbauend eine differenzierte Vergütung erarbeiten zu können. Die Veröffentlichung des Gutachtens ist für Anfang 2022 geplant.

Wie eine differenzierte Vergütung stationärsersetzender Leistungen aussehen könnte, zeigt das AOP-Gutachten anhand gastroenterologischer Leistungen, die in Zukunft ambulant erbracht werden könnten. Es hat aber den Anspruch, auch auf andere Fachbereiche der intersektoralen Versorgung angewendet werden zu können, wobei seit vielen Jahren die bestehenden sektorenspezifischen Vergütungssysteme die Ambulantisierung ausbremsen würden.

Dass es ein Vergütungsmodell für sektorengleiche Leistungen braucht, zeigt laut Aussagen der Autoren ein Blick in andere Länder: Die dortigen Modelle reichten von abgegrenzten Teilbereichen des Fallpauschalenkatalogs über die ambulante und stationäre Gleichsetzung bis hin zu einem eigenständigen ambulanten Fallpauschalensystem. Dabei ließen sich zwei Erkenntnisse aus den Erfahrungen anderer Länder ableiten: Erstens beeinflusse die Vergütungshöhe von sektorengleichen Leistungen die Geschwindigkeit und den Umfang der Ambulantisierung. Zweitens sei eine Übergangsphase hilfreich, sodass den Leistungserbringern Zeit für die Anpassung bleibt.

Für Deutschland wird die Vergütung sektorengleicher Leistungen auf Grundlage einer eigenen Vergütungssystematik, angelehnt an das DRG-Fallpauschalensystem, empfohlen. Gesprochen wird hier von „komplex-ambulanten DRG“, die auf Basis von Fallkosten (1-Tagesfälle mit nur einer Prozedur) kalkuliert werden sollten. Die komplex-ambulanten Leistungen könnten indes auch – wie die stationären DRG – zu kostenhomogenen Fallgruppen zusammengefasst werden. Allerdings sollten sie aufgrund von unterschiedlicher Komplexität und Anforderungen an die Behandlung nach Schweregrad differenziert werden („Stufenmodell“). Die Schweregrade definieren sich nach Aussage des AOP-Gutachtens über die Patienteneigenschaften und die Länge der Prozeduren und führen zu einer gestuften Vergütung der komplex-ambulanten DRG: je höher der Schweregrad, desto höher die Vergütung.

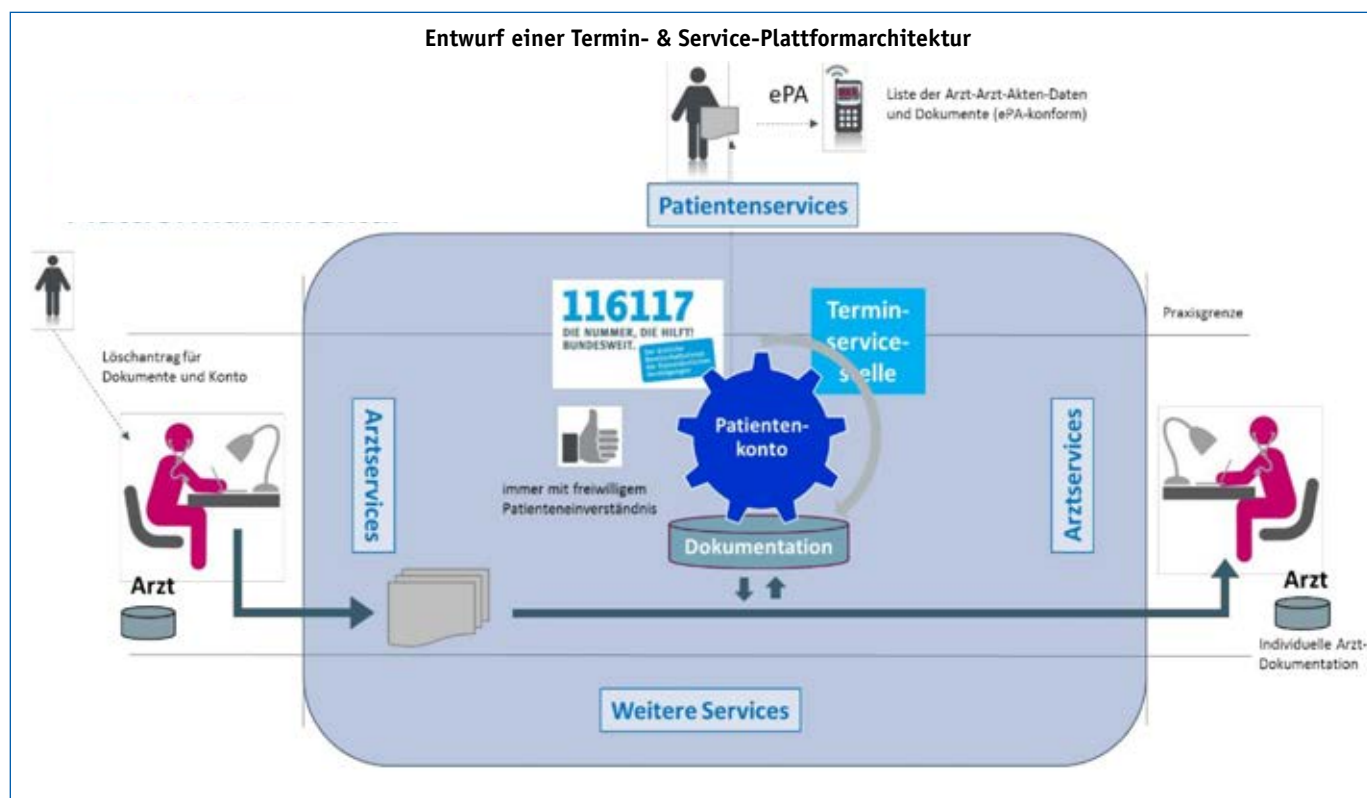


Abb. 3: Entwurf einer Termin- & Service-Plattformarchitektur, aus: „KBV 2025: Strukturen bedarfsgerecht anpassen“ – Digitalisierung sinnvoll nutzen“ (16).

Umbau der ambulanten und stationären Strukturen

Mit dem One-pager „Umbau der ambulanten und stationären Strukturen im Hinblick auf eine sektorenübergreifende und wohnortnahe Versorgung“ (14) ergänzte die Interessenvertretung von Innungskassen auf Bundesebene IKKe.V. im September 2021 ihre Positionen zur Bundestagswahl 2021. Sie regt darin an, dass eine „zukünftige sektorenübergreifende Versorgung auch vom ambulanten Sektor her gedacht werden“ sollte. Ebenso stellte die IKK e.V. fest, dass sich die Kritik an der derzeitigen Krankenhausstrukturplanung insbesondere daraus ergebe, dass die Krankenhauslandschaft aktuell durch Überkapazitäten vor allem in Ballungsgebieten geprägt sei. Deutschland habe im internationalen Vergleich deutlich mehr Krankenhausbetten (je 1.000 Einwohner) und auch deutlich mehr Intensivbetten (pro 100.000 Einwohner) als andere OECD-Staaten. Hinzu kämen „ungenutzte Ambulantisierungspotenziale bei gleichzeitig



unzureichender Spezialisierung sowie einer zu geringen Konzentration von – insbesondere (hoch-)spezialisierten – Leistungen an weniger Standorten. Digitalisierungsdefizite stünden einer intelligenteren Vernetzung der Krankenhäuser und Sektoren derzeit noch entgegen.

Ambulant-ärztliche Versorgung

Einen Blick ins Ausland wirft das Münchner Institut für Gesundheitsökonomik (IfG), um den Status und die Zukunft der „Ambulant-ärztlichen Versorgung“ (15), so der Titel der im September 2021 für das Wissenschaftliche Institut der Privaten Krankenversicherung (WIP) vorgelegten Analyse. Die Studie vergleicht die ambulant-ärztliche Versorgung in Deutschland mit der in Frankreich, der Schweiz und in Österreich. Das ärztliche Vergütungswesen – in Deutschland bestehend aus der vertragsärztlichen Vergütung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) – steht, so schreiben die Autoren



der Analyse, in regelmäßigen Abständen im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion. Im Kern gehe es dabei um die Frage, welche Ärzte für welche Patienten wie hoch bezahlt werden.

Mit einer Vereinheitlichung von EBM und GOÄ, so die häufig zu hörende These, ließe sich mehr Gerechtigkeit für das Krankenversicherungssystem erreichen und Zwei-Klassen-Medizin vermeiden. Der Hinweis, dass es in ganz Europa einheitliche Honorarordnungen gebe, ist Ausgangspunkt der vorliegenden Studie. Dabei hat sich die Auswahl der zu betrachtenden Länder am Kriterium orientiert, dass es dort – vergleichbar zu Deutschland – sowohl ambulant niedergelassene Haus- als auch Fachärzte gibt, deren Vergütung auf Verträgen mit den Kostenträgern basiert. Unter unseren westeuropäischen Nachbarstaaten ist das in Frankreich, Österreich und der Schweiz der Fall. Mit Blick auf diese Länder stand die Frage im Fokus, ob es dort einheitliche Gebührenordnungen gibt und wenn ja, ob diese einheitlichen Honorarordnungen ärztliche Vergütungs- und medizinische Versorgungsunterschiede in der Bevölkerung vermeiden können. Das Kurzfazit: Auch in den westeuropäischen Vergleichsländern Frankreich, Österreich und der Schweiz gibt es erhebliche (ambulant-ärztliche) Vergütungsunterschiede. Es stelle sich lediglich die Fra-



Abb. 4: Grundstruktur IGZ; eigene Darstellung in Anlehnung an Schmid et al. Aus: IGZ konkret: Erweiterte Ambulante Versorgung (EAV) – Umsetzung und Implikationen (18).

ge, welche Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für Vergütungsunterschiede in der ambulanten Versorgung existieren und ob die Vergütungsunterschiede zu relevanten Zugangshürden zum Gesundheitssystem führen.

KBV 2025: Strukturen bedarfsgerecht anpassen – Digitalisierung sinnvoll nutzen

Das gleichnamige Konzept (16), das die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Kassenärztlichen Vereinigungen im September 2021 vorgelegt haben, geht auf das Konzept „KBV 2020 – Versorgung gemeinsam gestalten“ (17) aus dem Jahr 2016 zurück, in dem bereits sehr deutlich auf die aktuellen Herausforderungen der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in Deutschland hingewiesen wurde. Im aktuellen Konzept werden nun die Vorschläge als Angebote für Lösungen der aktuellen Herausforderungen weiterentwickelt. Dazu gehört für die KBV/KV sowohl ein Ausbau stationärer wie der Ausbau ambulanter Strukturen. Als Grund dafür nennt das aktuelle Konzept den Fakt, dass von den knapp 20 Millionen Fällen, die jährlich in den Krankenhäusern versorgt werden, laut AOK-Krankenhausreport (18) etwa ein Viertel ambulant behandelt werden könnten. Zudem führe der medizinisch-technische Fort-



schritt dazu, dass immer mehr Krankheiten ambulant therapierbar sein, die bisher stationär behandelt werden mussten. Die damit verbundene Verschiebung des gesamten Behandlungsspektrums vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich (Ambulantisierung der Medizin) erfordere jedoch eine konsequente Entlastung der Kliniken von eigentlich ambulant möglichen Behandlungen. Hierdurch freiwerdende stationäre Kapazitäten sollten durch bedarfsgerechte ambulante Versorgungsangebote ersetzt und die stationäre Versorgung auf hochqualifizierte spezialisierte Kliniken konzentriert werden. Ebenso wird vorgeschlagen, dass stationäre Strukturen in ambulante Angebote umgewandelt werden sollten.

Dazu müssten zunächst diejenigen Krankenhausstandorte identifiziert werden, die sich für eine (Teil-)Umstrukturierung in ambulante Versorgungsstrukturen eignen („erweiterte ambulante Versorgung“ mit Übernachtungsmöglichkeiten für Patienten), und zwar nach Gesichtspunkten der Wirtschaftlichkeit, der Qualität und des medizinischen Behandlungsbedarfs. Bei der Standortauswahl sei aber auch zu beachten, dass diese nicht dauerhaft defizitär sein dürfen, die KV also nicht als „Bad Bank“ für nicht wirtschaftliche Krankenhäuser erhalten muss. Es dürfen keine Fachkliniken und Kliniken sein, die aus Unterversorgungsgründen oder Gründen der Aufrechterhaltung der Notfallversorgung qualitativ hochwertig und wirtschaftlich effizient sind und zudem bedarfsgerecht versorgen (nach dem IGZ-Gutachten der Uni Bayreuth, 17).

IGZ konkret: Erweiterte Ambulante Versorgung (EAV) – Umsetzung und Implikationen

Das im April 2021 publizierte und von der KBV beauftragte Gutachten „IGZ konkret“ (19) versteht sich als die Weiterführung und Erweiterung des Konzepts „Intersektorales Gesundheitszentren –



Ein innovatives Modell der Erweiterten Ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte“ (20), das in dem bereits 2018 ersten KBV-Gutachten mit Konkretisierung der „erweiterten ambulanten Versorgung – EAV“ beschrieben wurde. „IGZ konkret“, vorgelegt vom Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung des Universitätsklinikums Tübingen und der Oberender AG, vertieft nun das Behandlungsspektrum, Auswirkungen auf die Versorgung einer Überwachungs- und Versorgungsmöglichkeit für ambulante Patienten während einiger Tage und liefert erste Ansätze zur Vergütung.

Ziel der Autoren war und ist es, eine nachhaltige und qualitativ hochwertige Versorgungsstruktur zu konzipieren und dabei insbesondere Situationen vor Augen zu haben, bei denen ein kleines, in der Regel (aber nicht ausschließlich) ländliches Krankenhaus geschlossen wird. Das in den Gutachten entwickelte und weiter konkretisierte Konzept Intersektoresaler Gesundheitszentren (IGZ) zeichnet sich insbesondere durch die Möglichkeit der sogenannten Erweiterten Ambulanten Versorgung (EAV) aus, welche eine Betreuung von Patienten für 3 bis 5 Nächte ermöglichen soll. Dabei solle der ärztliche Fokus vorrangig auf dem allgemeinmedizinisch-hausärztlichen Kompetenzbereich liegen, doch könnten auch weitere fachärztliche Angebote, insbesondere konservative Leistungen integriert werden. Zudem könnte die Versorgung von einem umfassenden und ggf. interprofessionellen Angebot durch die Möglichkeit profitieren, weitere medizinische und gesundheitsnahe Dienstleistungen unter dem Dach des IGZ zu vereinen: Pflegedienste, Physiotherapeuten, Apotheken etc. Nach Ansicht der Gutachter sollte jedoch das IGZ mit EAV einen „medizinischen Nukleus“ darstellen, der wirtschaftlich tragfähig sein müsse.

Dazu klärt „IGZ konkret“ Umsetzungsdetails zu geeigneten Indikationen, Leistungen

und strukturelle Voraussetzungen. Ferner erfolgte eine quantitative Annäherung an die Implikationen einer derartigen Transformation, wobei der Fokus auf Versorgungspotenzial und -kapazität sowie auf den Kosteneffekten aus Sicht der Krankenkassen liegen sollte, wozu es zuerst das Versorgungspotenzial abzuschätzen galt. Die Analyse von passenden Krankheitsbildern, Leistungen und Strukturen wurde durch das Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung des Universitätsklinikums Tübingen in qualitativen Experteninterviews erstellt. Die Abschätzung quantitativer Auswirkungen wurde durch die Oberender AG vorgenommen.

Die Ergebnisse der Experteninterviews verdeutlichten das große Potenzial der erweiterten Ambulanten Versorgung, zeigten jedoch zugleich die damit einhergehenden Herausforderungen auf. Eine eindeutige Zuordnung spezifischer Diagnosen in die Versorgungsebene EAV erwies sich als realitätsfern; diese müsse kontextabhängig erfolgen. Dabei seien die individuelle Fallschwere, Behandlungsziele sowie Vorerkrankungen ebenso zu berücksichtigen wie die individuelle Versorgungssituation. Auf Anbieterseite sei die infrastrukturelle sowie fachlich-personelle Ausstattung der jeweiligen EAV sowie die lokale Vernetzung bestimmend für eine sichere Versorgung in der EAV.

Zusammenfassend kann man die Ergebnisse aus den Experteninterviews wie folgt strukturieren: Bei den für die EAV geeigneten Indikationen kann grob zwischen akuten und chronischen Erkrankungen unterschieden werden. Bei Ersteren gehe es häufig darum, mögliche gefährliche Verläufe zu erkennen und zu verhindern. Für Krankheitsbilder, für die mit der im IGZ bzw. in der EAV vorhandenen Infrastruktur eine sichere und schnelle Diagnostikstellung sowie eine Therapie und Überwachung gewährleistet werden könne, sei häufig eine Klinikeinweisung vermeidbar. Auch invasive diagnostische und therapeutische Prozeduren, die zusätzlich einer pflegerischen oder ärztlichen Überwachung bedürften, oder sozialmedizinische und ggf. psychiatrische Notfälle könnten kurzfristig in der EAV sicher versorgt werden. Bei bekannten chronisch Erkrankten stelle die EAV z. B. bei Entgleisungen und Therapieanpassungen unter Monitoring eine sinnvolle Alternative zur stationären Aufnahme in einem Krankenhaus dar. Auf der anderen Seite verlangt die EAV jedoch eine mindestens vorzuhaltende personelle Infrastruktur mit qualifizierten Fachpflegekräften für die 24-Stunden-Überwachung und Versorgung.

Die Neustart! Zukunftsagenda für Gesundheit, Partizipation und Gemeinwohl

Bereits 2018 initiierte die Robert Bosch Stiftung die „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“, um im Dialog mit Bürger:innen und in Zusammenarbeit mit Fachleuten aus Wissenschaft und Praxis eine Verortung vorzunehmen und Impulse für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem zu setzen.



Das Ergebnis dieser intensiven Auseinandersetzung mit dem Gesundheitssystem ist die im Juni 2021 publizierte „Neustart! Zukunftsagenda – für Gesundheit, Partizipation und Gemeinwohl“ (21). Die Agenda fordert die Transformation zu einem echten Gesundheitssystem, mehr Partizipation der Bürger:innen auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung sowie eine Politik der langen Linien, die für die Zukunft des Gesundheitswesens förderliche Rahmenbedingungen für Qualität und Innovation schafft. In 7 Thesen soll nichts weniger als die „dritte Revolution“ eingeläutet werden. So lautet denn auch These 1, dass das deutsche Gesundheitssystem einen Paradigmenwechsel zu einem Gesundheitssystem benötige, das „endlich den Blick darauf richtet, Krankheiten erst gar nicht entstehen zu lassen“.

Ebenso sei ein solidarisches, am Gemeinwohl orientiertes Gesundheitssystem (These 2), das den Menschen vor Ort versorgen könne, leicht zugänglich und Prävention und Gesundheitsförderung mit medizinisch-pflegerischer Versorgung in gut in die Region eingebundenen Primärversorgungszentren verknüpft (These 3).

Besonders wichtig ist die siebte These mit der klaren Forderung: „Raus aus der Komfortzone: den Neustart wagen für eine Politik der langen Linien“. Es müsse, so die Autoren, „gehandelt werden – aber nicht wie in der Vergangenheit in kleinteiligen, technokratischen Verbesserungsversuchen hier und dort, sondern mit Mut zu Weichenstellungen für große Ziele“. Gefragt sei eine Politik der langen Linien, die nicht nur akute Krisen bewältige, sondern für die Zukunft des Gesundheitswesens Rahmenbedingungen schaffe, die Qualität weiterentwickeln und Innovation ermöglichen könne.

salu.TOP – Neuausrichtung unseres Gesundheitssystems

Ebenfalls in den Beginn der Corona-Pandemie fiel ein Vorschlag von Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer (MHB, Neuruppin) und Dr. Dr. Klaus Piwernetz (medimaxx, München). Die beiden schlugen Ende 2019



in einem MVF-Beitrag (22) nichts weniger als die Neuausrichtung des gesamten Gesundheitssystems vor, eines Systems, das sie dann salu.TOP nennen und ein Gesundheitssystem sein soll, „wie wir es verdienen“. Das Konzept salu.TOP gibt einen orientierenden Rahmen für eine umfassende Neuausrichtung des Gesundheitssystems.

Doch bedeutet Neuausrichtung für die beiden Autoren, die aus diesem Ansatz ein ganzes Buch mit dem Titel „Strategiewechsel jetzt!“ (23) gemacht haben, dass Elemente, für die ein breiter Konsens besteht, über ein Regelwerk funktional und logisch verbunden werden. Zudem ist das Konzept für die Neuausrichtung durch fünf Schlüsselemente gekennzeichnet: Gesundheits- und Versorgungsziele und Werte, Patientenorientierung, Bedarfsorientierung, Verantwortung und Transparenz.

In ihrem Buch wird aber noch einen Schritt weiter gegangen, indem die beiden Autoren das inzwischen jahrzehntelang deklamierte Mantra der sektorübergreifenden Versorgung ganz in Frage stellen. Der Grund: Ihrer Meinung nach liegen zwischen den Ansätzen „sektorübergreifende“ und „integrative“ Versorgung Welten. Sektorübergreifende Versorgung gehe davon aus, dass die Sektoren im Gesundheitssystem grundsätzlich erhalten bleiben, wofür es aber außer der geschichtlichen Entwicklung oder der Berücksichtigung von Partikularinteressen keine logische Begründung gebe. Zeitgemäße Gesundheitsversorgung solle ihrer Ansicht nach immer von den Patienten aus gedacht werden, wodurch das Denken in Sektoren im Gesundheitswesen obsolet geworden sei, weil es den Weg in eine moderne Gesundheitsversorgung behindere. Ihr Vorschlag lautet daher: Für die Neuausrichtung kann es also nur um integrative Versorgung, die von den Patienten, von den Gesundheits- und Versorgungszielen und von den aktuellen Evidenzen aus gedacht wird.

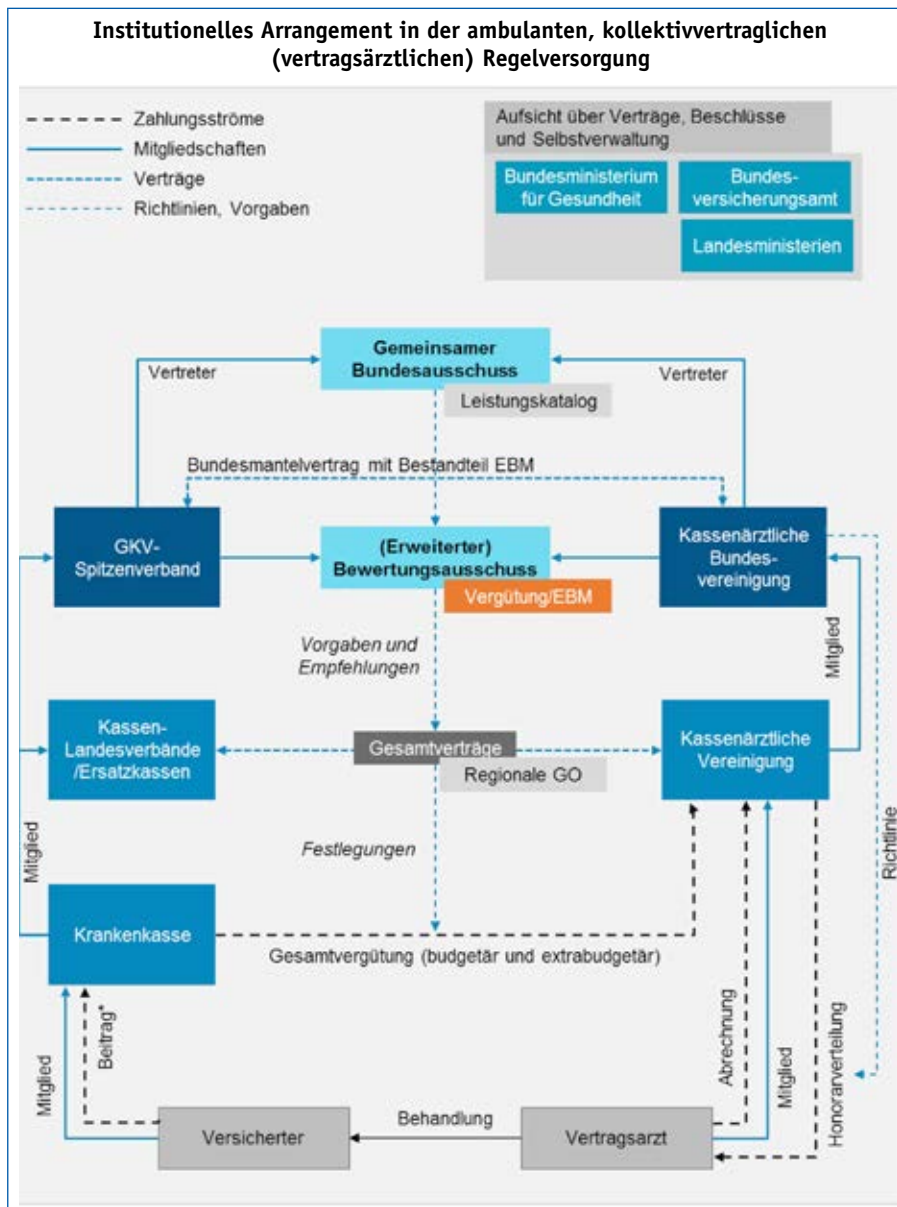


Abb. 5: Institutionelles Arrangement in der ambulanten, kollektivvertraglichen (vertragsärztlichen) Regelversorgung. Legende: Die DKG ist aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht dargestellt. Legende: *Die Beiträge fließen über die Krankenkassen zunächst an den Gesundheitsfonds. Über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich erfolgen dann Zuweisungen an die Krankenkassen. EBM = einheitlicher Bewertungsmaßstab, GO = Gebührenordnung; Quelle: In Anlehnung an Wasem (2018). Aus: Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung, 2019 (24).

White Paper für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem

Neugebauer und Piwernetz sind auch dabei bei der „Allianz für Gesundheit“, die in ihrem Addendum (24) zu ihrem White Paper (25) für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem „Lösungsansätze aus der Praxis“ und „Impulse für eine Gesundheitsagenda



2022“ liefern wollen. Das White Paper, initiiert durch Wolfgang Branoner (Geschäftsführender Gesellschafter SNP-GmbH, Berlin), Christina Claussen (Director Alliance Management & Patient Relations, Pfizer Deutschland, Berlin) und Aylin Tüzel (Vorsitzende der Geschäftsführung Pfizer Deutschland, Berlin) versteht sich als Startschuss einer gemeinsamen Initiative mit dem Ziel, im Schulterschluss von Wissenschaft, Medizin, Patient:innen und Pflege wichtige Themen und Positionen aus der Praxis in den politischen Prozess einzubringen. Gemeinsam setzen sich die Initiator:innen und Unterzeichner:innen des Aufrufs dafür ein, dass:

- 1) wir die Erkenntnisse aus der Corona-Krise jetzt nutzen, um gesündere Lebenswelten zu schaffen – für alle Menschen, egal ob in der Stadt oder auf dem Land, egal ob jung oder alt, egal ob krank oder gesund.
- 2) wir die Rahmenbedingungen für den Zugang zur Versorgung verbessern, um die dysfunktionale Gliederung unseres Gesundheitssystems in Sektoren, die anstelle von Kooperation teilweise in einem Konkurrenzverhältnis stehen, möglichst aufzuheben und schnellere sowie effizientere Diagnosen und Therapien zu ermöglichen.
- 3) wir einen digitalen Wandel zu fördern, der sich an einer patientenzentrierten Versorgung orientiert.
- 4) wir offen sind für die Beteiligung unterschiedlicher Stakeholder an gesundheitspolitischen Diskussionen und Entscheidungen. Dazu brauchen wir eine neue Kommunikationskultur über Gesundheitsfragen, die nicht nur im wissenschaftlich-politischen Raum stattfindet, sondern gezielt die relevanten Patientenperspektiven einbindet und offen ist für unterschiedliche Positionen, auch die von „Seiteneinsteigern“. Denn nur gemeinsam können wir gute Lösungen finden.
- 5) wir alle Lösungen und Reformen im Gesundheitssystem von den Patient:innen her denken und die Beteiligungsmöglichkeiten für Patient:innen verbessern.

Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Die KOMW, die Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem hatte einfach Pech. Als sie am 28. Januar 2020 dem damaligen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn ihre seit Sommer 2018 erarbeiteten, sehr ausführlichen „Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung“ (26) vorlegt, brach wenige Tage später Corona aus – weshalb es MVF in diesen Katalog mit aufnimmt. Zwar versprach Spahn, dass der Bericht geprüft und gemeinsam mit dem Koalitionspartner entschieden werde, ob und wie mit den Vorschlägen umzugehen sei, bis dato ist nichts passiert. Dabei müssen damals



wie heute sowohl die ambulante Honorarordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als auch die Gebührenordnung der privaten Krankenversicherung (PKV) reformiert werden, wozu ja auch die renommiert besetzte Kommission erst berufen wurde. Als die wesentliche Empfehlung der Kommission gilt, dass sie eine „partielle Harmonisierung“ der ambulanten ärztlichen Vergütungssystemen in der vertragsärztlichen Versorgung für GKV-Versicherte (EBM) und der privatärztlichen Versorgung (GOÄ) vorschlägt. Dieses Konzept unterscheidet zwischen Bausteinen, die gemeinsam weiterentwickelt werden, und Bereichen, bei denen Unterschiede bewusst erhalten bleiben sollten. Zu den gemeinsamen Bausteinen gehören nach Ansicht der KOMV die Definition der ärztlichen Leistungen (sog. „Leistungslegendierung“) und die relative Kostenbewertung, d.h. die ökonomische Bewertung der Leistungen im Vergleich zueinander. Für beides sollten nach Auffassung der Kommission neue gemeinsame Gremien der vertrags- und privatärztlichen Versorgung zuständig sein. Die Preise sollen nach Aussage der Kommission hingegen weiterhin getrennt für GKV und PKV vereinbart werden. Dabei können neben den Kosten auch andere Gesichtspunkte einfließen, wie z.B. regionale, fachspezifische und mengenbezogene Aspekte. Angesichts der bestehenden sehr unterschiedlich gestalteten Versicherungssysteme empfiehlt die KOMV aber keine gemeinsame Honorarordnung mit einheitlichen Preisen, jedoch aus Gründen des Patienten- bzw. Verbraucherschutzes, dass Mindestqualitätsstandards für die vertrags- und privatärztliche Versorgung künftig gemeinsam und einheitlich definiert werden sollen. Darüber hinaus sollten die Verhandlungspartner auch noch weitergehende Anforderungen festlegen können. Flankiert wird das Modell durch eine Reihe ergänzender Vorschläge.

Stiftung Münch Projektbericht

„Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlich geprägten Regionen: neue Modelle und Maßnahmen“ (27), nennt die Stiftung Münch ihren Projektbericht aus dem Jahre 2018. Die Autoren von der Freien Universität, der Technischen Universität und der Charité Universitätsmedi-



zin, alle Berlin, geben Aufschluss über etablierte und neu erprobte Versorgungsmodelle und Maßnahmen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen. Entwicklungen wie der demografische Wandel, Urbanisierung, Fachkräftemangel und veränderte Erwartungen an die medizinische Versorgung könnten, so die Ansicht der Autoren, eine – teils vorhandene, teils perspektivisch drohende – Unterversorgung bedingen.

Hinsichtlich der Beschreibung und Systematisierung der vorhandenen Vielfalt neuer Versorgungsstrukturen in ländlichen Regionen kommt diese Untersuchung zu folgenden Ergebnissen: Den für die regionale Gesundheitsversorgung relevanten Stakeholdern stehen verschiedene Elemente der Gestaltung konkreter Versorgungsmodelle zur Verfügung. Dabei werden traditionelle Organisationsformen des deutschen Gesundheitswesens mit neueren Organisationsformen, die im Kern eine Arbeitsteilung zwischen Ärzten bei gleichzeitiger Reduktion des wirtschaftlichen Risikos für angestellte Ärzte ermöglichen oder eine temporäre Tätigkeit an einem anderen Standort erlauben, kombiniert. Einzelpraxen werden, so die Autoren weiter, so zunehmend von Medizinischen Versorgungszentren, Gemeinschaftspraxen oder kommunalen Einrichtungen abgelöst sowie um Zweigpraxen erweitert, Krankenhäuser für die ambulante Behandlung geöffnet. Zusätzlich könnten weitere Gestaltungselemente aus den Bereichen Organisation (z.B. Case Management, organisationsübergreifende Kooperationen), Technik (z.B. Telemedizin), Profession (z.B. Nutzung von Delegation) und Mobilität (z.B. Erhöhung der Patientenmobilität) eingesetzt werden, um einer (drohenden) Unterversorgung entgegenzuwirken. Die Implementation solcher neuartiger Organisationsmodelle könne von modellübergreifenden Maßnahmen der Kontextgestaltung unterstützt werden.

Konzeptstudie: Ein kommunaler Krankenhauskonzern

„Eine wissenschaftliche Bewertung aus Sicht von Daseinsvorsorge, medizinischer Qualität und Wirtschaftlichkeit“ nennt die Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft in Ludwigshafen ihre Konzeptstudie (28), die sie im April 2021 im Auftrag der consus clinicmanage-



ment GmbH, einem in Freiburg ansässigen Managementunternehmen für Kliniken aller Trägerschaften und Versorgungsstufen, veröffentlicht hat. Die Aussage der Autoren ist eindeutig, wenn sie in ihrem Fazit schreiben, dass „das Einzelkrankenhaus keine Zukunft“ habe, weder unter dem Gesichtspunkt einer guten, qualitativ hochwertigen Patientenversorgung noch unter wirtschaftlichen Aspekten. Die vorliegende Analyse kommt zudem zu der Empfehlung, dass Kommunen für ihre Krankenhäuser, soweit noch nicht geschehen, „Konzernlösungen finden und ihre Kliniken in gesellschaftsrechtlichen Verbänden organisieren“ sollten. Nach Ansicht der Autoren könnten – das ist für sie eines der Kernergebnisse der Studie – künftig allenfalls Maximalversorger allein existieren, wobei die sie tragenden Kommunen dann aber womöglich bereit sein müssen, Verluste zu tragen, gegebenenfalls dauerhaft. Als Alternative zu einem gesellschaftsrechtlichen Zusammenschluss wird entweder die Privatisierung oder aber die Schließung von Krankenhäusern gesehen.

Die genannten Kernergebnisse ergeben sich, so die Autoren, einerseits vor dem Hintergrund der allgemeinen Trends in der Medizin: Spezialisierung, Ambulantisierung und Digitalisierung; andererseits jedoch vor dem Hintergrund empirischer Befunde auf Basis eines Literaturüberblicks, der eine „teilweise qualitativ inadäquate Behandlung von Patienten in Deutschland aufgrund von Mängeln in der Ausstattung von Krankenhäusern“ darlege. Die Autoren nennen aber auch „erheblich bessere wirtschaftliche Outcomes bei Konzernverbänden“ als Grund, der für eine Konzernbildung spreche, ebenso wie „Wissens- und Know-how-Transfer, Investitionssteuerung, insbesondere vor dem Hintergrund unzureichender Fördermittel der Bundesländer, Liquiditätsmanagement und Cash-Pool zur Überbrückung von wirtschaftlichen Schwierigkeiten in einzelnen (Mitglieds-) Krankenhäusern, internes Consulting, zentrale IT-Dienstleistung mit Spezialisierung, zentraler Einkauf und zentrales Lager (insbesondere in Pandemie-Zeiten), Employer Branding und zentrales Personalmanagement, Job Rotation und an Lebensphasen angepasste Perspektiven im Konzern, mehr Flexibilität beim Personaleinsatz sowie Standardisierung von Prozessen, Soft- und Hardware.“

Viele dieser Faktoren scheinen, so schreiben die Autoren weiter, zunächst auch ohne gesellschaftsrechtliche Zusammenschlüsse möglich zu sein, etwa in Verbänden wie Clinotel. Allerdings zeige sich in der Empirie dann doch, dass Konzerne mit Blick auf die

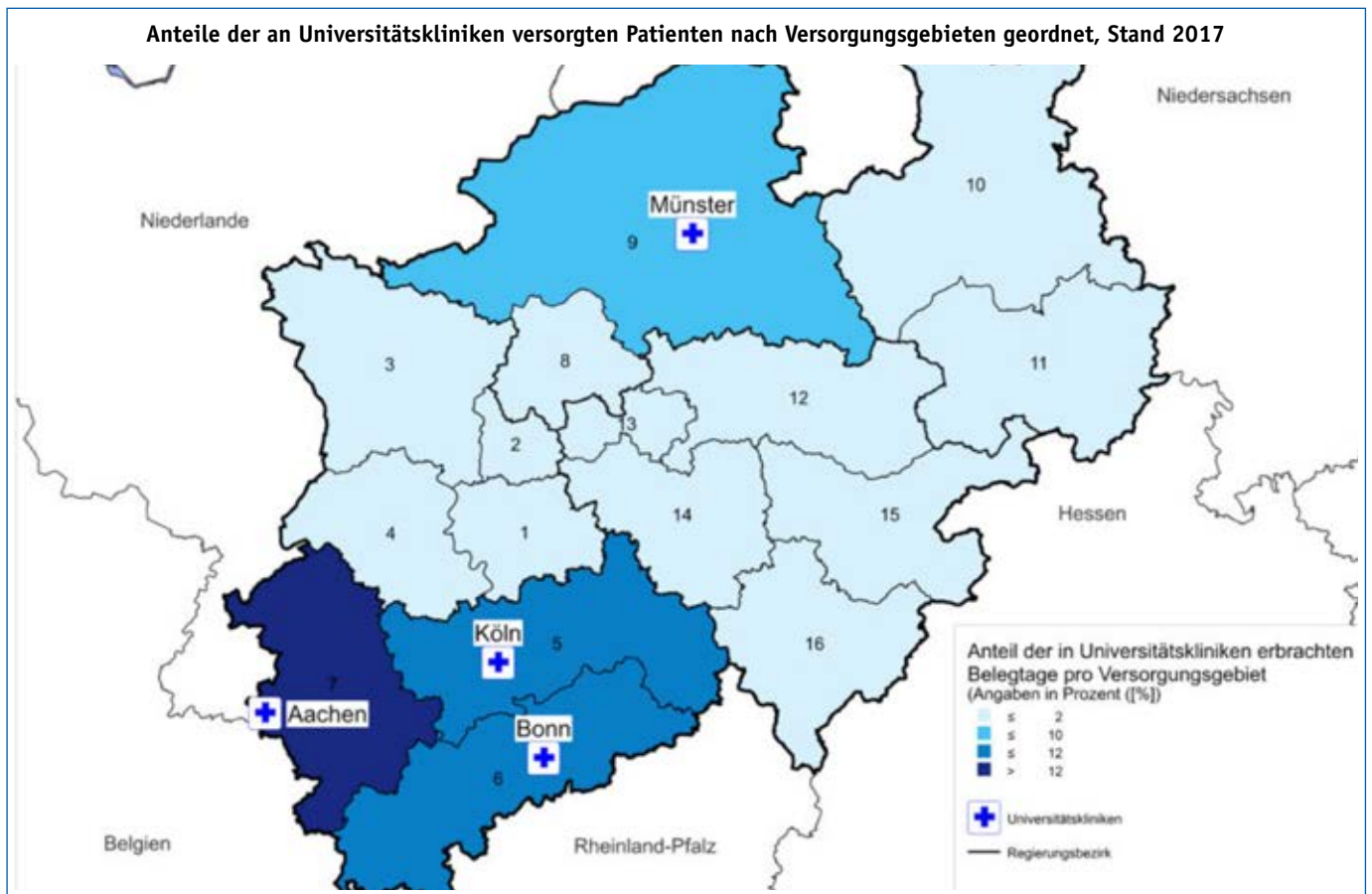


Abb. 6: Anteile der an Universitätskliniken versorgten Patienten nach VG geordnet, Stand 2017 (Gutachten: Abb. 66). Aus: Gutachten Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen, 2021 (27).

Wirtschaftlichkeit bessere Ergebnisse als Einzelkrankenhäuser erzielen würden. Die Vorteile von Konzernlösungen schienen hingegen losere Verbände nicht zu bieten. Sie schreiben weiter: „Auf den ersten Blick mag die einfache Lösung darin liegen, dass verlustschreibende kommunale Kliniken mit Potenzial in private Verbände überführt werden.“ Allerdings habe ihre Analyse gezeigt, dass Privatisierungen im Gesundheitswesen, insbesondere von Krankenhäusern, ein zweischneidiges Schwert seien. Auf der einen Seite würden es aber die privaten Klinikbetreiber augenscheinlich sehr gut schaffen, mithilfe moderner Managementmethoden Krankenhäuser wirtschaftlich zu betreiben, indem sie beispielsweise effektive und effiziente Prozesse in ihren Konzernen verankerten. Auf der anderen Seite bestehe jedoch die Gefahr, dass eine zu starke Orientierung am Shareholder-Value, dem insbesondere börsennotierte Krankenhäuser unterliegen würden, zu unter Versorgungsgesichtspunkten oftmals kaum wünschenswerten Effekten führe, da Fragen der Ertragsfähigkeit von Stationen möglicherweise im Widerspruch zum Versorgungsbedarf stünden.

Mithilfe der Theorie der (neuen) Institutionenökonomik lasse sich aufzeigen, dass

das Gesundheitswesen von allen denkbaren Formen des Marktversagens betroffen sei und deshalb rein private Lösungen durchaus skeptisch zu beurteilen seien. Auch sei der Vorschlag, Krankenhausstandorte in Deutschland in großem Umfang (weiter) abzubauen und sich auf wenige Großkrankenhäuser zu fokussieren, hierzulande mit politischen Risiken verbunden, aber auch mit möglichen Problemen in der Versorgung. Fraglich sei beispielsweise, ob sich das vorhandene Pflegepersonal einfach an große Standorte verlagern lasse.

Gutachten Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen

Im August 2019 legte die PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH, Berlin, und das Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin, sowie Lohfert & Lohfert, Hamburg, ihr Gutachten (29) als Basis der neuen



Krankenhausplanung NRW (s. MVF 01/22) vor. In dem knapp 900 Seiten starken Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS). Das vorliegende Gutachten, das immerhin 1,5 Millionen Euro gekostet haben soll, hat die Aufgabe, eine sachliche Grundlage für den neuen Krankenhausplan in NRW darzustellen, in dem die bedarfs- und qualitätsorientierte Versorgungsplanung stärker als in der Vergangenheit in den Vordergrund treten soll.

Dazu analysiert das Gutachten zum einen umfassend die aktuelle stationäre Versorgungssituation, zum anderen wird kritisch überprüft, inwieweit die aktuell in Deutschland weit verbreitete fachgebiets- bzw. bettenorientierte Krankenhausplanung geeignet ist, den Bedarf an stationären medizinischen Leistungen zu erfassen und die damit verbundenen Behandlungskapazitäten zu planen. Aufbauend auf diesen Analysen werden dann alternative Vorgehensweisen für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung entwickelt, die den Autoren als geeignet erscheinen, die vom MAGS benannten Ziele zu erreichen. Diese sind zum einen die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser,

zum zweiten eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern und drittens die Berücksichtigung sozial tragbarer Pflegesätze.

Eine der Hauptkenntnisse dieser Studie ist es, dass eine Stärken- und Schwächenanalyse gezeigt habe, dass die bisherige Planung nach Fachgebieten mit der Bezugs- und Planungsgröße Bett einer leistungsorientierten Planung unterlegen ist. Darum wurde durch die Gutachter zur Gewährleistung der nötigen Präzision für die Erfüllung der Ziele der Krankenhausplanung und Leistungssteuerung eine medizinisch-hierarchische Leistungsgruppensystematik entwickelt, die in der Lage sei – trotz „hoher Rüstkosten bei Einführung“ – die notwendige Transparenz über die Versorgungssituation und Prognose des zukünftigen Bedarfs (bedarforientierte Krankenhausplanung) schaffen. Darüber hinaus seien Struktur- und Qualitätsvorgaben nur auf Grundlage von klar definierten Leistungsgruppen sinnvoll machbar (qualitätsorientierte Krankenhausplanung).

Der Ansatz an sich ist jedoch nicht neu. Bereits im Jahr 2007 hätte, so die Autoren, aufgrund einer Revision des nationalen Schweizer Krankenversicherungsgesetzes, das einen Paradigmenwechsel weg von der bettenorientierten Planung hin zu einer Planung mit Leistungsorientierung, Bewertbarkeit, interkantonalen Kooperation und bedarfsgerechter Ressourcenverteilung eingeläutet, habe sich die Gesundheitsdirektion Zürich im selben Jahr dazu entschlossen, eine neue Methode zur Krankenhausplanung für den Züricher Krankenhausplan 2012 zu entwickeln. Diese Methode werde kontinuierlich weiterentwickelt, wie auch aktuell: Derzeit arbeite die Gesundheitsdirektion Zürich beispielsweise an der Planungsmethodik für den Krankenhausplan 2022.

Den Autoren ist jedoch bewusst, dass die im Rahmen dieses Gutachtens entwickelte Leistungsgruppensystematik als Diskussionsgrundlage für verschiedene Experten- und Interessengruppen (medizinische Fachgesellschaften, Krankenkassen, Krankenhausgesellschaft etc.) dienen soll, um aktiv an der Weiterentwicklung und Konsentierung einer optimalen Leistungsgruppensystematik mitzuwirken. Nur unter Einbezug und durch Mitarbeit aller Interessengruppen könne eine rasche Umsetzung und Entwicklung hin zu einer leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierten Krankenhausplanung erfolgreich sein.



Abb. 7: Übersicht Versorgungsgebiete in Nordrhein-Westfalen. Aus: Krankenhausplan NRW 2021/2022 (27).

Krankenhausplan NRW 2021/2022

Im September 2021 übergab das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen (MAGS) seine „Neuaufstellung der Rahmenvorgaben des Krankenhausplans für das Land Nordrhein-Westfalen“ (30) dem Präsidenten des Landtags Nordrhein-Westfalen.

Mit dem Untertitel „Die Strukturen müssen für die Menschen da sein, nicht die Menschen für die Strukturen!“ ist klar, was Karl-Josef Laumann, Gesundheitsminister des Landes Nordrhein-Westfalen (s. MVF 01/22), damit erreichen möchte: „Eine positive Entwicklung der Krankenhauslandschaft zum Wohle der Patient:innen durch Verbesserung von Steuerung, Transparenz und Qualität“, schreibt Laumann in seinem Vorwort. Da dies durch die Plangröße „Bett“, die noch im letzten Krankenhausplan NRW 2015 zu Grunde gelegt wurde, nicht möglich wäre, weil sie das Versorgungsgeschehen nicht zuverlässig abbilde, werden gemäß des vorangegangenen Gutachtens (28) neue Plangrößen eingeführt: Zum einen wird zur Ermittlung des stationären Bedarfs künftig die jährliche Fallzahl je me-

medizinischer Leistung herangezogen. Zum anderen ist eine weitere wesentliche Neuerung die Einführung einer neuen Planungssystematik, in der fortan, statt wie bislang 22 Fachabteilungen, nun 32 Leistungsbereiche mit 64 untergeordneten Leistungsgruppen ausgewiesen werden, die detailliert medizinische Fachgebiete und spezifische medizinische Leistungen abbilden würden. Jeder dieser Leistungsgruppen werden darüber hinaus konkrete Qualitätsvorgaben zugeordnet, die einheitlich hochwertige Versorgungsstandards für die Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen sichern sollen.

Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Das gleichnamige Gutachten (31) legte die Health Care Business GmbH der beauftragenden Enquete-Kommission des Landes Mecklenburg-Vorpommern, die vom Landtag Mecklenburg-Vorpommern die Aufgabe erhalten hatte, „erforderliche Rahmenbedingungen und Maßnahmen eines integrierten, sektorenübergreifenden und



Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Ideensammlung für eine bessere Versorgung“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (02/22), S. 14-25. <http://doi.org/10.24945/MVF.02.22.1866-0533.2384>

multiprofessionellen medizinischen Versorgungsplans für Mecklenburg-Vorpommern zu skizzieren“, im April 2021 vor. Darin wird eine „mögliche Versorgungsstruktur der Zukunft“ beschrieben, die von der Annahme ausgeht, dass alle Akteure über die elektronische Gesundheitskarte (ePA) vernetzt werden. Diese biete neben der damit möglichen strukturierten und standardisierten Sammelstelle für sämtliche Patientendaten Potenziale im Bereich der Prozessoptimierung der Leistungserbringung, die Chance, wirtschaftlichere Angebotsstrukturen zu schaffen. Die Patientensteuerung könne zudem aufgrund der fundierten Informationen über den Patienten weitaus effektiver geschehen als im heutigen System. Von der ePA profitieren würde nach Meinung der Gutachter auch die Versorgungsforschung. Mittelfristig ließen sich damit erfolgreiche von erfolglosen Behandlungspfaden trennen, die knappen Ressourcen des Gesundheitssystems könnten dann in die erwiesenermaßen erfolgreichen Pfade gelenkt werden, sodass sich insgesamt das Kosten-Nutzen-Verhältnis der eingesetzten Ressourcen verbessern würde.

„Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ wird auch der Abschlussbericht (32) betitelt, den die Enquete-Kommission im Mai 2021 übergab. Dies tat

sie zwar mehrheitlich, jedoch (angesichts der hier aktiven Parteienstruktur nicht groß verwunderlich) mit zwei Gegenstimmen und vier Enthaltungen nicht einheitlich. Ähnliches geschah auch bei den separat abgestimmten Handlungsempfehlungen, zu denen es fünf Gegenstimmen und eine Enthaltung gab.

