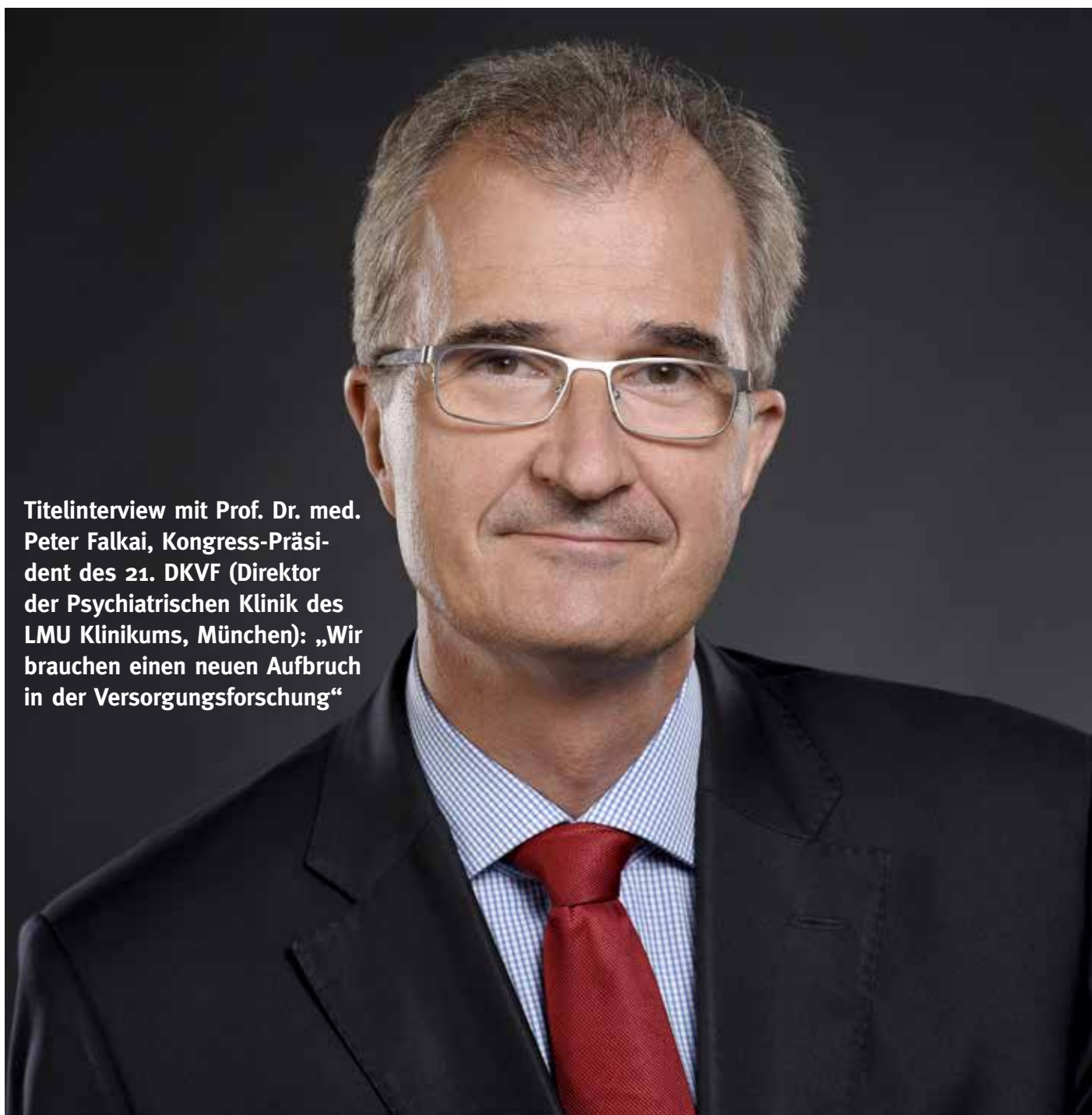


monitor **VERSORGUNGSG FORSCHUNG**

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Titelinterview mit Prof. Dr. med. Peter Falkai, Kongress-Präsident des 21. DKVF (Direktor der Psychiatrischen Klinik des LMU Klinikums, München): „Wir brauchen einen neuen Aufbruch in der Versorgungsforschung“

„Das Fundament der Wissenschaft ist die theoretische Fundierung“ (Pfaff/Sydow)

„Stand interprofessioneller Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung“ (Sturm)

„Die gematik muss die richtige Balance finden“ (Thomas)

Editorial

Vernetzung statt Disconnex

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Redaktion

„Neuer Aufbruch in der Versorgungsforschung“ 6

Titelinterview mit Prof. Dr. med. Peter Falkai, Kongresspräsident des 21. DKVF

„Theoretische Fundierung“ 12

Doppelinterview mit Prof. Dr. Holger Pfaff (IMVR) und Prof. Dr. Jörg Sydow (FU)

Health Literacy „Schlüssel für ein gesundes Leben“ 24

MVF-Fachkongress „Quo vadis Impfquote?“ am 30. Juni 2022

Durchbruch beim diabetischen Fußsyndrom 30

Lückenlose Weiterbehandlung des DFS möglich

„Die gematik muss die richtige Balance finden“ 32

Interview mit Dr. Franziska Thomas, Partnerin bei der Arthur D. Little

Weitere Schritte zu einem Theoriebaukasten 36

Ergebnis des Online-Kongresses „Theorie wagen“ (Teil 4)

Transaktionskostentheorie 37

vorgestellt von Prof. Dr. rer. pol. Hans-R. Hartweg

Hochzuverlässigkeitstheorie 42

vorgestellt von Dr. Carolin Auschra

Medikalisierung- und Kompressionsthese 46

vorgestellt von Prof. Dr. Karin Hummel und Sandra Wrzeziono

Status quo und Perspektiven der Zweitmeinung 50

Ergebnisse und Erkenntnisse aus der Abschlussdiskussion des IF-Projekts ZWEIT

STANDARDS

Impressum 2 Rezension 31 News 31, 49, 56

Dieser Ausgabe liegt eine Beilage zum MSD-Gesundheitspreis bei

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des DNVF auf den Seiten 57-60

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

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

Bitte beachten Sie den beigehefteten Newsletter „Versorgungsforschung aktuell“ des Universitätsklinikums Heidelberg auf den Seiten 94-95

WISSENSCHAFT

Dr. med. Fabian Holbe MBA

62

Fachkräftemangel in der Pädiatrie

Auf Grundlage der aktuellen Krankenhausfinanzierung ist der wirtschaftliche Betrieb kleiner Abteilungen nur unzureichend möglich. Die Sicherung des Facharztstandards „rund um die Uhr“ in den Abteilungen führt zu einem hohen Personalbedarf sowohl im Bereich der Fach- wie auch der Assistenzärzt:innen. In Mecklenburg-Vorpommern mussten bereits Fachabteilungen der Kinderheilkunde geschlossen werden, da entsprechendes Personal fehlt. Kliniken und Niederlassungen konkurrieren dabei um Personal. In dieser Untersuchung wurden die Versuche der Personalakquise durch die Klinikbetreiber den Stakeholderinteressen der Ärzt:innen in den unterschiedlichen Weiterbildungsphasen gegenübergestellt.

Dr. Dr. med. Heidrun Sturm MPH / Dr. med. Aline Flatz

66

MPH / Prof. Dr. oec. troph. Birgit-Christiane Zyriax /

Dr. rer. medic. Anne-Madeleine Bau MPH /

Dr. rer. medic. Angelika Beyern MSc

Zum Stand interprofessioneller Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung

Die zunehmende Komplexität der Gesundheitsversorgung und der gleichzeitige Fachkräftemangel erfordern eine effiziente, patientenzentrierte Organisation der Versorgung. Interprofessionelle Zusammenarbeit kann dazu beitragen. In einer nicht-repräsentativen Experten-Befragung aus der Arbeitsgruppe „Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung“ (AG ZIGEV) im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF e.V.) heraus wurden Einblicke in den aktuellen Umsetzungsstand interprofessioneller Zusammenarbeit und mögliche Ansätze für Verbesserungen aus verschiedenen professionellen Perspektiven zusammengetragen.

Dr. phil. Roman M. Marek MA / Dr. rer. pol. Ilona

74

Köster-Steinebach MA / Dr. rer. med. Frank Brunsmann

/ Dr. med. Carolin Fleischmann-Struzek / Prof. Dr. med.

Konrad Reinhart ML

Sepsis-Wissen nach überstandener Sepsis:

Ergebnisse einer Befragung und Vorstellung

einer Entlass-Kurzinformation

Die Überlebenden einer Sepsis sind zu einem hohen Anteil von schwerwiegenden Krankheitsfolgen betroffen und haben ein besonderes Rezidivrisiko. Mittels einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung wurde das Sepsis-Wissen der Bevölkerung und von betroffenen Patient:innen untersucht. Zur Verbesserung wurde eine Patient:innen-Kurzinformation bei der Entlassung nach überstandener Sepsis entwickelt und erfolgreich getestet. Diese Kurzinformation steht für die Versorgung zur Verfügung.

Lukas Völkel MSc / Prof. Dr. rer. pol. h.c. Herbert Rebs-

81

cher / Prof. Dr. rer. soc. Dr. med. Reinhard P.T. Rychlik

Versorgungssituation von Patient:innen mit

spastischer Bewegungsstörung in stationären

Pflegeeinrichtungen in Deutschland

Die Studie beleuchtet die aktuelle Versorgungssituation von Patient:innen mit spastischer Bewegungsstörung (SMD) in stat. Pflegeeinrichtungen. Die medikamentöse und nicht-medikamentöse Versorgung wird vor dem Hintergrund einer leitlinienkonformen Behandlung der SMD analysiert und diskutiert.

Dr. med. Andrea Knipp-Selke / Hedwig François-Kettner

88

/ Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk / Franz Knieps /

Prof. Dr. rer. pol. Philip Manow / Dr. med. Martin Sprenger,

MPH / Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske † / Prof. Dr.

med. Matthias Schrappe

Zur geänderten STIKO-Impfempfehlung für

5-11-jährige Kinder ohne Vorerkrankungen

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

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

Monitor Versorgungsforschung

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

Herausgeber

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

Chefredaktion

Peter Stegmaier (verantw. Redakt.)

Kölstr. 119, 53111 Bonn

Tel +49 228 7638280-0

Fax +49 228 7638280-1

stegmaier@m-vf.de

Redaktion

Kerstin Müller

mueller@m-vf.de

Jutta Mutschler

mutschler@m-vf.de

Martin Klein (Freier Journalist)

klein@m-vf.de

Verlag

eRelation AG – Content in Health

Vorstand: Peter Stegmaier

Kölstr. 119, 53111 Bonn

www.erelection.org

mail@erelection.org

Verlagsleitung

Peter Stegmaier

Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo

Anke Heiser (verantwortlich für den Anzeigenteil)

heiser@m-vf.de

Marketing:

Kölstr. 119, 53111 Bonn

Tel +49 228 7638280-0

Fax +49 228 7638280-1

Abonnement

„Monitor Versorgungsforschung“

erscheint sechsmal jährlich. Der

Preis für ein Jahresabonnement

beträgt 120 Euro. Jahresvorzugspreis

für Studenten gegen Vorlage einer

Immatrikulationsbescheinigung 90

Euro. zzgl. MwSt. und Versandkosten:

Inland 9,99 Euro; Ausland 54 Euro.

Preisänderungen vorbehalten. Die

Abonnementdauer beträgt ein Jahr.

Das Abonnement verlängert sich

automatisch um ein weiteres Jahr,

wenn es nicht spätestens sechs

Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres

schriftlich gekündigt wird.

Verpackung

Die Verpackung dieser Zeitschrift

ist bei www.verpackungsregister.

org (LUCID) registriert unter:

DE3360908810552

Layout

eRelation AG, Bonn

Druck

Kössinger AG & Co.KG

Fruehaufstraße 21

84069 Schierling

info@koessinger.de

Tel +49-(0)9451-499140

Fax +49-(0)9451-499101

Printed in Germany

Urheber- und Verlagsrecht

Die Zeitschrift und alle in ihr

enthaltenen einzelnen Beiträge und

Abbildungen sind urheberrechtlich

geschützt. Mit Annahme des

Manuskripts gehen das Recht zur

Veröffentlichung sowie die Rechte

zur Übersetzung, zur Vergabe von

Nachdruckrechten, zur elektronischen

Speicherung in Datenbanken, zur

Herstellung von Sonderdrucken,

Fotokopien und Mikrokopien an

den Verlag über. Jede Vertretung

außerhalb der durch das

Urheberrechtsgesetz

festgelegten Grenzen ist

ohne Zustimmung des

Verlags unzulässig. In

der unaufgeforderten Zusendung von

Beiträgen und Informationen an den

Verlag liegt das jederzeit widerrufliche

Einverständnis, die zugesandten Bei-

träge bzw. Informationen in Daten-

banken einzustellen, die vom Verlag

oder Dritten geführt werden.

Auflagenmeldung

Mitglied der Informationsgemeinschaft

zur Feststellung der Verbreitung von

Werbeträgern e.V. (IWV), Berlin. Ver-

br. Auflage: 6.657 (IWV 1. Qu. 2022).



Universitäten/Hochschulen

	Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH	
	Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Dr. sc. nat. (ETH) Klaus H. Nagels	
	Prof. Dr. Axel C. Mühlbacher	
	Prof. Dr. Stephanie Stock	

	Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig	
	Univ.-Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund A.M. Neugebauer	
	Prof. Dr. Matthias Schrappe	
	Prof. Dr. Leonie Sundmacher	

Institute/Stiftungen

	Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn	
	Felix Esser	
	Uwe Schwenk	
	Dr. Bernadette Klapper	
	Hans-Holger Bleß	

	Prof. Dr. rer.pol. h.c. Herbert Rebscher	
	Prof. Dr. Volker Amelung	
	Dr. Ingrid Wünnig Tschol	
	Dr. Dominik von Stillfried	
	Christian Luley	

Akteure

	Roland Nagel	
	Franziska Engehausen	
	Harald Möhlmann	
	Johannes Bauernfeind	
	Dr. Martin Danner	
	Dr. Marco Penske	
	Franz Knieps	
	Andreas Storm	
	Dr. Rolf Ulrich Schlenker	
	Prof. Dr. Christian Franken	
	Sebastian Mindt	
	Lutz O. Freiberg	
	Prof. Dr. Bertram Häussler	
	Christian Hilmer	

	Dipl. Kfm. Fabian Demmelhuber	
	MUDr./CS Peter Noack	
	Oliver Stahl	
	Prof. Dr. Stephan Burger	
	Dr. Tim Husemann	
	Dr. Andreas Kress	
	Dr. Oliver Gröne	
	Friedhelm Leverkus	
	Dr. Jan Daniels-Trautner	
	Dr. Daniela Römer	
	Dr. Ilona Köster-Steinebach	
	Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve	
	Dr. Christopher Hermann	
	Dr. Josef Leiter	



**Prof. Dr.
Reinhold Roski**

Wirtschaftskommunikation
und Gesundheitskommunikation
Herausgeber von „Monitor
Versorgungsforschung“

**Prof. Dr.
Gerd Glaeske †**

Wir nehmen mit aufrichtiger Trauer Abschied von unserem langjährigen Beiratsmitglied und Wegbegleiter seit Gründung dieser Zeitschrift.

Vernetzung statt Disconnex

MVF-Titelinterview mit Prof. Dr. Peter Falkai, Kongress-Präsident des 21. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung > 6 ff.

„Ich habe es als Mediziner, Versorger und Forscher, der sich viele Jahre mit klinischen Studien und der Translation ihrer Ergebnisse in Leitlinien beschäftigt hat, immer bedauert, dass sich eine Art Disconnex zwischen klinischer Forschung und Versorgungsforschung herausgebildet hat.“ „Was wir jetzt brauchen – und zwar viel stärker als bisher – ist eine gezielte Vernetzung beider Forschungsrichtungen. Nur so wird es uns gelingen, besser als bislang zu verstehen, wovon Menschen am meisten profitieren, wenn sie krank werden, am besten aber: noch bevor sie erste Symptome entwickeln.“ So **Professor Dr. med. Peter Falkai**, Kongress-Präsident des 21. DKVF und Direktor der Psychiatrischen Klinik des LMU Klinikums, München. Um die Verwirklichung dieses Nutzens der Versorgungsforschung für die Patient:innen geht es beim diesjährigen Deutschen Kongress für Versorgungsforschung.

MVF-Grundsatzinterview mit Prof. Dr. Holger Pfaff und Prof. Dr. Jörg Sydow: „Theorie wagen“ > S. 12 ff.

Professor Pfaff (Köln) und **Professor Sydow** (Berlin) empfehlen eine stärkere theoretische und normative Fundierung der Versorgungsforschung. Das „untheoretische Versuch-Irrtum-Vorgehen kann sehr erfolgreich sein“, aber: „Theorien wirken wie ein intelligentes Brennglas: Man weiß genau, was man schärfer sieht. Man weiß aber auch, was man nicht scharf sieht.“ Auf diesem Weg wird sich die Versorgungsforschung weiterentwickeln.

Dazu auch wieder unsere MVF-Toolbox mit der Transaktionskostentheorie (**Prof. Dr. rer. pol. Hans-R. Hartweg**), der Hochzuverlässigkeitstheorie (**Dr. Carolin Auschra**) und der Medikalisierungs- und Kompressionsthese (**Prof. Dr. Karin Hummel, Sandra Wrzeziono**). > S. 37 ff.
> S. 42 ff.
> S. 46 ff.

MVF-Interview mit Dr. Franziska Thomas, Partnerin bei Arthur D. Little > S. 32 ff.

Wie werden Digital Health und Big Data die Gesundheitsversorgung verändern? Was passiert, wenn große Healthcare- und Telemedizin-Plattformen wie Amazon Care und „Dr. Google“ richtig aktiv werden? Über digitale Entwicklungen, ihre Voraussetzungen und Folgen haben wir mit **Dr. sc. nat. Franziska Thomas** von Arthur D. Little gesprochen.

Wissenschaftliche Beiträge

Holbe untersucht den Fachkräftemangel in der Pädiatrie anhand der Stellenausschreibungen für Mecklenburg-Vorpommern. Darin wird noch kein erhöhter Personalbedarf sichtbar, obwohl davon auszugehen ist, dass es den Mangel gibt. > S. 62 ff.

Sturm u.a. präsentieren eine Experten-Befragung aus der Arbeitsgruppe „Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung“ im DNVF. Sie finden, dass die Aufgabenverteilung und die Zuständigkeiten nicht klar definiert und stark von individuellem Engagement abhängig sind. > S. 66 ff.

Marek u.a. legen eine bevölkerungsrepräsentative Befragung zum Wissen der Bevölkerung und von betroffenen Patient:innen über Sepsis vor. Um das Rezidivrisiko zu verbessern wurde eine Entlassungs-Kurzinformation für Patient:innen nach überstandener Sepsis entwickelt und erfolgreich getestet. Sie steht für die Versorgung zur Verfügung. > S. 74 ff.

Völkel, Rebscher und Rychlik untersuchen die aktuelle Versorgung von Patient:innen mit spastischer Bewegungsstörung (SMD) in stationären Pflegeeinrichtungen durch eine Befragung von 24 Hausärzt:innen mit 97 Patient:innen. Sie finden, wie andere Studien, eine Fehl- und Unterversorgung dieser Patient:innen. > S. 81 ff.

Knipp-Selke u.a. legen die 7. Ad-hoc-Stellungnahme zur Pandemie durch SARS-CoV-2/ Covid-19 zur geänderten STIKO-Impfempfehlung für 5-11-jährige Kinder ohne Vorerkrankungen vor. > S. 88 ff.

Auch in diesem heißen Sommer wieder interessante Lektüre, trotz der wirklich schwierigen Zeiten.

Vor allem immer wieder: Bleiben Sie 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 GmbH & Co. KG
 Auf der Lind 10 a/3
 65529 Waldems-Esch
 +49 6126 955-0
 info@insight-health.de

www.insight-health.de





„Wir brauchen einen neuen bruch in der Versorgungsfor

Im Interview:
Prof. Dr. med. Peter
Falkai, Kongress-
präsident des 21.
DKVF und Direktor
der Psychiatrischen
Klinik des LMU
Klinikums, München

Der 21. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung, der vom 5. bis 7. Oktober 2022 in Potsdam stattfinden wird, steht unter dem Motto „Versorgungsforschung – Nutzen für die klinische Praxis – Potentiale und Perspektiven“. Es solle, so schreibt Prof. Dr. med. Peter Falkai in seiner Begrüßung als Kongresspräsident, zuvörderst diskutiert werden, „welchen Nutzen die Versorgungsforschung für die klinische Realität und somit konkret für Patient:innen bereithält“. Was Falkai, hauptberuflich Direktor der Psychiatrischen Klinik des LMU Klinikums München, darunter versteht, erklärt er im Titelinterview von „Monitor Versorgungsforschung“. Seine wichtigsten Hauptforderungen: Vernetzung, Replizierbarkeit, Qualitätsstandards und -kontrolle sowie „Back Translation“.

>> Herr Professor Falkai: Sollte die Nutzen-Diskussion, die Sie in Ihrer Begrüßung als Kongresspräsident des 21. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung einfordern, nicht längst geschehen sein? Oder andersrum: Wo hakt es? Oder positiv formuliert: Was sind die wichtigsten Herausforderungen, die vor uns stehen?

Wichtig an dem von Ihnen zitierten Satz sind die Begriffe der klinischen Realität und des damit verbundenen Patientennutzens. Ich habe es als Mediziner, Versorger und Forscher, der sich viele Jahre mit klinischen Studien und der Translation ihrer Ergebnisse in Leitlinien beschäftigt hat, immer bedauert, dass sich eine Art Disconnex zwischen klinischer Forschung und Versorgungsforschung herausgebildet hat. Auf der einen Seite gab und gibt es Forscher, die auf Basis der evidenzbasierten Medizin klinische Studien machen, nationale und noch viel mehr internationale Literatur auswerten und damit Leitlinien erarbeiten und weiterentwickeln. Auf der anderen Seite gibt es – ich polarisiere hier absichtlich – Versorgungsforscher, die sich intensiv mit Registerdaten und populationsbasierten Daten beschäftigen und daraus ihre Schlüsse ziehen. Mir fehlt der Link zwischen beiden Feldern. Genau darum versuche ich, der quasi Außenseiter, der vom Deutschen Netzwerk für Versorgungsforschung gebeten wurde, die diesjährige Kongresspräsidentenschaft zu übernehmen, diese Brücke zu bauen.

Eine Brücke von der klinischen Studie in die Versorgungsrealität.

Exakt. Nur so werden wir es schaffen, die Ergebnisse klinischer Studien zum Nutzen für unsere Patient:innen in Leitlinien zu überführen.

Gab es die Brücke nicht schon vorher, schließlich wurde die deutsche Versorgungsforschung zu Beginn an medizinischen Fakultäten eingeführt?

Die sinnbildliche Brücke gab es natürlich von

Beginn an, nur war sie vielleicht nicht stark genug ausgebaut und hat sicher in den letzten beiden Dekaden an einigen Standorten auch funktioniert. Was wir jetzt brauchen – und zwar viel stärker als bisher – ist eine gezielte Vernetzung beider Forschungsrichtungen. Nur so wird es uns gelingen, besser als bislang zu verstehen, wovon Menschen am meisten profitieren, wenn sie krank werden, am besten aber: noch bevor sie erste Symptome entwickeln.

Fordern Sie nicht so etwas wie eine Quadratur des Kreises? Auf der einen Seite haben wir klinische Studien, die über starke Einschluss- und Ausschlusskriterien sehr artifiziiell agieren und eigentlich all das ausblenden, was Realversorgung ist und deren Ergebnisse daher nicht so ohne Weiteres auf alle Patientengruppen übertragbar sind; auf der anderen die Versorgungsforschung, die sich mit der Realversorgung und versorgungsnahen Daten auseinandersetzt.

„Wir brauchen eine gezielte Vernetzung beider Forschungsrichtungen. Nur so wird es uns gelingen, besser als bislang zu verstehen, wovon Menschen am meisten profitieren.“

Ich sehe keinen Gegensatz, eher das Modell der kommunizierenden Röhren: Beide Disziplinen können, wenn sie gut vernetzt und ausgestattet mit gegenseitigem Wissen sind, gut zusammenarbeiten und so unterschiedliche Aspekte eines Puzzles bearbeiten und Antworten finden. Man muss sich immer wieder klarmachen, dass selbst gut gemachte klinische Studien in der Lage sind, relativ umschriebene Fragestellungen zu beantworten. Obendrein ist das meist einfach, weil häufig nur zwei z.B. Behandlungsbedingungen miteinander verglichen werden, um herauszufinden, welche die bessere ist. Die Frage bleibt danach jedoch, ob die in einer klinischen Studie als die bessere Behandlungsbedingung erkannte Option, auch diejenige ist, die in der Breite der Versorgung die richtige ist, was nur von der Versorgungsforschung beantwortet werden kann. Das Ganze sollte man aber auch als eine Schleife denken, denn Versorgungsdaten können klinischen Forschern Fragestellungen eröffnen, die dann in klinischen Studien ver- oder falsifiziert werden können. Das wird nicht immer gelingen, da versorgungsnahen Daten eine sehr komplexe Realität abbilden, die über klinische Forschung nur bedingt abgebildet werden kann.

Obwohl viele von Big Data mit all seinen Möglichkeiten schwärmen.

Big Data nützen bei Fragestellungen bei umschriebenen Subgruppen wenig. Nehmen wir beispielsweise die UK Biobank mit über 600.000 Datensätzen, was schon ein immens großes Patientenkollektiv ist. Dennoch kann es sein, dass die statistische Power nicht ausreicht, um für kleine distinkte Subgruppen valide Antworten zu finden. Genau hier benötigt man eine oder mehrere klinische Studien, die auf genau diese eine Subgruppe zugeschnitten und gepowert ist bzw. sind. Nur dieses kombinierte Vorgehen wird beide Forschungsfelder voranbringen.

Nun kann der G-BA ergänzende Studien mit versorgungsnahen Daten fordern und tut es teilweise auch.

Das ist auch gut so. Noch besser wäre es allerdings, wenn der G-BA beide Verfahren für sich genommen beurteilen würde. Klinische Studien und Versorgungsforschungsstudien mit versorgungsnahen Daten haben unterschiedliche Qualitätsstandards, die man kennen muss, um Erkenntnisse miteinander sinnvoll vergleichen zu können.

Ein Papier des IQWiG legt für den Umgang mit registernahen Daten eine sehr hohe Latte auf. Die Frage lautet doch: Wie gehen wir damit um? Können wir dann mit dieser Messlatte Erkenntnisse erzielen, die wiederum die Grundlage für hochwertige klinische Studien sind, um gemeinsam die Versorgungsrealität zu verändern? In diesem Falle sind die genannten hohen Qualitätsstandards für registernahe Daten gerechtfertigt.

Noch ist das schwierig, aber es gibt eine Initiative des BMBF, die ein bundesweites Register-Netzwerk ins Leben rufen will, auf dessen Basis man versorgungsnahen Datensätze vergleichbar und für eine gemeinsame Nutzung vorbereiten möchte.

Ist dieser Ansatz – wie auch die Telematikinfrastruktur – nicht typisch deutsch: Man will alles super perfekt haben, bevor man startet?

n Auf- forschung“

Ein wenig schon. Ich schätze jedoch große Datensätze sehr, auch wenn diese nicht perfekt sind. Große Datensätze erlauben hypothesengetriebene, aber auch hypothesenfreie Ansätze zum Beispiel mit Maschine-learning-Verfahren zu verfolgen, die zu neuen und manchmal unerwarteten Ergebnissen führen, die optimalerweise eine Sprunginnovation für ein Feld bedeuten.

Hier würde Prof. Antes sicher „The deluge of spurious correlations in big data“ zitieren (siehe MVF 05/18).

Man muss eben immer wissen, was man tut und vor allem muss man die Limitationen kennen. Und ganz besonders kritisch muss man bei der Frage sein: Wie interpretiere ich das, was ich zu erkennen glaube? Darüber hinaus müssen solche, aber auch allgemeine innovative Erkenntnisse in einer unabhängigen Kohorte repliziert werden. Das sollte Standard für jede Arbeitsgruppe sein und nicht nur als frommer Wunsch am Ende eines veröffentlichten Papers zu finden sein.

Die Realität zeigt doch: Die Erkenntnisse auch aus Publikationen klinischer Studien werden viel zu selten zeitnah oder gar nicht repliziert.

Das ist leider so. Meine persönliche Forderung lautet daher, dass jeder Forscher, der Drittmittel bekommt und mit einer gut gemachten Studie ein publikationswertes Ergebnis – auch wenn es ein negatives ist – erarbeitet, muss ohne großen Beantragungsaufwand Ressourcen zur Verfügung gestellt bekommen, um diesen Befund replizieren zu können.

Weil dieser unreplizierte Befund in die Literatur eingeht, genauso wie jeder replizierte?

Genau. Wenn man Pech hat, landet der unreplizierte Befund mit einem – nehmen wir einmal an – großen Effekt in einer Metaanalyse, der diese verzerren wird. Wenn die Macher von Metaanalysen nicht genau und sehr kritisch darauf achten, führt das zu Fehlern. Diese können für Patient:innen höchst gefährlich sein, weil falsche Schlüsse aus Metaanalysen in Leitlinien einfließen können, die wiederum zu therapeutischen Empfehlungen führen, die auf der Basis der zugrundeliegende Datensätze nicht gerechtfertigt sind. Insofern ist ein kritischer Umgang mit unreplizierten Befunden wichtig und vor allem all jenen anzuraten, die sich mit Metaanalysen und Leitlinien beschäftigen.

Gilt nicht gleiches für Ergebnisse der Versorgungsforschung?

Sicherlich. Wenn sich in einer Versorgungsforschungsstudie ein interessanter Befund in einer gegebenen Population ergeben hat, stellen sich zwei Fragen: Sind die Ergebnisse generalisierbar? Und: Sind sie replizierbar?

Nun werden die Ergebnisse von Versorgungsforschungsstudien – ähnlich wie die aus klinischen Studien – so gut wie nie repliziert.

Wir müssen uns als klinische Forscher, aber auch als Versorgungsforscher mit dieser berechtigten Forderung auseinandersetzen. Auch Befunde, die z. B. auf der Basis der UK Biobank gewonnen wurden, müssen in einer unabhängigen Stichprobe repliziert werden. Ich

„Versorgungsforschung ist essenziell und muss mitgedacht und gefördert werden, denn nur mit Hilfe dieser Wissenschaftsrichtung werden wir es schaffen, Innovation zu generieren und das politische Signal adäquat zu beantworten.“

denke, dass es eine große Bereitschaft unter Forschern gibt, die Zugang zu einer großen Kohorte haben, diese für eine Replikationsstudie zur Verfügung zu stellen.

In Ihrem einleitenden Begrüßungstext verwenden Sie unter anderem den wunderbaren Begriff

„Back Translation“. Der Begriff meint doch im klassischen Sinne die Zurückspiegelung von Befunden vom Tier auf den Menschen und umgekehrt.

So ist es. Besonders wichtig finde ich es, dass man nicht nur Erkenntnisse aus dem Tiermodell in den Menschen und dann Patienten „translatiert“, sondern auch am Menschen bzw. Patienten gewonnene Erkenntnisse in das Zell- oder Tiermodell „zurück translatiert“.

Gehen wir etwas näher auf das Programm des 21. DKVF ein. Im ersten Track – von insgesamt dreien – soll am Beispiel ausgewählter Disziplinen diskutiert werden, wie mit versorgungsnahen Daten und speziell auch Registern Wissen für die Versorgung generiert werden kann. Braucht es – angesichts des eben Ausgeführten – einen neuen Aufbruch à la „Versorgungsforschung meets Medizin“ und umgekehrt?

Der erste Track soll eine Art Ortsbestimmung werden, in der gezeigt wird, wie beispielsweise in der Onkologie oder Psychiatrie Versorgungsforschung helfen kann, die Versorgung zu verbessern. Im zweiten Track soll dann selbstkritisch hinterfragt werden, was man hätte besser machen können, was gut und nicht so gut gelaufen ist. Im dritten Track besprechen wir dann innovative Studiendesigns um weitere (bahnbrechende) Erkenntnisse zu generieren.

Im Sinne eines neuen Aufbruchs?

Wir brauchen einen neuen Aufbruch in der Versorgungsforschung.

Wobei es schon mehrere gab, siehe Public-Health-Förderung, Innovationsfonds oder auch die Forderung von Prof. Pfaff nach mehr theoretischer Arbeit (siehe u.a. Interview ab Seite 14).

Sicher, es wurde aber in den letzten Jahrzehnten auch einiges erreicht, die Versorgungsforschung in Deutschland gut voranzubringen. Dabei wurde vieles richtig gemacht, sonst hätte sich diese Wissenschaftsrichtung nicht so gut etablieren können. Nun sollte man aber an die Zukunft denken und sich stufenweise weiterentwickeln.

Nun sind Sie ein Mediziner, der Versorgungsforschung seit Jahren mitdenkt und auch seit vielen Jahren im Netzwerk Versorgungsforschung aktiv ist. Nur gibt es viele Ihrer Kollegen, die das nicht tun und Versorgungsforscher – sagen wir mal – eher als fünftes Rad am Wagen begreifen und nicht erkennen, dass alleine die Versorgungsforschung dabei helfen kann, die Versorgungsrealität besser zu verstehen.

Da gebe ich Ihnen vollauf recht. Doch war für viele meiner Kollegen die Innovationsfondsförderung der letzten Jahre ein ganz wichtiges politisches Signal, diese Art der Forschung systematisch auszubauen.

Das da heißt?

Dass die Politik Willens ist, versorgungsrelevante Forschung mit wirklich außergewöhnlichen Budgets zu finanzieren. Das zweite –

wenn man so will – Erweckungssignal war die Förderung der Gesundheitszentren, von denen – darauf sind wir auch stolz – das LMU Klinikum München immerhin sechs hat und ganz aktuell sind zwei weitere dazugekommen. Beide Fördermaßnahmen verfolgen das Ziel, medizinische Forschung zu fördern, die beim Patienten ankommen soll. Auch wenn in der letzten Ausschreibung die Versorgungsforschung nicht zum Zuge gekommen ist, gehöre ich zu denjenigen, die sagen: Versorgungsforschung ist essenziell und muss mitgedacht und gefördert werden, denn nur mit Hilfe dieser Wissenschaftsrichtung werden wir es schaffen, Innovation zu generieren und das politische Signal adäquat zu beantworten.

Wenn man in die Literatur blickt, die es zu Covid-19 gibt, sieht man, dass die ausländische wissenschaftliche Community viel mehr als die heimische zustande bringt. Woran liegt das?

Wir sind, was Publikationstätigkeit und -eifer angeht, hinter dem Ausland zurückgeblieben. Wir werden in den nächsten Jahren lernen müssen, aus den Fehlern der Vergangenheit zu lernen und das, was in den letzten Jahren an Strukturen aufgebaut worden ist, besser als bisher zu nutzen. Das ist jedoch eine Frage, der sich nicht unbedingt nur die deutsche Versorgungsforschung, sondern vor allen Dingen die klinische Forschung allgemein selbstkritisch stellen muss. Die Diskrepanz ist offensichtlich: Wir sind gut gefördert, wir haben gute Leute, aber was hinten an guten Publikationen und Translation herauskommt, ist einfach zu wenig.

Was wäre die Lösung?

Wir müssen die inzwischen vorhandenen Strukturen besser nutzen und lernen, effiziente professions- und wissenschaftsübergreifende Forschungsnetze zu bilden, um schneller zu neuen Einsichten zu kommen, die in der Versorgungsrealität ankommen.

Was auch eine probate Standortförderungsstrategie wäre.

Ja sicher.

Ist es denn in Deutschland gewollt so zu forschen, im Zweifel gar auch noch pharmah?

Das ist eine rein deutsche Sichtweise. Ich hatte das Glück, ein Jahr in England arbeiten zu können und habe ein akademisches System kennenlernen dürfen, das gänzlich vom medizinischen System losgekoppelt ist.



Prof. Dr. Peter Falkai

ist seit 2012 Lehrstuhlinhaber der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum der LMU München. Klinische sowie Forschungsschwerpunkte sind neurobiologische Grundlagen psychotischer Störungen. Seine multidisziplinären Forschungsteams stützen sich dabei u.a. auf Techniken wie strukturelle Bildgebung bis hin zu translationalen klinischen Studien. Zahlreiche seiner laufenden Forschungsprojekte werden durch die DFG, das BMBF und die EU gefördert. Neben zahlreichen wissenschaftlichen Beiträgen und Fachbüchern ist Prof. Falkai zudem Autor der Schizophrenie Behandlungsleitlinien der DGPPN, deren Präsident er von 2011 bis 2021 war. Seit April 2021 ist Prof. Falkai Präsident der European Psychiatric Association (EPA) sowie Mitglied zahlreicher wissenschaftlicher Gesellschaften, u. a. Kollegiat der DFG sowie Mitglied der Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaften.

Während bei uns das alte Humboldt'sche System gepflegt wird, in dem der Mediziner versorgt, lehrt und forscht ...

... und in allen drei Bereichen überfordert ist. Sprechen Sie mal mit einem in Lehre und Versorgung eingebundenen Arzt, wie viel Zeit und Muße ihm für Forschung bleibt! Allerdings hat die Humboldt'sche Dreieinigkeit auch ihre Vorteile, weil ein Mediziner, der versorgt, lehrt und forscht, einen tiefen Einblick in Praxis wie Wissenschaft hat.

Wenn nicht der Faktor Zeit wäre.

Und die Überbelastung. Wenn man sich um 30 Dinge gleichzeitig kümmern muss, ist schon ein großer Nachteil gegenüber angelsächsischen Kollegen, die rein klinisch versorgend, lehrend oder eben wissenschaftlich arbeiten können. Da ist es doch kein großes Wunder, dass viele, auch noch so gut angelegte Studien auf der Strecke bleiben, weil beispielsweise die nötige Zeit und Zuwendung fehlt, die man alleine für die Rekrutierung von Partner:innen und vor allem von teilnehmenden Patient:innen braucht. Auch hier hat der Innovationsfonds neben den bestehenden Förderprogrammen des BMBF und der DFG etwas ganz Entscheidendes losgetreten: Weil es auf einmal viel mehr Geld gibt, werden Strukturen aufgebaut, die man braucht, um an eine adäquate Förderung zu kommen, um zum Beispiel ausreichend große klinische Studien durchführen und Register aufbauen zu können. So habe ich vor zehn Jahren, als ich an die LMU nach München gekommen bin, als erstes für das bestehende Studienzentrum eine personell stabilere Struktur schaffen können, mit Hilfe dessen wir die bei uns laufenden Studien mit ausreichend Qualität bearbeiten können.

Was ist eine der Hauptaufgaben?

Wir evaluieren beispielsweise bei jeder abgeschlossenen Studie, wie gut die Rekrutierungsrate war, wie lang dafür gebraucht worden ist und wie die Mittel eingesetzt wurden. Mit dem so erzeugten Wissen, können wir genau sagen, welche Arten von Studien wir durchführen und welche wir leider aufgrund des uns zur Verfügung stehenden Patientenklientels nicht bedienen können. Übrigens wird seit Mitte Juni diesen Jahres jede Patient:in, die unser Haus betritt, gefragt: „Haben Sie Lust, an Studien teilzunehmen, bitte geben Sie uns dafür einen Broad Consent.“ Und die meisten machen das auch. Wenn wir nun noch wie die Angelsachsen agieren und uns beispielsweise nur

auf die Wissenschaft konzentrieren würden, könnten wir innerhalb kürzester Zeit viele gute Papers publizieren, die uns international viel weiter nach vorne bringen würden. Denn ausreichende Finanzierung ist nur ein Teil, wichtiger ist es, ein klares Mindset zu haben, zum Beispiel um „decisive clinical studies“ durchzuführen, die dann zu einer Veränderung der Leitlinien führen.

Das ist eine Frage der Kultur. Vielleicht braucht man nicht nur indikations- und versorgungsbezogene Forschungszentren, sondern wissenschaftliche Forschungszentren.

Eine solche Vernetzung gibt es für die Grundlagenwissenschaften durchaus und da sind wir in Deutschland international gar nicht so schlecht aufgestellt. Wenn man sich darüber hinaus beispielsweise die Publikationszahlen in der Psychiatrie – aus der ich komme – bei der Indikation „Depression“, „Suchterkrankungen“ und „Schizophrenie“ ansieht, steht Deutschland – je nach Thema – auf Platz 2 oder 3, wechselnd mit den USA, England oder Kanada. Und das bei den schmalen Förderbudgets, die wir in der Psychiatrie in Deutschland haben, während alleine die Amerikaner im Rahmen ihres National Institute of Mental Health über eine Strukturförderung in Milliardenhöhe alleine für den „Psych-Bereich“ verfügen.

Und bei uns?

Bewegen wir uns eher im zweistelligen Millionen Euro Bereich. Dafür ist unser Forschungoutput gar nicht mal so schlecht, aber wir müssen mehr relevante und nachhaltige klinische Forschung im Sinne von „decisive clinical studies“ machen.

Demnach mehr entscheidungsrelevante Studien.

Genau. Was wir beispielsweise im Innovationsfonds und bei anderen Förderinstrumenten sehen, sind sicher alles berechnete Themen und Fragestellungen. Doch, Hand auf's Herz: Da ist doch jede Menge „klein-klein“ dabei, während die richtig großen Fragen zu selten gestellt und beantwortet werden.

Was wäre Ihr Rat?

Eine Top-down-Strategie: Man muss definieren, welche, sagen wir, fünf wichtigsten Fragen – im Sinne von Gamechangern – in den nächsten fünf Jahren beantwortet werden müssen, denn so lange dauert es nun einmal, eine vernünftige Studie zu planen, durchzuführen und zu publizieren. Dafür muss der G-BA, das BMBF, die DFG, gern auch das BMG genügend Fördergeld bereitstellen und vielleicht auch bereit sein, auf zuviel „klein-klein“ zu verzichten und nach Pilotstudien den Fokus auf konfirmatorische Studien zu setzen.

Sie erwähnen häufig den Innovationsfonds, in den viele Hoffnungen gesetzt werden. Jedoch scheint es, das je mehr Zeit ins Land geht, die Translationen in die Realversorgung – bis auf einige wenige Ausnahmen – wohl nicht ganz so funktionieren wird, weil der Sprung von der Projektförderung in die Realversorgung von Beginn an zwar gefordert, aber überhaupt nicht mitgedacht wurde.

Das wundert mich nun nicht. Es gibt ein schönes Paper einer US-amerikanischen Foundation, von der ich selbst seit vielen Jahren gefördert worden bin und aktuell auch gefördert werde. Das besagt, dass von allen durch die Stiftung geförderten klinischen Studien, nur

„Der Innovationsfonds braucht Qualitätsstandards und -kontrolle, aber auch alle anderen von Fördergebern finanzierte Studien.“

ein kleiner Teil in Publikationen die Outcomevariablen nennen, die im ursprünglichen Projektvorschlag verbindlich aufgelistet wurden. Das ist eigentlich ein absolutes No-Go. Die zweite Erkenntnis: Die meisten Studien schaffen es nicht, fertig zu rekrutieren. Und

die dritte: Bei vielen gibt es gar keine Publikation.

Was lernen wir daraus?

Wir bei der LMU-Psychiatrie haben aufgrund dieses Papers für jede der bei uns durchgeführten Studien einen Qualitätsstandard eingeführt, der auf folgenden Kriterien beruht. Die Erste fordert eine klare Study-Description, wobei erwartet wird, dass sich die dort festgeschriebenen Outcomevariablen eins zu eins sich in dem publizierten Paper(s) wiederfinden. Auch und selbstredend bei negativen Ergebnissen. Die zweite Forderung ist, dass jede Studie ausreichend gepowert sein muss und demnach auch hinreichend lange laufen kann, so dass in der zur Verfügung stehenden Zeit und mit den einsetzbaren Ressourcen über 90 Prozent rekrutiert werden kann. Drittens muss die Statistik stimmen und viertens innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der Studie müssen die Ergebnisse publiziert sein. Last but not least müssen alle relevant an der Studie Beteiligten, zu der auch die Rekrutierer gezählt werden, auf dem Paper genannt werden.

Chapeau.

Ergänzend halten wir alle vier Wochen eine Studienzentrumsitzung ab, in der wir alle laufenden Studien durchgehen, was gar nicht so wenige sind, weil wir immerhin so um die 40 Studien gleichzeitig laufen haben.

Ihre Translation auf den Innovationsfonds?

Genau diese Qualitätsstandards und -kontrolle rege ich für vom Innovationsfonds, aber auch von anderen Fördergebern finanzierte Studien an.

Wäre damit Schluss mit dem „Klein-Klein“, das Sie eben beschrieben haben.

Denke schon. Wer die Kriterien erfüllen muss, wird sich vorher genau überlegen, welche Requirements für eine erfolgreiche (Innovationsfonds)-studie nötig sind. Dazu gehört in allererster Linie die Frage nach der ausreichenden Power, die ursächlich mit dem Förderrahmen zusammenhängt. Es reicht nun einmal nicht, eine Studie – ob eine klinische oder eine aus der Versorgungsforschung – mit 400.000 Euro zu fördern. Da sage ich gleich: Das können Sie knicken, das wird nichts.

Das Learning lautet demnach: Lieber weniger, aber dafür größere Studien.

Ich würde sagen: weniger, aber dafür bessere! Der Innovationsfonds wäre ein exzellenter Rahmen für exzellente Studien, wenn die Politik und der G-BA gewillt wären, in die nächste Entwicklungsstufe zu gehen.

Das eine wären erstens Qualitätsvorgaben, das zweite eine Top-down-Strategie, die das definiert, was dann wirklich die Versorgungsrealität zum Nutzen der Patient:innen verändern kann. Und

das dritte?

Meine Forderung ist klar: Alles, was erforscht wird, muss leitlinienrelevant sein! Jede gute Studie muss in der Lage sein, eine Empfehlung einer Leitlinie zu verändern, zu falsifizieren oder zu verifizieren. Das reicht mir auch schon.

Diese Forderung kommt von einem klinischen Forscher und einem klinischen Mediziner. Manche Versorgungsforscher werden wahrscheinlich die Hände über dem Kopf zusammenschlagen.

Vielleicht sollte sich die Versorgungsforschung lieber damit befassen, darüber nachdenken, ob ein solches Vorgehen nicht auch sinnvoll wäre. Das würde meiner Meinung nach diesem immer wichtiger gewordenen Wissenschaftsfeld gut tun.

Müsste jeder Fördergeber nicht selbst darauf achten, umso mehr einer, der die Gelder der Versicherten einsetzt, wie es der Innovationsfonds tut? Und ebenso vorgeben, welchen Qualitätsstandard Projektevaluationen haben müssen, damit sichergestellt wird, dass deren Ergebnisse projektübergreifend auswertbar sind?

Dazu müssten die Ergebnisse der beendeten Projekte nicht nur vergleichbar sein, sondern auch in einer modernen, für alle Forscher offen zugänglichen Datenbank vorliegen, die Metaanalysen erlauben würde.

Wer das will, muss jedoch jede Menge PDFs herunterladen, durchlesen und wird dann erkennen, dass es keine Struktur gibt.

Traurig, oder? So wird man keine grundlegenden Erkenntnisse schaffen können. Wie soll man so zum Beispiel die Frage beantworten, welche Funktionen innerhalb der verschiedenen Interventionen wie funktioniert oder auch nicht funktioniert haben.

Der „Monitor Versorgungsforschung“ propagiert seit fast zwei Jahren den Einsatz einer Graphdatenbank, die genau eine solche Herangehensweise erlauben würde. Meinen Sie, wir kommen mit dem Lösungsansatz durch?

Schauen Sie: Ich darf eine Klinik leiten, die rund 35.000 Patientenkontakte jährlich hat, und in die jedes Jahr etwa 3.000 neue Patient:innen stationär und tagesklinisch aufgenommen werden. All deren wunderbare Daten wurden in der LMU Klinik, die in der aktuellen Form 1904 in Betrieb ging, bisher für die Versicherungen und für den Keller produziert. Erst Mitte Juni dieses Jahres haben wir es geschafft, einen Broad Consent einzuführen, für den nicht nur die Einverständniserklärung der Ethikkommission, sondern auch des Landes- und Bundesdatenschutzbeauftragten nötig war, bevor wir unsere Patient:innen überhaupt fragen durften, ob sie an Studien teilnehmen wollen oder nicht. Ich bin seit 30 Jahren im Gesundheitsbereich tätig, jetzt zehn Jahre hier in München und habe es in der Zeit geschafft, so etwas ganz Einfaches wie eine Zustimmungssystematik einzuführen. Da wundern Sie sich, warum Sie das nicht in zwei Jahren schaffen?

„Meine Forderung ist klar: Alles, was erforscht wird, muss leitlinienrelevant sein!“

In dieser Ausgabe werden Sie u. a. ein Doppelinterview mit den Professoren Pfaff und Sydow lesen, die über Theorien in der Versorgungsforschung sprechen. Eine davon, die beide hochhielten, war die Praktikentheorie, die ganz gut erklärt, warum das Gesundheitssystem derart innovationsresistent ist.

Es existiert aber auch eine gewisse Resilienz, weil das Gesundheitssystem alle Beteiligten immer gut mit ausreichend Geld ausgestattet hat. Man braucht darum immer Menschen, die bereit sind, etwas zu verändern, auch wenn sie vielleicht weniger verdienen als vorher.

Last but not least: Was erwartet mich als Besucher des 21. Versorgungsforschungskongresses, bei dem erstmals ein Kliniker als Kongresspräsident agiert?

Das eine ist die Antwort auf die Frage, die mich und ja auch Sie besonders interessiert: Woher kommt Innovation und wie wird entschieden, wie sie gemacht wird?

Wer kann das beantworten?

Ich habe dazu einen Vertreter von Moderna gebeten, der uns nicht nur erklären wird, wie eine neue Impfung relativ schnell entwickelt worden ist, sondern auch wie Pharma generell mit Innovation umgeht und wie die dazu nötigen Prozesse strukturiert sind.

Das zweite Thema, das mich im Augenblick umtreibt, ist das der partizipativen Forschung. Also Forschung nicht nur im Verbund mit anderen Disziplinen oder mit anderen Professionen wie beispielsweise Neuropsycholog:innen, Soziolog:innen oder Verhaltenswissenschaftler:innen, sondern auch mit Betroffenen und Angehörigen.

Nur, wenn wir professions- und wissenschaftsübergreifend denken und agieren und Betroffenen sowie Angehörigen integrieren, werden wir die Medizin und die Versorgungsforschung zum Nutzen der Patient:innen weiterentwickeln können. Und vielleicht auch die Versorgungsforschung wieder etwas näher an die Medizin heranbringen können, aus der sie ja eigentlich entstanden ist. <<



Deutscher Kongress
für Versorgungsforschung

21. Kongress
05.–07.10.2022 | Potsdam

Versorgungsforschung – Nutzen für die klinische Praxis
Potentiale und Perspektiven

Zitationshinweis

Falkai, P., Stegmaier, P.: „Wir brauchen einen neuen Aufbruch in der Versorgungsforschung“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/22), S. 6-11. <http://doi.org/10.24945/MVF.04.22.1866-0533.2418>



„Das Fundament der Wissenschaft ist die theoretische Fundierung“

Mit dem MVF-Fachkongress „Theorie wagen“ im Dezember 2021 und dem MVF-Theorie-Baukasten möchte „Monitor Versorgungsforschung“ die Aufmerksamkeit der Versorgungsforscher:innen auf das Thema fokussieren. Auch wenn es einen „Grundkonflikt zwischen Grundlagen- und Anwendungsforschung“ gibt, wie Prof. Dr. Holger Pfaff (Direktor des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft in Köln) zu Protokoll gibt, hält Prof. Dr. Jörg Sydow (Lehrstuhl für Unternehmenskooperation des Management-Departments der Freien Universität Berlin) im Grundsatzinterview mit „Monitor Versorgungsforschung“ entgegen, dass es sich immer lohnen würde, sich mit Theorien zu beschäftigen, weil diese „wie ein intelligentes Brennglas“ wirken: „Man weiß genau, was man schärfer sieht.“

Im Doppelinterview: Prof. Dr. Holger Pfaff (IMVR, Köln) und Prof. Dr. Jörg Sydow (FU Berlin)

>> Das vierte Memorandum des Netzwerks Versorgungsforschung hat sich anno 2016 mit den theoretischen und normativen Fundierungen der Versorgungsforschung beschäftigt. Seitdem ist das Thema Theorie und normative Fundierung so gut wie von der Bildfläche verschwunden. Warum eigentlich?

Oder kommt Versorgungsforschung vielleicht auch ganz gut ohne Theorie zurecht und ist das, was vor sechs Jahren im DNVF-Memorandum stand, dass – Zitat – „theoretische und methodische Grundlagen zum grundlegenden Ethos wissenschaftlichen Arbeitens, dem auch Versorgungsforscher verpflichtet sind“ gehören, doch nicht so wichtig?

Pfaff: Es ist nicht so, dass es keine Theorien gäbe, die man in der Versorgungsforschung einsetzen könnte. Sie werden bisher nur zu wenig angewandt.

Das war die kurze Antwort. Die lange?

Pfaff: Die DNVF-Arbeitsgruppe „Organisationsbezogene Versorgungsforschung“ hat beispielsweise die Abstracts des DVKF 2021 analysiert und gesehen, dass von den Abstracts, die sich explizit oder implizit mit Versorgungsorganisationen befassten, sich sieben Prozent ausdrücklich auf eine Theorie bezogen haben (Anm.: Nöst et al. eingereicht).

Sydow: Was extrem wenig ist.

Pfaff: In der Tat ist das zu wenig. Hier sollten wir in Zukunft bessere Werte erreichen.

Da die Versorgungsforschung auf viele, oft sehr unterschiedliche Teildisziplinen rekurriert, könnte sie die Theorien dieser Teildisziplinen verwenden, wenn man sie einerseits kennt und andererseits Sinn und Nutzen darin sieht.

Sydow: Man könnte nun annehmen, weil dem so ist, braucht die Versorgungsforschung keine eigenen Theorien. Demzufolge bezöge sich das von Pfaff in den Raum gestellte Theoriedefizit letztlich darauf, dass die Theorien der Teildisziplinen nicht genügend herausgestellt werden oder es schlichtweg vergessen wird, klarzustellen, dass sie verwandt werden.

Pfaff: Es geht mir vordringlich nicht darum, dass die Versorgungsforscher:innen eigene Versorgungsforschungstheorien entwickeln – das wäre ein langfristiges Ziel. Es geht mir vielmehr darum, dass es Versorgungsforscher:innen oft versäumen, die Theorien der Bezugsdisziplinen heranzuziehen. Das liegt wahrscheinlich darin begründet, dass Versorgungsforschung ein höchst interdisziplinäres Wissenschaftsfeld ist und die meisten Versorgungsforscher:innen aus Studiengängen mit unterschiedlichen Theorieansätzen kommen. Genau das

„Es gibt einen Grundkonflikt zwischen Grundlagenforschung und Anwendungsforschung.“

Prof. Dr. Holger Pfaff

ist eines unserer Probleme derzeit.

Sydow: Problem würde ich es nicht nennen, es ist jedoch definitiv ein Hindernis. In meinem Wissenschaftsgebiet gibt es beispielsweise die Industrial-Relations-Forschung, ein Feld, in dem Betriebswirtschaftslehre, Rechtswissenschaft,

Soziologie und Psychologie aufeinandertreffen. Dennoch gelingt es hier, auf die Theorien der Teildisziplinen Bezug zu nehmen. Obwohl, das muss man ganz offen dazu sagen, die sehr unterschiedliche wissenschaftliche Sozialisation eine von vielen Hemmnissen darstellt, die dem Postulat nach mehr Inter- oder Transdisziplinarität handfest entgegensteht.

Was tun?

Sydow: Ich habe mich von diesem Postulat schlichtweg verabschiedet und sage meinen Doktorand:innen bei aller transdisziplinären Offenheit, die ich wie kaum ein anderer Betriebswirt in Deutschland predige, dass man trotzdem ein Fundament braucht. Und da ist für uns die Betriebswirtschaftslehre mit ihrem klaren disziplinären Fokus die theoretische Fundierung.

Doch die gibt es in der Versorgungsforschung so (noch) nicht, weil sie höchst interdisziplinär aufgestellt und meist sehr anwendungsorientiert ausgerichtet ist.

Sydow: Versorgungsforschung ist in meiner Wahrnehmung zum einen schon immer sehr anwendungsorientiert, zum anderen sehr oft mit einem sehr schnellen Verwertungsinteresse – beispielsweise zur Verbesserung von Versorgungsprozessen – attribuiert. Diese sehr anwendungsgetriebene Forschung lässt mit entsprechend einzuwerbender Finanzierung über die Bundes- und Landesministerien oder den Innovationsfonds vielleicht etwas zu wenig Zeit für eine tiefere Theoriearbeit.

Obwohl diese beispielsweise durch die DFG explizit gefordert wird.

Pfaff: Zumindest in den Fachkollegien Wirtschafts- und Sozialwissenschaften.

Sydow: Wer da mit einem Antrag ohne klare Vorstellung von Theorie vorstellig wird, wird von vorneherein abgeschmettert, aber hier geht es ja auch vornehmlich um Grundlagenforschung.

Pfaff: Aus meiner Arbeit als DFG-Kollegiat weiß ich, dass auch in der Medizin nicht unbedingt Wert auf theoretische Fundierung gelegt wurde, wohl aber in den Wirtschaftswissenschaften oder den Sozialwissenschaften. Doch da gibt es noch ein anderes Problem: Wenn ich bei uns in Köln mit Soziologen von der WISO-Fakultät über mögliche Kooperationsprojekte spreche, merke ich, dass anwendungsbezogene Forschung nicht auf große Gegenliebe stößt. Es gibt einen Grundkonflikt zwischen Grundlagen- und Anwendungsforschung.

Sydow: Was indes ein Problem für die Disziplin selbst ist.

Pfaff: Dies gilt aber eben nicht für alle Subdisziplinen der Sozialwissenschaften. Es gibt auch Ausnahmen. Aber die Mehrheit beschränkt sich auf die Analyse und Diagnose der gegebenen Situation und scheut sich, konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Situation zu machen

enschaft erung“

und diese zu evaluieren. Die Besonderheit der Versorgungsforschung ist, hier einen anderen Weg zu gehen und konkreter zu werden.

Das heißt in anderen Worten: Grundlagenwissenschaften kümmern sich praktisch nicht um Anwendung und Translation.

Pfaff: Stimmt. Das beschreibt die Lücke zwischen der reinen Grundlagen- und der Anwendungsforschung. In der reinen Grundlagenforschung kann man den Kontext aus der Betrachtung ausschließen, weil man im Labor-Experiment den Kontext konstant hält. In der Anwendungsforschung ist diese Vorgehensweise nicht möglich, weil jede/jeder Forscher:in immer zusätzlich mit der Komplexität des Umfelds konfrontiert wird. Versorgungsforschende benötigen daher nicht nur Theorien über die Wirkung einer konkreten Intervention, sondern zusätzlich auch eine Theorie über den Kontext, in den diese Intervention eingebettet wird.

MVF listet inzwischen fast 30 in seinem „Theorie-Baukasten“ auf, die teilweise bereits in MVF-Ausgaben beschrieben wurden. Sie als Management- und Organisationsforscher könnten doch der Versorgungsforschung mit Sicherheit ein Bündel an Theorien nennen?

Sydow: Das ist eine durchaus realistische Zahl, wenn man aus der Menge an Theorien verschiedenster Fachgebiete nur diejenigen extrahiert, die in der Versorgungsforschung wirklich anwendbar sind. Mein Argument, das ich gegenüber Studierenden vertrete, lautet: „Ohne Theorie geht es nicht.“ Es lohnt sich meines Erachtens immer, an diese Frage sehr explizit heranzugehen, denn Theorien wirken wie ein intelligentes Brennglas: Man weiß genau, was man schärfer sieht. Man weiß aber auch, was man nicht scharf sieht.

Pfaff: Dem kann ich nur zustimmen.

Sydow: Wer von uns würde denn freiwillig auf ein solches Brennglas oder nur eine Brille verzichten, wenn man eines bzw. eine braucht? Welche man dann letztlich aufsetzt – sprich, welche Theorie man einsetzt –, ist von sekundärer Bedeutung, aber wahrlich nicht beliebig. Auf alle Fälle wird der Blick auf eine Sache schärfer, wenn man das mit einer Theorie macht.

Pfaff: Theorien muss man als Werkzeuge auffassen. Wobei man zuallererst wissen muss, welche es gibt und vor allem wie und wo man sie anwendet. Es ist wie im wahren Leben: Manche Theorien helfen, manche nicht. Es kommt eben immer auf das Problem und den Kontext an.

Sydow: Alleine aus der Management- und Organisationsforschung könnte man locker fast zwei Dutzend Theorien (Anm.: siehe Kasten rechts) benennen, die man aus dem Blickwinkel der Versorgungsforschung auf ihre Anwendbarkeit hin prüfen könnte.

Man könnte auch behaupten: Es gibt unendlich viele Theorien. Die Frage lautet indes: Welche Theorie ist relevant und nach welchen Kriterien muss man sie aussuchen? Im Titelinterview der vorletzten MVF-Ausgabe (02/22) sprach Dr. Martin Albrecht vom IGES Institut beispielsweise vom Dissens zwischen Bundeskartellamt und dem IGES beim Blick auf die Krankenhaus-Konzentrierung.

Pfaff: Das liegt unter anderem darin begründet, dass die beiden

Akteure – ob sie das nun explizit sagen oder nicht – unterschiedliche ökonomische Theorien anwenden und demzufolge auch zu differenten Ergebnissen kommen.

Sydow: Dabei wäre genau das ausschlaggebend. Es muss gute und nachvollziehbare Gründe dafür geben, warum man eine Theorie anwendet – und eine andere oder mehrere andere nicht. Nimmt man zum Beispiel eine Markt- oder Wettbewerbstheorie, die anscheinend das Bundeskartellamt angewandt hat, hätte ich meine Zweifel, ob man diese Theorie wirklich auf das deutsche Krankenhauswesen und die hier wirkenden Konzentrationstendenzen effektiv anwenden kann. Mit dieser Theorie bleiben eigentlich alle intraorganisationalen Prozesse außen vor, die aber wichtig sind, um eine bestimmte Qualität zu sichern. Da kann man noch so oft volkswirtschaftslehremäßig argumentieren, der Wettbewerb werde es schon richten, wird aber die Realität nicht erfassen können.

Wenn nun eine Institution – wie eben das Bundeskartellamt (1) – eine Theorie anwendet, wie kann man dagegen argumentieren?

Sydow: Man muss versuchen, mit einer anderen guten Theorie, die besser auf die Fragestellung anwendbar ist, argumentativ entgegenhalten.

Pfaff: Es wird meines Erachtens in Zukunft mehr und mehr eine Konkurrenz der Theorien geben. Das haben Professor Schmidt aus Dresden und ich in einem Aufsatz zum Organic Turn in der evidenzbasierten Medizin (2) beschrieben. In einer Zeit großer Dynamik ist die traditionelle evidenzbasierte Medizin aus Gründen der Sicherung der Qualität zu langsam für eine Politik, die unter zeitlichem Handlungsdruck steht. In einer solchen Situation können Theorien genutzt werden, um die spärlich vorhandene Evidenz zu ergänzen und zu einer politisch sichereren Entscheidung zu gelangen. In einer solchen Situation kommt es darauf an, unter den verschiedenen Theorieangeboten,

„Theorien wirken wie ein intelligentes Brennglas: Man weiß genau, was man schärfer sieht. Man weiß aber auch, was man nicht scharf sieht.“

Prof. Dr. Jörg Sydow

In der Versorgungsforschung einsetzbare Theorien nach Sydow

A) Allgemeine Management- und Organisationstheorien mit breitem Geltungsanspruch:

- Praxistheorien: von Bourdieu über Giddens bis Schatzki
- Neo-Institutionalismus mit seinen vielfältigen Ausprägungen: Verknüpfung von Praxis- und Institutionentheorie als „practice-driven institutionalism“-Netzwerktheorie (Coleman vs. Burt)
- Constitution of Organizations (CCO)
- Transaktionskostentheorie
- Politökonomische Ansätze (z.B. FlexSpec, LPD/Neo-Fordismus)
- Austauschtheoretische Ansätze
- Resource Dependence-Ansatz
- Evolutionstheoretische Ansätze (z.B. Population Ecology)
- Systemtheorie und Kontingenzansätze
- Entscheidungstheorie
- Interaktionsorientierter Netzwerkansatz (schwedischer Provenienz)
- Neuere Systemtheorie und Konsistenzansätze

B) Fokussierte Spezialtheorien:

- Theorien temporären Organisierens
- Theorie organisationaler Pfadabhängigkeit
- Identitätstheorie

die in Konkurrenz zueinanderstehen, jene als Entscheidungsgrundlage auszuwählen, die am besten zur Situation passt und eine hohe Qualität besitzt.

Dann muss jeder Forscher offenlegen und begründen, welche Theorie er seinen Überlegungen zugrunde gelegt hat.

Pfaff: Exakt. Dann muss sich die Wissenschaftsgemeinschaft auch die Mühe machen zu analysieren, warum eine Theorie eine höhere Qualität besitzt als eine andere. Herr Schmitt und ich haben vorgeschlagen, hierzu zwei formale Kriterien heranzuziehen: der Grad der empirischen Bestätigung einer Theorie und der Grad an Akzeptanz dieser Theorie in der Scientific Community. Ist beides gegeben, kann davon ausgegangen werden, dass die Qualität der Theorie relativ hoch ist.

Wobei es viele, wohl die meisten gibt, die ihre empirische Testung über Jahrzehnte überlebt haben.

Pfaff: Gute Theorien veralten nicht. Wir könnten sie mehr nutzen. Das Problem ist aber, dass die Anwendung der Methoden der evidenzbasierten Medizin – zum Beispiel im Rahmen der Evaluation von Innovationsfondsprojekten – keine Theorie als Grundlage voraussetzt. EBM als Methode funktioniert auch ohne Theorie. Man kann zum Beispiel mit Hilfe eines randomisierten kontrollierten Experiments testen, ob homöopathische Mittel wirksam sind und zwar ohne eine Theorie darüber haben zu müssen, wie homöopathische Mittel wirken. Eine Theorie wird jedoch spätestens dann benötigt, wenn man erklären will, weshalb Menschen trotz fehlender Evidenz homöopathische Mittel kaufen und nutzen. Hier könnten Verhaltenstheorien weiterhelfen.

Warum hat denn die Versorgungsforschung keine eigenen?

Pfaff: Die methodischen Designs der evidenzbasierten Forschung, mit denen seit Jahren auch in der Versorgungsforschung gearbeitet wird, ermöglichen die Anwendung des Trial-and-Error-Prinzips. In diesem Fall können Forschende oder Praktiker eine Idee für eine Lösung eines Versorgungsproblems haben und diese unter Anwendung hochwertiger Designs einer Prüfung unterziehen. Die Anwendung des Versuch-Irrtum-Prinzips kann zu kreativen Erkenntnissen führen. Sie ist aber auch sehr aufwendig und riskant. Effektiver und effizienter wäre es, an die Stelle des Trial-and-Error-Prinzips das Prinzip der theoriegeleiteten Forschung zu setzen. In diesem Fall hätten wir eine Theorie-Landkarte, die uns bei der Suche



Prof. Dr. Holger Pfaff
ist seit 2009 Direktor des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Universität zu Köln. Dieses Brückeninstitut ist eine gemeinsame Einrichtung der Humanwissenschaftlichen und der Medizinischen Fakultät. Seit 2009 ist er Inhaber der Brückenprofessur „Qualitätsentwicklung und Evaluation in der Rehabilitation“, die für die Lehrgebiete „Medizinische Soziologie“ (Medizinische Fakultät) und „Qualitätsentwicklung in der Rehabilitation“ (Humanwissenschaftliche Fakultät) verantwortlich ist. Die Forschungsschwerpunkte von Prof. Pfaff bilden drei miteinander verzahnte Bereiche: Versorgungsforschung, Sozialepidemiologie (Soziologie der Gesundheit) und Gesundheitssystemgestaltung. In der Versorgungsforschung steht die Analyse des Versorgungs- und Gesundheitssystems im Mittelpunkt. Von 2006 bis 2011 war er erster Vorsitzender und von 2012 bis 2014 Stv. Vorsitzender des DNVF.

nach erfolgsträchtigen Innovationen hilft.

Wie etwa im Trial-and-Error-Prozess des Innovationsfonds.

Pfaff: In dem viele Millionen an Fördergeldern für Ideen ausgegeben werden, die in vielen Fällen zwar praktisch Sinn machen, aber nicht oder ungenügend theoretisch fundiert sind. Dieses untheoretische Versuch-Irrtum-Vorgehen kann sehr erfolgreich sein. Es bringt jedoch naturgemäß mit sich, dass viele Versuche unternommen und finanziert werden müssen, um einzelne Erfolge zu erzielen. Innovationsfondsprojekte, die – wie der frühere Expertenbeirat in einem Aufsatz empfohlen hat (Blettner et al. 2018) – ihre Innovation auf eine bewährte Theorie aufbauen oder dazu Wirkmodelle entwickeln, erhöhen demgegenüber die Wahrscheinlichkeit, dass die Innovation eine höhere Chance hat, positiv evaluiert zu werden. Der Grund ist, dass bewährte Theorien sagen, wo man ansetzen muss und wie man es tun soll. So vermindert man das Risiko, dass man – wie man so schön sagt – auf dem „Holzweg“ ist.

Sydow: Damit kommt eine recht unangenehme Frage auf: Was ist Evidenz in der evidenzbasierten Medizin? Oder auch: Was genau ist Evidenz im evidenzbasierten Management? Beide haben im Deutschen wie im Englischen dasselbe Kürzel, nämlich EBM, aber auch dasselbe Problem: Wie steht es um die Evidenz, wie um die Validität und Reliabilität der qualitativen und quantitativen Methoden? Quantitative Forscher können vermeintlich sehr genau – methodisch abgesichert – sagen, was überzeugende Evidenz ist, aber was ist mit den qualitativen Forschern?

Was ist damit?

Sydow: Die qualitative Forschung arbeitet vor allem mit Fallstudien, aus der man teilweise sehr viel lernen kann, um zum Beispiel eine Interventionsstrategie oder bestimmte organisationale Prozesse zu gestalten. Bräuchte man nicht eine zweite oder dritte oder siebte Fallstudie mit viel mehr Probanden, um nicht nur qualitativ, sondern auch quantitativ messen zu können? Hier steht eine eher konventionelle gegen eine radikalere Auffassung, die beispielsweise von Starbuck (3) vertreten wird. Der wies schon vor Jahrzehnten darauf hin, dass vor allem einzigartige Fälle das wirklich Spannende seien, aus dem man etwas lernen könne. Und wenn man die aus ihnen entstehenden Erkenntnisse vernünftig und sorgfältig aufarbeitet, käme man auch zu einer neuen oder zumindest elaborierteren Theorie.

Wie kommen wir von der Versorgungsforschung zur theoriebildenden Versorgungswissenschaft?

Pfaff: Indem wir schon in der Ausbildung die Versorgungswissenschaft lehren und indem wir die empirische Versorgungsforschung auf ein theoretisches Fundament stellen und einen kritischen Blick auf die Gesundheitsversorgung werfen. Letzteres haben wir bisher vielleicht zu wenig getan.

Weil man potenzielle Nestbeschmutzer eben nicht gern sieht.

Pfaff: Das ist so. Ein wesentliches Ziel der Versorgungsforschung ist die Optimierung der medizinischen Versorgung. Diese verbesserungsorientierte Zielsetzung hat dazu beigetragen, dass die Versorgungsforschung als Fach an den medizinischen Fakultäten anerkannt und allmählich etabliert wurde. Das war nicht selbstverständlich. In meiner Bezugsdisziplin, der Medizinsoziologie, wurden – so meine etwas gewagte These – in der Vergangenheit die eher kritischen Lehrstühle nach der Emeritierung der Lehrstuhlinhaber:innen an den medizinischen Fakultäten nicht mehr wiederbesetzt.

Da war die Versorgungsforschung vorsichtiger.

Pfaff: Ja, auf jeden Fall. Der dadurch erzielte Erfolg ging jedoch bisher zumindest zulasten eines kritischen Blicks. Das beginnt sich zu ändern. Die Versorgungsforschung benötigt dazu auf lange Sicht auch Macht- und Konflikttheorien, die einen kritischen Blick auf die Versorgungsstrukturen und die ihnen zugrundeliegenden Machtkonstellationen werfen.

Wo kann Versorgungsforschung vor allem Theorien entleihen?

Pfaff: Wenn man als Versorgungsforschende Krankenhäuser oder Arztpraxen untersucht, benötigt man Organisations- und Managementtheorien, um erklären zu können, was in diesen Organisationen passiert und wie diese Organisationen handeln.

Herr Professor Sydow, Sie sind eigentlich Versorgungsforscher, ohne es zu wissen.

Sydow: Was man alles werden kann. Auf jeden Fall bin ich jemand, der vom Einzelfall lernen kann. Das Problem dabei ist: Man muss wissen, dass es sich um einen Einzelfall handelt, von dem man generalistische Argumente ableiten kann, von deren empirischer Tragweite man vielleicht noch gar nichts weiß. Dafür braucht man dann eben mehr Einzelfälle: 7, 8, 9 oder vielleicht auch mal 70 und entsprechende Methoden, die mit qualitativen Daten in größerer Menge umgehen können.

Pfaff: Auf der Basis solcher Einzelfallanalysen könnten doch dann auch Erkenntnisse gewonnen werden, die zur Entwicklung oder Optimierung von Theorien genutzt werden können?

Sydow: Auf alle Fälle. Auf diese Weise entstehen Theorien, viel eher als zum Beispiel durch quantitative Studien. Ich würde fast dazu neigen, zu sagen, dass man mit quantitativer Forschung eigentlich gar keine Theorieentwicklung betreiben kann. Man kann aber sehr wohl so etwas wie Theorietesting oder – vielleicht besser – Theorielaboration betreiben. Damit wird beispielsweise einem bestehenden Variablenset noch eine weitere Variable hinzugefügt, die – warum auch immer – auf

„Die Versorgungsforschung benötigt dazu auf lange Sicht auch Macht- und Konflikttheorien, die einen kritischen Blick auf die Versorgungsstrukturen werfen.“

Prof. Dr. Holger Pfaff

einmal relevant geworden ist. Doch wird man auf diese Art und Weise richtig grundlegende Fragen nicht angehen können.

Das gilt doch im Endeffekt auch für die Betriebswirtschaftslehre.

Sydow: Stimmt. Auch wir sitzen zwischen den Stühlen. Ich beneide die Mediziner, die ihre

Patient:innen noch direkt neben oder vor sich sitzen oder liegen haben. Stellen Sie sich vor, bei uns am Schreibtisch würde immer gleich eine Unternehmer:in, Arbeitnehmer:in oder Gewerkschafter:in sitzen, da wird es im Büro schnell voll. Spaß beiseite: Betriebswirtschaft ist vom Prinzip her wie Versorgungsforschung eine anwendungsorientierte Wissenschaft, die Theoriebildung nicht für sich betreibt, sondern als Werkzeuge oder Instrument zur Gewinnung überlegenerer Erkenntnisse begreift. Das gilt umso mehr, wenn wir von der organisationsbezogenen Versorgungsforschung sprechen, die beide Wissenschaftsrichtungen mehr oder weniger in sich vereint – mit dem Positivum, das auf einmal Betriebswirte – die Spezies, der ich mich zugehörig fühle – mit der Versorgungsforschung kommunikationsfähig macht.

Weil es um Organisationen und um das Organisieren von Versorgungsprozessen und -ketten geht.

Sydow: In den angelsächsischen Ländern gibt es einen erheblichen Teil der Management- und Organisationsforschung, die aus rein ökonomischen Gründen im Gesundheitssektor agiert. Denn in den USA stellt dieser nicht nur den größten Dienstleistungssektor dar, sondern auch jenen, in dem die meisten gesellschaftlichen Probleme entstehen und auch bewältigt werden müssen. Die betriebswirtschaftliche bzw. interdisziplinäre Management- und Organisationsforschung muss sich dort mit dem Sektor beschäftigen. Aber hier in Deutschland hinken wir – wie so oft – hinterher.

Auch deshalb, weil wir hierzulande nicht an Gesundheitssystemvergleiche glauben.

Sydow: Sicher ist in Deutschland vieles einzigartig und lässt sich mit dem National-Health-Service in Großbritannien oder der weitgehend privatisierten oder auch netzwerkförmig organisierten Gesundheitswirtschaft in den USA schwer vergleichen. Das ist nun einmal so, gilt aber im Prinzip für viele andere Branchen auch, bildet aber gerade auch deshalb wiederum einen interessanten eigenen Forschungskontext: für die Lehre vom internationalen Management. Mit der mehr und mehr aufkommenden Ökonomisierung werden immer mehr auch deutsche Betriebswirt:innen die Gesundheitswirtschaft hierzulande für sich entdecken und sich in deren Erforschung einbringen. Das dauert vielleicht noch ein wenig, wird aber kommen. Wie schon jetzt in angelsächsischen Ländern sichtbar: Dort ist es einer wissenschaftlichen Karriere überhaupt nicht abträglich, wenn man diese im Gesundheitssektor aufbaut und dennoch eine angesehene Management- oder Organisationsforscher:in wird, ohne sich gleich Versorgungsforscher:in zu nennen.

Herr Professor Sydow, was kann die Versorgungsforschung ganz speziell aus Ihrem Wissensgebiet der Management- und Organisationswissenschaft lernen?

Sydow: Das Label der „organisationsbezogenen Versorgungsforschung“ ist genau richtig. Das ist gleichsam eine Einladung zum

Dialog für die Management- und Organisationsforschung, gemeinsam mit der Versorgungsforschung all die Theoriefragen zu reflektieren, die in unserem Wissenschaftsfeld zuhauf diskutiert werden. Wenn man sich aus einem ganzen Strauß möglicher Theorien vielleicht nur ein Dutzend herausucht, von dem man annimmt, dass sie anwendbar wären, wäre man auf alle Fälle weiter als jetzt und würde als Versorgungsforscher:in vielleicht auch mehr sehen, als man bisher gesehen hat.

Welche Theorie läge Ihnen am Herzen?