Als Handlungsempfehlungen der Enquete-Kommission wird zum einen eine bessere Kommunikationsstrategie genannt, zum anderen mehr Patientenorientierung. Die Enquete-Kommission empfiehlt dem Land zudem, dafür Sorge zu tragen, dass „die Versorgung der Zukunft unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts für alle Menschen und in jedem Lebensalter als Versorgungskette“ erbracht wird. Ebenso wird angeregt, dass das Land dafür Sorge tragen soll, dass Gremien im Land, die sich mit der medizinischen Versorgung befassen, zukünftig zwingend die Interessenvertretungen der Patient:innen einbeziehen müssen.

Die Enquete-Kommission empfiehlt ebenso, im Gesundheitssystem, sofern noch nicht vorhanden, Patientenfürsprecher, Patientenbeauftragte und Patientenbeschwerdestellen einzurichten. Dies müsse im Einvernehmen mit den legitimierten Interessenvertretungen der Patienten und unabhängig von den Interessen der Kostenträger und Leistungserbrin-

ger geschehen. Auch legt die Kommission dem Land „national und international vielfach erprobten und durchweg positiv bewerteten Einsatz von Lotsen im System der gesundheitlichen Versorgung“ nahe. Das Land würde so die notwendige Unterstützung für die Patienten schaffen, um den Weg durch ein immer komplizierter werdendes System der gesundheitlichen Versorgung zu finden.

An den vielen, interessanten Gedankenansätzen, die MVF hier mit viel Detailarbeit zusammengetragen und in Kurzform redaktionell vorgestellt hat, haben hunderte Know-how-Träger:innen und Wissenschaftler:innen mitgearbeitet. Angefangen bei A wie Dr. Martin Albrecht, der am IGES-Gutachten „Qualitätsverbesserung durch Leistungskonzentration in der stationären Versorgung“ oder Prof. Dr. Augurzky, der am Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ mitwirkte.

Diese Sammlung soll dazu beitragen, dass die Mühe, die in all diese Papiere geflossen ist, vom Zustand der Ruhe und oft leider auch des Vergessens in jenen der Umsetzung gelangen möge. Da sicher einige wichtige Papiere noch nicht erwähnt worden sind, bitte Hinweise dazu an stegmaier@m-vf.de <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur

- 1) https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Kurzfassungen_2022/mvf-0222/mvf-0222-PDF/Hecken-Statement_2021_Zukunft-G_versorgung
- 2) <http://doi.org/10.24945/MVF.02.21.1866-0533.2288>
- 3) https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf
- 4) https://optimedis.de/files/Aktuelles/2021/Berliner_Aufruf_und_Veranstaltungsbericht_EJ.pdf
- 5) <https://optimedis.de/berlineraufruf>
- 6) https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1134272.jsp
- 7) https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/positionen/positionspapiere/reformansatze_krankenhauslandschaft_akg_aok-bv.pdf
- 8) https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2021/qualitaet-im-klinikmarkt/index_ger.html
- 9) https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf
- 10) https://www.bifg.de/media/dl/ePaper/bifg_ePaper_krankenhausstrukturreform.pdf
- 11) https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2021.lectures/2021-10-28-rb_Berlin-Optimedis_BBraun.pdf
- 12) https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Kurzfassungen-2021/MVF_0621/MVF0621_volume_value; <http://doi.org/10.24945/MVF.06.21.1866-0533.2353>
- 13) https://www.dgvs.de/wp-content/uploads/2022/02/AOP-Gutachten-Verguetungssystematik_final_14.01.22.pdf
- 14) https://www.ikkev.de/fileadmin/Daten/Positionen-2021/Download_One-Pager/Onepager_Strukturreform.pdf
- 15) <http://www.wip-pkv.de/de/oeffentlichkeit/pressemitteilungen/detail/neue-wip-analyse-zur-ambulant-aerztlichen-versorgung-im-vergleich-mit-dem-westeuropaeische-ausland.html>
- 16) https://www.kbv.de/media/sp/IGZ_Gutachten_2018.pdf
- 17) <https://epub.uni-bayreuth.de/3852/>
- 18) <https://www.aok.de/gp/publikationen/krankenhaus-report>
- 19) <https://www.kbv.de/html/igz-gutachten.php>
- 20) https://www.kbv.de/media/sp/Konzept_KBV_2025.pdf
- 21) <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/die-neustart-zukunftsaenda-fuer-gesundheit-partizipation-und-gemeinwohl>
- 22) <http://doi.org/10.24945/MVF.05.19.1866-0533.2172>
- 23) <http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2352>
- 24) https://www.snpc.de/wp-content/uploads/2021/10/Whitepaper_Addendum_de.pdf
- 25) <https://www.snpc.de/wp-content/uploads/2021/02/White-Paper-f%C3%BCr-ein-zukunfts-f%C3%A4higes-Gesundheitssystem.pdf>
- 26) https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/KOMV/Bericht_der_Honorarkommission_KOMV_-_Dezember_2019.pdf
- 27) https://www.stiftung-muench.org/wp-content/uploads/2019/05/Projektbericht_Sicherstellung-Gesundheitsversorgung-Land_Nov.pdf
- 28) https://vwl.hwg-lu.de/fileadmin/user_upload/forschung-transfer/oeffentliche-unternehmen/2021_SBIEM_Konzeptstudie_EinkommunalerKrankenhauskonzern_210428.pdf
- 29) https://broschuerenservice.mags.nrw/mags/shop/Gutachten_Krankenhauslandschaft_Nordrhein-Westfalen/1
- 30) <https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV17-5764.pdf>
- 31) https://www.vdek.com/LVen/MVP/fokus/zukunft-medizinische-versorgung/_jcr_content/par/download_1376202566/file.res/210409-Gutachten_Zukunft%20der%20medizinischen%20Versorgung%20in%20Mecklenburg-Vorpommern%20-%20KDRs_7-42.pdf
- 32) https://www.landtag-mv.de/fileadmin/media/abschlussbericht_der_enquete_kommission_zukunft_der_medizinischen_versorgung_in_mecklenburg_vorpommern.pdf

Stellungnahme des Vorstands der Bundesärztekammer

Versorgung in dünn besiedelten Regionen

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung im November 2021 auf Empfehlung des Vorstands des „Ständigen Arbeitskreises Versorgungsforschung“ eine Stellungnahme zur „Versorgung in dünn besiedelten Regionen“ beraten und beschlossen. Nach ausführlicher Diskussion unter der gemeinsamen Ägide von Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann und Prof. Dr. med. Wilhelm-Bernhard Niebling, beide Federführende des Ständigen Arbeitskreises „Versorgungsforschung“, ist Teil 1 der Stellungnahme zu Problemdarstellung und Monitoring im „Deutschen Ärzteblatt“ (1) veröffentlicht worden. Hier lesen Sie die Hintergründe sowie die wichtigsten Ergebnisse und Fakten.

>> Um dem Thema in seiner Komplexität und Vielschichtigkeit gerecht zu werden, wurde der im Dezember 2019 für eine neue Amtsperiode berufene „Ständige Arbeitskreis Versorgungsforschung“ interprofessionell mit Vertretern aus verschiedenen Bereichen besetzt. Verbunden damit ist jedoch auch eine Neuausrichtung des „Ständigen Arbeitskreises“: Statt wie bisher im Auftrag des Vorstands der Bundesärztekammer Förderinitiativen aufzulegen und diese wissenschaftlich zu begleiten, wurde dem Arbeitskreis für die bis 2023 dauernde Berufungsperiode vom Vorstand der Bundesärztekammer ein inhaltliches Thema gestellt: Wie kann die Gesundheitsversorgung in dünn besiedelten Regionen in Deutschland sichergestellt werden? Darauf hat er Anfang dieses Jahres eine umfassende sektorenverbindende Analyse und Bewertung der medizinischen Versorgung in dünn besiedelten Regionen zurückbekommen, deren erster Teil nun zu „Problemdarstellung und Monitoring“ im „Deutschen Ärzteblatt“ veröffentlicht wurde.

„Es geht uns bei der Analyse nicht darum, die Versorger vor Ort im Sinne eines ‚shaming und blaming‘ miteinander zu vergleichen“, kommentiert Dr. Ellen Lundershausen, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, die Veröffentlichung der Stellungnahme. Die Experten empfehlen darin ein kleinräumiges Monitoring versorgungsbezogener Indikatoren zum Zwecke der regionalen Planung und der Verbesserung der Versorgung. Dieses Monitoring setzt zum einen insbesondere die Verfügbarkeit und systematische Analyse kleinräumiger Daten auf Bevölkerungsebene sowie deren Verknüpfung mit Daten aller Versorgungssektoren voraus. Zum anderen sollen geeignete Indikatoren patientenorientiert, trennscharf und handlungsrelevant sein und möglichst realistisch aus Rou-

tinendaten abgeleitet werden können. „Wer rationale Gesundheitspolitik betreiben will, braucht eine solide Datenbasis. Leider gibt es in Deutschland auf diesem Gebiet erhebliche Defizite.“ Der „Ständige Arbeitskreis“ zeige mit seinem Konzept, „dass es auch anders geht“, setzt Lundershausen hinzu. Er schaffe damit eine wichtige Grundlage für eine moderne und sektorenverbindende Gesundheitspolitik und damit für eine bestmögliche medizinische Versorgung unabhängig vom Wohnort.

Der „Ständige Arbeitskreis Versorgungsforschung“, der übrigens bereits im Jahr 2004 ein Papier zur Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung „als Grundlage für eine zielgerichtete Weiterentwicklung dieses heterogenen Forschungsgebietes“ entwickelt hatte, plädiert in seiner aktuellen Stellungnahme für die Entwicklung von Gesundheitsregionen, in denen sektorenverbindend und interprofessionell eine integrierte Versorgung für die Menschen in der Region organisiert wird. Wichtig sei, dass bestehende gesetzliche, berufsrechtliche und abrechnungsbezogene Hindernisse beseitigt würden. Gleichzeitig müssten die erforderlichen Qualifikationen für die Berufsgruppen, die gemeinsam an der regionalen Versorgung beteiligt sind, entwickelt und angeboten werden.

Im nächsten Schritt sollen nun die Pilot-Regionen in Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern für eine frühe Phase der Implementierung des Qualitätsmonitorings ausgewiesen werden. „Die ersten Gespräche hierzu sind sehr positiv verlaufen“, so BÄK-Vizepräsidentin Lundershausen. Danach ist geplant, auf der Basis der Ist-Analyse und unter Berücksichtigung aktueller Modell-Projekte und gesetzgeberischer Impulse im Sinne einer wissenschaftlichen Bestandsaufnahme der Frage nachzugehen, wie die



Dr. Ellen Lundershausen ist Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, Präsidentin der Landesärztekammer Thüringen und Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in Jena



Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, Geschäftsführender Direktor und Abteilungsleiter des Instituts für Community Medicine/Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health der Universität Greifswald

ärztliche Versorgung in dünn besiedelten ländlichen Regionen evidenzbasiert und qualitativ hochwertig sichergestellt werden kann und welche strukturellen und organisatorischen Maßnahmen zurzeit national und ggf. international diskutiert werden. Ziel des Vorhabens ist es, in allen Regionen einen Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung zu erreichen. Dabei wird, so die Autoren, besonderes Augenmerk auf die Abwägung zwischen räumlicher Nähe/Erreichbarkeit und Ausdifferenzierung/Spezialisierung der Versorgungsangebote zu richten sein. Dies beinhaltet beispielweise, dass auch eine Zentralisierung bestimmter Ressourcen zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen könne.

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Versorgung in dünn besiedelten Regionen“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (02/22), S. 26-27. <http://doi.org/10.24945/MVF.02.22.1866-0533.2385>

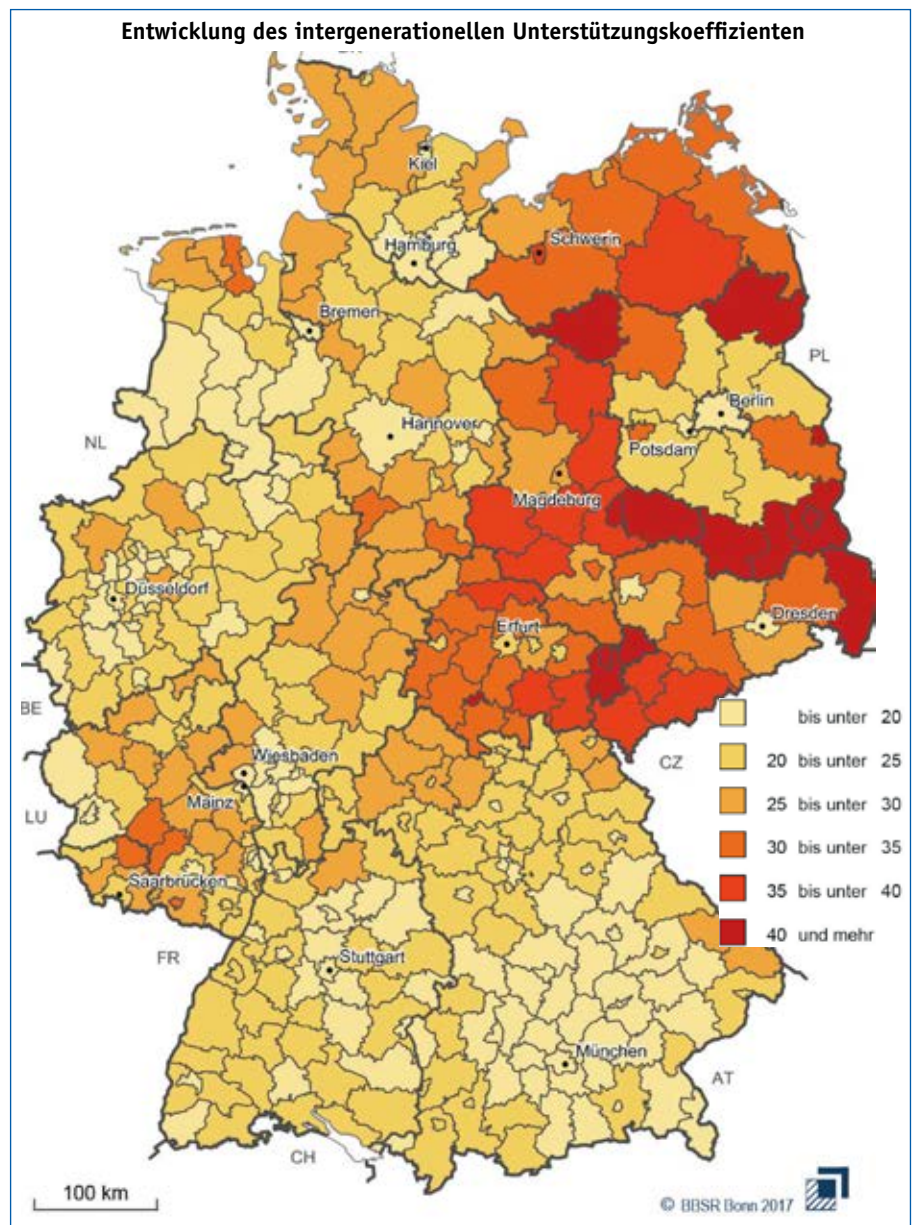
„Dünn besiedelt“ statt ländlich

In ihrer Analyse schreiben die Experten, dass für ländliche Regionen in Deutschland häufig konstatiert werde, dass die Versorgungsqualität durchgehend schlechter und die Unzufriedenheit der Bewohner durchweg größer als in Ballungszentren sei, ohne dass diese Behauptung systematisch und differenziert belegt werde. Weiteres sei zu beachten, dass zwischen ländlichen Regionen häufig große Unterschiede in Demografie, wirtschaftlicher Struktur und Wohlstand bestünden. Ihr erstes Fazit: Eine Verallgemeinerung der Probleme in der Verfügbarkeit medizinischer Leistungen ist daher nicht möglich und der Begriff „ländlich“ als alleinige Kategorie für versorgungsrelevante Analysen und Planungen ungeeignet. Im Folgenden werde daher die Kategorie „dünn besiedelt“ verwendet.

In Deutschland können nach der Kategorisierung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) verschiedene Kreistypen unterschieden werden: kreisfreie Großstädte, städtische Kreise, ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelte ländliche Kreise. In dünn besiedelten ländlichen Kreisen wohnen weniger als 50% der Einwohner in Groß- oder Mittelstädten und die Bevölkerungsdichte liegt außerhalb der Städte unter 100 Einwohner/km², in vielen Kreisen sogar unter 50 Einwohner/km². Aktuell gehören 68 von insgesamt 401 Landkreisen und kreisfreien Städten in Deutschland zu dieser Kategorie.

Nach Ansicht der Experten müssen nun die Unterschiede zwischen der medizinischen Versorgung in dicht und dünn besiedelten Regionen jeweils differenziert und diagnosebezogen betrachtet werden. Hierbei sollte auf der Basis wissenschaftlicher Evidenz vorgegangen und quantitative Analysemethoden angewendet werden. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier



Entwicklung des intergenerationellen Unterstützungskoeffizienten in Prozentpunkten als Relation der Über-80-Jährigen zu den 50- bis unter 65-Jährigen (2015 – 2035). Aus: „Versorgung in dünn besiedelten Regionen, Teil 1: Problemdarstellung und Monitoring“; „Deutsches Ärzteblatt“ (DOI: 10.3238/baek_sn_duenn_besiedelt_teil1_2021).

Literatur

1) https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/BAEK_SAV_Stellungnahme_ONLINE_Final_20220204.pdf

Bundesärztekammer und die Versorgungsforschung

- 2004: Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung: Dieses Papier wurde am 08.09.2004 unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Schwartz vom „Arbeitskreis Versorgungsforschung“ beim Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer verabschiedet. Mitglieder der Redaktionsgruppe waren: Prof. Dr. Hoffmann, Greifswald, Prof. Dr. Kurth, Berlin, Prof. Dr. Ohmann, Köln, Prof. Dr. Pfaff, Köln (Federführender), Prof. Dr. Schwartz, Hannover, und Prof. Dr. von Trotschke, Freiburg.
- 2008: beschloss der 108. Deutsche Ärztetag die Realisierung des vom Arbeitskreis „Versorgungsforschung“ vorgelegten Rahmenkonzeptes. Es wurde die „Förderinitiative der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung“ implementiert.
- 2010: bekräftigte der 113. Deutsche Ärztetag die Notwendigkeit der Versorgungsforschung und befürwortete eine angepasste Fortsetzung der Förderinitiative zur Versorgungsforschung. Zugleich beauftragte er die Bundesärztekammer mit der Entwicklung einer Konzeption für eine Fortentwicklung der Aktivitäten zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer.
- 2011: sprach sich der 114. Deutsche Ärztetag dafür aus, die Aktivitäten zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer zukünftig unter dem Titel „Initiative der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung“ zu verstetigen. Daraufhin wurde der „Ständige Arbeitskreis Versorgungsforschung“ beim Vorstand des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer eingerichtet.
- 2013: Die Finanzierung von Projekten der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer wurde gemäß Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer seit dem 01.07.2013 ausgesetzt. Einzelprojekte können weiterhin vom „Ständigen Arbeitskreis Versorgungsforschung“ des Wissenschaftlichen Beirates vorgeschlagen werden.



„Wie Datenanalyse die Krankenhausplanung in NRW unterstützen“

Im neuen Krankenhausplan von NRW wird nicht mehr mit der Bettenzahl geplant, sondern mit 32 Leistungsbereichen, 64 Leistungsgruppen und vier Planungsebenen. Seine praktische Umsetzung wird eine große Herausforderung für jedes Haus – bei allein 400 Krankenhausstandorten in Nordrhein-Westfalen. Es ist vorgesehen, dass jeder Verwaltungschef zuerst die Leistungsbereiche seines Hauses und dann die aller Mitbewerber analysieren muss, um auf dieser Basis die neue Versorgungsverteilung zu verhandeln – zuerst mit den Mitbewerbern, dann mit den Landesverbänden der Krankenkassen. Datenanalyse könnte die Krankenhausplanung in NRW unterstützen. Wie das funktioniert, erklären im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“ Dr. Eberhard Hansis und Dr. Hannes Dahnke, zwei Physiker, die das Hamburger Data Analytics-Unternehmen Vebeto gegründet haben, das sich auf die Analyse deutscher Krankenhäuser anhand öffentlich verfügbarer Daten spezialisiert hat.

Im Interview: Dr. Eberhard Hansis und Dr. Hannes Dahnke von Vebeto, Hamburg.

>> Herr Dr. Dahnke, was war Ihr erster Eindruck, als Sie den Entwurf des Krankenhausplans NRW 2021 sahen?

Dahnke: Zuerst fällt der Umfang auf. Das Dokument hat knapp 400 Seiten und das dem Krankenhausplan zugrunde liegende Gutachten fast 900. Das ist aber kein Wunder, denn in beiden Dokumenten wird sehr genau ausgeführt und begründet, anhand welcher Kriterien die Krankenhausplanung in Zukunft ablaufen kann. Beim Lesen wird schnell klar, dass die Seitenzahl in der Natur der Sache begründet liegt: Das Krankenhauswesen ist ein sehr komplexes Feld mit vielen Akteuren und Regeln sowie gegenseitigen Abhängigkeiten, die durch die versorgerische sowie die gesellschaftlich wichtige Rolle von Krankenhäusern bestimmt wird. Wer sich der Aufgabe stellt, wie jetzt in NRW eine wirklich umfassende Reform der Krankenhausplanung anzustreben, muss sich genau überlegen, auf welcher Evidenzbasis ein solches Vorhaben steht und welches Regelwerk man dafür schaffen muss.

Ist die neue Krankenhausplanung in die Tat umsetzbar, wenn alle Beteiligten dieses Dokument lesen und danach vorgehen?

Hansis: Auch wenn der Plan ausführlich ist, wird die praktische Umsetzung viel Arbeit kosten, da die einzelnen Akteure dabei kooperieren müssen. Denn der Plan gibt vor, dass die Krankentuäger mit den Landesverbänden der Krankenkassen Planungskonzepte verhandeln sollen. Das bedeutet, dass sich die in bestimmten Versorgungsgebieten tätigen

Häuser untereinander abstimmen müssen, welches Haus in Zukunft welche Leistungsgruppen versorgen wird. Dabei soll explizit darauf hingearbeitet werden, Leistungen zu konzentrieren und unnötige Konkurrenz abzubauen. Auf Basis dieser komplexen Vereinbarungen sollen dann die Verhandlungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen geführt werden.

Sowohl die Vereinbarungen

der Häuser untereinander als auch die Verhandlungen mit den Kassen werden herausfordernd sein.

Warum?

Dahnke: Jedes Krankenhaus kann für sich selbst berechnen, welche Leistungsgruppen es derzeit in welchem Umfang anbietet. Doch um sich mit den anderen Versorgern abzustimmen, muss ein Haus auch die Leistungsgruppen der umliegenden Häuser und deren Umfang kennen. Ohne Hilfe von außen wird das nicht funktionieren.

NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann hat im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“ (01/22) schon Hilfe angeboten.

Dahnke: Stimmt. Das MAGS kann die Leistungsgruppen-Fallzahlen aller Häuser auf der Basis von ihm vorliegenden Abrechnungsdaten ermitteln. Da es sich jedoch um interne, vertrauliche Daten handelt, wird es diese nicht direkt an alle Versorger weitergeben können. Das Ministerium steckt da in einem Dilemma: Einerseits will es die Kooperation und die Abstimmung unter den Häusern fördern. Andererseits darf es vertrauliche Daten der Häuser nicht an andere wei-

terleiten. Ohne eine Transparenz der aktuellen Versorgungssituation ist jedoch eine Abstimmung kaum möglich.

Ihr Unternehmen hat sich speziell auf die Analyse öffentlich verfügbarer, nicht vertraulicher Daten spezialisiert. Könnten Sie den Prozess an dieser Stelle unterstützen?

Hansis: Das können wir. Wir haben ein komplexes mathematisches Modell entwickelt, mit dem wir die Leistungsgruppen-Fallzahlen aller Häuser in NRW und auch in allen anderen Bundesländern abschätzen können. Dies machen wir ausschließlich aus öffentlichen Datenquellen.

Was ist mit dem sicher vorhandenen Bias?

Hansis: Es ist uns bewusst, dass unser Modell nicht ganz so genau sein kann wie die Fallzahlen, die jedes Haus aus seinen eigenen Daten berechnen kann, da wir die Fallzahlen schätzen. Doch ist die Genauigkeit ausreichend, um die Versorgungslandschaft gut zu überblicken. Wir fertigen auf Basis dieses Modells Leistungsgruppen-Analysen für einzelne Häuser an. Darin kann das Haus sich und die umliegenden Versorger für jede einzelne Leistungsgruppe identifizieren. Anhand dieser Analysen kann es sich eine eigene Meinung über seine derzeitige und die zukünftige mögliche Situation in seinem Versorgungsgebiet machen. Anhand dieser Daten kann es sich gezielt auf die Gespräche mit den Mitbewerbern und den Planungsbehörden vorbereiten. Damit schaffen wir Transparenz über die Leistungsangebote zwischen den Versorgern, damit die Planungsgespräche gelingen können.

Welche Probleme bleiben dennoch?

Dahnke: Wir haben mittlerweile eine große Zahl von Leistungsgruppen-Analysen angefertigt und diese mit unseren Kunden besprochen. Wenn man versucht, die Krankenhausplanung durchzuspielen, kommt das menschliche Gehirn jedoch schnell an seine Grenzen. Selbst dann, wenn man es mit Excel-Tabellen unterstützt. Das liegt unter anderem daran, dass der komplexe Krankenhausplan in NRW vier verschiedene Planungsebenen vorsieht und das auch noch je nach Leistungsgruppe. Davon gibt es immerhin 64.

Ein Beispiel?

Hansis: Während beispielsweise die Allgemeine Innere Medizin auf der Ebene von Landkreisen geplant wird, wird die Interventionelle Kardiologie nach Versorgungsgebieten geplant. Noch komplexere Leistungen werden hingegen auf Regierungsbezirks-Ebene oder sogar pro Landesteil betrachtet. Ein Haus hat also bis zu vier verschiedene Gruppen von Gesprächspartnern, mit denen es sich abstimmen soll. Diese Ebenen hängen dann wieder voneinander ab, da die Leistungsgruppen untereinander als Mindestvoraussetzungen oder über Auswahlkriterien verknüpft sind. Nun gilt es, diese Methodik auf gut 400 Krankenhaus-Standorte in NRW und alle 64 Leistungsgruppen anzuwenden.

Das scheint ein wahrhaft komplexes System zu sein.

Dahnke: Damit die Krankenhauslandschaft greifbar wird, haben wir ein Simulationstool entwickelt, mit dem man die komplette Versorgungslandschaft in NRW sichtbar machen kann. Damit können wir unter anderem simulieren, welche Auswirkungen bestimmte Restrukturierungen auf die Patientenströme haben und wo Kapazitätsengpässe drohen werden, wenn bestimmte Leistungsgruppen verschoben oder einzelne Häuser geschlossen werden. Doch selbst

Kranken- erstützt“

Zitationshinweis

Hansis, E., Dahnke, H., Stegmaier, P.: „Wie Datenanalyse die Krankenhausplanung in NRW unterstützt“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (02/22), S. 28-31. <http://doi.org/10.24945/MVF.02.22.1866-0533.2386>

mit diesem KI-gestützten Werkzeug ist es nicht leicht, eine Planung im angestrebten Detailgrad durchzuspielen, weil das System eine große Zahl an Variablen hat.

Ist der Krankenhausplan damit nicht zum Scheitern verurteilt?

Hansis: Nein, das sehen wir nicht so. Immerhin sind lange Verhandlungsphasen mit allen beteiligten Parteien eingeplant, in denen die regionalen Gegebenheiten durchleuchtet und sinnvolle Versorgungsmodelle erarbeitet werden können. Die Moderation dieser Verhandlungen wird aber in einigen Regionen herausfordernd, was Minister Laumann in Ihrem Interview bereits gesagt hat.

Hätten Sie einen Vorschlag?

Hansis: Denkbar wäre zum Beispiel, den Computer anhand bestimmter Regeln einen ersten, datenbasierten „Arbeitsvorschlag“ für die Planung berechnen zu lassen. Damit könnte man die Verhandlungen sicher abkürzen. Jedoch ist nicht klar, ob ein solches Vorgehen politisch gewünscht ist: Der Krankenhausplan schließt eine „algorithmische“ Planung explizit aus. Wir sehen jedoch nicht, warum man auf eine derartige Hilfestellung verzichten sollte. Die Entscheidung über die Versorgungsaufträge wird ausschließlich bei den Verhandlungspartnern liegen. Und wenn sich diese nicht einigen, eben bei der Politik.

Eine derartige Planung wäre machbar?

Wir haben bereits im Jahr 2020 ein Experiment zu diesem Thema gestartet. Unter dem Titel „Vorschläge zur Krankenhausplanung“ haben wir eine Studie angefertigt, die eine Planung konkret durchspielt. Dafür hatten wir allerdings eine vorherige Version der Leistungsgruppen-Definitionen benutzt, die aber fast mit der aktuellen übereinstimmt.

Welche Kriterien wenden Sie dort an?

Dahnke: Wir haben uns vier Grundprinzipien für die Planung gesetzt: Erstens eine wohnortnahe Grundversorgung für alle Bürger. Zweitens eine Konzentration des Leistungsangebots an jedem Haus auf die Bereiche, die es „richtig gut kann“. Drittens eine Beurteilung der Häuser nicht einfach nach ihrer Größe und Bettenzahl, sondern danach, ob sie von der Bevölkerung geschätzt und aufgesucht werden. Und viertens eine Orientierung an bestehenden Strukturen, um sowohl Kahlschlag als auch massive Neubaumaßnahmen zu vermeiden. Diese Regeln haben wir in einen komplexen Algorithmus umgesetzt und dann rechnerisch einen Vorschlag zur Versorgungslandschaft erstellt.

Was war das Ergebnis der Studie?



Dr. Eberhard Hansis
ist wissenschaftlicher Programmierer, CTO und Mitgründer von Vebeto



Dr. Hannes Dahnke
schlägt die Brücke von der Datenanalyse zu der Arbeitswelt von Krankenhaus-Geschäftsführern. Er ist CEO und Mitgründer von Vebeto

Hansis: Unsere Ergebnisse zeigen, dass es möglich ist, die Leistungsangebote an den einzelnen Häusern zu fokussieren: Die Anzahl der Leistungsgruppen, die jedes Haus versorgt, sinkt deutlich. Gleichzeitig steigt die Fallzahl in jeder einzelnen Leistungsgruppe, was auf eine höhere Qualität der Patientenversorgung und bessere Wirtschaftlichkeit hoffen lässt.

Können Sie dabei ermitteln, ob ein Haus von der Bevölkerung geschätzt wird?

Unsere Algorithmen ermitteln die Marktposition für alle Leistungsgruppen, die an einem Haus behandelt werden. Wir berechnen, ob die Bevölkerung das Angebot des Hauses in Anspruch nimmt oder lieber längere Fahrzeiten in Kauf nimmt, um zu weiter entfernten Häusern zu fahren.

Wie geht die Fahrzeit in die Studie ein?

Die Fahrzeiten sind eine wichtige Planungsgröße. Besonders, wenn man ganz Deutschland in den Blick nimmt. Dies wird bei einem Vergleich der Fahrzeiten zum nächsten Haus mit einer Interventionellen Kardiologie in NRW und Mecklenburg-Vorpommern deutlich (Abb. rechts). Wir haben die Parameter in unserer Studie so gewählt, dass sich die Fahrzeit trotz der Umstrukturierung nicht entscheidend verlängert. Dennoch gelingt dabei die schon angesprochene Konzentration von Leistungen.

Ein Knopfdruck und das funktioniert?

Hansis: So einfach ist es nicht. Die 1:1-Umsetzung dieses Szenarios wäre sehr herausfordernd. Dieses Vorgehen würde auch eine träger- und regionsübergreifende Koordination der stationären Versorgung erfordern.

Was käme dabei raus?

Dahnke: An vielen Häusern bliebe der Gesamtumfang der Versorgung ungefähr gleich, wenn Leistungsgruppen mit umliegenden Häusern getauscht würden. Doch wird es eine gewisse Zahl von Häusern geben, deren Leistungsumfang und damit Umsatz schrumpfen wird, und eine sehr kleine Zahl an Standorten, die nicht mehr benötigt werden. Diese liegt aber laut unseren ersten Studienergebnissen bei nur etwa fünf Prozent der Standorte und

damit weit unterhalb dessen, was in anderen Studien zur Krankenhausplanung gefordert wird. Da ist teils von einer Schließung von 40 Prozent oder gar der Hälfte der deutschen Krankenhäuser die Rede. Unser computer-basierter Ansatz ermöglicht eine gerechtere, objektivere und vor allem weniger radikale Grundlage für eine Weiterentwicklung der stationären Versorgung. <<

Herr Dr. Hansis, Herr Dr. Dahnke, danke für das Interview.
Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

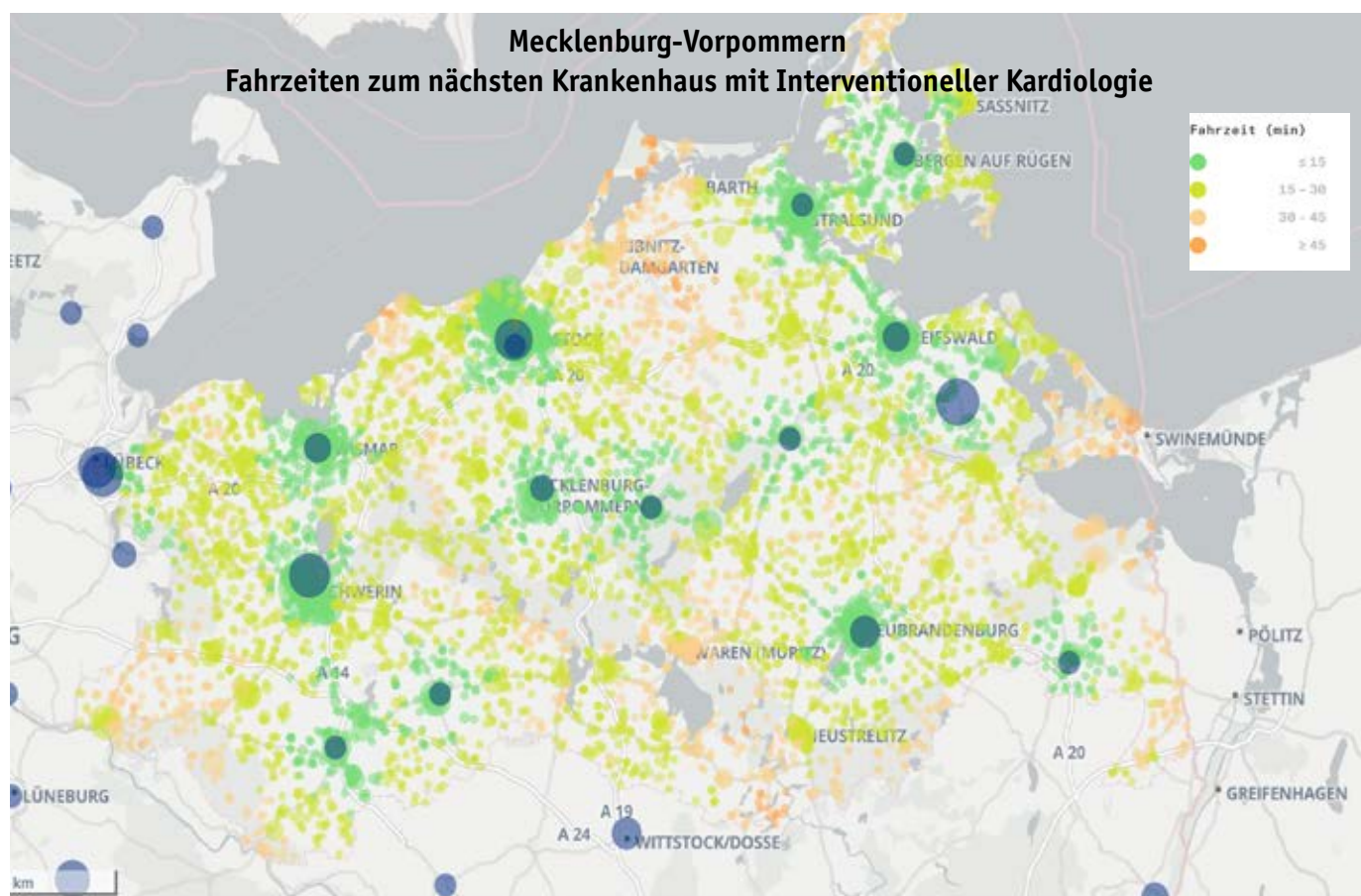
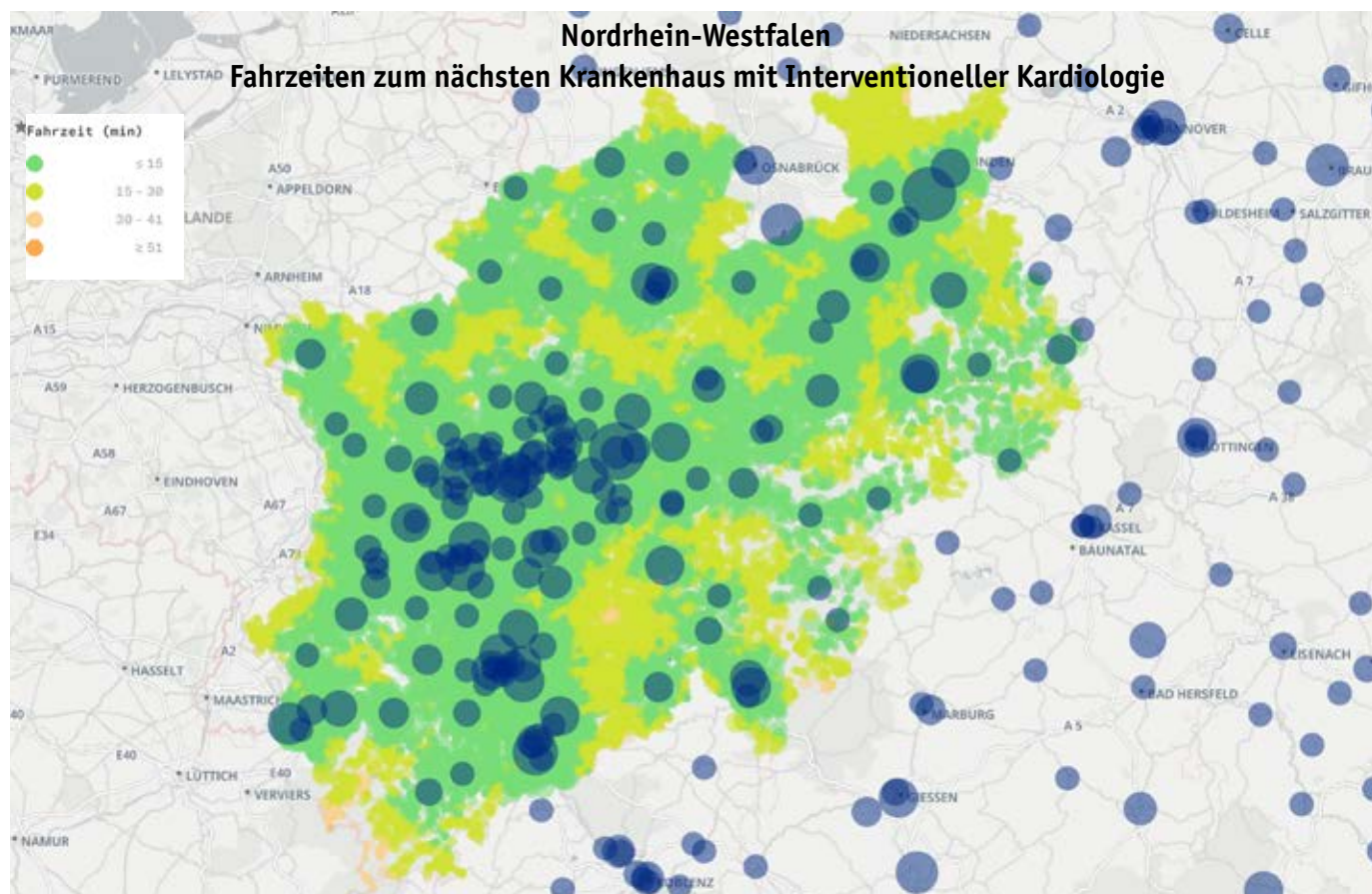


Abb. 1 und 2: In den Ballungsräumen in NRW (Abb. oben) ist die Fahrzeit kaum ein Thema. In ländlichen Gebieten wie in Mecklenburg-Vorpommern (Abb. unten) erkennt man deutlich, dass man z. B. auf nahezu keinen Kathetermessplatz verzichten kann, ohne deutlich weitere Fahrzeiten in Kauf zu nehmen. Die Studie kann bei Vebeto angefordert werden unter: <https://www.vebeto.de/krankenhausplanung>. Kartenhintergrund: © MapTiler; Daten: © OpenStreetMap-Mitwirkende.

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Kreis: Versorgungsforschung ist ethischer Imperativ“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (02/22), S. 32. <http://doi.org/10.24945/MVF.02.22.1866-0533.2387>

3. Charité-Versorgungsforschungskongress

Kreis: „Versorgungsforschung ist ethischer Imperativ“

Die Plattform – Charité Versorgungsforschung, 2019 auf Initiative der BMBF-geförderten Forschungsnetzwerke EMANet und NAVICARE gegründet, hat ihren nunmehr 3. Charité-Versorgungsforschungskongress veranstaltet – erneut im Onlineformat. Weit mehr als 100 Teilnehmer:innen verfolgten im Satelliten-Symposium die Vorstellung diverser Innovationsfonds-Projekte der Charité aus dem Förderbereich „Versorgungsforschung“, sowie im Rahmen der Plenarsitzung nach der Begrüßung durch Prof. Dr. Christoph Heintze (Sprecher der Plattform – Charité Versorgungsforschung) und Prof. Dr. Elke Schäffner (Stellvertretende Sprecherin der Plattform) folgten die Grußworte von Ulrike Gote (Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin) sowie von Prof. Dr. Heyo Kroemer (Vorstandsvorsitzender Charité – Universitätsmedizin Berlin) und Prof. Dr. Martin Kreis (Vorstand Krankenversorgung Charité – Universitätsmedizin Berlin).

>> „Die Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung sind wegen ihrer Bedeutung für das Individuum, für den Patient, die Patientin, genauso wie für die Gesellschaft insgesamt für uns Politiker:innen für gesundheitspolitische Entscheidungen natürlich außerordentlich relevant“, gab Ulrike Gote, die neue Gesundheits- und Wissenschaftssenatorin der Stadt Berlin, zu Protokoll. Ihre Fragen an die im Online-Plenum weit über 100 versammelten Versorgungsforscher:innen: „Wie steht es um die Zukunft der Gesundheitsversorgung?“ „Wie ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung?“ „Wie steht es um die Qualität?“ Und letztendlich: „Wie steht es mit der Wirtschaftlichkeit?“ Aus den Antworten dazu, die die Versorgungsforschung liefern könne, würden neue Impulse für Weiterentwicklung und Optimierung der medizinischen und sozialen Services erwachsen. Gote, die sich ihren Worten zufolge über die enge Zusammenarbeit zwischen der Charité und zahlreichen Partner:innen der Medizin- und Forschungslandschaft Berlins, in enger Interaktion mit Politik, Wirtschaft und natürlich der Berliner Stadtgesellschaft, freut: „Diese und andere Impulse wollen wir gemeinsam nutzen.“ Die Zusammenarbeit zwischen Charité und Vivantes im Sinne der Strategie Gesundheitsstadt Berlin 2030 sei wichtig und „ein gutes Zeichen“ – sichtbar unter anderem durch den Start des digitalen Austauschs von Behandlungsdokumenten im Rahmen der eHealth-Strategie und mit der Etablierung des neuen Bachelorstudiengangs „Angewandte Hebammenwissenschaften“ an der Charité gemeinsam mit dem Partner Vivantes.

„Ich möchte betonen, wie essenziell die strukturierte Betrachtung und wissenschaftliche Analyse unserer medizinischen Versorgung ist, um die zahlreichen Herausforderungen, denen wir schon heute begegnen und denen wir uns vor allem in Zukunft stellen müssen, zu bewältigen“, erklärte

Prof. Dr. Heyo Kroemer (Vorstandsvorsitzender der Charité – Universitätsmedizin Berlin) in seinem Grußwort. Die Coronapandemie habe die Herausforderungen in den letzten Jahren noch einmal verdeutlicht und verstärkt. Allen voran nannte er den demografischen Wandel, der einerseits die Personalknappheit verstärkte und andererseits die Gruppe der komplexen, multimorbiden Patienten vergrößere. Doch würde der wissenschaftliche Fortschritt und auch die Digitalisierung uns erfreulicherweise immer neue Behandlungsmöglichkeiten beschere, aber – so Kroemer – „wir müssen besser verstehen, wie diese Therapien und Methoden am besten einzusetzen sind“. Vor diesem Hintergrund würden Versorgungsforschungsergebnisse zunehmend weltweite Beachtung erfahren. Insofern sei es extrem wichtig, den Bereich Versorgungsforschung weiter auf- und auszubauen, die beteiligten Partner noch stärker zu vernetzen und weitere Synergien zu schaffen. Auch werde, um die so dringenden medizinischen Bedarfe – die sogenannten „high unmet medical needs“ – zu adressieren, auch das interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenwirken immer wichtiger. Dieser Grundsatz werde in der Versorgungsforschung aktiv praktiziert und führe zu einer praxisrelevanten Ergebnisorientierung und schließlich vor allem zu einer besseren bedarfsgerechteren Behandlung der Patienten. Kroemer: „Die Plattform Charité Versorgungsforschung hat die Aufgabe, das Wissenschaftsprofil der Charité um die Bereiche Versorgungsforschung zu ergänzen.“

„Hätten Sie mich damals gefragt, ob ich mich für die Versorgungsforschung engagieren würde, dann hätte ich Sie wahrscheinlich erst mal gefragt, „was ist das denn eigentlich?“ Mit diesen Worten, rückblickend auf den Beginn seiner medizinischen Laufbahn vor über 20 Jahren, begann Prof. Dr. Martin Kreis (Vorstand Krankenversorgung



Ulrike Gote, Diplom-Geoökologin und Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung der Stadt Berlin.

Charité – Universitätsmedizin Berlin) sein Videostatement. Doch hätte diese Wissenschaftsrichtung in den letzten 20, 30 Jahren eine „gigantische Entwicklung“ genommen, sichtbar unter anderem durch Kongresse wie den 3. Charité-Versorgungsforschungskongress, aber auch durch „enorme Summen an Drittmitteln und Geldern“, die ausgeschüttet würden, um die Versorgungsforschung zu fördern. Kreis: „Versorgungsforschung ist meines Erachtens ein ethischer Imperativ.“ Es sei völlig klar, dass früher, heute und wie auch in der Zukunft immer, zu wenig Mittel zur Verfügung stünden, um eine wirklich flächendeckende optimale medizinische Versorgung zu gestalten. Man müsse es sich auch ein Stück weit eingestehen, dass es immer Limitationen gebe und es deswegen geboten sei, zu überlegen, wie die bestmögliche Versorgung – idealerweise nahe des international gültigen medizinischen Standards – optimiert werden könne: im städtischen und vor allem im ländlichen Raum, aber auch für alte und für junge Patient:innen. <<

von:

MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Link

https://versorgungsforschung.charite.de/ueber_die_plattform/veranstaltungen/veranstaltungsarchiv/

WIR BRINGEN FORSCHUNG UND REALITÄT ZUSAMMEN

Analyse von ambulanten und stationären Versorgungs- und Gesundheitsdaten
Bewertung digitaler Innovationen
Unterstützung bei Beantragung und Umsetzung von Innovationsfonds-Projekten

Welche Patientengruppen profitieren von neuen digitalen Lösungen und wie lässt sich der Nutzen im Versorgungsalltag nachweisen?

Welche Potenziale für lokale und regionale Projekte zur besseren Gesundheitsversorgung lassen sich aus Daten ableiten?

Mit welcher Wahrscheinlichkeit führen neue Versorgungsformen und Technologien zu Einsparungen und besseren Gesundheitsergebnissen?

UNSER LEISTUNGSSPEKTRUM IM BEREICH ANALYTIK & FORSCHUNG

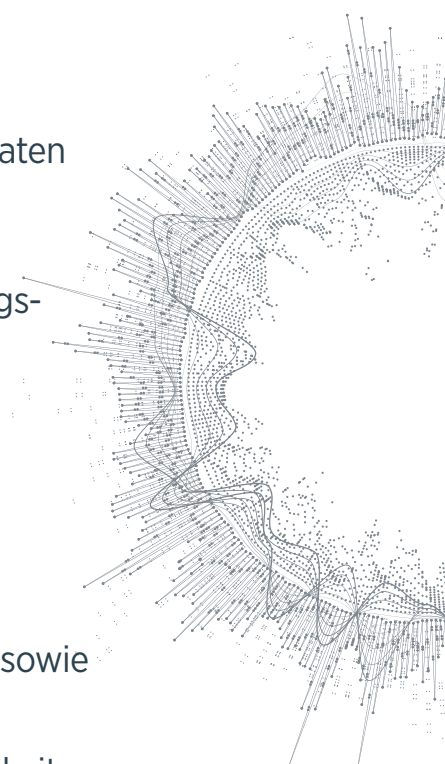
Wir analysieren Real-World-Evidence-Daten wie z. B. Versorgungsdaten von Krankenkassen oder ambulante und stationäre Daten aus verschiedenen Quellen.