Sydow: Sehr gut in der disziplinübergreifenden Kommunikation anzuwenden ist beispielsweise die Theorie sozialer Praxis in ihren verschiedenen Ausprägungen (4). Ein weiteres probates Beispiel ist auf alle Fälle der „soziologische Neoinstitutionalismus“ (5), der in der Management- und Organisationsforschung den „ökonomischen Institutionalismus“ (6) abgelöst hat. Dieser geht auf Oliver Williamson, der in den 1980er- und 1990er-Jahren mit seiner Transaktionskostentheorie insbesondere in Deutschland eine hohe Bedeutung erlangt hat, weil man meinte, damit erstmalig Personal- und Organisationsprobleme mit ökonomischen Ansätzen beforschen zu können. Das war im Ausland eher weniger üblich, weil man sich hierzu Ansätzen aus der Psychologie oder Soziologie bediente. Andererseits gibt es manche Institutionalisten, die auch von einem „Practice-driven Institutionalism“ (7) sprechen, der konsequenterweise versucht, die diversen Ansätze zusammenzuführen, wodurch wiederum die rein ökonomischen Ansätze in der Management- und Organisationsforschung ziemlich verdrängt worden sind.

Pfaff: Wobei damit eher wieder die Soziologie am Zuge ist.

Sydow: Auf jeden Fall. Die großen Namen sind hier Pierre Bourdieu, Anthony Giddens und Theodore Schatzki. Sehr zu empfehlen ist hier das Buch „Practice Theory, Work and Organization“ von Davide Nicolini (4). Dieses zeigt die Verwendungsmöglichkeiten von Theorien sozialer Praxis für die Management- und Organisationsforschung und demonstriert diese sehr schön am Beispiel von Untersuchungen im medizinischen Bereich.

Bitte führen Sie die Praxistheorie etwas genauer aus.

Sydow: Die Praxistheorie basiert auf einer auf den ersten Blick hin recht schlichten Idee: Man untersucht immer wiederkehrende Handlungen von Praktiker:innen, fragt sich, wie diese es hinbekommen, nicht nur zu handeln, sondern dass das bei entsprechender Wiederholung nach einer Routine aussieht, die als solche auch erkennbar ist? Im Englischen nennt man das „Effortful Accomplishment“. Damit stellt man auf die Kompetenz und Fähigkeit von Handelnden – individuellen wie



Prof. Dr. Jörg Sydow hat seit Oktober 1995 die Professur für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre an der Freien Universität Berlin inne. Seine Forschungsinteressen: Neue Organisationsformen; strategische Unternehmenskooperation; Outsourcing und Insourcing; Unternehmensvernetzung, speziell im Dienstleistungs-, Medien- und Hochtechnologiebereich; Projekt-, Innovations- und Technologiemanagement; Human Resource Management unter besonderer Berücksichtigung neuer Ansätze einer Arbeitskräftewirtschaft; Industrielle Beziehungen; internationales Management; Management- und Organisationstheorie.

kollektiven Akteuren – ab, sich entsprechender Praktiken zu bedienen und diese in und durch ihr Handeln entweder mehr oder weniger zu reproduzieren und ggf. gar zu transformieren. Was bei einzelnen Praktiker:innen recht einfach aussieht, wird bei kollektiven Akteuren wie Organisationen oder gar interorganisationalen Netzwerken mit ihren hochkomplexen Strukturen schon schwieriger. Gleichwohl muss man auch hier – will man zum Beispiel Qualität messen – genau betrachten, wie es die in der Organisation oder im Netzwerk zu findenden Strukturen ermöglichen, das „alltäglich Wiederkehrende“ genau so zu tun und zu machen, dass schlussendlich eine gute Leistung – Performanz – herausbekommt.

Pfaff: Die Praxistheorie könnte zum Beispiel erklären, weshalb unser Gesundheitssystem so träge ist und weshalb in Versorgungsorganisationen Innovationen so schwer zu implementieren sind. Jede Neuerung muss gegen alte Praktiken ankämpfen, die anscheinend zum einen in Personen, aber zum anderen auch in Institutionen verwurzelt sind.

Hier Klarheit zu schaffen, funktioniert nur mit Hilfe von Befragungen und damit mit einem hohen Bias.

Sydow: Das einzige Wahre wäre hier ein ethnografischer Ansatz, in dem der Forscher oder die Forscherin – frei nach dem Motto „immerse yourself in the research-context“ möglichst tief in eine Organisation oder – noch anspruchsvoller – ein zu untersuchendes Organisationskollektiv eintaucht. Manche meiner Mitarbeiter:innen tun das, wobei derartiges Agieren interessant, aber auch mühsam, anspruchsvoll und natürlich völlig einzelfallartig ist. Die Gegenbewegung in Richtung Akteure mit ihren Interessen und Fähigkeiten ernster zu nehmen lässt sich auch in der Institutionentheorie verorten. Diese hat in den letzten zwei Jahrzehnten einen Gegenpol zur starken Orientierung auf Institutionen und Strukturen

entwickelt; einer Orientierung, die es früher im Institutionalismus gegeben hat. Ein für mich sehr überzeugendes Beispiel dieser Entwicklung innerhalb der Institutionentheorie, genauer sog. neo-institutionalistischen Ansätzen, stellt die Forschung dar, die man seit etwa zehn Jahren mit der „Institutionalisierungsarbeit“ umschreibt. Auf diese Weise kommen dann diese beiden Theorieströmungen – Praxis- und Institutionentheorie – wieder ein bisschen zusammen und – oh Wunder – auf einmal hat man so etwas wie den „Practice-driven Institutionalism“.

Pfaff: In dem, was sie beschreiben, spiegelt sich der Wettstreit zwischen Systemtheoretikern und Handlungstheoretikern wider.

Sydow: Das müssen Sie als Soziologe immer sagen. Das ist dasselbe

Spiel seit Jahrzehnten, wenn nicht sogar seit Jahrhunderten, wobei man in der Management- und Organisationsforschung und mittlerweile auch meinem Steckenpferd, der Netzwerkforschung, gelernt hat, sich nicht gegeneinander aufzustellen, sondern nach einer Synthese zu suchen. Das Stichwort hierzu heißt, Giddens folgend: Dualität statt Dualismus.

Herr Prof. Sydow, wie haben es denn die soziologischen Theorien geschafft, in der Betriebswirtschaftslehre die wirtschaftlichen Theorien an den Rand zu drängen?

Sydow: Für die Betriebswirtschaftslehre als Ganzes gilt das sicherlich nicht, aber bestimmt für die Management-, Organisations- und Netzwerkforschung. Ganz einfach: Durch eine realistischere Sichtweise auf Wirtschaft. Es geht eben in der Wirtschaft nicht um eine rein wirtschaftliche Gesetzmäßigkeit. Wirtschaft findet immer in einem sozialen, d.h. gesellschaftlichen Kontext statt. Das mag Ökonomen ärgern, aber man lernt über Wirtschaft mehr aus der Wirtschafts- und Organisationssoziologie als von der Mikroökonomie, weil sie näher dran ist an dem, was wirklich passiert: der Praxis.

Herr Professor Pfaff, das heißt doch im Endeffekt: Versorgungsforschung braucht einen Sichtwechsel, ein anderes Narrativ oder eine andere Brille, die uns allen hilft, noch mehr Mehrwert in die Versorgungsforschung hineinzubringen. Das wird uns doch gelingen, wenn schon die Betriebswirtschaftslehre, die als „Handlungswissenschaft“ bzw. „Handelwissenschaft“ immerhin auf das 17. bis 18. Jahrhundert zurückgeht, Anleihen bei der Soziologie nehmen kann, oder?

Pfaff: Das wird uns auch gelingen. Es ist nur ein Perspektivenwechsel nötig, der seine Zeit braucht. Es gibt immer mehr Publikationen, die zur Analyse von Versorgungssituationen bestimmte soziologische Theorien verwenden, wie zum Beispiel die strukturfunktionalistische Systemtheorie (Pfaff und Braithwaite 2020), den Ansatz von Bourdieu (Collyer 2018) oder die Ressourcenabhängigkeitstheorie (Ansmann et al. 2021). Damit dies in Zukunft systematischer geschieht, werden wir der bisher sehr guten Methodenausbildung in der Versorgungsforschung eine ebenso gute Theorieausbildung zur Seite stellen müssen, z. B. im Rahmen der Spring School des DNVF. Das wird unsere nächste Zukunftsaufgabe sein.

Sydow: In meiner Disziplin gab es vor rund zehn Jahren einen Diskurs über die Frage, warum wir eigentlich mit einem Museum an Theorien arbeiten, die in meinem Feld tatsächlich fast alle aus den 1970er-Jahren stammen. Aktuell gibt es die – zuweilen total lebhaft – Gegendebatte, weil wir uns in der Management- und Organisationsforschung darum streiten, was in den 2010er- und 2020er-Jahren unter Neoinstitutionalismus zu verstehen ist, der eben nicht mehr der Neoinstitutionalismus der 1970er-Jahre ist. Hier wird dann wieder stark die Institutionalisierungsarbeit in Stellung gebracht.

Das heißt, dass Ihr Fach Theorien aktiv diskutiert.

Sydow: Mit oft sehr interessanten Kontroversen. Dahinter steht dann oft auch die Frage: Wie lernt Wissenschaft eigentlich dazu?

Pfaff: Aber ebenso: Wo wird erarbeitetes Wissen jenseits von Fachbüchern langfristig abgespeichert? Meine Antwort auf diese rhetorische Frage wäre: in Theorien. Theorien sind gewissermaßen geronnenes Wissen. In ihnen wird Wissen abgespeichert und über Jahre und Jahrzehnte, oft gar über Jahrhunderte verfügbar gehalten. Denn Theorien veralten nicht, solange sie alle empirischen Tests in der Vergan-

genheit überstanden haben und immer noch als hilfreich erlebt werden. Man sollte sich in diesem Falle nicht scheuen, auf solche älteren, bewährten Theorien zurückzugreifen, obwohl ich zugegebenermaßen selbst Schwierigkeiten habe, Literatur aus den 70er- oder gar 50er-Jahren des vorigen Jahrhunderts zu zitieren.

Sydow: Eine meiner Postdocs, Dr. Carolin Auschra, arbeitet zurzeit bei uns an einem Projekt, das gesundheitliche Unterversorgung in Regionen Deutschlands erforscht – dies unter der Perspektive, dass das eigentliche Problem das einer sozialen Konstruktion ist. Sie arbeitet hier nicht zufällig mit einer Doktorandin aus der Soziologie zusammen. Und wir arbeiten hier mit der Theorie der „sozialen Konstruktion von Wirklichkeit“ (8) von Berger/Luckmann aus den 1960er-Jahren. Damit kann man versuchen zu erklären, wie es Akteuren über Jahre und Jahrzehnte gelingen kann, ein politisch relevantes Thema – heute sagt man gern Narrativ dazu – am Leben zu erhalten und zu befeuern, obwohl es eigentlich hierzulande keine echte Unterversorgung gibt.

Pfaff: Das ist hochinteressanter Ansatz, obwohl ich aus Sicht der Versorgungsforschung bei der Frage der Unterversorgung schon ein Fragezeichen setzen würde.

Sydow: Können Sie. Doch ist das, was man gemeinhin Unterversorgung bezeichnet oder als solche darstellt, in allererster Linie ein Verteilungs- und kein Verknappungsproblem. Auch hier kommt man schnell in tiefreichende ökonomische Fragestellungen, die man indes nicht mit Instrumenten der Betriebswirtschaft, sondern aus einer stärker sozialwissenschaftlichen und damit praxisrelevanteren Perspektive betrachten muss.

Pfaff: Der Ansatz, die Wirklichkeit als sozial konstruiert aufzufassen, kann sehr hilfreich sein, wenn man zum Beispiel erklären will, welche Funktionen Kommunikationsstrategien, Narrative und soziale Medien in der heutigen Gesundheitspolitik spielen.

Herr Prof. Sydow, Sie haben eben behauptet, es gebe keine Unterversorgung. Im Endeffekt lautet doch die Frage: Welche theoretische Brille setzt man auf, um auf welches Ergebnis zu kommen? Wenn Sie sagen, es gebe keine Unterversorgung, sondern vielleicht nur eine Fehlallokation oder Fehlverteilung, halten Versorgungsforscher entgegen, dass es sehr wohl unterversorgte Gebiete gibt, weil die nächst erreichbare Ärzt:in vielleicht 15 Kilometer entfernt ist.

Sydow: Es ist doch kein wirklich großes Problem, wenn eine Ärzt:in 15 Kilometer entfernt ist. Was ist mit dem Einsatz von Telemedizin, Fahrdiensten oder eines aufsuchenden Medibus? Bei hoher Professionalität ist die Distanz ja auch kein Thema. Man sieht jedoch hier sehr deutlich: Man kommt schnell in eine Debatte mit der Hauptfrage: Was ist eigentlich gute Versorgung? Bei der Debatte hilft es jedoch nicht, nur Fahrstreckendauer und -kilometer auszuwählen.

Bei der Aussage würde so mancher Kommunalpolitiker durch die sprichwörtliche Decke gehen, weil es ihm ein fast sakrosantes Anliegen ist, dass das nächste Krankenhaus – egal in welcher Qualität und Ausstattung – in maximal 20 Minuten erreichbar ist.

Sydow: Und in 15 Minuten mit einem Rettungshubschrauber, wenn es denn genug von ihnen gäbe.

Wenn man das Ganze empirisch angehen wollte, würde man einfach

die Bürger:innen fragen: Wie hätten Sie es denn gern? Nah und vielleicht schlecht oder fern und gut?

Sydow: Die Antwort liegt doch auf der Hand.

Sie sind sich einig, dass eine soziologische Brille im Bereich der Gesundheitsversorgung die am besten anzuwendende ist?

Sydow: Ja, das ist jedoch eine schreckliche Erkenntnis für einen Betriebswirt. Dabei darf die Sozialwissenschaft die Wirtschaft und deren Organisation allerdings auf keinen Fall aus dem Blick verlieren. Aber das passiert ja auch immer seltener.

Pfaff: In diesem Fall darf ich sagen: Was bin ich froh, dass ich von Haus aus Soziologe bin.

Nun wollen wir nicht andere Wissenschaftsgebiete und Teildisziplinen ganz verprellen, von denen man ähnlich Wertvolles lernen kann, wie etwa aus Medizin, Pflege, Psychologie oder Pharmazie. Welche Theorien aus diesem Gebieten würden die Versorgungsforschung weiterbringen?

Pfaff: In erster Linie ist hier die Psychologie gefragt, die viele nützliche Verhaltenstheorien bereithält. Ich behaupte, dass Versorgungsforschung nicht in erster Linie eine Gesundheitswissenschaft ist, sondern eine Verhaltenswissenschaft. Das zentrale Element der Gesundheitsversorgung ist das Verhalten, also das Verhalten von Menschen, Professionen, Teams und Versorgungsorganisationen.

Sydow: Wobei das Zusammenspiel auf Praktiken und damit der „Theorie der Praktiken“ basiert.

Pfaff: Dennoch braucht man Verhaltenstheorien, um das Verhalten der Akteure im Gesundheitssystem zu verstehen. Da hat die Psychologie einiges zu bieten, vor allem wenn es darum geht, Gesundheitsverhalten vorherzusagen und zu ändern. So zum Beispiel die „Theory of planned behavior“ oder das Vorgängermodell die „Theory of reasoned action“ (9), die beide empirisch gut belegt sind (10). Zu nennen wäre hier auch der Health Action Process Approach (HAPA), der von Ralf Schwarzer entwickelt wurde (11). Das HAPA-Modell macht übrigens recht gut deutlich, wie viele Bedingungen gegeben sein müssen, damit ein gesundheitsförderliches Verhalten auf Dauer etabliert werden kann. Diese Theorie konnte man gut anwenden, um zum Beispiel das Impfverhalten oder das Infektionsschutzverhalten der Bevölkerung während Corona erklären und vorhersagen zu können.

Gibt es weitere?

Pfaff: Natürlich. Zum Beispiel das „Transaktionale Stressmodell“ und das darauf fußende Coping-Modell des Psychologen Richard Lazarus (12).

Wie steht es um andere Fachgebiete?

Pfaff: Auch die Erziehungswissenschaftler haben relativ viele Theorien, wie zum Beispiel Sozialisationstheorien. Einen Überblick über diese gibt Koller (Koller 2009). Erziehungswissenschaftliche Erkenntnisse und Theorien sollten wir in der Versorgungsforschung vor allem

nutzen, wenn es darum geht, die Patient:innen zu empowern oder ihre Gesundheits- und Krankheitskompetenz zu steigern.

Das heißt: Die Fragestellung bestimmt die Theorie.

Sydow: Was sonst? Das Problem ist: Man muss eigentlich alle Theorien kennen, um zu wissen, bei welcher Fragestellung man sie einsetzen kann und vor allem: warum? Das ist natürlich ein hehrer Anspruch, der einem selbst im eigenen Fachgebiet nicht leicht fällt.

Pfaff: Vielleicht hilft eine erste grobe Einordnung: Wenn es um Gesundheitskompetenz geht, braucht man eine erziehungswissenschaftliche Theorie. Wenn ich Strukturen und Prozesse in Versorgungsorganisationen beschreiben und analysieren will, benötige ich Organisationstheorien. Wenn man die großen Zusammenhänge in den Blick nimmt, können soziologische Systemtheorien von Nutzen sein.

Sydow: Die Versorgungsforschung ist wahrscheinlich durch die Vielzahl der in ihr mitarbeitenden Wissenschaftsgebiete besonders gefordert, die eine Breite von Theorien mit sich bringen und die man alle verarbeiten könnte. Wenn man wollte!

Pfaff: Genau das tun wir zur Zeit im Forschungsbereich der organisationsbezogenen Versorgungsforschung (13). Doch werden wir auch hier an Grenzen stoßen, weil man die Fülle möglicher Theorien kaum in Forschung und Lehre wirklich sinnvoll unterbringen kann.

Genau darum hat „Monitor Versorgungsforschung“ einen Theoriebaukasten (14) ins Leben gerufen, in dem eine anwendbare Sammlung an Theorien für die Versorgungsforschung beschrieben werden soll.

Sydow: Das ist eine gute Idee. Wenn man Theorien nicht kennt, kann man auch nicht entscheiden, wie man sie einsetzen könnte.

Wichtig ist mir jedoch, dass die Theoriwahl nicht beliebig ist, sondern gut begründet auf ein Problem ausgerichtet sein muss. Doch sollte man auch wissen, dass es vor allem zwei Kategorien von Theorien gibt: Die einen erlauben einen etwas facettenreicheren Blick, die anderen einen scharfen.

Das wäre näher zu erklären.

Sydow: Ein Beispiel mal nicht aus dem Gesundheitsbereich: Beim Management von Organisationen ist es extrem wichtig zu schauen, dass man von den richtigen Partnern abhängig wird. Der Ansatz der Ressourcenabhängigkeit, ein Kind der 1970er Jahre, ist eine sehr scharfe Theorie, die – andere Aspekte damit ganz außenlassend – auf die Ressourcenabhängigkeit schaut: Wenn man sie angewandt hätte, als die damalige Bundesregierung die Energieabhängigkeit von Russland bei Kohle, Öl und Erdgas beschlossen und über Jahre manifestiert hat, hätten wir vielleicht heute nicht das Problem, das wir im Moment haben. Es kam doch nicht völlig überraschend, dass wir abhängig von Russland geworden sind.

Pfaff: Jede Theorie hat ihren Schwerpunkt und ihren Bias. So hat zum Beispiel die Ressourcenabhängigkeitstheorie von Pfeffer und Salancik aus dem Jahr 2003 den Bias, dass sie den Blick stark auf externe Ressourcen richtet und weniger zum Beispiel auf die interne Ressourcen.

„Wenn man Theorien nicht kennt, kann man auch nicht entscheiden, wie man sie einsetzen könnte.“

Prof. Dr. Jörg Sydow

Sydow: Diese Theorie ist wirklich stark gebiast, was aber natürlich an der Zeit liegt, in der sie erdacht und veröffentlicht wurde. In den letzten zwei oder auch drei Dekaden gab es zwar weiterhin Mergers & Acquisitions, aber auch viele Kooperationen, im Bereich der Forschung & Entwicklung, aber auch weit darüber hinaus. Mein Lieblingsbeispiel dafür ist Sematec (30), ein Halbleiter-Konsortium, das seit Jahrzehnten kooperativ internationale Halbleiterforschung und -entwicklung betreibt. So etwas wäre aus der Perspektive des Ressourcenabhängigkeitsansatzes oder auch der Transaktionskostentheorie gar nicht denkbar.

Pfaff: Darum lauten die Hauptfragen: Was untersuche ich gerade, welche Theorie liefert dazu welche Anhaltspunkte und eröffnet welche Chancen für neue Erkenntnisse? Man kann dazu viele konkrete Theorien durchgehen und prüfen, welche besonders in Frage kommt. Man kann auch versuchen, eine Metatheorie anzuwenden.

Sydow: Da bin ich aber mal gespannt.

Pfaff: Eine für mich zentrale Metatheorie ist die Handlungstheorie des Soziologen Coleman (15). Sie ermöglicht die Erklärung kollektiver Phänomene. Eine bestimmte Situation wird im ersten Schritt vom Akteur wahrgenommen und bewertet, der Akteur entscheidet sich im zweiten Schritt aufgrund der Situation für eine bestimmte Handlung. Die damit entstehende Handlung ist für den Einzelnen ein singulärer Akt. Im Kollektiv aggregieren sich die Einzelhandlungen im dritten Schritt jedoch zu einem kollektiven Phänomen. Diese Aggregation der Einzelhandlungen kann die Form einer einfachen Addition annehmen, wie z. B. bei einer politischen Wahl, oder dynamisch vonstatten gehen, wie z.B. beim Fall des Entstehens eines Autostaus. Ein Autofahrer interagiert durch seine Verhaltensentscheidungen – Gas geben, Bremsen, Spurwechsel, Bummeln etc. – immer mit vielen anderen Verkehrsteilnehmern und dadurch kann dann – ganz unbeabsichtigt – ein Autostau als kollektives Phänomen entstehen. Es handelt sich hier um eine Metatheorie, weil zur Erklärung jedes einzelnen Schritts unterschiedliche konkrete Theorien herangezogen werden können. Eine andere Metatheorie stellt die Systemtheorie dar. Das zu erklären würde jetzt aber zu weit führen.

Sydow: Bei der Systemtheorie drängt sich die spannende Frage auf: Luhmann I? Oder Luhmann II? Der späte Luhmann (16) hat sich scheinbar von der Betriebswirtschaftslehre entfernt, weil er von der Idee radikal Abstand nimmt, man könne wirklich soziale Systeme wie Organisationen oder manche Organisationskollektive steuern. Stattdessen setzt der späte Luhmann auf Selbstorganisationsprozesse oder Emergenz oder wie immer man das nennen mag. Diese Effekte sind aber total wichtig, wenn man einen realistischen Blick auf die wirtschaftliche Wirklichkeit nehmen will. Und Betriebswirtschaftslehre ist da oft traditionell nicht weit entfernt von den Ingenieurwissenschaften, in denen die Ansicht vorherrscht, man könnte eine Welt so bauen, wie sie sein sollte.

Pfaff: Dies nennt man dann „behavioral engineering“ nach Bolton und Ockenfels 2012.

Gibt es andere interdisziplinäre Forschungsfelder, die es mit dem

theoretischen Unterbau und dessen Nutzung besser als die Versorgungsforschung hinkommen?

Sydow: Die Management- und Organisationsforschung schreitet in der Theoriebildung enorm voran. Das ist auch gut so. Wir haben dafür viel stärker als die Versorgungsforschung mit dem Problem zu kämpfen, dass diese Forschung von manchen als zu stark theorieorientiert wahrgenommen wird. Was hilft es, so die Kritik, immer wieder die Grundlagenfragen zu stellen, zu hinterfragen und zu diskutieren, anstatt endlich mal zur praktischen Umsetzung zu kommen? Ich denke, beide könnten ganz gut voneinander lernen, wie man Praxis- und Theorieorientierung besser miteinander vereinen könnte. Wie das geht, zeigt zum Beispiel die angelsächsische Management- und Organisationsforschung, die sich seit Jahren viel entspannter als die deutsche Betriebswirtschaftslehre gegenüber der Anwendungsorientierung aufstellt und es sich darum auch leisten kann, theoretisch orientiert vorzugehen.

Wie geht man am besten an eine Forschungsfrage heran? Erst wird ein Forschungsgegenstand und die Forschungsfrage definiert, stellt die passende Theorie dazu und danach das passende Untersuchungsdesign oder umgekehrt?

Pfaff: In der Tat steht idealerweise zunächst die Forschungsfrage im Mittelpunkt, dann die dazu passende Theorie und danach erfolgt mit einem entsprechend guten Forschungsdesign der Test der aus der Theorie abgeleiteten Hypothese.

Doch leider kommen – wie bereits gesagt – Theorien in der empirischen Versorgungsforschung weniger als notwendig zur Anwendung. Das liegt auch daran, dass sich die Versorgungsforschung eng an die Medizin gekoppelt hat, was Vor- und Nachteile mit sich bringt.

Welche?

Pfaff: Die Vorteile liegen auf der Hand: Weil die Versorgungsforschung seit vielen Jahren der Medizin dabei hilft, Probleme zu lösen, fand sie ihren Platz, war zuerst geduldet, dann anerkannt und – Stand heute – durchaus etabliert. Das ist ein großer Erfolg. Nun kommt das Aber: Weil es sich bei den hier anfallenden Forschungsfragen meist um medizinische Fragestellungen handelt, geht es oft darum, eine medizinisch inspirierte Problemlösung, zum Beispiel eine medizinische Versorgungsinnovation, zu evaluieren. Dafür ist keine Theorie vonnöten. Man testet einfach mit einer randomisierten kontrollierten Studie oder einem anderen hochwertigen Design, ob die Idee gut ist und somit die Innovation wirksam ist.

Was passiert, wenn man eine Theorie nutzen würde?

Pfaff: Wer sauber arbeitet und saubere Methoden verwendet, bekommt ohne Theorie sachdienliche Hinweise darauf, welche Variablen tatsächlich Wirkung zeigen und welche weniger wirken. Wenn man im frühen Stadium der Forschungstätigkeit die Theoriebrille aufsetzen würde, sehe das Ergebnis etwas anders aus: Man würde mit Hilfe der Theorie erkennen, welche der Variablen aus der Vielzahl möglicher Variablen besonders relevant ist, anstatt – das ist jetzt sehr verallgemeinernd formuliert – einfach alle Variablen zu untersuchen, die in Frage kommen. Wenn man die Theoriebrille aufsetzt, hätte man zusätzlich die Chance, nicht nur die einzelne Variable zu sehen, sondern auch wie diese Variable mit anderen Variablen zusammenhängt.

Das heißt: Es gibt zwei Möglichkeiten, Theorien einzusetzen?

Pfaff: Theorien helfen uns einerseits, die Ursachen und Wirkungen einer Variablen vorauszusagen. Sie können uns aber auch helfen zu erkennen, wie diese Variable in das große Ganze eingebettet ist. Theorien können zudem genauso zur Erklärung von Phänomenen auf der Mikroebene des Gesundheitssystems, wie z.B. Ärzt:innen-Patient:innen-Interaktion, eingesetzt werden wie zur Erklärung von Phänomenen auf der Meso- und Makroebene, wie z. B. der Regulierung des Versorgungssystems durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Auf der Meso- und Makroebene können Organisationstheorien und Systemtheorien hilfreich sein. Hier kommt dann wieder die organisationsbezogene Versorgungsforschung und ganz zentral die Managementlehre ins Spiel.

Sydow: Man kommt in der Forschung immer ein ganzes Stück weit, wenn man – wie eben beschrieben – induktiv vorgeht und damit die Wirklichkeit der Praxis scheinbar für sich selbst sprechen lässt. Ich habe jedoch meine Zweifel, ob das wirklich funktioniert, weil eine streng induktive Vorgehensweise das Gegenteil der deduktiven Forschung ist. Kann es eine theoriefreie Beobachtung und Erfassung der Praxis und entsprechender Praktiken geben? Ich habe da so meine Zweifel. In meinem Fachgebiet wurde seit einigen Jahren ein Synthesebegriff entwickelt, den man abduktiv nennt und eine gesunde Mischung aus beiden meint und auf ein entsprechendes – iteratives – Vorgehen verweist. Ich bin überaus skeptisch, ob man theoriefrei auf die Wirklichkeit blicken kann, obwohl sich immer eine Grundfrage stellen wird: Lohnt es, von vorneherein eine Theorie zu nutzen oder verstellt eine zu scharf gewählte Theorie den Blick?

Zum Beispiel?

Sydow: Weil zum Beispiel die Theorie der Transaktionskosten je-

des Phänomen ausschließlich über Transaktionskosten erfasst, wird die Sichtweise verengt. Hilfreicher wäre es an der Stelle, mit einer weniger fokussierten Theorie zu arbeiten, sich inspirieren zu lassen und sich dann in einem induktiv-deduktiven Verfahren heranzutasten. Das kann man, wenn man mag, dann abduktiv nennen. Wichtig ist es zu erkennen, dass einerseits die Theorie und damit die Sichtweise, die man im Kopf hat, die Art und Weise beeinflusst, wie man die Wirklichkeit bzw. Praxis sieht, aber andererseits sich Wirklichkeit und Sichtweise wechselseitig konstituieren. Es handelt sich eben um einen rekursiven Prozess.

Braucht Versorgungsforschung eine eigene Metatheorie?

Sydow: Absolut. Eine solche Metatheorie hilft den Stand der Theoriediskussion und -anwendung zu reflektieren.

Pfaff: Wir bringen derzeit ein neues Lehrbuch heraus, indem es ein neues, großes Hauptkapitel gibt, das sich den Theorien in der Versorgungsforschung widmet.

Eine adaptive?

Pfaff: Im Lehrbuch werden vor allem die universal einsetzbaren Metatheorien im Zentrum stehen.

Es würde die Arbeit mancher Versorgungsforscher sicherlich erleichtern, wenn man eine Metatheorie formulieren und darstellen würde, wo, wann und warum welche Untertheorien eingesetzt werden sollten – freilich ohne sich mit einer Theorie den Blick zu verstellen.

Sydow: Ich rate hier meinen Doktorand:innen: Für welche Theorie ihr euch entscheidet, ist mir egal, ihr müsst die Wahl aber zum einen

Empfohlene Literatur

- Albarracín, D., Johnson, B.T., Fishbein, M., Muellerleile, P.A. (2001): Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: a meta-analysis. In: *Psychological Bulletin* 127 (1), S. 142.
- Ansmann, L., Baumann, W., Gostomzyk, J., Götz, K., Hahn, U., Pfaff, H. et al. (2019): DNVF-Memorandum III – Methoden für die Versorgungsforschung, Teil 4 – Konzept und Methoden der organisationsbezogenen Versorgungsforschung. Kapitel 1 – Definition und Konzept der organisationsbezogenen Versorgungsforschung. In: *Gesundheitswesen* 81 (3), e64-e71. DOI: 10.1055/a08620527.
- Ansmann, L., Vennedey, V., Hillen, H.A., Stock, S., Kuntz, L., Pfaff, H. et al. (2021): Resource dependency and strategy in healthcare organizations during a time of scarce resources: evidence from the metropolitan area of Cologne. In: *J Health Organ Manag* 35 (9), S. 211–227. DOI: 10.1108/JHOM-12-2020-0478.
- Blettner, M., Dierks, M.-L., Donner-Banzhoff, N., Hertrampf, K., Klusen, N., Köpke, S. et al. (2018): Überlegungen des Expertenbeirats zu Anträgen im Rahmen des Innovationsfonds. In: *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 130, S. 42–48. DOI: 10.1016/j.zefq.2018.01.004.
- Bolton, G.E., Ockenfels, A. (2012): Behavioral economic engineering. In: *Journal of Economic Psychology* 33 (3), S. 665–676. DOI: 10.1016/j.joep.2011.09.003.
- Coleman, J.S. (2000): *Foundations of social theory*. 3. Aufl.: Belknap Press of Harvard University Press.
- Collyer, F. (2018): Envisaging the healthcare sector as a field: moving from Talcott Parsons to Pierre Bourdieu. In: *Soc Theory Health* 16 (2), S. 111–126. DOI: 10.1057/s41285-017-0046-1.
- Fishbein, M. (1979): A theory of reasoned action: Some applications and implications. In: *Nebraska Symposium on Motivation* 27, S. 65–116.
- Koller, H.C. (2009): *Grundbegriffe, Theorien und Methoden der Erziehungswissenschaft: eine Einführung*: Kohlhammer. Online verfügbar unter <https://books.google.de/books?id=50ez5JMPQdUC>.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal, and coping*: Springer.
- Nöst, S., Miedaner, F., Beckmann, M., Exworthy, M., Götz, K., Hammer, A. et al. (eingereicht): To what extent does Health Services Research in Germany engage in Organisational Behaviour Research? A scoping review based on an analysis conference abstracts. OBHC Working Paper.
- Pfaff, H., Braithwaite, J. (2020): A Parsonian Approach to Patient Safety: Transformational Leadership and Social Capital as Preconditions for Clinical Risk Management-the GI Factor. In: *International journal of environmental research and public health* 17 (11).
- Pfaff, H., Schmitt, J. (2021): The Organic Turn: Coping With Pandemic and Non-pandemic Challenges by Integrating Evidence-, Theory-, Experience-, and Context-Based Knowledge in Advising Health Policy. In: *Frontiers in public health* 9, S. 1607. DOI: 10.3389/fpubh.2021.727427.
- Pfeffer, J., Salancik, G.R. (2003): *The external control of organizations: A resource dependence perspective*. Stanford business classics: Stanford Business Books.
- Rossmann, C. (2021): *Theory of reasoned action - theory of planned behavior*. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Baden-Baden: Nomos (Konzepte Ansätze der Medien- und Kommunikationswissenschaft, Band 4).
- Schwarzer, R. (2004): *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie*. 3., überarbeitete Auflage. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe Verlag.

gut vor dem Hintergrund des Standes des Theoriediskurses, zum anderen problemangepasst begründen können. Doch jetzt kommt ein ganz entscheidender Punkt: Die Wahl der Theorie muss dabei gerade auch vor dem Blick einer möglichen Metatheorie Bestand haben und darf nicht zu einseitig zum Beispiel ein bestimmtes Handlungs- und Strukturproblem angehen.

Können wir uns darauf einigen, eine Metatheorie zu formulieren?

Pfaff: Sie werden immer gleich so konkret, Herr Stegmaier. Wir arbeiten daran, aber das ist nicht so einfach.

Sydow: Ich fürchte, dass sich die Versorgungsforschung dieser Theoriearbeit nicht länger verweigern darf. Hier kommen wir wieder zum Innovationsfonds, der mit Milliarden an Fördergeldern sehr anwendungsorientiert vorgeht und eine völlig neue, sehr eng getaktete Forschungslandschaft geschaffen hat. Anwendungsorientierung und die damit oft einhergehende zeitliche Beschränkung führt dazu, dass viele Projekte mit hohem bürokratischen Aufwand in relativ kurzer Zeit abgearbeitet werden. Damit wird nicht gerade ein institutioneller Rahmen für eine stärkere Theorieorientierung in der Versorgungsforschung geschaffen.

Wäre es nicht ein erster Schritt, wenn künftig in allen Anträgen für den Innovationsfonds zwangsweise ein Kapitel theoretische Begründung eingeführt würde?

Pfaff: Ähnliches hat der frühere Expertenbeirat des Innovationsfonds in dem schon erwähnten Aufsatz (17) gefordert. Ausgehend von unseren Erfahrungen als Gutachter der Projektanträge haben wir die Mindestforderung aufgestellt, dass wenigstens Wirkmodelle in den Anträgen verwendet werden sollten. Noch besser wäre es, wenn statt Wirkmodellen etablierte Theorien Ausgangspunkt einer Intervention wären. Mit diesem theoriegeleiteten Vorgehen würde man die Erfolgswahrscheinlichkeit einer Intervention stark erhöhen.

Sydow: Die Frage, die sich sofort anschließt, lautet: Wie ernst wird das wirklich genommen? Was hilft es, wenn Theorie eine bloße Pflicht-

übung wird, weil man sie in der Begutachtung und Evaluation erwartet? Dazu eine Fußnote: Der Neoinstitutionalismus hat – für mein Fachgebiet, die Betriebswirtschaftslehre, außerordentlich wichtig – schon immer auf die mögliche Entkopplung von Substanz und Symbolik hingewiesen. Zielführender wäre es auf jeden Fall, wenn man versuchen würde, Theorien in der Forschung zu einem nutzbringenden Einsatz zu

verhelfen. In meiner Disziplin wurde das schon lange vor allem in den angelsächsischen Ländern erkannt. Nun wäre dieser Ansatz auch bei der Forschung für das Gesundheitswesen wichtig, was auch die Substanz der Forschung befördern würde.

Pfaff: Das wäre auf jeden Fall ein Fortschritt. Aber das wird ein langer Prozess, den man erst einmal starten muss.

Solange Theorie nicht explizit gefordert wird, wird sich die Arbeit doch keiner machen.

Sydow: Richtige Wissenschaftler:innen würden das schon tun. Wir sind bei einem Punkt angelangt, den man wirklich ernst nehmen muss: Die institutionellen Voraussetzungen für eine theoriegetriebene Forschung sind in der Versorgungsforschung nicht gerade günstig. Oder mit Blick auf die vielen Fördermillionen des Innovationsfonds ausgedrückt: Die Verlockungen sind riesig, sich harte Theoriearbeit zu sparen, wenn sie nicht explizit und ernsthaft gefordert wird.