- › Markt-, Standort- und Potenzialanalysen (z. B. zu Ambulantisierungspotenzial oder Risikogruppen)
- › Standardisierte Reporting- und Benchmarksysteme
- › Gesundheitsökonomische Analysen und Studien
- › Maschinelles Lernen und Prädiktionsmodelle
- › Entwicklung und Bewertung von Versorgungsprogrammen
- › Bewertung digitaler Innovationen
- › Studien zur Bewertung von Patient Reported Outcomes (PROMs) sowie Experiences (PREMs)

Wir beraten Sie auch bei Innovationsfonds-Anträgen – von Machbarkeitsprüfung über Antragstellung bis hin zu Evaluationskonzept und Datenanalytik.



[www.optimedis.de/
versorgungsforschung](http://www.optimedis.de/versorgungsforschung)



Online-Kongress „Theorie wagen“ von „Monitor Versorgungsforschung“ in Kooperation mit dem BMC e.V. (Teil 2)

Verschiedene Theorien pro Spezialfunktion

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 deutlich: Versorgungsforschung braucht nicht nur eine Theorie, sondern sehr viele, die es in verschiedenen Wissenschaftsgebieten gibt. Man muss sie nur kennen und nutzen. Nach dem ersten Kongresstag, der sich mit Grundlagen der Theorien beschäftigte und dessen Ergebnisse im ersten Teil der Berichterstattung in MVF 01/22 dargestellt wurden, wurde am zweiten Kongresstag versucht, die Frage zu beantworten, wie Theorien in der Praxis angewandt werden können und ob das – diskutiert am Beispiel der Lotsenprojekte – sinnvoll wäre.

>> Nach einem Rückblick auf den ersten Kongresstag, den MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski übernahm, stellte Lara Schломann MSc. vom IMVR in Köln eine Übersichtsarbeit vor, die sie in Kooperation mit „Monitor Versorgungsforschung“ erstellt hat. Im Vorfeld des Kongresses hatte MVF in Absprache mit dem IMVR eine Online-Umfrage unter Verantwortlichen von Lotsenprojekten initiiert, deren Ergebnisse Schломann in ihrem Vortrag „Kategorien und Funktionen von Lotsen im deutschen Gesundheitssystem – Übersicht in Praxis und Theorie“ einfließen ließ.

Kategorien und Funktionen von Lotsen

Hintergrund der Umfrage war ein Scoping Review mit dem Titel „Exploring the Roles, Function and Background of Patient Navigators and Case Managers“ der Autorinnen Kelly et al. der kanadischen Universität New Brunswick Saint John. Die Autorinnen haben, so Schломann, in ihrer Arbeit über 10.000 Artikel identifiziert und hinsichtlich unterschiedlicher Rollen, Funktionen und Hintergründen von Patientennavigatoren und Case Managern im Kontext der Gesundheitsversorgung ausgewertet. Durch ihre Arbeit hätten die kanadischen Forscherinnen die Funktion von Patientennavigatoren und Case Managern in neun Kategorien einteilen können. Nach Kelly et al. (2019) werden – so Schломann – die neun Funktionen von Case Managern (CM) und Patienten Navigatoren (PN) wie folgt festgelegt und (siehe Kasten rechts) definiert:

1. Interessenvertretung
2. Koordination der Versorgung
3. Fallüberwachung und Bedarfsermittlung
4. Engagement in der Gemeinschaft
5. Bildung und Selbstmanagement
6. Verwaltung und Forschungsaktivitäten
7. Psychosoziale Unterstützung
8. Navigation zu Dienstleistungen
9. Abbau von Barrieren

Aufgaben und Funktionen von Lotsen nach Kelly et al. sowie Erklärungen von Schломann

1. Interessenvertretung

- Öffentliche und ausdrückliche Unterstützung im Namen einer bestimmten Einrichtung, z. B. für Patienten, Organisationen, Programme
- Setzen sich für Interessengruppen ein, zu denen Patienten und ihre Familien, Ärzte und Mitarbeiter sowie Kostenträger gehören
- In der Regel Interessenvertretung von Patienten, z. B. gegenüber Krankenhäusern oder Versicherungen
- Unterstützung von Personen, die aus bestimmten Gründen (z. B. Krankheit, Behinderung) nicht in der Lage sind ihre Interessen wahrzunehmen

2. Koordination der Versorgung

- Koordinatoren des Versorgungsteams, um Patienten, Pflegekräfte und Versorgungsanbieter zu vernetzen
- Regelmäßige Rücksprache mit den beteiligten Akteuren
- Verteilen von Informationen
- Koordination des Versorgungspfades, Planung und Bereitstellung medizinischer Dienstleistung
- Berücksichtigung der Patientenbedarfe

3. Fallüberwachung und Bedarfsermittlung

- Kontinuierliche Überwachung, Dokumentation und Bewertung
- Festgelegte Zielvereinbarungen
- Veränderungen in der Bedarfslage der Patienten erkennen
- Ggf. Anpassungen vornehmen

4. Engagement in der Gemeinschaft

- Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Gruppen (Gemeinde, Organisationen, Selbsthilfegruppen)
- Fundraising, Mittelbeschaffung, Verbreitung von Wissen
- Öffentlichkeitsarbeit

5. Bildung und Selbstmanagement

- Förderung selbstbestimmten Handelns
- Ermutigung, Aufklärung und Informationsvermittlung
- Förderung der Kompetenzen und Motivation auf Seiten des Patienten, notwendige Angebote in Anspruch zu nehmen

6. Verwaltung und Forschungsaktivitäten

- Verwaltungstechnische Aktivitäten, z.B. Beschaffung und Bereitstellung von Informationen, Verwaltung der Ressourcenallokation, Dokumentation der Maßnahmen

7. Psychosoziale Unterstützung

- Emotionale, soziale und instrumentelle Unterstützung
- Verringerung von Ängsten und Sorgen der Patienten
- Förderung und Aufbau der Beziehungen zwischen Patienten, Pflegekräften, Betreuungsteam

8. Navigation zu Dienstleistungen

- Proaktive Führung des Patienten durch Gesundheitsdienste, -programme und -behandlungen
- Kontakt mit relevanten Diensten und Einrichtungen

9. Abbau von Barrieren

- Verringerung und/oder Abbau von Barrieren auf Ebene der Systeme, z. B. Finanzierung, Inanspruchnahme von Dienstleistungen
- Verringerung und/oder Abbau von Barrieren in Bezug auf die Patienten, z. B. Überwinden sprachlicher Barrieren, Verbesserung der Gesundheitskompetenz

Aus: Vortrag Lara Schломann MSc., MVF-Fachkongress „Theorie wagen“, Dezember 2021



Lara Schlomann, MSc. Wissenschaftliche Mitarbeiterin IMVR, Universität zu Köln

Auf Grundlage dieser neun Funktionen stelle sich, so führte Schlomann weiter aus, die Frage, welche Funktionen und Aufgaben Lotsen in aktuellen Forschungs- und Anwendungsprojekten einnehmen und inwiefern man diese auch dort wiederfinden kann. Um genau dieser Frage nachzugehen habe „Monitor Versorgungsforschung“ in einer deutschlandweiten Online-Abfrage im Zeitraum September bis November 2021 Projektverantwortliche (Projektleiter, Konsortialführung und Partner, Initiatoren, Unternehmer oder Förderer) um eine Selbsteinschätzung zu Umsetzungen und zu Ausprägungen der neun möglichen Kategorien und Funktionen der Projektlotsen befragt. Dabei sei die Zielerreichung der neun Funktionen zwischen null und hundert abgefragt worden, wobei „Null“ keine Zielerreichung, „100“ die höchste Zielerreichung in Prozent darstellt. Die Antworten (n=13) bildeten die Basis folgender Forschungsfrage: „Welche Funktionen und Aufgaben nehmen Lotsen in aktuellen Forschungs- und Anwendungsprojekten ein?“

Wie unterschiedlich die verschiedenen Lotsenprojekte aufgestellt sind, wird in Abbildung 1 deutlich. Laut Schlomann reicht die Spannweite der Antworten (in Rot dargestellt) zum Beispiel bei der Kategorie 2 „Koordination der Versorgung“ zwischen 50 im Mini- und 100 im Maximum. Bei der Kategorie 3 „Fallüberwachung und Bedarfsermittlung“ zwischen 40 und 100, bei anderen sogar zwischen 0 und 100. Die hohe Variationsbreite, so Schlomann, erkenne man deutlich an der hohen Spannweite bei einem Minimum von 0 und einem Maximum von 100. Zu erkennen sei jedoch, dass die Koordination der Versorgung“ (Kategorie 2) im Mittel die höchste Zielerreichung aufweise.

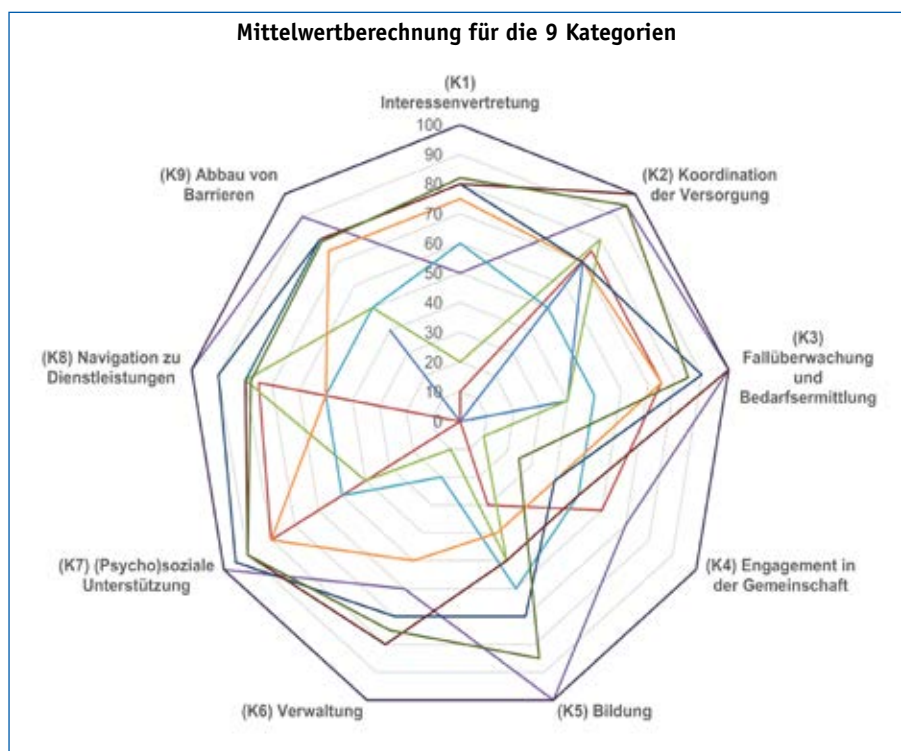


Abb. 1: Mittelwertberechnung für die 9 Kategorien; aus: Vortrag Lara Schlomann MSc., MVF-Fachkongress „Theorie wagen“, Dezember 2021.

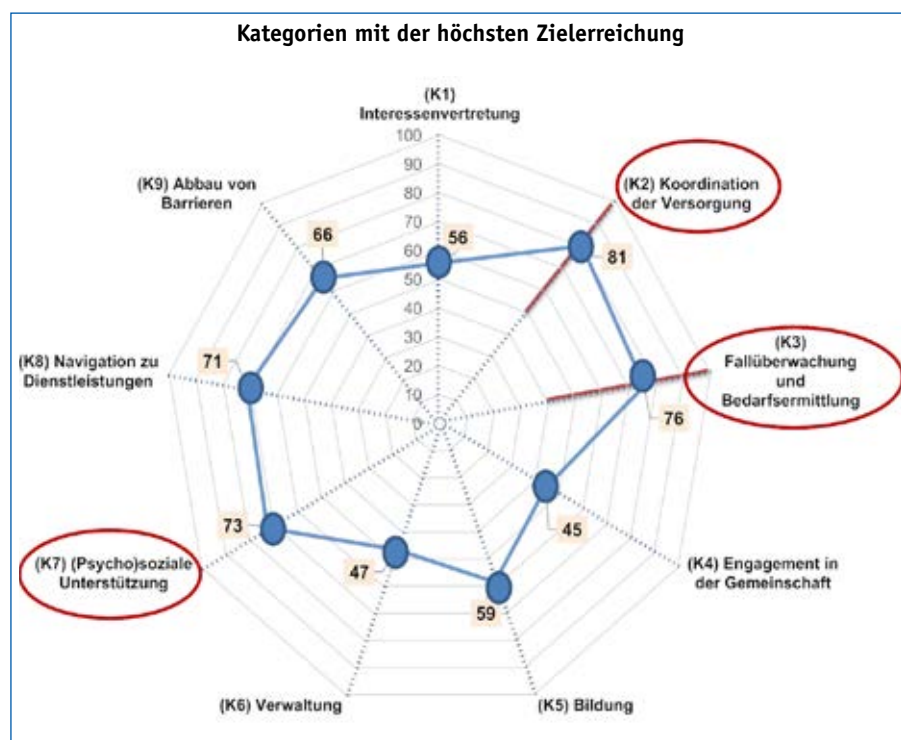


Abb. 2: Kategorien mit der höchsten Zielerreichung; aus: Vortrag Lara Schlomann MSc., MVF-Fachkongress „Theorie wagen“, Dezember 2021.

Bei der Analyse der Ergebnisse hätten sich zudem drei Kategorien herauskristallisiert, die im Mittel die höchste Zielerreichung aufwiesen: die Kategorie 2 „Koordination der Versorgung“ mit einem Mittelwert von 81 bei

der Zielerreichung, die Kategorie 3 „Fallüberwachung und Bedarfsermittlung“ (Mittelwert 67) und die Kategorie 7 „Psychosoziale Unterstützung“ mit einem Mittelwert von 73.

Es ist nun nicht verwunderlich, dass – je

nach Setting des jeweiligen Lotsenprojekts – die neun Funktionen in den einzelnen Projekten sehr unterschiedlich abgedeckt werden. Es müsse beachtet werden, dass die neun Funktionen je nach Setting, Patientenzielgruppe oder Forschungs-/Versorgungsziel variieren könnten. Zum Beispiel sei gerade im Bereich der psychischen Erkrankung die soziale Unterstützung besonders relevant, da diese als Schutzfaktor dienen könne; zum Beispiel, um die eigenen Resilienzen zu schützen.

Als Limitation nannte Schlomann die (noch) kleine Stichprobe der Antwortenden, die eine tiefergehende, inferenzstatistische oder auch multivariate Analyse unmöglich mache. So könne es sein, dass in den vorliegenden Antworten einige der neun Funktionen noch nicht abgedeckt sein, jedoch eine gewisse Relevanz haben könnten. Daher plädiert sie dafür, die Laufzeit dieser Abfrage auszuweiten und weitere Verantwortliche der Lotsenprojekte zu bitten, an der Umfrage teilzunehmen. Schlomann: „Es wäre zum Beispiel interessant zu erfahren, welche Theorien und Endpunkte die Befragten für ihre Projekte herangezogen haben.“ Ebenso sollte eine einheitliche Definition der Lotsen mit Einbeziehung verschiedener Funktionen, aber auch unter der Berücksichtigung bestehender Theorien erarbeitet werden.

Hier würde sich beispielsweise für die Kategorie 3 „Psychosoziale Unterstützung“ die soziale Unterstützungstheorie anbieten. Im Hinblick auf die Koordination sollte hingegen eine Koordinationstheorie angewandt werden. In der anschließenden Diskussion ihres Vortrags wies Prof. Dr. Holger Pfaff (Direktor des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität zu Köln – IMVR) darauf hin, dass – zum Beispiel um die Gesundheitskompetenz zu stärken – zum einen das Salutogenesemodell, zum anderen die Gesundheitskompetenztheorie als Theoriehintergründe geeignet wären. Hier werde überdeutlich, wie viele unterschiedliche Theorien man verwenden könne, die aus anderen Wissenschaftsgebieten stammen und dort oft schon seit vielen Jahren eingesetzt würden. Da schon „soziale Unterstützung“ und „Koordination“ zwei ganz unterschiedliche Kategorien seien – und diese auch nur zwei der neun oder womöglich noch mehr Funktionen wären, die bei Lotsensystemen denkbar seien – müsse man die Frage stellen: „Kann es überhaupt eine Theorie quasi als ‚Mädchen für alles‘ geben oder braucht es verschiedene Theorien pro spezialisierter Funktion?“



Martin Klein, Unternehmensberater Berlin

Analytische Systematisierung und Visualisierung

Will man sich der Frage nähern, welche Theorien zu welchen Lotsenprojekten passen, muss man erst einmal wissen, welche es denn überhaupt gibt. Hier helfen die Lotsenlandkarte des BMC, ein schon etwas älteres Gutachten vom IGES und das Onlineportal des beim G-BA angesiedelten Innovationsfonds weiter. Bei letzterem kann man zumindest in einer Suchabfrage nach dem Begriff „Lotsen“ suchen. Fündig wird man aber bei weitem nicht immer, weil die Suchabfrage nur auf der Ebene der Projekttitel funktioniert, aber nur wenige Lotsenprojekte auch den Begriff „Lotse“ im Titel führen. Volltext-Suche: Fehlanzeige! Hat man denn doch welche gefunden, weil man ihre Namen kennt (Stroke OWL, RUBIN etc.) sind deren Abstracts aus den jeweiligen Förderanträgen einsehbar, ebenso nach erfolgter Evaluation entsprechende PDFs – falls vorliegend – zu Bewertung und G-BA-Beschluss. „Wie soll man auf der Basis von PDFs zu Erkenntnissen auf Metaebene kommen“, fragte Martin Klein in seinem Vortrag „Lotsenprojekte im Überblick“, in dem er einen neuen Ansatz der „Analytischen Systematisierung und Visualisierung“ vorstellte. Hintergrund ist der von ihm und Roland Nagel von den Leipziger Foren in Kooperation mit „Monitor Versorgungsforschung“ vorgeschlagene „Innovationsfonds-Monitor“ (s. MVF 06/21).

Auf Basis einer graphbasierten Datenbank, die das Walldorfer IT-Unternehmen metaphacts bereitstellt, soll mit dem „Innovationsfonds-Monitor“ ein sich nach und nach

entwickelndes Daten- und Informations-System geschaffen werden, um – so Klein – die „Basis für ein agiles Wissensmanagement für die Versorgungsforschung in Deutschland“ zu schaffen.

Der Vorteil der Graph-Lösung: Jeder einmal eingegebene Datenpunkt ist über eine Ontologie mit dem anderen verbunden. Klein führt hier folgendes Beispiel an: „Wer herausfinden will, welche Detailmaßnahmen in verschiedenen Lotsenprojekten zu welchem Ergebnis geführt haben, muss – Stand heute – die Ergebnisse aus verschiedenen PDFs, die beim Innovationsfonds vorliegen oder aber in diversen Medien als Publikationen erschienen sind, zuerst einmal finden und dann auswerten.“ Dies sei auf Basis der Wissenbevorratung auf PDF-Ebene schier unmöglich. Sinnreicher und nutzenstiftender wäre da ein moderner Datenbankansatz, der strukturiert Daten vorhalten und miteinander verknüpfen kann.

Die Vorarbeiten sind laut Klein geleistet, „bisher absolut pro bono“, wie er betont. Nun müsse sich eine „Allianz der Willigen“ zusammenfinden, die aus der ersten Idee eines „Innovationsfonds-Monitors“ eine tragende Struktur schafft. Klein: „Talents, Partners & Funding are wanted.“ Denn, so Klein weiter, wobei er ein Zitat aus dem Vortrag von Prof. Pfaff vom ersten Kongresstag (s. MVF 01/22) abwandelte: „Wer den Kontext verstehen will, braucht nicht nur eine Theorie über den Kontext, sondern auch einen Überblick über eben diesen.“

Fragen und Aufgaben für die Versorgungsforschung

Dr. Michael Brinkmeier, Vorsitzender der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, stellte in seinem Vortrag nicht nur das von ihm verantwortete Innovationsfondsprojekt „Schlaganfall Lotsen“ vor, sondern brachte darüber hinaus eine neue Idee für einen anderen Zugang zur Datenerzeugung und -haltung, sowie am Schluss seines Vortrags auch gleich eine ganze Liste an Fragestellungen mit, die seiner Meinung nach die Versorgungsforschung beantworten könnte. Bei Lotsenprojekten, so Brinkmeier, gehe es „um komplexe Lebenslagen, die entlang eines Lebenspfades und über einen Zeitabschnitt hinweg professionell begleitet“ werden. Das sei ganz wichtig für die Lotsentheorie, ja ein „erster wichtiger Ankerpunkt“, wenn man über Theorien spricht. Essenziell sei aber auch, dass man, wenn man über Lotsen rede, nicht über neue Versorgungsformen



Abb. 3: In roter Farbe sind die Teile des „Innovationsfonds-Monitor“ dargestellt, die bereits entwickelt und mit Daten gefüllt worden sind, in grau jene, die es noch zu entwickeln gilt, um ein wirklich nutzwertiges Instrument für die Versorgungsforschung zu schaffen. Oben in der Abbildung sind Logos möglicher Datenbanken und Register dargestellt, deren Inhalte ebenfalls in eine große Forschungs-Datenbank einfließen könnten, wenn man es denn wollte. Aus: Vortrag Klein „Lotsenprojekte im Überblick: Analytische Systematisierung und Visualisierung“, MVF-Fachkongress „Theorie wagen“, Dezember 2021.



Dr. Michael Brinkmeier, Vorsitzender der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

rede, sondern über eine zusätzliche Unterstützungsform der Versorgungssteuerung. Es müsse anerkannt werden, dass die „eigentliche Steuerung“ vom Betroffenen oder dessen Familienangehörigen ausgehe, der Lotse immer nur unterstützend agieren könne – auch das sei bei der Bildung einer Theorie zu beachten.

Leider gebe es genau dazu zu wenig Daten, aus denen Handlungsnotwendigkeiten abgeleitet werden könnten. Und zudem

meist nur solche, die einzeln von verschiedenen Akteuren entlang der Versorgungskette bestenfalls abschnittsweise „in vielen Datenpools, die aus verschiedenen Gründen nicht miteinander reden“, abgespeichert, aber nie zusammengeführt würden. Genau das will die Schlaganfall-Hilfe mit ihrem Lotsenprojekt ändern. Und zwar, indem die betreuenden Schlaganfalllotsen jeden Monat um die 10.000 neue Datensätze erheben und dokumentieren. Brinkmeier sagt an die Versorgungsforscher:innen gerichtet: „Das heißt, dass wir sie mit relevanten strukturierten Datensätzen überschütten werden. Ich freue mich schon darauf, dass sie in diesem Datenschatz stöbern, was das Zeug hält und daraus mit uns zusammen Erkenntnisse ableiten, die uns helfen, die Versorgung nach vorne zu bringen.“ Seine These ist, dass sich jeder Patient-Journey-Datensatz in viele kleine Datenschnipsel (oder Puzzlestücke) zerlegen lässt. Und dass – wenn diese „Schnipsel“ klein genug sind – sich diese mit Datenpunkten anderer lotsengenerierter Datensätze kombinieren lassen. Sofern – und da ist er ganz bei Martin Klein – diese in einer geeigneten Art und Weise in einer modernen Wissensdatenbank hervorragt und zur Verfügung gestellt werden.

Am Ende seines Vortrags nannte Brinkmeier noch einige relevante Fragestellungen,

die er gerne mit Versorgungsforscher:innen erörtern würde:

1. Was macht die Lotsen so besonders? Ist es die Tatsache, dass – orthodox gesprochen – Lotsen gar keine NVF (Neue Versorgungsform) sind, sondern Koordinatoren der Versorgung und damit vertrauenswürdige Datenmanager?
2. Ist die elektronische Patientenakte (ePa) eigentlich nichts anderes als eine mehr oder weniger bestückte/aufgeräumte Datenscheune? Sind die Lotseninterventionen dagegen nicht das Fließband einer Evidenzfabrik?
3. Wie muss der theoretische Unterbau der Lotsenfunktion gestaltet sein, damit aus Sicht der Versorgungsforschung die entlang der Patient Journey generierten Informationen möglichst harmonisiert genutzt werden können?
4. Wie müssen die Datenschnipsel konstruiert sein, damit sie durch die Lotseninterventionen mit Leben gefüllt werden können?
5. Besitzen wir mit dem Zugriff auf die Patient Journey etwas, was Apple, Google & Co. nicht haben?
6. Wie bekommen wir es hin, dass das BMBF (nicht das BMG!) einen gut gefüllten Fördertopf „Wissensgenerierung durch Lotsenstrukturen“ auf den Weg bringt?

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Verschiedene Theorien pro Spezialfunktion“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (02/22), S. 34-38. <http://doi.org/10.24945/MVF.02.22.1866-0533.2388>



Dipl. Ges.-Ök. Petra Riesner, Projektleiterin des „Cardiolotsen“ der AOK Nordost



Dr. Matthias Arnold, Senior Health Economist beim inav

Übertragbarkeit – Akteure – Weiterentwicklung

Dipl. Ges.-Ök. Petra Riesner, die Projektleiterin des „Cardiolotsen“ der AOK Nordost, beleuchtete in ihrem Vortrag die Funktion, Aufgaben und Leistungen des „Cardiolotsen“-Projekts. Dieses würde ein bundesweites Einsatzpotenzial bieten und eine Ausweitung auf andere Indikationen sowie eine Anbindung bei anderen Akteuren ermöglichen.

Dabei stellen sich ihrer Meinung nach noch zu beantwortende Fragen, wie etwa:

- 1) Welche Instrumente aus dem Werkzeugkasten der Versorgungsforschung passen für Konzeption, Begleitung und Auswertung solcher Projekte?
- 2) Welche Akteure im Gesundheitswesen sind für eine Anbindung der „Cardiolotsen“ ge-

- eignet? Welche (Basis)-Qualifikationen sollten Lotsen haben?
- 3) Welche Zertifizierung des Curriculums erscheint sinnvoll?
- 4) Wo sind Anpassungen am Curriculum denkbar zur Übertragbarkeit auf andere Indikationen?
- 5) Wie kann der „Cardiolotse“ weiterentwickelt werden?
- 6) Wäre der „Cardiolotse“ übertragbar auf andere Indikationen?
- 7) Welche Fragestellungen sind im Hinblick auf Corona noch zu beantworten?

Impulsvortrag: Toolbox zur Evaluation von VF-Projekten

Dr. Matthias Arnold, Senior Health Economist beim Privaten Institut für angewandte Versorgungsforschung (inav), stellte eine „Toolbox zur Evaluation von Versorgungsprojekten“ vor. Lotsenprojekte sind, so Arnold, immer komplexe Interventionen alleine schon deswegen, weil ihre Wirkung nicht immer direkt auf den Patienten einwirkt, sondern es immer auch indirekte und interdependente Komponenten zu beachten gebe. Das bedeute, dass ein Großteil der Leistungserzielungen nicht durch den Lotsen selbst, sondern durch eine verbesserte ärztliche Leistungserbringung oder eine Inanspruchnahme einer Leistungserbringung generiert werde. Genau das aber mache die Evaluation von Lotsenprojekten so schwer, bei der immer ein Blick auf alle drei Evalua-

tionsebenen geworfen werden müsse, daher würde eine rein summative Evaluation dem Projektaufwand nicht gerecht.

Bei jeder Evaluation eines Lotsenprojekts geht es nach Arnold um die Frage, ob sich die Verwendung von Versichertenbeiträgen nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot rechtfertigen lassen. Es gehe nicht nur darum, den Beweis zu erbringen, dass es funktioniert, sondern sollte auch lernen, warum es funktioniert, oder gegebenenfalls auch, warum nicht. Sein Tipp: „Zu Beginn einer Designstudie zu einem Evaluationsansatz muss man sich sehr detailliert mit dem Wirkungsmodell auseinandersetzen, sich eingestehen, dass man das Wirkungsmodell eventuell nicht hundertprozentig begreift und daher erst das Wirkungsmodell selbst erforschen muss.“ << von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Thema		
Kategorien und Funktionen von Lotsen im deutschen Gesundheitssystem – Übersicht in Praxis und Theorie	Im Bereich der Gesundheitsversorgung bestehen die Aufgaben und Funktionen von Lotsen (Case Managern, Patientennavigatoren, Pflegekoordinatoren, Pflegemanagern, Gesundheitscoaches) aus vielen Komponenten, die in einer sehr komplexen Versorgungsumgebung funktionieren. Eine einheitliche Definition, was ein Lotse ist und tut, gibt es allerdings (noch) nicht. Um die Frage zu beantworten, welche Funktionen und Aufgaben Lotsen in aktuellen Anwendungs- und Forschungsprojekten übernehmen, hat „Monitor Versorgungsforschung“ eine deutschlandweite Umfrage durchgeführt. Befragt wurden Projektverantwortliche zu Umsetzung und Ausprägung neun möglicher Kategorien und Funktionen von Lotsen. Der Vortrag beleuchtet die Ergebnisse der Umfrage und unternimmt den Versuch einer Klassifizierung.	Lara Schломann MSc., IMVR, Universität zu Köln
Lotsenprojekte im Überblick: Analytische Systematisierung und Visualisierung	Seit 2019 arbeiten die Gesundheitsforen Leipzig mit Unterstützung des „geistigen Vaters“ – Martin Klein – gemeinsam mit den Initiatoren und führenden Technologiepartnern an der Entwicklung eines „Innovationsfonds-Monitors“. Am Beispiel von Lotsenprojekten im engeren und erweiterten Sinne wird der zugrunde liegende methodische und technologische Ansatz präsentiert. Dabei ist insbesondere die Verknüpfung eines Themas wie Lotsensysteme zu anderen Bereichen der Versorgungsforschung spannend. Aus diesem Ansatz kann sich auch ein Beitrag zum Überblick und zur Strukturierung der verschiedenen Begriffe und Konzepte ergeben.	Martin Klein
Fallbeispiel Schlaganfall-Lotsen: Fragen und Aufgaben für die VF	Schlaganfall-Lotsen erzeugen, monitoren und steuern strukturierte Versorgungspfade, erstmals gleichzeitig auf Mikro-, Meso- und Makroebene. Dabei entsteht eine Fülle strukturierter, dynamischer, auf die einzelnen Personen bezogener Patient-Journey-Daten. Für die Betroffenen werden zwei Primärziele angestrebt: a) gesundheitlich (weniger Rezidive/andere Folgeerkrankungen) und b) sozial (verbesserte Teilhabe). Mit welchem theoretischen Rüstzeug kann die Versorgungsforschung solche komplexen Koordinierungsprojekte begleiten, systematisieren und beurteilen?	Dr. Michael Brinkmeier, Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe
Fallbeispiel Cardiolotse: Übertragbarkeit – Akteure – Weiterentwicklung	Das Projekt Cardiolotse untersucht eine neue Versorgungsform für kardiologische Erkrankungen. Durch die Stärkung der Patienten im Verständnis und Umgang mit ihrer Herzerkrankung unabhängig von Alter, Herkunft, sozialem Status oder Erfahrungen im Umgang mit digitalen Medien sollen u.a. Senkungen der Rehospitalisierung und Sterblichkeit erreicht werden. Weitere Ziele sind eine verbesserte Therapieadhärenz sowie bessere Compliance in der Medikamenteneinnahme. In der Folge sollen dann auch direkte und indirekte Kosten reduziert werden. Das Versorgungsmodell ist so konzipiert, das Funktion, Aufgaben und Leistungen des Cardiolotsen bundesweites Einsatzpotenzial bieten und eine Ausweitung auf andere Indikationen sowie eine Anbindung bei anderen Akteuren möglich ist. Welche Instrumente aus dem Werkzeugkasten der Versorgungsforschung passen für Konzeption, Begleitung und Auswertung solcher Projekte?	Dipl. Ges.-Ök. Petra Riesner, Projektleitung Cardiolotse der AOK Nordost
Toolbox zur Evaluation von VF-Projekten	Lotsenprojekte als Beispiel für komplexe Interventionen, die eine indirekte Wirkung auf den Patienten durch Verbesserung der Prozess- und Strukturqualität, sowie eine interdependente Wirkung haben. Notwendig ist ein Blick auf drei Evaluationsebenen (Strukturen, Prozesse, Wirkungen).	Dr. Matthias Arnold, inav

CASA



PLUS

Zu Hause, aber sicher!

Seit 2007 kümmert sich das Casaplus-Team für GKV und PKV erfolgreich um die Gesundheitsfragen von mehrfach erkrankten Versicherten ab 55 Jahren – besonders bei erhöhtem Krankenhausrisiko. Dabei unterstützt unser medizinisches Coaching die Teilnehmer daheim.

Mit 8-wöchentlichen Monitoring-Gesprächen, einer 24/7-Sofortberatung und Intensiv-Coachings bis hin zum Hausbesuch.

Details erfahren Sie unter
0201 4398-1940 von
Ines Oelmann.

Casaplus ganz kurz:

- + telefonisches Coaching 1-zu-1
- + bei Mehrfacherkrankung Ü55 mit erhöhtem Krankenhausrisiko
- + fördert die Gesundheit daheim
- + ganzheitlich & lösungsorientiert
- + 7 geriatrische Schwerpunkte
- + Hausbesuch inkl. Sturzprophylaxe
- + 24/7 medizinische Sofortberatung auch zum Thema „Arzneimittel“
- + aktive Hilfe in Versorgungsfragen
- + gerne Angehörigen- & Arztkontakt

Ergebnis des Online-Kongresses „Theorie wagen“ von „Monitor Versorgungsforschung“ und BMC e. V. – Teil 2

Weitere 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 „Patent“.

>> Um zu einem gefestigten Theoriewissen zu kommen, muss man 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 (s. MVF 01/22) 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 Theoriebaukasten wächst		
Teil	Theorie	Pat:innen
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	Normalisierungs-Prozess-Theorie	Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu, Alexandra Piotrowski, Bergisches Kompetenzzentrum für Gesundheitsökonomik und Versorgungsforschung, Bergische Universität Wuppertal
5	Habitus-Theorie	Sara Söling, Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu, wie in 4.
6	Luhmann'sche 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	Soziologische Handlungstheorie (Coleman-Modell)	Patenschaft offen
9	Theorie des kommunikativen Handelns (Habermas)	Patenschaft offen
10	Theorie der sozialen Unterstützung (House)	Patenschaft offen
11	Moderatorentheorie	Patenschaft offen
12	Strukturationstheorie	Patenschaft offen
13	Bayes Theorem	Patenschaft offen
14	Behaviorismus	Patenschaft offen

Theorien-Datenbank von MVF

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

Kooperation mit regionalen Arztnetzen

Mein AOK-Gesundheitsnetz[®]

Gemeinsam erfolgreich für eine optimale ambulante Versorgung

Zur Optimierung der ambulanten Versorgung in den Regionen Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern hat die AOK Nordost exklusiv für ihre Versicherten bereits vor mehr als 17 Jahren gemeinsam mit regionalen Arztnetzen das Gesundheitsprogramm Mein AOK-Gesundheitsnetz[®] entwickelt.

Mein AOK-Gesundheitsnetz[®] fördert die Vernetzung und Koordination von ambulanten und stationären Versorgungsangeboten. Ziel ist es, die sektorübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit zu optimieren und die patientenzentrierte, wohnortnahe, gesundheitliche Versorgung in den Regionen zu erhalten und zu verbessern.

Die Entwicklung und der Einsatz von sektorübergreifenden Behandlungspfaden und ein gemeinsames Fallmanagement, die Durchführung von Qualitätszirkeln und zusätzliche Angebote, wie zum Beispiel die Unterstützung durch kompetente Casemanager:innen fördern den innerärztlichen Austausch und es bleibt mehr Zeit für die Patient:innen. Diese profitieren von einer bedarfsgerechten Versorgung, der Vermeidung von unnötigen Doppeluntersuchungen, schnelleren Facharztterminen und einer optimalen Überwachung der Arzneimitteltherapie.

Mehr erfahren auf aok.de/gp/gesundheitsnetz

Normalisierungs-Prozess-Theorie

Für die erfolgreiche Einführung von Innovationen in komplexe adaptive Systeme, wie z.B. in Arztpraxen oder Krankenhäuser, müssen wir verstehen, wie sich Umsetzungsprozesse und ihre Kontexte gegenseitig bedingen. Insbesondere detaillierte Kenntnisse darüber, welche Handlungen Agierende vollziehen, um einer Innovation einen Sinn zu geben und sie in ihre Arbeitsabläufe zu integrieren sowie das Wissen über Kontextelemente, welche das Handeln beeinflussen, sind eine wesentliche Voraussetzung für den Übergang einer Innovation aus dem Modellprojektstatus heraus in den Versorgungsalltag. Die Normalisierungs-Prozess-Theorie (NPT), welche derzeit zu den prominentesten Theorien in der Implementierungsforschung zählt, kann in diesem Zusammenhang Orientierung geben. Sie charakterisiert die Einführung und Einbettung von Innovationen als sozialen Prozess kollektiven Handelns und weniger als Anstrengung individuell Agierender. Als Theorie mittlerer Reichweite beschreibt sie eine Reihe von generativen Mechanismen unterschiedlicher Art, welche das Handeln der beteiligten Agierenden bei der Einbindung von Innovationen in die Versorgung motivieren und strukturieren.

>> Die Normalisierungs-Prozess-Theorie ist eine soziologische Theorie, welche für Mechanismen sensibilisieren möchte, die zur Umsetzung, Einbettung und Integration neuer Technologien und organisatorischer Innovationen grundlegend sind (May & Finch 2009). Im Zentrum stehen insbesondere die kognitiven und sozialen Prozesse, welche Menschen durchlaufen, um eine Innovation in ihre Alltagspraktiken zu integrieren und deren Nutzung aufrechtzuerhalten. Mit ihr lassen sich in diesem Zusammenhang in verschiedensten Stadien eines Implementierungsprozesses Faktoren identifizieren, welche die routinemäßige Einbindung neuer Praktiken in die Alltagspraxis fördern und/oder hemmen (Murray et al. 2010; May 2006, May 2013).

Die NPT ging als Erweiterung aus dem Normalisierungsprozessmodell (NPM) von May und Kolleg:innen hervor (May et al. 2007) und stellt für das Verständnis von Implementierungsprozessen vier nicht-lineare generative Kernmechanismen bereit (siehe Tabelle 1):

- Kohärenz (Coherence): die Bewusstseinsbildung, die Einzelpersonen und Gruppen betreiben, um ein Verständnis dafür zu entwickeln, wie sich eine Innovation von anderen Praktiken unterscheidet, welche Vorteile sie bietet und was die Menschen tun müssen, um sie zu nutzen.
- Kognitive Partizipation (Cognitive Participation): die Beziehungsarbeit, um sicherzustellen, dass die richtigen Personen an der Umsetzung der Innovation beteiligt sind, sowie die Legitimation und das Engagement von Personengruppen, sich neu zu organisieren, um die Innovation zu nutzen.
- Kollektives Handeln (Collective Action): die Bemühungen der Menschen, eine Innovation zu operationalisieren.
- Reflexive Überwachung (Reflexive Monitoring): die individuelle und kollektive Bewertung der Veränderungsarbeiten sowie der nachhaltigen Nutzung der Innovation.

Jeder Kernmechanismus wird zudem über vier Unterkomponenten vertiefend konzeptualisiert (im Rahmen dieses Beitrags nicht aufgeführt), wodurch ein tiefgreifendes Verständnis der Mechanismen möglich wird. <<

Bezeichnung

Normalisierungs-Prozess-Theorie (NPT)

Begründer der Theorie

Carl May und Tracy Finch (Federführend)

Entwicklungshistorie

- (1) Theoriebildung auf Basis diverser empirischer Studien und Evidenzsynthesen, Entwicklung der Kernkonstrukte der NPT;
- (2) Inhaltliche Verfeinerung der Konstrukte und Theorieübersetzung in die Entwicklung von Toolkits und Erhebungsinstrumente (z. B. NoMAD);
- (3) Entwicklung neuer Konstrukte im Rahmen empirischer Studien und Evidenzsynthesen zur Anwendung der NPT.

Zentrales Anliegen

Verstehen, wie Innovationen routinemäßig in die Alltagspraxis integriert oder eingebettet werden.

Anwendungsbereiche

Planung und/oder Evaluation von Interventionen, Monitoring von Implementierungsprozessen

Literatur

- May, C. and Finch, T. (2009). Implementing, embedding, and integrating practices: an outline of normalization process theory, *Sociology*, 43(3), pp. 535-554.
- Murray, E., Treweek, S., Pope, C., MacFarlane, A., Ballini, L., Dowrick, C., Finch, T., Kennedy, A., Mair, F., O'Donnell, C. and Ong, B.N. (2010). Normalisation process theory: a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions, *BMC Medicine*, 8(1), p.63.
- May, C. (2006). A rational model for assessing and evaluating complex interventions in health care, *BMC Health Services Research*, 6, article 86, pp. 1-11.
- May, C. (2013). Agency and implementation: Understanding the embedding of healthcare innovations in practice, *Social Science & Medicine*, 78, pp. 26-33.
- May, C., Finch, T., Mair, F., et al. (2007). Understanding the implementation of complex interventions in health care: the normalization process model, *BMC Health Services Research*, 7, p. 148.
- May, C.R., Cummings, A., Girling, M. et al. (2018). Using Normalization Process Theory in feasibility studies and process evaluations of complex healthcare interventions: a systematic review. *Implementation Sci* 13, 80. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0758-1>

Konstrukte der NPT		
Kernmechanismus	Definition	Mögliche Fragestellungen
Kohärenz	Prozess der Bewusstseinsbildung, den Individuen und Organisationen durchlaufen, um die routinemäßige Verankerung einer Praxis zu fördern oder zu verhindern	Was sind die Gründe und Triebkräfte für die Umgestaltung einer Organisation? Wie verstehen Menschen eine Praktik/Intervention? Wie geben Menschen einer Praktik/Intervention einen Sinn und welche Auswirkungen hat dies auf die Definition und (Neu-)Organisation einer Praktik/Intervention?
Kognitive Partizipation	Beziehungsarbeit, welche Beteiligte leisten, um Einzelpersonen in die neu eingeführte Praktik/Intervention einzubinden	Welche Rollen und Verantwortlichkeiten haben sich herausgebildet, um Veränderungen zu unterstützen?
Kollektives Handeln	Arbeit, die Einzelpersonen und Organisationen leisten müssen, um die neue Praktik/Intervention umsetzen zu können	Welche spezifischen (selbstorganisierenden) Handlungen, Organisationsfaktoren oder Instrumente können im Zusammenhang mit der Umsetzung und Aufrechterhaltung einer neuen Praktik/Intervention identifiziert werden?
Reflexive Überwachung	Wertrealisierung, die mit der informellen und formellen Bewertung einer neuen Praxis und den berichteten Prozessverbesserungen einhergeht	Wie werden die Auswirkungen der neuen Praktik/Intervention reflektiert?

Tab. 1: Konstrukte der NPT, verstanden als nichtlineare generative Kernmechanismen im Implementierungsprozess

Zuordnung

Bei welchen Fragestellungen/Problemen kann diese Theorie angewandt werden?

In einem 2018 erschienen Review identifizierten May et al. 108 Studien, publiziert über 130 Artikel, in welchem die Normalisierungs-Prozess-Theorie Anwendung fand (May et al. 2018). Ein Drittel der Artikel beschrieb Evaluationsvorhaben komplexer Interventionen im Rahmen kontrollierter Studien. Die NPT wurde überwiegend in der Prozessevaluation eingesetzt und fokussierte auf die Identifikation von Mechanismen einer erfolgreichen bzw. nicht erfolgreichen Implementierung.

Nutzen

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

Die Normalisierungs-Prozess-Theorie eröffnet Nutzen eine handlungsbezogene Erklärung von Umsetzungsprozessen. Sie charakterisiert die Mechanismen, welche diese Prozesse fördern und formen. Die Theorie kann daher zur Unterstützung der Interventionsentwicklung und Planung ihrer Umsetzung sowie zur Bewertung und zum Verständnis der Umsetzungsprozesse selbst verwendet werden. Das Potenzial, welches die NPT damit für die Verbreitung (Spread) und Verstetigung (Scale) evidenzbasierter Interventionen in die Versorgungspraxis bietet, ist bisher in Deutschland weitestgehend ungenutzt.

Einsatz in der Vf

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

Bisher wurde die Theorie kaum auf Fragestellungen im deutschen Versorgungskontext angewendet.

„Innovationen im Gesundheitswesen werden durch die soziale(n) Welt(en), in der/denen sie angesiedelt sind und durch die damit verbundenen individuellen sowie kollektiven Überzeugungen und Verhaltensweisen geformt. Zu verstehen, wie dies geschieht, hilft, zwei wesentliche Herausforderungen in der Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung aktiv gestalten zu können: (1) Umsetzungsprozesse erfolgreich zu einem ‚Scaling-up‘ zu führen, d.h. die zunehmende Einbettung von Innovationen in einem sozialen System und (2) für Innovationen ein ‚Scaling-out‘/ Spread zu erreichen, d.h. die Ausbreitung der Intervention zwischen Settings. Die Normalisierungs-Prozess-Theorie bietet hierfür einen geeigneten Rahmen, da sie sich auf das konzentriert, was Menschen – sowohl Einzelpersonen als auch Gruppen – tun, und nicht auf das, was sie beabsichtigen. Besonders hervorzuheben ist, dass die Theorie ebenso hilfreiche Einblicke in das Handeln von Patient:innen als Mitgestaltende der Versorgung ermöglicht.“

Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu, Alexandra Piotrowski, Bergisches Kompetenzzentrum für Gesundheitsökonomik und Versorgungsforschung, Bergische Universität Wuppertal

Zitationshinweis

Köberlein-Neu, J., Piotrowski, A.: „Normalisierungs-Prozess-Theorie“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (02/22), S. 42-43. <http://doi.org/10.24945/MVF.02.22.1866-0533.2389>
 Köberlein-Neu, J.: ORCID: 0000-0002-3451-7847
 Piotrowski, A.: ORCID: 0000-0001-5206-4514

Habitus-Theorie

Die Habitus-Theorie geht neben der „Theorie der Praxis“ auf Pierre Bourdieu (1974) zurück, der untersucht hat wie Subjekt- und Struktur-Ebene wechselseitig entstehen und in sozialen Interaktionen reproduziert werden. Der Habitus ist ein zentrales, alle Theoriekomponenten verbindendes Konzept in Bourdieus „Theorie der Praxis“, dessen zentrales Anliegen die Überwindung des Gegensatzes von Subjektivismus und Objektivismus ist. Der Habitus steht nach Bourdieu (1987) für die „Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata“ eines Menschen, in dem sämtliche inkorporierten, früheren sozialen Erfahrungen zum Ausdruck kommen. Dabei ist der Habitus vor allem durch die spezifische gesellschaftliche Position geprägt, die Angehörige einer sozialen Gruppe innerhalb einer Sozialstruktur einnehmen. Genereller gefasst dient das Konzept der Vermittlung individueller Dispositionen (Subjekt-Ebene) und gesellschaftlicher Möglichkeiten (Struktur-Ebene). Dabei wird nach Bourdieu der Agierende (z. B. das Gesundheitspersonal) als Träger eines Habitus verstanden (Reckwitz 2008).

Das Habitus-Konzept von Pierre Bourdieu

>> Der Begriff des Habitus wird verstanden als mit einer Form des Wissens verbunden, welche sich Individuen im Verlauf ihrer Sozialisation und in Abhängigkeit ihrer Umgebung (z.B. Gruppen-, Kontext-, oder Milieu-spezifisches Wissen) angeeignet haben und die sich charakteristisch auf die ausgeführten Handlungspraktiken auswirken. Der Habitus entwickelt sich im Verlauf der Sozialisation jedoch größtenteils unbewusst. In der Analyse des Habitus werden drei Arten von Schemata unterschieden, welche auf die Handlungsebene wirken:

- (1) Wahrnehmungsschemata, welche die alltägliche Wahrnehmung der sozialen Wirklichkeit strukturieren,
- (2) Denkschemata, mit Hilfe derer diese Wahrnehmungen geordnet und interpretiert werden (z. B. implizite ethische Normen),
- (3) Schemata, die die Hervorbringung von Handlungen anleiten. Diese Einzeldimensionen wirken im sozialen Handeln miteinander verbunden (Fuchs-Heinritz und König 2014).

Das Habitus-Konzept von Pierre Bourdieu stellt damit die Erkenntnis ins Zentrum, dass die individuellen Anpassungen an das soziale Umfeld zu spezifischen Verhaltens- und Einstellungsmustern führen, und der Habitus somit gesellschaftlich prädestiniert ist. Bedingt durch den Habitus werden Agierenden gewisse Grenzen gesetzt, die ihnen bestimmte Handlungen unmöglich machen. Innerhalb der Grenzen sind Agierende jedoch durchaus innovativ und Reaktionen nicht zwingend vorhersehbar (Habitus als generierendes Prinzip).