Die Herren Professore, danke für das Interview. <<

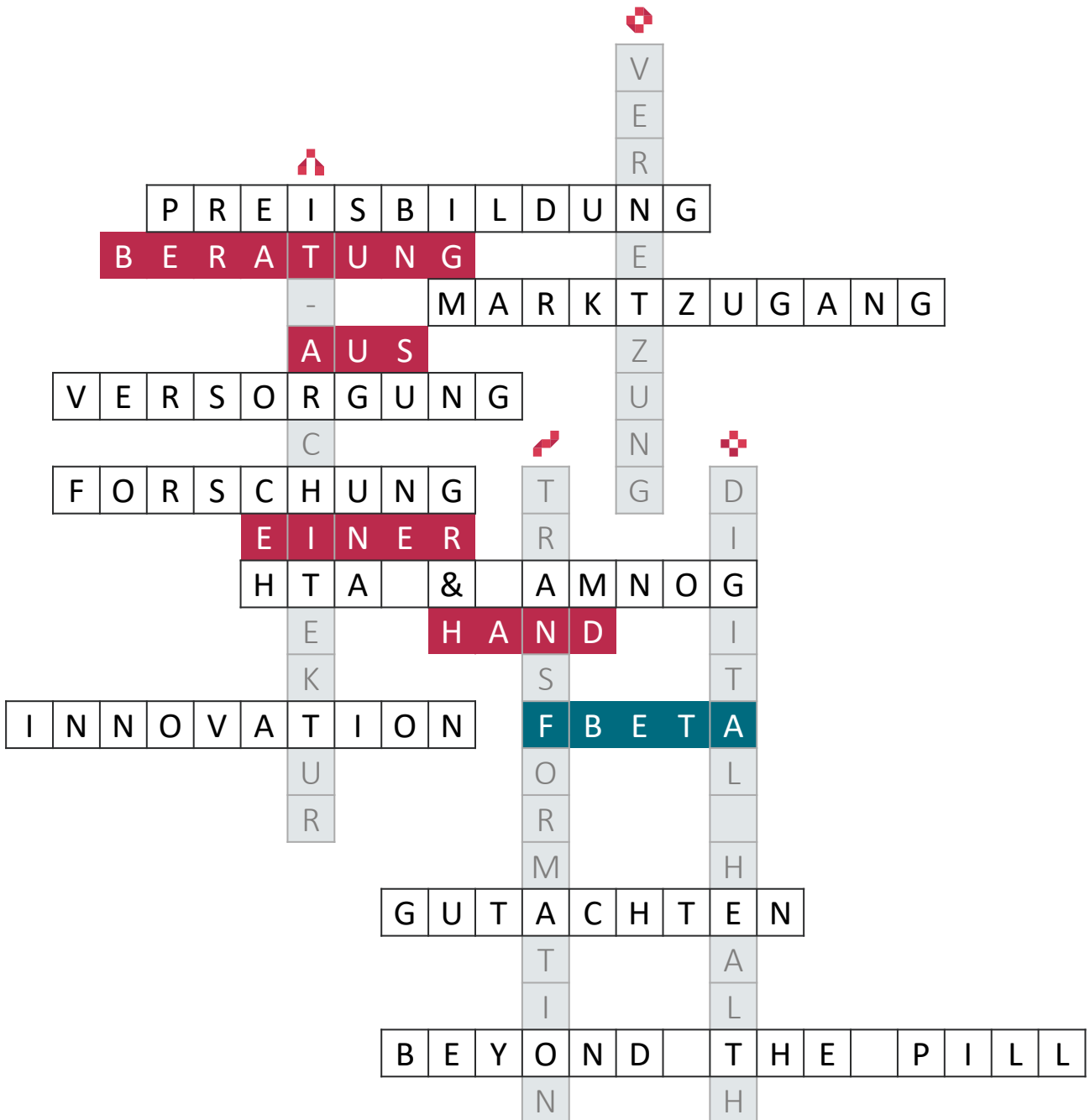
Das Gespräch führten MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Zitationshinweis

Pfaff et al.: „Das Fundament der Wissenschaft ist die theoretische Fundierung“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/22), S. 12-22. <http://doi.org/10.24945/MVF.04.22.1866-0533.2420>

Literaturstellen im Interviewtext

- 1: https://www.bundeskartellamt.de/SharedDocs/Publikation/DE/Sektoruntersuchungen/Sektoruntersuchung_Krankenhaeuser.pdf?__blob=publicationFile&v=3
- 2: Pfaff, H.; Schmitt, J. (2021): The Organic Turn: Coping With Pandemic and Non-pandemic Challenges by Integrating Evidence-, Theory-, Experience-, and Context-Based Knowledge in Advising Health Policy. I
- 3: Starbuck, W.H. (1992). Learning by Knowledge- Intensive Firms. In: Journal of Management Studies 29(6), S. 713-740
- 4: Nicolini, D. 2012. Practice Theory, Work, and Organization. Oxford: Oxford University Press.
- 5: Hasse, R., Krücken, G. (2015). Neo-Institutionalismus. Transkript. Bielefeld.
- 6: Williamson, O. (2015). The Economic Institutions of Capitalism. Firms, Markets, Relational Contracting. Free Press. New York.
- 7: Smets, M., Aristidou, A., & Whittington, R. (2017). Towards a practice-driven institutionalism. In Greenwood, R., Oliver, C. Lawrence, T. B., & Meyer, R. E. (eds.). The Sage Handbook of Organizational Institutionalism. 2nd ed. London: Sage, 365–391.
- 8: Berger, P.L., Luckmann, T. (1966). The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge. New York: Anchor Books.
- 9: Fishbein (1979)
- 10: Albarracin et al. (2001); Rossmann (2021)
- 11: Schwarzer (2004)
- 12: Lazarus und Folkman (1984)
- 13: Ansmann et al. (2019)
- 14: <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Theoriebaukasten>
- 15: Coleman (2000)
- 16: Luhmann, N. (1984). Soziale Systeme: Grundriss einer allgemeinen Theorie. Suhrkamp. Frankfurt.
- 17: Blettner et al. (2018)



Beratung im Gesundheitswesen

-  Healthcare Research & Market Access
-  Digital Health
-  Health Information Exchange
-  Technology & Architecture
-  Digital Transformation



**Healthcare Research
Market Access**

Hans-Holger Bleß

Partner
 holger.bleß@fbeta.de
 fbeta GmbH
 Akazienstraße 31
 D-10823 Berlin



MVF-Fachkongress „Quo vadis Impfquote?“ am 30. Juni 2022

Health Literacy „Schlüssel für ein gesundes Leben“

Bei den letzten beiden MVF-Fachkongressen „Impfstatus 2021“ und „Impfstatus 2022“ wurde immer wieder ein SGB-V-Paragraf genannt, der geeignet sein könnte, die Impfquoten generell zu erhöhen. Doch gibt es derzeit bundesweit keinen einzigen Vertrag dieser Art zwischen Kassen und Ärzteschaft. Warum das so ist und was man tun kann, dies zu ändern, dem ging der MVF-Fachkongress „Quo vadis Impfquote?“ nach, der am 30. Juni 2022 online stattfand.

Ruppel: Anspruch auf Impfung heißt nicht Anspruch auf Vertrag

>> Haben Patient:innen und Gesundheitseinrichtungen einen Anspruch auf Abschluss von Verträgen zur Impfstoffversorgung nach § 132e SGB V? Und was passiert, wenn derartige Versorgungsverträge nicht zur Verfügung stehen? Diese beiden Fragen stellte Dr. jur. Dr. rer. med. Thomas Ruppel von der Lübecker Kanzlei für Medizinrecht und Gesundheitsrecht an den Anfang seines Vortrags, der auf ein kleines Proseminar Jura hinauslief.

Dazu verortete Ruppel den § 132e SGB V im Regelungsgefüge des Krankenversicherungsrechts: Im 3. Kapitel des SGB V sei das Leistungsrecht, im 4. Kapitel das Leistungserbringungsrecht geregelt. Nun stünde im 3. Kapitel in § 20i Abs. 1, 2 SGB V, dass Versicherte einen Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen im Sinne des § 2 Nr. 9 des Infektionsschutzgesetzes haben. Doch dürfe das hier Geschriebene aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nur als „Rahmenrecht“ verstanden werden, das durch die wesentlich detaillierteren Regelungen im 4. Kapitel – im § 132e SGB V – näher ausgeführt werde. Maßgeblich für die Reichweite des Anspruches von Patient:innen auf Schutzimpfungen und von Patient:innen und Gesundheitseinrichtungen auf Abschluss von Verträgen zur Impfstoffversorgung sei daher das, „was hinten stehe“. Dies gelte übrigens für alle Leistungsarten, ob Krankenhausleistungen, Care- und Casemanagement, Heilmittel oder Schwangerschaftsleistungen und eben auch Schutzimpfungen.

Der Anspruch der Patient:innen auf Schutzimpfungen würde durch die Schutzimpfungsrichtlinie (SI-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) weiter konkretisiert. Nach dieser hätten „Versicherte Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf der Grundlage der Empfehlungen der STIKO in Anlage 1 zu dieser Richtlinie aufgenommen wurden.“ Damit sei der Anspruch der Versicherten auf Schutzimpfungen bestimmt.

§ 20i Abs. 1, 2 SGB V (3. Kapitel) im Auszug¹

- (1) Versicherte **haben Anspruch** auf Leistungen für Schutzimpfungen im Sinne des § 2 Nr. 9 des Infektionsschutzgesetzes, dies gilt unabhängig davon, ob sie auch entsprechende Ansprüche gegen andere Kostenträger haben. ...

§ 132e SGB V (4. Kapitel) im Wortlaut²

- (1) Die Krankenkassen oder ihre Verbände **schließen** mit Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärzten, Einrichtungen mit ärztlichem Personal, deren Gemeinschaften, den obersten Landesgesundheitsbehörden oder den von ihnen bestimmten Stellen, Verträge über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20i. Als Gemeinschaften im Sinne des Satzes 1 gelten auch Vereinigungen zur Unterstützung von Mitgliedern, die Schutzimpfungen nach § 20i durchführen. Es sind insbesondere Verträge abzuschließen mit
1. den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten oder deren Gemeinschaften,
 2. den Fachärzten für Arbeitsmedizin und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder deren Gemeinschaften und
 3. den obersten Landesgesundheitsbehörden oder den von ihnen bestimmten Stellen.

In Verträgen mit den Fachärzten für Arbeitsmedizin, Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ und sonstigen Ärzten, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder deren Gemeinschaften sind insbesondere Regelungen zur vereinfachten Umsetzung der Durchführung von Schutzimpfungen, insbesondere durch die pauschale Bereitstellung von Impfstoffen, sowie Regelungen zur vereinfachten Abrechnung, insbesondere durch die Erstattung von Pauschalbeträgen oder anteilig nach den Versichertenzahlen (Umlageverfahren) vorzusehen. In Verträgen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden oder den von ihnen bestimmten Stellen sind insbesondere folgende Regelungen vorzusehen:

1. Regelungen zur Förderung von Schutzimpfungen durch den öffentlichen Gesundheitsdienst,
2. Regelungen zur vereinfachten Umsetzung der Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20 Absatz 5 Satz 1 und 2 des Infektionsschutzgesetzes, insbesondere durch die pauschale Bereitstellung von Impfstoffen, soweit die Krankenkassen zur Tragung der Kosten nach § 20 Absatz 5 Satz 3 des Infektionsschutzgesetzes verpflichtet sind,
3. Regelungen zur vereinfachten Erstattung der Kosten nach § 69 Absatz 1 Satz 3 des Infektionsschutzgesetzes, soweit die Krankenkassen zur Tragung der Kosten nach § 20 Absatz 5 Satz 3 und 4 des Infektionsschutzgesetzes verpflichtet sind und die Länder die Kosten vorläufig aus öffentlichen Mitteln bestreiten, insbesondere durch die Erstattung von Pauschalbeträgen oder anteilig nach den Versichertenzahlen (Umlageverfahren) und
4. Regelungen zur Übernahme der für die Beschaffung von Impfstoffen anfallenden Kosten des öffentlichen Gesundheitsdienstes durch die Krankenkassen für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr aus Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Versicherungsgemeinschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung zum Zeitpunkt der Durchführung der Schutzimpfung noch nicht festgestellt ist und die nicht privat krankenversichert sind.

Einigen sich die Vertragsparteien nach Satz 1 nicht innerhalb einer Frist von drei Monaten nach einer Entscheidung gemäß § 20i Absatz 1 Satz 3 oder nach Erlass oder Änderung der Rechtsverordnung nach § 20i Absatz 3 Satz 1, legt eine von den Vertragsparteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den jeweiligen Vertragsinhalt fest. Einigen sich die Vertragsparteien nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die Vertragsschließende Krankenkasse oder für den Vertragsschließenden Verband zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Endet ein Vertrag nach Satz 1 oder endet eine Rahmenvereinbarung nach § 20i Absatz 3 Satz 3 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung, so gelten seine oder ihre Bestimmungen bis zum Abschluss eines neuen Vertrages oder bis zur Entscheidung der Schiedsperson vorläufig weiter.

- (2) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung meldet bis zum 15. Januar eines Kalenderjahres den Bedarf an saisonalen Grippeimpfstoffen auf Grundlage der durch die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte geplanten Bestellungen an das Paul-Ehrlich-Institut. Das Paul-Ehrlich-Institut prüft den nach Satz 1 übermittelten Bedarf unter Berücksichtigung einer zusätzlichen Reserve von 10 Prozent, in den Jahren 2020 und 2021 von 30 Prozent, durch Vergleich mit den nach § 29 Absatz 1d des Arzneimittelgesetzes mitgeteilten Daten von Inhabern der Zulassungen von saisonalen Grippeimpfstoffen bis zum 15. März eines Kalenderjahres. Die Prüfung nach Satz 2 erfolgt im Benehmen mit dem Robert Koch-Institut. Das Ergebnis der Prüfung teilt das Paul-Ehrlich-Institut unverzüglich der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Inhabern der Zulassungen von saisonalen Grippeimpfstoffen mit.
- (3) Die Inhaber von Zulassungen von saisonalen Grippeimpfstoffen melden die voraussichtlichen Preise für Grippeimpfstoffe für die kommende Impfsaison bis spätestens zum 1. März eines Jahres an die Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- (4) **In den Verträgen nach Absatz 1 ist eine Erhöhung der Impfquoten für die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfohlenen Schutzimpfungen anzustreben.**

QUO VADIS IMPFQUOTE?

Wunsch und Realität des § 132e Abs. 4 SGB V



Dr. jur. Dr. rer. med. Thomas Ruppel, Kanzlei für Medizinrecht und Gesundheitsrecht, Lübeck

Nun dürfe man laut Ruppel leider den hier manifestierten Anspruch auf Impfungen als solche und deren Erstattung durch die GKV, nicht mit einem Anspruch auf den Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 132e SGB V verwechseln. Ruppel: „Was hilft einem Versicherten denn ein Anspruch auf Impfung, wenn er vielleicht niemanden hat, der ihn impft, oder die Einrichtung, die impfen will, keinen Vertragspartner findet?“

Denn die Krankenkassen dürften nun einmal nicht selbst impfen, sondern müssen diesen Anspruch der Patient:innen durch Verträge mit Gesundheitseinrichtungen einlösen. Zu untersuchen sei daher, ob Patient:innen und/oder Gesundheitseinrichtungen einen Anspruch auf Abschluss dieser Versorgungsverträge hätten.

Ruppel verwandte dafür die juristische Methodik der Auslegung, um die Aussagekraft des § 132e SGB V als maßgebliche Vorschrift zu untersuchen. Der Wortlaut helfe hier schon weiter, so Ruppel. Dieser regele in Abs. 1, Satz 1, dass Krankenkassen oder ihre Verbände mit Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärzten, Einrichtungen mit ärztlichem Personal, deren Gemeinschaften, den obersten Landesgesundheitsbehörden oder den von ihnen bestimmten Stellen, Verträge über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20i SGB V schließen. Ruppel: „Das Verb ‚schließen‘ ist für den Juristen eine ganz

klare Ansage. Da steht nicht, ‚Kassen können schließen, wenn sie Lust haben oder wenn Geld übrig ist.‘“ Auch die teleologische Auslegung – die nach dem Sinn und Zweck der Norm – zeige eindeutig in diese Richtung. Denn im vierten Absatz von § 132e SGB V stehe kurz und bündig: „eine Erhöhung der Impfquoten ist anzustreben“. Was der Jurist als „einen ganz seltenen Fall“ bezeichnet, dass das, was der Gesetzgeber wollte, in einer Norm so ausdrücklich geschrieben steht, denn, so Ruppel: „Viel eindeutiger kann der Gesetzgeber gar nicht mehr schreiben, was er will.“

Die in § 132e Abs. 1, Satz 2 SGB V genannten Leistungserbringer hätten einen durchsetzbaren Anspruch auf Abschluss eines Vertrages, nicht jedoch die in Abs. 1, Satz 1 weiteren genannten Einrichtungen mit ärztlichem Personal.

Aus der historischen Auslegung der Norm – das heißt aus den Gesetzgebungsmaterialien – ergäbe sich zudem auch, dass der Gesetzgeber keinen Anspruch von Patient:innen auf Abschluss von Versorgungsverträgen schaffen wollte. Ruppel: „Ich habe alles durchwühlt und nach allen Arten ausgelegt, doch an keiner Stelle hat der Gesetzgeber darüber nachgedacht, dass ein Versicherter beispielsweise das Sozialgericht anrufen und Krankenkassen zwingen könnte, einen Versorgungsvertrag mit einem bestimmten ärztlichen Leistungserbringer abzuschließen.“

Demnach haben Versicherte zwar einen Anspruch auf Impfung an sich, jedoch keinen Anspruch darauf, dass Krankenkassen oder deren Verbände mit Gesundheitseinrichtungen Verträge abschließen mit dem Ziel, die Impfquote zu erhöhen; oder auch nur, dass es überhaupt genug impfbereite Ärzte gibt, die den per Gesetz formulierten Anspruch auf Impfung erfüllen könnten.

Soweit die Krankenkassen nicht genügend Verträge mit Gesundheitseinrichtungen schließen, komme jedoch ein Anspruch auf Kostenerstattung bei sogenanntem Systemversagen in Betracht. Die Patient:in beschafft sich die Leistung selbst und erhält dann ihren Aufwand von der Krankenkasse erstattet (§ 13 Abs. 3 SGBV). Klassisches Beispiel dafür ist nach Ruppel die Psycho-



Rebecca Zeljar, Landesvertretung Berlin/Brandenburg, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

therapie, bei der es – anders als derzeit bei Impfungen – formal genügend zugelassene Psychotherapeuten gäbe, in der Versorgungsrealität aber lange Wartezeiten bestünden. Voraussetzung ist hierfür immer, dass die Patient:in nachweist, eine gewisse Anzahl von Gesundheitseinrichtungen angefragt und von diesen abgewiesen worden zu sein. Außerdem müsse die Impfung „unaufschiebbar“ sein, so dass etwa bei Auffrischungsimpfungen mit einem Zeitfenster von mehreren Monaten ein Systemversagen kaum eintreten werde, bei engeren Zeitfenstern (etwa Hepatitis B für Säuglinge) dies aber durchaus in Betracht käme.

Zeljar: Aktuell beginnt in Brandenburg der Dialog

„In meinen 20 Berufsjahren habe ich es kein einziges Mal erlebt, dass Versicherte keinen Impfstoff erhalten haben“, gab Rebecca Zeljar, Stellvertretende Leiterin der Landesvertretung Berlin/Brandenburg des Verbands der Ersatzkassen e.V. (vdek), zu Beginn ihres Vortrags zu Protokoll. Zwar hätte es ab und an einmal bei Grippeimpfstoffen Chargenausfälle gegeben, doch sei immer auch Ersatz gefunden worden, der dann für die erstattenden Kassen meist teurer gewesen sei. Doch wolle sie in ihrem Vortrag eher auf die gesamtgesellschaftliche Perspektive eingehen und die Frage, warum es ihres Wissens nach bisher keine Verträge nach § 132e Absatz 4 zur Steigerung der Impfquoten gebe.

Doch hatte Zeljar auch eine gute Nachricht zu vermelden. Im Nachgang des MVF-Online-Kongresses „Impfstatus 2022“, auf dem unter anderen MUDr./CS Peter Noack, der Vorsitzende des Vorstandes der KV

Literatur

- 1: https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5/_20i.html
- 2: Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)
- 3: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2822/SI-RL_2022-03-18_iK-2022-05-23.pdf (In Kraft getreten am 23.05.2022, geändert am 18.03.2022 BAnz AT 20.05.2022 B2)
- 4: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/kongresse/Impfstatus_2022
- 5: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0220848>

Brandenburg, und sie sprachen, sei nun aktuell in Brandenburg der Dialog zu einem derartigen Vertrag begonnen worden. Ebenso bestehe bereits seit 01. Juli 2020 eine Vereinbarung mit der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V., DGAUM, über die Versorgung mit Impfleistungen durch Betriebsärzte für zunächst mindestens 3 Jahre. Umfasst würden Impfungen gegen: Diphtherie, Herpes zoster, Influenza, Masern, Mumps, Pertussis, Pneumokokken-Infektionen, Poliomyelitis, Röteln, Tetanus, Varizellen (Windpocken) sowie zwischenzeitlich auch Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME).

Dies sei auch dringend geboten, denn die Impfquoten insbesondere im Erwachsenenalter seien – vorsichtig formuliert – „wirklich verbesserungswürdig“ oder auch je nach Impfstoff relativ niedrig. Eine Ausnahme bildeten Kinder, die durch die Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9) durch die Pädiater sehr gut betreut würden. Zeljar: „Corona hat uns einerseits gezeigt, dass wir an das Thema Impfquoten definitiv gemeinsam herangehen müssen, doch andererseits hat die Frage der Impfpflicht auch zu sehr kontroversen Diskussionen geführt, die wiederum in der Gesellschaft eine generelle Debatte zum Thema Impfen ausgelöst hat.“ Ihr Rat geht dahin, dass alle Beteiligten versuchen sollten, das Thema ein bisschen anders darzustellen und vor allem das negative Narrativ, das sich um das Impfen gebildet hätte, zu relativieren. Denn dem Großteil der Bevölkerung sei bewusst, welche Bedeutung das Impfen hat, „die Menschen gehen zum Impfen, sie lassen sich beraten, nehmen primärpräventive Maßnahmen tatsächlich in Anspruch und lassen sich impfen“.

Jedoch ist nach Zeljars Meinung die Informationsweitergabe bzw. -beschaffung durchaus verbesserungswürdig. Zwar lägen die nötigen Informationen überwiegend an den üblichen Stellen – wie z. B. bei Ärzt:innen, Krankenhäusern oder auch Apotheken – aus, doch müsse man, speziell um jüngere Menschen zu erreichen, „neue Informationswege ansteuern, die die Menschen in der heutigen Zeit nutzen und ansprechen. Hierzu gehöre ganz klar eine digitale Informationsstruktur inklusive der Nutzung der Social-Media-Kanäle.“

Wenn man das jedoch tue, ist man den Worten von Rebecca Zeljar zufolge gleich beim Thema niedrigschwelliger Angebote, denn jüngere Menschen hätten eben meist keinen festen Hausarzt. Und ebenso bei der wesentlichen Frage, „wer ist eigentlich für

was verantwortlich und wer gibt was von seinem Kuchen“ ab. Diese Frage ist ihrer Ansicht nach aus rein ärztlicher Sicht nicht so schwierig zu beantworten, weil Impfungen generell außerbudgetär stattfinden, es demnach auch keinerlei Budgetproblematik gebe. Ärzte sollten daher niederschwellige Impfangebote nicht als Konkurrenz ansehen, auch seien Impf-Modellversuche in Apotheken wie beispielsweise in Berlin Charlottenburg (siehe „Impfstatus 2022“)⁴ kein Konkurrenzmodell, sondern „wirklich nur ein ergänzendes Modell“. Nachgedacht werden sollte ihrer Ansicht nach aber auch über eine Wiedereinbindung des Öffentlichen Gesundheitsdiensts (ÖGD), für den in allen Bundesländern zusätzliche Budgets zur Verfügung gestellt werden. Zeljar: „Wenn wir jetzt diese Chance nicht nutzen, den ÖGD ins Impfen mit einzubinden, wäre das eine vertane Chance.“

Doch seien selbst niedrigschwelligste Impfangebote keine erfolgversprechenden Lösungen, wenn es die Gesellschaft nicht gleichzeitig auch schaffe, eine entsprechende Gesundheitskompetenz aufzubauen und zu fördern. Zeljar: „Wenn wir wirklich wollen, dass die Impfquoten in Deutschland auch nur annähernd an die heranreichen, die die WHO und die STIKO fordern, müssen wir das Impfen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstehen und einen ordentlichen Aufbau von Gesundheitskompetenz schaffen, der alle Menschen dazu befähigt, die richtige Entscheidung zu treffen.“ Die Stärkung der Health Literacy bezeichnete Zeljar als den „Schlüssel für ein gesundes Leben“, darum müsste Gesundheitskompetenz als eigenständiger Themenbereich in Kitas, Schulen und allen anderen wichtigen Bildungsstätten fest installiert, etabliert und nachhaltig verankert werden.

Jelinek: Hohe Verunsicherung der Ärzteschaft

„Ich habe in den rund 30 Jahren, in denen ich mich als Arzt mit dem Thema Impfen beschäftigt habe, nicht erlebt, dass sich die Impfquoten im Erwachsenenalter deutlich verbessert hätten“, erklärte Prof. Dr. Tomas Jelinek. Der medizinische Direktor des Berliner Zentrums für Reise- und Tropenmedizin, wissenschaftlicher Leiter des Zentrums für Reise- und Tropenmedizin in Düsseldorf, Lehrbeauftragter am Institut für medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene an der Universität zu Köln und Consul-



Prof. Dr. Tomas Jelinek, Berliner Centrum für Reise- und Tropenmedizin

ting Expert der WHO weiß genau, wovon er spricht. Ebenso habe er viele Ankündigungen, Versuche und Versprechungen seitens verschiedener Gruppen, Verbände und Kostenträger miterlebt.

In Hinblick auf die von Rebecca Zeljar propagierten niederschwelligen Impfangebote verwies der Impfperte auf die Bundesärztekammer, die mehrfach betont hätte, dass die Indikationsstellung und Anamneseerhebung um herauszufinden, wann und ob eine Impfung gegeben werden soll, genuin eine nicht delegierbare ärztliche Leistung sei. Das bedeute, dass in Deutschland – im Gegensatz zu vielen anderen Ländern wie etwa die Niederlande oder Dänemark, wo eingewiesenes Assistenzpersonal wie Vaccination Nurses impfen könne – ganz überwiegend von ärztlicher Seite geimpft werden müsse.

Die zweite Frage sei die nach der Verfügbarkeit von Impfstoffen. Hier gebe es ein Missverständnis, denn die STIKO habe weder den Auftrag, Impfstoffe zuzulassen, noch deren Qualität zu beurteilen, sondern nur den Job, die Erstattung in Deutschland zu empfehlen. Jeder Impfstoff, der aufgrund dieser Empfehlung vom G-BA in die Erstattung käme, sei ein verpflichtendes Angebot für die gesetzlichen Kassen – aber eben nur diese. Jelinek: „Wenn ich den Impfstoff zum Beispiel für den privaten oder beruflichen Einsatz verabreiche, ist die STIKO-Empfehlung für mich überhaupt nicht relevant.“ Es reiche vollauf, wenn ein Impfstoff zugelassen sei, dann könne er den verwenden, wie jedes andere Medikament auch.

Als dritten Fakt verwies Jelinek auf einen bereits seit 2019 existierenden „Shortcut“. Da bekanntermaßen die STIKO in vielen

Fällen oft sehr lange brauche, bis sie eine Entscheidung fälle, habe sich das Bundesministerium für Gesundheit die Möglichkeit eingeräumt, direkt über die Kostenübernahme entscheiden zu können. Dieser „Shortcut“ werde beispielsweise derzeit bei der Empfehlung zu der Erstattung der Grippeimpfstoffe für die nächste Saison exekutiert.

Am Beispiel der Pneumokokkenimpfung, die in Deutschland eigentlich für alle, speziell aber für jeden chronisch Kranken von der STIKO empfohlen sei, ging der Impfprofi auf weitere Gründe ein, die dazu führen, dass Impfquoten eben nicht erreicht würden. Dabei böten sich gerade Chroniker und die Über-60-Jährigen, für welche die STIKO-Empfehlung sehr eindeutig sei, für die ärztliche Praxis an, weil Ärzt:innen diese Zielgruppen viel häufiger sehen als andere. Doch sähe die Realität leider anders aus, wie Jelinek anhand einer Kohortenstudie auf der Grundlage von Abrechnungsdaten von mehr als 200.000 deutschen Patient:innen⁵ aus dem Jahr 2019 zeigte. Hier sei analysiert worden, wie hoch der Anteil der Geimpften in verschiedenen Indikationsgruppen gewesen sei. Das traurige Gesamtergebnis: Über 95 Prozent der Indikationsgruppen hätten die Impfung nicht bekommen. Was aber nun nicht daran läge, dass die Impfung nicht verfügbar gewesen wäre, sondern einfach daran, „dass es nicht gemacht wird“.

Dies wiederum habe mehrere Ursachen. Da sei zum einen ein Kommunikations- und Empfehlungsproblem, das zu einer Verunsicherung der Ärzt:innen führt. Diese müssten zwar ihren Patient:innen diese Impfung empfehlen, weichen dann aber dahingehend aus, dass sie gar nichts machen.

Dabei gebe es gleich vier verschiedene Impfstoffe, von denen dieses Jahr zwei neu zugelassen worden seien. Bei dreien handle es sich um moderne, technisch überlegene Konjugatimpfstoffe. Doch sei die einzige von der STIKO empfohlene Impfung die mit „alten“ Polysacchariden, weil sie es bis heute nicht geschafft habe, die entsprechende Empfehlung für alle zu modifizieren. Einzige Ausnahme sei die für Schwerkranke, für die eine Kombination aus zwei Impfungen empfohlen werde, darunter aber immer noch die mit Polysacchariden. Diese hätten zwar eine breite Abdeckung über viele Serotypen hinweg, würden aber viel schlechter funktionieren, weil diese Alt-Impfstoffe kein gutes Ansprechen des Immunsystems hervorrufen würden und so eine Pneumonie durch Pneumokokken eben oft nicht verhindert werden könne.

Obwohl es entsprechende Stellungnah-



Dr. med. Markus Frühwein, MaHM, Dr. Frühwein & Partner, München

men verschiedener Fachgesellschaften und zwei Leitlinien gebe, die Konjugatimpfstoffe empfehlen würden, sei es in Deutschland so gut wie unmöglich, STIKO-Empfehlungen in der gebotenen Schnelle zu modifizieren. Dies führe im Endeffekt zu einer massiven Verunsicherung der Ärzteschaft und letztlich „offensichtlich dazu, dass gar nicht geimpft wird“.

Frühwein: „Weg mit der durch Corona verstärkten Impf-Mystifizierung“

„Was muss in den Köpfen der Patient:innen, der Ärzt:innen, der Praxismitarbeiter:innen und allen anderen, an der Versorgung Beteiligten passieren, um tatsächlich die Impfquote nach oben zu bringen?“ Dieser Frage ging Dr. Markus Frühwein, niedergelassener Arzt in München, nach. Auch er ist wie Jelinek absoluter Impfspezialist, da er nicht nur in München Humanmedizin studiert und in Infektions- und Tropenmedizin promoviert, sondern außerdem einen Master in Health Management abgeschlossen hat, wobei das Thema seiner Masterarbeit lautete: „Die Entwicklung eines Moduls Impfen als Teil des Qualitätsmanagements in Arztpraxen“. Er sagte klipp und klar: „Im Gegensatz zu vielen anderen Hausärzt:innen bin ich der Meinung, dass wir einen niederschweligen Zugang brauchen.“ Er könne sich sogar eine Art Impfkiosk in Einkaufszentren oder auf Hochschul- und Universitätsgeländen vorstellen, wenn diese letztlich durch Ärzt:innen geleitet würden. Der Grund dafür ist für ihn weniger die Standespolitik, sondern der positive Empfehlungscharakter. Frühwein: „Für mich stellt sich aus ärztlicher Sicht die entscheidende Frage, wie man die breite Ärzteschaft

motiviert, jede Patient:in, die in die Praxis kommt, auf den individuellen Impfstatus anzusprechen, aufzuklären und dann den Kühlschrank aufzumachen und eine Impfung herauszunehmen und diesen zu verimpfen?“ Ebenso müsse jede Ärzt:in die Impfempfehlung aussprechen, unabhängig davon, was sie selbst davon hält. Das sei die rechtliche Pflicht zur Aufklärung, die auch im Infektionsschutzgesetz des BGB niedergeschrieben sei, welches die Notwendigkeit betone, über Impfungen aufzuklären. All das zusammen führt für ihn in seiner Conclusio dahin, dass eigentlich jede Ärzt:in gleich welcher Fachrichtung jede Patient:in bei jedem Besuch über die notwendigen Impfungen aufklären müsste. Wenn das nur halbwegs funktionieren würde, müsste man sich bei der großen Anzahl der in Deutschland praktizierenden Ärzt:innen über Durchimpfungsraten überhaupt keine Gedanken machen.

Wer sich die tatsächlichen Durchimpfungsraten ansehe, erkenne schnell, dass es in realiter nach Frühweins Worten „leider zappenduster“ aussehe. Eigentlich seien alle Impfquoten bei den meisten impfpräventablen Krankheiten „gruselig“, auch wenn einige Regionen vor allem in den östlichen Bundesländern etwas besser dastünden, aber auch noch weit weg von den eigentlich erforderlichen Durchimpfungsraten seien.

Aktuell liegt nach Frühwein beispielsweise die Impfquote bei Herpes zoster bei rund 10 Prozent. Dabei seien die Zoster-Patient:innen meist die Über-60-Jährigen, die eigentlich dauernd in der ärztlichen Praxis vorstellig wären. Frühwein: „Da muss man sich doch die Frage stellen, wer hier ein Problem mit der Impfmotivation hat?“ Bis zu einem gewissen Grad läge die seiner Ansicht nicht bei den Patient:innen, denn wenn eine Ärzt:in eine Impfung empfehle, werde ein sehr hoher Anteil der Patient:innen in der Praxis diese Impfung wahrnehmen. Doch, so Frühwein: „Wenn eine Ärzt:in eine Impfung nicht aktiv empfiehlt, werden Patient:innen diese zum großen Teil auch nicht einfordern.“ Hier dominiere eindeutig die Arzttempfehlung die jedes anderen an der Versorgung Beteiligten, seien das MFAs, nichtärztliche Praxisassistent:innen oder auch Apotheker:innen. Sein Rat, um aus dem Dilemma viel zu niedriger Impfquoten zu kommen: mehr extrinsische, positive Motivation. Denn die intrinsische sei bei den meisten Ärzt:innen vorhanden und intakt, denn alle hätten Medizin studiert und seien am Ende auch noch Hausärzt:in geworden, weil man irgendwie helfen und die Patient:innen gut

versorgen möchte.“ Hier spricht Frühwein weniger die monetäre Motivation an, auch wenn diese nötig sei, sondern zu verbessernde strukturelle Probleme. Diese beginnen seiner Ansicht nach bei der Impfbeschaffung und reichen bis hin zur vollen, aber derzeit noch nicht möglichen Digitalisierung der Abläufe und der Impf-Dokumentation.

Die größten Defizite in der Impfprävention, die aus seiner Sicht aber auch eine Chance wären, wenn man daran arbeiten und Lösungen anbieten würde:

- Unzureichendes Wissen über impräventable Krankheiten und moderne Vakzine
- kein standardisiertes Erinnerungssystem
- Impfpassverlust bei circa 25% der Bevölkerung
- fehlende Vernetzung zwischen Praxis und Patient:in
- fehlerhaftes Impfmanagement in der Arztpraxis
- fehlendes Impfregerster
- unzureichende Vergütung
- kein niederschwelliger Zugang

Es gebe aber auch andere Beispiele, so Frühwein, und wirft dabei einen Blick auf seine eigene Praxis: „Bei mir kann jede Patient:in jeden Tag in die Praxis kommen und bekommt eine Impfung.“ Das liege, setzt er hinzu, jedoch auch daran, dass er wie Jelinek einen Impf-Schwerpunkt beim Thema Reise habe. Doch sei dieser Bereich, bei dem Impfung hervorragend funktioniere, auch ein Stück Vorbild. Sein Petitum: „Wir müssen aufräumen mit der durch Corona verstärkten Mystifizierung des Impfens. Seien wir froh, das wir diese tollen Präventionsmöglichkeiten haben.“ <<

von:

MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Health Literacy ‚Schlüssel für ein gesundes Leben‘“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/22), S. 24-28.
<http://doi.org/10.24945/MVF.04.22.1866-0533.2421>

„Die Steigerung der Impfquoten ist als gesamtgesellschaftliche Aufgabe anzusehen und dementsprechend auch mit gemeinsamen Anstrengungen umzusetzen. Alle am Impfprozess Beteiligten sind in der Verantwortung engmaschig und transparent zusammenzuarbeiten und damit auch bestehende Sektorengrenzen und Zuständigkeiten zu überwinden.“

Rebecca Zeljar, Landesvertretung Berlin/Brandenburg, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

„Krankenkassen und kassenärztliche Vereinigungen sowie die Ärzt:innen und Apotheker:innen müssen in einem bundesweiten Pakt deutlich besser zusammenwirken.“

**Prof. Dr. Reinhold Roski,
Herausgeber von
„Monitor Versorgungsforschung“**

„Der sich aus § 132e ableitende Anspruch eines Versicherten auf Impfung richtet sich immer gegen die Krankenkasse, bei der er versichert ist. Das liegt nun einmal an unserem seit 150 Jahren halbwegs funktionierenden System, dass es zwar den Anspruch gegenüber einer Krankenkasse gibt, die wiederum gar keine Ärzt:innen haben darf und demzufolge den Anspruch gar nicht erfüllen kann. Das könnten nur Ärzt:innen und deren Kassenärztliche Vereinigungen, die man aber wiederum nicht zwingen kann, den Anspruch, der sich gar nicht gegen sie richtet, zu erfüllen.“

**Dr. jur. Dr. rer. med. Thomas Ruppel,
Kanzlei für Medizinrecht und
Gesundheitsrecht, Lübeck**



Primär behandelnder Arzt



Kardiologe

Neue Komplettlösung in der Regelversorgung für Telemonitoring bei Herzinsuffizienz

hedy Telemonitoring setzt den G-BA Beschluss effektiv zum Wohle der betroffenen Patienten um.

- TMZ-Portal für externe Sensoren und Implantate
- Herausragende Nutzungserfahrung für den Patienten
- Komplettlösung für den Arzt ohne IT-Installation
- Erfahrung mit > 140.000 Patienten
- Übertreffende Ergebnisse (Mortalitätssenkung > 30%)

Mehr Informationen und Kontakt unter www.hedy.de



2008 bis 2022: Zähes Ringen und viel Engagement sichern ab sofort die lückenlose Weiterbehandlung des DFS

Durchbruch beim diabetischen Fußsyndrom

„Der Selektivvertrag gemäß § 140a konnte im Einvernehmen aller Vertragspartner zum 31.03.2022 beendet werden.“ Das schrieb am 13. Juni dieses Jahres der Bundesverband der Niedergelassenen Diabetologen e. V. (BVND) in einer Pressemeldung. Die Freude ist berechtigt, weil das Ende des Selektivvertrags den lang ersehnten Übergang in die Regelversorgung bedeutet: Seit 2008, als bei der AOK Nordost zum ersten Mal Ansätze zur Versorgungsoptimierung bei DFS-Patient:innen diskutiert wurden, kämpfen die Mitarbeiter:innen der Kasse gemeinsam mit Diabetolog:innen, dem Berliner Fußnetz, dem BVND – mit der medialen Unterstützung von „Monitor Versorgungsforschung“ – für einen unbefristeten Fußvertrag mit allen Krankenkassen.

>> Bei der gemeinsamen Veranstaltung des Berliner Fußnetzes und der AOK Nordost wurde am 3. Mai dieses Jahres in der Hauptverwaltung der AOK Nordost die elfjährige Vertragspartnerschaft zum Programm „Ambulante Versorgung des diabetischen Fußsyndroms (DFS)“ gewürdigt und gefeiert. Denn nach der gelungenen Integration der Versorgungsinhalte in die DMP-Verträge in Berlin konnte der entsprechende Selektivvertrag gemäß § 140a im Einvernehmen aller Vertragspartner zum 31.03.2022 beendet und in eine lückenlose Weiterbehandlung der Fußpatienten mittels eines unbefristeten Fußvertrags mit allen Krankenkassen überführt werden.

Dieser Erfolg wäre nicht möglich gewesen, ohne den unermüdlichen Einsatz von Menschen, denen die bestmögliche Versorgung der bei ihnen Versicherten am Herzen liegt und bereit sind, unermüdlich dafür zu arbeiten. Das sind zum Beispiel Dr. Sandra Feldt, Lea Grabley, MPH, und insbesondere Dipl. Ges.-Ök. Petra Riesner, die bis heute als Teamleiterin im Unternehmensbereich Versorgungsmanagement der AOK Nordost die strategische Entwicklung und Umsetzung selektivvertraglicher Lösungen mit Indikationsbezug verantwortet und von Beginn an maßgeblich an der Entwicklung des Versorgungsprogrammes für Versicherte mit diabetischem Fußsyndrom in der Region Berlin beteiligt war.