Um den Habitus als strukturierte und strukturierende Struktur erschließen zu können und zu rekonstruieren, kann in der Versorgungsforschung auf Ansätze wie die dokumentarische Methode

	Bezeichnung
Habitus-Theorie	
	Begründer
Pierre Bourdieu	
	Zeitpunkt
1967	
	Zeitlicher Kontext
Die Theorie zur Konzeption des Habitus entstand in den 1960er und 1970er Jahren. Das Konzept wurde im Verlauf der 1970er und 1980er Jahre um eine Handlungstheorie (Entwurf einer Theorie der Praxis, 1972; Sozialer Sinn, 1980) und Gesellschaftstheorie (Die feinen Unterschiede, 1979) von Bourdieu erweitert.	
	Zentrale Aussage
Im Verlauf der Sozialisation erleben Individuen aus ähnlichen sozialen Settings strukturidentische Ereignisse, die sie in einem gemeinsamen Wissens- und Erfahrungsraum verbinden, und Basis für die Sozialisation des gruppenspezifischen Habitus sind.	

zurückgegriffen werden. Diese entstand auf Basis zentraler habitus-theoretischer und wissenssoziologischer Annahmen der modernen empirischen Sozialforschung (z.B. Mannheim, Bourdieu, Bohnsack, Kleemann). Einen Unterschied zur Konzeption des Habitus bei Bourdieu ist in der dokumentarischen Methode jedoch dahingehend zu finden, dass im Gegensatz zu Bourdieu die dokumentarische Methode gerade die verbindenden Elemente zwischen den Agierenden einer Gruppe in den Fokus der Analyse setzt (konjunktiver oder gemeinsa-

Literatur

- Amling, Steffen; Vogd, Werner (2017): Dokumentarische Organisationsforschung. Perspektiven der praxeologischen Wissenssoziologie. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Bohnsack, Ralf; Nentwig-Gesemann, Iris; Nohl, Arnd-Michael (Hg.) (2013): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bourdieu, Pierre (1974): Der Habitus als Vermittlung zwischen Struktur und Praxis. In: Zur Soziologie der symbolischen Formen, S. 125–158.
- Bourdieu, P., & Seib, G. (1987): Sozialer sinn: kritik der theoretischen vernunft: Suhrkamp Verlag. Online verfügbar unter <https://ixtheo.de/record/027377423>.
- Fuchs-Heinritz, Werner; König, Alexandra (2014): Pierre Bourdieu. Eine Einführung. 3., überarbeitete Auflage. Konstanz: UVK-Verlagsgesellschaft (UTB, 2649).
- Garfinkel, H. (1968): Aspects of the problem of common-sense knowledge of social structures. In: Gordon, Ch., Gergen, KJ (Hg.): The Self in Social Interaction. Vol. I: Classic and Contemporary Perspectives: John Wiley & Sons, S. 71–74. Online verfügbar unter <https://opus4.kobv.de/opus4-fromm/frontdoor/index/index/docid/10331>.
- Kleemann, Frank, Uwe Krähnke, and Ingo Matuschek (Hg.) (2009): Interpretative Sozialforschung. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer VS.
- Mannheim, Karl (1928): Das Problem der Generationen. In: Kölner Vierteljahreshefte für Soziologie 7 (2), S. 157–185.
- Reckwitz, Andreas (2008): Subjekt. Bielefeld: Transcript.
- Schütz, Alfred (1971): Das Problem der sozialen Wirklichkeit. In: Martinus Nijhoff (Hg.): Gesammelte Aufsätze 1. Das Problem der Wirklichkeit.
- Söling, Sara; Köberlein-Neu, Juliane; Müller, Beate Sigrid; Dinh, Truc Sophia; Muth, Christiane; Pfaff, Holger; Karbach, Ute (2020): From sensitization to adoption? A qualitative study of the implementation of a digitally supported intervention for clinical decision making in polypharmacy. In: Implementation science : IS 15 (1), S. 82. DOI: 10.1186/s13012-020-01043-6.
- Vogd, Werner (2004): Ärztliche Entscheidungsfindung im Krankenhaus. Komplexe Fallproblematiken im Spannungsfeld von Patienteninteressen und administrativ-organisatorischen Bedingungen. In: Zeitschrift für Soziologie Jg. 33 (1), S. 26–47.

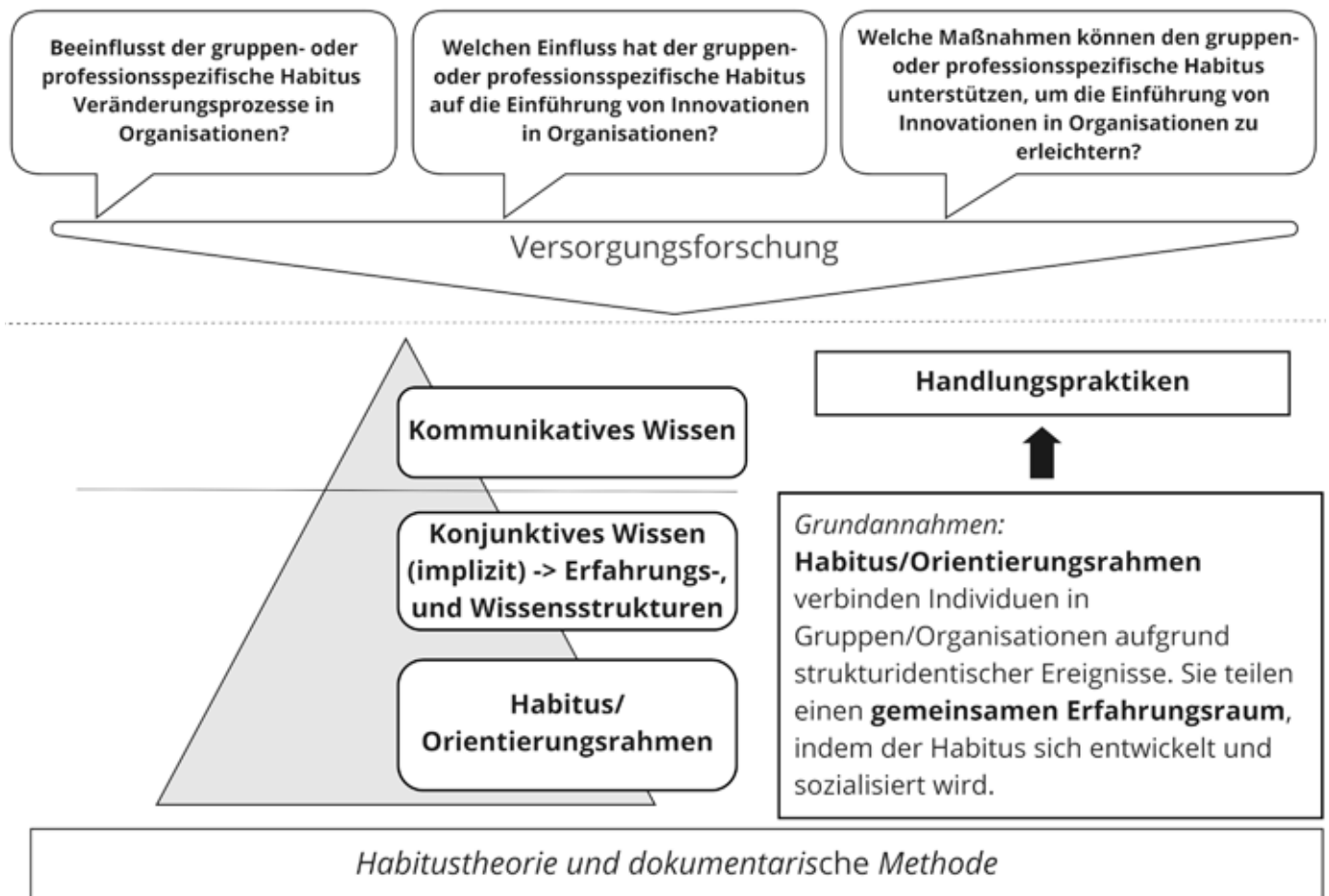


Abb. 1: Wissensformen und Grundannahmen der dokumentarischen Methode in Anlehnung an Kleemann et al. (2009) und in Bezug zu Fragestellungen der Versorgungsforschung.

mer Erfahrungsraum), wohingegen Bourdieu die distinkten Elemente des Habitus zwischen verschiedenen Gruppen fokussiert.

Die Anwendung der dokumentarischen Methode in der Versorgungsforschung ermöglicht insbesondere ein Verständnis dazu, wie sich ein spezifischer Habitus entwickeln kann (z.B. von unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen), welche Auswirkungen dieser auf das praktische Handeln und sozialen Interaktionen der Akteure haben kann, und wie dieser die Implementierung von Innovationen im Gesundheitswesen beeinflusst (siehe Abb. 1).

Der folgende Abschnitt beschreibt die wissenssoziologische Einbettung der dokumentarischen Methode.

Die dokumentarische Methode als Ansatz zur Erschließung des Habitus

Die Grundannahmen der dokumentarischen Methode basieren auf den Theorien der Wissenssoziologie von Karl Mannheim (1928), ethnomethodologischen Annahmen von Harold Garfinkel (1968) und sozialphä-

„Die Habitus-Theorie bietet in der Versorgungsforschung unter anderem die Möglichkeit, vorhandene Normalitätsannahmen und habitualisierte Handlungsorientierungen basierend auf der Gruppenzugehörigkeit von Agierenden zu identifizieren, die den (Miss-)Erfolg und die Akzeptanz von Innovationen stark beeinflussen können. Insbesondere für die Entwicklung von Innovationen und Planung ihres Einführungsprozesses ist dieses Wissen relevant, um Maßnahmen bestmöglich an den Habitus der jeweiligen Gruppe anzupassen. Darüber hinaus kann die Nutzung der Habitus-Theorie zur Formulierung spezifischer Wirkmechanismen im Veränderungsprozess verhelfen und somit die Erklärung der Ergebnisse von Wirksamkeitsstudien oder Prozessevaluations-Studien unterstützen.“

Sara Söling, Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu, Bergisches Kompetenzzentrum für Gesundheitsökonomik und Versorgungsforschung, Bergische Universität Wuppertal

nomenologischen Annahmen von Alfred Schütz (1971). Die qualitativen Analyseverfahren dieser Methode eröffnen einen Zugang nicht nur zum reflexiven, sondern auch zum handlungsleitenden Wissen der Akteure und damit zur Handlungspraxis. Basierend auf diesen Ansätzen entwickelte die dokumentarische Methode eine praxeologische Wissenssoziologie (Bohnsack et al. 2013).

Die Praxis des Handelns sowie des Sprechens, Darstellens und Argumentierens sind hier zentrale Forschungsgegenstände. Die Rekonstruktion der Handlungspraxis zielt auf das dieser Praxis zugrunde liegende habitualisierte und zum Teil inkorporierte Orientierungswissen, die „praktische Logik“, welche dieses Handeln strukturiert und unabhängig vom subjektiv gemeinten Sinn einer Handlung ist. Im wissenssoziologischen Ansatz von Mannheim ist eine zentrale Prämisse, die empirische Basis des Akteurswissens nicht zu verlassen, jedoch einen methodisch kontrollierten Zugang zur für den Forschenden „unbekannten Welt“ des Wissens der zu erforschenden Gruppe zu erreichen. Diese besondere Beobachterperspektive unterscheidet die dokumentarische Methode von objektivistischen Zugängen, die nach übergeordneten Handlungsstrukturen der Akteure suchen.

Die Analyse ermöglicht in methodisch kontrollierten Schritten das den Akteuren selbst implizit vorliegende Wissen zu rekonstruieren und den gemeinsamen Erfahrungsraum des konjunktiven, atheoretischen Wissens zu beschreiben. In Mannheims Wissenssoziologie werden zwei verschiedene Wissensformen oder Wissensschichten unterschieden, die kommunikative oder konjunktive Form des Wissens und der Erfahrung (siehe Abb. 1).

Das kommunikative Wissen beinhaltet institutionalisierte Konzepte als common-sense-Theorien bzw. das Wissen über (gesellschaftlich) institutionalisierte Konzepte (z. B. organisationale Regeln und Strukturen im Krankenhaus). Das konjunktive Wissen beinhaltet Wissen über die Einbindung der Akteure in konkrete Praxisformen und innerhalb bestimmter konjunktiver Erfahrungsräume (z. B. wie spezifische Handlungspraktiken entstehen, indem die organisationalen Regeln in die Handlungspraxis übersetzt werden).

Diese konjunktiven Erfahrungsräume verbinden die Akteure (z. B. Ärzte, Pflegepersonal) aufgrund ihrer „strukturidentischen“ Erfahrungen und führt zur Bildung eines kollektiven oder organisationsbezogenen Habitus, der sich auch unabhängig oder jenseits der organisationalen Regeln oder „Strukturen“ bilden kann.

Anwendung in der Versorgungsforschung

Vogd (2004) hat im deutschen Kontext die dokumentarische Methode im Setting Krankenhaus angewendet. Im Rahmen einer neu aufkommenden Debatte über eine dokumentarische Organisationsforschung wird darüber diskutiert, wie sich die Praxis von Akteuren in Organisationen ausgestaltet, wie sie beispielsweise mit Rahmungskonflikten umgehen oder wie sich bestimmte Weisen der Konfliktlösungen habitualisieren (Amling und Vogd 2017). In der Studie von Söling et al. (2020) wurde die dokumentarische Methode verwendet, um den hausärztlichen Habitus zu untersuchen. Auf Basis der Theorie kamen die Autoren zu dem Ergebnis, dass die verschiedenen Dimensionen des Habitus (Wissen, Ethik, Erfahrung) hemmend oder förderlich auf den Implementierungsprozess einer neuen Versorgungsform wirken. <<

Zuordnung

Bei welchen Fragestellungen/Problemen kann diese Theorie angewandt werden?

Beeinflusst der gruppen- oder professionsspezifische Habitus Veränderungsprozesse in Organisationen? Welchen Einfluss hat der Habitus auf die Einführung von Innovationen in Organisationen? Welche Maßnahmen können den gruppen- oder professionsspezifischen Habitus unterstützen, um die Einführung von Innovationen in Organisationen zu erleichtern?

Nutzen

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

Durch die Anwendung der Theorie, bzw. der Anwendung der daran anschließenden dokumentarischen Methode kann der Habitus auch empirisch erforscht werden. Es wird der Fehler vermieden, individuelle Handlungspraktiken nur auf der Mikroebene zu analysieren. Anhand der Anwendung der Theorie können auch die gruppen- oder professionsspezifischen Anteile der beobachtbaren Handlungspraktiken und die zugrundeliegenden Handlungsorientierungen bzw. Habitus einer Gruppe oder Organisation untersucht werden.

Einsatz in der Vf

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

Vogd (2004) hat im deutschen Kontext die dokumentarische Methode im Setting Krankenhaus angewendet. In der Studie von Söling et al. (2020) wurde die dokumentarische Methode verwendet, um den hausärztlichen Habitus zu untersuchen. Auf Basis der Theorie kamen die Autoren zu dem Ergebnis, dass die verschiedenen Dimensionen des Habitus (Wissen, Ethik, Erfahrung) hemmend oder förderlich auf den Implementierungsprozess einer neuen Versorgungsform wirken.

Zitationshinweis

Söling, S., Köberlein-Neu, J.: „Habitus-Theorie“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (02/22), S. 44-46. <http://doi.org/10.24945/MVF.02.22.1866-0533.2390>

Söling, S.: ORCID: 0000-0002-0752-358X

Köberlein-Neu, J.: ORCID: 0000-0002-3451-7847

Warum Vorsorge das Fundament für eine **zukunftsfähige Gesundheitsversorgung** ist.

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



Mehr auf www.landdergesundheit.de  



Wie sieht das Gesundheitssystem der Zukunft aus?

Die Luhmann'sche Systemtheorie

Obgleich die Systemtheorie Luhmann'scher Prägung als „extrem komplex, kontraintuitiv, schwer verständlich, wenn nicht gar pervers“ (Hörisch, 2010, S. 343) gilt, so hat sie doch auch Eigenschaften, die sie im Hinblick auf wissenschaftliche Problemlösungen im Allgemeinen und in Bezug auf Fragestellungen der Versorgungsforschung besonders reizvoll machen. Zum einen ist sie als eine sogenannte „Super-Theorie“ (Berghaus, 2011, S. 24) universell einsetzbar, das heißt, sie ist im Grunde auf alle sozialen Sachverhalte anwendbar, in der konkrete Frage- oder Problemstellungen betrachtet werden. Die Ursache für ihre vielfältigen Einsatzmöglichkeiten liegt in der Grundannahme, dass sich in der modernen Welt sogenannte Funktionssysteme entwickelt haben (und noch entwickeln). Diese Systeme können sich auf der Makroebene (z. B. Wissenschaft, Politik, Wirtschaft), auf der Meso-Ebene (z.B. Institutionen oder Organisationen) oder auf der Mikroebene (z.B. Familie oder Schulklassen) herausdifferenzieren. Die (soziale) Umwelt des Menschen zeichnet sich vor allen Dingen durch zunehmende Komplexität aus.

>> Für ein sinnvolles Leben, Handeln und Kommunizieren, ist die Reduktion von Komplexität unabdingbar. Und hier kommen soziale Systeme ins Spiel, besteht doch deren Kernfunktion darin, eben diese Komplexität zu reduzieren, in dem gewisse Aspekte in ein System ein- und andere ausgeschlossen werden. Systeme legen Grenzen fest, was zu ihnen dazu gehört und was nicht. Mit Blick auf das Funktionssystem Wissenschaft bedeutet das zum Beispiel, dass z. B. wissenschaftliche Fachartikel zum Klimawandel zur internen Kommunikation dazugehören, ein Zeitungsartikel zum Thema aber nicht. Der Kauf eines neuen Fernsehers im Fachgeschäft gehört zum System Wirtschaft: Ein Austausch von Waren wird demnach dann wahrscheinlicher, wenn Geld verwendet wird, d.h. einfach formuliert: wenn man ein Konsumgut erwerben will, steigt die Wahrscheinlichkeit dafür, dass man dieses auch erhält, wenn man Geld dafür bezahlt.

Das Gesetz, welches dessen Rücknahme durch den Fachhändler festlegt, gehört jedoch nicht dazu. Denn jedes System hat eine eigene, binäre Leitunterscheidung: die Leitunterscheidung der Wirtschaft ist Zahlung oder Nicht-Zahlung, die Leitunterscheidung der Politik ist Macht oder Nicht-Macht und die der Wissenschaft ist wahr oder falsch. Aus der Perspektive der Systemtheorie lässt sich die Welt also vereinfacht gesagt immer in zwei Begriffe teilen, auf Basis eben dieser Unterscheidung lässt sich Komplexität reduzieren und die Umwelt beobachten. Systemtheoretiker analysieren also sogenannte „Beobachter zweiten Grades“ ihre Umwelt, indem sie den Blick auf diese binären Codes des jeweiligen Beobachtungsgegenstandes lenken. Systemtheoretisches Denken hängt also immer von der Perspektive des entsprechenden Beobachters ab: Wer hat betrachtet aus welcher Perspektive welche Probleme, welche Leitunterscheidungen, Begriffe oder Lösungen kommen zum Tragen?

Zentrale Begriffe

Kommunikation

Kommunikation ist die zentrale, konstituierende und erhaltende Operation sozialer Systeme. Systeme bestehen nicht aus Menschen oder Institutionen, sondern aus Kommunikationen.

Bedeutet: Der Mensch ist keine Analyseeinheit der Systemtheorie, sondern die Kommunikation und diese besteht entgegen geläufiger Modelle nicht aus einem Sender, einer Botschaft und einem Empfänger, sondern aus der Einheit der Selektion von Information, Mitteilung und Verstehen (Luhmann, 1990, S. 4)

Beispiel: Das Sozialsystem Wissenschaft wird durch die autopoietische Operation des Publizierens aufrechterhalten. Eine Wis-

Bezeichnung

Luhmann'sche Systemtheorie

Begründer der Theorie

Niklas Luhmann

Entwicklungshistorie

Die Entwicklung der soziologischen Systemtheorie in Monographien besteht in der Grundlegung der Begriffe und Unterscheidungen (Soziale Systeme, 1984), in darauf folgenden Beschreibungen verschiedener ausdifferenzierter sozialer Systeme und schließlich in der Erklärung der Gesellschaft als umfassendes soziales System (Die Gesellschaft der Gesellschaft, 1997) (wiki).

Zitat

„Systemtheoretiker sind bis zum obligatorischen Verdacht, einem fröhlichen Zynismus zu huldigen, abgeklärt. Bevor sie systemisch orientierte Strategien zur Lösung von Problemen vorschlagen, analysieren sie erst einmal die Lage. Und das heißt konkreter: Sie analysieren die Leitcodes von Systemen und deren Leistungsfähigkeit.“ (Hörisch, 2010, S. 345)

wissenschaftlerin selektiert (1) ein bestimmtes Ergebnis als relevante Information, entschließt sich (2) dieses in Form eines Fachartikels mitzuteilen so, sodass eine andere Wissenschaftlerin diese Information in Form dieser Mitteilung verstehen (3) kann (Verstehen bedeutet in diesem Zusammenhang nicht inhaltliches Verstehen, sondern das Verstehen, dass es sich bei dem Artikel um eine Mitteilung handelt). Erst wenn alle drei Schritte zusammenkommen, ist die Kommunikation abgeschlossen.

Autopoiesis

„Autopoiesis ist die Selbstreproduktion des Systems auf Basis der eigenen Elemente“ (Luhmann, 1993, S. 189)

Bedeutet: Das System kann sich nur mittels selbst festgelegter Operationen erhalten, Ereignisse in der Umwelt können erst verarbeitet werden, wenn sie in den Code des Systems übersetzt worden sind.

Beispiel: Verstößt ein Forscher gegen gute wissenschaftliche Praxis, indem er bspw. Daten fälscht, dann kann eine Publikation, die auf diesen Daten basiert, kaum qua Gesetz aus dem wissenschaftlichen Kommunikationsraum entfernt werden. Sie kann jedoch von der Fachgemeinschaft zukünftig ignoriert, d.h. nicht mehr zitiert werden. Es finden keine autopoietischen Anschlusskommunikationen mehr statt, die Publikation verliert als Teil des Systems Wissenschaft an Bedeutung.

Zitationshinweis

Hoffmann, J.: Luhmann'sche Systemtheorie“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (02/22), S. 48-49. <http://doi.org/10.24945/MVF.02.22.1866-0533.2391>
ORCID: 0000-0002-6852-8616

Operationale Geschlossenheit

Operationale Geschlossenheit beschreibt das Verhältnis zwischen dem System und dessen Umwelt sowie den Prozess der Grenzziehung dazwischen, welche wiederum nur aus dem System selber heraus möglich ist (Luhmann, 1990, S. 276) und bezieht sich auf die Art und Weise, in der sich das System autopoietisch reproduziert (Mayr, 2012, S. 85).

Bedeutet: Dinge, die in der Umwelt eines Systems passieren, werden vom System zunächst nicht verstanden oder verarbeitet, sie tauchen nur als Rauschen auf. Ein System kann nur dann Ereignisse verarbeiten, wenn sie in die Operationsweise des Systems übersetzt werden.

Beispiel: Wenn ein Journalist durch Recherchen herausfindet, dass zwanzig Prozent der Krebstherapien nicht leitlinienkonform ablaufen, dann kann diese Erkenntnis zwar in die Wissenschaft einfließen, indem bspw. ein Versorgungswissenschaftler den entsprechenden Zeitungsartikel zitiert. Es kann aber das System Wissenschaft, also die gesammelten Erkenntnisse zum Thema, nur dann strukturell determinieren, wenn sie in die Operationsweise der Wissenschaft übersetzt wird, wenn also bspw. der entsprechende Versorgungswissenschaftler diese Erkenntnis z. B. empirisch belegt und darüber publiziert. Einflüsse aus der Umwelt des Systems werden nur nach systemeigenen Regeln verarbeitet.

Umweltoffenheit

Was ein System verarbeitet, kann sich jedoch sehr wohl aus der Systemumwelt ergeben. Andernfalls würde sich das System irgendwann in „unfruchtbarer Tautologie und unabschließbarer Beliebigkeit“ verlieren (Hornbostel, 1997, S. 137). Ein autopoietisches System operiert nicht in „empirischer Isolation“ (Luhmann, 1991, S. 1420), sondern umweltoffen.

Bedeutet: Systeme können aus der Umwelt beeinflusst werden, aber nur dann, wenn die operative Geschlossenheit als Bedingung eine Verarbeitung dieser Einflüsse überhaupt erst möglich macht. (Luhmann, 1990, S. 276)

Beispiel: siehe Operationale Geschlossenheit

Systemtheorie und Versorgungsforschung

Obwohl die Systemtheorie insbesondere in der organisationsbezogenen Versorgungsforschung bis auf Ausnahme einiger Betrachtungen von stationären Interventionen (Dittmer, Nowak, Karbach, & Pfaff, 2018) bisher nur wenig Anwendung findet (Dittmer, 2019), bietet sie sich sehr gut an, in der komplexen Welt der Gesundheitsversorgung

„Jedes System hat eine eigene, binäre Leitunterscheidung.“
Julia Hoffmann, M.A., Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung der Universität Dresden

ein theoretische Fundierung für empirische Beobachtung relevanter Fragestellungen zu sein. Im Bereich der Gesundheitsversorgung treffen viele unterschiedliche (Teil-)Systeme aufeinander, deren Untersuchung zentrale Fragen der Versorgungsforschung berührt. Auf der Makroebene ist das das Gesundheitssystem, auf der Meso-Ebene betrifft das institutionelle oder organisationelle Strukturen wie z.B. Krankenhäuser oder auch das Verhältnis von stationären und ambulanten Leistungserbringern und auf der Mikro-Ebene das Verhältnis von Arzt und Patient. Daher schätzt Holger Pfaff die Systemtheorie (neben der Handlungstheorie) gleichwohl als „nützlich [ein], um Dinge zumindest zu verstehen“ (Stegmaier, 2020, S. 33). Dazu gehören insbesondere komplexe Interventionen, die laut Pfaff nicht nur in sozialen, sondern eben auch in technischen (Maschinen) und psychischen (Patienten)-Systemen relevante Implikationen haben (ebd.). Eine systemtheoretische Herangehensweise wird insbesondere bei der Beobachtung von Implementierungsprozessen interessant, also für die Analyse der „letzten Meile“ bei der Erkenntnis auf der Versorgungsforschung in das Gesundheitssystem disseminiert werden (Borgetto, 2011, S. 296). Damit jedoch die Systemtheorie auf einer breiteren Basis in der Versorgungsforschung Anwendung finden kann, müsse zunächst nicht nur eine einheitliche Terminologie, sondern auch ein entsprechendes Methodeninventar entwickelt werden (Dittmer et al., 2018). <<

Zuordnung

Bei welchen Fragestellungen/Problemen kann diese Theorie angewandt werden?

Mit der Systemtheorie können im Grunde alle Fragen behandelt werden. Die Systemtheorie Luhmann'scher Prägung ist eine Universaltheorie.

Nutzen

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

Die Systemtheorie hat den Reiz, dass sie im Grunde dann angewendet werden kann, wenn soziale Zusammenhänge beobachtet werden. Durch Einteilung in binäre Codes, erhält man insbesondere bei komplexen Fragestellungen eine gute Struktur.

Einsatz in der Vf

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

Die Systemtheorie wurde bisher u.a. bei der Evaluation von Interventionen im Rahmen der stationären Versorgung angewendet, findet aber bisher überwiegend im deutschen Sprachraum Anwendung (vgl. Dittmer et al. 2018).

Literatur

- Berghaus, M. (2011). Luhmann leicht gemacht (3. Aufl.). Köln, Weimar, Wien: Böhlau.
Borgetto, B. (2011). Soziologische Grundlagen der Versorgungsforschung. In Die Gesellschaft und ihre Gesundheit (S. 293–307). https://doi.org/10.1007/978-3-531-92790-9_15
Dittmer, K. (2019, August 23). Systemtheorie im Kontext der Versorgungsforschung. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1694375>
Dittmer, K., Nowak, M., Karbach, U., & Pfaff, H. (2018). Systemtheorie in der Versorgungsforschung. PpMP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie, 68(08), e50–e51. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1668009>
Hörisch, J. (2010). Theorie-Apotheke. Eine Handreichung zu den humanwissenschaftlichen Theorien der letzten fünfzig Jahre, einschließlich ihrer Risiken und Nebenwirkungen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
Luhmann, N. (1990). Die Wissenschaft der Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
Luhmann, N. (1993). Soziologische Aufklärung. Opladen: Westdeutscher Verlag.
Mayr, K. (2012). Geschlossenheit/Offenheit. In O. Jahraus, A. Nassehi, M. Grizelj, I. Saake, C. Kirchmeier, & J. Müller (Hrsg.), Luhmann Handbuch. Leben - Werk - Wirkung (S. 84–87). Stuttgart: J.B. Metzler.
Stegmaier, P. (2020). „Versorgungsforschung braucht Grundlagenwissenschaft“. Monitor Versorgungsforschung, 13(01/2020), 32–33. <https://doi.org/10.24945/MVF.01.20.1866-0533.2199>



Dr. rer. pol. Ilona Köster-Steinebach

Sepsis-Stiftung

Unangenehme Wahrheiten rund um die ePA

>> In der Informationstechnologie gibt es den Begriff des „Single Point of Truth“ (SPOT) oder auch der „Single Source of Truth“ (SSOT). Wikipedia beschreibt das dahinter liegende Prinzip treffend: „Es besagt, einen allgemeingültigen Datenbestand zu haben, der den Anspruch hat, korrekt zu sein und auf den man sich verlassen kann. Ein Datenmodell, in dem ein allgemeingültiger Datenbestand verfügbar gemacht werden soll, mit der notwendigen Datenqualität und Verlässlichkeit, ist vor allem dann wichtig, wenn Daten redundant gehalten werden“ (Eintrag abgerufen am 07.03.2022). Tatsächlich lassen sich auch viele Phänomene und vor allem Probleme rund um die elektronische Patientenakte (ePA) unter Rückgriff auf den Gedanken des SPOT verstehen, nicht zuletzt die Ableitung der Notwendigkeit der ePA selbst.

In der klassischen, „analogen“ Versorgung gibt es einen solchen SPOT nicht. Datenpunkte zu den einzelnen Patientinnen und Patienten liegen an unterschiedlichsten Orten vor, z.B. in der Dokumentation des Hausarztes oder der Fachärztin, in der Apotheke, bei Praxen der Radiologie, Labor- oder Zahnmedizin, bei Therapeuten aller Art, Krankenkassen, Krankenhäusern, Reha- und Pflege-Einrichtungen und vielen mehr. Sie alle haben den Bezugspunkt der jeweiligen behandelten Person, gehören dieser aber nicht und sind ihr zu weiten Teilen unbekannt und in Alltagssituationen unzugänglich. Keine beteiligte Person oder Institution verfügt auch nur ansatzweise über ein vollständiges Bild – und die Aktualität der jeweiligen Daten ist ebenfalls höchst unterschiedlich. Selbstverständlich führt dieses Datenchaos zu erheblichen Gefährdungen der Patientensicherheit! Aus genau diesem Grund ist das Projekt der Telematik und insbesondere die elektronische Patientenakte 2001 ins Leben gerufen worden: Damit es nicht mehr von der Informationslage sowie Durchsetzungs-, Erinnerungs- und Koordinationsfähigkeit des einzelnen Patienten oder der einzelnen Patientin abhängt, ob wichtige Anamneseangaben einbezogen, Arzneimittel-Wechselwirkungen geprüft und Notfalldaten zeitgerecht genutzt werden. Menschen sterben oder werden nachhaltig geschädigt, wenn relevante Informationen nicht vorliegen oder nicht miteinander verknüpft werden. Das Fehlen einer vollständigen, aktuellen und korrekten Patientenakte ist kein Kavaliersdelikt!

Die ePA ist als Entlastung der Patient:innen gedacht, keineswegs als ihre Entmündigung – ganz im Gegenteil: Der unmittelbare Zugriff auf eine patientenverständliche, strukturierte, aktuelle und mit evidenzbasierten Informationen verlinkte Patientenakte ist ein wichtiger Schritt bei der Steigerung der Gesundheitskompetenz der Betroffenen. Auch diese Chance zu verpassen ist mitnichten eine Kleinigkeit!

Im Aktionsbündnis Patientensicherheit wurde deshalb im Jahr 2021 eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, die Mindestanforderungen an die ePA aus Sicht der Patientensicherheit definieren soll. Im Kern muss es bei diesen Mindestanforderungen zwingend darum gehen, dass mit der ePA erstmalig eine solche „Quelle der Wahrheit“ im Gesundheitswesen geschaffen wird, bei der verlässlich, aktuell, verständlich und einfach nutzbar alle relevanten medizinischen Daten zu einer Person

zusammenfasst sind. Dann – und nur dann! – ist dieses Projekt attraktiv. Man kann nicht von einer ePA – oder überhaupt digitalen Anwendungen wie z.B. einem eMedikationsplan – einen relevanten Nutzen erwarten, wenn es nicht gelingt, diese Instrumente so verpflichtend und flächendeckend zu etablieren, dass sie tatsächlich „Quellen der Wahrheit“ sind.

Leider sind wir in Deutschland in Sachen ePA nach wie vor nicht auf diesem Weg. Noch immer wird an einzelnen, kleinen Teilstücken unter der Bezeichnung der „Medizinischen Informationsobjekte“ (MIO) herumprobiert. Die für die Umsetzung der ePA zentrale gematik bietet bezeichnenderweise statt einer übergreifenden Struktur für die ePA, in die sich alle Elemente einfügen und einander unterstützen und sinnvoll ergänzen, einen „MIO-Baukasten“ im Internet an. Tatsächlich sind die einzelnen Teilprojekte, die derzeit von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entwickelt werden, bestenfalls kleine Schnipsel einer vollständigen Patientenakte.

Das, was dem Gedanken einer strukturierten Gesamtsicht auf die gesundheitliche Situation der betreffenden Person am nächsten kommt, ist wohl die „Patienten-Kurzakte“, die den bisherigen Notfalldatensatz und die persönlichen Erklärungen zusammenfassen soll. Mit viel gutem Willen kann man diese als Ausgangspunkt und Kristallisationskern einer echten, strukturierten ePA ansehen – wenn sie denn auch unter Einbezug der Bedürfnisse der Betroffenen erstellt und entsprechend weiterentwickelt würde. Ein Blick auf die Verfahrensordnung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hingegen ernüchtert: 26 Verbände und Institutionen aus dem Gesundheitswesen werden bei der Gestaltung der Patienten-Kurzakte einbezogen – aber kein einziger aus der Vertretung der Patienteninteressen oder mit einem expliziten Fokus auf die Patientensicherheit. Auch erscheint die „Patienten-Kurzakte“ als isoliertes Projekt in einem unübersehbaren Feld anderer, ebenfalls isolierter digitaler Inseln.

Was sind die Hintergründe für das desaströse Abschneiden bei diesem Kernstück der Digitalisierung im Gesundheitswesen? Werfen wir dazu einen Blick auf die wichtigsten Akteure und die unangenehmen Wahrheiten, denen sie sich stellen müssen.

Die erste Wahrheit, die hier ausgesprochen werden muss, ist, dass die gematik den Job, den sie machen müsste, nicht (vollständig) macht. Auch wenn schon das aktuelle Arbeitsprogramm eine Herkulesaufgabe ist, geht es bei der ePA eben nicht nur darum, die technischen und datenschutzrechtlichen Hürden zu nehmen, Interoperabilitätsstandards festzulegen und eine notwendige Infrastruktur aufzubauen. Vertreter der gematik beschreiben dieses Paket so, dass sie eine Arena bereitstellen, in der sich die medizinischen Anwendungen tummeln können. Ob in dieser Arena aber ein geordnetes Mannschaftsspiel stattfindet, das einem sinnvollen Ziel dient, oder ein wildes Nebeneinander, vielleicht sogar Gegeneinander, das wird letztlich darüber entscheiden, ob die Digitalisierung mehr bringen wird als die Schaffung einer di-

Zitationshinweis

Köster-Steinebach, I.: „Unangenehme Wahrheiten rund um die ePA“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (02/22), S. 50-51. <http://doi.org/10.24945/MVF.02.22.1866-0533.2392>. ORCID: 0000-0002-9829-593X

gitalen Plastiktüte, in der Daten zweifelhafter Aktualität, Korrektheit und Vollständigkeit ohne übergreifende Strukturierung – nicht selten an den Betroffenen vorbei – mehr oder minder nach dem Zufallsprinzip zusammengewürfelt werden. Die Gematik, und mit ihr zuvorderst die Bundesregierung bzw. das zuständige Ministerium, werden sich also der Wahrheit stellen müssen, dass sie sich aus der Aufgabe der fachlich-inhaltlichen Gestaltung nicht verabschieden können.

Damit hören die unangenehmen Wahrheiten für das Bundesgesundheitsministerium als regulierende Behörde aber noch nicht auf. Damit die ePA wirklich die Rolle als „Single Source of Truth“ erfüllen kann, sind auch eine Reihe von organisatorischen Vorgaben notwendig, die wesentliche Kurswechsel der etablierten Akteure erfordern. Diese Pflichten können nur übergeordnet staatlicherseits festgelegt und durchgesetzt werden. Die Erfahrung der letzten beiden Jahrzehnte zeigt, dass die Selbstverwaltung ansonsten in ihren eingefahrenen Stereotypen stecken bleibt. Diese kreative Leistung, vor allem aber auch die inhaltliche und politische Verantwortung, kann und wird niemand dem BMG abnehmen – es sei denn, wir bekommen ein rein kommerzielles Angebot wie Amazon.care, was einen kompletten Bruch mit dem System der gesetzlichen Krankenversicherung bedeuten würde.

Die unangenehmste Wahrheit, der sich die Leistungserbringenden gegenübersehen, ist, dass man eine verlässliche, vollständige und aktuelle Patientenakte nur dann für die tägliche Arbeit nutzen kann, wenn jeder einzelne Leistungserbringende und jede Organisation mit aller Härte dazu verpflichtet werden, aktuell, vollständig und strukturiert in die ePA zu dokumentieren. Es kann nicht der Einzelfallentscheidung und dem aktiven Handeln z.B. der einzelnen Hausärztin oder dem einzelnen Facharzt überlassen werden, ob dieser Laborwert oder jene Diagnose in der ePA auftauchen. Das muss automatisiert über die verwendeten Praxisverwaltungs- oder Krankenhausinformationssysteme erfolgen. Und es muss eine klare Vorgabe bestehen, dass nur an Leistungen gegenüber den Krankenkassen abgerechnet werden kann, was in die ePA einfließt. (Was natürlich besondere Anforderungen an die Gestaltung der Akte nach sich zieht, damit nicht die Erkältungsbehandlungen der letzten Jahre umfassender auftauchen als die Krebserkrankung.) Damit endet das exklusive Eigentum insbesondere der Ärzteschaft an den Patientenakten, was natürlich auch Qualitätssicherung und die erhoffte Einsparung unnötiger Leistungen befördert.

Auf jeden Fall wird sich die Kassenlandschaft der Wahrheit stellen müssen, dass die Leistung der Leistungserbringenden, eine strukturierte Dokumentation in der ePA bereitzustellen, nicht mit 1,67 Euro pro Quartal und Patient abgegolten werden kann (vgl. Ärzteblatt 2021). Die Höhe dieser Vergütungsvereinbarung spricht Bände, dass sich beide Partner auf dem niedrigsten möglichen Qualitätsniveau für die Pflege der Patientenakte geeinigt haben – das keinesfalls ausreicht, um eine funktionale ePA zu schaffen. Verabschieden sollten sich die Krankenkassen aber auch von der Vorstellung, ausgerechnet die ePA zu einem zentralen Wettbewerbsinstrument zu machen. Es ist sicher egal,

ob die App, mit der die Versicherten auf die Daten zugreifen, grün, blau, orange oder gelb ist – die Funktionalität und die Datenstruktur müssen aber die selben sein. Von einer Portierbarkeit der Akte bei Kassenwechsel ganz zu schweigen.

Eine weitere Wahrheit betrifft den Datenschutz. Unzweifelhaft ist ein hohes Schutzniveau für Gesundheitsdaten zwingend erforderlich. Aber die ePA führt endgültig vor Augen, dass die alten Instrumente des Datenschutzes, allen voran Datensparsamkeit und detaillierte Einwilligungen der Betroffenen, nicht nur den Missbrauch der ePA nicht verhindern, sondern auch den potenziellen Nutzen dieser digitalen Lösungen für Leib und Leben der Betroffenen blockieren. Es ist an der Zeit, ganz neu über die Methoden des Datenschutzes nachzudenken, beispielsweise viel mehr auf Protokollierung der Zugriffe und konsequente Missbrauchskontrolle und Ahndung zu setzen.

Auf jeden Fall muss das Dogma der patientengeführten Akte fallen. Im klassischen Datenschutz mag dieses Konstrukt als Legitimation der Datensammlung Bedeutung haben, faktisch bedeutet es aber den sichersten Weg zur digitalen Plastiktüte. Kaum ein Patient oder eine Versicherte wird in der Lage und gleichzeitig Willens sein, seine eigene Gesundheitsakte zu führen, also ihre Zusammenstellung festzulegen und die Dokumentation bei den Leistungserbringenden durchzusetzen. Gleichzeitig würden Leistungserbringende, Krankenkassen und die Gematik bzw. das BMG selbst durch die Fiktion der patientengeführten Akte von der Verantwortung entbunden, für die nötige fachliche Struktur und Qualität der Akte zu sorgen. Die ePA muss dem Patienten bzw. der Versicherten zugeordnet und von ihm jederzeit einsehbar sein, aber eben nicht willkürlich veränderbar oder gar zusammengestellt.

Vielleicht ist die Tatsache, dass sich jeder Stakeholder im Gesundheitswesen in Sachen ePA unangenehmen Wahrheiten stellen und schmerzhaft Veränderungen hinnehmen muss, der Hauptgrund, warum die Telematikinitiative in Deutschland auch nach zwanzig Jahren noch kein nennenswertes Ergebnis hervorgebracht hat. Schmerzen vermeidet man, so lange es nur geht. Möglicherweise sind aber gerade die schweren Belastungen, denen das Gesundheitswesen mit der (hoffentlich) abklingenden Pandemie, dem Personalmangel und den finanziellen Belastungen der weltpolitischen Entwicklung entgegengieht, die Initialzündung, damit der Schmerz, keine funktionale ePA als „Quelle der Wahrheit“ und Dreh- und Angelpunkt einer effizienten Versorgung zu haben, endlich die Beharrungstendenzen überwindet. In der Politik geschehen aktuell Dinge, die vor wenigen Wochen undenkbar waren. Das wäre in Sachen ePA nur zu hoffen. <<

Danksagung

Viele der hier dargestellten Gedanken sind im Austausch mit der Redaktionsgruppe der AG ePA des Aktionsbündnisses Patientensicherheit entstanden.

Literatur

Gematik (2021): „MIO-Baukasten“, verfügbar unter: https://fachportal.gematik.de/fileadmin/Fachportal/Anwendungen/MIO/gemInfo_MIO-Baukasten_V1.0.0.pdf, zuletzt abgerufen am 07.03.2022.
 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021): „Verfahrensordnung Benennungsherstellung Medizinische Informationsobjekte“, verfügbar unter: https://mio.kbv.de/download/attachments/24609046/MIO_Verfahrensordnung.pdf?api=v2, zuletzt abgerufen am 07.03.2022.
 Digitales Gesundheitswesen (2021): „Infografik: Chronik der Telematikinfrastruktur – 2001 bis 2021“, verfügbar unter: <https://digitales-gesundheitswesen.de/chronik/>, zuletzt abgerufen am 07.03.2022.
 Ärzteblatt (2021): „Vergütung zur elektronischen Patientenakte festgelegt“, verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/121551/Verguetung-zur-elektronischen-Patientenakte-festgelegt>, zuletzt abgerufen am 08.03.2022.

Versorgungsforschung zeigt, wie Kommunikation geht

>> Was hat die Sepsiswissen-Kampagne „Aus dem Leben gerissen“ mit Versorgungsforschung zu tun? Auf den ersten Blick recht wenig, auf den zweiten und dritten jedoch überraschend viel, da Initiator das vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) mit 2,2 Millionen Euro geförderte „SepWiss“-Projekt ist. Konsortialpartner sind die Charité – Universitätsmedizin Berlin, die Max-Planck-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaft, die Medizinische Hochschule Brandenburg, das Robert Koch-Institut und das Universitätsklinikum Jena.

Ziel der kombinierten Social Media & Öffentlichkeitsarbeits-Kampagne ist es, in Berlin und Brandenburg die generelle Aufmerksamkeit für Sepsis in der Allgemeinbevölkerung sowie eine spezielle Aufmerksamkeit für das Sepsis-Wissen-Angebot und für die interaktive Checkliste der Stiftung zu schaffen.

Denn: Sepsis ist keine Seltenheit. Allein in Deutschland ist jährlich von mindestens 340.000 im Krankenhaus behandelten Sepsisfällen und rund 100.000 sepsis-assoziierten Todesfällen auszugehen. „Da der Großteil der Sepsis außerhalb des Krankenhauses entsteht, ist es sehr wichtig, dass mehr Menschen wissen, wie man eine Sepsis vermeidet oder sie zumindest als Notfall rechtzeitig erkennt“, sagt Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer, Seniorprofessor für Versorgungsforschung und Vorstandsmitglied des Zentrums für Versorgungsforschung der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB).

Schätzungsweise rund 30% der Bevölkerung in Berlin und Brandenburg haben ein erhöhtes Risiko, eine Sepsis zu erleiden. Besonders häufig betroffen sind dabei Menschen mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes, einer Schwäche des Abwehrsystems, Kinder unter einem Jahr und ältere Menschen. Und: Sepsis kann jedoch jeden treffen: „Wir freuen uns deshalb sehr, dass wir jetzt durch Plakataktionen im öffentlichen Raum auf die tödlichen Risiken einer Sepsis aufmerksam machen können. Es werden Print-Poster und digitale Animationen unserer Motive ‚Aus dem Leben gerissen‘ auf Plakatwänden und an Haltestellen in Ber-

lin und Brandenburg zu sehen sein. Auch in der Apotheke, in der Arztpraxis, dem Pflegedienst und natürlich auch im Internet finden Brandenburger und Berliner Informationsmaterialien, wie sie eine Sepsis verhindern und erkennen können“, führt Prof. Neugebauer weiter aus.

Unter Federführung der MHB wurden darüber hinaus zwei kurze Online-Kurse für die Bevölkerung entwickelt, die kostenlos im Internet zur Verfügung stehen. So klärt der Kurs „Was jeder über Sepsis wissen sollte“ darüber auf, wie eine Sepsis verhindert oder zumindest rechtzeitig erkannt werden kann. Der Kurs „Sepsis – Betroffene und Angehörige“ richtet sich an alle, die schon mal eine Sepsis erlitten haben oder die Sepsis-Betroffene unterstützen möchten.

Eine weitere Unterstützungsmöglichkeit bietet eine interaktive Checkliste zur Sepsis-Früherkennung.

„Mit Hilfe der über jedes Handy verfügbaren Checkliste ist es zudem nicht nur einfach möglich, das persönliche Sepsisrisiko einzuschätzen, sondern auch bei welchen Krankheitszeichen eine sofortige ärztliche Abklärung oder der Ruf des Notarztes nötig ist“, erläutert Stefan Schwartze, Patientenbeauftragter der Bundesregierung, der die Kampagne unterstützt. Im Rahmen der Kampagne ist es auch vorgesehen, Ärzt:innen, Apotheker:innen, Pflegefachpersonen und weitere Gesundheitsberufe entsprechend zu schulen. In Kooperation mit der Charité bietet die MHB schon seit Februar eine Serie von Live-Webinaren für Pflegefachpersonen in ambulanten Diensten und Pflegeeinrichtungen in Berlin und Brandenburg an.

„Gesundheitsberufe erkennen Sepsis häufig noch zu spät. Daher ist es wichtig, dass die Bevölkerung auch selbst informiert ist, die Frühwarnzeichen einer Sepsis kennt und im Zweifel auch direkt bei der Ärzt:in nachfragt, ob es sich nicht auch um eine Sepsis handeln könnte“, so Neugebauer weiter, der dazusetzt: „Eine solche Kampagne hätten wir auch zur Steigerung der Corona-Impfbereitschaft gebraucht.“ <<

Links:

<https://www.sepsiswissen.de/>

<https://bit.ly/36mnpYu>



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



>> „Und so sehen wir betroffen / den Vorhang zu und alle Fragen offen“ mag man beim Lesen des Büchleins „Handbuch Schlaganfall-Lotsen“ denken und sich des Brecht’schen Schlusssatzes von Marcel Reich-Ranicki erinnern, mit dem er immer das „Literarische Quartett“ – die älteren unter uns mögen sich erinnern – beendete. Nun, große Literatur ist das Handbuch gewiss nicht, will es aber auch nicht sein, sondern das bieten, was dem Lotsgeschäft bisher fehlte: Einsichten, Erkenntnisse, Handreichungen, Checklisten und Ansätze für weiterführende Forschungsansätze.

Wer das Büchlein – geschrieben von den beiden Case-Managerinnen Victoria Teipen und Silke Bode – liest, wird schnell erkennen, dass es sich ob des komprimierten Inhalts lohnt, tiefer einzusteigen. Was hier zusammengestellt wurde, zeigt nicht nur ein sehr zukunftsorientiertes Verständnis des Unterstützungssystems „Lotse“, sondern auch das Wissen darum, was ein Lotse kann – und vor allem: Auf welcher sozialen und rechtlichen Grundlage, aber auch mit welcher Arbeitsweise und Qualifikation dieses Tun verrichtet werden sollte. Zudem werden die vielfältigen Erfahrungen der „Stroke OWL“-Schlaganfall-Lotsen in kompakter Form zusammengefasst.

Interessant ist auch der kurze Ausblick, in dem geschrieben steht, dass sich die Deutsche Schlaganfall-Hilfe als „Hüterin der Qualität in der Schlaganfall-Versorgung“ versteht. Die Stiftung will in dieser selbstgesetzten Funktion in verschiedenen Projekten in der Phase nach dem Innovationsfonds-geförderten „Stroke OWL“-Projekt nicht nur die hier etablierten operativen Prozesse, sondern auch die Einbettung in die Versorgungslandschaft fortlaufend verbessern. Ganz wichtig ist der Stiftung dabei die Anbindung an das Sozialwesen – sprich die noch fehlende Integration der Leistung ins SGB V. <<

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

21. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF)

Für die klinische Praxis relevantes Wissen generieren, bereitstellen und die Versorgung verbessern

Welchen Nutzen hat die Versorgungsforschung für die klinische Realität? Die Frage wird aus unterschiedlichen Perspektiven in den Plenarsitzungen des 21. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung (DKVF) diskutiert. Der Kongress steht unter dem Motto „Versorgungsforschung – Nutzen für die klinische Praxis – Potentiale und Perspektiven“ und findet vom 05. bis 07. Oktober 2022 in Potsdam statt.

>> „Auf dem 21. DKVF möchten wir diskutieren, wie wir relevantes Wissen und Innovationen aus der Versorgungsforschung für die klinische Praxis zur Verfügung stellen und in diese transferieren können. Zudem möchten wir Ansatzpunkte identifizieren, welche die klinische Versorgung effektiv und langfristig besser gestaltbar machen“, erläutert Kongresspräsident Prof. Dr. Peter Falkai das Motto des Kongresses. Die Plenarsitzungen widmen sich zentralen Themenfeldern der Translation. Im Rahmen der ersten Plenarsitzung soll es darum gehen, wie sich die Versorgung durch Innovation verändert und welche Kontextbedingungen hier eine wichtige Rolle spielen. Viele Ergebnisse aus Studien der Versorgungsforschung finden den Weg in die Praxis entweder gar nicht oder nur sehr langsam. Wie wir diesen Prozess effektiver und zügiger gestalten können wird in der zweiten Plenarsitzung erörtert. Die dritte Plenarsitzung befasst sich mit dem Thema der Partizipation in der Versorgungsforschung unter trialogischen Aspekten.

Die Plenarsitzungen

„Changing health care through innovation“ (Plenarsitzung 1)

Die Covid-Pandemie hat am Beispiel der Entwicklung der Impfstoffe gezeigt, was an innovativer „sprunghafter“ Entwicklung innerhalb kürzester Zeit in Krisensituationen möglich ist. Dies erforderte bei der Entwicklung der Covid-Impfstoffe mit der mRNA-Technologie einen besonderen Kenntnisstand der Wissenschaft, aber auch ins-



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.

besondere Menschen, die die besonderen Chancen verstehen, eine kritische Masse an Geld und Köpfen zusammenzubringen, um dann ein Projekt von dieser Größenordnung zur Entwicklung des Covid-Impfstoffes innerhalb kürzester Zeit umzusetzen. Wir haben Referent:innen eingeladen, um die Geschichte der Entwicklung des Covid-Impfstoffes zu erzählen, und um besser zu verstehen, welche weiteren Aspekte notwendig sind, um Innovation zu befördern und möglichst schnell in die Versorgung zu bringen. Neben einem Vortrag durch eine/n Vertreter:in der Firma Biontech soll der Vortrag von Prof. Dr. R. Voltz (Universität Köln) anregen über systemische Aspekte

Kommentar

Liebe Kolleginnen und Kollegen, der 21. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung wird, wenn die Pandemie es uns erlaubt, in Präsenz in Potsdam stattfinden. Ich freue mich sehr darauf, Sie wieder persönlich „live“ zu treffen und mich mit Ihnen auszutauschen und zu diskutieren.



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

Das Kongressmotto „Versorgungsforschung – Nutzen für die klinische Praxis – Potentiale und Perspektiven“ liegt mir sehr am Herzen, da wir diskutieren werden, wie wir relevantes Wissen für die Versorgung generieren und zeitnah implementieren können.

Danke für die tolle Arbeit des Programmkomitees, des Organisationsteams vor Ort in München unter der Leitung von dem Kongresspräsidenten Prof. Dr. Peter Falkai und an unseren Geschäftsführer Dr. Thomas Bierbaum!

Auf einem gemeinsamen Vorstandstreffen haben die TMF und das DNVF beschlossen, die bisher schon sehr gute Zusammenarbeit weiter zu vertiefen. Ein Ergebnis dieser für beide Seiten sehr förderlichen Kooperation sind die Registertage 2022, die das DNVF als wissenschaftlicher Kooperationspartner mit veranstaltet. Registerinteressierte sollten diese Gelegenheit unbedingt nutzen.

Besonders bedanken möchte ich mich bei der wissenschaftlichen Leitung der zehnten, erneut digitalen, Spring-School 2022 Prof. J. Köberlein-Neu und Prof. F. Hoffmann für das hervorragende Programm und Frau Barche von der Geschäftsstelle für die sehr gute organisatorische Begleitung. Wir freuen uns sehr über die große Zahl von über 180 Anmeldungen.

Herzlich einladen möchte ich Sie auf das Forum Versorgungsforschung am 04.05.2022 in Berlin, wo wir aus unterschiedlichen Perspektiven das Thema „Sektorübergreifende und interprofessionelle regionale Versorgung“ diskutieren werden. Im Anschluss findet die 31. Mitgliederversammlung in Präsenz statt und ich hoffe auf eine so gute und lebendige Beteiligung wie im Oktober 2021.

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

Ihre

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

nachzudenken, die im Rahmen von Selbstorganisation wirksam werden. Als drittes soll die politische Perspektive mit dem Fokus regulatorischer Rahmenbedingungen zu Wort kommen und eine adäquate Beteiligung der Bürger:innen verbunden mit einer Mitsprache und transparenter Kommunikation diskutiert werden. Gerade solche Aspekte müssen zukünftig besser berücksichtigt werden, als das bei der Entwicklung des Covid-Impfstoffs geschehen ist.

„Wissen überprüfen – Versorgung verbessern“ (Plenarsitzung 2)

Der Wissenszuwachs, z. B. Erkenntnisse aus abgeschlossenen Studien im Bereich der Versorgungsforschung oder klinischen Medizin allgemein, ist enorm. Diese Ergebnisse finden häufig Eingang in Metaanalysen und darüber in die Evidenzbasierung der Medizin. Die Qualität der zugrundeliegenden Studien wird häufig nicht mehr überprüft, sondern als gegeben hingenommen. Dies führte in der Vergangenheit und führt auch aktuell immer wieder zu Leitlinienempfehlungen, die so nicht richtig sind und zum Teil erhebliche Konsequenzen für Patient:innen und das Gesundheitssystem haben. Prof. Dr. C. Corell (Charité Berlin) wird sich in seinem Vortrag mit diesem Thema am Beispiel der Psychopharmakotherapie bei psychischen Erkrankungen auseinandersetzen. Um die Zukunft zu gestalten, müssen wir Mechanismen in der Versorgungsforschung etablieren, um einerseits neue Daten zu „kuratieren“, d. h. auf ihre Reliabilität, aber insbesondere auch auf ihre Validität zu überprüfen und möglichst schnell in korrekte evidenzbasierte Empfehlungen für den Praktiker zu bringen. Prof. Dr. M. Wensing (Universitätsklinikum Heidelberg) wird zeigen, dass die Entwicklung der „Living Guidelines“ eine Beschleunigung dieses Umsetzungsprozesses bewirken kann, welcher jedoch noch durch eine transparente Implementierungsstrategie begleitet werden muss.

„Partizipative Forschung – Trialogische Aspekte“ (Plenarsitzung 3)

Versorgungsforschung soll die Qualität von Versorgung für die Patient:innen verbessern, aber auch die Effizienz unseres Versorgungssystems nach vorne bringen. Wir wissen, dass das deutsche Gesundheitssystem gut, aber teuer ist und wollen über innovative Wege nachdenken, dieses weiter in seiner Qualität zu verbessern und dabei finanzierbar zu gestalten. Ein wes-

entlicher Aspekt ist die Einbeziehung der „User/Patient:innen“, die nicht nur passive Nutzer des Gesundheitssystems und seiner Angebote sein sollten, sondern Neuentwicklungen früh kommentieren und auf dem weiteren Weg begleiten müssen. Hier sind einige Fragen zu stellen, die im Rahmen der dritten Plenarsitzung aufgeworfen und diskutiert werden: Wie sollen Betroffenen- und Angehörigenvertreter:innen in die Versorgungsforschung einbezogen werden? Ab wann und in welcher Form? Sollen sie auch – wie immer häufiger gefordert – ihre eigene partizipative Forschung durchführen können und hierfür eine eigene Infrastruktur erhalten?

Programm

Der DKVF lebt durch seine unterschiedlichen Beitragsarten mit Plenarsitzungen, Symposien, Podiumsdiskussionen, Postersessions, State Of The Art Lectures, Debates, interaktiven Workshops und Science Slams, welche 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.

Nachwuchsakademie VF: Bewerbungen für die fünfte Nachwuchsakademie „Versorgungsforschung“ der DFG in Oldenburg bis zum 31. Mai 2022 möglich

Um die Versorgungsforschung weiter zu etablieren und auch um gegenüber anderen Fächern kompetitiv zu sein, bedarf es gut qualifizierter Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern im frühen Stadium ihrer Karriere. Doch gerade nach einer Promotion fehlt es dazu oft an Instrumenten, diese Entwicklung zu fördern. Ziel von Nachwuchsakademien ist es deshalb, auf die eigenständige Durchführung von Forschungsprojekten vorzubereiten und an die erste eigene Projektleitung und Drittmittelwerbung heranzuführen. Die erste von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) eingerichtete Nachwuchsakademie Versorgungsforschung startete im Jahr 2010 in Lübeck. Spätere Ausrichtungsorte waren Hamburg, Köln und zuletzt Düsseldorf.

Kürzlich startete die nunmehr fünfte von der DFG eingerichtete Nachwuchsakademie, welche von einem Team um Prof. Dr. Falk Hoffmann, Prof. Dr. Lena Ansmann und PD Dr. Anna Levke Brütt in Oldenburg organisiert wird. Dabei wird das erfolgreiche Konzept vorangegangener Akademien um

drei neue Elemente ergänzt, nämlich

- a) das Mentoring durch Alumni früherer Nachwuchsakademien,
- b) eine intensivere Betreuung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie
- c) eine stärkere und nachhaltige Vernetzung mit weiteren Alumni der vorangegangenen Nachwuchsakademien.

Damit sollen die Teilnehmenden von den Erfahrungen der Alumni profitieren, einerseits inhaltlich und methodisch, andererseits aber auch als mögliche „Role Models“ für die zukünftige eigene Entwicklung und Karriereplanung.

Die ersten beiden Phasen sind ein Anforderungsworkshop sowie eine einwöchige Akademiewoche, die am 5. September 2022 bzw. vom 27. Februar bis 3. März 2023 in Oldenburg stattfinden. In der dritten Phase soll bis Juni 2023 der Antragsentwurf überarbeitet und eingereicht werden. Mit einer Laufzeit von maximal zwölf Monaten und einem Fördervolumen von circa 65.000 Euro ermöglicht dieser Antrag die Durchführung von Pilotstudien und das Erbringen von Vorarbeiten als Grundlage für ein umfangreicheres Folgeprojekt außerhalb der Nachwuchsakademie.

Eine wesentliche Voraussetzung für die Teilnahme ist die Einreichung einer kurzen Projektskizze aus dem Bereich der Versorgungsforschung. Eine positive Begutachtung der Skizze durch ein Expertengremium ist Voraussetzung für die Einladung zur Akademie, an der bis zu 20 Nachwuchswissenschaftler:innen teilnehmen können.

Interessierte können sich mit ihrer Projektskizze bis zum 31. Mai 2022 für eine Teilnahme bewerben.

Weitere Informationen dazu finden sich unter: <https://bit.ly/3tUwfEX> <<

News

>> News 1

Zum Artikel „Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Versorgung von Nicht-Covid-Erkrankten in Deutschland: Ergebnisse einer Befragung von Patient:innen, Angehörigen und Behandler:innen“ möchten wir noch die Autor:innen nachreichen: M. Levelink (Universität Oldenburg), T. Bierbaum (DNVF), I. Köster-Steinebach (Sepsisstiftung), M. Messer (Universität Trier), A.-L. Brütt (Universität Oldenburg). Besonders bedanken möchten wir uns bei dem Hauptautor M. Levelink.

Motto der Registertage: „Daten – Qualität – Vernetzung – Wissensgenerierung“

Registertage 2022 der TMF in Kooperation mit DNVF

Auf den Registertagen ist die Fachcommunity der Registerbetreibenden und Registerforschenden eingeladen, gemeinsam mit Vertretern der Politik und Industrie über aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen für medizinische Register in der Versorgungsforschung zu diskutieren und sich über Ansätze zur Weiterentwicklung der Registerlandschaft auszutauschen.

>> Die Registertage am 2. bis 3. Mai 2022 werden von der TMF in Kooperation mit dem DNVF organisiert und finden in Berlin als Präsenzveranstaltung im Kaiserin-Friedrich-Haus, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin (Mitte) statt.

Medizinisch-wissenschaftliche Register sind Methode und Werkzeug zugleich. Sie erfüllen eine Vielzahl von Aufgaben in der Versorgungs- und Qualitätsforschung und haben in den vergangenen Jahren einen steten Bedeutungszuwachs erfahren. Gleichzeitig sind die Anforderungen an Register, ihre Einordnung als Datenquelle in der Versorgungsforschung, gesetzlich regulierten Forschungsvorhaben oder als Instrumente der Qualitätssicherung und der Verbesserung der Patientensicherheit immer wieder Gegenstand der Diskussion. Die aktuellen Entwicklungen wie die Nennung eines Registergesetzes im Koalitionsvertrag, das Registergutachten oder auch das BMG geförderte Projekt „Curriculum Registerbasierte Forschung – REGIBA“ spiegeln die gegenwärtigen Bestrebungen wider, eine Verbesserung der Qualität der Register und der Registerforschung auf der einen und einer Stärkung der Weiterentwicklung der Nutzbarkeit von Registern auf der anderen Seite zu erreichen.

Das Motto der Registertage 2022 „Daten – Qualität – Vernetzung – Wissensgenerierung“ macht das breite Themenspektrum der Register deutlich. Daten sind das Herzstück eines Registers. Und nur mit einer hohen Datenqualität lassen sich Forschungsfragen verlässlich beantworten. Ebenso relevant sind die Qualität der Infrastruktur und der Prozesse. Sie bestimmen den Reifegrad eines Registers und damit seine Nutzbarkeit. Weiterhin rückt die Vernetzung von Registern miteinander und mit weiteren Datenquellen zunehmend in den Fokus. Vernetzung und Interoperabilität bilden zentrale Säulen für einen europäischen Ge-

sundheitsdatenraum und ein Gesundheitsdatenökosystem, die neue Dimensionen der Wissensgenerierung für die registerbasierte Forschung erschließen. Gleichzeitig stehen durch das Manual Methoden für die Nutzung versorgungsnaher Daten zur Wissensgenerierung Standards zu Verfügung, die den Einsatz von Registern zur Beantwortung von Forschungsfragen beschreiben. Mit den Registertagen setzt die TMF die erfolgreiche Zusammenarbeit mit dem Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) als wissenschaftlichen Kooperationspartner fort.

Zielgruppe

Der Kongress richtet sich thematisch an die Fachcommunity der Registerbetreibenden und Registerforschenden, um gemeinsam mit Politik und Industrie aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen für medizinische Register in der Versorgungsforschung zu diskutieren und sich über Ansätze zur Weiterentwicklung der Registerlandschaft auszutauschen. Die Registertage werden Impulse für die zukünftige Registerforschung setzen und mit Expert:innen der Register- und Versorgungsforschung Qualitätskriterien und zukünftige Herausforderungen patientenbezogener Register diskutieren. Dabei geht der Blick über den nationalen Tellerrand auch nach Europa.

Register leben von der Community! Es wird daher auf den Registertagen Diskussionen auf dem Podium, Raum für den interkollegialen Austausch und Gelegenheiten zum geselligen Beisammensein geben. <<

Anmeldelink:

<https://eveeno.com/265202667>

News

>> Mitglieder

Das DNVF begrüßt herzlich die Gesellschaft für Phytotherapie (GPT) e.V. als neues Mitglied der Sektion 1 (Fachgesellschaften) und die WIG2 GmbH als neues Mitglied der Sektion 2 (Wissenschaftliche Institute und Forschungsverbünde). Die aktuelle Anzahl der persönlichen Mitglieder beträgt 285 Personen.

Termine

08.04.2022

ZWEIT Symposium, hybrid, Potsdam

26.04.2022

Qualität der Krebsbehandlung: Ergebnisse zur Wirksamkeit onkologischer Zentren, digital

02.-03.05.2022

Registertage 2022 (in Kooperation mit der TMF), Berlin

04.05.2022

9. DNVF Forum im Karl Storz Haus Berlin anschließend 31. Mitgliederversammlung

19.05.–20.05.2022

BMC-Kongress 2022, Berlin hybrid

22.06.–24.06.2022

Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Berlin

05.10.–07.10.2022

21. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF 2022) in Potsdam

Programm des DNVF-Forums Versorgungsforschung: „Sektorübergreifende und interprofessionelle regionale Versorgung“		
Ort	Karl Storz Haus, Scharnhorststr. 3, 10115 Berlin	
Datum	4. Mai 2022 von 10:30 bis 14:30 Uhr	
Anmeldung	https://dnvf.de/dnvf-forum/dnvf-forum.html	
Zeit	Redner:innen	
10:30-10:40	Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (Vorsitzende DNVF, Universität Regensburg) & Prof. Dr. Jochen Schmitt (TU Dresden)	Begrüßung und Moderation
10:40-11:00	Prof. Dr. Max Geraedts (Universität Marburg)	Konzepte und Methoden zur Evaluation regionaler Versorgungskonzepte
11:00-11:20	Daniela Teichert (AOK Nordost)	„Gesundheitsversorgung 2030 – regionale sektorenübergreifende Versorgung“
11:20-11:40	Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Universität Greifswald)	Regionaler Versorgungsverbund Vorpommern – von der Idee bis zur Umsetzung
11:40-12:00	Dr. h. c. Helmut Hildebrandt (OptiMedis AG)	Instrumente und Methoden sektorenübergreifender regionaler Versorgung: Einsatz von Lotsen im Gesunden Schwalm-Eder-Kreis
12:00-12:30	Pause	
12:30-12:50	Prof. Dr. Holger Pfaff (Universität zu Köln)	Cologne Research and Development-Network – lernende Netzwerke und „value-based healthcare“
	Prof. Armin Grau (Bündnis 90/Die Grünen)	Ordnungspolitische Rahmenbedingungen für sektorenübergreifende Versorgung in regionalen Versorgungsverbänden
	Dr. Olaf Kannt (Helios Kliniken GmbH)	Von der sektorenübergreifenden zur sektorenenabhängigen Versorgung
	Moderation: Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke & Prof. Dr. Jochen Schmitt Teilnehmende: Prof. Dr. Max Geraedts, Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, Dr. h. c. Helmut Hildebrandt, Dr. Janosch Dahmen, Dr. Olaf Kannt, Prof. Dr. Holger Pfaff und Forums-Teilnehmer:innen	Podiums- und Plenardiskussion: Sektorübergreifende und interprofessionelle Versorgung – umsetzen, monitoren und verbessern
	Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke	Fazit

News

>> 9. Forum und 31. Mitglieder-versammlung

Das DNVF lädt alle Mitglieder und Interessierte herzlich zum 9. DNVF-Forum Versorgungsforschung am 04. Mai 2022 nach Berlin ins Karl Storz Haus ein. Das Forum widmet sich dem Thema „Sektorübergreifende und interprofessionelle regionale Versorgung“. Es bedarf neuer sektorenübergreifender und regionaler Versorgungskonzepte, um mit den knappen Ressourcen effizient umzugehen. Im Anschluss an das Forum findet die 31. Mitgliederversammlung von 15:00 bis 17:30 Uhr statt. Die Programmübersicht finden Sie links. Auf der DNVF-Webseite ist die Online-Anmeldung möglich: https://dnvf-fortbildung-anmeldung.de/main_frontend.php?logincode=Forum

>> DNVF AG Evidenzsynthese

Vor dem Hintergrund der Themenvielfalt innerhalb der Arbeitsgruppen des DNVF und der vielfältigen Bedarfe zu Evidenzsynthesen wird die AG Evidenzsynthese gegründet. Als Sprecher:innen stellen sich zur Wahl: Stefanie Deckert, MPF (TU Dresden) und Prof. Dr. Dawid Pieper (MHB Brandenburg).

Mentoring-Programm: Karriere an der Hochschule, in der Versorgungspraxis oder doch in der Industrie?

Welcher Karriereweg passt zu mir?

Welche Schritte sind notwendig, um meinen Karriereweg einzuschlagen? Solche und ähnliche Fragen stellen sich vielen kurz vor oder nach der Promotion. Der Austausch mit Kolleg:innen, die in einer ähnlichen Situation sind, sowie mit erfahrenen Personen, die ähnliche Wege gegangen sind, kann eine besondere Form der Unterstützung sein. Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung hat hierfür erstmalig eine Austauschplattform geschaffen und lädt alle Versorgungsforscher:innen, die kurz vor oder nach der Promotion stehen, herzlich ein, sich für das neu geschaffene netzwerkeigene Mentoring-Programm zu bewerben.

>> Das 12-monatige Mentoring-Programm startet mit dem 21. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung im Oktober 2022. Ziel des Programmes ist es, Wege für individuelle Karrieren aufzuzeigen und dabei zu unterstützen, Kenntnisse sowie Kontakte in der Versorgungsforschung auszubauen und nachhaltige Netzwerke zu bilden.

Das Mentoring-Programm setzt sich aus drei Säulen zusammen:

1. einem Rahmenprogramm mit Auftakt-, Interims- und Abschlussveranstaltung (jeweils gekoppelt an DNVF-Veranstaltungen)

sowie vier Workshops zu karriere-bezogenen Themen (z.B. Profilbildung, Selbst-Präsentation, Netzaufbau, Berufung)

2. Unterstützung eines Peer-to-Peer-Mentorings durch die Mentees
3. Eins-zu-Eins-Mentoring-Beziehung mit einem/r erfahrenen Mentor:in

Interessierte können sich noch bis zum 22. April 2022 digital über die Homepage des DNVF bewerben. <<

DNVVF

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

eMail: info@dnvf.de

PD Dr. rer. nat. Hans-Peter Dürr
Prof. Dr. rer. nat. Martin Eichner

Corona-Pandemie: Zukunfts-Überlegungen aus der Sicht epidemiologischer Modellierung

Bei der mathematischen Modellierung von Epidemien kommen im einfachsten Fall sogenannte SIR-Modelle zum Einsatz. Die drei Großbuchstaben beschreiben dabei die für das Infektionsgeschehen relevanten Zustände der Individuen bzw. der Bevölkerung: S bedeutet, suszeptibel (empfindlich) zu sein für die Infektion, I bedeutet, infiziert und infektiös zu sein, und R steht für Resistenz (Immunität). Wie auch anderswo werden SIR-Modelle überwiegend auch am Robert Koch-Institut eingesetzt (an der Heiden 2020; Maier 2022). Ohne weitere Modifikationen werden SIR-Modelle für die Modellierung von Infektionskrankheiten verwendet, die nach der Genesung eine lebenslange Immunität hinterlassen, wie es bei vielen „Kinderkrankheiten“ der Fall ist. Aber gerade dies scheint auf eine Infektion mit SARS-CoV-2 nicht zuzutreffen. Es liegen Befunde dafür vor, dass sowohl eine Infektion mit dem Coronavirus als auch eine Impfung gegen das Coronavirus lediglich eine temporäre Immunität erzeugen (Baraniuk 2021). Hinzu kommt, dass das Virus eine bestehende Immunität durch neue Virusvarianten (sog. Escape-Varianten) umgehen kann, gegen die eine Kreuzimmunität aus vergangenen Infektionen nicht, oder nicht ausreichend, vorhanden ist (Starr 2021; Weisblum 2020). Dieser Artikel beschreibt weder das Erkrankungsgeschehen in der Gesellschaft noch die Belastung des Gesundheitssystems. Stattdessen soll durch Modellierung untersucht werden, wie verschiedene Faktoren die Übertragung der Infektion beeinflussen könnten. Infektionen dürfen in diesem Fall nicht mit Erkrankungen gleichgesetzt werden, die von vielen anderen Faktoren beeinflusst werden (Alter, Vorerkrankungen etc.); auch Infektionen, die nach früheren Impfungen oder nach früheren Infektionen erfolgen, gehen mit einer anderen Erkrankungswahrscheinlichkeit einher, die sehr wahrscheinlich geringer ist. Der hier vorgelegte Artikel konzentriert sich auf die infektionsepidemiologisch relevanten Größen, insbesondere Prävalenz und Immunität betreffend.

Die Besonderheit: Immunitätsverlust

>> Wenn Corona-Infektionen eine nur temporäre Immunität erzeugen, impliziert dies einen kontinuierlichen Immunitätsverlust in der Bevölkerung. Menschen, die bereits von einer Infektion mit dem Virus genesen sind, können erneut suszeptibel werden und sich in der Folge ein weiteres Mal (oder öfter) mit dem Coronavirus infizieren (Pulliam 2022). Dies wird durch sogenannte SIRS-Modelle beschrieben, die den möglichen „Rückfall“ vom immunen in den suszeptiblen Zustand

Zusammenfassung

Seit dem Auftreten der Corona-Pandemie bestand weltweit die Frage, wann die Pandemie zu einem Ende kommen würde. Mittlerweile werden solche Hoffnungen von der Befürchtung verdrängt, dass die Infektionskrankheit nicht eliminiert werden kann und endemisch wird. Der hier vorgelegte Artikel beschreibt zwei Gründe, die für diese Hypothese sprechen: saisonale Übertragung und temporäre Immunität. Beide Faktoren beeinflussen die Übertragungsdynamik stark, was unseren zukünftigen Umgang mit SARS-CoV-2 und politische Entscheidungen prägen wird. Auf der Basis eines mathematischen Modells liefert dieser Artikel Prognosen zum Charakter der zukünftigen Endemizität von SARS-CoV-2 und ihren Implikationen für Impfkampagnen, Kontakteinschränkungen und andere Interventionsmaßnahmen, sowie für die aktuelle Debatte über die Einführung einer Impfpflicht in Deutschland.

Schlüsselwörter

Übertragungsdynamik, Endemizität, SARS-CoV-2, Interventionsmaßnahmen, Impfkampagne, epidemiologische Modellierung, SIR-Modell

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.02.22.1866-0533.2393>

berücksichtigen (R -> S). Berücksichtigt man zudem, dass infizierte Menschen nicht sofort infektiös werden, sondern erst noch eine latente Periode durchlaufen, so erhält man ein SEIRS-Modell (E steht im internationalen Sprachgebrauch für „exposed“ und bezeichnet die latente Periode zwischen der Ansteckung und der infektiösen Periode).

Die Modellvorhersagen eines SEIRS-Modells im Vergleich zu denjenigen eines SIR-Modells sind in Abb. 1 schematisch dargestellt. Der wesentliche Unterschied besteht darin, dass ein SEIRS-Modell recht schnell in den endemischen Zustand führt, während ein SIR-Modell in der Regel nur eine einzelne Epidemie erzeugt und erst dann wieder in der Bevölkerung Fuß fassen kann, wenn viele der Immunen gestorben und durch neugeborene Suszeptible ersetzt wurden. Der wichtigste Unterschied zwischen den beiden Modellen ist also, wie und wie schnell Suszeptible in der Bevölkerung entstehen: Im SIR-Modell entstehen sie nur über die Geburt von Kindern, im SEIRS-Modell entstehen sie zusätzlich durch Immunitätsverlust.

Ist eine Immunität nach Infektion nur temporär, ergibt sich zwangsläufig das Risiko eines endemischen Zustandes, der auch wiederkehrende (rekurrente) Epidemien hervorbringen kann. Dieses Risiko erhöht sich, wenn eine jahreszeitlich schwankende Übertragungsrates vorliegt, wie es z. B. für Influenza beschrieben wurde (Goeyvaerts 2015; Vynnycky 2008). In nördlichen Breitengraden ist davon auszugehen, dass die Übertragungsrates in den Wintermonaten höher ist als im Sommer (Kronfeld-Schor 2021). Dies führt in der kälteren Jahreszeit zu einer verstärkten Durchseuchung der Bevölkerung, die ihrerseits eine temporär erhöhte Immunisierung der Bevölkerung herbeiführt, welche anschließend aber immer wieder abnimmt.

Verhängnisvolle Koinzidenz: Immunitätsverlust und Saisonalität

Während im Winterhalbjahr ein dynamisches Infektionsgeschehen zu einer weitgehenden Immunisierung der Bevölkerung führt (starke „Durchseuchung“), vollzieht sich in der wärmeren Jahreszeit das Gegenteil: Die abnehmende Übertragungsrates führt zu weniger Infektionen und der gleichzeitig stattfindende Immunitätsverlust überwiegt in der Bevölkerung. Die anwachsende Anzahl Suszeptibler bildet die Grundlage für ein erneut stark ausfallendes Epidemiegeschehen in den Herbst- und Wintermonaten. Die Infektion wird dadurch endemisch, mit einer Neigung zu rekurrenten Epidemien.

Dieser Artikel beschreibt und diskutiert die Konsequenzen dieser

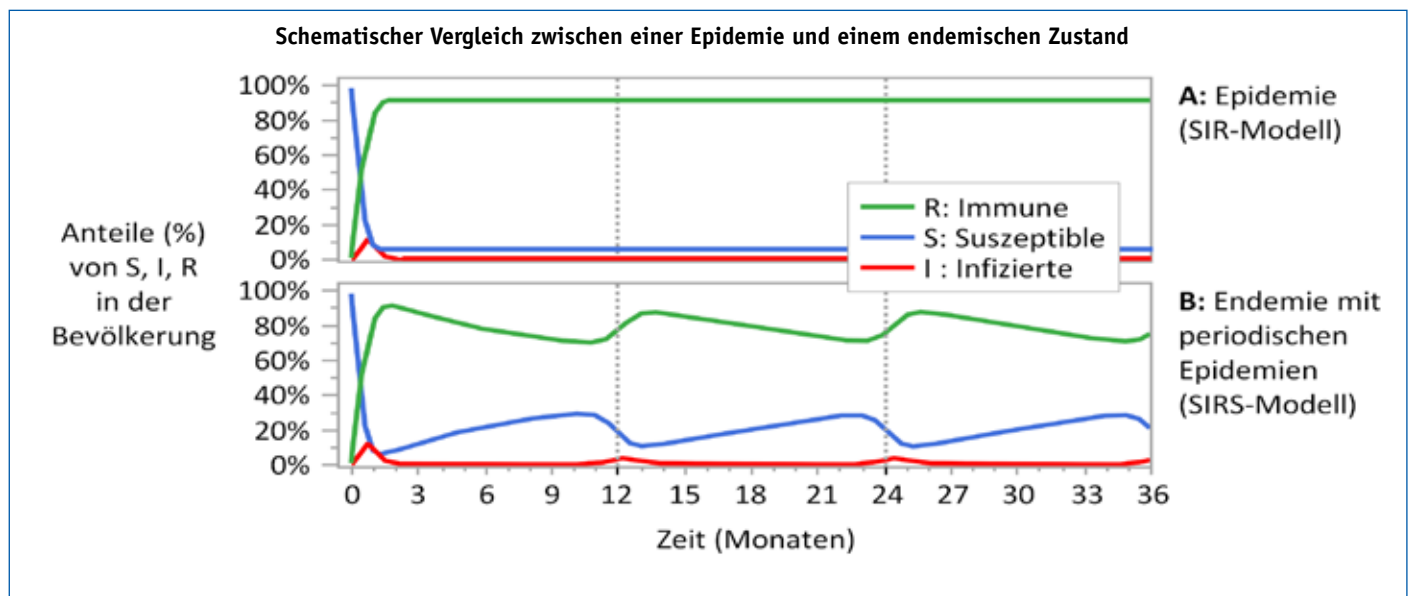


Abb. 1: Schematischer Vergleich zwischen einer Epidemie (A) und einem endemischen Zustand (B), dargestellt durch die Modellvorhersagen eines SIR-Modells (A) und eines SEIRS-Modells (B) zu den zeitabhängigen Anteilen von Infektiösen (I), Immunen (R) und Suszeptiblen (S). SIR-Modelle basieren auf der Annahme lebenslanger Immunität, so dass wiederkehrende (rekurrente) Epidemien nicht auftreten – zumindest nicht in den hier betrachteten, kurzen Zeitintervallen. Hinterlässt eine Infektion nur eine temporäre Immunität, so führt dies zu einem Immunitätsverlust in der Bevölkerung (Abfall der grünen Kurve), weshalb sich in der Bevölkerung ein neues Reservoir an Suszeptiblen aufbaut (Anstieg der blauen Kurve). Dieses Reservoir bildet dann die Voraussetzung für eine weitere Epidemie.

Koinzidenz von Immunitätsverlust und saisonal schwankender Übertragungsraten. Einige der Schlussfolgerungen sind trivial, wie zum Beispiel, dass der Nutzen einer beispielsweise im Frühjahr durchgeführten Impfkampagne fragwürdig ist, wenn die protektive Immunität einer Impfung nur vier bis sechs Monate anhält. In diesem Fall kann durch die Impfung der natürliche Immunitätsverlust in der Bevölkerung nicht aufgefangen werden. Andererseits können die Konsequenzen komplex und unerwartet sein. Dies wird im Zusammenhang mit einer für Epidemien charakteristischen Maßzahl gezeigt, der sogenannten Basisreproduktionszahl R_0 (Dietz 1993).

Es stellt sich heraus, dass sich die für das SIR-Modell bekannte, direkte Proportionalität zwischen R_0 und der Spitzenhöhe der Epidemie ins Gegenteil verkehrt: Eine hoch infektiöse Krankheit (hohes R_0) kann im SEIRS-Modell hohe Ausbrüche erzeugen, die mit geringen Spitzenwerten unerwartet harmlos erscheinen. Infektionserreger, die wir aufgrund eines niedrigen R_0 als harmloser einschätzen, treten dagegen im SEIRS-Modell unerwartet fulminant und mit höheren Spitzenwerten auf. Es soll in dieser Publikation nicht um den komplexen Zusammenhang zwischen Infektion und Erkrankung gehen, aber es kann angenommen werden, dass stärkere Infektionsausbrüche generell auch zu einer höheren Spitzenbelastung des Gesundheitssystems führen.

Die zwei Seiten der endemischen Medaille

Diese Betrachtungen zeigen, dass einige der gängigen epidemiologischen Erwartungen neu gedacht werden müssen, wenn SARS-CoV-2 unter Koinzidenz von Immunitätsverlust und saisonaler Übertragungsraten endemisch wird. Es zeigt sich auch, dass der vorwiegend negativ konnotierte Begriff der „Durchseuchung“ eine zweite Sichtweise bekommt, denn Infektionen führen gleichzeitig zur Immunisierung der Bevölkerung. Dies hat zur Konsequenz, dass eine verhinderte Durchseuchung der Bevölkerung auch eine verhinderte Immunisierung bedeutet – die zweite Seite der Medaille.

Es deutet sich an, dass bei der Planung von Präventions- und Interventionsmaßnahmen unter Corona eine neue Herausforderung zu

bewältigen sein wird, die da lautet: Wie können gesundheitspolitische Maßnahmen die optimale Balance zwischen „Schaden durch unkontrollierte Durchseuchung“ und „Schutz durch Immunisierung“ finden? Impfkampagnen müssen nicht notwendigerweise nur positive und protektive Effekte haben, sondern können auf Populationsebene auch negative epidemiologische Folgen erzeugen. Ebenso können zeitlich nicht optimal abgestimmte Maßnahmen zur Kontaktreduktion mehr Immunitätsverlust erzeugen, als sie das Infektionsgeschehen eindämmen. Die Implikationen für Interventionsentscheidungen werden in dieser Arbeit diskutiert.

Methoden

Wir verwenden für unsere Untersuchungen eine Erweiterung des Basis-SIR-Modells, welches den meisten Infektionsübertragungsmodellen zugrunde gelegt wird. Wie im Basismodell gehen wir davon aus, dass Menschen bei Geburt für Infektionen empfänglich sind (suszeptibel: „S“) und infiziert werden können. Die Dauer der Infektion wird in zwei Phasen unterteilt, in die latente Phase, in welcher die Infizierten noch niemanden anstecken können („E“), und in die anschließende infektiöse Phase („I“); der Infektion folgt sodann eine Immunität („R“). Im Gegensatz zum Basismodell ist die Immunität nach einer Corona-Infektion aber nur temporär und kann wieder verloren gehen (Rückkehr zum Status „S“). Kommen Immune in Kontakt mit einem Infektiösen, kann dies ihre Immunität aber auch „auffrischen“ und verlängern (Immunitätsbooster-Status „B“).

Das Modell wird durch Impfungen erweitert, weshalb drei Strata unterschieden werden:

- 1) Kinder, die für eine Impfung noch zu jung sind, und
- 2) ältere Kinder, Jugendliche und Erwachsene, die sich für die Impfung entschieden haben, oder
- 3) die sich gegen die Impfung entschieden haben. Impf-„willige“ werden wiederholt geimpft, jedoch geht Impfmunität mit der Zeit verloren, ebenso wie die natürliche Immunität nach Infektion.

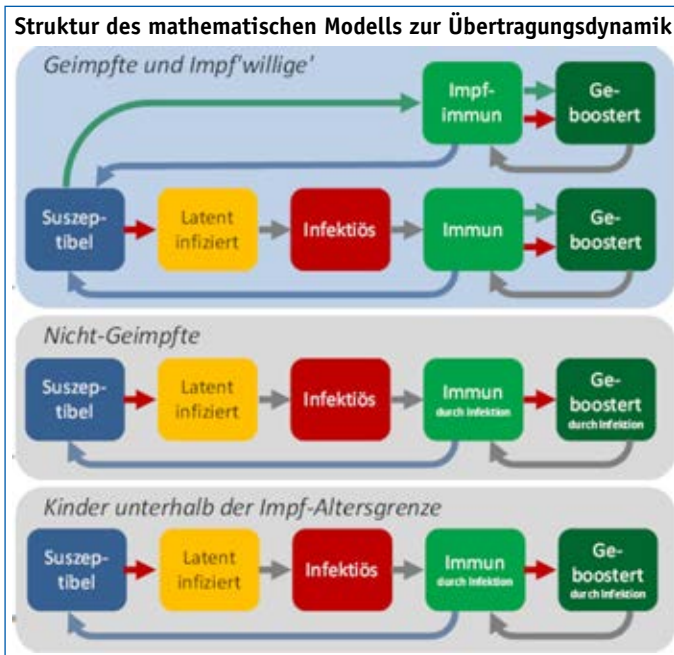


Abb. 2: Struktur des mathematischen Modells zur Übertragungsdynamik von Corona-Infektionen. Die Bevölkerung ist in drei Gruppen aufgeteilt: 1) Kinder, die noch nicht geimpft werden können, 2) ältere Kinder, Jugendliche und Erwachsene, die sich gegen die Impfung entscheiden haben, oder 3) sich für die Impfung entschieden haben. Innerhalb jeder Gruppe können Infektionen stattfinden: Suszeptible können angesteckt werden; sie durchlaufen zunächst eine kurze Phase der sog. Latenz, in welcher sie noch nicht ansteckend sind, werden danach infektiös (ansteckend für andere) und schließlich immun. Die Immunität geht wieder verloren, unabhängig davon, ob sie durch Infektion oder durch Impfung erzeugt wurde (die Rate des Immunitätsverlusts kann sich jedoch unterscheiden). Wenn Immune mit Infizierten Kontakt haben, wird ihre Immunität geboostert (verlängert). Impf-„willige“ werden wiederholt geimpft. Impfungen schützen nicht immer vor Infektion (Impfwirksamkeit <100%). Rote Pfeile: Infektionen, grüne Pfeile: erfolgreiche Impfungen, blaue Pfeile: Immunitätsverlust.

Impf-„willige“ können auch infiziert werden, wenn sie z. B. nach dem Verlust einer ausreichenden Immunität und vor der nächsten Impfung Kontakt mit einem Infizierten haben. Ihre Immunität kann jedoch auch durch Infektion geboostert werden, nicht nur durch Impfung. Das Modell wird in Abb. 2 dargestellt und in seiner mathematischen Form mit den hier verwendeten Parameterwerten im Anhang beschrieben.

Ergebnisse

Unerwartete Effektkkehr

Es ist eine unveränderliche Eigenschaft der SIR-Modelle (die Immunitätsverlust nicht berücksichtigen), dass der Spitzenwert einer Epidemie proportional zur Basisreproduktionszahl (R_0) des Virus ist: Je höher R_0 , desto höher ist der Spitzenwert der Epidemie, und desto schneller wird er erreicht. Umgekehrt gilt auch: Je kleiner R_0 , desto flacher und breiter verläuft die Epidemie und desto niedriger ist der Peak.

Diese Gesetzmäßigkeit verkehrt sich in einem SEIRS-Modell mit Immunitätsverlust und saisonaler Übertragungsrate ins Gegenteil (Abb. 3; Anmerkung: bei saisonal schwankender Übertragung beziffert R_0 den Jahresmittelwert des zeitlich veränderlichen R_0 -Wertes.) Das in Abb. 3 gezeigte Beispiel zur Abhängigkeit der Infektionsdynamik von der Basisreproduktionszahl R_0 zeigt, dass Schlussfolgerungen aus SIR-Modellen nicht mehr ohne weiteres anwendbar sind, wenn

Immunitätsverlust und eine saisonale Übertragungsrate vorliegen.

Während der Corona-Wellen der vergangenen zwei Jahre wurde angestrebt, eine Überlastung von Krankenhaus- bzw. Intensivkapazitäten zu vermeiden, die eine Übersterblichkeit durch die Unterversorgung der Bevölkerung verursachen würde. In diesem Zusammenhang war besonders der Spitzenwert der epidemischen Wellen relevant, weil eine Überlastung in zeitlicher Nähe zur Spitze der Epidemie zu erwarten ist. Der in Abb. 3 gezeigte, umgekehrt proportionale Zusammenhang von Spitzenwert und Basisreproduktionszahl erscheint auf den ersten Blick paradox. Auf den zweiten Blick jedoch ist er naheliegend und entspricht nur dem, was unter Immunitätsverlust und saisonaler Übertragungsrate zu erwarten ist (s. u.).

Der scheinbare Widerspruch zu den Ergebnissen von SIR-Modellen hat einen einfachen Grund: Eine hohe Durchseuchungsrate führt zu einer anhaltend höher liegenden Grundimmunisierung der Bevölkerung, und dies verhindert die spätere Entwicklung von fulminanten Epidemien mit hoher Amplitude. Umgekehrt ist entsprechend zu formulieren: Fulminant verlaufende Epidemien mit höherem Spitzenwert sind gerade von denjenigen Virusvarianten zu erwarten, die wir – gemessen an R_0 – eher als harmlos betrachten würden.

Abb. 3 zeigt, dass für Erreger mit Immunitätsverlust und saisonaler Übertragungsrate die Spitzenbelastung des Gesundheitssystems bei denjenigen Virusvarianten größer ist, die eine kleine Basisreproduktionszahl haben, während Virusvarianten mit einem großen R_0 eine hohe Grundimmunisierung der Bevölkerung aufrechterhalten, sodass es zu keinen hohen Spitzenbelastungen des Gesundheitssystems kommt.

Die Basisreproduktionszahl R_0 darf nicht mit der effektiven Reproduktionszahl R_e verwechselt werden, die oft als „R-Wert“ berichtet wird. Werte für R_e sind kleiner als R_0 und bewegen sich oft in der Nähe von 1,0, weil sie alle aktuellen infektionsreduzierenden Fak-

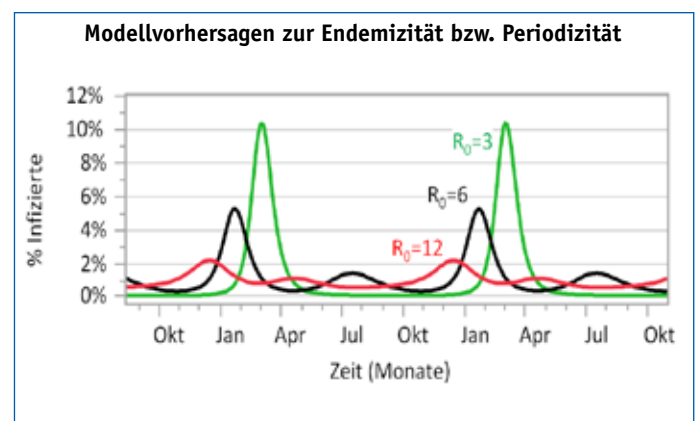


Abb. 3: Modellvorhersagen zur Endemizität bzw. Periodizität von Coronainfektionen über einen Zeitraum von zwei Jahren, für drei verschiedene Annahmen zur Basisreproduktionszahl R_0 . Zugrunde gelegt wird ein SEIRS-Modell mit Immunitätsverlust und saisonal schwankender Übertragungsrate. Schwarz, $R_0=6$: Es treten eine größere Winter-Epidemie und eine kleinere Sommer-Epidemie auf, mit Spitzenprävalenzen von ca. 5,5% und 1,5%. Rot, $R_0=12$ (unrealistisch hoch, zu Vergleichszwecken gezeigt): Bei sehr hohem R_0 flacht sich die Kurve ab und es kommt zu niedrigeren Spitzenwerten, weil eine permanent erhöhte Basis-Endemizität (mit einer Prävalenz von ca. 1%) aufrechterhalten wird, die einen hohen Immunisierungsgrad in der Bevölkerung erzeugt. Dies beugt der Entstehung von fulminanten Epidemien vor. Grün, $R_0=3$: Epidemien treten nur noch im jährlichen Abstand auf, haben jedoch sehr hohe Spitzenwerte (>10% Infizierte). Grund für das fulminante Epidemiegeschehen ist das Zusammenwirken von Immunitätsverlust und niedriger Übertragungsrate während der Sommermonate, das einen starken Immunitätsverlust in der Bevölkerung verursacht. Ausgehend von einem hohen Anteil Suszeptibler zum Jahresende entstehen dadurch sehr ausgeprägte Epidemien.

toren berücksichtigen, während R_0 gewissermaßen das maximale Ausbreitungspotenzial einer Infektion wiedergibt. Da alle ausbreitungsreduzierenden und zeitlich veränderlichen Faktoren wie Immunität und Kontakteinschränkungen im Modell gesondert berücksichtigt werden, lassen sich verschiedene Infektionserreger deshalb besser durch R_0 charakterisieren.

Begrenzte Effekte von Impfkampagnen

Wirksame Impfkampagnen brauchen eine ausreichend hohe Durchimpfungsrate und wirksame Impfstoffe. Im Fall der Corona-Impfkampagnen in Deutschland ist beides nur eingeschränkt gegeben. Die Durchimpfungsrate in Deutschland beträgt derzeit ca. 75% (RKI-Impfquotenmonitoring) und die Wirksamkeit der verfügbaren Impfstoffe streut – abhängig von Virusvariante und betrachtetem Impfstoff – in einem breiten Bereich, grob geschätzt zwischen 60% und 90% (Fiolet 2022). Die Effektivität einer Impfkampagne ergibt sich aus dem Produkt beider Prozentsätze, was die Gesamtwirksamkeit der Impfkampagne schnell in den Bereich von 50% oder gar darunter bringt (z. B. $0.75 \cdot 0.70 = 0.52 = 52\%$).

Besitzt ein Virus ein hohes Durchseuchungspotenzial (hohes R_0), dann hat eine geringe Wirksamkeit der Impfkampagne zur Folge, dass die Immunisierung der Bevölkerung überwiegend durch natürliche Infektion erfolgt, und nicht mehr, wie angestrebt, durch Impfung. Die Infektionsfähigkeit des Virus kompensiert dann jedwede Nicht-Effektivität der Impfkampagne: Unter hohem R_0 werden ‚übriggebliebene‘ Suszeptible sehr schnell infiziert und durch Infektion immunisiert. Dieser Zusammenhang ist für verschiedene Durchimpfungsquoten und Impfstoff-Wirksamkeiten in Abb. 4 dargestellt. Das verwendete Modell legt diesbezüglich folgende Aussagen nahe:

1. Immunisierung der Bevölkerung: Die Impfkampagne hat auf die Immunität in der Bevölkerung kaum noch zusätzlichen Einfluss, wenn ein hochansteckendes Virus jede Form von Nicht-Immunität (=Suszeptibilität) durch schnelle Infektion „ausnutzt“ bzw. durchkreuzt. Dabei spielt es kaum mehr eine Rolle, woher die Suszeptibilität stammt, denn dies kann vielfältige Ursachen haben: Geringe Impfbeteiligung, geringe Wirksamkeit der Impfstoffe, ungeimpfte Bevölkerungsgruppen (Kinder, nicht impffähige Personen), verspätete Impfung u. ä. Jede vorhandene Suszeptibilität in der Bevölkerung wird dann durch Infektion mit dem hochansteckenden Virus in (temporäre) Immunität überführt. Die zusätzliche Immunisierung durch Impfungen verliert damit stark an Bedeutung.