So präsentierten Feldt und Riesner die Ergebnisse der ersten Evaluation aus dem

Jahr 2014 mittels eines Posters auf dem Deutschen Versorgungskongress 2015 in Berlin. Ebenso verfassten Feldt, Riesner und Grabley Mitte 2016 in „Monitor Versorgungsforschung“ einen wissenschaftlichen Beitrag, in dem sie die Evaluation der „Qualifizierten ambulanten Versorgung bei Diabetischem Fußsyndrom im Rahmen eines IV-Vertrags“ (1) beschrieben. Darin stellten sie unter anderem dar, dass im Beobachtungszeitraum die Amputationen in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe um immerhin 16% vermindert werden konnten, was für die betroffenen Patienten einen erheblichen Lebensqualitätsgewinn darstellen würde.

Nächstes Highlight war Ende 2016 die Nominierung für den MSD-Gesundheitspreis, bei dem der dritte Platz an die AOK Nordost, vertreten durch Petra Riesner, erreicht werden konnte. Dieser Erfolg wird unter anderem mit dazu geführt haben, dass im März 2017 das erfolgreiche Versorgungsprogramm dem damaligen Gesundheitsminister Hermann Gröhe vorgestellt werden konnte. Und ebenso Anlass war, dass „Monitor Versorgungsforschung“ das Format der „Translations- und Agreementkonferenzen“ ins Leben rief. Thema im April 2017: „Das diabetische Fußsyndrom“ (2) – und ausführlich darüber berichtete (3). Mit dabei als Redner waren die sich – damals wie heute – stark für eine bessere DFS-Versorgung engagierenden Diabetologen Dr. Dirk Hochlenert (Köln), Dr. Christian Klepzig (Offenbach), Dr. Ralf Uwe

Fakten

Zahlen:

In Deutschland leiden circa zehn Millionen Menschen an Diabetes mellitus Typ 1 oder 2. Dabei ist das diabetische Fußsyndrom eine schwerwiegende und komplexe Folgeerkrankung des Diabetes. Das Risiko eines an Diabetes Erkrankten im Laufe seines Lebens ein diabetisches Fußsyndrom zu entwickeln, liegt bei rund 34 Prozent. Personen mit auffälligem Fußstatus oder einer aktiven Wunde sollten daher unverzüglich an spezialisierte Fußbehandlungseinrichtungen überwiesen werden.

Hintergrund:

2003 wurde mit den Diabetes-DMP eine strukturierte Behandlung von Menschen mit Diabetes eingeführt. Einer der Qualitätsindikatoren im DMP Diabetes bezog sich auf den Fußstatus. Erste Auswertungen der AOK Nordost wiesen auf den Bedarf hin, die Versorgung des diabetischen Fußsyndroms zu optimieren. Es zeigte sich in den Dokumentationsdaten, dass Überweisungen oftmals zu spät oder gar nicht erfolgten, unabhängig vom Schweregrad des Fußsyndroms. Nach einem intensiven Austausch mit Diabetologen aus den Fußnetzen Berlin und Köln sowie einer anschließenden Konzeptionsphase ging zum Jahresbeginn 2011 der DFS Berlin-Vertrag an den Start. Ziel war es, die Struktur- und Ergebnisqualität der Versorgung des diabetischen Fußsyndroms zu verbessern. Der Vertrag zielte u.a. darauf ab, die Mortalität der Betroffenen zu reduzieren, Amputationen und Krankenhausaufenthalte zu vermeiden sowie Ressourcen ökonomisch einzusetzen.

Erfolge:

Bereits bei der ersten Evaluation ergab sich eine verminderte Amputationshäufigkeit der Diabetiker:innen mit DFS, die am Vertrag teilnahmen, gegenüber der Kontrollgruppe. Eine weitere Bewertung des Vertrages ergab u.a., dass Amputationen – auch insbesondere Minoramputationen – signifikant reduziert und zudem die Anzahl von Krankenhausaufenthalten gesenkt werden konnte. Auch die gemeinsam mit den Vertragsärzt:innen entwickelten Verbandsstofflisten zur Orientierung für die verordnenden Ärzt:innen, mit dem Fokus auf die Kriterien Qualität und Kosten, zeigten Effekte.

Häußler (Berlin) sowie von der AOK Nordost Dr. Werner Wyrwich (Geschäftsbereichsleiter Indikationen) und Dr. Sandra Feldt.

Die Pressemitteilung des BVND fasst das so zusammen: „So konnten die Vertragspartner und beratenden Wegbegleiter aus anderen Fußnetzen sowie DFS-spezialisierten Kliniken im Rahmen der Abschlussveranstaltung Anfang Mai 2022 in Berlin auf die vergangenen Jahre erfolgreicher Zusammenarbeit zurückblicken: Wie z. B. auf die erste Evaluation und deren Veröffentlichung sowie Vorstellung auf verschiedenen Veranstaltungen. Besonders stolz waren alle auf die Nominierung 2016 für den MSD-Gesundheitspreis – der erfolgreiche Versorgungsprojekte in der Praxis auszeichnet. Hier wurde als Krönung der dritte Platz erreicht und das erfolgreiche Versorgungsprogramm konnte dem Gesundheitsministerium präsentiert werden. Auch die Translationskonferenz am 24.04.2017 von ‚Monitor Versorgungsforschung‘ war ein toller Erfolg und nicht zuletzt ein Versorgungsgewinn für die Versicherten der AOK Nordost, welcher sich in den positiven Ergebnissen der Teilnehmerbefragungen widerspiegelte.“

Die langjährige Zusammenarbeit und das gemeinsame Ringen um eine bessere Versorgung der DFS-Patient:innen hat, wie der BVND weiter schreibt, „die Akteure hinter dem Vertrag zusammengeschweißt“. Diese enge Verbindung und Vernetzung solle weiterhin über regelmäßige Teilnahmen an ärztlich geleiteten Qualitätszirkeln fortgeführt werden und dazu dienen, „bestehende Hürden in der Diabetes-Versorgung zu erkennen, zu besprechen sowie zu überwinden und ggf. das Fundament für neue Projekte bilden“. <<

von:

MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Durchbruch beim diabetischen Fußsyndrom“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/22), S. 30-31. <http://doi.org/10.24945/MVF.04.22.1866-0533.2422>

Literatur

- 1: Feldt, Riesner & Grabley (2016). Qualifizierte ambulante Versorgung bei Diabetischem Fußsyndrom im Rahmen eines IV-Vertrages. Monitor Versorgungsforschung, 03/2016, S. 33-36., https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/kurzfassungen-2016/mvf-03-16/AOKNO_DFS
- 2: <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/kongresse/Translations-Konferenz>
- 3: <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/kurzfassungen-2017/MVF0317/Translationskonferenz-DFS>

Manoa gewinnt „DiGA-Pitch-Battle“

>> Die Smartphone-App Manoa des deutschschweizerischen Herstellers Pathmate Technologies ist die Gewinnerin des kürzlich ausgetragenen „DiGA-Pitch-Battle“, der erstmals im Rahmen des 128. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) in Wiesbaden stattfand. Bei Manoa handelt es sich um einen Chatbot, der Nutzer:innen im Dialog durch Fragebögen führt, mit individualisierten Tipps und Anleitungen in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Entspannung zu einem gesunden Lebensstil animieren und damit zu einer Senkung der Hypertonie beitragen will. Insbesondere das interaktive Konzept überzeugte die Jury. Dazu erklärt Prof. Dr. med. Martin Möckel, Vorsitzender der Arbeitsgruppe Digitale Gesundheitsanwendungen/Künstliche Intelligenz in Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin: „Die Manoa-App hat sich auch dadurch von den anderen Wettbewerbern abgehoben, dass die ‚vermenschlichte‘ Interaktion zwischen Nutzer und Chatbot einen hohen Innovationscharakter aufweist.“ Zudem sei es möglich, die Ergebnisse per PDF oder Download-Link der behandelnden Ärzt:in zur Verfügung zu stellen <<

Link: <https://manoa.app/de-de/>

DSGVO-konforme Kommunikation

>> Der Softwaredienstleister Trustner GmbH hat seine Smart-Service-Plattform und die neue Smart-Service-App Trustner 2.0 auf die aktuellsten Ansprüche und DSGVO-Richtlinien optimiert. Sie ermöglicht die komfortable und datenschutzkonforme Kommunikation zwischen allen Akteuren des Gesundheitswesens und lässt sich an bestehende klinische Systeme sowie Rechenzentren anbinden. <<

Link: www.trustner.com

Erste rechtssichere E-Signatur

>> Das Berliner FinTech Nelly hat nach eigener Auskunft die „erste rechtssichere E-Signatur“ für die Unterzeichnung sämtlicher behandlungs- und abrechnungsrelevanter Dokumente in Arztpraxen entwickelt und erhält eine 4-Millionen-Finanzierung von namhaften Investor:innen. Die Softwarelösung des Berliner Startups ermöglicht medizinischem Fachpersonal eine digitale Patientenaufnahme ebenso wie eine automatische und risikofreie Patientenabrechnung bei Leistungen, die nicht von Versicherungen abgedeckt werden. <<

Link: www.nelly-solutions.com

Das Corona-Chaos

Autor: Krivec, S.

Das Corona-Chaos

Verlag: S. Hirzel, 2022

240 Seiten, Paperback

ISBN-Print: 978-3-7776-3245-2

Preis: 20,00 Euro

>> „Wir alle haben in den zwei Jahren viele Fehler gemacht. Wir alle haben aber auch viel gelernt. Über das Virus, aber auch über uns selbst.“ Dieses zentrale Statement kennzeichnet das stürmische Auf und Ab im „täglichen Irrsinn“ der Pandemie zwischen der „Hilflosigkeit des Staates“, fehlenden Desinfektionsmitteln und dem „Gefühl, als Apotheker auf sich allein gestellt zu sein“, das Apotheker Dr. Simon Krivec, in seinem Buch „Das Corona-Chaos. Ein Apotheker packt aus“ beschreibt. Was ihn zwischen Regelungswirrwarr, Impfchaos und Hindernissen bei den Corona-Tests weitermachen ließ, war vor allem die überwältigende Hilfsbereitschaft und Solidarität. <<



Der Große Riss

Autor: Wils, J.-P.

Der Große Riss

Verlag: S. Hirzel, 2022

272 Seiten, Paperback

ISBN-Print: 978-3777629186

Preis: 24,00 Euro

>> Ein „Essay“ nennt Jean-Pierre Wils sein 270-Seiten-Werk. Das sollten alle lesen, die sich wundern, warum Jugend und Alter, aber auch Gesellschaft und Politik immer mehr – besonders verstärkt durch aktuelle Krisen – ein Parallelleben führen, das sich immer weiter auseinander dividiert. Für Wils ist der Virus-Notstand vor allem auch ein Klima-Notstand. Den Ukrainekrieg konnte Wils leider nicht aufnehmen, weil das Buch bereits kurz vor Kriegsbeginn erschien – er hätte es aber ganz sicher getan, weil auch diese Krise in seine sehr genaue und vielschichtige Analyse der Welt passt, aus der er zudem konkrete Vorschläge zur Richtungsänderung liefert, wie etwa für eine „Kultur der Provisorien“. <<





„Die gematik muss die richtige Balance finden“

„Was ist der richtige Weg, um Daten in einer vernünftigen Form besser für Forschungszwecke und für die richtigen Auswertungssysteme zur Verfügung zu stellen? Wer hat auf Dauer die Führung und setzt die Standards? Was können wir vom US-Versandhändler Amazon und dessen Amazon Care lernen? Und schließlich: Wer investiert künftig wo? Mit diesen und anderen Fragen beschäftigt sich Dr. Franziska Thomas, Partnerin bei der Strategieberatung Arthur D. Little, im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“. Sie plädiert für einen „vernünftigen und gleichzeitig verantwortungsvollen Umgang mit Daten“, der möglich sein muss, um einerseits die Patientenversorgung mittels digital unterstützter Systeme zu optimieren und die Lebensqualität von Patienten zu erhöhen, jedoch andererseits auch das „Verständnis und Wissen um Behandlungserfolge“ zu verbessern. Ihr Petitum: „Wir müssen insgesamt ein ganzes Stück schneller werden und die richtigen Systeme aufsetzen.“

Interview mit Dr. Franziska Thomas, Partnerin bei der Strategieberatung Arthur D. Little

>> Die Fülle an generierbaren und verfügbaren Informationen ist kaum mehr greifbar, Big Data eines der Zauberworte der Branche. Sind wir schon in der schönen neuen Welt?

Das Thema Digital Health gehört zum Metathema Future of Health, das durch zwei Kernbewegungen getrieben wird. Zum einen sind das innovative Medikamente, vornehmlich sind hier neben Antikörpern mRNA, Zell- und Gentherapien (die sogenannten ATMPs) zu nennen. Zum anderen sehen wir das Thema Digitalisierung, welches beim Datenhandling beginnt und bis hin zum Einsatz von Künstlicher Intelligenz reicht. Beide Kernbewegungen haben für sich gesehen – aber insbesondere im Schulterschluss – das Potenzial, die Patientenversorgung zu verbessern. Sie stellen die Branche aber auch vor ganz neue Herausforderungen.

Und nun kommen auch noch Internetriesen wie Amazon, und entwickeln mit Amazon Care eine umfassende Healthcare- und Telemedizin-Plattform, die derzeit in Großstädten der USA ausgerollt wird.

Immer dann, wenn eines der großen Mega-Unternehmen im Healthcare-Sektor auftaucht, weckt das Ängste, was durchaus verständlich ist. Dahinter verbirgt sich ein spürbares Unbehagen, dass diese Mega-Unternehmen die Gesundheitsmärkte – international wie national – beeinflussen und nachhaltig verändern könnten. Die Veränderung der Gesundheitsmärkte passiert jedoch auch abseits der Big Player, weil die Digitalisierung an und für sich schon eine große Veränderung einleiten wird, welche mittel- bis langfristig die Patientenversorgung verändern und hoffentlich auch verbessern wird.

Wir haben immer noch das HWG und den Datenschutz, die zusammengenommen in Deutschland „Direct to Consumer“-Kommunikation und Marketing fast unmöglich machen.

Wie fast überall auf der Welt. „Direct to Consumer“ ist in den meisten Märkten weltweit für verschreibungspflichtige Medikamente verboten oder zumindest stark eingeschränkt. Wichtigste Ausnahme ist hier der US-amerikanische Markt. Marketing im Pharma-Bereich ist generell problematisch und ich halte es auch für richtig, diesen Markt streng zu regulieren. Die Opioid-Krise in den USA ist hier ein gutes Negativbeispiel. Andererseits haben Patient:innen in den USA stärker die Möglichkeit, sich mit Informationen der Hersteller zu versorgen, so kann die Aufklärung über verschiedene Krankheiten besser ermöglicht werden. Dies ist gerade bei selteneren Krankheiten wichtig, die nach wie vor unterdiagnostiziert sind. Aber auch bei uns stellen Patientenorganisationen, Kliniken und Kompetenzzentren sowie Krankenversicherer sehr gute und neutrale Informationen zur Verfügung und Patient:innen informieren sich vermehrt bei diesen.

„Ärzte haben heute einen starken Fokus auf Diagnostik, was langfristig – sicherlich nicht in den nächsten drei oder vier, sondern eher in zehn oder zwanzig Jahren – zu einem gewissen Maß automatisiert werden kann.“

Zusätzlich informieren sich Patient:innen vermehrt über „Doktor Google“, das löst durchaus bei manchem Mediziner eine Irritation aus, da leider auch viel Fehlinformation im Netz zu finden ist. Generell werden die Patient:innen aber immer autonomer. Sie sind durchaus in der Lage, kritisch nachzufragen und vor allem Dinge zu hinterfragen.

Wird sich die Rolle des Arztes durch Big Data nicht ebenso ändern?

Das wird sie. Ärzte haben heute einen starken Fokus auf Diagnostik, was langfristig – sicherlich nicht in den nächsten drei oder vier, sondern eher in zehn oder zwanzig Jahren – zu einem gewissen Maß automatisiert werden kann. Vermutlich nie gänzlich, aber der Arzt wird zunehmend auf vorgefilterte Daten zugreifen können, die er dann durch eigene Diagnose noch einmal abklärt. Das Gute daran ist, dass sich die Ärzte in Zuge dessen wieder mehr auf das konzentrieren können, was den Arztberuf ausmacht: die Interaktion mit den Patient:innen und deren Behandlung, was eine noch so fortgeschrittene Diagnostik in dieser Form nie können wird.

Hier gibt es bereits sehr spannende Ansätze. Wenn wir etwa an das Beispiel von Ada Health denken – wie Gründer Martin Kirsch des Öfteren sagt: „Ada ist zwar nicht besser als ein guter, aber besser als ein schlechter oder gar kein Arzt“.

Hier sehen wir eine wichtige Funktion der Digitalisierung: Über „Digital Health“ können die Herausforderungen im Bereich Unterversorgung reduziert werden.

Warum nennen Sie hier nicht explizit die Telemedizin?

Wir bei ADL haben uns entschlossen, von „Digital Health“ zu sprechen, weil sich unter Telemedizin viele Menschen Arztgespräche per Video vorstellen. „Digital Health“ geht aber deutlich darüber hinaus und bietet Patient:innen eine holistische digitale Betreuung.

Ob nun Telemedizin oder „Digital Health“. Bei beiden geht es letztlich darum, wie Daten besser nutzbar gemacht werden können ...

... für eine bessere Behandlung, für eine frühere Diagnose und für eine Identifikation von Patient:innen mit bisher unterdiagnostizierten Krankheiten.

Der nächste Schritt wäre doch: Wie kommt nach einer möglichst frühen Diagnose das passende Medikament an den richtigen Patient:innen?

Wir wissen aus der Krebsforschung, dass beispielsweise Brustkrebs nicht gleich Brustkrebs ist. Das gilt aber auch in anderen Bereichen, wie etwa der Migräne oder Rheumatischer Arthritis, bei denen eine schnelle, frühzeitige medikamentöse Behandlung dazu führt, dass die Erkrankung weniger stark eskaliert. Leider verstehen wir heute noch nicht völlig, warum manche Medikamente bei manchen Patient:innen sehr gut wirken und bei anderen nicht oder kaum. Wenn man sich vor Augen führt, wie sehr hier Verständnis und Wissen Behandlungserfolge verbessern und damit gleichzeitig die Kosten im Gesundheitssystem verringern, so sehen wir hier einen wahren Game Changer. Diese Chancen gilt es zu ergreifen. Letztlich ist der mensch-

liche Körper – und damit auch die Medizin – ein einziges großes „Big Data Problem“, das wir nun langsam besser begreifen. Dies ist besonders relevant bei den massiv unterdiagnostizierten seltenen Krankheiten, aber auch bei Krankheiten, die mit unseren sehr komplexen körpereigenen Systemen zu tun haben wie immunologische oder neurologische Erkrankungen. Bei einigen chronischen Erkrankungen sehen wir schon Fortschritte: Im Bereich des Diabetes sind wir weit fortgeschritten und nutzen die digitalen Möglichkeiten schon sehr intensiv.

Wobei der oft besungene Closed Loop immer noch nicht so ganz funktioniert.

Wir sind aber schon einiges näher dran als noch vor ein paar Jahren und sehen ein klares Potenzial, um über digital unterstützte Systeme die Behandlung zu optimieren und die Lebensqualität von Patient:innen zu erhöhen. Dies wirkt sich sekundär auch auf die Gesundheitsökonomie aus. Es steigt nicht nur die Zeit, in der die betroffenen Menschen wieder aktiver am Leben teilhaben oder auch arbeiten können – sondern es sinken auch die Kosten, die man in die Behandlung investieren muss. Eine echte Win-Win-Situation.

Wobei wir immer noch das AMNOG haben, das immer nur auf Jahrestherapiekosten gerechnet wird. Und zudem nur die direkten, nicht die tangiblen Kosten betrachtet.

Man muss bereit sein, eine gesamtgesellschaftliche Betrachtungsweise auf Gesundheit zu wagen, wenn „Digital Health“ finanzierbar sein soll. Leider ist die Perspektive und „Incentivierung“ in unserem Gesundheitssystem oft zu stark auf den Ein-Jahreshorizont fixiert. Das ist natürlich nicht vorteilhaft, wenn man langfristig die Kosten gegenrechnen wollte, wobei das definitiv sinnvoll wäre. Momentan steht uns noch das System im Weg. Möchte man hier weiterkommen, bräuchte man auch ausreichend relevante Daten, um Effekte auf Mensch und Ökonomie sauber abzubilden. Dazu gibt es bereits erste Versuche von einigen Start-ups. Diese planen, die Daten so zu anonymisieren, dass sie besser nutzbar gemacht werden können.

In welchen Ländern funktioniert Datenverfügbarkeit am besten?

Ganz vorne sind hier natürlich die Märkte, die nicht nur die meisten Datenzugriffe ermöglichen, sondern auch den geringsten Datenschutz haben. Das ist zuallererst China – hier reden wir jedoch nicht über Player wie Amazon, sondern etwa über Tencent, das zu den wertvollsten Unternehmen weltweit gehört und nach Marktkapitalisierung immerhin ungefähr halb so „groß“ wie Amazon ist. In China gibt es einige wirklich große Daten-Giganten, was natürlich in erster Linie darauf zurückzuführen ist, dass sie über Jahre in einem Riesemarkt von weit über einer Milliarde Menschen agieren konnten. Die hier tätigen Megaplayer und der Staat investieren stark in Big Data und vor allem auch in KI. Große Ambitionen hegen natürlich auch die Big-techs aus den USA, nur ist dort die Datenverfügbarkeit schon etwas stärker reguliert – wenn auch nicht so stark wie bei uns.

Und nun versucht Amazon in den Gesundheitsmarkt einzusteigen. Amazon Care funktioniert zwar bereits jetzt im US-Markt, kann

aber nicht so ohne weiteres nach Deutschland transferiert werden.

Wenn man sich durch 800 Seiten gematik-Bürokratie kämpfen muss, um hierzulande ePA Nummer 17 auf den Markt zu bringen, macht das schlicht auch keinen Sinn.

Noch nicht. Aber die beiden ersten wichtigen Bausteine, die elektronische Patientenakte – kurz ePA – und das eRezept sind bereits beschlossen, auch wenn aufgrund von Infrastrukturproblemen – und um die Arztpraxen nicht zu überfordern – die Umstellung erst einmal auf unbestimmte Zeit ausgesetzt worden ist. Doch nach und nach werden die Probleme abnehmen und sich mehr Anwendungen etablieren. Nicht unbedingt von ausländischen Unternehmen, aber von solchen, die mit diesen kooperieren. Krebs zum Beispiel ist in einigen Bereichen zunehmend wie eine chronische Erkrankung anzusehen, daher gibt es Überlegungen, ob und wie man die Behandlung von Krebspatient:innen mit dem Einsatz von „Digital Health“ in den häuslichen Raum verlegen kann. Dies kann einen riesigen Mehrwert für die Lebensqualität bieten. Das Problem ist hier selbst in den USA nicht die Akzeptanz bei den Patient:innen, sondern bei den Ärzt:innen, für die dies eine große Menge Mehrarbeit bedeutet. Schließlich gilt es, verschiedene Electronic Health Record-Systeme der diversen US-Krankenversicherungssysteme zu installieren und zu bedienen.

Das heißt?

Wer auf eine elektronische Patientenakte setzt, ist gut beraten, die Interoperabilität ausreichend durchlässig zu gestalten, so dass Hausärzte, Spezialisten, Apotheken und auch die Krankenhäuser auf die gleichen Informationen zugreifen und ausreichend miteinander interagieren können. Gewinner bzw. Aggregator wird dann derjenige sein, der irgendwann als reichweitenstärkster Anbieter eine elektronische Patientenakte durchsetzen kann. Erst Interoperabilität macht eine Anwendung innerhalb von „Digital Health“ zu einer effektiven Methode. Das wird sich aber nach und nach innerhalb der gematik-Regeln von selbst regulieren.

Auf jeden Fall wird das nicht Amazon sein, weil es ePA gar nicht im Programm hat.

Zumindest im Moment nicht. Es kann jedoch jederzeit ein erfahrener Anbieter aus dem Ausland auf die Idee kommen, dies zu tun. Und die Aussichten sind gut, sofern dessen System ausreichend durchlässig gestaltet ist, damit tatsächlich alle relevanten Akteure aus dem Ökosystem auf die elektronische Akte des Patient:innen zugreifen können.

Man kann der gematik sicher vertrauen, dass sie sicherstellt, dass die Schnittstellen offen genug sind.

Die gematik muss die richtige Balance finden: sie muss einerseits klare Leitplanken für die Elemente setzen, die wirklich wichtig sind (wie zum Beispiel auch die Datensicherheit) und andererseits genug Flexibilität im System zulassen, um innovative Lösungen zu fördern. Ersteres gilt insbesondere auch für die Interoperabilität: An der Stelle ist ein genaues Regularium sehr wichtig. Optimalerweise möchte doch eine Patient:in die Sicherheit haben, dass im Falle

eines Un- oder Notfalls alle verfügbaren Daten vorliegen.

Genau dieser Zugang fehlt jedoch im Moment noch.

Genau, wir sehen von verschiedenen Playern, dass hier Ansätze kommen, wenngleich das meiste noch auf einem Pilotierungslevel ist. Tatsächlich haben wir im Moment ein ganz spannendes Stadium erreicht: Wer entwickelt was? Und vor allem: Wer hat auf Dauer die Führung und setzt die Standards? Das können bereits heute im Markt aktive Unternehmen wie beispielsweise GE Healthcare (1) sein, oder aber neue Spieler, die nach und nach auf den Markt drängen werden. Es wird spannend sein, zu sehen, wer wo investiert. Auf alle Fälle werden sich früher eher getrennte Bereiche – wie Pharma, Medtech und Krankenversicherungen – zukünftig stärker miteinander verzahnen, wie das bereits heute in den USA der Fall ist.

Was kann Deutschland von Amerika lernen oder gar von Amazon?

Klar ist, dass die Voraussetzungen unterschiedlich sind, weil es in den USA einen sehr unterschiedlichen Krankenversicherungsmarkt im Vergleich zu Deutschland gibt. Natürlich kommen ganz andere Datenschutzlevel hinzu. Bei führenden Digital-Health-Projekten hat man in der Regel zunächst die USA und China im Kopf. Doch auch andere Länder sind für uns einen Blick wert, hier lassen sich beispielsweise die skandinavischen Staaten, wie etwa Dänemark und Schweden, nennen. Beide sind in diesem Bereich deutlich weiter – und uns im Gesundheitssystem ähnlicher. Electronic Health Records und eRezept sind hier in einer vernünftigen, durchlässigen Form umgesetzt. Das sind die Schlüsselkomponenten für die Umsetzung einer Digital-Health-Lösung.

Die ersten Schritte sind jetzt in diesem Bereich getan. Das eRezept haben wir gerade schon kurz angerissen. Wie können wir Care-Situationen unterstützen, die die Versorgung stärker von zu Hause oder stärker im virtuellen Raum ermöglichen?

Ich nenne in dieser Situation gerne, was ich von Kollegen aus Stockholm höre: In Covid-Zeiten waren wir ja alle im Homeoffice und wenn ich dann von unseren Bestellvorgängen für Medikamente erzählt habe, waren sie eher verwundert. In Schweden scannt man dazu nur schnell einen Code ein, dann bekommt man sein Medikament, auch nach Hause geliefert und es wird direkt mit



Dr. Franziska Thomas
ist Partnerin bei der Strategieberatung Arthur D. Little. Vom Standort Frankfurt leitet sie die Healthcare Life Science Practice für Zentraleuropa. Dr. Thomas studierte unter anderem an der Harvard University und hält einen Doktor der ETH Zürich im Bereich Biochemie. Seit über 15 Jahren ist sie im Healthcare-Bereich tätig, davon 12 Jahre in der Industrie, unter anderem bei Boehringer Ingelheim. Darüber hinaus bringt sie umfassende Erfahrung in der Unternehmensberatung mit. Ein Schwerpunkt ihrer Arbeit liegt dabei auch auf Themen und Entwicklungen im Bereich Digital Health und Telemedizin.

der Krankenkasse abgerechnet. Auch die Behandlung von Krebspatient:innen zu Hause ist im Raum Stockholm durchaus schon Normalität. Das ist ja genau die Richtung, in die wir wollen.

Aber hier stehen wir vor prozeduralen, technischen und regulatorischen Herausforderungen. Wir müssen uns fragen, wie setzen wir neue Möglichkeiten um? Was ist der richtige Weg, um beispielsweise Daten in einer vernünftigen Form besser für Forschungszwecke und für die richtigen Auswertungssysteme zur Verfügung zu stellen? Wir müssen insgesamt ein ganzes Stück schneller werden und hier die richtigen Systeme aufsetzen. Ein vernünftiger und gleichzeitig verantwortungsvoller Umgang mit Daten muss möglich sein, damit eben auch die Patientenversorgung abgesichert ist.

Welche Entwicklung ist hierzulande absehbar?

Für unseren Umgang mit dem virtuellen Raum und seinen Möglichkeiten gilt: Im Moment haben wir in Deutschland ein sehr stark ausbalanciertes System zwischen Apotheken, zwischen Krankenkassen, zwischen Krankenversorgern basierend auf einem Ein-Jahres-Rhythmus. Damit wir an der neuesten Innovation des virtuellen Raums teilnehmen können, müssen wir das bestehende System transformieren oder mit einer alternativen Versorgungskette ergänzen. Hier liegt noch eine Menge Arbeit vor uns, aber wir befinden uns auf dem richtigen Weg. <<

Frau Dr. Thomas, danke für das Interview.

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Literatur

1: <http://doi.org/10.24945/MVF.03.22.1866-0533.2400>

Zitationshinweis

Thomas, F., Stegmaier, P.: „Die gematik muss die richtige Balance finden“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/22), S. 32-35. <http://doi.org/10.24945/MVF.04.22.1866-2423>

Ergebnis des Online-Kongresses „Theorie wagen“ von „Monitor Versorgungsforschung“ und BMC e. V. – Teil 4

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 „Paten“.

>> 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. 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)
7	Strukturierungstheorie	Jana Deisner, Institut für Soziologie, TU Berlin / Dr. Carolin Auschra, Fachbereich Wirtschaftswissenschaft, Freie Universität Berlin
8	Theorie der Pfadabhängigkeit	Dr. Carolin Auschra, Prof. Dr. Martin Gersch, Freie Universität Berlin, Fachbereich Wirtschaftswissenschaft
9	Transaktionskostentheorie	Prof. Dr. rer.pol. Hans-R. Hartweg, Hochschule Rhein-Main
10	Hochzuverlässigkeitstheorie	Dr. Carolin Auschra, Freie Universität Berlin
11	Medikalisierungs- und Kompressionsthese	Prof. Karin Hummel, Sandra Wrzeziono, Hochschule Bonn-Rhein-Sieg
12	Bayes-Theorem	Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann, Abteilung Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen
13	Service-Dominant Logic (SDL)	Prof. Dr. Klaus Nagels, Universität Bayreuth
14	Konstruktivismus (Typ 2)	Greß-Heister M.A., LL.M., Akademischer Mitarbeiter BWL-Gesundheitsmanagement, Duale Hochschule Baden-Württemberg Lörrach
15	Hypnosystemik (Typ 2 und 3)	
16	Theorie des geplanten Verhaltens	Dr. Alexander Wilke M.Sc., ANIMUS Zentrum für kognitive Neurowissenschaft; Neuroökonomie und Neuro Public Health
17	Salutogenese	Prof. Dr. EAM Neugebauer, Prof. Dr. Dawid Pieper, MHB (angefragt)
18	Soziologische Handlungstheorie (Coleman-Modell)	Patenschaft offen

Transaktionskostentheorie

Das Thema der Gesundheitsversorgung gilt als abwechslungs- und facettenreich. Grund dafür sind nicht nur medizin- und pflegetechnische Entwicklungen, sondern auch sich verändernde Ansprüche aufseiten der Versicherten, die (natürlich!) auf die Behandlungs-, Therapie- und Pflegeregime bzw. die dahinterliegende Versorgungsbereitstellung und -finanzierung wirken. Damit steht nicht nur die Versorgung selbst, sondern auch ihr Entwicklungspotenzial im Fokus der Öffentlichkeit. Mit den Innovationen gehen neue oder aber veränderte Regelungen einher, die von Seiten der Leistungserbringer, aber auch der Kostenträger zu administrieren sind. Die Kosten dieser Administration werden als Transaktionskosten („transaction costs“) bezeichnet, sind in verschiedenen Arrangements einerseits, aber auch im Zeitverlauf andererseits veränderlich und gelten damit als beeinflussbar. Die entsprechenden Arrangements können marktlich, also von einem externen Dienstleister, (gegen Vergütung) abgerufen oder aber in eigener Hierarchie (hierarchisch, also im eigenen Unternehmen) ausgeführt werden. Im angelsächsischen Raum unterscheidet man zwischen „market transaction costs“ und „managerial transaction costs“. Die Transaktionskostentheorie selbst ist – ähnlich wie die Lehre rund um die Verfügungsrechte („property rights“) – ein bedeutender Teil der neuen Institutionenökonomik.

>> Lässt man einen Blick über die Regelungen des für die deutsche Gesundheitsversorgung maßgeblichen Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) schweifen, so wird man, ohne näher in die Detailregelungen hineinzulesen, rasch feststellen, dass viele der Paragraphen mit einem zusätzlichen Buchstaben versehen sind. Hier handelt es sich um Gesetzesregelungen, die im Nachgang in das SGB V aufgenommen wurden. Über diese Gesetzesänderungen, die im Zeitverlauf als gesundheitspolitisch relevant und damit zu ändern identifiziert wurden, kommen jedoch auch besondere Textstellen im Gesetz, an denen der Gesetzgeber definierte Veränderungen innerhalb der Versorgung zulässt. Hier sind bspw. die Regelungen rund um die Etablierung „Neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)“ im Rahmen der akutstationären Versorgung oder aber die „selektivvertraglichen Regelungen (Modellvorhaben, Besondere Versorgung usw.)“ zu nennen. Solche Möglichkeiten erlauben es, Innovationen im Gesundheitssystem auf Basis von krankenkassenindividuellen Verträgen oder spezieller Verhandlungs- und Genehmigungsverfahren zu etablieren. Hier öffnen sich also für die Leistungserbringer- und die Kostenträgerschaft Türen, um bspw. qualitativ, aber auch wirtschaftlich interessante Verbesserungen innerhalb der Versorgung zu ermöglichen. Solche Ansätze können typischerweise auf die Verbesserung von Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen ausgerichtet sein. Doch solche Verbesserungen bedürfen eines sorgfältigen Auslotens, ob es für die Versorgung Anbieter und/oder Nachfrager gibt bzw. ob diese Versorgung auch wirklich mit qualitativ vergleichbaren oder aber sogar verbesserten Versorgungsergebnissen (unter gleichzeitiger Beachtung des damit verbundenen Versorgungskostenniveaus im Sinne einer gesundheitsökonomischen Evaluation) einhergeht und damit wirtschaftlich

Bezeichnung

Transaktionskostentheorie

Begründer

Ronald H. Coase (* 29.12.1910 / † 02.09.2013), Auszeichnung mit dem Alfred-Nobel-Gedächtnispreis für Wirtschaftswissenschaften 1991
Oliver E. Williamson (* 27.09.1932 / † 21.05.2020), Auszeichnung mit dem Alfred-Nobel-Gedächtnispreis für Wirtschaftswissenschaften 2009

Historie

- (1) Der mit einem Nobelpreis für Wirtschaftswissenschaften gekürte Erklärungsansatz der Transaktionskosten von Ronald Coase geht auf das grundlegende Werk „the nature of firm (1937)“ zurück. In diesem Werk begründet er die Existenz von Unternehmen damit, dass diese Leistungen zu besseren Konditionen bereitstellen können, als dies Märkten gelingt.
- (2) Der in gleicher Weise nobelpreisgekürte Erklärungsansatz von Oliver E. Williamson geht auf die 1990er Jahre zurück und bezieht Human- und Umweltfaktoren mit in die Erklärung der Transaktionskosten ein.

Zentrales Anliegen

Aufdeckung und Erklärung des Werteverzehrs vertraglicher oder aber anderweitig bindender Absprachen zwischen unterschiedlichen Teilnehmer:innen am Wirtschaftsleben.

Anwendungsbereiche

Zusätzliche Entscheidungsgrundlage für Leistungserbringer und Kostenträger bei nahezu allen einzel- oder aber selektivvertraglichen Maßnahmen des Versorgungsmanagements.

„In der Zeit, in der die nationale Gesundheitsversorgung fast ausschließlich kollektivvertraglich geregelt war und es eher abwegig denn geläufig war, sich mit wettbewerblich organisierten Selektivverträgen auseinanderzusetzen, wurde eher selten über die Transaktionskostentheorie nachgedacht und die Kosten der Bürokratie als gegeben hingenommen. Erst mit dem Erstarken der Einzelverträge sind die Transaktionskosten in den Fokus geraten. So gilt es, nicht nur auf die Konditionen der eigentlichen Versorgungsleistungen, sondern auch genau auf den damit einhergehenden Administrationsaufwand zu achten. Zu bürokratische Strukturen haben das Potenzial, mühsam erwirtschaftete Versorgungsvorteile zu unterminieren.“

**Prof. Dr. rer. pol. Hans-R. Hartweg,
Professor im Fachbereich „Wiesbaden Business School“ der Hochschule RheinMain (HSRM)**

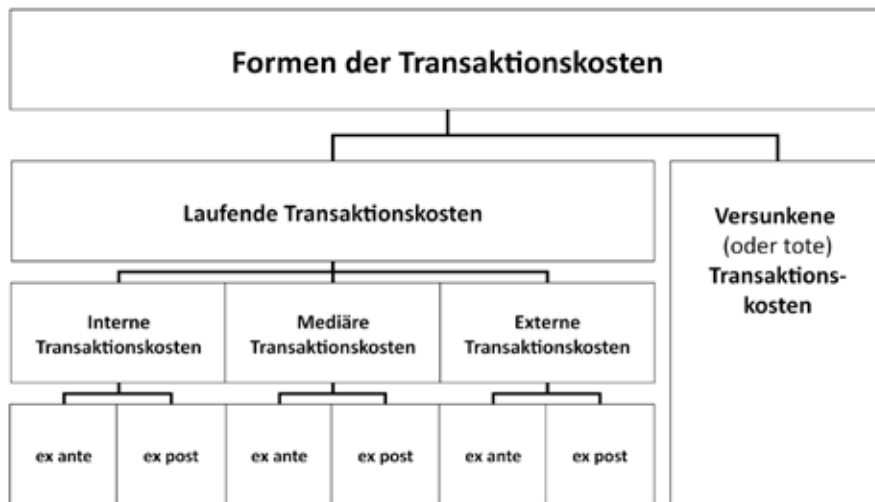


Abb. 1: Formen der Transaktionskosten. Eigene Darstellung.

konkurrenzfähig ist. Dafür entstehen über die ohnehin von den Kostenträgern an die Leistungserbringer auszugleichenden Versorgungskosten hinaus auch Transaktionskosten.

Transaktionskosten

Allgemein werden unter dem Begriff der Transaktionskosten die Kosten subsumiert, die Tauschakte in einem Wirtschaftssystem ermöglichen und begleiten. Transaktionskosten entstehen bei der Übertragung und Durchsetzung von Verfügungsrechten. Sie halten ökonomische Systeme im Gang. Bereits in vorauslaufenden Ausgaben des „Monitor Versorgungsforschung“ wurden sie als Kosten der Anbahnung, der Vereinbarung, der späteren Kontrolle und der Anpassung der wechselseitigen Leistungsbeziehungen bezeichnet. Transaktionskosten können damit auch als „Opfer“ oder als „Einsatz“ für die in den Verträgen abgebildeten Wirtschafts- und Versorgungsabläufe interpretiert werden. Sie entstehen aufgrund menschlicher Transaktionen im Zeitverlauf von der Vorvertragsphase bis zum Zeitpunkt der finalen Abwicklung einer gekündigten Vereinbarung.

Der Begriff „Transaktionskosten“ geht auf die Wirtschaftswissenschaftler Coase und Williamson zurück, die beide eigene Theorien zur Existenz, Entstehung und Erklärung entwickelten. Coase sieht Transaktionskosten als Indikator für strukturelle Unterschiede. Bestimmte Leistungen können von Unternehmen zu anderen Konditionen bereitgestellt werden, als dies dem Markt (bzw. den Märkten) gelingt. Damit begründet er die Existenz von Unternehmen und verweist zugleich auf Unterschiede bei der Administration der konkreten Leistungserstellung. Williamson erweitert diesen Ansatz, wenn er die Existenz

der Transaktionskosten auch mit Human- und Umweltfaktoren begründet, die er in einen eigenen Organisationsrahmen einbettet.

Bei den Administrationskosten kann zwischen laufenden oder aber bereits versunkenen (toten) Transaktionskosten differenziert werden. Die laufenden Transaktionskosten können intern (also im Unternehmen selbst), extern (sprich auf dem Markt) oder aber mediär (ergo in einem Kontinuum zwischen Unternehmen und Markt) entstehen. Alle genannten Arten von laufenden Transaktionskosten können sowohl als ex ante- oder aber als ex post-Kosten definiert werden (also bevor oder nachdem die Transaktion ausgeführt wird oder wurde). Die ex ante-Kosten bestehen aus den Arbeiten am Vertragsentwurf. Dazu gehören Such-, Informations-, Verhandlungs- und Absicherungskosten. Die ex post-Kosten entstehen bei der eigentlich Vertragsabwicklung im Rahmen der Durchsetzung, Überwachung, Anpassung und Schlichtung. Versunkene Transaktionskosten sind zu keinem Zeitpunkt mehr zurückzugewinnen und damit für immer verloren (vgl. Abb. 1).

Vergleich der unterschiedlichen Koordinationsformen

Das Transaktionskostenniveau verweist auf Unterschiede zwischen organisatorischen Arrangements. Solche Arrangements können nach Coase durch die jeweilige Koordinationsform einerseits „hierarchisch“ (also durch die selbst definierten/gesetzten Strukturen in einem Unternehmen) oder aber andererseits „marktlich“ (bereitgestellt von einem externen Dienstleister und sodann käuflich erworben vom Unternehmen) bestimmt werden. Damit können getroffene vertragliche Regeln auch anhand der Transaktionskosten

in Frage gestellt werden, wenn die identifizierten Unterschiede die Überlegenheit eines der beiden Lösungsansätze ausdrücken und die beiden Arrangements untereinander substituierbar sind. Wichtig ist dabei zu erkennen, dass Transaktionskosten keine statischen Größen darstellen, sondern durchaus mit dem jeweiligen Stand der technischen und/oder politischen Entwicklungen variieren können. Sie verändern sich bspw. auch mit der Entwicklung oder aber der Erosion aufstrebender oder abzuwickelnder Märkte. Nicht zuletzt die disruptiven Kräfte der Digitalisierung werden dabei zukünftig immer mehr zu beachten sein.

Solche Unterschiede manifestieren sich, wenn bspw. hierarchische Koordinationen (also administrative, innerhalb eines Unternehmens betreute Prozesse) im Zeitverlauf (bspw. durch zunehmende Erfahrungen) zwar günstiger werden, sich dann aber doch marktliche Lösungen für solche Verwaltungsabläufe herausbilden, die sich in der Entwicklung noch kostengünstiger zeigen. In solchen Konstellationen wäre es ökonomisch nicht (mehr) sinnvoll, weiterhin an der unternehmerischen Koordinationsform festzuhalten, es sei denn, andere Gründe würden dies erfordern (strategische Unabhängigkeitsziele, Gründe des Datenschutzes, u.a.). Solche Unternehmen würden versuchen, ihr Transaktionskostenniveau entlang der opportunisten Operationslinie zu erlangen. Der Zeitpunkt des Umstiegs von der einen auf die andere Koordinationsform wird dann erreicht, wenn sich die Kosten der alternativen Koordination (abweichend) günstiger als zu einer zuvor präferierten entwickeln würden (vgl. Abb. 2).

Als ein Erlös-Beispiel für das Gesundheitswesen kann hier in einem systemanalytischen Kontext gesagt werden, dass sich die administrative Auskehr von Leistungsausgaben über eine zentrale Honorarstelle mit den innewohnenden, korporatistischen Absprachen nicht selten kostengünstiger gestalten wird, als eine im Unternehmen vorgenommene, rechnerisch-fachlich prüfende Administration solcher Leistungsausgaben auf Basis von Einzelrechnungen. Nachdem die Versicherten Leistungserbringer:innen in Anspruch genommen haben, wird dann in aller Regel auf Basis der Einzelrechnungen eine Kostenerstattung erfolgen, nach der die Versicherten eine Rückvergütung ihrer bezahlten Aufwendungen erhalten.

Die Operationslinien dürften sich hier unterscheiden. In gleicher Weise könnten sich jedoch auch marktliche Koordinationsformen bis zu einem gewissen Zeitpunkt als überle-

Kostenunterschiede zwischen einer hierarchischen und einer marktlichen Koordination

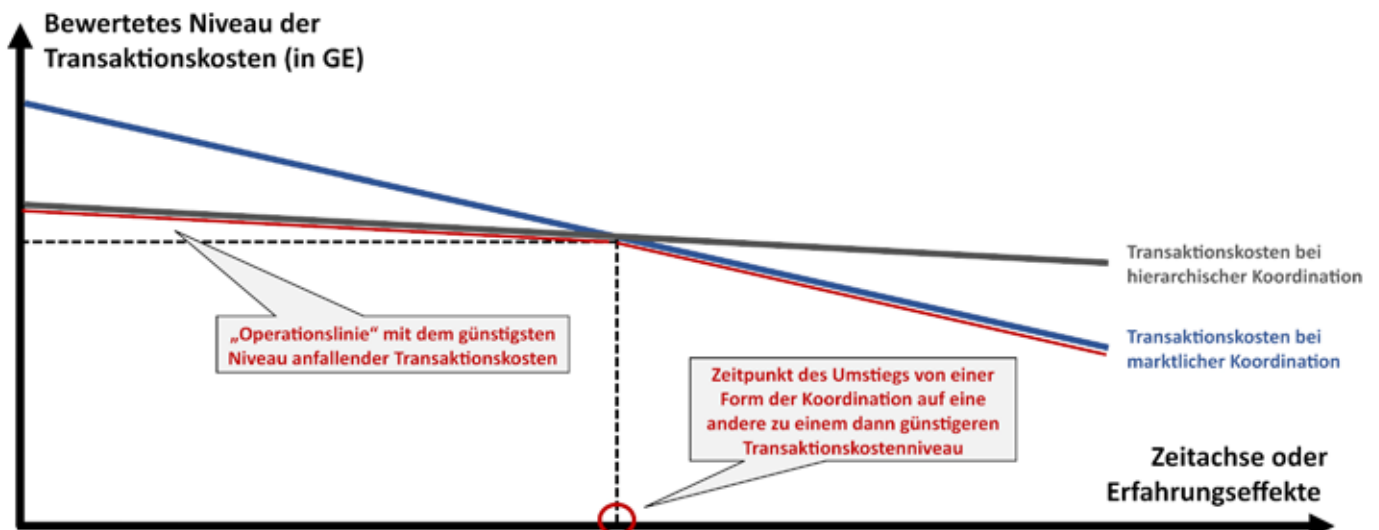


Abb. 2: Kostenunterschiede zwischen einer hierarchischen und einer marktlichen Koordination. Eigene Darstellung.

gen herauskristallisieren bis an diese Form dann hierarchische (unternehmerische) Koordinationsformen treten. Als zweites Beispiel könnte hier das fremdvergebene Erlös- und Forderungsmanagement eines Leistungserbringers genannt werden, das so lange durch einen Dienstleister sichergestellt wird, bis es sich dann doch (bspw. auf Grund eines erreichten Abrechnungsvolumens) lohnt, eine Stelle im eigenen Unternehmen für diese Vorgänge einzurichten. Letztlich handelt es sich also um ganz klassische Entscheidung rund um Eigen- und Fremdadministration (bzw. -produktion der benötigten Dienstleistung) und damit folglich um eine „make or buy-Entscheidung“ mit einem speziellen Fokus auf die Kosten der Bürokratie.

Organisatorischer Rahmen für Transaktionskosten

Der Wirtschaftswissenschaftler Williamson erweitert diese Betrachtung um einen organisatorischen Rahmen, in dem sich die Transaktionen vollziehen. Er differenziert innerhalb dieses Rahmens zwischen Human- und Umweltfaktoren. Aufseiten der Humanfaktoren verweist er auf eine nur eingeschränkt vorhandene Rationalität, die es bei unvollkommener Information und mangelnder Prognosemöglichkeiten zukünftiger Markttereignisse zu beachten gilt. Dabei werden die Arrangements zumeist langfristig angelegt und geplant, so dass in einer entfernten Zukunft

die Unvollkommenheit bei der Vertragsgestaltung immer größer auszufallen droht. Hinzu kommt der Opportunismus, den alle Individuen innehaben und der natürlich auch auf die Koordinationsform wirkt. Hier können sich Eigeninteressen zeigen, die es zu beachten gilt.

Bei den Umweltfaktoren sieht er Defizite bei Einschätzungen über ggf. bestehende Einflussfaktoren, die auf die Koordination wirken (Komplexität). Unsicherheit besteht zudem darin, ob während der Transaktion alle Beteiligten noch immer den gleichen Elan an den Tag legen, wie das ggf. vor der Transaktion der Fall war. Zudem können sich Informationsdefizite aus einem Mangel an

Kommunikation oder aber aufgrund verzerrter Berichte ergeben. Mit der Häufigkeit bzw. der Spezifität der Transaktionen verbunden ist das ggf. schon erworbene administrative Know-how im Rahmen der Abwicklung und damit eng verbunden die Anzahl der Transaktionen (bzw. für das Gesundheitswesen: die Fallzahlen). Elementar ist hier die Analyse des Auslastungsgrads der Administration.

Innovationen im nationalen Gesundheitssystem

Die Etablierung von Innovationen im deutschen Gesundheitswesen ist vielschich-

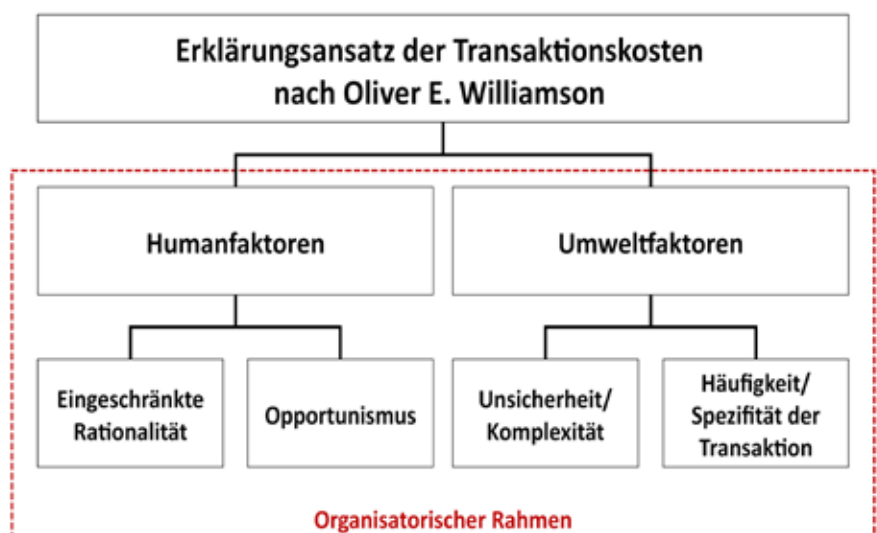


Abb. 3: Formen der Transaktionskosten. Eigene Darstellung.

Transaktionskostenunterschiede bei einer neuen (veränderten) Koordination im Vergleich zur Koordination der Regelversorgung

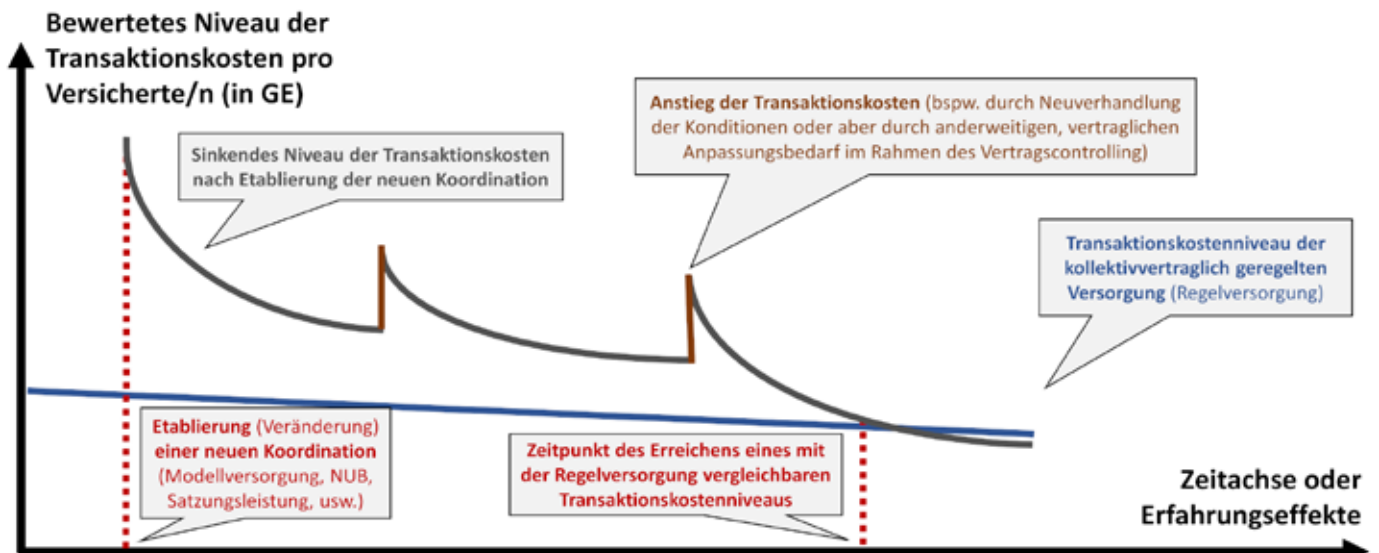


Abb. 4: Kostenunterschiede zwischen einer hierarchischen und einer marktlichen Koordination. Eigene Darstellung.

tig und gelingt nur unter Beachtung ausgesprochen spezieller Regeln, die darauf ausgerichtet sind, die solidarisch finanzierten Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung, als einer der wettbewerblich organisierten Zweige der nationalen Sozialversicherung, möglichst zielgerichtet und wirtschaftlich zu verwenden. Leistungserbringer:innen und Kostenträger sind gleichermaßen zur gesetzlich definierten Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots verpflichtet. Am Beispiel der „Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB, synonym für die Bemühungen vieler Leistungserbringer:innen) bzw. der „Selektivverträge“ (bsph. für Leistungserbringung und Kostenträger) soll hier verdeutlicht werden, wie stark das Niveau an Transaktionskosten die Umsetzung dieser Versorgungsansätze mit beeinflusst.

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)

Die Regeln für NUB entspringen dem § 6 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) und sind der Sammelbegriff für Therapieformen, die in den Gesundheitsmarkt neu eingeführt werden sollen. Naturgemäß existieren für derart neue Leistungen keine Abrechnungsmöglichkeiten in Form einer Vergütung gemäß des jeweiligen Katalogs entsprechend der diagnosebasierten Fallgruppen (DRGs). Somit kann nicht über das retrospektiv angelegte aG-DRG-System abgerechnet werden, was dazu führt, dass eigene Bewertungs-/Abrechnungsmodalitäten zu konsentieren sind.

Für diese NUB-Verfahren werden u. a. neue Therapien, neue Operationen- und Prozedurschlüssels (OPS) bzw. neu zu vergütende Fallpauschalen und/oder Zusatzentgelte

(testweise) berücksichtigt. Der gesamte Prozess erstreckt sich in aller Regel über einen Zeitraum von 3 Jahren und geht mit außerbudgetären, fallbezogenen NUB-Entgelten einher. Diese Entgelte werden somit für Leistungen vergütet, die noch nicht sachgerecht über die Fallpauschalen im DRG-Katalog berücksichtigt werden konnten bzw. können und nicht von einer Finanzierung ausgeschlossen sind. In der Probezeit gilt es, Leistungs- und Kostendaten (ggf. auch mit ergänzenden Datenerhebungen) zu dokumentieren. Leistungserbringenden Krankenhäusern und Kostenträgern ist es möglich, in den Verhandlungsrunden dafür eigene, temporär gültige Vergütungsabsprachen vorzusehen.

NUB-Entgelte sind Teil der Krankenhausbudgetverhandlung. Nicht selten werden die Anträge auf die NUBs nicht allein von den

Literatur

- Brandhorst, Andreas; Hildebrandt, Helmut; Luthé, Ernst-Wilhelm (2017) Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems, Wiesbaden: Springer-Fachmedien.
- Coase, Ronald H. (1937) The Nature of the Firm, in *Economica*, Volume 4, Issue 16 (Nov. 1937), p: 386 - 405. Hoboken: Wiley & Sons.
- Dewenter, Heike; Thun, Sylvia (2017) SNOMED CT und IHTSDO-Mitgliedschaft – Nutzen einer Referenzterminologie für Deutschland aus der Perspektive der Neuen Institutionenökonomie, in: Müller-Mielitz, Stefan; Lux, Thomas (Hrsg.) *E-Health-Ökonomie*, S. 239 - 272, Wiesbaden: Springer-Fachmedien.
- Gemeinsame Bundesausschuss – Innovationsausschuss (2022) Innovationsfonds, abzurufen unter: Startseite - G-BA Innovationsfonds (Abgriff am 03.05.2022).
- Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert am 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754).
- Hartweg, Hans-R.; Kaestner, Rolf; Lohmann, Heinz; Proff, Marcus; Wessels, Michael (2015) Verbesserung der Performance durch Open Innovation-Ansätze - Von neuartigen Verfahren zur Suche nach Differenzierungsvorteilen im Krankenhaus, Springer Essentials, Springer-Gabler Heidelberg.
- Hartweg, Hans-R. (2007) Die Entwicklung der integrierten Versorgung in Deutschland, Münster/Berlin: LIT-Verlag.
- Hauzel, Kristina (2018) Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden - Eine Untersuchung zur Aufnahme und Entgeltkalkulation neuer akutstationärer Leistungen in den Fallpauschalenkatalog unter Berücksichtigung der Nutzenbewertung, in: Hartweg, Hans-R.; Maier-Rigaud, Remi (Hrsg.) *Krankenhäuser als Triebfeder von Innovationen*, S. 12 - 63, Münster/Berlin: LIT-Verlag.
- Kehl, Peter (2015) Die Sozialversicherung als Erkenntnisgegenstand der Versicherungsökonomie, in: Mülheims, Laurenz; Hummel, Karin; Peters-Lange, Susanne; Toepler, Edwin; Schumann, Iris (Hrsg.) *Handbuch Sozialversicherungswirtschaft*, S. 233 - 242, Wiesbaden: Springer-Fachmedien.
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert am 18. März 2022 (BGBl. I S. 473).
- Waehlert, Lilia; Beivers, Andreas; Auhuber, Thomas C. (2015) Ordnungspolitische Herausforderungen und Handlungsbedarfe für die Versorgungsstruktur und Vergütung von Krankenhäusern: Ansatzpunkte zur Verknüpfung von Qualität und Wirtschaftlichkeit, in: Mülheims, Laurenz; Hummel, Karin; Peters-Lange, Susanne; Toepler, Edwin; Schumann, Iris (Hrsg.) *Handbuch Sozialversicherungswirtschaft*, S. 455 - 469, Wiesbaden: Springer-Fachmedien.
- Williamson, Oliver E. (1975) *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*, New York: The Free Press.
- Williamson, Oliver E. (1985) *The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting*, New York: The Free Press.

Zitationshinweis

Hartweg, H.-H.: „Transaktionskostentheorie“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/22), S. 37-41. <http://doi.org/10.24945/MVF.04.22.1866-0533.2423>

jeweiligen Krankenhäusern, was einer hierarchischen Koordination entspräche, sondern auch von den produzierenden Unternehmen betreut (marktliche Koordination). Die dazugehörigen Anträge sind auf ein Jahr befristet und damit jährlich neu einzureichen. Das späteste Einreichungsdatum ist der 31.10. eines jeden Jahres mit einer Wirkung für das Folgejahr, was rund um diesen Termin erhebliche Kräfte bei allen Beteiligten bündeln dürfte.

Selektivverträge

Im Gegensatz zu den kollektivvertraglichen erlauben die selektivvertraglichen Versorgungsverträge, die ohne jegliche gesetzliche Vorgabe zwischen einzelnen Leistungserbringern (und/oder deren Zusammenschlüsse) und einem (oder mehreren) Kostenträger(n) abzuspochen und zu vereinbaren sind, wesentlich mehr Freiheitsgrade. Typische Gesetzesregelungen stellen die Besondere Versorgung (§ 140a SGB V) sowie die Modellvorhaben (§§ 63ff. SGB V) dar. So attraktiv die erhaltenen Freiheitsgrade sind, so sehr gilt es diese auch sorgsam (mit erheblichem Aufwand) zu prüfen! Es drohen verbunden mit den einzelvertraglichen Vereinbarungen durchaus Fallstricke und damit verbunden ggf. Anreize, die die bestehenden Systemregeln unterlaufen und in dem Sinne nicht-intendiert sind.

Die Teilnahmequote der Versicherten ist dabei ein ebenfalls nicht zu unterschätzendes Datum. So vollziehen sich die Teilnahmen keineswegs automatisch, sondern die Versicherten müssen über die Bedingungen der Innovationsmodelle informiert werden. Beim Grundsatz der Freiwilligkeit der Versicherten-Teilnahme gilt es, die Gruppe von anvisierten Teilnehmenden aktiv anzusteuern.

Selektivverträge entstehen damit keineswegs aus dem Lameng, sondern bedürfen ganz im Gegenteil einer ausgesprochen sorgsam Vorbereitung und Analyse der bestehenden Versorgungsmöglichkeiten. Zudem sind gesetzliche Anforderungen in Form der Bereinigung der kollektivvertraglich vereinbarten Budgets, in puncto des Nachweises der Wirtschaftlichkeit bzw. bei der Information ggü. den jeweiligen Landesaufsichten oder aber der Bundesaufsicht (Bundesamt für Soziale Sicherung, BAS), einzuhalten. Gerade die von einer Gemeinschaft von Leistungserbringer:innen oder aber von mehreren Krankenkassen vereinbarten Verträge erfordern nicht selten einen erheblichen Abstimmungsbedarf innerhalb der dazugehörigen Organisationen.

Dabei ist zu beobachten, dass gerade in

diesem Versorgungsbereich der Selektivverträge auch externe Anbieter (gerade auf kleinere Einheiten von Leistungserbringer:innen und/oder Krankenkassen) zugehen, um ihre Dienstleistungen anzubieten. Entsprechende Dienste können sich um ein Potpourri von der Versorgungsanalyse, der Vertragsanbahnung, der Vertragspartnersuche bis hin zur späteren Vertragsabwicklung und/oder der Versichertenansprache bzw. der Vermarktung der Versorgungspiloten ranken.

Dilemma innovativer Versorgungsansätze und ihrer Koordinationsformen

Aus den Transaktionskostenunterschieden erwächst ein Dilemma für die jeweilige Gesundheitsversorgung. So gilt es, nicht nur die Suche nach erfolgreichen Innovationen zu starten, sondern auch mit Blick auf die spätere Umsetzung auf ein möglichst günstiges Transaktionskostenniveau zu achten. Da alle Versorgungspiloten unter strenger Beobachtung hinsichtlich ihrer Wirtschaftlichkeit stehen, gilt es beide Kostenarten (nämlich die Versorgungs- und die Transaktionskosten) in das Kalkül einzubeziehen. Hinzukommt eine Konkurrenz zur seit Jahren etablierten, nationalen Regelversorgung, die sich mit Blick auf die korporatistisch getroffenen Absprachen (mit historischem Vorlauf inklusive vieler Lernschleifen) über die Jahre sehr kostengünstig ausgestaltet hat. Dies führt dazu, dass das in der Abbildung 4 gezeigte Transaktionskostenniveau der Regelversorgung tendenziell eher weiter abnehmend zu diskutieren ist und sich damit auf einem relativ geringen Niveau bewegt. Viele, teilweise sehr spezielle Regelungen rund um Datentransfer und -austausch mit den inwohnenden, sektoral-aufgestellten Verfahren dazu begründen dies.

Wird nun ein neues Versorgungsmodell etabliert, so geht mit dieser Etablierung (häufig typischerweise) auch eine andere Koordinationsform als die der Regelversorgung einher. Zu Beginn werden die Transaktionskosten für diesen Versorgungsansatz tendenziell hoch ausfallen, da klassischerweise Informations-, Such- und Anbahnungskosten entstehen. Mit zunehmender Inanspruchnahme (Fallzahl) wird dieses Transaktionskostenniveau sinken. In den Fällen, in denen ggf. Konditionen neu verhandelt werden, wird das tendenziell sinkende Transaktionskostenniveau wieder einen punktuellen Anstieg erfahren. Es wird in der Folge Erfahrung (bzw. Zeit) benötigen, bis die Transaktionskosten des

neuen Versorgungsansatzes auf dem Transaktionskostenniveau der Regelversorgung bzw. unterhalb eines solchen Werts fallen werden.

Damit ist als Ergebnis festzuhalten, dass eine der größten Konkurrenzen für die Versorgungspiloten aus dem Lager der kollektivvertraglich geregelten Versorgungsleistungen erwächst. Damit haben alle innovativen Versorgungsansätze, so gewünscht sie auch immer sein mögen, einen systembedingten Nachteil, den sie nur über die Zeit und Erfahrung aufholen können.

Zusammenfassung

Angebote von innovativen Versorgungsmodellen und die dahinterliegenden Transaktionen können durch zu hohe Administrationskosten nicht zustande kommen. Hohe Transaktionskosten können dabei das intendierte Zusammentreffen von Nachfragern und Anbietern soweit behindern, dass solche Offerten gänzlich unterminiert werden. Ggf. erklärt sich kein Anbieter bereit, in die Vorbereitung einer mit einem Innovationsschub verbundenen Transaktion zu investieren. In der Folge kann das dazu führen, dass später auch kein Nachfrager gewillt ist, die entstandenen Transaktionskosten mit einem entsprechend höheren Vergütungsanteil zu versehen. Dies nährt eine gesundheitspolitische Forderung nach einer eigenen Finanzierungsform für entsprechende Versorgungspiloten (häufig als „Anschubfinanzierung“ bezeichnet). Derzeit ist eine solche in Deutschland im Rahmen der aus dem Innovationsfonds bereitgestellten Mittel für Innovatoren:innen vorgesehen. Gäbe es einen solchen Finanzmitteltopf nicht, wären im Gesundheitssystem bestimmt weniger Innovationsbemühungen zu konstatieren. Zudem wird die digitale Ausgestaltung unseres Gesundheits- und Pflegewesens das Transaktionskostenniveau der Regelversorgung zukünftig noch weiter erodieren. Dies wird ggf. nachteilig auf die hohen Erwartungen der selektivvertraglichen Regelungen wirken. In diesem Segment steckt die technische Entwicklung sicherlich noch in ihren ersten Weichenstellungen. In diesem Feld gilt es, nicht nur die technischen, sondern auch die gesundheits- und pflegepolitischen Entwicklungen genau zu verfolgen. Die Administration, egal ob aufseiten der Leistungserbringung oder der Kostenträger, wird gut beraten sein, sich auf die zu prognostizierenden Entwicklungsschübe einzustellen und die Chancen und Risiken der jeweiligen Entwicklungen auch hinsichtlich ihrer Transaktionskostenrelevanz zu analysieren. <<

Hochzuverlässigkeitstheorie

Mitte der 1980er Jahre begann eine interdisziplinäre Forschergruppe aus Kalifornien ein aus Sicht der Organisationsforschung außergewöhnliches Phänomen zu untersuchen: Organisationen, die das Potenzial haben tagtäglich katastrophale Fehler zu produzieren, dies aber über längere Zeiträume (fast) nie tun. Durch die Untersuchung von Atomkraftwerken, militärischen Flugzeugträgern und der zivilen Luftfahrt identifizierte die Forschergruppe Gestaltungsprinzipien und Praktiken, die die hohe Zuverlässigkeit dieser Organisationen ermöglichen (z.B. Weick 1987; Roberts 1990). Diese liegt in der Kultur und den jeweiligen Routinen der klassischen Hochzuverlässigkeitsorganisationen (high-reliability organizations, HROs) begründet. Auch für Gesundheitsorganisationen, die nach einer hohen Zuverlässigkeit u.a. mit Blick auf Patientensicherheit und die Vermeidung von Fehlern streben, ist eine Gestaltung von Interventionen mit Rückgriff auf Prinzipien der Hochzuverlässigkeitstheorie mehr als naheliegend. Allerdings ist fraglich, ob die Voraussetzungen der klassischen HROs auch für Gesundheitsorganisationen gelten.

>> Organisationsforscher:innen definieren Zuverlässigkeit meist als „die ungewöhnliche Fähigkeit, kollektive Ergebnisse mit einer bestimmten Minimalqualität kontinuierlich zu produzieren“ (Hannan/Freeman 1984, S. 153). Dabei kann das kollektive Ergebnis in der Praxis unterschiedlich ausgestaltet sein (Ramanujam 2018; Auschra et al. 2022): Typischerweise handelt es sich um das Erreichen von Sicherheit – sowohl in klassischen HROs wie Atomkraftwerken als auch im Gesundheitssektor. Weitere mögliche, zuverlässig zu erreichende Ziele sind u.a. in diesem Sektor Qualität, Patientenorientierung oder eine konstante Performanz im Generellen (evtl. sogar mit Blick auf wirtschaftliche Ziele).

Die Literatur geht übereinstimmend davon aus, dass eine bestimmte Organisationskultur und -gestaltung, die sich in den jeweiligen Praktiken einer HRO zeigt, das Erreichen einer hohen Zuverlässigkeit begünstigt. Dazu schlugen Weick und Kollegen (1999) Ende der 1990er Jahre aufgrund eines Literaturreviews über bestehende Einzelfallstudien von HROs fünf grundlegende Gestaltungsprinzipien vor. Weite Verbreitung, auch in der Praxis, fanden diese Prinzipien durch die Publikation des Buches „Managing the Unexpected: Assuring High Performance in an Age of Complexity“ (Weick/Sutcliffe 2001). Nachfolgend werden sie kurz erläutert (siehe auch Abb. 1).

1. Konzentration auf Fehler: Fehler werden gleichzeitig als Ausgangspunkt für größeren Schaden und die Möglichkeit zum Lernen zur Vermeidung von ebendiesem gesehen. HROs streben daher nach einem konstruktiven Umgang mit Fehlern, um Fehlerursachen langfristig abzustellen.

2. Abneigung gegen Vereinfachung: Kognitive Vereinfachungen wie bestimmte Annahmen oder Weltbilder können zu Vereinfachungen durch die Ignoranz von Informationen, die zur Vermeidung von Schäden dienen könnten, führen. HROs versuchen daher, solche

Bezeichnung
Hochzuverlässigkeitstheorie
Begründer
Berkeley-Gruppe (Todd LaPorte, Karlene Roberts, Gene Rochlin)
Zeitpunkt
Mitte der 1980er Jahre
Zeitlicher Kontext
Ab Mitte der 1980er Jahre untersuchte eine interdisziplinäre Forschungsgruppe, wie technisch komplexe Organisationen mit einem hohen Potenzial für katastrophische Fehler kaum bzw. keine solcher Fehler produzieren. Die eher optimistische Sicht der Hochzuverlässigkeitstheorie kontrastiert dabei die sich zeitnah entwickelnde, pessimistischere „Normal Accident Theory“ (Perrow 1984).
Zentrale Aussage
Organisationen können durch bestimmte Praktiken einen Zustand der Achtsamkeit herstellen, der zu einer hohen Zuverlässigkeit und zur Vermeidung unerwünschter, schwerwiegender Ereignisse z.B. hinsichtlich der Patientensicherheit führt.

Vereinfachungen, z. B. durch Redundanzen wie das Vier-Augen-Prinzip, Trainings und kognitiv diverse Teams mit einer vertrauensvollen Atmosphäre der Zusammenarbeit zu vermeiden.

3. Sensibilität für operative Abläufe: HROs streben nach einer „Situational Awareness“ ihrer Mitglieder, die jederzeit das große Ganze einer Handlung im Blick behält und bereit ist, beim Auftreten von Problemen sofort zu reagieren. So soll vermieden werden, dass

„Eine hohe Zuverlässigkeit von Organisationen der Gesundheitsversorgung beim Erreichen von Zielen wie Patientensicherheit und Behandlungsqualität wäre extrem wünschenswert. Allerdings benötigt eine Hochzuverlässigkeitsorganisation nicht nur eine besondere Kultur, die etwa einen produktiven Umgang mit Fehlern zur Vermeidung weiterer Fehler ermöglicht. Gleichzeitig erfordert Hochzuverlässigkeit Ressourcen, was zu Spannungsverhältnissen mit Personalknappheiten und Effizienzgedanken der Gesundheitsversorgung führen kann. Heutige Gesundheitsorganisationen sind daher in vielen Bereichen keine Hochzuverlässigkeitsorganisationen, bestenfalls nach Reliabilität strebende Organisationen.“

Dr. Carolin Auschra,

Freie Universität Berlin, Fachbereich Wirtschaftswissenschaft, Management-Department

PRINZIPIEN

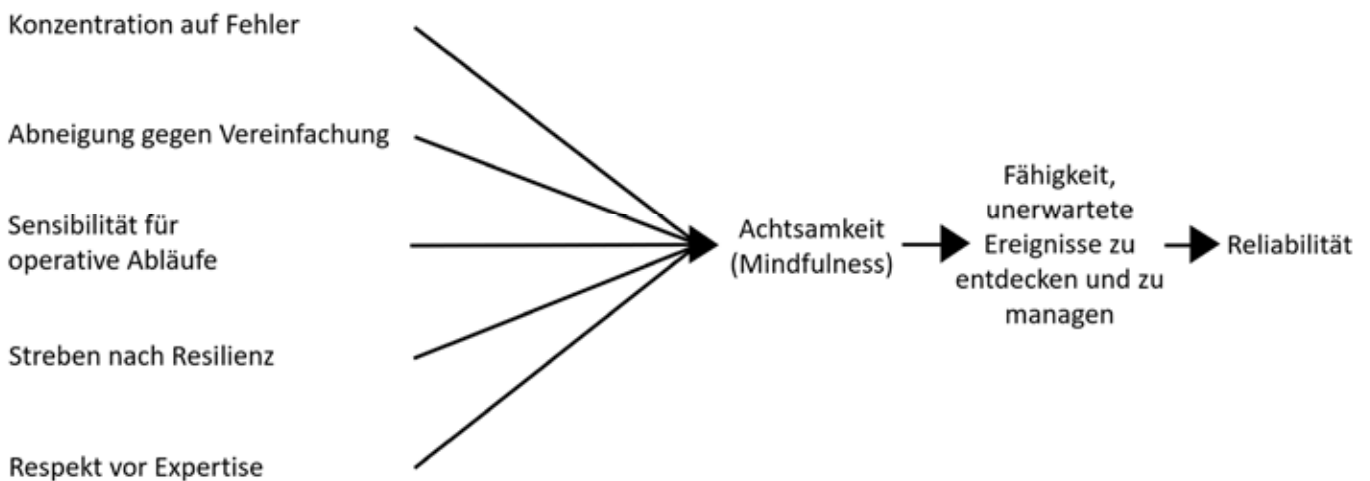


Abb. 1: Hochzuverlässigkeitstheorie (in Anlehnung an Weick et al. 1999, S. 88; Weick/Sutcliffe 2001).

sich kleine Fehler in den operativen Abläufen zu einer großen Katastrophe aufschaukeln. Diese Situational Awareness fordert freie kognitive Ressourcen und einen kontinuierlichen Informationsaustausch zwischen Organisationsmitgliedern.

4. Streben nach Resilienz: HROs benötigen die Fähigkeit, unerwartete Ereignisse zu antizipieren, sie im Moment ihres Auftretens erfolgreich zu managen und sich schnell von ihnen zu erholen. Beispiele hierfür sind Improvisation und Wissensnetzwerke, die in unerwarteten Situationen ad-hoc reagieren können.

5. Respekt vor Expertise: In HROs ist fachliche Expertise wichtiger als hierarchische Struktur. V.a. Entscheidungen in herausfordernden Situationen werden schnell von den jeweils bestqualifizierten Organisationsmitgliedern getroffen.

Laut den Vertreter:innen dieses Ansatzes führt das kontinuierliche Verfolgen der fünf Prinzipien in Kultur und Routinen zu einer erhöhten Achtsamkeit bzw. „Mindfulness“ der Organisation. Dieser Zustand beschreibt die Fähigkeit, unerwartete Ereignisse früh zu entdecken und zu managen, was zur gewünschten Zuverlässigkeit führt. Das Erreichen von Zuverlässigkeit ist damit kein einmaliges Ergebnis, sondern ein komplexer, dynamischer Prozess (Weick 1987; Sutcliffe et al. 2017). Somit geht die Hochzuverlässigkeitstheorie davon aus, dass hochkomplexe Organisationen das Auftreten von schwerwiegenden Fehlern durch kluges Management fast immer vermeiden können. Sie steht damit im Kontrast zur im selben Zeit-

raum entwickelten „Normal Accident Theory“ (Perrow 1984), nach der es in solchen Organisationen aufgrund von Komplexität und enger Kopplung im Laufe der Zeit unausweichlich zu schwerwiegenden Ereignissen kommt (Tamuz/Harrison 2006).

Die ursprüngliche HRO-Forschung beschäftigte sich mit Organisationen, die eine komplexe Technologie (z. B. Atomkraft) mit einem enormen Schadenspotenzial für die breitere Öffentlichkeit betreiben. Gleichzeitig wurden diese Organisationen durch die öffentliche Hand betrieben, was dazu beigetragen haben mag, den hohen Ressourcenbedarf für das Erreichen einer solchen Zuverlässigkeit zu decken. Dennoch stellte sich bald die Frage, inwiefern auch Hochzuverlässigkeit in anderen Kontexten wie z.B. der Gesundheitsversorgung erreicht werden könnte.

Sind Gesundheitsorganisationen HROs?

Die Publikation des US-amerikanischen Berichts „To Err is Human“ (Kohn et al. 2000), der die hohe Zahl vermeidbarer Fehler in Krankenhäusern anprangerte, führte ab Mitte der 2000er Jahre zu einem starken Aufgriff der Hochzuverlässigkeitstheorie im medizinischen Bereich (Bourrier 2011). Eine Vielzahl von Interventionen, v.a. in Krankenhäusern, zielte darauf ab, eine Kultur der Hochzuverlässigkeit zu erschaffen oder bestimmte Prozesse mit Blick auf Ziele wie die Patientensicherheit reliabler zu gestalten (Tolk et al. 2015; Auschra et al. 2022).