2. Endemizität: Wenn eine Infektion ein hohes R_0 hat, saisonal übertragen wird und einen ausgeprägten Immunitätsverlust aufweist, können Epidemien durch Impfungen nicht mehr verhindert werden; es sind rekurrente Epidemien zu erwarten, deren Spitzenwerte zum Anteil der suszeptiblen Bevölkerung vor dem Ausbruch proportional sind. Die in Abb. 4 dargestellten Ergebnisse wurden mit $R_0=6$ erzeugt, gelten qualitativ aber auch für kleinere und größere Werte. Selbst durch eine 90% effektive Impfkampagne (Multiplikation von geimpftem Anteil und Impfwirksamkeit) werden die epidemischen Wellen kaum merklich reduziert. Ursache dafür ist der kontinuierliche Immunitätsverlust in der Bevölkerung, der zu einem ständig vorhandenen Pool von Suszeptiblen als Ausgangspunkt für die jeweils folgende epidemische Welle führt. Je mehr Susceptible es in der Bevölkerung gibt, desto ausgeprägter wird auch ein zweiter Ausbruch später im Jahr. Dies hängt von den Annahmen zur Dauer der Immunität ab; bei sehr kurzlebiger Immunität prognostiziert das Modell kleinere Ausbrüche im Frühjahr oder sogar im Sommer.

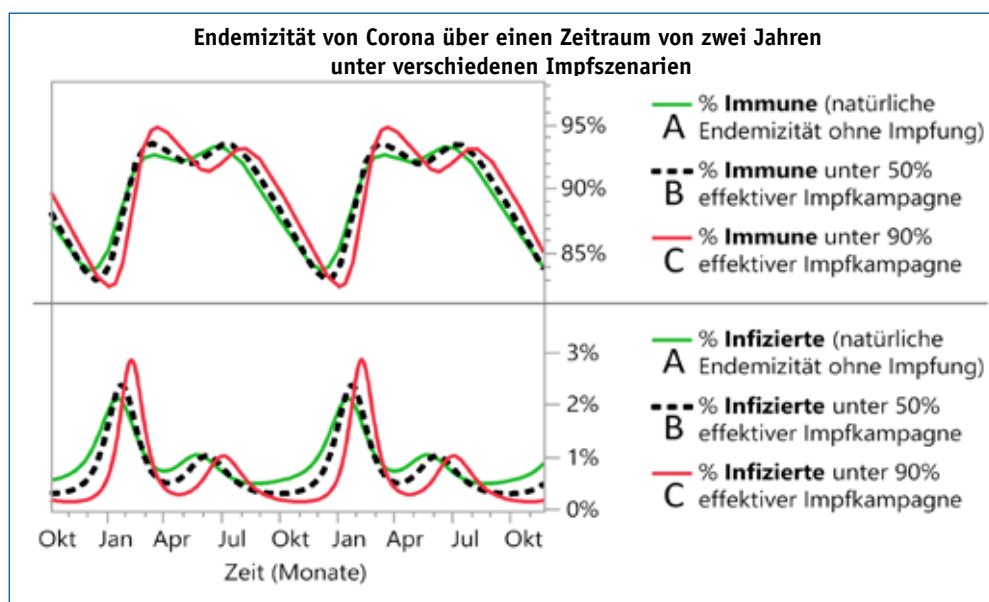


Abb. 4: Endemizität von Corona über einen Zeitraum von zwei Jahren unter verschiedenen Impfszenarien und Verwendung von $R_0=6$. Die Prävalenz von Infizierten ist im unteren Teil der Grafik dargestellt, der Anteil der Immunen in der Bevölkerung im oberen Teil. A: Grüne Kurven: Natürliche Endemizität ohne jede Impfung. Die Höhe der Epidemien ist etwas kleiner, weil sie mit einem höheren Anteil von Immunen beginnen. B: Schwarze, gestrichelte Kurven (Durchimpfungsquote 75% und Impfstoff-Wirksamkeit 70%): Bei einer Effektivität der Impfkampagne von circa 50% unterscheidet sich das Epidemiegesehen kaum von der natürlichen Endemizität. C: Rote Kurven (Durchimpfungsquote 95% und Impfstoff-Wirksamkeit 95%): Bei dieser Impfkampagne mit 90% Effektivität erhöht sich die Amplitude der Winter-Epidemie, die von einem geringeren Anteil von Immunisierten in der Bevölkerung aus beginnt. Selbst bei einer derart hohen Effektivität der Impfkampagne kann diese nicht so viel Immunität in der Bevölkerung erzeugen wie ein Virus mit hohem Durchseuchungs- bzw. Immunisierungspotenzial.

Auswirkungen von Impfungen

Die hier gezeigten Untersuchungen betrachten nicht die Auswirkung von Interventionen auf das Erkrankungsgeschehen, sondern lediglich das Infektionsgeschehen. In dem Maße, wie Impfungen Krankheiten verhindern, sind sie sowohl für den einzelnen als auch für das Gesundheitssystem von Nutzen. Aber auch dann, wenn der Nutzen einer Impfung für den Geimpften größer ist als sein individuelles Impfrisiko, kann die Impfung im Bevölkerungsmittel epidemiologische Nebenwirkungen haben, die schädlich sind. Dieses Problem ist seit den 1980er Jahren bekannt (Dietz 1985) und wurde erstmals bei einer Impfkampagne gegen Röteln dokumentiert (Panagiotopoulos 1999).

Ein unerwünschter Nebeneffekt einer Impfkampagne gegen Covid-19 liegt dann vor, wenn der kontinuierliche Immunitätsverlust in der Bevölkerung mit der Impfkampagne größer wird, als er aufgrund ungehindert-endemischer Immunisierung (natürliche Durchseuchung) wäre. Diese Konstellation ist dann zu erwarten, wenn

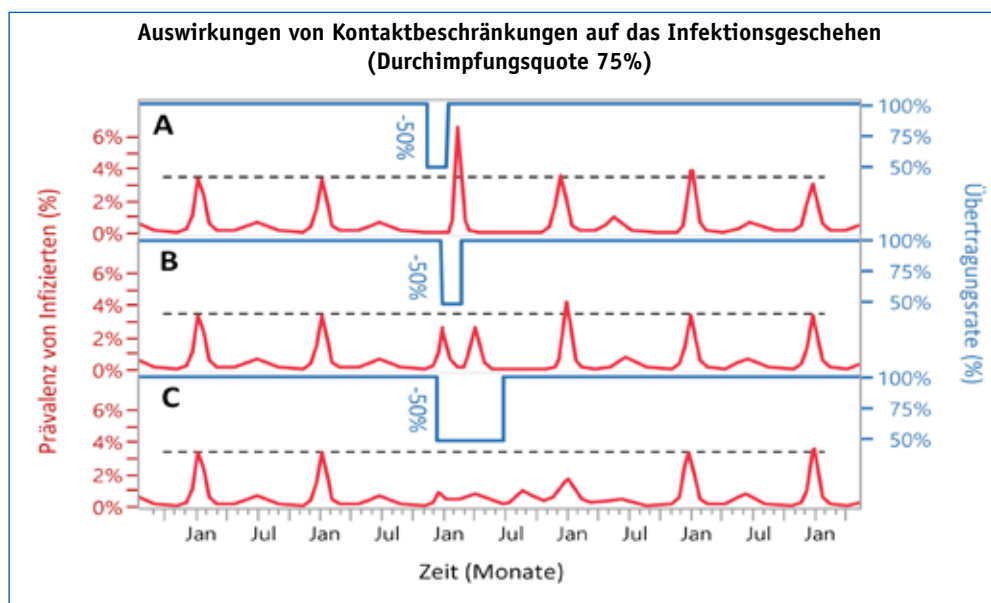


Abb. 5: Auswirkungen von Kontaktbeschränkungen auf das Infektionsgeschehen unter einer Durchimpfungsquote von 75% und einer Impfwirksamkeit von ebenfalls 75% (= 56% Effizienz der Impfkampagne). A: eine 50%ige Kontaktreduktion über 60 Tage vor Beginn der Winter-Epidemie erhöht den Spitzenwert der nachfolgenden Epidemie. B: eine 50%ige Kontaktreduktion über 60 Tage während der Winter-Epidemie erzeugt eine „Nach“-Epidemie. C: eine 50%ige Kontaktreduktion über 200 Tage erzeugt endemische Schwankungen, die kaum noch vorhersagbar sind.

eine begrenzt effektive Impfkampagne den Suszeptibilitätsgrad der Bevölkerung erhöht und nicht, wie angestrebt, reduziert.

Abbildung 4 zeigt in Szenario C eine solche Konstellation: Eine hocheffektive Impfkampagne führt dazu, dass das Ausmaß der Winter-Epidemie etwas größer ist, wenn geimpft wird. Dies ist insbesondere der Fall,

1. wenn Auffrischungsimpfungen zuweilen erst erfolgen, nachdem ein wesentlicher Immunitätsverlust bereits eingetreten ist, also „zu spät“;
2. wenn die durch Impfung erzeugte Immunität kurzlebiger ist als nach natürlicher Infektion (Personen werden durch die Impfung zu einem früheren Zeitpunkt erneut suszeptibel); und
3. wenn Impfintervalle in einem ungünstigen Verhältnis zum Immunitätsverlust nach Impfung stehen (im Extremfall führt eine Impfung im Frühjahr nach 6 Monaten Immunitätsdauer zu neuer Suszeptibilität in Herbst und Winter; gerade dann, wenn sich eine neue Epidemie entwickelt).

Abbildung 4 lässt sich zudem in zweifacher Hinsicht interpretieren:

- 1) Stark unterschiedliche Impfszenarien führen nicht notwendigerweise dazu, dass sich das Infektionsgeschehen wesentlich ändert.
- 2) Unterschiedliche Impfszenarien können eine unerwartete Effektumkehr erzeugen, derart, dass sich ein erwünschter Interventionsnutzen in das Gegenteil verkehrt, nämlich in einer unerwarteten Erhöhung des Spitzenwerts der saisonalen Epidemie.

Die Netto-Effekte, die aus verschiedenen Parameter-Annahmen resultieren (Virusvariante, Effektivität der Impfkampagne, Immunitätsdauer nach Infektion und Impfung, R_0 etc.), sind unter diesen Gegebenheiten kaum mehr ohne Modell vorhersagbar.

Dies führt generell zu der Frage, in welchem Umfang der Nutzen einer Impfkampagne vorhersagbar ist, wenn große Unsicherheiten

bei Kennzahlen, bei Parameter-Schätzwerten oder in Daten vorliegen (siehe Diskussion).

Wirkung von Kontaktbeschränkungen

Diese Überlegungen können für Kontaktbeschränkungen weitergeführt werden oder, allgemeiner formuliert, für alle Maßnahmen, die eine Reduktion der Übertragungsrate in der Bevölkerung bewirken: Eine Reduzierung des Infektionsgeschehens (Vermeidung von Durchseuchung) führt notwendigerweise zu einer geringeren Immunsierung der Bevölkerung (s.o.). Dies bedeutet, dass jede Periode mit reduzierter Übertragungsrate einen Immunitätsverlust in der Bevölkerung herbeiführt. Ein solcher Immunitätsverlust muss zu einem späteren Zeitpunkt wieder ausgeglichen werden, indem Infektionen sich ausbreiten, bis Herdenimmunität erreicht wird (Randolph 2020).

Dies hat in der Regel zur Folge, dass sich das Infektionsgeschehen nach einer Kontaktreduktion beschleunigt, sich die Inzidenz also erhöht. Beispielhafte Szenarien dazu sind in Abb. 5 dargestellt.

Diskussion

Der hier vorgelegte Artikel erörtert die Vorhersagen eines mathematischen Modells zur zukünftigen Endemizität von Corona unter besonderer Berücksichtigung des Zusammenwirkens von Immunitätsverlust und saisonaler Übertragungsrate. Beide Faktoren wurden in der wissenschaftlichen Literatur diskutiert (Baraniuk 2021; Kronfeld-Schor 2021), bei gesundheitspolitischen und epidemiologischen Entscheidungen jedoch kaum berücksichtigt, auch nicht in der aktuellen Debatte zur Einführung einer Impfpflicht.

Die hier gezeigten Modellergebnisse beschränken sich auf infektionsepidemiologische Zusammenhänge und machen keine Aussagen zu klinischen Aspekten, zum Krankheitsgeschehen und zur Krankheitslast von Corona-Infektionen. Da der Betrachtungsschwerpunkt in Deutschland bisher darauf lag, einer Überlastung der verfügbaren Krankenhauskapazitäten entgegenzutreten, gerieten infektionsepidemiologische Zusammenhänge in den Hintergrund. Die für die Zukunft zu erwartende Endemizität von Corona wird jedoch überwiegend durch das Infektionsgeschehen bestimmt, während das Krankheitsgeschehen diesem mit einer gewissen Proportionalität nachfolgt, die von der Virus-Variante aber auch vom Immunitätsschutz gegen Erkrankung abhängt (RKI 2022b).

Normalerweise ist erwünscht, dass eine Impfung nicht nur die Erkrankungswahrscheinlichkeit reduziert, sondern auch die Übertragung der Infektion. Im Fall von SARS-CoV-2-Infektionen erweist sich aber die Reduktion der Infektionsübertragung durch vorausgehende Impfungen eher als problematisch. Um bei diesen beiden gegenläufigen Effekten einen optimalen Kompromiss zu finden, sollte mit erweiterten Modellen untersucht werden, ob Impfungen nicht vielleicht

speziell für die besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen priorisiert werden sollten.

Ein mathematisches Modell ist ein Instrument, das Annahmen in vorhersagbare Quantitäten übersetzt. Die Modellprognosen hängen dabei von zwei grundlegenden Faktoren ab:

- (1) von der Konstruktion des Modells (s. Abb. 2) und den zugrunde liegenden Annahmen, und
- (2) von den verwendeten Parameterwerten (s. Methoden).

Auf dem gegenwärtigen Kenntnisstand müssen wir davon ausgehen, dass beide Faktoren einem erheblichen Grad von Unsicherheit unterliegen.

Zu (1): Es scheint derzeit noch keinen Konsens darüber zu geben, welche Grundbausteine ein mathematisches Modell zur Vorhersage der Endemizität von Corona enthalten muss und die diffuse Methodenlage lässt Verbesserungsbedarf erkennen (Müller 2021). Das hier verwendete Modell konzentriert sich auf die Auswirkungen von Immunitätsverlust und saisonaler Übertragungsrate. Andere Modelle legen Schwerpunkte auf Aspekte wie Heterogenität der Bevölkerung, Berücksichtigung von Risikogruppen, den Einfluss verschiedener Virusvarianten, oder ähnliche Faktoren (Stegmaier 2021).

Deterministische Modelle (wie das hier verwendete) nehmen eine unendlich große Bevölkerung und eine homogene Durchmischung von Kontakten innerhalb der Bevölkerung an. Die Aufenthaltsdauern in den einzelnen Kompartimenten folgen einer Exponentialverteilung. Diese und weitere implizite und explizite Annahmen beeinflussen die Modellvorhersagen ebenso wie die in Abb. 2 gezeigte Modellstruktur per se.

Zu (2): Die hier formulierten Aussagen hängen auch von der Qualität der Inputdaten bzw. der Annahmen zu den verwendeten Modellparametern ab. Eine Übersicht hierzu ist beim RKI zu finden (RKI 2022a). Dies beginnt bei den Annahmen zur Basisreproduktionszahl, die in einem breiten Bereich streuen (Alimohamadi 2020; He 2020; Locatelli 2021; Salzberger 2021) und betrifft im Weiteren unser begrenztes Wissen zu Immunität und Immunitätsverlust; dieses beschränkt sich in Sachen Modellierung praktisch darauf, dass wir eine lebenslange Immunität nach überstandener Corona-Infektion nicht annehmen können, während gleichzeitig eine „mittlere“ Immunitätsdauer kaum quantifiziert werden kann (Baraniuk 2021; Randolph 2020; Schiffner 2021). Für die Immunität nach einer Impfung scheint es bislang die (eher politisch geprägte) Übereinkunft zu geben, dass sie etwa sechs Monate andauern könnte. Auch liegen Hinweise dafür vor, dass die Immunität nach einer überstandenen Infektion langlebiger sein könnte als die Immunität nach Impfung (Schiffner 2021).

Corona-Viren bringen zwei Eigenschaften mit sich, die im bisherigen Spektrum von Virus-Infektionen in dieser Weise nicht gleichzeitig aufgetreten sind: Eine hohe Basisreproduktionszahl und gleichzeitig eine kurzlebige Immunität nach Infektion und Impfung. Beide Eigenschaften begünstigen Endemizität mit zyklischen (rekurrenten) Epidemien. Die bisher vorkommenden Infektionskrankheiten lassen sich jedoch hauptsächlich in zwei andere Gruppen einteilen:

- (1) Infektionskrankheiten mit hohem R_0 , die eine sehr lange Immunität hinterlassen („Kinderkrankheiten“), und
- (2) Infektionskrankheiten mit kleinem R_0 , die aber nur kurzlebige Immunität erzeugen (z. B. „Erkältungskrankheiten“).

Literatur

- Alimohamadi, Y. / Taghdir, M. / Sepandi, M. (2020): Estimate of the Basic Reproduction Number for COVID-19: A Systematic Review and Meta-analysis. In: J Prev Med Public Health 2020, 53, 3: 151-157
- an der Heiden, M. / Buchholz, U. (2020): Modellierung von Beispielszenarien der SARS-CoV-2-Epidemie 2020 in Deutschland. Robert Koch Institut, <http://dx.doi.org/10.25646/6571.2> (abgerufen am 11.03.2020)
- Baraniuk, C. (2021): How long does covid-19 immunity last? In: BMJ 2021, 373, n1605
- Dietz, K. (1993): The estimation of the basic reproduction number for infectious diseases. In: Stat Methods Med Res 1993, 2, 1: 23-41
- Dietz, K. / Schenzle, D. (1985): Epidemiologische Auswirkungen von Schutzimpfungen gegen Masern, Mumps und Röteln. In: Bericht von der Tagung des Deutschen Grünen Kreuzes, in Verbindung mit der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten e.V. Spiess, H. (Hrsg.) (1985):
- Fiolet, T. / Kherabi, Y. / MacDonald, C. J. / Ghosn, J. / Peiffer-Smadja, N. (2022): Comparing COVID-19 vaccines for their characteristics, efficacy and effectiveness against SARS-CoV-2 and variants of concern: a narrative review. In: Clin Microbiol Infect 2022, 28, 2: 202-221
- Goeyvaerts, N. / Willem, L. / Van Kerckhove, K. / Vandendijck, Y. / Hanquet, G., et al. (2015): Estimating dynamic transmission model parameters for seasonal influenza by fitting to age and season-specific influenza-like illness incidence. In: Epidemics 2015, 13, 1-9
- He, W. / Yi, G. Y. / Zhu, Y. (2020): Estimation of the basic reproduction number, average incubation time, asymptomatic infection rate, and case fatality rate for COVID-19: Meta-analysis and sensitivity analysis. In: J Med Virol 2020, 92, 11: 2543-2550
- Kronfeld-Schor, N. / Stevenson, T. J. / Nickbakhsh, S. / Schernhammer, E. S. / Dopico, X. C., et al. (2021): Drivers of Infectious Disease Seasonality: Potential Implications for COVID-19. In: J Biol Rhythms 2021, 36, 1: 35-54
- Locatelli, I. / Trachsel, B. / Rousson, V. (2021): Estimating the basic reproduction number for COVID-19 in Western Europe. In: PLoS One 2021, 16, 3: e0248731
- Maier, B. F. / Burdinski, A. / Wiedermann, M. / an der Heiden, M. / Harder, T., et al. (2022): Abschätzung der Infektionswelle durch die SARS-CoV-2 VOC Omikron. Robert Koch Institut, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Modellierung_Omikronwelle_Bericht.html (abgerufen am 11.03.2022)
- Müller, B. (2021): Zur Modellierung der Corona-Pandemie - eine Streitschrift. In: Monitor Versorgungsforschung 2021, 21, 6: 64-75
- Panagiotopoulos, T. / Antoniadou, I. / Valassi-Adam, E. (1999): Increase in congenital rubella occurrence after immunisation in Greece: retrospective survey and systematic review. In: BMJ 1999, 319, 7223: 1462-1467
- Pulliam, J. R. C. / van Schalkwyk, C. / Govender, N. / Gottberg, A. v. / Cohen, C., et al. (2022): Increased risk of SARS-CoV-2 reinfection associated with emergence of Omicron in South Africa. In: medRxiv 2022, 2021.2011.2011.21266068
- Randolph, H. E. / Barreiro, L. B. (2020): Herd Immunity: Understanding COVID-19. In: Immunity 2020, 52, 5: 737-741
- RKI-Impfquotenmonitoring https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html (abgerufen am 13.03.2022)
- RKI (2022a): Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html?jssessionid=4BA83A6EC33D307E8FF04E9EAA7F664E.internet062?nn=13490888&doc13776792bodyText4 (abgerufen am 10.03.2022)
- RKI (2022b): SARS-CoV-2: Virologische Basisdaten sowie Virusvarianten. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Virologische_Basisdaten.html?jssessionid=280B8DF9FF2BBCD5C7E7C86F6D172093.internet102?nn=13490888 (abgerufen am 10.03.2022)
- Salzberger, B. / Buder, F. / Lampl, B. / Ehrenstein, B. / Hitzentichler, F., et al. (2021): Epidemiology of SARS-CoV-2. In: Infection 2021, 49, 2: 233-239
- Schiffner, J. / Backhaus, I. / Rimmele, J. / Schulz, S. / Mohlenkamp, T., et al. (2021): Long-Term Course of Humoral and Cellular Immune Responses in Outpatients After SARS-CoV-2 Infection. In: Front Public Health 2021, 9, 732787
- Starr, T. N. / Greaney, A. J. / Addetia, A. / Hannon, W. W. / Choudhary, M. C., et al. (2021): Prospective mapping of viral mutations that escape antibodies used to treat COVID-19. In: Science 2021, 371, 6531: 850-854
- Stegmaier, P. (2021): Möglichkeiten und Grenzen der Covid-19-Modellierung. In: Monitor Versorgungsforschung 2021, 21, 2: 22-26
- Vynnycky, E. / Pitman, R. / Siddiqui, R. / Gay, N. / Edmunds, W. J. (2008): Estimating the impact of childhood influenza vaccination programmes in England and Wales. In: Vaccine 2008, 26, 41: 5321-5330
- Weisblum, Y. / Schmidt, F. / Zhang, F. / DaSilva, J. / Poston, D., et al. (2020): Escape from neutralizing antibodies by SARS-CoV-2 spike protein variants. In: Elife 2020, 9, 1-31

Die Frage liegt nahe, mit welchen Strategien ein solches, neuartiges Virus am besten bekämpft werden kann. Hier wird man sich zunächst auf eine grundlegende Modellstruktur einigen müssen, und damit auf die relevanten Einflussfaktoren: Sind Immunitätsverlust und saisonale Übertragungsraten entscheidende Faktoren?

Wenn ja: Wie sieht unter dieser Annahme ein adäquates mathematisches Grundmodell aus? Im nächsten Schritt wird man die Qualität der Inputdaten und Parameterschätzungen verbessern müssen. Es hat sich in den vergangenen zwei Jahren der Pandemie erwiesen, dass nicht jedes verfügbare Datum auch eine verwertbare Information liefert; an solchen Stellen ist empirische Forschung vonnöten.

Vorhersagen und Risikobetrachtungen sollten auch nicht von einzelnen Modellen abgeleitet werden, sondern von mehreren, unabhängig entwickelten Modellen. Der hier vorgelegte Artikel soll deshalb auch Überlegungen anregen, dass dieselben Forschungsfragen zur Endemizität von Corona von mehreren Arbeitsgruppen künftig unabhängig untersucht werden sollten. Nur so kann eine Evidenzlage geschaffen werden, die uns erlaubt, gute Entscheidungen für die Zukunft zu treffen. Dies betrifft aktuell auch die Debatte zur Einführung einer Impfpflicht. <<

Corona pandemic: future considerations based on epidemiological modelling results

Since the emergence of the corona pandemic, the question has been around the world as to when the pandemic would come to an end. In the meantime, such hopes are increasingly being supplanted by concerns that this infectious disease cannot be eliminated and will become endemic. The article presented here describes two reasons which support this hypothesis: seasonal transmission and temporary immunity. Both factors strongly influence the transmission dynamics. This will shape political decisions and our future management of SARS-CoV-2 control. Based on a mathematical model, this article provides predictions on the future endemicity of SARS-CoV-2 and its implications for vaccination campaigns, social distancing and other intervention measures, as well as for the current debate about the introduction of compulsory vaccination in Germany.

Keywords

Transmission dynamics, Endemicity, SARS-CoV-2, Intervention measures, Vaccination, Epidemiological modeling, SIR model

Hinweis

Für weiterführende und wissenschaftliche Informationen zum Thema wird neben den Literaturangaben auch auf unabhängige Netzwerke und Plattformen verwiesen (z. B. <https://corona-netzwerk.info>, <https://covid-strategie.de>).

Addendum

In der online verfügbaren Version (www.m-vf.de) ist ein erweiterter Methodenteil verfügbar.

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Dürr, H.-P., Eichner, M.: „Corona-Pandemie: Zukunfts-Überlegungen aus der Sicht epidemiologischer Modellierung“ in: „Monitor Versorgungsforschung“ (02/22), S. 57-63. <http://doi.org/10.24945/MVF.02.22.1866-0533.2393>

PD Dr. Hans-Peter Dürr

studierte von 1992 bis 1997 Biologie an der Universität Tübingen. In seiner Doktorarbeit am damaligen Institut für Medizinische Biometrie befasste er sich bis 2002 mit der mathematischen Modellierung der Infektionsdynamik und der Elimination von Tropenkrankheiten; seine 2008 erschienene Habilitationsschrift verfasste er zum Thema „Die Bekämpfung von Infektionskrankheiten aus der Sicht mathematischer Modelle“. Dürr ist seit 2012 als Epidemiologe bei der Numerus GmbH beschäftigt. Kontakt: hans-peter.duerr@numerus.com

ORCID: 0000-0001-7289-6019



Prof. Dr. rer. nat. Martin Eichner

studierte Biologie und Mathematik an den Universitäten Würzburg und Tübingen. Er habilitierte sich in den Fächern Epidemiologie und Medizinische Biometrie an der Universität Tübingen. Er war Postdoc u. a. am Isaac Newton Institute for Mathematical Sciences in Cambridge, der Harvard School of Public Health in Boston und dem Rolf Nevanlinna Institut für angewandte Mathematik in Helsinki. Eichner ist seit 2008 Geschäftsführer der Epimos GmbH und lehrt an der Universität Tübingen. Kontakt: martin.eichner@uni-tuebingen.de

ORCID: 0000-0002-7377-0191



Prof. Dr. rer. medic. Gerald Lux
Dinah Gessert BA
Michael Hagedorn
Dipl.-Kffr. Hermine Urbaniak
Dr. rer. nat. Ulrike Winn-Börner

Wohlbefinden von Menschen mit Demenz durch gelebte Spiritualität – eine explorative Studie

Die zunehmende Alterung der Gesellschaft führte in den vergangenen Jahren zu einer Zunahme altersbedingter Erkrankungen. Dazu gehört insbesondere die Demenz. Der Begriff stammt aus dem Lateinischen und beschreibt die Abwesenheit (Präfix: de-) vom Denkvermögen (Suffix: -mens). „Demenz“ bedeutet also wörtlich übersetzt „ohne Verstand“. Demenzen gehen dabei nicht nur mit kognitiven und mnestischen Einbußen, sondern auch mit dem Verlust grundlegender Orientierungen und bisher selbstverständlicher Alltagskompetenzen einher (Stoffers 2016: 7). Die Begrifflichkeit Demenz umfasst dabei keine spezielle Krankheit, sondern einen erworbenen, durch eine organische Hirnschädigung verursachten, Zustand (Stoffers 2016: 8). In Deutschland leben derzeit ca. 1,7 Mio. Menschen mit der Diagnose Demenz (Thyrian et al. 2020: o. S.), wobei die Alzheimer-Demenz innerhalb der Demenzerkrankungen mit ca. 60% den Großteil der Erkrankungen ausmacht (Stoffers 2016: 9). Bisher existieren noch wenige Erkenntnisse bzgl. der auslösenden Risikofaktoren, aber unterschiedliche Experteneinschätzungen und Studienhinweise zeigen (auf unterschiedlichem Evidenzniveau), dass unterschiedliche Präventionsansätze zur Vermeidung einer Demenz sinnvoll sein könnten. Darunter fallen unter anderem die Steigerung des Bewegungsverhaltens, die Raucherentwöhnung, oder die Reduktion des Alkoholkonsums (WHO 2019: xii-xiii). Auch soziale Kontakte sowie eine intensive kulturelle und sportliche Betätigung scheinen schützende Faktoren vor einer Demenzentwicklung zu sein (Förstl, Förstl 2020: o. S.).

>> Aufgrund der beschränkten Präventionsmöglichkeiten stehen die Verbesserung der Therapiemöglichkeiten und der Betreuung und Begleitung von Personen mit Demenz sowohl heute als auch künftig im Vordergrund. Während pharmakologische Therapien bei Personen mit Demenz lediglich Symptome lindern können, haben sich psychosoziale Ansätze als sinnvoll gezeigt, um die kognitive und alltagspraktische Kompetenz erhalten und psychisches Wohlbefinden sowie die Lebensqualität verbessern zu können (Stoffers 2016: 22). Auch die deutsche „S3-Leitlinie Demenzen“, die sich mit psychosozialen Interventionen beschäftigt, empfiehlt den Einsatz eines breiten Therapie- und Begleitungsspektrums und stellt psychosoziale Interventionen als zentralen und notwendigen Bestandteil bei der Betreuung von Personen mit Demenz und deren Angehörigen dar. Die Ansätze und Ziele dieser Verfahren sind dabei wesentlich breiter als die der

Zusammenfassung

In der Betreuung von Menschen mit Demenz sind feste Tagesstrukturen und Rituale notwendig, um Orientierung und Sicherheit zu gewährleisten und die Lebensqualität zu erhöhen. Diese Aktivitäten können unter anderem religiöse bzw. spirituelle Maßnahmen einschließen. Ziel der vorliegenden Studie war, erste Erkenntnisse des Effektes solcher Aktivitäten auf das Wohlbefinden bzw. das Gemüt der Betroffenen zu erlangen. Dafür wurden Menschen mit Demenz in einem 6-monatigen Zeitraum mit monatlichen Erhebungen hinsichtlich der Durchführung solcher Maßnahmen und deren Auswirkungen beobachtet. Insgesamt 50 Probanden konnten in die Studie eingeschlossen werden. Die eingeschlossenen Probanden wurden dabei sowohl im häuslichen Umfeld als auch in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt. Die Datenerhebung umfasst neben offenen bzw. hybriden Fragen auch geschlossene Fragen. Der kombinierte methodische Ansatz besaß dabei sowohl explorativen als auch deskriptiven Charakter mit ersten Zusammenhangsanalysen auf Basis von Korrelationen und Mittelwertvergleichen. Die quantitativen Ergebnisse aber im Wesentlichen auch die Rückmeldungen der Pflegenden zeigen überwiegend positive Effekte der durchgeführten Aktivitäten auf den Gemütszustand der Betroffenen. Die Studienumsetzung unterliegt unterschiedlichen Limitationen wie z. B. der Heterogenität der individuellen Fallkonstellationen und den negativen Auswirkungen aufgrund der Corona-Pandemie. Die zunehmende gesellschaftliche Relevanz der Demenz erfordert aber weitergehende Studien, die auf die Erfassung und die Verbesserung der Lebensqualität bzw. des Wohlbefindens von Menschen mit Demenz ausgerichtet sind.

Schlüsselwörter

Demenz, Spiritualität, Religiosität, Rituale, Betreuung, Wohlbefinden

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.02.22.1866-0533.2394>

pharmakologischen Therapien (AWMF 2016: 84).

Da bisher kaum präventive und kausale Therapien bekannt sind, müssen also die wesentlichen Ziele sein, das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. Sowohl für (professionell) Pflegenden als auch für Angehörige besteht allerdings die Herausforderung, die positiven Momente der Betroffenen überhaupt wahrzunehmen und diese als Lebensqualität anzuerkennen und in einem weiteren Schritt zu unterstützen (Schmidhuber 2016: 273). Es geht dabei nicht primär darum, Lebensqualität objektiv zu messen, sondern die subjektive Lebensqualität von Menschen mit Demenz wahrzunehmen, um dann individuell auf die Bedürfnisse der Betroffenen eingehen zu können (Schmidhuber 2016: 276). Selbst spezifisch für die objektive Erfassung von Lebensqualität entwickelte Instrumente wie das Dementia Care Mapping (DCM) zeigen in der Anwendung allerdings noch keine ausreichende Evidenz in der Effektivität zur Einschätzung und nachhaltigen Verbesserung der Lebensqualität und in der Verbesserung im Umgang mit herausforderndem Verhalten der Betroffenen. Auch hier zeigt sich der weitergehende Forschungsbedarf in der Implementierung von standardisierten Instrumenten zur Lebensqualitätserfassung und Lebensqualitätsverbesserung von Personen mit Demenz (Dichter et al. 2016: 6-8).

Da viele der Betroffenen ihren Tagesablauf nicht mehr eigenständig gestalten können, helfen auch unter anderem vertraute Gewohnheiten oder aber bestimmte Rituale und Traditionen (wie z. B. Abendgebete, Feste oder Gedenktage usw.), einen strukturierten Tagesablauf zu schaffen und Sicherheit zu geben (Stoffers 2016: 42), um damit einen Beitrag zu einer verbesserten Lebensqualität zu liefern.

Die im Folgenden beschriebene Studie „demenz.begeistert“ hatte zum Ziel, weitergehende Erkenntnisse im Kontext des Wohlbefindens und der Lebensqualität von Personen mit Demenz zu generieren. Hierbei sollte der Fokus auf spirituellen/religiösen Ritualen liegen, die regelmäßig mit den Betroffenen durchgeführt werden, um deren Auswirkungen auf das Verhalten und das Wohlbefinden der Probanden erfassen und interpretieren zu können. Bei der Auswahl und Umsetzung der Maßnahmen sollten auch die individuellen Biografien und Vorzüge

der Betroffenen berücksichtigt werden.

Am Ende der Studie sollten Ergebnisse erzielt werden, die einen weiteren Erkenntnisgewinn bei der Betreuung/Versorgung von Personen mit Demenz leisten und weiteren Forschungsbedarf aufzeigen können.

Methodisches Vorgehen

Das Projekt wurde vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen gefördert und vom Pflegedienst Alten-, Kranken- und Familienpflege (AKF) in Köln-Rath/Heumar initiiert. Für die operative Studienumsetzung wurde das Projektteam „demenz.begeistert“ gebildet (siehe <https://www.akf-pflege.de/demenzbegeistert/>), das die Studie in der gesamten Laufzeit begleitete und betreute.

Die Studienlaufzeit von Beginn und Ende der Datenerhebungen wurde auf 6 Monate ausgerichtet, wobei die Einschlussphase den Zeitraum von 02.2019 bis 04.2021 umfasste. Teilweise wurden auch längere Datenerhebungsphasen als 6 Monate erfasst, wenn Teilnehmer freiwillig eine längere Teilnahmedauer absolvierten. Zunächst wurden vom „demenz.begeistert“-Team nur Betroffene der häuslichen Pflege im näheren regionalen Umfeld kontaktiert/rekrutiert – anschließend wurde die Rekrutierung allerdings auch überregional und auf stationäre Pflegeeinrichtungen ausgeweitet (die Studie ist eindeutig überregional ausgerichtet). Die Rekrutierung erfolgte religionsunabhängig und die Teilnehmer wurden engmaschig vom „demenz.begeistert“-Team bei allen aufkommenden Fragen unterstützt und beraten.

Für die Studienumsetzung wurden Tandempaare von Betroffenen und den verantwortlichen Betreuer:innen rekrutiert. Bei Bereitschaft der Teilnahme wurden die Teilnehmer über die Inhalte und die Umsetzung der Studie aufgeklärt und eine schriftliche Einverständniserklärung eingeholt. Die Studie hatte auf der einen Seite einen explorativen Charakter und setzt somit nicht auf Hypothesentests auf, die aus bestehender Literatur herzuleiten waren. Auf der anderen Seite wurden aber neben Hybridfragen bzw. offenen Fragen auch deskriptive Analysen inkl. Zusammenhangsanalysen durchgeführt und somit handelt es sich um einen kombinierten methodischen Ansatz. Es war keine Vergleichsgruppenbildung möglich, die für die Quantifizierung von Interventionseffekten nötig gewesen wäre. Vorher-Nachher-Vergleiche waren aufgrund der progressiv verlaufenden Demenzerkrankung methodisch ebenfalls nicht sinnvoll umsetzbar. Ein explorativer Forschungsansatz soll einen Erkenntnisgewinn liefern, der theoriefähige Erklärungsansätze ermöglicht – dies ist insbesondere bei bisher wenig erforschten Phänomenen bzw. Zusammenhängen der Fall (Kleemann et al. 2009: 24, 147) wie auch in der vorliegenden Studie zu den Auswirkungen von Religiosität/Spiritualität auf Personen mit Demenz.

Die Datenerhebung bestand aus zwei unterschiedlichen Fragebögen: ein Fragebogen sollte die wesentlichen demografischen Angaben, die Wohnverhältnisse und Merkmale der Betroffenen erfassen (Geschlecht, Alter, vorhandene Kinder, Familienstand, Konfession und ob der Glaube gelebt wird usw.) und wurde einmalig bei Studienbeginn eingesetzt. Ein weiterer Fragebogen, der auch in türkischer Sprache angeboten wurde, zielte auf die Anzahl und den Umfang der Treffen ab sowie auf die umgesetzten Aktivitäten und deren Auswirkungen auf den Betroffenen und sollte monatlich ausgefüllt werden. Der zweitgenannte Fragebogen bestand aus insgesamt 8 Fragen. Dabei wurde neben der Häufigkeit der Besuche auch die Besuchsdauer erfragt. Zusätzlich wurden die Existenz evtl. vorhandener religiöser Raumgestaltungselemente erhoben und die jeweils durchgeführten

Aktivitäten. Die relevanten Aktivitäten im privaten und öffentlichen Raum wurden jeweils im Rahmen einer Hybridfrage erhoben, um neben den insgesamt 7 aufgeführten Aktivitäten auch weitere Angaben in Form eines Freitextfeldes abgeben zu können.

Dieser Fragebogen wurde auch in den 6 Folgemonaten beantwortet, um mögliche Veränderungen im Zeitverlauf zu ermöglichen. Als auszuwählende Maßnahmen konnten ausgewählt werden:

- Musik und Gesang
- Gebet/Meditation
- Kreatives Gestalten
- Backen/Kochen
- Lesen/Vorlesen
- Besuch von Gotteshäusern
- Teilnahme an Gemeindefesten
- Sonstiges:... (Freitextfeld)

Die Antwortkategorie „Sonstiges“ war als offene Antwortmöglichkeit ausgestaltet. Die Antwortkategorien wurden in Form von sogenannten Likert-Skalen mit 5 Kategorien verwendet („immer“, „oft“, „manchmal“, „selten“ und „nie“). Somit handelt es sich um ordinale Messniveaus. Bei den beobachteten Auswirkungen der Maßnahmen wurden sowohl zu beobachtende Effekte während, am Ende und nach der Maßnahme erfragt. Dabei handelte es sich konkret um:

- Veränderung des Gemütszustandes vor/während/nach
- Aufmerksamkeit des Betroffenen während der Maßnahme
- Aggressives (also herausforderndes) Verhalten
- Vorfreude beim Betroffenen
- Harmonischer Tag-/Nachtrhythmus
- Veränderungen beim Teilnehmer? (Freitextfeld)

Dieser Fragebogen wurde auch in einer türkischen Fassung zur Verfügung gestellt, um die in Deutschland zahlenmäßig größte Gruppe

Charakteristik der Studienpopulation	
Merkmal	Ausprägungen
Geschlecht	Weiblich (86,0%), männlich (14,0%)
Alter	x=85,8 Jahre (s=8,34 Jahre), Spannweite=32 Jahre (69-101 Jahre)
Familienstand	Ledig (4,0%), verheiratet (24,0%), verwitwet (70,0%)
Konfession	Evangelisch-lutherisch (26,0%), katholisch (68,0%), konfessionslos (2,0%), orthodox (2,0%), unbekannt (2,0%)
Ehepartner vorhanden?	Ja (24,0%), nein (72,0%), unbekannt (4,0%)
Partner vorhanden?	Ja (2,0%), nein (96,0%), unbekannt (2,0%)
Kinder vorhanden?	Ja (82,0%), nein (16,0%), unbekannt (2,0%)
Sonstige Verwandte?	Ja (26,0%), nein (72,0%), unbekannt (2,0%)
Kontakthäufigkeit	Mehrmals pro Woche (58,0%), mindestens einmal pro Woche (18,0%), mindestens einmal pro Monat (16,0%), seltener als einmal pro Quartal (2,0%), nie (2,0%), unbekannt (4,0%)
Wohnsituation	Einpersonenhaushalt (4,0%), Mehrpersonenhaushalt (22,0%), 24h-Betreuung im Mehrpersonenhaushalt (4,0%), 24h-Betreuung (6,0%), Stationäre Pflegeeinrichtung (62,0%), Wohngemeinschaft (2,0%)
Wird der Glaube gelebt?	Ja (60,0%), gelegentlich (16,0%), nein (20,0%), unbekannt (4,0%)

Tab. 1: Charakteristik der Studienpopulation; Quelle: Eigene Berechnungen.

mit muslimischem Hintergrund möglichst gut ansprechen und in die Studie einbinden zu können.

Ergänzend war es dem Team von demenz.begeistert im Sinne der Teilhabe wichtig, auch einen speziell auf die kognitiven Möglichkeiten von Menschen mit Demenz angepassten, niedrighschwelligen Fragebogen mit „Smileys“ anzubieten. Dieses Angebot wurde von einigen der begleiteten Menschen mit Demenz genutzt, überwiegend mit Unterstützung einer Pflegekraft oder eines Angehörigen.

Als theoretische Grundlage und praktische Handreichung wurde allen Teilnehmern der Studie sowie weiteren Interessierten und Multiplikatoren eine aufwändig gestaltete, 60-seitige Broschüre mit allgemeinen Informationen zum Thema und zur Studie sowie einem ausführlichen Praxisteil mit Beispielen spiritueller Alltags- und Milieugestaltung für Mitglieder der 5 großen Weltreligionen (Christentum, Judentum, Islam, Hinduismus, Buddhismus) kostenlos zur Verfügung gestellt.

Die ausgefüllten Fragebögen wurden digital in Excel 2010 erfasst und in Excel und in SPSS Version 20 ausgewertet. Neben rein deskriptiven Analysen der einzelnen Fragen mit Blick auf Häufigkeitsverteilungen sowie Lage- und Streuungsparameter (Mittelwert, Standardabweichung), wurden auch Zusammenhangsanalysen durchgeführt. Die Zusammenhangsanalysen erfolgten im Wesentlichen zwischen:

- Merkmalen der Betroffenen und gewählten Maßnahmen
- Merkmalen der Betroffenen und beobachteten Effekten
- gewählten Maßnahmen und zu beobachtenden Effekten

In Abhängigkeit der Skalenniveaus wurden sowohl Mittelwertvergleiche in Form von Mann-Whitney-U-Tests für unabhängige Stichproben (in Abhängigkeit von Merkmalen der Teilnehmer wie z. B. des Geschlechts, der Existenz eines Ehepartners oder Kinder, oder ob der Glaube im Vorfeld gelebt wurde), als auch Chi²-Tests durchgeführt (bei Prüfung von Abhängigkeiten von kategorialen Variablen wie z. B. Wohnsituation, Familienstand, durchgeführte Aktivitäten usw.). Zusätzlich wurden Spearman-Korrelationskoeffizienten zwischen ordinalen Variablen ermittelt bestimmt und auf Signifikanzen hin überprüft (Likert-Skalen bei den durchgeführten Aktivitäten und die beobachteten Effekte). Bei allen Testverfahren wurde jeweils eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha=5\%$ zugrunde gelegt.

Ergebnisse

Im Folgenden werden zunächst einige deskriptive Ergebnisse der Studienpopulation dargestellt (Kapitel 3.1) und anschließend einige wesentliche Ergebnisse der Zusammenhangsanalysen aufgeführt (Kapitel 3.2) sowie Praxiserfahrungen aus der Projektumsetzung geschildert.

Die Studienpopulation weist eine Gesamtzahl von 50 Teilnehmern auf, deren Entwicklung im Zeitverlauf monatsweise erfasst wurde. Die Mehrheit der Betroffenen war weiblichen Geschlechts (86%) mit einem Durchschnittsalter von 85,8 Jahren und verwitwet (70%). Der Großteil lebt in einer stationären Pflegeeinrichtung (62%) und bekommt einmal oder häufiger pro Woche Besuch (ca. 76%). Der Glaube wird bei Studienbeginn von 60% der Betroffenen aktiv gelebt. In der folgenden Tabelle 1 sind die wesentlichen Charakteristika der Population aufgeführt.

Der Großteil der Teilnehmer nutzte eine religiöse Raumgestaltung – insbesondere religiöse Symbole, die im Wohnbereich platziert waren (52%). Nur etwa ein Viertel der Teilnehmer (26%) hatte keinerlei religiöse Raumgestaltung (siehe Abb. 1). 38% der Teilnehmer wiesen

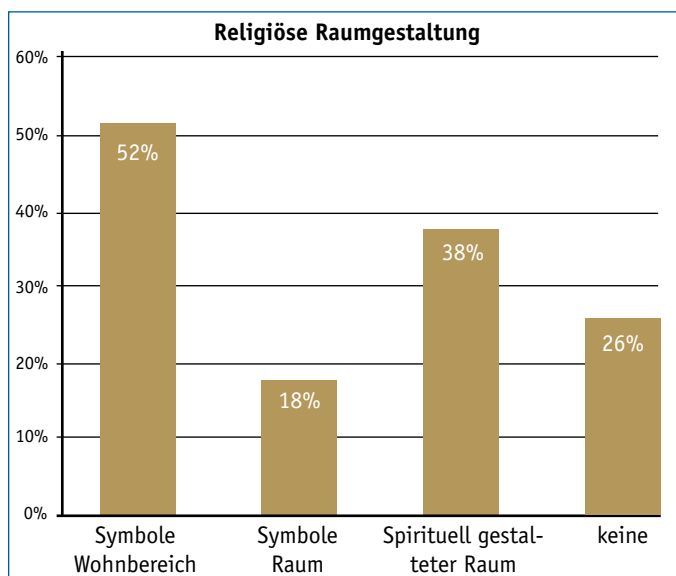


Abb. 1: Frage nach religiöser Raumgestaltung; Quelle: Eigene Berechnungen.

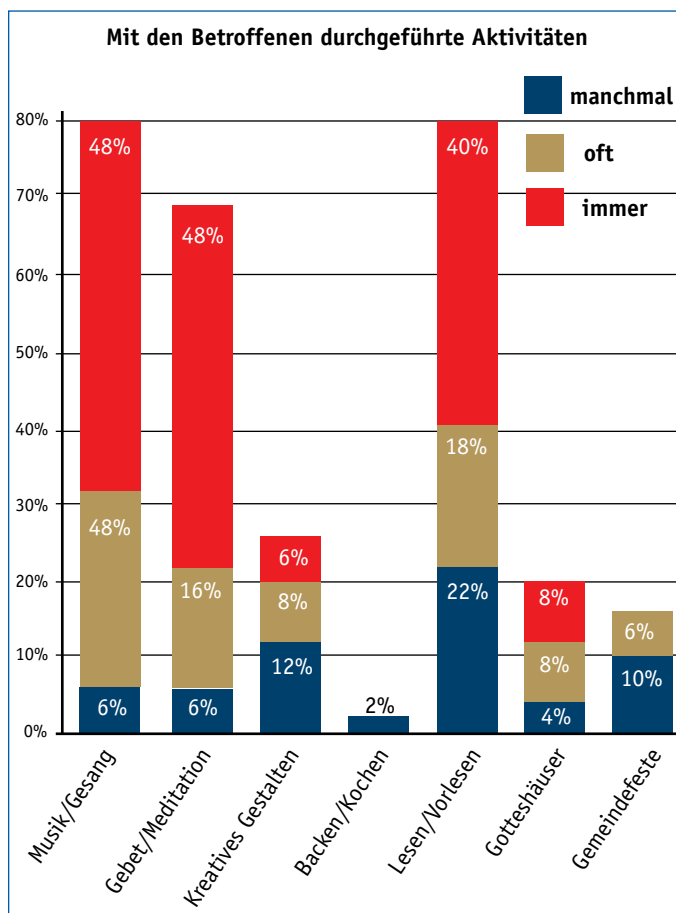


Abb. 2: Frage nach Aktivitäten, die mit den Betroffenen durchgeführt wurden; Quelle: Eigene Berechnungen.

sogar einen separaten spiritueller gestalteten Bereich auf.