Allerdings ist fraglich, inwiefern Gesundheitsorganisationen tatsächlich HROs sind.

Zwar kam es hier zu einer Erweiterung des HRO-Begriffs, der so auch hochkomplexe, risikobehaftete Arbeitsumgebungen (statt hochkomplexer, eng gekoppelter Technologien) einbeziehen kann (Sutcliffe et al. 2017). Auf der anderen Seite sind HROs extrem ressourcen- und kostenintensiv. So machen z. B. Weick und Kollegen (1999) deutlich, dass die Sensibilität für operative Abläufe zur Vermeidung von Schäden gefährdet ist, wenn die Organisationsmitglieder unter Überlastung leiden. Effektive HROs decken daher solche Überlastungen des Personals kontinuierlich auf und beheben sie sofort. Angesichts von konstanter Personalknappheit im Gesundheitswesen ist fraglich, inwiefern hier genug Ressourcen für die Schaffung von Mindfulness vorhanden sein können. Dasselbe gilt mit Blick auf die in vielen Gesundheitsorganisationen vorzufindenden stark ausgeprägten hierarchischen Strukturen, die ebenfalls einer Kultur der Hochzuverlässigkeit entgegenstehen können. Gleichzeitig sprechen immer noch in hoher Zahl vorhandene, vermeidbare unerwünschte Ereignisse in der Gesundheitsversorgung ihre eigene Sprache. Und schon die frühen HRO-Forscher:innen hielten fest: Vor allem in Branchen mit starker staatlicher Regulation hin zu einer Sicherheitskultur und einem großen öffentlichen Druck zur Vermeidung von Fehlern sind HROs vorzufinden – Bedingungen, die zumindest mit Blick auf die deutsche Gesundheitsversorgung in Frage gestellt werden können.

Allerdings ist zu bedenken, dass bestimmte Bereiche einer Gesundheitsorganisation eine höhere Zuverlässigkeit erreichen

können als andere. So ist etwa die Anästhesiologie ein Bereich, der sich seit Jahrzehnten intensiv mit dem Aufbau einer Sicherheitskultur auch mit Rückgriff auf die Erfahrungen anderer HROs beschäftigt hat – was u.a. zu sehr geringen anästhesieassoziierten Mortalitäten geführt hat. Außerdem gilt: Jede Gesundheitsorganisation ist mit Blick auf Kultur und interne Prozesse individuell zu betrachten. Während einzelne Krankenhäuser in bestimmten Bereichen eine hohe Zuverlässigkeit erreichen, gilt dies nicht automatisch für andere Krankenhäuser – es kommt auf die jeweilige organisatorische Ausgestaltung an (Vincent et al. 2010).

Verwendung und Nutzen für die Versorgungsforschung

Die Hochzuverlässigkeitstheorie ist eine Prozesstheorie, die das kontinuierliche Erreichen von bestimmten organisationalen Zielen wie Patientensicherheit oder Behandlungsqualität erklären möchte. Aufgrund der Erwünschtheit solcher Ziele in der Gesundheitsversorgung wird die Theorie regelmäßig zur Gestaltung von konkreten Interventionen herangezogen, die sich entweder mehr oder weniger explizit auf einzelne Prozesse oder einen Kulturwandel der ganzen Organisation (z. B. Chassin/Loeb 2013) beziehen. Das häufigste reliabel zu erreichende Ziel ist dabei – wenig überraschend – ein oder mehrere Aspekte von Patientensicherheit.

Gerade mit Blick auf die kontinuierliche Entwicklung von Interventionen zur Erhöhung der Zuverlässigkeit auch in anderen Branchen (z. B. Crew Resource-Management in der Luftfahrt) bieten sich hier für Gesundheitsorganisationen und Versorgungsforscher:innen vielfältige Ansatzpunkte zur Gestaltung von Interventionen

(z. B. Pronovost et al. 2006; Tolk et al. 2015). Auffällig ist, dass die meisten Studien über Interventionen im stationären Sektor berichten. Allerdings gibt es auch in Deutschland in den letzten Jahren Vorstöße, Interventionen wie CIRS, die das Prinzip des konstruktiven Umgangs mit Fehlern widerspiegeln, auch in ambulanten Praxen zu implementieren.

Herausforderungen bei der Anwendung der Hochzuverlässigkeitstheorie

Eine große Herausforderung bei der Verwandlung von Gesundheits- in Hochzuverlässigkeitsorganisationen ist der kontinuierliche Ressourcenbedarf eines solches Vorhabens. Daher sind entsprechende politische Rahmenbedingungen gefragt, die beispielsweise die Bereitstellung des notwendigen und qualifizierten Personals in allen Bereichen der Organisation sicherstellen. Dabei ist das zuverlässige Erreichen von Zielen wie Patientensicherheit nicht nur ethisch geboten, sondern auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten wünschenswert, da die Verhinderung von Behandlungsfehlern Folgekosten minimiert.

Offensichtlich ist, dass der Zustand der HRO als ein erwünschtes Ideal verstanden werden kann. Daher ist es naheliegend, das Gesundheits- und andere Organisationen (z. B. aus der Managementberatung) dazu neigen können, den HRO-Begriff als ein „Marketing Label“ (Bourrier 2011, S. 12) zu verwenden. Dabei gilt es jedoch stets kritisch zu hinterfragen, ob eine bestimmte Organisation tatsächlich in den gewünschten Bereichen eine hohe Zuverlässigkeit auf nachhaltige Weise erreicht hat und somit Label und Inhalt übereinstimmen.

In diesem Zusammenhang werden vor-

handene Messproblematiken deutlich: Hat ein bestimmter Bereich einer Gesundheitsorganisation bereits einen gewissen Zustand der Zuverlässigkeit erreicht, ist das Auftreten von Fehlern und unerwünschten Ereignissen eher selten oder sogar extrem selten zu beobachten, was sowohl qualitative wie auch quantitative Forschungsansätze zur Evaluierung von Interventionen vor Herausforderungen stellt. Gleichzeitig ergibt sich besonders auch durch den umfassenden Gestaltungsanspruch des Hochzuverlässigkeitsansatzes wie auch bei anderen Interventionen die Frage, ob genau erfasst werden kann, wie eine bestimmte Maßnahme im Zusammenspiel mit anderen organisationalen Veränderungen ein gewünschtes Ergebnis beeinflusst.

Und nicht zuletzt ist weiterhin offen, inwiefern die Implementation einzelner HRO-Prinzipien (und wenn ja, welcher), ihr Zusammenspiel oder weitere Einzelmaßnahmen dem Ziel einer hohen Zuverlässigkeit in einem bestimmten Bereich am ehesten zuträglich sind. Nichtsdestotrotz bietet die Hochzuverlässigkeitstheorie – neben anderen Theorien zur Generierung von Sicherheitskulturen – vielfältige Potentiale zur Verbesserung von Versorgungsprozessen in Gesundheitsorganisationen und -systemen. <<

Zitationshinweis

Auschra, C.: „Hochzuverlässigkeitstheorie“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/22), S. 42-44. <http://doi.org/10.24945/MVF.04.22.1866-0533.2424>

Literatur

- Auschra, C./Asaad, E./Sydow, J./Hinkelmann, J. (2022): Interventions into reliability-seeking health care organizations: A systematic review of their goals and measuring methods. In: *Journal of Patient Safety* 2022; im Druck.
- Bourrier, M. (2011): The legacy of the high reliability organization project. In: *Journal of Contingencies and Crisis Management* 2011, 19, 1: 9–13.
- Chassin, M. R./Loeb, J. M. (2013): High-reliability health care: Getting there from here. In: *Milbank Quarterly* 2013, 91, 3: 459–490.
- Hannan, M. T./Freeman, J. (1984): Structural inertia and organizational change. In: *American Sociological Review* 1984, 49, 2: 149–164.
- Kohn, L.T./Corrigan, J.M./Donaldson, M.S. (2000): *To err is human. Building a safer health system.* Washington, DC: National Academic Press.
- Perrow, C. (1984): *Normal accidents. Living with high-risk technologies.* New York: Basic Books.
- Pronovost, P. J. et al. (2006): Creating high reliability in health care organizations. In: *Health Services Research* 2006, 41, 4P2: 1599–1617.
- Ramanujam, R. (2018): The multiple meanings and models of reliability in organizational research. In: Ramanujam, R./Roberts, K.H. (Hrsg.): *Organizing for reliability. A guide for research and practice.* Stanford, California: 17–33.
- Roberts, K. H. (1990): Some characteristics of one type of high reliability organization. In: *Organization Science* 1990, 1, 2: 160–176.
- Sutcliffe, K. M./Paine, L./Pronovost, P. J. (2017): Re-examining high reliability: Actively organising for safety. In: *BMJ Quality & Safety* 2017, 26, 3: 248–251.
- Tamuz, M./Harrison, M. I. (2006): Improving patient safety in hospitals: Contributions of high-reliability theory and normal accident theory. In: *Health Research and Educational Trust* 2006, 41, 4: 1654–1676.
- Tolk, J. N./Cantu, J./Beruvides, M. (2015): High reliability organization research: A literature review for health care. In: *Engineering Management Journal* 2015, 27, 4: 218–237.
- Vincent, C./Benn, J./Hanna, G. B. (2010): High reliability in health care. In: *BMJ* 2010, 340: c84.
- Weick, K. E. (1987): Organizational culture as a source of high reliability. In: *California Management Review* 1987, 29, 2: 112–127.
- Weick, K. E./Sutcliffe, K. M./Obstfeld, D. (1999): Organizing for high reliability: Processes of collective mindfulness. In: *Research in Organizational Behavior* 1999, 1: 81–123.
- Weick, K.E./Sutcliffe, K.M. (2001): *Managing the unexpected. Assuring high performance in an age of complexity.* 1. Auflage San Francisco: Jossey-Bass.

Thought Leadership zur **Zukunft des Gesundheitswesens**

Wie kann ein Gesundheitssystem der Zukunft aussehen, in dem alle Menschen in Deutschland die bestmögliche Versorgung erhalten? Dazu teilen Expert:innen aus dem Gesundheitswesen, Patienten- und Ärzteorganisationen, Verbände, Gesundheitspolitiker:innen, aber auch die Wissenschafts- und Forschungscommunity sowie Startups ihre Ideen und Initiativen.

Gesundheitssystem Prävention Digital Health Fortschritt



Mehr auf www.landdergesundheit.de

Medikalisierungs- und Kompressionsthese

Die Medikalisierungs- und die Kompressionsthese sind zwei „konkurrierende“ Ansätze in Bezug auf die Frage, in welchem Gesundheitszustand ein längeres Leben, insbesondere die Lebensjahre in höherem Alter verbracht werden. Neben der individuellen Bedeutung von Quantität und Qualität der Lebensjahre ist die Relevanz dieser Frage für das Gesundheitswesen hoch, denn nicht nur in der Vergangenheit ist die Zahl bzw. auch der Anteil der älteren Menschen gestiegen, es wird im Kontext des demografischen Wandels ein weiterer Anstieg, auch der Lebenserwartung, prognostiziert – und die Auswirkungen auf die Versorgungsbedarfe bzw. Ausgaben im Gesundheitswesen können beträchtlich sein.

Medikalisierungsthese

>> Die Medikalisierungsthese, die im Wesentlichen auf Gruenberg (1977) zurückgeht, beruht auf den Erfolgen der Bekämpfung von Infektionskrankheiten in den 1930er Jahren und der Beobachtung, dass Menschen mit chronischen Erkrankungen nun nicht mehr an solchen Infektionskrankheiten starben, sondern länger, aber eben nicht in Gesundheit lebten, was Gruenberg als „failures of success“ bezeichnete. Verbrugge (1986) hat die Entwicklung von Morbidität und Mortalität bei der US-Bevölkerung in mittlerem und höherem Alter anhand von Daten des National Health Interview Survey ab 1957 weitergehend empirisch untersucht und kam im Grundsatz zur gleichen Schlussfolgerung des „Longer Life but Worsening Health“. Allgemein postuliert die These also zunehmende Morbiditätsraten, insbesondere bei chronischen Erkrankungen bzw. bei älteren Personen, im Zuge gesundheitsbezogenen technischen Fortschritts bzw. anderer gesellschaftlicher Entwicklungen, die die Mortalität senken und die Lebenserwartung steigern. Die Menschen sind damit durchschnittlich länger krank. Durch die Reduzierung von Todesfällen von jüngeren Menschen kann sich der Morbiditätseintritt auch insgesamt nach vorne verschieben, da die jüngeren Überlebenden ihr weiteres Leben ebenfalls mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verbringen, womit der durchschnittliche Gesundheitszustand der Bevölkerung insgesamt schlechter würde. Übertragen auf die Ausgaben im Gesundheitswesen würden in Folge dieser Entwicklungen auch diese zunehmen, insbesondere aufgrund einer „Versteilerung“ der Ausgabenprofile, also eines schnelleren Anstiegs der Gesundheitsausgaben bei älteren im Vergleich zu jüngeren Personen (Buchner/Wasem 2000). Reine Status-Quo-Prognosen i.S. der Kalkulation auf Basis aktueller Ausgabenprofile würden demnach künftige Gesundheits-

Bezeichnung

- A) Medikalisierungsthese, auch (Morbiditäts-)Expansionsthese („expansion of morbidity“)
- B) Kompressionsthese („compression of morbidity“)

Begründer

- A) Wird sowohl Ernest M. Gruenberg (1977) als auch Lois M. Verbrugge (1986) zugeschrieben
- B) James F. Fries (1980)

Zeitpunkt/Titel

- A) Gruenberg (1977), The Failures of Success; Verbrugge (1986), Longer Life but Worsening Health? Trends in Health and Mortality of Middle-Aged and Older Persons
- B) Fries (1980): Aging, natural death and the compression of morbidity.

Entwicklungslinien/Zeitlicher Kontext

Ausgehend von der erfolgreichen Bekämpfung von Infektionskrankheiten zu Beginn des 20. Jahrhunderts und deren beobachteten Effekte auf die Gesundheit der nun überlebenden chronisch kranken Personen in den 1970/80er Jahren (Verschiebung des Krankheitsspektrums), weitere Ausdifferenzierung für ausgewählte Personengruppen und Erkrankungen sowie Verallgemeinerung der betrachteten Einflussfaktoren.

Zentrale Aussagen

Die Medikalisierungsthese besagt, dass die insbesondere durch gesundheitsbezogenen technischen Fortschritt gewonnenen Lebensjahre überwiegend in Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit verbracht werden. Im Gegensatz dazu geht die Kompressionsthese davon aus, dass aufgrund verbesserter Lebens- und Arbeitsbedingungen und gleichzeitig steigender Lebenserwartung die Zeiten, die Menschen mit Krankheit und Behinderung leben, verringert werden.

„Sowohl die Medikalisierungs- als auch die Kompressionsthese treffen Aussagen darüber, in welchem Gesundheitszustand die im Kontext steigender Lebenserwartung gewonnenen Lebensjahre verbracht werden. Während die Kompressionsthese davon ausgeht, dass aufgrund von verbesserten Lebensbedingungen und Präventionsmaßnahmen sich die Lebenszeit im Zustand von Krankheit und Behinderung verringern wird, prognostiziert die Medikalisierungsthese eine Zunahme der Morbidität, die insbesondere durch den technischen Fortschritt bedingt ist. In Folge dieser unterschiedlichen Annahmen ergeben sich auch unterschiedliche Prognosen für die Entwicklung der Versorgungsbedarfe und Ausgaben im Gesundheitswesen. Die Studienlage umfasst empirische Hinweise für beide Thesen und verweist gleichzeitig auf die Notwendigkeit, bei der Prognose von zukünftigen Gesundheitsausgaben nach Krankheitsbildern und weiteren Faktoren zu differenzieren.“

**Prof. Dr. Karin Hummel, Sandra Wrzeziono,
Fachbereich Sozialpolitik und Soziale Sicherung, Hochschule Bonn-Rhein-Sieg**

VERANSTALTUNGEN AKTUELLER THEMEN

Entlassmanagement | 16. November 2022

- Aktuelle Entwicklungen in der Gesetzgebung
- Digitalisierung des Entlassmanagements - Was gibt es Neues?
- Prozessoptimierung aller beteiligten Akteure
- Praxisberichte aus dem Entlassmanagement

Veranstaltungsort:

Salles de Pologne Konferenzetage | Hainstraße 16 | 04109 Leipzig

Ansprechpartnerin:

Diahann Wosnitza | +49 341 98988 336 | wosnitza@gesundheitsforen.net

www.gesundheitsforen.net/entlassmanagement

Partnerkongress – Die Jahresveranstaltung für Kunden und Partner | 6./7. Dezember 2022

- Gesundheitsversorgung im Jahr 2023
- Finanzierung der Krankenkassen
- Gesundheitspolitisches Zwischenfazit der Ampel
- Gesundheitspolitik in der GKV und PKV
- Digitalisierung und Versorgung im deutschen Gesundheitswesen
- KI-Unterstützte Diagnose

Veranstaltungsort:

Salles de Pologne Konferenzetage | Hainstraße 16 | 04109 Leipzig

Ansprechpartnerin:

Elena Fricke | +49 341 98988 328 | fricke@gesundheitsforen.net

www.gesundheitsforen.net/partnerkongress

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

ausgaben unterschätzen. Breyer und Felder (2004, S. 4) konstatieren aber: „There is hardly any empirical evidence in favor of the medicalization hypothesis“. Dennoch gibt es aktuellere Hinweise auf die – zumindest partielle – Gültigkeit der Medikalisationsthese, z. B. im ambulanten Sektor in Deutschland (Frank/Babitsch 2018). Auch Payne (2022) sieht Hinweise darauf, dass aufeinanderfolgende Kohorten der US-Bevölkerung sich in Bezug auf die Gesundheit und das Wohlbefinden im späteren Lebensalter auf unterschiedlichen Wegen befinden und bei jüngeren Kohorten die gestiegene Lebenserwartung mit chronischen Erkrankungen bzw. Behinderungen einhergeht.

Kompressionsthese

Die Kompressionsthese nach Fries fokussiert grundsätzlich auf die Verbesserung der bevölkerungsbezogenen Gesundheit sowie die Wirkung primärer Prävention von Krankheit und Behinderung (Fries et al. 2011). Demnach kann durch Präventionsmaßnahmen und verbesserte Lebens- und Arbeitsbedingungen das Alter bei der Erstmanifestation von Erkrankungen sowie das Auftreten von Behinderung und altersbedingten Krankheiten zeitlich verschoben werden. Gegenstand der These ist somit, dass sich die Lebenszeit im Zustand „schlechter“ Gesundheit reduziert und innerhalb einer kurzen Zeitspanne vor dem Lebensende komprimiert. Grundlegend ist hierbei die Annahme, dass Morbidität in Form chronischer Erkrankungen und altersbedingter Gebrech-

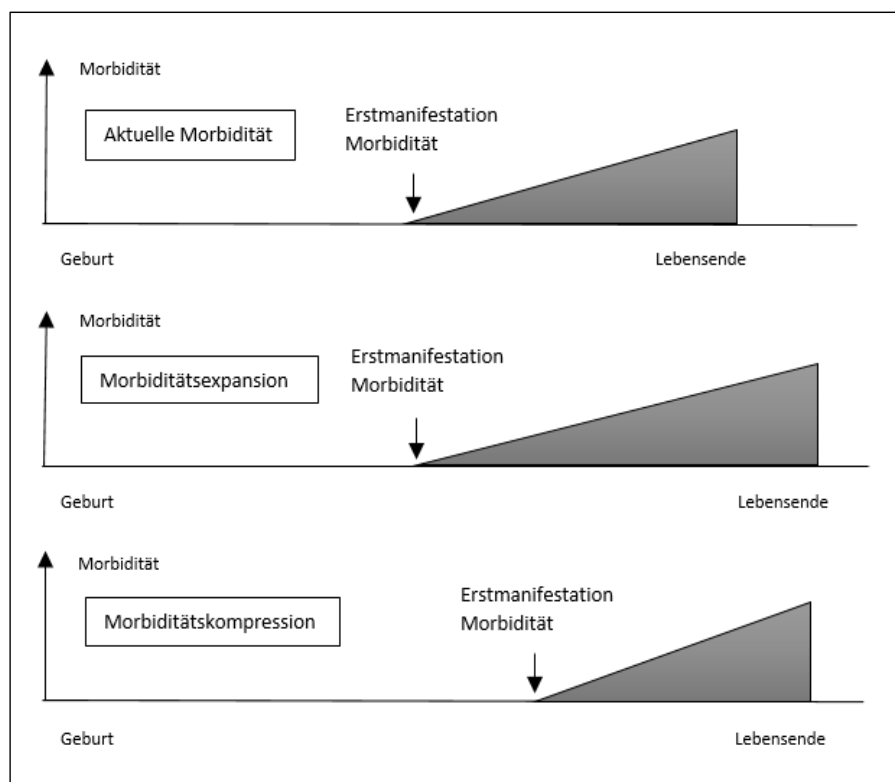


Abb. 1: Schematische Darstellung der Medikalierungs- und Kompressionsthese (eigene Darstellung in Anlehnung an Fries et al. 2011).

lichkeit hinsichtlich der Erstmanifestation sowie des Schweregrades insbesondere durch Lebensstilfaktoren beeinflusst werden können (Fries 1980). Unter Berücksichtigung der steigenden Lebenserwartung tritt die Morbiditätskompression ein, wenn das Alter beim ersten Auftreten von chronischen Krankheitssymptomen, Altersschwäche und Behinderung schneller ansteigen kann als die Lebenserwartung.

Die Frage, ob der Zeitraum im Zustand von Morbidität verkürzt werden kann, hängt dementsprechend von der Erhöhung des durchschnittlichen Eintrittsalters eines Morbiditätsmerkmals im Vergleich zur Steigerung der Lebenserwartung im gleichen Alter ab. Dabei kann wie folgt differenziert werden: Die relative Kompression liegt vor, wenn das Alter bei der Erstmanifestation von Morbidität parallel mit der Lebenserwartung

Literatur

- Breyer, F. / Felder, S. (2004) Life Expectancy and Health Care Expenditures in the 21st Century: A New Calculation for Germany Using the Costs of Dying. DIW Discussion Papers 452, Berlin. <http://hdl.handle.net/10419/18304>.
- Buchner, F. / Wasem, J. (2000) Verteilung der alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile von Krankenversicherern. Zeitschr. f. d. ges. Versicherungsw. 89, pp. 357–392. <https://doi.org/10.1007/BF03188231>.
- Dieteren, C. / Faber, T. / van Exel, J. (2020) Mixed evidence for the compression of morbidity hypothesis for smoking elimination – a systematic literature review. The European Journal of Public Health, 31 (2), pp. 409–417. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa235>.
- Felder, S. (2012) Gesundheitsausgaben und demografischer Wandel. Bundesgesundheitsbl 2012, 55 (5), pp. 614–623. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1469-4>.
- Frank, J. / Babitsch, B. (2018) Kompression oder Expansion der Morbidität in der ambulanten Versorgung? Die Generation 65plus in 2007 und 2014. Z Gerontol Geriat 2018, 51, S. 557–566. <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1291-6>.
- Fries, J. F. (1980) Aging, natural death and the compression of morbidity. New England Journal of Medicine, 303 (3), pp. 130–136. <https://doi.org/10.1056/NEJM198007173030304>.
- Fries, J. F. (2005) The compression of morbidity. The Milbank Quarterly, 83 (4), pp. 801–823. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00401.x>.
- Fries, J. F. / Bruce, B. / Chakravarty, E. (2011) Compression of morbidity 1980–2011: A focused review of paradigms and progress. Journal of Aging Research, 2011. <https://doi.org/10.4061/2011/261702>.
- Gruenberg, E. M. (1977) The Failures of Success. The Milbank Quarterly, 55 (1), pp. 3 – 24. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00400.x>.
- House, J. / Kessler, R. / Herzog, R. (1990) Age, socioeconomic status, and health. The Milbank Quarterly, 68 (3), pp. 383–411.
- Kane, R. L. / Radoserich, D. M. / Kaupel, J. W. (1990) Compression of morbidity: issues and irrelevancies. In: Kane, R. L., Evans, J. G., Mac Fadyen, D. (Eds.). Improving the Health of Older People: A World View. (pp. 30–49). Oxford, New York, Tokyo.
- Lantz, P. (2020) Revisiting compression of morbidity and health disparities in the 21st century. The Milbank Quarterly, 98 (3), pp. 664–667. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12472>.
- Manton, K. (1982) Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. Milbank Memorial Fund. Health and Society, 60 (2), pp. 183–244.
- Olhansky, S. J. / Rudberg, M. A. / Carnes, B.A. et al. (1991) Trading Off Longer Life for Worsening Health: The Expansion of Morbidity Hypothesis. Journal of Aging and Health, 1991, 3 (2), pp. 194–216. <https://doi.org/10.1177/089826439100300205>.
- Payne, C. F. (2022) Expansion, Compression, Neither, Both? Divergent Patterns in Healthy, Disability-Free, and Morbidity-Free Life Expectancy Across U.S. Birth Cohorts, 1998–2016. Demography 59 (3), pp. 949–973. <https://doi.org/10.1215/00703370-9938662>.
- Seaman, R. / Höhn, A. / Lindahl-Jacobsen, R. et al. (2020) Rethinking morbidity compression. European Journal of Epidemiology, 35 (5), pp. 381–388. <https://doi.org/10.1007/s10654-020-00642-3>.
- Tindale, L. / Salema, D. / Brooks-Wilson, A. (2019) 10-year follow-up of the super-seniors study: compression of morbidity and genetic factors. BMC Geriatrics, 19 (58) <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1080-8>.
- Verbrugge, L. M. (1984) Longer life but worsening health? Trends in health and mortality of middle-aged and older persons. Milbank Memorial Fund. Health and Society, 62 (3), pp. 475–519. <https://doi.org/10.2307/3349861>.

Zuordnung

Bei welchen Fragestellungen/Problemen kann diese Theorie angewandt werden?

Die Theorien finden insbesondere Berücksichtigung in empirischen Studien zur Prognose der Entwicklung von Morbidität, Mortalität und damit zusammenhängend der Versorgungsbedarfe und Ausgaben im Gesundheitswesen.

Nutzen

Welche (bekanntesten) Fehler werden durch Anwendung dieser Theorien vermieden?

Sicherlich nicht nur auf Basis dieser Theorien, aber unterstützt durch sie, werden Vorausberechnungen der Versorgungsbedarfe bzw. der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen – insbesondere auf der Makroebene – nicht mehr als einfache „Status-Quo-Prognosen“ angelegt, in denen im einfachsten Fall z.B. aktuell „gültige“ Prävalenzraten oder Kostenprofile einer Altersgruppe mit den prognostizierten Bevölkerungszahlen multipliziert werden, sondern berücksichtigen mögliche Veränderungen und Zusammenhänge zwischen demografischer Entwicklung, Lebensbedingungen, Alter und Krankheit.

Einsatz in der Vf

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

Es gibt eine Vielzahl empirischer Studien, die auf Basis verschiedener Szenarien der Medikalisierung- bzw. Kompressionsthese zukünftige Entwicklungen der Morbidität, der Versorgungsbedarfe bzw. der Gesundheitsausgaben vorausberechnen, dies sowohl auf der Makro- und Mesoebene bzw. für einzelne (altersbedingte) Erkrankungen, wie z.B. Demenz oder Erkrankungen durch Tabakkonsum.

steigt. Verschiebt sich hingegen das Alter beim Eintreten chronischer Erkrankungen bzw. Behinderung schneller nach oben als die Zunahme der Lebenserwartung, ist von einer absoluten Kompression zu sprechen (Fries 2005). Laut diverser Studienergebnisse lässt sich die Gültigkeit der Kompressionsthese nicht pauschal bestätigen. Vielmehr hängen der Alterungsprozess und das Auftreten von Krankheit sowie Behinderung von multiplen Faktoren (z.B. Tindale et al. 2019), wie beispielsweise sozioökonomischen Einflussgrößen (House et al. 1990, Lantz 2020) ab, durch welche eine zunehmende Heterogenität des Gesundheitszustandes im Alter hervorgerufen wird. Entscheidend ist demnach insbesondere die Variation des Alters bei Auftreten von Morbiditätsmerkmalen zu berücksichtigen (Seaman et al. 2020).

Weiterentwicklungen

Aufbauend auf der Medikalisierungs- und Kompressionsthese sowie deren empirische Überprüfung haben sich weitere Theoriestränge entwickelt. So kombiniert z.B. die These eines dynamischen Gleichgewichts („Dynamic Equilibrium“), die Kenneth Manton 1982 formulierte, beide Thesen dahingehend, dass Menschen bei steigender Lebenserwartung zwar länger krank seien, dadurch aber zunehmend weniger an der Teilhabe am Alltag beeinträchtigt würden. Die These der Bi-Modalität von Kane et al. (1990) postuliert dagegen eine parallele Zunahme gesunder, aktiver alter Menschen und gesundheitlich beeinträchtigter alter Menschen. <<

Zitationshinweis

Hummel, K., Wrzeziono, S.: „Medikalisierungs- und Kompressionsthese“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/22), S. 46-48. <http://doi.org/10.24945/MVF.04.22.1866-0533.2425>

Open Access für NL-Universitäten

>> Das niederländische Bibliothekskonsortium UKB und der Thieme-Verlag haben eine Read&Publish-Vereinbarung geschlossen. UKB wird dabei von dem Kooperationsverband für niederländische Bildungs- und Forschungseinrichtungen SURF vertreten. Beteiligt sind elf führende niederländische Universitäten. Der Vertrag umfasst den uneingeschränkten Lese-Zugriff auf insgesamt 55 Thieme-Fachzeitschriften für die Mitglieder der beteiligten Institutionen. Darüber hinaus haben assoziierte Wissenschaftler:innen und Autor:innen die Möglichkeit, eine unbeschränkte Anzahl an wissenschaftlichen Fachartikeln ohne zusätzliche Publikationskosten open access einzureichen.

Die Vereinbarung zeige, so Veronika Spinka, Senior Vice President Science bei Thieme, dass gemeinsam wichtige Schritte gegangen werden können, um „Open Access-Modelle zu integrieren und so ein attraktives Publikations-Umfeld für die Wissenschafts-Community zu bieten“. <<

Mobil plant Informationsportal

>> Die Mobil Krankenkasse und das Beratungs- und Schulungsunternehmen DG Digitales Gesundheitswesen haben sich darauf verständigt, ein Informationsportal zu entwickeln, das zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz von Versicherten beiträgt. Geplant ist eine Lösung, die auch von anderen Krankenversicherungen genutzt werden könne, um den Wissensstand bei den Versicherten nachhaltig zu erhöhen und den gesetzlichen Qualifizierungsverpflichtungen von Krankenkassen im Zusammenhang mit dem Paragraphen 20k SGB V gerecht zu werden.

Der Start des Informationsportals war bereits für Juli geplant. Mario Heise, Mobil-Vorstandsvorsitzender: „Die Umsetzung als Whitelabel-Lösung ermöglicht auch anderen Krankenkassen, von der Expertise unseres Partners zu profitieren, um gemeinsam bei der Verbesserung der digitalen Kompetenz der Versicherten schnell Breitenwirkung zu erzielen.“ <<

Links: www.mobil-krankenkasse.de
www.digitales-gesundheitswesen.de

Security-Schwachstellen

>> Rund ein Drittel aller deutschen Krankenhäuser hat Security-Schwachstellen. Dies ergab die Studie „Epidemic? The Attack Surface of German Hospitals during the Covid-19 Pandemic“ des Berliner Beratungsunternehmens Alpha Strike Labs, der österreichischen Firma Limes Security und der Universität der Bundeswehr in München. „Wir sehen, dass die Zahl der Cyberattacken täglich größer wird. Die aktuelle Lage verschärft die Risiken deutlich. Gerade für kritische Infrastrukturen wie Krankenhäuser“, sagt Dr. Gottfried Ludwig, seit März diesen Jahres Leiter Health Industry bei T-Systems, vorher Abteilungsleiter der unter Bundesgesundheitsminister Jens Spahn neu geschaffenen Abteilung für Digitalisierung des Gesundheitswesens. Ludwig: „Zu häufig ist IT-Sicherheit nicht die oberste Priorität und schwierig zu implementieren. Deshalb haben wir maßgeschneiderte Angebote für Krankenhäuser geschnürt, die zudem nach dem Krankenhauszukunftsgesetz förderfähig sind. Bedeutet, dass die Einrichtungen Geld vom Staat für die Implementierung von Sicherheitslösungen erhalten.“ <<

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

Ergebnisse und Erkenntnisse aus der Abschlussdiskussion des Innovationsfondsprojekts ZWEIT

Status quo und Perspektiven der Zweitmeinung

Das vom Innovationsfonds geförderte Projekt ZWEIT (Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse von medizinischen Zweitmeinungsverfahren in Deutschland)¹ (Fördernummer O1VSF18014) zielte einerseits darauf ab, das aktuelle Angebot von Zweitmeinungsverfahren in Deutschland abzubilden und andererseits die Inanspruchnahme und Bedürfnisse einer zweiten Meinung aus Sicht der Patient:innen und Ärzt:innen zu untersuchen.

>> Das Projekt wurde von der Medizinischen Hochschule Brandenburg – Theodor Fontane geleitet (Projektleitung Prof. Dr. E. A. M. Neugebauer). Konsortialpartner waren die Universität Witten/Herdecke, die AOK Nordost, die Medexo GmbH und die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg. Zum Abschluss des Forschungsprojektes wurden die Ergebnisse in einem Symposium am 8. April 2022 in Potsdam präsentiert und diskutiert. Dabei wurden die Forschungsergebnisse anhand zentraler Fragestellungen vorgestellt:

- Kann die telemedizinische Zweitmeinung Versorgungsprobleme auf dem Land lösen und sollte eine gute Zweitmeinung immer persönlich erbracht werden?
- Entspricht das aktuelle Zweitmeinungsangebot den Patientenbedürfnissen?
- Wird die Zweitmeinungsrichtlinie² in der Versorgung umgesetzt?
- Sind die Zulassungskriterien für Zweitmeiner angemessen?
- Ist die Zweitmeinungsrichtlinie notwendig oder überflüssig?

Auf Grundlage der unterschiedlichen qualitativen und quantitativen Zugänge der einzelnen Teilstudien lässt sich zusammenfassen:

- Die persönliche Zweitmeinung wird sowohl von Patient:innen als auch von der Bevölkerung als das Ideal angesehen. Darüber hinaus werden auch andere Arten der Zweitmeinungserbringung bspw. schriftlich, per Telefon oder per Videosprechstunde bevorzugt bzw. als ausreichend bewertet.
- Telemedizinische Zweitmeinungen könnten geeignet sein, Versorgungslücken wie bspw. eingeschränkte Mobilität der Patient:innen oder mangelnde Terminmöglichkeiten bei Fachärzt:innen zu überbrücken.
- Das aktuelle Zweitmeinungsangebot entspricht nur teilweise den Patientenbedürfnissen. Eine unzureichende Informationsvermittlung von existierenden Zweitmeinungsangeboten wurde offensichtlich.
- Das Einholen einer Zweitmeinung ist grundsätzlich relevant und wird in der Versor-

gung bereits von Patient:innen genutzt. Neben der Inanspruchnahme von Zweitmeinungsprogrammen der Krankenversicherungen oder telemedizinischen Zweitmeinungen, wird von Patient:innen vom Recht der freien Arztwahl Gebrauch gemacht und eine informelle Zweitmeinung eingeholt.

- Die 2018 eingeführte Zweitmeinungsrichtlinie wird aktuell in der Versorgung bisher nicht entsprechend ihrer Vorgaben umgesetzt. Aus der Perspektive der Ärzt:innen werden die Qualifikationskriterien für den Zweitmeiner-Status kritisch bewertet, vor allem jenes zur Lehrbefugnis wird abgelehnt.
- Die Zweitmeinungsrichtlinie fördert (bisher) nicht, dass Zweitmeinungen bzw. Zweitmeinungen auf strukturierte Weise eingeholt werden. Etablierte Möglichkeiten **eine** Zweitmeinung einzuholen, werden durch die Zweitmeinungsrichtlinie eingeschränkt.

Auf der Homepage der MBH³ steht eine Zusammenfassung der Ergebnisse der einzelnen Forschungsfragen zur Verfügung und ermöglichen durch die verknüpften Tonspuren eine Nachverfolgung des Symposiums.

Die zum Abschluss des Symposiums durchgeführte Podiumsdiskussion kontextualisierte die zuvor vorgestellten Projektergebnisse, pointierte die identifizierten Herausforderungen und Ressourcen des Status quo ebenso, wie sie potenzielle zukünftige Entwicklungen adressierte.

Unter der Moderation von Dr. Matthias Fichtmüller waren an der Podiumsdiskussion folgende Personen beteiligt: Dr. Katharina Graffmann-Waschke (Leiterin der AOK Pflege Akademie), Dr. Henning Thole (Kassenärztliche Bundesvereinigung), Dr. Jan Loh (Geschäftsführer Medexo GmbH), Dr. Ilona Köster-Steinebach (Patientenvertreterin, Dt. Sepsis Stiftung), Dr. Daniel Schrednitzki als Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie und Orthopädie (DGOU) (Oberarzt der Klinik für Operative Orthopädie der Sana Kliniken Sommerfeld).

Zweitmeinung – Status quo

Patient:innen haben einen im 5. Sozialgesetzbuch nach §27b kodifizierten Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) verfügt in der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren² die administrative und organisatorische Ausgestaltung dieses Gesetzes und gibt die Begrenzung dieses Rechtsanspruches in Bezug auf spezifische Indikationsstellungen vor.

Die Zweitmeinungsrichtlinie, die als Handlungsvorschrift mit bindendem Charakter §27b umsetzt, führte initial zu viel Kritik, wie beispielsweise der bisherigen Begrenzung nur auf wenige Indikationsstellungen oder der Intention, eine Mengenausweitung zu verhindern. Bis dato existierte daneben jedoch auch die sogenannte graue Zweitmeinung: die nicht standardisierte, freie Arztwahl nach bereits erfolgtem Arztbesuch in identischer Angelegenheit.

Diese gelebte Zweitmeinungspraxis übe unmittelbare Belastungen bspw. durch Mehrfachbefundungen auf das Gesundheitssystem aus und führe auf Patientenebene bspw. zur Verzögerung eigentlich zeitkritischer Interventionen. Um die Versorgung zu optimieren, sollten folgende Daten kontinuierlich und systematisch erhoben werden: Wieso wurde eine zweite Meinung eingeholt? Welche Art der Zweitmeinung wurde eingeholt? Handelte es sich um eine graue Zweitmeinung oder eine Zweitmeinung nach Richtlinie? Warum ergaben sich Abweichungen in der Indikationsstellung? Diese und andere Reflexionen ermöglichen erst die ökologische Validität dieser Regelung einzuschätzen und entsprechend zu erhöhen.