Auf die Frage nach den durchgeführten Aktivitäten werden im Folgenden nur die Aktivitäten aus der ersten Monatsbefragung aufgeführt. Im Zeitverlauf der Erhebung ergaben sich Schwankungen in den Anteilen, allerdings sind diese insbesondere aufgrund der Drop-outs im Zeitverlauf nicht inhaltlich interpretierbar. Zum Zweck der besseren Lesbarkeit werden nur die 3 Likert-Kategorien „immer“, „oft“ und „manchmal“ dargestellt. Am häufigsten wurden die Aktivitäten „Musik

und Gesang“ und „Lesen und vorlesen“ eingesetzt – jeweils 48% der Befragten gaben an, diese Aktivitäten „immer“ durchgeführt zu haben – weitere 26% bzw. 16% gaben die Antwort „oft“ an.

Die beobachteten Effekte bei dem Betroffenen im Rahmen der Durchführung der Aktivitäten wurden von den Pflegenden/Betreuenden größtenteils als deutlich wahrnehmbar dokumentiert. So zeigt sich, dass bei einem Großteil der Betroffenen „oft“ (41%) oder „immer“ (32%) eine positive Gemütsveränderung während der Aktivität zu beobachten war. Lediglich bei ca. 9% der Betroffenen war „selten“ oder „nie“ eine entsprechende Veränderung zu bemerken (siehe Abb. 3).

Bei einem Teil der Befragten wurde darüber hinaus auch eine anhaltende positive Gemütsveränderung noch deutlich nach Beendigung der Aktivität dokumentiert: bei 44% der Betroffenen wurde „oft“ oder „immer“ eine anhaltende positive Gemütsveränderung festgehalten – bei 36% lag diese „nie“ oder „selten“ vor (siehe Abb. 4).

Auch eine spürbar hohe Aufmerksamkeit war bei den meisten Betroffenen „oft“ oder „immer“ gegeben (26% bzw. 52%). Nur für 21% der Betroffenen wurde „selten“ oder „nie“ eine gesteigerte Aufmerksamkeit beobachtet (siehe Abb. 5).

Die explorativen Zusammenhangsanalysen zeigten fallzahlbedingt nur wenige signifikante Ergebnisse. Die Chi²-Tests waren aufgrund der Besetzungen einzelner Zellen von < 5 nicht adäquat interpretierbar. Im Rahmen der Korrelationsanalysen und der Mittelwertvergleiche zeigten sich allerdings folgende signifikante Zusammenhänge.

Korrelationen:

Die Korrelationsanalysen von durchgeführten Aktivitäten und Effekten bei den Teilnehmern zeigen einen mittelstarken Zusammenhang bei drei Aktivitäten. Bei einem vermehrten Einsatz von Gebeten und Meditation zeigt sich eine verstärkte positive Gemütswirkung bei den Teilnehmern während der Durchführung mit einer mittelstarken positiven Korrelation ($r=0,462$; $p=0,002$). Des Weiteren konnte eine verringerte Aufmerksamkeit bei den Teilnehmern mit häufigerem „Kreativen Gestalten“, also eine mittelstarke negative Korrelation, festgestellt werden ($r=-0,400$; $p=0,006$). Bei vermehrtem „Lesen und Vorlesen“ dokumentierten die Befragten weniger häufig eine erhöhte Aufmerksamkeit während der Durchführung ($r=-0,504$; $p=0,005$) und eine geringere positive Veränderung des Gemütszustandes nach der Durchführung der Aktivität ($r=-0,298$; $p=0,047$).

Mittelwertvergleiche

Auch nur wenige Mittelwertvergleiche auf Basis von Mann-Whitney-U-Tests zeigten signifikante Ergebnisse. So wurde häufiger die Aktivität „Backen und Kochen“ dokumentiert, wenn ein Ehepartner vorhanden war ($p=0,015$). Bei Teilnehmern, die bei Studienbeginn bereits den Glauben aktiv gelebt haben, wurde häufiger die Aktivität „Gebet und Meditation“ eingesetzt ($p=0,004$) und es konnten häufiger positive Effekte erfasst werden, wobei nur die erhöhte Aufmerksamkeit während der Durchführung signifikante Werte erreichte ($p=0,023$).

Exkurs und Erfahrungen

Bei der Erforschung der Lebensumstände der sehr heterogenen Gruppe von Menschen mit Demenz und ihrer Anforderungen sind aufgrund der vielen verschiedenen Formen der Demenz, der hohen Individualität der Ausprägung der Demenz und ihrer Mischformen sowie des überwiegend progressiven Verlaufs klassische Vergleichs-

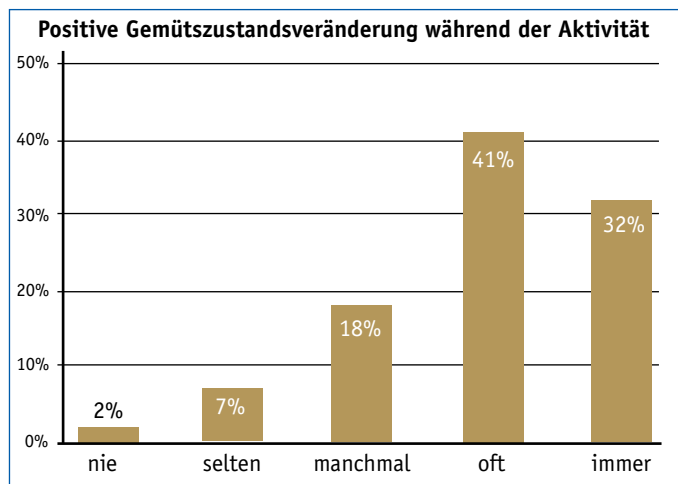


Abb. 3: Frage zur Veränderung des Gemütszustandes während der Aktivität; Quelle: Eigene Berechnungen. Legende: *Im Fragebogen war die Formulierung „Gemütszustand“ aufgeführt – die Befragten wurden aber im Rahmen der Datenerhebung explizit darauf hingewiesen, dass hier eine „positive Gemütsveränderung“ erfragt werden soll (dies gilt auch für Abb. 4).

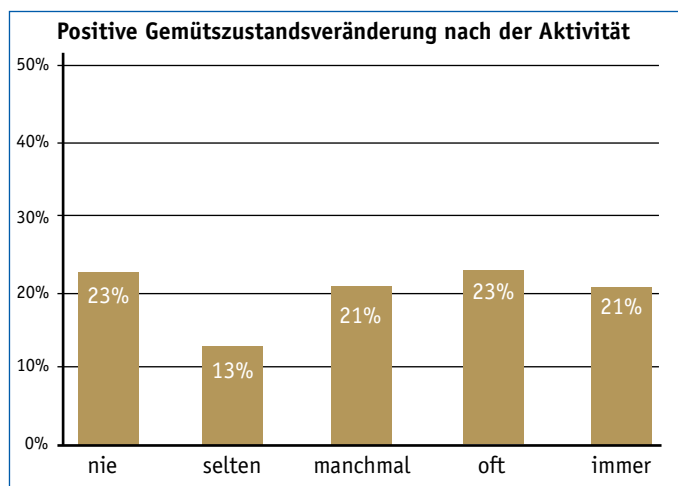


Abb. 4: Frage zur Veränderung des Gemütszustandes nach der Aktivität; Quelle: Eigene Berechnungen.

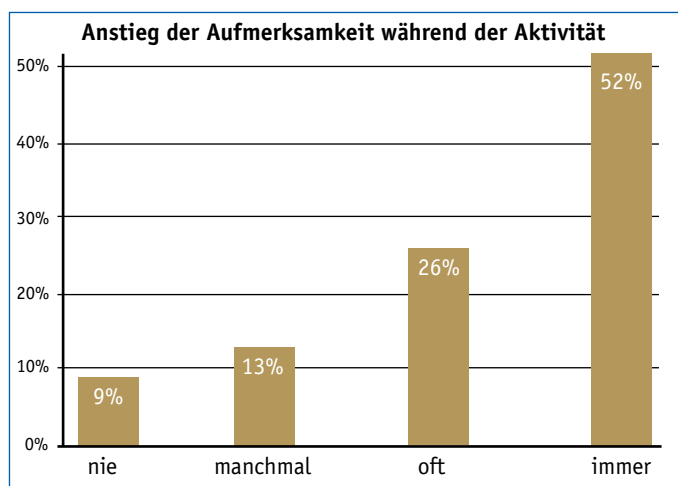


Abb. 5: Frage zur Aufmerksamkeit während der Aktivität; Quelle: Eigene Berechnungen.

studien mit Vergleichsgruppen und Vorher-Nachher-Vergleiche nicht oder nur unter besonderen Bedingungen wie der von Snowdon et al. durchgeführten „Nonnenstudie“ umzusetzen. Von daher basiert die vorliegende Studie wie erwartet überwiegend auf den individuellen Beobachtungen der Reaktionen der Menschen mit Demenz auf die im Rahmen des Projekts angebotenen Aktivitäten und deren Einordnung in den Gesamtkontext der nach heutigem Wissen gebotenen Anforderungen an eine lebensqualitätsfördernde und personenzentrierte Versorgung, Betreuung und Alltagsgestaltung der Zielgruppe.

Die klare Zielstellung des Teams von demenz.begeistert war es, den Begriff der Spiritualität und Religiosität sowohl inhaltlich als auch von der Zielgruppe her weiter zu fassen und diesen über den christlichen Kontext hinaus auszuweiten, um so möglichst viele Menschen und Kulturkreise zu erreichen. So umfasst die 60-seitige Handreichung, die zu Beginn des Projekts erstellt und an potenzielle Multiplikatoren, Studienteilnehmer und andere Interessierte kostenlos verteilt wurde, viele konkrete Praxisanleitungen und -anregungen für die Milieu-, Alltags- und Feiertagsgestaltung von Menschen mit Demenz bezogen auf alle 5 großen Weltreligionen und deren Jahresläufe: Christentum, Judentum, Islam, Hinduismus und Buddhismus. Des Weiteren wurde der Fragebogen für die Teilnehmer zusätzlich in türkischer Sprache angeboten, um für die in Deutschland zahlenmäßig größte Gruppe von Menschen mit Migrationshintergrund die Schwelle für die Teilnahme niedrig zu halten.

Aufgrund bestehender Vorerfahrungen aus anderen Projekten und der aktuellen Literaturlage zum Thema Demenz war bereits zu erwarten, dass eine besondere Schwierigkeit darin liegen könnte, Menschen aus anderen Kulturkreisen und mit anderer Religionszugehörigkeit für das Projekt zu gewinnen.

Dies ist auch trotz intensiver Bemühungen nicht gelungen, sodass die Studie auf Beobachtungen aus dem christlich geprägten sowie bisher nicht religiös geprägten Kontext der begleiteten Menschen mit Demenz beschränkt bleibt. Diese sind jedoch aufgrund ihrer universellen Aussagekraft hinsichtlich Gemüt, Aufmerksamkeit und Lebensfreude auch auf Menschen mit anderer religiöser Vorerfahrung übertragbar.

Die eingereichten Beobachtungsbögen spiegeln auch die Erfahrungen des Projektteams in der Begleitung wider, zu denen auch regelmäßige Vor-Ort-Termine und fotografische Dokumentationen zählten. Zu den immer wieder gemachten und häufigsten Erfahrungen im Rahmen der Studie zählten unter anderem:

- eine erhöhte Aufmerksamkeit („(TN) beim Gebet sehr konzentriert“, „Saß verhältnismäßig lange und hat aufmerksam zugehört; Bewegungsdrang zurückgehalten“, „Saß für ihre Verhältnisse lange auf dem Stuhl“, „Er war aufmerksam und versunken dabei“, „Bewohnerin wirkt während der Aktivität wacher und aufmerksam“, „Sie blieb die ganze Zeit dabei, obwohl sie sonst einen hohen Bewegungsdrang hat“, „Anteilnahme beim aufmerksamen Zuhören des Gesangs“),
- die zurückgekehrte Erinnerung an teilweise verloren gegangene oder geglaubte Fähigkeiten („(TN) konnte Lieder mitsingen und Gebete mitsprechen“, „Kann alle Lieder und Gebete mitsingen bzw. mitsprechen, obwohl sie sonst nicht mehr spricht“, „Hat im Gottesdienst eine Fürbitte vorgelesen“, „(TN) hat nach der Geschichte geklatscht und sie teilweise mit seinen eigenen Worten wiedergegeben“, „Hat zu Beginn versucht, das Kreuzzeichen mitzumachen“, „Sie konnte sich plötzlich an alte Gebete, Lieder erinnern“, „Spricht von sich aus (ist sonst eher zurückhaltend, antwortet kurz)“),
- eine Steigerung des individuellen Wohlbefindens der Teilnehmer

(„Mag die Musik“, „Sie hatte phasenweise ein Lächeln im Gesicht. Sie wirkte am Ende entspannt.“, „Zufriedenheit während der Aktivität“, „Während des gemeinsamen Singens begann sie zu lachen. Das übliche ‚Klagen‘ verstummte weitgehend“, „Er war sehr ruhig und entspannt“, „Sie freute sich und war dankbar bei einer Andacht im Raum der Stelle dabei gewesen zu sein“, „Sie ist sehr zufrieden, was sie bewusst zeigt. Sie erzählt über ihre Erinnerungen an früher. Wirkt sehr stolz und ausgeglichen“)

- eine den Menschen mit Demenz im fortgeschrittenen Stadium nicht zugetraute Artikulation von Vorfriede („Sie freut sich schon auf das nächste Mal“, „Vorfriede auf die Aktivität“, „Sie erkundigt sich nach den Andachten und erzählt wie gut diese tun“).

Insgesamt zeigen die Beobachtungen und Rückmeldungen darauf hin, dass die Beschäftigung mit Spiritualität bei Demenz eine positive Wirkung auf die Stimmung und somit das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz und damit auch ihrer Angehörigen haben kann.

Diskussion und Limitationen

Die vorliegende explorative Studie hatte zum Ziel, erste Erkenntnisse zur Wirkung von Spiritualität bzw. Religiosität in der Versorgung von Personen mit Demenz zu gewinnen, auf die dann mit weitergehenden Studien aufgesetzt werden kann. Die Ergebnisse zeigen positive Effekte, die entsprechende Aktivitäten bei den Betroffenen haben können – insbesondere mit Blick auf die positive Gemütsveränderung. Auch die Rückmeldungen der Pflegenden/Betreuenden (siehe Exkurs) zeigen die positive Wahrnehmung der Aktivitäten.

Limitationen/Einschränkungen in der Interpretation der Studienergebnisse sind folgende:

Aufgrund der bisher unzureichenden Literaturlage wurde ein kombinierter Forschungsansatz gewählt. Die Studienergebnisse sind allerdings geprägt von der Corona-Pandemie, die die ohnehin schwierige Aufgabe der Teilnehmerrekrutierung zusätzlich erschwerte. Die geringen Fallzahlen (n=50) und die fehlende Vergleichsgruppe sorgen dafür, dass die Zusammenhangsanalysen kaum relevante Ergebnisse brachten. Die Heterogenität der Teilnehmer und die individuellen Biografien verhindern kausale Interpretationen in der Bewertung einzelner Aktivitäten oder die Analyse von spezifischen Subgruppen. Die Qualifikationen der eingeschlossenen Teilnehmer waren unterschiedlich ausgeprägt (Angehörige oder Pflegefachpersonen). Es ist davon auszugehen, dass diese unterschiedlichen Voraussetzungen zu unterschiedlichen dokumentierten Effekten führen können. Es ist auch davon auszugehen, dass die gewählten Aktivitäten nach dem Zustand und den Biografien der Betroffenen ausgerichtet wurden und für künftige Generationen weniger die Religiosität, sondern eher grundsätzlich die Spiritualität im Fokus stehen dürfte und sich die Bedürfnisse künftiger Betroffener verändern werden. Die vorliegende Studie kann somit nur eine Momentaufnahme der derzeit älteren Generation darstellen.

Die Ergebnisse der Studie zeigen allerdings grundsätzlich positive Effekte und positive Erfahrungen der beteiligten Probanden auf (siehe Exkurs) und weisen auf die Notwendigkeit weiterer Forschung in dem Bereich der Versorgung und Betreuung von Personen mit Demenz hin. Die Demenz wird künftig noch weiter an gesellschaftlicher Bedeutung gewinnen und es sollte das Ziel sein, die Qualität der Versorgung und die Zufriedenheit der Betroffenen zu erhöhen, indem eine personenzentrierte Versorgung mit möglichst hoher Lebensqualität gewährleistet wird.

Fazit und Ausblick

Religiosität oder Spiritualität tangieren Menschen aller Altersklassen. Die Frage nach dem Sinn des Lebens und die Frage nach dem „Was kommt danach?“ wird sich jeder Mensch im Laufe seines Lebens stellen. Die Beschäftigung mit spirituellen Fragen gibt dem Menschen Halt und kann insbesondere in der letzten Lebensphase unterstützend wirken – insbesondere bei Menschen mit Demenz, die mehr und mehr ihre Orientierung verlieren. Um den emotionalen Bezug aufrecht zu erhalten und den Menschen weiterhin klare Strukturen zu geben, können spirituelle Aktivitäten unterstützend wirken. Welche Aktivitäten in welchem Umfang bei Personen mit Demenz eingesetzt werden könnten und sollten, hängt im Wesentlichen von den individuellen Präferenzen der Betroffenen, deren Biografien sowie der Einschätzung und Fantasie der sie begleitenden Menschen ab. Angehörige und professionell Pflegenden könnten mit zielgerichteten Aktivitäten verbesserte Gemütszustände und eine verbesserte Lebensqualität und Zufriedenheit der Betroffenen erreichen und einen erleichterten Zugang zu den Betroffenen erhalten. In diesem Forschungsfeld sind allerdings zunächst noch weitere Studien notwendig, um die Versorgung von Personen mit Demenz in Bezug auf Religiosität und Spiritualität systematisch zu erfassen und nachhaltig verbessern zu können. <<

Literatur

- <https://www.akf-pflege.de/demenzbegeistert/> (zugegriffen am 23. Mai 2021)
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (2016): S3-Leitlinie „Demenzen“. Online unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf. S. 84.
- Dichter, M. N./Quadorf, T./Riesner, C./Bartholomeyczik, S./Halek, M. (2016): Leben QD II - Lebensqualität von Menschen mit Demenz stärken. Abschlussbericht. Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE), Standort Witten.
- Förstl, H./ Förstl S. (2020): Demenzerkrankungen – Prävalenz, Bedeutung und Implikationen für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: Tiemann, M./ Mohokum M. (Hrsg.) (2020): Prävention und Gesundheitsförderung. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. Online unter: https://doi.org/10.1007/978-3-662-55793-8_58-1.
- Kleemann, F./Krähnke, U./Matuschek, I. (2009): Interpretative Sozialforschung – Eine praxisorientierte Einführung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: GWV Fachverlage GmbH, 2009. S. 20-25.
- Schmidhuber, M. (2016): Alzheimer-Demenz und Lebensqualität – ein Widerspruch? Ein narrativer Zugang zur Lebensqualität von Menschen mit Demenz. In: Kovacs L./ Kipke R./ Lutz R. (Hrsg.) (2016): Lebensqualität in der Medizin. Wiesbaden: Springer Verlag, 2016. S. 273-286.
- Snowden, D. (2001): Aging with grace. Online unter: https://web.archive.org/web/20110714090229/http://www.healthstudies.umn.edu/nunstudy/pdf/Aging_With_Grace_Excerpt.pdf
- Stoffers, T. (2016): Demenz erleben – Innen- und Außensichten einer vielschichtigen Erkrankung. Wiesbaden: Springer Verlag, 2016.
- Thyrian, J. R./Boekholt, M./Hoffmann, W./Leiz, M./Monsees, J./Schmachtenberg, T./Schumacher-Schönert, F./Stenzel, U. (2020): Die Prävalenz an Demenz erkrankter Menschen in Deutschland – eine bundesweite Analyse auf Kreisebene. Nervenarzt (2020). <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00923-y>.
- World Health Organization (2019): RISK REDUCTION OF COGNITIVE DECLINE AND DEMENTIA WHO GUIDELINES. Online unter: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312180/9789241550543-eng.pdf?ua=1&ua=1&dom=prime&src=syn>. Page xii-xiii.

Effect of spirituality on the well-being of people with dementia – An explorative study

In the care of people with dementia a daily routine and rituals are needed in order to ensure orientation and safety and to increase quality of life. These activities can also include ritual and religious measures. Aim of this study was to get first findings concerning the effects of these measures on the well-being respectively the mind of the persons concerned. Therefore, persons with dementia had been observed in a period of 6 months with monthly questionnaires concerning their execution and their impact. 50 test persons could be included in the study at all. The included test persons were provided in home-care as well as in long-term care facilities. The data gathering involved open-ended, hybrid and closed-ended questions. The combined methodical approach had an explorative and a descriptive character with first correlation analyses concerning correlation coefficients and comparison of means. The quantitative results and the feedbacks of the carers predominantly show positive impact on the mind of the persons concerned. The study underlies several limitations as for example the heterogeneity of the individual constellation of each cases and the impact of the corona pandemic. The increasing social relevance of dementia needs further studies concerning the measurement and improvement of the well-being and the mind of people with dementia.

Keywords

dementia, spirituality, religiousness, rituals, care, well-being

Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Lux et al.: „Wohlbefinden von Menschen mit Demenz durch gelebte Spiritualität – eine explorative Studie“ in: „Monitor Versorgungsforschung“ (02/22), S. 64-70. <http://doi.org/10.24945/MVF.02.22.1866-0533.2394>

Prof. Dr. rer. medic. Gerald Lux

ORCID: 0000-0003-2303-7714

ist Professor und Dekanatsbeauftragter im Hochschulbereich Gesundheit & Soziales an der FOM Hochschule. Zudem ist er Gründungsgesellschafter und Prokurist der Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement GmbH.

Kontakt: gerald.lux@fom.de



Dinah Gessert BA

arbeitete als Projektleitung für das Projekt demenz.begeistert. Begleitend dazu schrieb Sie an den Universitäten Bonn und Freiburg ihre Bachelorarbeit im Fach Katholisch-Theologische Studien zum Thema „Welche Rolle kann der Glaube im Leben von Menschen mit einer diagnostizierten Demenz spielen?“ Für demenz.begeistert übernahm sie die Koordination der strategischen Umsetzung in Kooperation mit bundesweit agierenden Partnern. Kontakt: dinah.gessert@demenzbegeistert.de



Michael Hagedorn

arbeitet seit 2005 als Fotograf und Filmemacher mit Schwerpunkt Demenz. Seine Arbeiten zum Thema wurden vielfach national wie international ausgestellt und ausgezeichnet. Er ist Initiator und vorsitzender Vorstand des Vereins KONFETTI IM KOPF e.V., seit 2017 Vorstand der HAMBURGISCHEN BRÜCKE – Gesellschaft für private Sozialarbeit e.V. Für demenz.begeistert war er für die Konzeption, die strategische Umsetzung, überregionale Kooperationen und die visuelle Dokumentation zuständig. Kontakt: info@michaelhagedorn.de



Dipl.-Kffr. Hermine Urbaniak

studierte Betriebswirtschaft an den Universitäten Bayreuth und Hamburg mit den Schwerpunkten öffentliche Wirtschaft und Recht. Heute ist sie spezialisiert auf die Unternehmensführung im Bereich Pflegemanagement mit den Kernbereichen Marketing, Kommunikation und Fundraising. Als Projektleitung im Projekt demenz.begeistert war sie für die strategische Konzeption und Ausrichtung zuständig sowie für die bundesweite Kommunikation mit Medien und Fachpublikum. Kontakt: hermine.urbaniak@akf-pflege.de



Dr. rer. nat. Ulrike Winn-Börner

ORCID: 0000-0003-2549-3422

studierte Biologie an der Rhein. Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn und schloss ein Promotionsstudium an der Universität Bremen an. Danach arbeitete sie als Wissenschaftliche Mitarbeiterin in Bonn, Bremen und Düsseldorf in verschiedenen Forschungsgruppen. Sie koordinierte die freiwilligen Helfer:innen des Trägervereins der Studie und bot speziell für Menschen mit Demenz sinnstiftende Aktivitäten mit religiösem Fokus im Kontext von demenz.begeistert an. Kontakt: ulrike.winn-boerner@akf-pflege.de



Prof. Dr. med. Christian Tanislav
 Dr. med. Josef Rosenbauer
 Rebecca Zingel MSc
 Prof. Dr. rer. med. habil. Karel Kostev

Kein erhöhtes Risiko für Venenthrombosen und Lungenembolien nach SARS-CoV-2-Impfung in Deutschland

Die Covid-19-Pandemie hatte weltweit dramatische Auswirkungen auf das soziale Leben und die wirtschaftliche Entwicklung (1-5). Der Einsatz der kürzlich entwickelten Impfstoffe hat sich als wirksam erwiesen, um die Ausbreitung des schweren akuten respiratorischen Syndroms SARS-CoV-2 zu bekämpfen und einen schweren Verlauf von Covid-19 zu verhindern (6). In vielen Ländern wird jedoch über eine zögerliche Impfbereitschaft aus verschiedenen Gründen berichtet (7). Obwohl die Verteilung der Impfstoffe und ihre Verabreichung im Laufe der Zeit zugenommen hat, ist eine gewisse Impfbzurückhaltung nach wie vor ein Problem (7, 8). Zusätzlich zu den offensichtlichen Unterschieden bei den Impfquoten zwischen Industrie- und Entwicklungsländern zeigte sich ein ähnlicher Trend bei der Impfbzurückhaltung, wobei Faktoren wie ein höheres Bildungsniveau, ein höheres Einkommen, ein Wohnsitz außerhalb des ländlichen Raums oder die Bereitstellung kostenloser Impfungen als ausschlaggebende Faktoren für die Akzeptanz von Impfungen identifiziert wurden (7, 8). Einige Untersuchungen haben ergeben, dass ein allgemeines Vertrauen in Behörden und die Regierung stark mit der Bereitschaft zur Impfung korreliert (7). Mögliche Nebenwirkungen des Impfstoffs wurden jedoch als häufigster Grund für das Zögern bei der Covid-19-Impfung ermittelt und von mehr als 90% der befragten Impfbgegner genannt (8, 9).

>> Häufige unmittelbare Nebenwirkungen nach der Impfung wie lokale Reaktionen, Fieber, Müdigkeit, Kopf- oder Gelenkschmerzen sind von geringer Bedeutung und nicht bedrohlich (10). Andererseits wurden einige Ereignisse wie autoimmun-entzündliche neurologische oder vaskuläre und hämatologische Störungen einschließlich Myokardinfarkt, Thrombose, Hirnvenenthrombose oder Thrombozytopenie in der Literatur beschrieben, welche potenziell durch die Impfung verursacht sein könnten (11-15). Berichte über diese Art von schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen sind in der Literatur jedoch selten, und ihr Zusammenhang mit der Covid-19-Impfung bleibt kontrovers diskutiert (16). Vor dem Hintergrund der zögerlichen Haltung gegenüber Impfungen und einer weltweiten Covid-19-Pandemie ist es wichtig, das Risiko solcher Ereignisse anhand robuster Daten zu untersuchen, zum Beispiel anhand von Daten aus groß angelegten Untersuchungen. Zuverlässige Belege für die Sicherheit von Covid-19-Impfstoffen können dazu beitragen, das Vertrauen in diese kürz-

Zusammenfassung

Ziel dieser Studie war es, das Risiko für Venenthrombosen und Lungenembolien bei Patienten mit SARS-CoV-2-Impfung zu untersuchen. In die Studie wurden Personen im Alter von ≥ 18 Jahren eingeschlossen, die zwischen April und Juni 2021 eine Erstimpfung gegen Covid-19 in einer von 1.134 Allgemeinarztpraxen in Deutschland erhalten hatten. Geimpfte Patienten wurden mit ungeimpften Personen nach Alter, Geschlecht, Indexmonat (April – Juni) und Ko-Diagnosen gematcht. Die vorliegende Studie umfasste 326.833 Personen, die gegen Covid-19 geimpft waren, und 326.833 gematchte, nicht geimpfte Personen. Während der Nachbeobachtungszeit erhielten 406 der geimpften Patienten und 342 in der Kontrollgruppe eine der ausgewählten Diagnosen. Daraus ergab sich eine Inzidenzrate von 11,9 bzw. 11,3 Fällen pro 1.000 Patientenjahre und ein nicht signifikantes Gesamtinzidenzratenverhältnis (IRR: 1,06; 95% CI: 0,93-1,22). Die Ergebnisse dieser Studie deuten darauf hin, dass das Auftreten von Thrombosen oder Lungenembolien nach der Covid-19-Impfung eher ein zufälliger Befund als eine Folge der Impfung ist.

Schlüsselwörter

Venenthrombosen, Covid-19, Pandemie

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.02.22.1866-0533.2395>

lich freigegebenen Impfstoffe zu stärken und ihre Akzeptanz in der Bevölkerung zu verbessern.

Aus diesen Gründen wurde in dieser Studie die Häufigkeit von Thrombosen und nicht-tödlichen Lungenembolien bei Patienten, welche gegen SARS-CoV-2 geimpft wurden, untersucht und das entsprechende Risiko durch Berechnung des Inzidenzratenverhältnisses anhand von Daten von Allgemeinmedizinern in Deutschland aus einer großen Datenbank ermittelt.

Methoden

Diese Studie basiert auf den Daten der Disease-Analyzer-Datenbank (IQVIA), die Arzneimittelverordnungen, Diagnosen sowie medizinische und demografische Basisdaten enthält, die direkt und in anonymisierter Form aus den in den Praxen von Haus- und Fachärzten eingesetzten Computersystemen gewonnen werden (17). Die Datenbank deckt etwa 3% aller ambulanten Praxen in Deutschland ab. Es wurde bereits gezeigt, dass die in der Disease-Analyzer-Datenbank enthaltenen Praxen repräsentativ für Allgemein- und Facharztpraxen in Deutschland sind (17). Außerdem wurde diese Datenbank bereits in früheren Studien verwendet, die sich auf Covid-19 (18, 19) sowie auf kardiovaskuläre Ergebnisse konzentrierten (20, 21).

In diese retrospektive Kohortenstudie wurden Personen im Alter von ≥ 18 Jahren eingeschlossen, die zwischen April 2021 und Juni 2021 (Indexdatum) in einer von 1.134 Hausarztpraxen in Deutschland eine Erstimpfung gegen Covid-19 erhielten. Personen, bei denen innerhalb von 12 Monaten vor dem Indexdatum eine Thrombose (ICD-10: I80-I82) oder Lungenembolie (ICD-10: I26) diagnostiziert wurde, wurden ebenso ausgeschlossen wie Personen, bei denen Covid-19 entweder vor dem Indexdatum oder während des Nachbeobachtungszeitraums diagnostiziert wurde.

Geimpfte Patienten wurden mit nicht geimpften Personen 1:1 mittels der Propensity Scores Methode gematcht. Dabei wurden Alter, Geschlecht, Indexmonat (April, Mai, Juni) und Diagnosen berücksichtigt, welche mit einem erhöhten Thromboserisiko in Verbindung gebracht werden können und innerhalb von 12 Monaten vor dem Indexdatum dokumentiert wurden, einschließlich Fettleibigkeit (CD-10: E66), Vorhofflimmern (ICD-10: I48.0, I48.1, I48.2, I48.9), Herzinsuffizienz (ICD-10: I50), ischämische Herzkrankheiten (ICD-10: I20-I25), Krebs (ICD-10: C00-C97), Gerinnungsstörungen (ICD-10: D65-D69), Krampfadern (ICD-10: I83-I85), Verletzungen (ICD-10: S00-T12, innerhalb von 6 Monaten) und Status nach einer Operation (ICD-10: Z98, innerhalb von 6 Monaten). Da nur Impfdaten von Hausärzten und nicht

von Impfzentren verfügbar waren, wurden ungeimpfte Personen (gematchte Kohorte) auf der Grundlage eines zufällig ausgewählten Besuchsdatums zwischen April und Juni 2020 ausgewählt, da in diesem Zeitraum keine Covid-19-Impfungen verfügbar waren.

Das Haupt-Outcome der Studie war die Inzidenz von Thrombose- (ICD-10: I80-I82) und nicht-tödlichen Lungenembolie-Diagnosen (ICD-10: I26) in Abhängigkeit von der Covid-19-Impfung. Jede Person wurde bis zu 122 Tage nach dem Indexdatum verfolgt. Poisson-Regressionsmodelle wurden angewandt, um Inzidenzratenverhältnisse zu erhalten. P-Werte $<0,05$ wurden als statistisch signifikant angesehen. Die Analysen wurden mit SAS Version 9.4 (SAS Institute, Cary, USA) durchgeführt.

Ergebnisse

In die vorliegende Studie wurden 326.833 Personen einbezogen, die zwischen April und Juni 2021 eine Covid-19-Impfung erhalten haben, und 326.833 Personen ohne Impfung, die zwischen April und Juni 2020 einen Hausarzt aufgesucht haben. Die grundlegenden Merkmale der Studienpatienten sind in Tabelle 1 dargestellt. Das Durchschnittsalter in beiden Gruppen betrug 55,7 Jahre; 49,3% waren Frauen. Im Durchschnitt wurden Personen mit Covid-19-Impfung 38 Tage lang und Personen ohne Covid-19-Impfung 34 Tage lang nach dem Indexdatum beobachtet.

Während des Nachbeobachtungszeitraums wurde bei 406 der geimpften und 342 der nicht geimpften Patienten in der Kohorte 2020 erstmals eine der ausgewählten Diagnosen gestellt. Daraus ergab sich eine Inzidenzrate von 11,9 bzw. 11,3 Fällen pro 1.000 Patientenjahre und ein nicht signifikantes Inzidenzratenverhältnis (IRR: 1,06; 95% CI: 0,93-1,22). Die höchste IRR wurde in der Altersgruppe 41-60 Jahre beobachtet (IRR: 1,30, 95% KI: 0,98-1,73) und die niedrigste in der Altersgruppe 18-40 (IRR: 0,6, 95% KI: 0,0-1,05); keine der einzelnen Altersgruppen-IRs war jedoch signifikant.

Diskussion

Anhand einer groß angelegten Datenbank wurde kein signifikanter Unterschied gefunden zwischen den Inzidenzraten für Thrombose oder nicht-tödliche Lungenembolie bei Personen, die eine Covid-19-Impfung erhalten hatten, und bei der nicht geimpften Vergleichsgruppe.

Klinische Studien zur Erprobung von Impfstoffen gegen SARS-CoV-2 haben eindeutig gezeigt, dass die Impfstoffe eine hohe Wirksamkeit bei der Prävention schwerer Verläufe von Covid-19 bieten (22-25). Was die Sicherheitsanalysen betrifft, so wurden nur sehr wenige schwere unerwünschte Ereignisse im Zusammenhang mit der Anwendung des Impfstoffs gemeldet (22-25). Von den wenigen gemeldeten schwerwiegenden Ereignissen sind vor allem mehrere Fälle von peripherer Gesichtsnervenlähmung und mehrere Fälle von Tinni-

Basischarakteristika der Studienpatienten nach 1:1 Matching			
Variable	Anteil bei geimpften Personen (%) (n=326.833)	Anteil bei nicht geimpften Personen (%) (n=326.833)	P-Wert
Alter in Jahren, Mittelwert (Standardabweichung)	55,7 (17,3)	55,7 (17,3)	0,886
Alter 18-40	20,9	20,9	0,992
Alter 41-60	35,3	35,3	
Alter 61-70	24,1	24,1	
Alter >70	19,7	19,7	
Geschlecht			
Frauen	49,3	49,3	1,000
Männer	50,7	50,7	
Monat			
April	32,5	32,5	1,000
Mai	39,5	39,5	
Juni	28,0	28,0	
Ko-Diagnosen			
Adipositas	12,4	12,4	1,000
Vorhofflimmern	4,3	4,3	1,000
Herzinsuffizienz	4,4	4,4	1,000
Ischämische Herzkrankheiten	9,2	9,2	1,000
Krebs	6,7	6,7	1,000
Gerinnungsstörungen	1,0	1,0	1,000
Krampfadern	5,4	5,4	1,000
Verletzungen innerh. d. letzten 6 Monate	4,0	4,0	1,000
Operationen innerh. d. letzten 6 Monate	0,4	0,4	1,000

Tab. 1: Basischarakteristika der Studienpatienten nach 1:1 Matching.

tus zu nennen (22-25). Da es sich bei den Berichten über diese ungewöhnlichen und unerwarteten schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse jedoch um Einzelberichte handelt und sich die Gesamtzahl auf etwa zwei Dutzend in allen Studien beläuft, haben die Autoren deren möglichen Zusammenhang mit dem verabreichten Impfstoff kritisch diskutiert (22-25). Von 19.630 Personen, die eine Einzeldosis des Impfstoffs Ad26.COVS (Janssen-Impfstoff) erhielten, wurden 15 Fälle von thromboembolischen Ereignissen gemeldet (24). Diese Zahl entsprach den Raten in der Placebogruppe (n=10), was einen ursächlichen Zusammenhang mit der Impfung unwahrscheinlich macht (24). Allerdings wurden mit steigenden Impfraten weltweit zunehmend Fälle von thrombotischen und embolischen Ereignissen gemeldet (11-15). Im November 2021 beschrieben Bilotta et al. 58 Fälle von hämostatischen Komplikationen nach der Covid-19-Impfung, wobei sie zeigten, dass sowohl das arterielle als auch das venöse System betroffen sein können, und als häufigstes Ereignis eine Hirnvenenthrombose angaben (12). In einer kürzlich (Dezember 2021) veröffentlichten systematischen Übersichtsarbeit, die 98 Studien umfasst, beschrieben Al-Ali et al. 460 thrombotische Ereignisse als mögliche Komplikation nach der Covid-19-Impfung und berichteten über 159 (34,6%) Fälle von Hirnvenenthrombosen, gefolgt von 67 venösen Thrombosen (14,6%) und 63 Fällen (13,7%) von Lungenembolien (11). Bei den betroffenen Patienten wurde häufig eine Thrombozytopenie beobachtet, was darauf hindeutet, dass

dieses Phänomen mit dem noch unklaren Pathomechanismus dieser unerwünschten Wirkung zusammenhängen könnte (11-15). Die vorliegenden Daten zu thrombotischen und thromboembolischen Ereignissen nach der Covid-19-Impfung, wie Thrombosen oder Lungenembolien, beschränken sich jedoch auf Einzelberichte oder Fallserien. Es fehlen derzeit Daten über die Häufigkeit dieser Ereignisse bei geimpften Personen im Vergleich zu nicht geimpften Personen, um das Risiko abschätzen zu können.

Venenthrombosen und Lungenembolien treten häufig bei Patienten mit prädisponierenden Risikofaktoren auf. Darüber hinaus beeinflusst die Einnahme von bestimmten Medikamenten das Auftreten dieser Ereignisse (25,26). Die rohe Gesamtinzidenzrate thrombotischer und thromboembolischer Ereignisse bei nicht ausgewählten Erwachsenen ist weit aus niedriger und liegt bei etwa einem von 1.000 pro Jahr (27). Unsere Studienteilnehmer (geimpfte und gepaarte nicht geimpfte Personen) haben möglicherweise ein geringes bis mittleres Risiko für thrombotische und thromboembolische Ereignisse aufgrund eines Selektionsbias bei der Priorisierung von kranken oder gefährdeten Per-

Zusammenhang zwischen Covid-19-Impfungen und dem Auftreten von Thrombosen oder nicht-tödlichen Lungenembolien				
Variable	Fälle pro 1.000 Patientenjahre bei geimpften Personen	Fälle pro 1.000 Patientenjahre bei nicht geimpften Personen	„Incidence rate ratio“ (IRR) (95% Konfidenzintervalle)	P-Wert
Gesamt	11,9	11,3	1,06 (0,93–1,22)	0,457
Alter 18–40	4,2	7,4	0,56 (0,30–1,05)	0,072
Alter 41–60	12,0	9,2	1,30 (0,98–1,73)	0,067
Alter 61–70	11,6	11,3	1,03 (0,78–1,35)	0,828
Alter >70	14,9	14,5	1,03 (0,82–1,29)	0,784
Frauen	12,6	12,5	1,02 (0,84–1,23)	0,879
Männer	11,1	10,0	1,12 (0,90–1,38)	0,339

Tab. 2: Zusammenhang zwischen Covid-19-Impfungen und dem Auftreten von Thrombosen oder nicht-tödlichen Lungenembolien bei Patienten in Allgemeinpraxen in Deutschland (Poisson-Regressionsmodelle).

sonen für die Impfung. Wir haben jedoch in den geimpften und nicht geimpften Gruppen die beinahe gleiche Inzidenzrate festgestellt, was das wichtigste Ergebnis der vorliegenden Studie darstellt. Die in unserer Studie festgestellte Inzidenz von thrombotischen und thromboembolischen Ereignissen in der Impfgruppe entspricht der erwarteten intrinsischen Rate in einer Bevölkerung mit niedrigem bis mittlerem Risiko und ist nicht auf die Anwendung des Covid-19-Impfstoffs zurückzuführen. Obwohl unsere Ergebnisse eindeutig darauf hinweisen, dass die Impfung gegen Covid-19 kein Faktor ist, der thrombotische

Literatur

- Kucharski AJ, Klepac P, Conlan AJK, et al. 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
- Dragioti E, Li H, Tsitsas G, et al. A large scale meta-analytic atlas of mental health problems prevalence during the COVID-19 early pandemic. *J Med Virol.* 2021 Dec 27. doi: 10.1002/jmv.27549. Epub ahead of print
- Tanislav C, Kostev K. Fewer non-COVID-19 respiratory tract infections and gastrointestinal infections during the COVID-19 pandemic. *J Med Virol.* 2022 Jan;94(1):298-302
- Mumtaz M, Hussain N, Baqar Z, et al. Deciphering the impact of novel coronavirus pandemic on agricultural sustainability, food security, and socio-economic sectors-a review. *Environ Sci Pollut Res Int.* 2021 Sep;28(36):49410-49424
- Wei X, Li L, Zhang F. The impact of the COVID-19 pandemic on socio-economic and sustainability. *Environ Sci Pollut Res Int.* 2021 Jul 15:1-10
- Cheng CJ, Lu CY, Chang YH, et al. Effectiveness of the WHO-Authorized COVID-19 Vaccines: A Rapid Review of Global Reports till 30 June 2021. *Vaccines (Basel).* 2021 Dec 16;9(12):1489
- Lazarus JV, Ratzan SC, Palayew A, et al. A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. *Nat Med.* 2021 Feb;27(2):225-228
- Patwary MM, Bardhan M, Disha AS, et al. Determinants of COVID-19 Vaccine Acceptance among the Adult Population of Bangladesh Using the Health Belief Model and the Theory of Planned Behavior Model. *Vaccines (Basel).* 2021 Nov 25;9(12):1393
- Reiter PL, Pennell ML, Katz ML. Acceptability of a COVID-19 vaccine among adults in the United States: How many people would get vaccinated? *Vaccine.* 2020 Sep 29;38(42):6500-6507
- Khandker SS, Godman B, Jawad MI, et al. A Systematic Review on COVID-19 Vaccine Strategies, Their Effectiveness, and Issues. *Vaccines (Basel).* 2021 Nov 24;9(12):1387
- Al-Ali D, Elshafeey A, Mushannen M, et al. Cardiovascular and haematological events post COVID-19 vaccination: A systematic review. *J Cell Mol Med.* 2021 Dec 29. doi: 10.1111/jcmm.17137. Epub ahead of print
- Bilotta C, Perrone G, Adelfio V, et al. COVID-19 Vaccine-Related Thrombosis: A Systematic Review and Exploratory Analysis. *Front Immunol.* 2021 Nov 29;12:729251
- Waqar U, Ahmed S, Gardezi SMHA, et al. Thrombosis with Thrombocytopenia Syndrome After Administration of AZD1222 or Ad26.COV2.S Vaccine for COVID-19: A Systematic Review. *Clin Appl Thromb Hemost.* 2021 Jan-Dec;27:10760296211068487
- Finsterer J, Zarrouk S. Post-SARS-CoV-2 vaccination venous sinus thrombosis: a literature review of 308 cases. *Egypt J Neurol Psychiatr Neurosurg.* 2021;57(1):179
- Braun T, Viard M, Juenemann M, et al. Case Report: Take a Second Look: Covid-19 Vaccination-Related Cerebral Venous Thrombosis and Thrombotic Thrombocytopenia Syndrome. *Front Neurol.* 2021 Nov 22;12:763049
- Korang SK, von Rohden E, Veroniki AA, et al. Vaccines to prevent COVID-19: A living systematic review with Trial Sequential Analysis and network meta-analysis of randomized clinical trials. *PLoS One.* 2022 Jan 21;17(1):e0260733
- Rathmann W, Bongaerts B, Carius HJ, et al. Basic Characteristics and Representativeness of the German Disease Analyzer Database. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2018 Oct;56(10):459-466
- Tanislav C, Kostev K. Fewer non-COVID-19 respiratory tract infections and gastrointestinal infections during the COVID-19 pandemic. *J Med Virol.* 2021 Sep 7. doi: 10.1002/jmv.27321.
- 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
- Tanislav C, Kostev K. Late Detection of Atrial Fibrillation after Stroke: Implications for the Secondary Prevention. *Eur Neurol.* 2019;81(5-6):262-269.
- Trömmel K, Kostev K, Jacob L, et al. Increased Incidence of Stroke and Transient Ischemic Attack in Patients with Rheumatoid Arthritis and Ankylosing Spondylitis in Germany. *Neuroepidemiology.* 2021;55(2):162-170
- Polack FP, Thomas SJ, Kitchin N, et al. Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. *N Engl J Med.* 2020 Dec 31;383(27):2603-2615
- Baden LR, El Sahly HM, Essink B, et al. Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine. *N Engl J Med.* 2021 Feb 4;384(5):403-416
- Sadoff J, Gray G, Vandebosch A, et al. Safety and Efficacy of Single-Dose Ad26.COV2.S Vaccine against Covid-19. *N Engl J Med.* 2021 Jun 10;384(23):2187-2201
- Voysey M, Clemens SAC, Madhi SA, et al. Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2: an interim analysis of four randomised controlled trials in Brazil, South Africa, and the UK. *Lancet.* 2021 Jan 9;397(10269):99-111
- Tanislav C, Puille M, Pabst W, et al. High frequency of silent pulmonary embolism in patients with cryptogenic stroke and patent foramen ovale. *Stroke.* 2011 Mar;42(3):822-4
- Agnelli G, Buller HR, Cohen A, et al. Apixaban for extended treatment of venous thromboembolism. *N Engl J Med.* 2013 Feb 21;368(8):699-708
- Diehm T, Noppeney, Nüllen H. Gefäßchirurgie. 2012. Release 4/2012

und thromboembolische Ereignisse begünstigt, müssen sie in weiteren groß angelegten Untersuchungen überprüft werden.

Die beiden größten Stärken dieser Studie sind die Anzahl der Patienten, die für die Analyse zur Verfügung standen, und die detaillierten Analysen, die mit realen Daten durchgeführt wurden. Diese Studie unterliegt jedoch auch einigen Einschränkungen, die an dieser Stelle erwähnt werden sollten. Erstens stützten sich unsere Daten zur Thrombose- und Lungenembolie-Diagnose ausschließlich auf ICD-10-Codes, und es waren keine Daten zum Diagnoseverfahren oder zur Schwere/Aktivität der Erkrankung verfügbar. Da zweitens keine Informationen über Verhaltensfaktoren (z. B. Alkoholkonsum, Rauchen, Verwendung von Verhütungsmitteln und Bewegungsmangel) vorlagen, konnte die Rolle dieser Faktoren nicht untersucht werden. Drittens waren keine Krankenhausdaten verfügbar, und es wurden nur ambulante Patienten analysiert, obwohl schwere Fälle sowohl von Covid-19 als auch von Thrombose in Krankenhäusern behandelt werden. Viertens haben wir keine nach Impfstoffhersteller stratifizierten Analysen durchgeführt. Allerdings erhielten mehr als 90% der Patienten in dieser Studie BNT162b2 einen Covid-19-mRNA-Impfstoff.

Schlussfolgerung

In dieser groß angelegten Untersuchung über das Auftreten von Thrombosen und Lungenembolien konnten keine Unterschiede zwischen geimpften und nicht geimpften Personen festgestellt werden. Es ist daher sehr wahrscheinlich, dass diese Erkrankungen, wenn sie nach einer Impfung gegen SARS-CoV-2 auftreten, eher ein unvermeidlicher Teil der Krankheitsgeschichte der Patienten sind als eine Folge einer Impfung. <<

Prof. Dr. med. Christian Tanislav

ist Chefarzt für Geriatrie am 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

Dr. med. Josef Rosenbauer

ist seit 2007 Geschäftsführer der Diakonie in Südwestfalen und sämtlicher Tochtergesellschaften. Er hat Humanmedizin in Bonn studiert und war als Arzt in Bonn und Siegen tätig.

Kontakt: josef.rosenbauer@diakonie-sw.de

Rebecca Zingel MSc

ist Forschungsberaterin im Epidemiologie-Team bei IQVIA in Frankfurt am Main sowie Mitglied des Centre of Excellence Vaccine bei IQVIA in Frankfurt. Sie hat Mathematik sowie Medizin und Lebenswissenschaften in Lübeck studiert und promoviert zur Zeit am Universitätsklinikum Marburg.

Kontakt: rebecca.zingel@iqvia.com

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

No increased risk for venous thrombosis and pulmonary embolism after SARS-CoV-2 vaccination in Germany

Aim of the study was to investigate the risk of venous thrombosis and pulmonary embolism in patients who underwent SARS-CoV-2 vaccination. Individuals aged ≥ 18 who received an initial vaccination for Covid-19 in one of 1,134 general practices in Germany between April – June 2021 were included in the study. Vaccinated patients were matched to unvaccinated individuals by age, sex, index month (April – June 2020) and codiagnoses.

The present study included 326,833 individuals vaccinated for COVID-19 and 326,833 matched non-vaccinated individuals respectively. During the follow-up time, 406 of the vaccinated patients and 342 in the control group received one of the selected diagnoses. This resulted in an incidence rate of 11.9 vs. 11.3 cases per 1,000 patient years and a non-significant overall incidence rate ratio (IRR: 1.06; 95% CI: 0.93–1.22).

The results of the study indicate that the occurrence of thrombosis or pulmonary embolism after Covid-19 vaccination is a coincidental finding rather than a consequence of vaccination.

Keywords

venous thrombosis, Covid-19, pandemic

Zitationshinweis

Tanislav et al.: „Kein erhöhtes Risiko für Venenthrombosen und Lungenembolien nach SARS-CoV-2-Impfung in Deutschland“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (02/22), S. 71-74. <http://doi.org/10.24945/MVF.02.22.1866-0533.2395>

Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit dem vorliegenden Manuskript haben.

ORCID: 0000-0002-2733-1294



ORCID: 0000-0002-9878-7862



ORCID: 0000-0002-9954-3245



ORCID: 0000-0002-2124-7227



Fabian Berkemeier MSc
 Dr. med. univ. Manuela Bamberger MSc
 Dr. rer. biol. hum. Katharina Kähm MPH
 Stefan Hargesheimer MBA&E

Screening auf Vorhofflimmern zur Prävention von Schlaganfällen und systemischen Embolien: Modellierung von Versorgungspotenzialen und Kosteneffizienz

Die Durchführung eines Screenings auf Vorhofflimmern (VHF) wird in der Leitlinie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) (Hindricks et al. 2020) empfohlen, ist in Deutschland derzeit jedoch nicht in Form systematischer Gesundheitsprogramme implementiert. Angesichts des demografischen Wandels und des altersabhängigen Auftretens von VHF wird prognostiziert, dass bis 2060 die Anzahl der über 65-jährigen Patienten mit VHF in Europa auf über 14 Mio. steigen wird (Krijthe et al. 2013). Da VHF einen relevanten Risikofaktor für einen Schlaganfall darstellt, wird dem Screening auf VHF eine zunehmende Bedeutung zukommen. Um mögliche Effekte der Einführung eines leitliniengerechten Screenings auf VHF im deutschen Versorgungskontext – insbesondere zur langfristigen Vermeidung gesundheitlicher sowie gesundheitsökonomischer Folgen – beurteilen zu können, wurde 2019 eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Dabei konnte keine Evidenz aus abgeschlossenen, prospektiven Studien im deutschen Versorgungskontext identifiziert werden, die langfristige klinisch relevante Ereignisse nach Durchführung eines Screenings auf VHF berichten. Vor diesem Hintergrund wurde ein Markov-Modell entwickelt, mit dem die Effekte eines Screenings auf VHF simuliert werden können. Dieses Modell soll einen Beitrag für die fachöffentliche Diskussion zur Detektion von VHF und Prävention thromboembolischer Ereignisse liefern und die Ableitung adäquater Maßnahmen für eine bessere Versorgung ermöglichen. Für die vorliegende Arbeit wurden einerseits die langfristigen Effekte einer konsequenten Umsetzung der in der ESC-Leitlinie vorgesehenen Screeningmaßnahmen hinsichtlich der Vermeidung VHF-assoziierter Schlaganfälle und systemischer Embolien untersucht. Andererseits wurden die direkten gesundheitsökonomischen Implikationen aus Perspektive der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) betrachtet.

>> Es wurde ein Markov-Modell bestehend aus einem Screeningarm und einem Vergleichsarm (ohne Screening) entwickelt, in welchem

Zusammenfassung

Es erfolgt eine Simulation der Umsetzung eines in der Leitlinie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) empfohlenen Screenings auf Vorhofflimmern (VHF) im deutschen Versorgungskontext. Das zugrundeliegende Markov-Modell untersucht für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von 65 bis unter 75 Jahren ein opportunistisches und für Versicherte ab 75 Jahren ein systematisches Screening auf VHF im Vergleich zum aktuellen Versorgungsstand ohne Screening. Die Berechnungen erfolgen aus Perspektive der GKV und unter Verwendung literaturbasierter, epidemiologischer Kenngrößen. Es werden Kosten zur Durchführung des Screenings, ärztliche Leistungen und Arzneimitteltherapie sowie Kosten klinisch relevanter Ereignisse berücksichtigt. Die Ergebnisse zeigen, dass bei Umsetzung der Leitlinienempfehlung über 5 Jahre etwa 26.626 VHF-assoziierter Schlaganfälle und systemische Embolien vermieden werden könnten. Insgesamt ergäben sich dadurch auf Ebene der gesamten GKV Einsparungen in Höhe von 274,6 Millionen Euro bzw. auf Ebene einzelner Krankenkassen von 966 Euro pro identifiziertem Versicherten mit VHF. Es zeigt sich damit ein bedeutsames Potenzial des leitliniengerechten Screenings auf VHF zur Vermeidung VHF-assoziierter Schlaganfälle und systemischer Embolien.

Schlüsselwörter

Screening, Vorhofflimmern, Schlaganfall, Prävention, Versorgungspotenziale, Gesundheitsökonomie

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.02.22.1866-0533.2396>

Versicherte über einen Zeitraum von 5 Jahren (20 Quartaleinheiten) beobachtet werden.

Eckpunkte der Modellierung

Die Modellpopulation leitet sich über einen prävalenzbasierten Ansatz aus der Versichertenpopulation der GKV ab. Basierend auf der KM6-Statistik (Bundesministerium für Gesundheit 2019) erfolgte eine Stratifizierung nach Alter und Geschlecht (AGG) in 5 Jahres-Altersgruppen (bis 85+). Die Zielgruppe von Versicherten mit bislang unerkanntem VHF wurde ermittelt, indem die Versichertenpopulation um die entsprechende AGG-spezifische Diagnoseprävalenz (Ohlmeier et al. 2013) bereinigt wurde. Der Anteil Versicherter mit unerkanntem VHF wurde basierend auf Literaturangaben (Aronsson et al. 2015) auf 32% der Diagnoseprävalenz determiniert. Darüber hinaus wurde der Versichertenanteil mit VHF charakterisiert nach paroxysmalem bzw. persistentem VHF.

In Anlehnung an die aktuelle Leitlinie der ESC durchlaufen im Screeningarm Versicherte ab 65 Jahren ein opportunistisches Screening und Versicherte ab 75 Jahren einen systematischen Screening-Ansatz. Für ersteres wurde angenommen, dass 65% der Versicherten innerhalb von 12 Quartalen einem Screening unterzogen werden. Das systematische Screening sieht vor, dass 80% der Zielgruppe innerhalb von 8 Quartalen gescreent werden. Für beide Teilpopulationen wird von einem Screening im Rahmen der Regelversorgung ausgegangen; die Screening-Leistungen geschehen daher im Rahmen von ohnehin stattfindenden Arztbesuchen.

Beide Gruppen werden einmalig einem Screening mittels 12-Kanal-EKG unterzogen. Für die Diagnosegüte wurde eine Aufteilung auf Grundlage der Gesamtsensitivität (Welton et al. 2017) und den Patientenanteilen (Aronsson et al. 2015) für die Versicherten der deutschen GKV (Bundesministerium für Gesundheit 2019) vorgenommen. Es resultiert eine Sensitivität von 100% für persistentes bzw. 44,15% für paroxysmales VHF. Als Spezifität wurden 100% angenommen, da das 12-Kanal-EKG den Goldstandard in der VHF-Diagnostik darstellt.

Für Patienten mit einer VHF-Diagnose sieht das Modell die Einleitung einer Arzneimitteltherapie mit einem Vitamin K-Antagonisten (VKA) oder einem Direkten Oraln Antikoagulans (DOAK) vor. Ver-

ordnungsanteile wurden laut Arzneiverordnungs-Report 2019 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (Schwabe et al. 2019) festgelegt auf 32% VKA, 26% Apixaban, 5% Dabigatran, 28% Rivaroxaban und 9% Edoxaban.

Gesundheitliche Effekte

Klinisch relevante Ereignisse können unabhängig von der Durchführung eines Screenings zu jeder Zeit auftreten. Die Ereignisraten richten sich nach dem Vorliegen von VHF, der Behandlung (ja/nein), sowie dem eingesetzten Antikoagulans. Der Übergang zwischen den Gesundheitsstadien wird durch entsprechende Markov-Iterationen simuliert und erfolgt u.a. unter Berücksichtigung der langfristigen Therapieadhärenz (Collings et al. 2017).

Als mögliche klinisch relevante Ereignisse können einerseits Schlaganfälle und systemische Embolien auftreten, deren Vermeidung zentrale Therapieziele einer Antikoagulation bei VHF darstellen. Andererseits können Blutungsereignisse z.B. in Form schwerer extra- und intrakranieller Blutungen auftreten. Nicht-schwere Blutungsereignisse wurden aufgrund der bereits komplexen Modellstruktur nicht berücksichtigt. Die verwendeten Ereignisraten basieren auf der deutschen Routineversorgung (Hohnloser et al. 2018), wobei die Berechnung fehlender Ereignisraten für Edoxaban sowie Placebo über die Applikation von Rate Ratios gegenüber Warfarin aus der Metaanalyse von Tawfik et al. (2016) auf die Daten zur VKA-Referenzpopulation in Hohnloser et al. (2018) erfolgte (Tabelle 1).

Inputparameter: Jährliche Ereignisraten unter Arzneimitteltherapie und Placebo						
Therapie	Ischämischer Schlaganfall	Systemische Embolie	Extrakranielle Blutung	Extrakranielle Blutung (Placebo-adjustiert)	Intrakranielle Blutung	Intrakranielle Blutung (Placebo-adjustiert)
OAK-Therapiemix	1,30%	0,30%	1,53%	0,57%	0,42%	0,29%
Keine OAK-Therapie (Placebo)	5,25%*	1,13%*	0,97%*	0,00%	0,13%*	0,00%

Tab. 1: Inputparameter: Jährliche Ereignisraten unter Arzneimitteltherapie und Placebo. Quelle: IGES adaptiert nach Hohnloser et al. (2018), Angabe Ereignisrate pro Jahr, gewichteter OAK-Therapiemix von 32% VKA, 26% Apixaban, 5% Dabigatran, 28% Rivaroxaban und 9% Edoxaban (Schwabe et al. 2019). Anmerkung: Die Ereignisraten des OAK-Therapiemixes dienen der Illustration. Das Modell arbeitet mit wirkstoffspezifischen Ereignisraten. *berechnet über Rate Ratios aus Tawfik et al. (2016) im Vergleich zu Warfarin.

Die Ereignisraten von Blutungen wurden um die Raten bei fehlender OAK-Therapie korrigiert. Mortalitätsraten für Ereignisse wurden auf Basis von Literaturangaben hergeleitet (Springer et al. 2018; Kolominsky-Rabas et al. 2006; Michalski et al. 2015).

Gesundheitsökonomische Effekte

Es wurden Screeningkosten, ärztliche Behandlungskosten, Arzneimittelkosten sowie direkte Kosten der gesundheitlichen Endpunkte berücksichtigt. Für Patienten mit VHF-Diagnose wurden Zuweisungen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA, Stand 2020) (Bundesamt für Soziale Sicherung 2019a, 2019b) berücksichtigt. Aufgrund der Hierarchisierung von VHF über Hypertonie

Inputparameter: Kostenkomponenten		
Kostenart	Betrag in Euro	
Screening pro Patient einmalig	9,89	
Ärztliche Leistung für Therapiemonitoring pro Quartal	45,09 (VKA)	1,32 (DOAK)
Arzneimittelkosten pro Quartal		
Phenprocoumon	9,89	
Apixaban	226,31	
Dabigatran	271,85	
Rivaroxaban	271,09	
Edoxaban	208,22	
Dalteparin Natrium (Therapieeinleitung)	104,74	
Kosten je Ereignis pro Quartal		
Ischämischer Schlaganfall	Jahr 1	Folgejahre 2-5
Systemische Embolie	5.821	1.722
Intrakranielle Blutung	6.967	1.722
Schwere extrakranielle Blutung im Qu. des Auftretens	8.247	4.340
	4.116	-

Tab. 2: Inputparameter: Kostenkomponenten. Quellen: IGES auf Basis von Kolominsky-Rabas et al. (2006); LAUER-FISCHER GmbH (2019); Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020); Berechnungen nach Fallpauschalen gemäß Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2019) und German Diagnosis Related Groups Version (2019).

ist der Anteil von circa 87% der Versicherten mit Vorhofflimmern und entsprechender Komorbidität von Relevanz. Für diese Patienten wurde lediglich die Zuweisungsdifferenz zwischen Hypertonie und VHF berücksichtigt.

Bei Eintritt eines ischämischen Schlaganfalls, einer systemischen Embolie oder einer intrakraniellen Blutung wird eine dauerhaft erhöhte Kostenentstehung angenommen.

Die Berechnung der Kosten für einen Schlaganfall erfolgte inflationsbereinigt nach Kolominsky-Rabas et al. (2006). Für intrakranielle Blutungen und systemische Embolien erfolgte aufgrund fehlender Literatur eine Übertragung des Kostenverlaufs vom ischämischen Schlaganfall unter Verwendung

eines Kostenfaktors, welcher auf Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG)-Vergütung gegenüber intrakraniellen Blutungen bzw. systemischen Embolien abgeleitet wurde. Bei schweren extrakraniellen Blutungen wurde eine rein stationäre Behandlung angenommen.

Tabelle 2 listet die im Modell berücksichtigten Kostenkomponenten auf.

Ergebnisse

Gesundheitliche Effekte eines VHF-Screenings laut Leitlinie

Die Ermittlung der zu screenenden Modellpopulation wird in Ta-

Modellpopulation				
Nr.	Population	65-74 Jahre	75+ Jahre	Gesamt
1	GKV-Gesamt	7.276.737	8.746.456	16.023.193
2	Diagnostizierte VHF-Versicherte	573.520	1.622.244	2.195.764
3	Modellpopulation	6.703.217	7.124.212	13.827.429
4	Unerkannte VHF-Versicherte	185.017 (2,76% von 3)	523.335 (7,35% von 3)	708.352 (5,12% von 3)
5	Davon paroxysmal	180.587 (97,61% von 4)	395.506 (75,57% von 4)	576.093 (81,33% von 4)
6	Davon persistent	4.430 (2,39% von 4)	127.829 (24,43% von 4)	132.259 (18,67% von 4)

Tab. 3: Modellpopulation. IGES adaptiert nach Bundesministerium für Gesundheit (2019); Ohlmeier et al. (2013); Aronsson et al. (2015).

belle 3 dargestellt.

In der Modellierung treten in der Gruppe ohne Screening über einen Zeitraum von 5 Jahren 163.150 VHF-assoziierte Schlaganfälle sowie 34.410 systemische Embolien auf. Mit leitlinienkonformem Screening auf VHF reduziert sich die Zahl VHF-assoziiierter Schlaganfälle auf 141.062 und die Zahl systemischer Embolien auf 29.873.

Die Ergebnisse zeigen somit ein Potenzial von insgesamt 26.626 vermiedenen Ereignissen (davon 22.088 Schlaganfälle und 4.538 systemische Embolien) über 5 Jahre auf. Dem stehen 3.841 zusätzliche intra- und extrakranielle Blutungen gegenüber. Bei Betrachtung der Todesfälle nach Schlaganfällen, systemischen Embolien sowie Blutungen ergibt sich eine Differenz von 8.247 vermiedenen Todesfällen im Screeningarm. Ergebnisse der Modellberechnungen werden in Tabelle 4 dargestellt.

Gesundheitsökonomische Effekte eines Screenings auf VHF laut Leitlinie

Bei Betrachtung der Differenz aller Gesamtkosten nach 5 Jahren ergibt sich ein Kostenvorteil in Höhe von etwa 274,6 Millionen Euro gegenüber der Gruppe ohne Screening.

Die Screeningkosten pro identifiziertem Patienten mit VHF betragen 349 Euro, wobei die Gesamtkosten für die Durchführung des Screenings über 5 Jahre etwa 99,1 Millionen Euro betragen. Bei Diagnose auf VHF fallen für die Arzneimitteltherapie zusätzlich Kosten an, die sich innerhalb des Beobachtungszeitraums auf ca. 355,3 Millionen Euro belaufen. Diesen zusätzlichen Kosten stehen Einsparungen bei der Versorgung der klinisch relevanten Ereignisse in Höhe von 755,1 Millionen Euro gegenüber. Das führt zu Einsparungen auf Ebene einzelner Krankenkassen in Höhe von 966 Euro pro identifizierten Versicherten mit VHF.

Bei Berücksichtigung der Zuweisungen aus dem Morbi-RSA kommt es in den 5 Jahren zu Verschiebungen in Höhe von etwa 1,4 Milliarden Euro. Auf Ebene der einzelnen Krankenkasse ergibt sich pro Versichertem mit VHF-Diagnose so eine Einsparung in Höhe von 4.854 Euro.

Eine Übersicht der Ergebnisse findet sich in Tabelle 5.

Diskussion

Die vorgestellten Ergebnisse beruhen auf

Ergebnisse der Modellberechnungen	
Ergebnisdimension	Anzahl
Gescreente Patienten	10.021.125
Identifizierte VHF-Fälle	284.210
Number Needed To Screen	36
Verhinderte klinisch relevante Ereignisse: gesamt	26.626
Schlaganfälle	22.088
Systemische Embolien	4.538
Zusätzliche unerwünschte schwere Ereignisse durch Antikoagulation: gesamt	3.841
Schwere extrakranielle Blutungen	2.543
Intrakranielle Blutungen	1.298
Verhinderte klinisch relevante Ereignisse mit Todesfolge (Schlaganfälle, systemische Embolien, extra- und intrakranielle Blutungen)	8.247

Tab. 4: Ergebnisse der Modellberechnungen. Quelle: IGES; Anmerkungen: unter Annahme von Versorgungsanteilen von 32% VKA, 26% Apixaban, 5% Dabigatran, 28% Rivaroxaban und 9% Edoxaban (Schwabe et al. 2019).

Übersicht der Differenzkosten für die Ergebnisse des Screening- und Vergleichsarms	
Parameter	Kostendifferenz zwischen Screening- und Vergleichsarm in Euro/Prozent
Gesamtkosten ohne Berücksichtigung des RSA	-274,6 Mio.
Arzneimittelkosten	355,3 Mio.
Screeningkosten	99,1 Mio.
Kosten assoziiert mit klinisch relevanten Ereignissen	-755,1 Mio.
Stationärer Bereich	-216,8 Mio. (28,7%*)
Ambulanter Bereich	-213,2 Mio. (28,2%*)
Rehabilitation	-225,9 Mio. (29,9%*)
Pflege	-99,2 Mio. (13,1%*)
Screeningkosten pro Versicherten mit VHF-Diagnose	349
Gesamtkosten pro Versicherten mit VHF-Diagnose	-966
Gesamtkosten mit Berücksichtigung des RSA	-1.379,7 Mio.
Gesamtkosten pro Versicherten mit VHF-Diagnose	-4.854

Tab. 5: Übersicht der Differenzkosten für die Ergebnisse des Screening- und Vergleichsarms. Quelle: IGES; Anmerkung: *anteilig von Kosten assoziiert mit klinisch relevanten Ereignissen.

der bislang umfassendsten Modellierungsstudie zur Implementierung eines leitliniengerechten Screenings auf VHF zur Schlaganfallprävention in Deutschland. In diesem Rahmen wurde in Anlehnung an die ESC-Leitlinie ein Screening-Ansatz mit opportunistischem Screening auf VHF von 65 bis 74 Jahren und systematischem Screening ab 75 Jahren simuliert. Dabei zeigte sich ein relevantes Potenzial zur Identifizierung von Patienten mit bislang ungedecktem Therapiebedarf und zur Verhinderung ischämischer Schlaganfälle und systemischer Embolien.

Zur Gewährleistung einer höchstmöglichen Qualität und Plausibilität der Modellierungsergebnisse wurden zu den einzelnen Modellparametern systematische Literaturrecherchen durchgeführt und notwendige Berechnungen evidenzbasiert durchgeführt. Durch das Fehlen abgeschlossener, prospektiver Studien im deutschen Versorgungskontext zu den gesundheitlichen und ökonomischen Auswirkungen eines Screenings auf VHF gab es bisher keine zuverlässigen Ergebnisse zu den zu erwartenden Effekten bei einer systematischen Implementierung. Mit dieser Studie wurde nun eine Grundlage für die fachöffentliche Diskussion geschaffen.

So konnte auf klinischer Seite aufgezeigt werden, dass bei Einführung eines Screenings über 5 Jahre und Annahme eines Therapie-

mixes insgesamt über 26.000 Schlaganfälle und systemische Embolien verhindert werden könnten. Eine Einordnung der Größenordnung des Effekts für den deutschen Versorgungskontext ist nicht einfach möglich. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die geschätzte Zahl der durch ein verbessertes VHF-Screening vermiedener Schlaganfälle über 10% aller VHF-assoziiierter Schlaganfälle betrifft (unter der Annahme, dass ca. 20% der jährlichen 260.000 Schlaganfälle VHF-assoziiert sind).

Eine Unterschätzung der wahren Effekte dürfte aus konservativen Annahmen hinsichtlich der VHF-Detektionsraten resultieren. Zum einen wird ein mehrfach höherer Anteil von paroxysmalem VHF angenommen, als es bei diagnostiziertem VHF beobachtet werden kann. Zum anderen wurde die Sensitivität des 12-Kanal-EKG für paroxysmales VHF mit ca. 44,2% konservativ berechnet.

Die Ergebnisse der Strokestop-Studie (Svennberg et al. 2021) zeigten ebenfalls, dass ein Screening auf Vorhofflimmern in der Population von 75- und 76-Jährigen der Vermeidung von Schlaganfällen und systemischen Embolien zuträglich ist. Bei 14.387 Patienten im Interventionsarm (Screening) traten 160 Events weniger auf als im gleichgroßen Kontrollarm (kein Screening). Eine Hochrechnung dieser Ergebnisse auf die ca. 10 Millionen gescreenten Versicherten

Literatur

- Hindricks, G./Potpara, T./Dagres, N./Arbello, E./Bax, J.J./Blomström-Lundqvist, C./Boriani, G./Castella, M./Dan, G.A./Dilaveris, P.E./Fauchier, L./Filippatos, G./Kalman, J.M./La Meir, M./Lane, D.A./Lebeau, J.P./Lettrino, M./Lip, G.Y.H./Pinto, F.J./Thomas, G.N./Valgimigli, M./Van Gelder, I.C./Van Putte, B.P./Watkins, C.L./ESC Scientific Document Group (2020): ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. In: *European Heart Journal* 2021; 42, 5: 373-498
- Krijthe, B.P./Kunst, A./Benjamin, E.J./Lip, G.Y./Franco, O.H./Hofman, A./Witteveen, J.C./Stricker, B.H./Heeringa, J. (2013): Projections on the number of individuals with atrial fibrillation in the European Union, from 2000 to 2060. In: *European Heart Journal* 2013; 34, 35: 2746-2751
- Bundesministerium für Gesundheit (2019): KM 6-Statistik über Versicherte, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart vom 16.08.2019. In: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM6_2019.xlsx (zugegriffen am: 15.01.2020)
- Ohlmeier, C./Mikolajczyk, R./Haverkamp, W./Garbe, E. (2013): Incidence, prevalence, and antithrombotic management of atrial fibrillation in elderly Germans. In: *Europeace* 2013, 15, 10: 1436-1444
- Aronsson, M./Svennberg, E./Rosengqvist, M./Engdahl, J./Al-Khalili, F./Friberg, L./Frykman-Kull, V./Levin, L.Å. (2015): Cost-effectiveness of mass screening for untreated atrial fibrillation using intermittent ECG recording. In: *Europace* 2015, 17, 7: 1023-1029
- Welton, N.J./McAleenan, A./Thom, H.H./Davies, P./Hollingworth, W./Higgins, J.P./Okoli, G./Sterne, J.A./Feder, G./Eaton, D./Hingorani, A./Fawsitt, C./Lobban, T./Byden, P./Richards, A./Sofat, R. (2017): Screening strategies for atrial fibrillation: a systematic review and cost-effectiveness analysis. In: *Health Technology Assessment* 2017, 21, 29: 1-236
- Schwabe, U./Paffrath, D./Ludwig, W.D./Klauber, J. (Hrsg.) (2019): *Arzneiverordnungs-Report*, 1. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer
- Collings, S.L./Lefevre, C./Johnson, M.E./Evans, D./Hack, G./Stynes, G./Maguire, A. (2017): Oral anticoagulant persistence in patients with non-valvular atrial fibrillation: A cohort study using primary care data in Germany. In: *PLoS One* 2017, 12, 10: e0185642
- Hohnloser, S.H./Basic, E./Hohmann, C./Nabauer, M. (2018): Effectiveness and Safety of Non-Vitamin K Oral Anticoagulants in Comparison to Phenprocoumon: Data from 61,000 Patients with Atrial Fibrillation. In: *Thrombosis and Haemostasis* 2018, 118, 3: 526-538
- Tawfik, A./Bielecki, J.M./Krahn, M./Dorian, P./Hoch, J.S./Boon, H./Husereau, D./Pechlivanoglou, P. (2016): Systematic review and network meta-analysis of stroke prevention treatments in patients with atrial fibrillation. In: *The Journal of Clinical Pharmacology* 2016, 8: 93-107
- Springer, B.L./Krysiak, A./Andrews, C.M. (2018): Subarachnoid Hemorrhage and Intracranial Hemorrhage. In: *Emergency Medicine Reports* 2018, 39: 213-223
- Kolominsky-Rabas, P.L./Heuschmann, P.U./Marschall, D./Emmert, M./Baltzer, N./Neundörfer, B./Schöffski, O./Krobot, K.J. (2006): Lifetime cost of ischemic stroke in Germany: results and national projections from a population-based stroke registry: the Erlangen Stroke Project. In: *Stroke* 2006, 37, 5: 1179-1183
- Michalski, F./Tittel, L./Werth, S./Hänsel, U./Pannach, S./Sahin, K./Weiss, N./Beyer-Westendorf, J. (2015): Selection, management, and outcome of vitamin K antagonist-treated patients with atrial fibrillation not switched to novel oral anticoagulants. Results from the Dresden NOAC registry. In: *Thrombosis and Haemostasis* 2015, 114, 5: 1076-1084
- Bundesamt für Soziale Sicherung (2019a): Festlegung vom 30.09.2019: Anlage 1 ICD-Zuordnung. In: https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Festlegungen/2020/Klassifikation_und_Berechnung/03_Klassifikation_AJ2020_Festlegung.zip (zugegriffen am: 08.10.2019)
- Bundesamt für Soziale Sicherung (2019b): Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds Nr. 1/2020: Anlage 1: Höhe der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge sowie der Zuschläge für Kostenerstatterfälle vom 15.09.2019. In: https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Bekanntmachungen_Anlagen/Bekanntmachung_01_2020_Anlagen.xlsx (zugegriffen am: 29.11.2019)
- LAUER-FISCHER GmbH (2019): LAUER-TAXE® Online 4.0 In: <https://webapo-info.lauer-fischer.de/LTO40.160101/taxe> (zugegriffen am: 26.02.2020)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM): 1/2020. In: https://www.kbv.de/media/sp/EBM_Gesamt_-_Stand_1_Quartal_2020.pdf (zugegriffen am: 11.02.2020)
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2019): G-DRG-Browser 2017_2018 vom 23.01.2019. In: <https://download.g-drg.de/DrgBrowser/2019/Drg-P21Browser.zip> (zugegriffen am: 20.02.2020)
- German Diagnosis Related Groups Version (G-DRG-Version) (2019): Fallpauschalen-Katalog 2019. In: https://www.g-drg.de/content/download/8237/61224/version/2/file/Fallpauschalenkatalog+2019_180928.pdf (zugegriffen am: 17.02.2020)
- Svennberg, E./Friberg, L./Frykman, V./Al-Khalili, F./Engdahl, J./Rosengqvist, M. (2021): Clinical outcomes in systematic screening for atrial fibrillation (STROKE-STOP): a multicentre, parallel group, unmasked, randomised controlled trial. In: *The Lancet* 2021, 398, 10310: 1498-1506
- Düvel, J./Damm, O./Greiner, W. (2021): Die Kosten des Schlaganfalls in Deutschland: eine systematische Übersichtsarbeit. In: *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 2021, 26, 01: 40-50

im Rahmen dieser Modellierung bestätigt die bewusst konservativ gewählten Annahmen des Modells.

Auf der Kostenseite zeigen die Modellergebnisse ein Einsparpotenzial von 274,6 Mio. Euro über 5 Jahre auf. Indirekte Kosten sind dabei nicht berücksichtigt, da diese aufgrund des Alters der Modellpopulation (65+ Jahre) vernachlässigt werden können. Eine Unsicherheit ergibt sich aus der begrenzten Datenlage zu aktuellen Kosten von Schlaganfällen sowie kaum vorhandenen Daten zu den Kosten systemischer Embolien und schwerer Blutungen im Zeitverlauf. Die dazu getroffenen Modellannahmen decken sich in ihrer Größenordnung jedoch mit den Angaben einer aktuellen Übersichtsarbeit von Düvel et al. (2021).

Unter Berücksichtigung der Zuweisungen aus dem Morbi-RSA entsteht pro Versichertem mit VHF ein Nettoeffekt von 4.849 Euro über 5 Jahre. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die geschätzten Zuweisungen aus dem RSA auf dem Stand 2020 beruhen. In 2021 wird das Vollkostenmodell implementiert, was eine Übertragung der Ergebnisse erschwert. Es kann jedoch angenommen werden, dass die Kompensationseffekte des RSA ab 2021 steigen. Während die Höhe der Zuweisungen für VHF leicht gesunken ist, entfällt ab 2021 die Dominanzbeziehung zur Hypertonie, welche 87% der Versicherten mit VHF betrifft. Die Interpretation der Ergebnisse sollte unter Berücksichtigung der Unsicherheit erfolgen, die sich aus der begrenzten Datenverfügbarkeit zu einzelnen Modellparametern ergibt. Im Rahmen von Sensitivitätsanalysen wurden eine Vielzahl von Parametern variiert. Die Kernergebnisse, insbesondere hinsichtlich der Vermeidung von Wirksamkeitsevents sowie des ökonomischen Vorteils durch Screening, waren dabei robust (s. ergänzendes Material online unter www@m-vf.de). Angesichts der zunehmenden Relevanz von VHF, die mit dem demografischen Wandel einhergeht, ist eine Verbesserung der Evidenzlage erstrebenswert, um auch zukünftig informierte Entscheidungen im Versorgungskontext treffen zu können.

Fazit für die Praxis

Die Ergebnisse zeigen ein bedeutsames Potenzial des leitlinien-gerechten Screenings auf VHF zur Vermeidung VHF-assoziiierter Schlaganfälle und systemischer Embolien bei gleichzeitigen Kosteneinsparungen für die GKV. Die Ausschöpfung des vollen Potenzials an Versorgungsverbesserung könnte durch eine konsequente Umsetzung der Leitlinienempfehlung erreicht werden. Für eine umfassende und flächendeckende Detektion von Versicherten mit unerkanntem VHF wäre es denkbar, bei Versicherten mit altersbedingt erhöhtem Schlaganfallrisiko oder weiteren Risikofaktoren Programme für eine regelmäßige und systematische Untersuchung auf VHF zu etablieren.

Merksätze

- Durch konsequente Umsetzung eines leitlinienkonformen VHF-Screenings lassen sich jährlich eine bedeutende Anzahl ischämischer Schlaganfälle und systemischer Embolien verhindern.
- Die Prävention von ischämischen Schlaganfällen und systemischen Embolien ist aus Perspektive der GKV kostensparend und wirtschaftlich. <<

Screening for atrial fibrillation for the prevention of stroke and systemic embolism: Modelling of health impact & cost-effectiveness in the context of the German health care system

A simulation of the implementation of a screening for atrial fibrillation (AF) recommended in the guideline of the European Society of Cardiology (ESC) in the German health care context is performed. The underlying Markov model investigates an opportunistic screening for atrial fibrillation (AF) in patients aged 65 to under 75 years who are insured by the statutory health insurance (SHI) and for insured persons aged 75 and older, a systematic screening for AF which is compared to the current status of care without screening. The calculations are made from the perspective of the SHI using literature-based, epidemiological parameters. Costs for the implementation of screening, medical services and drug therapy as well as costs of clinically relevant events are considered. The results show that if the guideline recommendation were implemented over 5 years, approximately 26,626 AF-associated strokes and systemic embolisms could be prevented. Overall, this would result in savings of Euro 274.6 million at the level of the SHI system, or Euro 966 at the level of individual health insurance funds per identified insured person with AF. This shows a significant potential of guideline-based screening for AF to avoid AF-associated strokes and systemic embolisms.

Keywords

Screening, Atrial Fibrillation, Stroke, Prevention, Healthcare Potentials, Health Economics

Autorenerklärung

Die Studie wurde durch Bristol Myers Squibb und Pfizer finanziert. Medical Writing wurde von F. Berkemeier, M. Bamberger und S. Hargesheimer, IGES Institut GmbH, Berlin, erbracht und von Pfizer und Bristol Myers Squibb finanziell unterstützt.

Die Autoren danken Tobias Bluhmki, Johanna Schmolders, Henning Witt, Stephanie Hoppe und Sandra Kaminska für ihren kritischen Input, der maßgeblich zur Verbesserung der Qualität des Manuskripts beigetragen hat.

Interessenkonflikt: Dr. Katharina Kähm ist angestellt bei Bristol Myers Squibb GmbH & Co. KGaA. Fabian Berkemeier, Dr. Manuela Bamberger und Stefan Hargesheimer sind bei der IGES Institut GmbH beschäftigt, die für dieses Forschungsprojekt finanzielle Unterstützung von Bristol Myers Squibb GmbH & Co. KGaA erhalten hat.

Zitationshinweis

Berkemeier et al.: „Screening auf Vorhofflimmern zur Prävention von Schlaganfällen und systemischen Embolien: Modellierung von Versorgungspotenzialen und Kosteneffizienz“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (02/22), S. 75-80. <http://doi.org/10.24945/MVF.02.22.1866-0533.2396>

Fabian Berkemeier MSC

ORCID: 0000-0002-9449-3349

studierte Wirtschaftsingenieurwesen an der Technischen Universität Berlin und der Königlich Technischen Hochschule Stockholm (Schweden). Er ist seit 2015 am IGES Institut tätig und leitet den Bereich Value & Access Strategy. Seine Arbeitsschwerpunkte sind die strategische Beratung zu Themen des Marktzugangs, der frühen Nutzenbewertung sowie gesundheitsökonomische Fragestellungen. Sein Forschungsschwerpunkt liegt auf Themen der nationalen/internationalen Arzneimittelregulierung. Kontakt: fabian.berkemeier@iges.com



Dr. med. univ. Manuela Bamberger MSC

ORCID: 0000-0003-3434-9107

studierte Humanmedizin an der Medizinischen Universität Innsbruck und Clinical Trial Management an der Beuth Hochschule für Technik in Berlin. Seit 2020 ist sie Beraterin im Bereich Value & Access Strategy am IGES Institut. Zu ihren Arbeitsschwerpunkten gehören neben Medical Writing insbesondere Fragestellungen rund um die Studienplanung und Nutzenbewertung innovativer Arzneimittel unter Nutzung von Real World Evidence. Kontakt: manuela.bamberger@iges.com



Dr. rer. biol. hum. Katharina Kähm MPH

hat Gesundheitsökonomie und Public Health an der Universität zu Köln sowie LMU München studiert und am Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen des Helmholtz Forschungsinstituts im Bereich Versorgungsforschung & Kassendatenanalysen promoviert. Sie arbeitet seit 2019 bei Bristol Myers Squibb im Bereich Market Access. Sie betreut u.a. diverse gesundheitsökonomische & versorgungsnahe Projekte im Bereich Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern. Kontakt: Katharina.Kaehm@bms.com



Stefan Hargesheimer MBA&E

ORCID: 0000-0002-4044-4066

studierte Life Science Management in Berlin und ist als Projektleiter im Bereich Value & Access Strategy des IGES Instituts tätig. Sein Schwerpunkt liegt auf Fragen zu Erstattungsinstrumenten der verschiedenen Sektoren des deutschen Gesundheitssystems bezüglich innovativer Arzneimittel. Des Weiteren verantwortet er Datenanalysen und Modellierungen zur Abbildung von Versorgungsstrukturen von Patienten in der GKV. Kontakt: stefan.hargesheimer@iges.com









Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

21. Kongress

05.–07.10.2022 | Potsdam

Versorgungsforschung – Nutzen für die klinische Praxis Potentiale und Perspektiven

Themenschwerpunkte

-  VERSORGUNGSSTUDIEN IN DEUTSCHLAND HEUTE
-  FORSCHENDE LERNEN VON FORSCHENDEN
-  VERSORGUNGSFORSCHUNG 4.0
-  COVID-19 UND MIXED BAG

Gestalten Sie den Kongress mit und reichen Ihr Abstract zu den genannten Themenschwerpunkten ein.

Die Abstracteinreichung ist noch bis einschließlich 11. April 2022 möglich.

Alle wichtigen Informationen zur Abstracteinreichung finden Sie auf der Kongresswebseite unter www.dkvf.de.



VERSORGUNGSSTUDIEN
IN DEUTSCHLAND HEUTE



PRAXISTRANSFER BEFÖRDERN



VERSORGUNGSFORSCHUNG 4.0



Versorgungsforschung *Aktuell*

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Hausarztpraxis-basiertes Case Management für chronisch kranke Patient:innen (PraCMan): Evaluationsergebnisse

Wir hatten bereits im Newsletter 01/2016 über das Projekt PraCMan (Hausarztpraxis-basiertes Case Management für chronisch kranke Patient:innen) berichtet. Es handelt sich dabei um eine strukturierte Intervention im hausärztlichen Bereich, bei dem speziell geschulte Medizinische Fachangestellte (MFA) in die Versorgung chronisch kranker, oft multimorbider Patient:innen einbezogen werden. Diese können zu einer Optimierung der Versorgung chronisch kranker Patient:innen beitragen und gleichzeitig Hausärzt:innen in ihrer Arbeit entlasten.

Gemeinsam mit hausärztlichen Praxisteams wurde ein intensivierte Versorgungsmodell für chronisch kranke Patient:innen in der Hausarztpraxis entwickelt, welches qualifizierte MFA in die Versorgung mit einbezieht.

Während in einer cluster-randomisierten Studie [1] bereits eine verbesserte gesundheitsbezogene Lebensqualität, insbesondere für Patient:innen mit COPD, durch die Intervention nachgewiesen werden konnte, werden hier die Evaluationsergebnisse bezüglich des Hauptzielkriteriums, der Hospitalisierungsraten und der damit verbundenen Versorgungskosten, in der Flächenimplementierung in der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg vorgestellt.

Für das Team der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung,

Ihr

Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi
Seniorprofessor – Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Hintergrund

Die steigende Prävalenz von chronischen Krankheiten und Multimorbidität stellt in Deutschland – und in sehr vielen anderen Ländern – das Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen. Die Stärkung der koordinierten Funktion von Hausärzt:innen und deren Teams im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (HZV [2]) war ein erster Schritt, um die anstehenden Versorgungsherausforderungen besser zu bewältigen.

Die Grundidee im Rahmen von PraCMan (Hausarztpraxis-basiertes Case Management) bestand darin, ein zusätzliches „Finetuning“ durch ein spezifisches Case Management für chronisch Kranke mit erhöhter Krankenhaus-Einweisungswahrscheinlichkeit zu etablieren.

Das entwickelte Case Management beinhaltet zum einen eine teambasierte Schulung für MFA und Hausärzt:in, zum anderen einen dreistufigen Versorgungsprozess bestehend aus:

- Assessment medizinischer, psychischer und sozialer Bedarfe und Ressourcen der Patient:innen und ihrer Angehörigen,
- gemeinsamer Zielvereinbarung und Versorgungsplanung mit Patient:innen, Angehörigen, Hausärzt:innen und MFA sowie
- einem mindestens sechswöchentlichen, strukturierten Monitoring des klinischen Zustandes und der Umsetzung der Versorgungsplanung.

Alle Schritte werden durch eine in die Praxis-EDV-Umgebung integrierte Software, das sog. „CareCockpit“, unterstützt.

Das Hauptzielkriterium war die Hospitalisierungsrate. Nebenzieldaten beinhalteten gesundheitsbezogene Lebensqualitätsfaktoren durch die Intervention. Eingeschlossen wurden erwachsene chronisch kranke Patient:innen mit Typ 2 Diabetes und/oder chronisch obstruktiver Bronchitis und/oder Herzinsuffizienz und einer erhöhten Hospitalisierungswahrscheinlichkeit.

Methode

Um den möglichen Zusammenhang zwischen Intervention und Veränderungen der Hospitalisierungsraten und -kosten abzuschätzen, wurden 6.148 Patient:innen (Cases) in eine retrospektive Kohortenstudie eingeschlossen, die an PraCMan teilnahmen. Auf Basis von Propensity Score Matching wurden ebenfalls 6.148 Patient:innen ermittelt, die nicht an der Intervention teilnahmen (Matched Controls). Über das Matching-Verfahren konnte für wesentliche Kovariablen (Geschlecht, Alter, Pflegebedürftigkeit, Gesamtmorbidität, chronische Erkrankungen) kontrolliert werden, so dass sichergestellt wurde, dass sich die beiden Gruppen in Bezug auf die genannten Kovariablen beinahe identisch waren. Tabelle 1 zeigt die Charakteristika von Cases und Matched Controls.

Beide Patient:innengruppen wurden zunächst ein Jahr vor Beginn der Intervention beobachtet. Sodann begann die Intervention für die Cases. Schließlich wurden beide Gruppen über ein komplettes Jahr nach dem Interventionsbeginn beobachtet (Quartale 5 bis 8 nach, siehe Abbildung 1). Die rollierende Beobachtungszeit, bedingt durch einen zeitlich unterschiedlichen Interventionsbeginn, umfasste den Zeitraum vom 1.7.2013 bis zum 31.12.2017.

Ergebnisse

Tabelle 2 zeigt die wesentlichen Analyseergebnisse bzgl. der Hospitalisierungen.

In der Einjahresperiode vor Interventionsbeginn wies die Interventionsgruppe eine um 3,5% höhere Hospitalisierungsrate im Vergleich zu den Patient:innen in der Kontrollgruppe auf. In der Einjahresperiode nach Interventionsbeginn wies die Interventionsgruppe eine um 8,3% geringere Hospitalisierungsrate im Vergleich zu den Patient:innen in der Kontrollgruppe auf. Dies bedeutet in der Gesamtschau einen Unterschied von beinahe 11% zu Gunsten der Interventionsgruppe [3].

Dieser Unterschied konnte auch in Bezug auf die Kosten, die mit den Hospitalisierungen verbunden waren, beobachtet werden. Insgesamt ergaben sich für die PraCMan-Interventionsgruppe in der

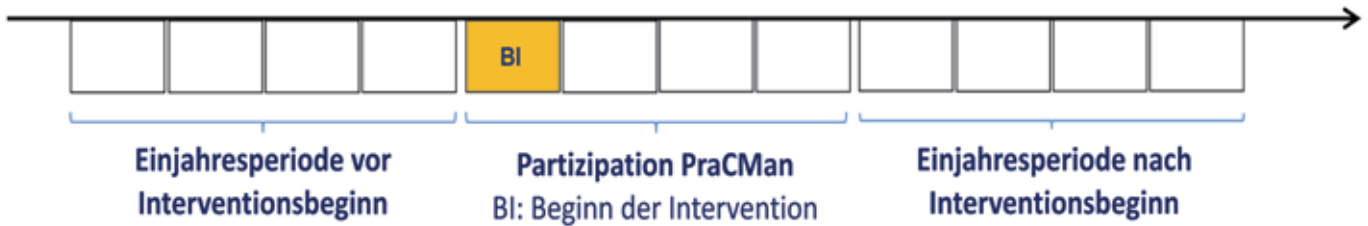


Abb. 1: Beobachtungsperioden.

Gesamtschau Minderkosten von über 480 Euro pro Patient:in in der Einjahresperiode nach Interventionsbeginn.

Sowohl in Bezug auf die Hospitalisierungsrate als auch in Bezug auf die Hospitalisierungskosten waren die beobachteten Unterschiede versorgungsrelevant und statistisch signifikant ($p < 0,001$).

Fazit

Im Rahmen einer Hospitalisierung verlassen Individuen ihre gewohnte Umgebung und ihr gewohntes soziales Umfeld. Dies kann das psychische Wohlbefinden und die Lebensqualität beeinträchtigen. Außerdem sind Einweisungen, die durch eine fallspezifisch angemessene Versorgung im ambulanten – insbesondere im primärärztlichen – Versorgungssektor vermieden werden können, auch gesundheitsökonomisch von großer Bedeutung. Die Evaluationsergebnisse legen nahe, dass die intendierte Verringerung der Anzahl der Hospitalisierungen durch die in PraCMan umgesetzten Interventionselemente gelingt.

Dieser Versorgungsansatz wird in Baden-Württemberg flächendeckend im Rahmen des HZV-Vertrages der AOK Baden-Württemberg angeboten [4].

Danksagung

Wir bedanken uns bei unseren Vertragspartnern, der AOK Baden-Württemberg, der HÄVG (Hausärztliche Vertrags-Gemeinschaft) und beim aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen für die ausgezeichnete Zusammenarbeit.

Fragen/Kontakt

Prof. Dr. Gunter Laux
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Tel.: +49 +6221 56-6207
E-Mail: gunter.laux@med.uni-heidelberg.de

Wo finde ich die Originalliteratur?

[1] Freund T, Peters-Klimm F, Boyd CM, Mahler C, Gen-sichen J, Erler A, Beyer M, Gondan M, Rochon J, Gerlach F, Szecsenyi J. Medical Assistant–Based Care Management for High-Risk Patients in Small Primary Care Practices. A Cluster Randomized Clinical Trial. *Ann Intern Med* 2016.

[2] Laux G, Kaufmann-Kolle P, Bauer E, Goetz K, Stock C, Szecsenyi J. Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg auf der Basis von Routinedaten der AOK. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.* 2013;107(6):372-8.

[3] Senft JD, Freund T, Wensing M, Schwill S, Poss-Doering R, Szecsenyi J, Laux G. Primary care practice-based care management for chronically ill patients (PraCMan) in German healthcare: Outcome of a propensity-score matched cohort study. *Eur J Gen Pract*

Charakteristika von Cases und Matched Controls		
	PraCMan	Matched Controls
Anzahl Patient:innen	6.148	6.148
Alter		
Alter † (MW ± SD)	75,6 ± 9,8	75,5 ± 9,8
Geschlecht		
weiblich † (n; %)	2.754 (44,8%)	2.705 (44,0%)
männlich † (n; %)	3.394 (55,2%)	3.443 (56,0%)
Pflegebedürftigkeit †		
(n; %)	910 (14,8%)	900 (14,6%)
Gesamtmorbidität		
Charlson Index †, MW ; 95%-KI	4,57; [4,51; 4,64]	4,53; [4,47; 4,59]
Chronische Erkrankung		
HI † (n; %)	4.679 (76,1%)	4.666 (75,9%)
DM2 † (n; %)	3.277 (53,3%)	3.240 (52,7%)
COPD † (n; %)	2.803 (45,6%)	2.779 (45,2%)

Tab. 1: Charakteristika von Cases und Matched Controls. Legende: †: Unterschiede n. s. (nicht signifikant); MW: Mittelwert, SD: Standardabweichung, KI: Konfidenzintervall, HI = Herzinsuffizienz, DM2 = Diabetes mellitus Typ 2, COPD = Chronisch obstruktive Lungenerkrankung.

Durchschnittliche Hospitalisierungsraten		
	Jahr vor Intervention	Jahr nach Intervention
PraCMan MW; 95%-KI	1,112; [1,078; 1,146]	0,787; [0,754; 0,820]
Controls MW; 95%-KI	1,074; [1,041; 1,107]	0,858; [0,824; 0,892]
Risk Ratio (RR; 95%-KI) (PraCMan vs. Controls)	1,035 [1,001; 1,071] $p < 0,05$	0,917 [0,882; 0,954] $p < 0,001$
Reduktion der Hospitalisierungen Δ PraCMan – Δ Controls MW; 95%-KI; p-Wert	–0,1090; [–0,1688; –0,0491]; $p < 0,001$	

Tab. 2: Durchschnittliche Hospitalisierungsraten. Legende: MW: Mittelwert, KI: Konfidenzintervall.

2021;27(1):228-234.

[4] AOK Baden-Württemberg: PraCMan (Hausarztpraxis-basiertes Case Management). https://www.aok-bv.de/engagement/stadt_land_gesund/index_21725.html. Letzter Zugriff am 08.03.2022.

Multiple Datenquellen – ein Ziel:

Real Life Evidence