Abweichungen in der Indikationsstellung zur Operation bei elektiven Eingriffen müssen nicht zwingend im Krankheitsbild zu ver-

1: Weiterführende Projektinformationen:
<https://www.mhb-fontane.de/zweit.html>
 2: Richtlinie über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gemäß § 27b Absatz 2 SGB V – Zm-RL
 3: <https://www.mhb-fontane.de/symposium-zweit.html>



Im Vordergrund das ZWEIT-Team der MHB (v.li.n.re.): Prof. Dr. Edmund Neugebauer, Alexander Alexandrov, Dunja Bruch, Nadja Könsgen, Dr. Barbara Prediger, Susann May, Katrin Toptschian, Dr. Felix Mühlensiepen. Im Hintergrund Teilnehmende der Podiumsdiskussion: Dr. Henning Thole, Kassenärztliche Bundesvereinigung; Dr. Ilona Köster-Steinebach, Patientenvertreterin, Dt. Sepsis-Stiftung; Dr. Katharina Graffmann-Weschke, Leiterin der AOK Pflege Akademie; Dr. Matthias Fichtmüller, Moderation; Dr. Daniel Schrednitzki, geschäftsführender Leitender Oberarzt der Klinik für Operative Orthopädie der Sana Kliniken Sommerfeld. Foto: Charlotte Kugler.

orten sein. Eine Vielzahl weiterer Faktoren wie regulatorische und ökonomische Aspekte sowie Unterschiede in der Berücksichtigung von Patientenpräferenzen (z. B. hinsichtlich einer partizipativen Entscheidungsfindung) können die Diagnosestellung signifikant beeinflussen.

Dabei sei das eigentliche Konstrukt einer Zweitmeinung wünschenswert und wertvoll, weil sie dem Umstand der zunehmenden Komplexität der Diagnosestellungen Rechnung trage, die Patientensicherheit erhöhe und durch die Standardisierung nicht einem zweiten Arztbesuch gleichzusetzen sei. Die zweite Meinung verhindere eine Limitierung auf eine sich aus der Präferenz des Diagnostizierenden ergebende Therapieform. Weiterhin sichere sie durch den möglichen Einbezug hochspezialisierter Expert:innen unter Umständen die Wahl des medizinisch richtigen Weges auch in allgemeiner orientierten

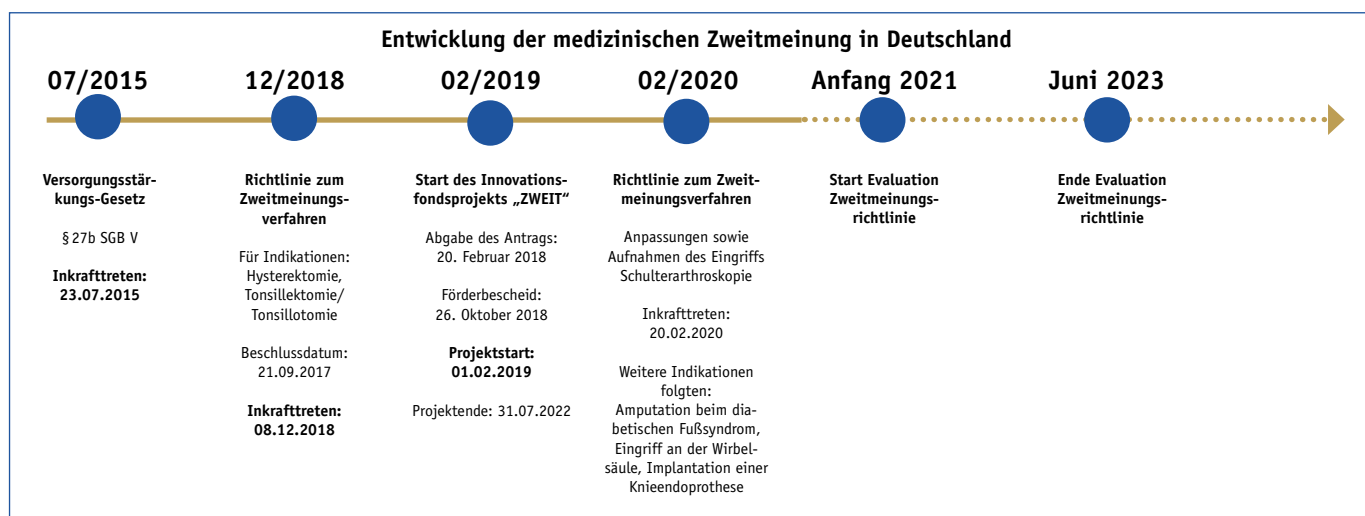
Institutionen. Auch eine stärkere Implementierung der Leitlinien in der Peripherie könne ein Zweitmeinungsverfahren nicht ersetzen: Eine gute Leitlinie zeige zwar wählbare Optionen, respektive verschiedene Handlungskorridore auf und solle explizit auch die Patientenpräferenzen berücksichtigen. Leitlinien unterschieden sich jedoch nicht nur durch diese Architektur von den Richtlinien, sondern auch durch die fehlende Rechtsverbindlichkeit.

Das hehre Ziel der informierten und partizipativen Entscheidungsfindung

Auch seien Redundanzen, wenn bewusst eingesetzt, zielführend: Zweitmeinungen zielten weniger auf eine qualitative Beurteilung der Erstbefundung oder einer weiteren Erläuterung des geplanten Eingriffs ab. Vielmehr ginge es darum, Verständnis

für die Erkrankung zu erzeugen. Durch ein gemeinsames Erörtern der Therapieoptionen vor dem Hintergrund des individuellen Beschwerdebildes mit zugrunde liegender objektiver Befundung könne eine gemeinsame Entscheidung gefällt werden, die zum bisherigen Leben unter Umständen auch mit bestimmten Beschwerden oder Mitwirkungspflichten zu leben, passe.

Gelinge diese Entscheidungsfindung im Rahmen der Erstbefundung nicht, könne eine andere Art des Erklärens, ein anderer fachlicher Zugang oder auch ein Einbezug weiterer relevanter Professionen im Rahmen einer Zweitmeinung zum Gelingen dieser Problempriorisierung notwendig werden. Jedoch wendet sich § 27b durch seine Webart an Ärzt:innen und verhindert eine Konsultation nichtärztlicher Fachgruppen und damit letztlich eine integrale, professionsübergreifende Beratung.



Diese partizipative Entscheidungsfindung mit gemeinsam verantworteter Übereinkunft bedingt idealiter gesundheitskompetente Patient:innen, nur: Die hohe Fähigkeit aus den zur Verfügung stehenden Informationen die für sich richtigen Konsequenzen zu ziehen, kann nicht in allen Fällen vorausgesetzt werden. Zwei voneinander abweichende Indikationsstellungen dürften auch bei hoher Gesundheitskompetenz herausfordern. Und: Die Kernkomponenten einer partizipativen Entscheidungsfindung ist die gleichberechtigte Partnerschaft der Beteiligten. Diese Beziehung jedoch erfährt eine starke Belastung aus der gesetzlich kodifizierten Zielsetzung der Zweitmeinung: Eine Verhinderung der Indikationsausweitung planbarer Eingriffe.

Eine solche Verantwortung darf nicht bei den Patient:innen, sondern muss systemimmanent verortet werden, ein Kritikpunkt an § 27b von Beginn an. Additiv konfrontiert dieses Ziel Anstrengungen zur Beurteilung des aus Gesetz und Richtlinie resultierenden Zweitmeinungsverfahrens: Da im Rahmen von Notfällen nicht den einzuhaltenden Wartezeiten entsprochen werden kann, sind in der Zweitmeinungsrichtlinie, die als Handlungsvorschrift mit bindendem Charakter § 27b umsetzt, relative Indikationen adressiert. Diese sind charakterisiert durch heterogene, vielschichtige Behandlungsmöglichkeiten. Ein rein binärer, quantitativer Outcome-Parameter wie Operationszahlen oder Komplikationsraten können das Geschehen nicht suffizient abbilden respektive als alleiniges Qualitätskriterium herangezogen werden. Wenn das Ziel eine qualitativ hochwertige partizipative Entscheidungsfindung ist, sollte den möglicherweise differierenden Qualitätsebenen aus Arzt- und Patientensicht entsprochen werden.

Zweitmeinungsverfahren ohne Assoziation zur G-BA-Richtlinie

Das Ziel der informierten Entscheidungsfindung, auch für die nicht von der Richtlinie abgedeckten Indikationen, nicht aber das der Reduktion der Mengenausweitung, verfolgen explizit weitere, zunehmend etablierte, privatwirtschaftliche Angebote einer Zweitmeinung. Deren Ausgestaltung unterliegt nicht der Zweitmeinungsrichtlinie: Die asynchron erfolgende Zweitmeinung bspw. des Anbieters Medexo sichert Patient:innen ebenfalls Zeit in ihrer Entscheidungsfindung zu. Sie supportiert diese durch das Ziel des möglichst ausführlichen Informations- und Aufklärungsangebots hinsichtlich Erkrankung und Therapieoptionen. Darüber hinaus werden die Auswirkungen durch Einbezug von Patient-Reported-Outcomes und Experience Measures z. B. hinsichtlich gesundheitsbezogener Lebensqualität über Betrachtungszeiträume von mehr als zwölf Monaten evaluiert. Während die Zweitmeinung nach § 27b SGB V und darauf basierender Richtlinie mündlich, damit synchron, zu erfolgen hat, können privatwirtschaftliche Zweitmeinungen asynchron, schriftlich nach Aktenlage erstellt werden. Diese Dienstleister verstehen sich klar als unabhängige, ergänzende Begutachter, nicht als Ferndiagnostiker.

Zweitmeinung – Quo vadis?

Klar scheint zu sein: Das aktuelle Angebot der Zweitmeinung muss weiter reflektiert und zwingend faktenbasiert überarbeitet werden. Dabei könnte die Richtlinie als Kristallisationspunkt und Katalysator für notwendige Modifikationen dienen. In Summe konnte das Projekt „ZWEIT“ Stellschrauben identifizieren, auf deren Basis eine fakten-

basierte Modifikation des Zweitmeinungsverfahrens initiiert werden könnte. Dabei ist dem trilateralen Spannungsgefüge aus Politik, Patient:innen und Ärzt:innen, in das das Zweitmeinungsverfahren hineinkonstruiert wurde, Rechnung zu tragen: Beispielsweise müssten

- 1) Patient:innen ihren Lastenkatalog für eine gelingende Beratung erstellen und einbringen dürfen
- 2) Handwerkliche Fragestellungen in den Regelungen reflektiert werden: eine Abrechnung einer erfolgten Leistung sollte nicht an die Bedingung geknüpft sein, dass Patient:innen ihre Unterlagen abholen, sondern an ihrer Erbringung
- 3) Umstände wie die kontroverse Verschränkung einer Zulassung zum Zweitmeinenden mit der Lehr- und Weiterbildungsbezugnis neu bewertet werden
- 4) Die geringe Anzahl an zugelassenen zweitmeinenden Ärzt:innen vor allem im ambulanten Setting verstanden werden.

Weiterhin bedürfe es einer Standardisierung der Art der Entscheidungsfindung, bezogen auf Beratung, Aufklärung und Befundung. Zugänglichkeit und Zugriff auf bereits bestehende Befunde und Diagnosen bedürfen einer Operationalisierung. Die Erfahrungen der letzten Jahre lassen eine digitale Umsetzung vielversprechend erscheinen. Die elektronische Patientenakte verfüge theoretisch über dieses Potenzial, jedoch: Aufgrund datenschutzrechtlich wertvoller regulatorischer Limitationen, wie die der Verortung der Datenhoheit bei den Nutzer:innen, verbleibt stets offen, inwiefern gestellte Diagnosen und Indikationen vollständig abgespeichert wurden.

Der Wunsch nach Standardisierung scheint dabei nicht auf den Bereich der Zweitmei-

Der MSD
Gesundheitspreis

Stimmen Sie jetzt ab!



<http://m.msd.de/SdX>



MSD Sharp & Dohme GmbH, Levelingstr. 4a, 81673 München | www.msd.de



921.50

DE-NON-03691

nung begrenzt: Die partizipative Entwicklung und Etablierung valider Standards für Erst- und Zweitmeinungen, für die Darstellung der Erkrankungen, der Diagnosen und der Behandlungsalternativen müsse vorangetrieben werden. Dies gelte ebenso für die Gesprächsdokumentationen, die Patientenpräferenzen, der Umgang mit Entscheidungsunsicherheit, ergänzt um Patient Reported Outcome und Experience Measures (PROMS & PREMS). Diese Anstrengungen sollten durch Überlegungen zur Einbeziehung der Gesundheitskompetenz von Leistungserbringern und Patient:innen erweitert werden.

Das laufende Evaluationsprojekt zur G-BA-Richtlinie (Eva-ZWEIT), in dem die Medizinische Hochschule Brandenburg in Zusammenarbeit mit der Revflect GmbH die Zweitmeinungsrichtlinie hinsichtlich der Implementierung und des Nutzens für die informierte Entscheidungsfindung evaluiert, wird weitere Einblicke in die aktuelle Versorgungspraxis geben.

Für die Teilnahme an der Podiumsdiskussion und den regen Austausch zum Thema Zweitmeinung möchten wir an dieser Stelle noch einmal allen Beteiligten danken. <<

von:

Susann May¹,

Dr. Robert Darkow²,

Dr. Felix Mühlensiepen¹,

Naja Könsgen³,

Dunja Bruch¹,

Dr. Barbara Prediger³,

Alexander Alexandrov¹,

Prof. Dr. Dawid Pieper¹,

Dr. Matthias Fichtmüller⁴,

Univ. Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund

Neugebauer¹

1: Zentrum für Versorgungsforschung der Medizinischen Hochschule Brandenburg, Rüdersdorf.

2: FH JOANNEUM, Department für Gesundheit, Graz, Austria.

3: Institut für Forschung in der Operativen Medizin Universität Witten/Herdecke, Köln.

4: Vorstand Verein Oberlinhaus, Potsdam.

Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c.
Edmund A.M. Neugebauer
Seniorprofessor für Versorgungsforschung
Past-Präsident der MHB
Medizinische Hochschule Brandenburg – Theodor Fontane (MHB)
Campus Neuruppin, Haus O, R. 302.3
Fehrbelliner Str. 38
16816 Neuruppin
Tel. 03391 39 14100/14181
E-Mail: edmund.neugebauer@mhb-Fontane.de

Innovationsfondsprojekt „ZWEIT“

Ziel des Projekts ist es, valide Kriterien für Zweitmeinungsverfahren zu entwickeln, die den Bedürfnissen der Patient:innen entsprechen, die Gesundheitskompetenz steigern und zur informierten Entscheidungsfindung beitragen. Sie können den Patient:innen durch weiterführende Informationen bei der Entscheidungsfindung unterstützen und sind geeignet, das Vertrauen in die Arzt-Patientenbeziehung zu stärken.

In einem ersten Schritt soll eine bundesweite Bestandsaufnahme von Zweitmeinungsverfahren von 110 gesetzlichen und 38 privaten Krankenkassen durchgeführt werden. Danach erfolgt eine Bedarfsanalyse aus Sicht der Allgemeinbevölkerung, ausgewählter Patientengruppen, Mitgliedern von Selbsthilfegruppen sowie von Ärzt:innen. Diese Bedarfsanalyse ist auf den Raum Berlin-Brandenburg begrenzt. Die erhaltenen Daten aus den Befragungen werden qualitativ und quantitativ ausgewertet und mit Experten diskutiert. Daraus werden dann Erfolgskriterien abgeleitet. Das Projekt wird für 42 Monate mit insgesamt ca. 1,33 Millionen Euro gefördert.

Im Erfolgsfall werden die gewonnenen Erkenntnisse zukünftig die Zweitmeinungsverfahren verbessern, die patientenzentrierte Medizin fördern und dabei helfen, die G-BA-Richtlinie zu Zweitmeinungsverfahren weiterzuentwickeln.

Konsortialführung/Antragsteller:

Medizinische Hochschule Brandenburg – Theodor Fontane

Konsortialpartner

IFOM der Universität Witten/Herdecke

AOK Nordost

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg

Medexo GmbH

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats:

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen (†)

Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Prof. Dr. Nicole Ernstmann, Universität Bonn

Dr. Dominik von Stillfried, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

Dr. med. Monika Nothacker, MPH, AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement

Dr. Ilona Köster-Steinebach, Sepsis Stiftung



Zitationshinweis

Neugebauer et al.: „Status quo und Perspektiven der Zweitmeinung“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/22), S. 50-54. <http://doi.org/10.24945/MVF.04.22.1866-0533.2426>



Werte schaffen
durch Innovation

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

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

AOK-Beirat fordert umfassende Nutzung von Gesundheitsdaten

>> In dem aktuellen Impulspapier „Gesundheitsdatennutzung – jetzt!“ legt der Wissenschaftliche Beirat für digitale Transformation der AOK Nordost dar, warum die Bundesregierung Tempo machen müsse beim geplanten Gesundheitsdatennutzungsgesetz. „Gesundheitsdaten können Leben retten. Das hat die Pandemie deutlich gezeigt. Sie nicht in dem erforderlichen Umfang zu nutzen, verletzt die staatliche Pflicht zum Schutz von Leben und Gesundheit. Das geplante Gesundheitsdatennutzungsgesetz sollte so schnell wie möglich verabschiedet werden. Es darf sich aber nicht auf Forschungsdaten beschränken, sondern soll die Datennutzung durch alle Akteure im Gesundheitswesen ermöglichen“, sagt Prof. Dirk Heckmann. Er ist Geschäftsführer des Expertengremiums und berät die Bundesregierung auch in anderen Funktionen zu Fragen der digitalen Transformation.

Das Bundesministerium für Gesundheit hört derzeit Interessenvertreter zum geplanten Gesundheitsdatennutzungsgesetz an, hat aber noch keinen Zeitplan für die Umsetzung bekannt gegeben. „Angesichts der drohenden Coronawelle im Herbst wäre es angebracht, in diesem Fall schneller als üblich vorzugehen. Es wäre ohne weiteres möglich, im Herbst ein entsprechendes Gesetz zu präsentieren“, sagt Heckmann. Auch der Corona-Sachverständigenrat der Bundesregierung hatte in seinem kürzlich vorgestellten Gutachten die schlechte Datenlage bemängelt, die es erschwere, die Wirksamkeit der Corona-Schutzmaßnahmen zu bewerten.

Gesetz könnte ein dynamisch lernendes Gesundheitssystem ermöglichen

Im Impulspapier führt der Beirat aus, dass Gesundheitsdaten eine unverzichtbare Grundlage seien für ein funktionierendes Gesundheitssystem, zutreffende Diagnosen, zielführende Therapien und insbesondere für die medizinische Forschung. Eine erweiterte Nutzung von Gesundheitsdaten könne ein dynamisch lernendes Gesundheitssystem oder ein Echtzeitgesundheitssystem ermöglichen – und dazu beitragen, die Corona-Pandemie effektiver zu „monitoren“ und zu bekämpfen.

Die Bedenken und Sorgen, die gegenüber einer verstärkten Gesundheitsdatennutzung geäußert würden, griffen zu kurz. Die Vorteile seien herausragend und würden

die etwaigen Risiken deutlich überwiegen. Um diese Bedenken auszuräumen, sollte das Gesundheitsdatennutzungsgesetz Regelungen aufnehmen, die das Vertrauen der Akteure in das digitale Gesundheitswesen stärken, so der Beirat. In diesen Regelungen sollten strenge Datenzugriffskonzepte verankert werden, die die Intimsphäre und die Persönlichkeitsrechte der Versicherten wahren.

Insgesamt müssten die Datenflüsse verständlich erklärt und vielfach auch in die Hände der Betroffenen gelegt werden. Das könnte mittels eines Datencockpits geschehen, welches die Daten-Strategie der Bundesregierung in der Verwaltung ins Spiel gebracht hat. Mit Hilfe eines Datencockpits für das Gesundheitswesen könnten alle Versicherten auf einen Blick nachvollziehen, wo ihre Daten gespeichert sind und welche Institution wann und in welchem Kontext auf die Gesundheitsdaten zugegriffen haben.

„Dadurch habe ich ein größeres Vertrauen in die Datenflüsse und kann sie ein Stück weit auch beherrschen. Das würde viele Bedenken abschwächen oder sogar ganz ausräumen. Mit solchen Technologien können wir endlich zu dem kommen, was wir schon lange brauchen: eine umfassende Nutzung von Gesundheitsdaten“, fasst Heckmann zusammen. <<

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

GKV-Finanzbedarf deutlich höher

>> Der Finanzbedarf in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist deutlich höher als bislang vom Bundesgesundheitsministerium angenommen. Das IGES Institut hat im Auftrag der DAK-Gesundheit errechnet, dass die Finanzlücke 2023 bei 19 Milliarden Euro liegt und bis 2025 auf über 30 Milliarden Euro ansteigt. Im Fall eines wirtschaftlichen Einbruchs infolge eines Gasembargos durch Russland würde der Finanzbedarf im kommenden Jahr bereits rund 24 Milliarden Euro betragen. Der Vorstandsvorsitzende der DAK-Gesundheit, Andreas Storm, fordert deshalb, den Entwurf für ein GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) zu überarbeiten: „Weder begrenzt das Gesetz wirksam den Beitragsanstieg noch stabilisiert es langfristig die GKV-Finzen. Das ist ein Destabilisierungsgesetz.“

Der Gesetzentwurf sollte aus Storms Sicht dringend überarbeitet werden, so dass mit Blick auf 2023 eine verlässliche Grundlage für den Schätzerkreis im Herbst dieses Jahres vorliege. Dem müsse ein zusätzlicher Gesetzentwurf für den Zeitraum ab 2024 folgen, der die GKV-Finzen nachhaltig reformiert. „Wir brauchen einen neuen Anlauf für eine nachhaltige und dauerhafte GKV-Finanzstabilisierung“, sagte Storm anlässlich der Vorstellung der IGES-Berechnung. <<

Link: <https://bit.ly/3B1d9SL>

Große Resonanz für Fördergelder der B. Braun-Stiftung

>> Die B. Braun-Stiftung hat in 2021 mehr Fördermittel ausgeschüttet als in den zwei Jahren zuvor: Insgesamt hat sie im Gesundheitswesen Tätige mit 840.000 Euro in ihrer Weiterentwicklung unterstützt. Das geht aus dem von der B. Braun-Stiftung veröffentlichten Geschäftsbericht für 2021 hervor. 383.650 Euro investierte die Stiftung in vielversprechende klinische Forschungsprojekte. Auf große Resonanz bei den Forscherteams stoßen die seit 2020 zusätzlich ausgeschriebenen Fördergelder: „Mit unserem Förderangebot für interprofessionelle Forschungsprojekte zu Antibiotic Stewardship (2020), Arzneimitteltherapiesicherheit (2021) und Infektionskontrolle (2022) haben wir einen Nerv getroffen. Die Forschungsprojekte verbessern die Strukturqualität und Patientenversorgung in den Institutionen, was sich auf andere Häuser übertragen lässt. So trägt die B. Braun-Stiftung dazu bei, die Gesundheitsversorgung sicherer zu machen“, sagt Prof. Dr. Oliver Schnell, Vorstandsvorsitzender.

Die Stiftung fördert in diesem Rahmen bis zu 50.000 Euro jährlich. Insgesamt hat die B. Braun-Stiftung so viel Geld ausgeschüttet wie vor der Pandemie: Es gingen 68.000 Euro in Form von Stipendien an Ärzt:innen, Pflegenden und Apotheker:innen und insgesamt 386.000 Euro in Veranstaltungen. <<

BARMER startet Digitale Identität

>> Nach einer umfangreichen Ausschreibung hat die BARMER die Anbieter T-Systems und Verimi mit der Umsetzung der gesetzlich geforderten Digitalen Identität für Krankenversicherte beauftragt. Ab 2023 müssen alle Krankenkassen ihren Mitgliedern eine sichere digitale Identität anbieten, die gleichberechtigt und ergänzend zur elektronischen Gesundheitskarte (eGK) funktioniert. Mit diesem volldigitalen Nachweis sollen Versicherte alle Leistungen, insbesondere im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte, sowie die digitalen Gesundheitsangebote wahrnehmen können. <<

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

21. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF)

Ein spannendes und vielfältiges Programm auf dem 21. DKVF

Neben den 46 Vortragssitzungen und 21 Postersessions, die das Organisationsteam um den Kongresspräsidenten Prof. Dr. P. Falkai zusammengestellt hat, bietet der 21. DKVF ergänzend noch weitere vielfältige Formate.

>> Im Kontext des 21. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung wird am 4.10.2022 ein Festsymposium des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) zum Thema „20 Jahre Programm Nationale VersorgungsLeitlinien“ veranstaltet. Das Symposium beschäftigt sich mit der Historie und Entwicklung der Nationalen VersorgungsLeitlinien (NVL). Im Fokus stehen die Evaluation der Leitlinien aus Nutzer:innen- und Patient:innensicht sowie ihre Relevanz für die Disease Management Programme im deutschen Gesundheitswesen. Exemplarisch werden Implementierungsprojekte der NVL zur Koronaren Herzerkrankung und Unipolaren Depression vorgestellt. Schließlich werden aktuelle Herausforderungen zur Aktualisierung von NVL („Living Guidelines“) diskutiert. Das Symposium wird durch eine Podiumsdiskussion zur Bedeutung und Weiterentwicklung von NVL für die evidenzbasierte Gesundheitsversorgung mit Vertreter:innen der Bundesärztekammer, des Gemeinsamen Bundesausschusses, der AWMF, Patient:innenvertretung sowie dem Bundesministerium für Gesundheit abgerundet. Die Veranstaltung ist für Kongressteilnehmer:innen des 21. DKVF kostenfrei.

Eröffnung und Verleihung des Wilfried-Lorenz-VF-Preises

In der ersten Plenarsitzung „Changing health care through innovation“ wird Dr. Gerald Wiegand, Geschäftsführer von Moderna Deutschland, die Geschichte der Entwicklung des Covid-Impfstoffes erzählen. Dabei soll mit dem Referenten diskutiert werden, wie man mit diesen Erfahrungen Entscheidungen für weitere Sprunginnovationen in der Medizin treffen kann. Hierzu

gehören die Fragen einer Priorisierung von Entwicklungsfeldern und welchen Beitrag die Versorgungsforschung hier leistet. Im zweiten Vortrag wird die Wissenschaftsjournalistin und Medizinerin Dr. Marlene Heckl zu „Anforderungen an die Kommunikation wissenschaftlicher Innovationen im Transferprozess in die Gesundheitsversorgung“ sprechen. Aspekte sind hier die Risikokommunikation, die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bürger:innen und die Mitsprache in Innovationsprozessen.

Anschließend wird der Wilfried-Lorenz-VF-Preis verliehen. Margit Lorenz, die Ehefrau und Witwe von Wilfried Lorenz, wird den Preis übergeben.

Translation befördern

Der Wissenszuwachs, z.B. Erkenntnisse aus abgeschlossenen Studien im Bereich der Versorgungsforschung oder klinischen Medizin allgemein, ist enorm. Die Qualität der zugrundeliegenden Studien wird häufig nicht mehr überprüft. Dies führte in der Vergangenheit 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 in der Plenarsitzung am zweiten Kongresstag „Wissen überprüfen – Versorgung verbessern“ mit diesem Thema am Beispiel der Psychopharmakotherapie bei psychischen Erkrankungen auseinandersetzen. Im zweiten Vortrag wird Prof. Dr. M. Wensing (Universitätsklinikum Heidelberg) zeigen, dass die Entwicklung der „Living Guidelines“ eine Beschleunigung dieses Umsetzungsprozesses bewirken kann.

Direkt nach der Plenarsitzung folgt ein

Kommentar

Liebe Kolleginnen
und Kollegen,

wir trauern um unser Ehrenmitglied Prof. Dr. Gerd Glaeske. Er hat das DNVF mitbegründet und als langjähriges Vorstandsmitglied war ihm der Aufbau des Netzwerks und die Förderung der Versorgungsforschung zum Zwecke der Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Deutschland ein besonderes Herzensanliegen. Für seine Pionierarbeit, sein unermüdliches Wirken für die Sache und seinen stetigen, vermittelnden Rat sind wir ihm besonders dankbar. Wir werden ihn – auch als Mensch und Freund – immer ehrend in Erinnerung behalten. Den Angehörigen gehört unser Mitgefühl.

Über die mehr als 500 Abstract-Einreichungen und das große Interesse am 21. DKVF freuen wir uns sehr. Der DKVF setzt dieses Jahr den Fokus auf die Frage, welchen Nutzen die Versorgungsforschung für die klinische Realität und somit konkret für Patient:innen bereithält. Nach zwei Jahren digitalen DKVF bietet der Kongress die Gelegenheit, sich wieder persönlich zu treffen und mit anderen Versorgungsforscher:innen zu vernetzen.

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

Auch dieses Jahr wird wieder der Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungs-Preis vergeben. Sechs spannende Projekte bewerben sich um die Auszeichnung. Ganz herzlichen Dank an die Jury unter der Leitung von Prof. L. Ansmann und an Frau D. Barche für die Organisation.

Ich würde mich freuen, Sie beim 21. DKVF in Potsdam begrüßen zu dürfen und mit Ihnen gemeinsam spannende Beiträge zu erleben und lebhafte Diskussionen zu führen.

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

Ihre

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



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

Workshop zum Thema: „Versorgungspraxis optimieren – Strategien für die effektive Anwendung von Forschungserkenntnissen in der klinischen Praxis“. Anhand verschiedener Anwendungsbeispiele wird erläutert, wie jeder und jede, Implementierungswissenschaft in der eigenen Praxis anwenden kann, um den Behandlungsalltag anzupassen und, wo notwendig, zu verbessern.

Get together

Nach dem Science-Slam-Wettbewerb am späten Nachmittag wird es ein Fest geben. Für Essen, Getränke und gute Musik zum Tanzen ist gesorgt.

Kongresstag für Bürger:innen und Patient:innen auf dem 21. DKVF

Am Freitag, den 07. Oktober 2022, ist ein Programm zusammengestellt worden, welches in besonderem Maße von Interesse für Patient:innen und Bürger:innen sein wird. Ein zentrales Thema ist die Partizipation von Betroffenen und Angehörigen in der Versorgungsforschung.

Gemeinsam Forschen – Reflektion in Tandems

In der Session reflektieren verschiedene Tandems (Betroffene/r – Wissenschaftler:in) über ihre Erfahrungen in Forschungsprojekten mit Patient:innenbeteiligung. Dabei geht es um die Fragen, wie eine für beide Seiten nützliche Beteiligung von Betroffenen in Forschungsprojekten gelingt und welche Schlussfolgerungen für zukünftige Projekte gezogen werden können.

Plenarsitzung Partizipative Forschung – Trialogische Aspekte

Prof. Dr. Mogens Horder (University of Southern Denmark) wird über den Stand partizipativer Forschung in Europa berichten. Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller (Universität Leipzig) stellt verschiedene Stufen der Partizipation und Projekte vor, in denen mit Betroffenen und Angehörigen Leitlinien entwickelt werden. Anschließend folgen Statements von Angehörigen und Betroffenen über Erfahrungen mit Forschungsprojekten und über Voraussetzungen, die

notwendig sind, um gemeinsam forschen zu können. Abschließend werden konkrete Schritte diskutiert, wie die partizipative Versorgungsforschung in Deutschland weiterentwickelt werden kann.

World Café: Gemeinsam forschen

Das World Café steht unter dem Motto „Gemeinsam forschen“. An fünf Thematischen diskutieren Betroffene, Angehörige, Vertreter:innen und Versorgungsforscher:innen wie partizipatorische Forschung stärker in der Versorgungsforschung verankert werden kann, wo es besonders aus der Sicht der Betroffenen und Angehörigen Forschungsbedarf gibt und welche Anforderungen und Bedingungen es braucht, damit „gemeinsam forschen“ gut gelingt.

Darüber hinaus wird es Symposien, Podiumsdiskussionen, State of The Art Lectures zu den Themen „Mehr Theorie wagen“ und „Nutzung versorgungsnaher Daten“, eine Debatte zum Thema „Datennutzung versus Datenschutz“ sowie eine DNVF-Lounge geben. <<

Link zum Programm: www.dkvf.de

Was klappt, wo hakt es und was ist zu tun, damit DiGAs bei Patient:innen in der Versorgung ankommen?

Digitale Interventionen in die Versorgung bringen

International und auch national sind in den letzten Jahren vermehrt Initiativen auf den Weg gebracht worden, die von einer alleinigen Betrachtung einzelner Sektoren oder Leistungserbringer:innen weggehen und stattdessen die Gesundheitsversorgung und gesundheitliche Lage der Bevölkerung ganzer Regionen analysieren.

>> In einer neuen Reihe „DNVF meets DiGA“ führt die AG Digital Health im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung DNVF e. V. derzeit einen offenen Dialog mit Hersteller:innen Digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA), die als Apps auf Rezept verordnet und seit Oktober 2020 von Krankenkassen erstattet werden können. Ziel der interdisziplinären Arbeitsgruppe von Versorgungsforscher:innen, ist der strukturierte Erfahrungsaustausch, um den Prozess der Evidenzgenerierung zu beleuchten, potenzielle Hürden zu erkennen und auf dieser Basis Lösungsimpulse zu entwickeln. Was läuft gut im eigens vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für die neuen Therapieformen (§33a DVG) entwickelten methodischen Ansätze?

Wo sehen Hersteller:innen Hürden in der Evaluation des patientenrelevanten, medizinischen Nutzens und/oder der neu geschaffenen Struktur- und Verfahrensverbesserungen digitaler Medizinprodukte?

Nach fünf offenen Austauschrunden mit Hersteller:innen, von denen einige den Weg bereits vollständig durchlaufen haben (1, 2), andere als Anwärter:innen in der Antragsphase stecken (3,4) oder aus dem BfArM-Verzeichnis wieder entfernt worden sind (1), ist es in der Tat die Evidenzgenerierung, die die Hersteller:innen vor die größten Herausforderungen stellt. Außerdem zeigt die Diskussion auch, dass nicht jede Digitale Anwendung, die die Versorgung unterstützen könnte, per se für den DiGA Fast-Track konzipiert ist, d. h. die Voraussetzungen gemäß SGB V §33a mitbringt (5). Derzeit haben 19 Apps den Sprung ins DiGA-Verzeichnis erfolgreich überwunden, sie sind dauerhaft im DiGA-Verzeichnis des BfArM gelistet, und können als App auf Rezept verordnet werden. Zwölf sind den Nachweis noch schuldig und zwei DiGAs wurden nach einer vorläufigen Listung aus dem Verzeichnis entfernt (6).

„In der Konzeptionsphase dieser neuen

Veranstaltungsreihe haben die Mitglieder der AG Digital Health nach den aus ihrer Sicht relevanten Aspekten gefragt, die im Dialog mit den Hersteller:innen adressiert werden sollen“, erklärt Dr. Ursula Kramer, die den Austausch zusammen mit Prof. Horst Christian Vollmar initiiert hat. <<

von:

Dr. Ursula Kramer. HealthOn/sanawork Gesundheitskommunikation, Waldkirch, Prof. Dr. Horst Christian Vollmar. Abteilung für Allgemeinmedizin (AM RUB), Ruhr-Universität Bochum, Bochum

Quellen

1. <https://www.m-sense.de/>
2. <https://somm.io>
3. Glucura, <https://glucura.de/>
4. Kaia Health Rücken, <https://kaiahealth.de/rueckenschmerzen/>
5. <https://neotiv.com/de/>
6. DiGA-Verzeichnis BfArM Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis>

Prof. Dr. Gerd Glaeske

(13. Mai 1945 – 27. Mai 2022)

Wir trauern um unser Ehren- und langjähriges Vorstandsmitglied Prof. Dr. Gerd Glaeske

>> Gerd Glaeske, der im Alter von 77 Jahren am 27. Mai nach langer Krankheit verstorben ist, war ein Pionier der Versorgungsforschung. Als Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens und als Public-Health-Experte war es ihm bereits um die Jahrtausendwende ein zentrales Anliegen, eine systematische Erforschung des Gesundheits- und Versorgungssystems zu fordern und zu verwirklichen.

Im Anschluss an den ersten Deutschen Kongress für Versorgungsforschung 2001 in Köln konnte er dieses Anliegen zunächst als Mitglied der Ständigen Kongresskommission „Deutscher Kongress für Versorgungsforschung“ und später als Gründungsmitglied des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung umsetzen. Er hat nicht nur das Netzwerk mitgegründet, sondern seine frühe Grundausrichtung geprägt und es als Mitglied des Vorstands von 2006-2014, davon als stellvertretender Vorsitzender von 2008-2010 und als Hauptgeschäftsführer von 2010-2014, souverän durch die Gründungszeit geführt. Das Netzwerk hat diese Pionierarbeit im Jahr 2015 durch die Ernennung von Gerd Glaeske zum Ehrenmitglied anerkannt. Ein ganz wesentlicher Beitrag beim Aufbau der Versorgungsforschung bestand darin, konsequent die Public Health-Perspektive – sowohl forschungspolitisch als auch ethisch – eingebracht zu haben. Er war wesentlich dafür verantwortlich, dass die medizinische Perspektive durch die Public-Health-Perspektive ergänzt und – wenn nötig – korrigiert wurde. Das von ihm geprägte Austarieren der Perspektiven und Interessen wurde mit zu einem der Erfolgsfaktoren des Netzwerks und der Versorgungsforschung insgesamt. So war es auch Gerd Glaeske, der trotz seiner sehr kritischen Haltung zur Pharmaindustrie die Regeln für eine Zusammenarbeit auf Netzwerkebene und die mögliche Aufnahme als Fördermitglieder in das DNVF e.V. erfolgreich begleitete.

Der Versorgungsforscher Gerd Glaeske stellte seine Forschungsarbeit in den Dienst der Patient:innen, indem er sich der Arzneimittelwandlungsforschung widmete. Der Nutzen für Patient:innen stand für

ihn über dem wirtschaftlichen Nutzen. Dabei hat er konsequent das Prinzip der evidenzbasierten Medizin vertreten und eine objektive Einschätzung der Nutzen und Risiken von Medikamenten, aber auch von gesundheitspolitischen Eingriffen eingefordert und in seiner Forschung eingelöst. Sein forschendes Wirken spiegelt sich in seinen weit über hundert wissenschaftlichen Publikationen in nationalen und internationalen Fachzeitschriften wider.

Er sah es auch als seine selbstverständliche Pflicht und Aufgabe an, sein Wissen an die nächste Generation weiterzugeben. Er hat die Methoden-Memoranden des DNVF mit kreiert und verfasst. Besonders hervorzuheben ist seine maßgebliche Mitarbeit am „Lehrbuch für Versorgungsforschung“, und zwar nicht nur als (Mit-)Herausgeber, sondern auch als Autor zentraler Beiträge in diesem Buch. Seine visionäre und gleichzeitig vermittelnde, sachliche Art haben dieses Lehrbuch besonders geprägt.

Dies leitet über zum nächsten Gesicht von Gerd Glaeske: Das Gesicht des begnadeten Wissensvermittlers und engagierten Gesundheitspolitikers. Diese Begabung und Neigung war schon früh erkennbar. Er hat früher als andere erkannt, dass es nicht ausreicht, Forschungsinfrastrukturen aufzubauen und Forschung zu betreiben, wenn man das Ziel, die Gesundheitsversorgung transparenter, evidenzbasierter und rationaler zu gestalten, erreichen will. Daher war ihm der Transfer der wissenschaftlichen Erkenntnisse in die Öffentlichkeit ein besonderes Anliegen. Dies führte zur Mitarbeit an kritischen Medikamenten-Nachschlagewerken, zu Publikationen für die Stiftung Warentest und zu wissenschaftlichen Büchern für interessierte Laien. Wie kaum ein anderer Versorgungsforscher war er in den traditionellen Medien präsent, was sich in zahlreichen Interviews, Hörfunk- und Fernsehbeiträgen niederschlug. Dieser Wissenstransfer war sein Beitrag zum Empowerment der Bürger:innen und zur – wie man heute sagen würde – Steigerung ihrer Gesundheitskompetenz. Er nutzte den Wissenstransfer auch, um einen Beitrag zur Gestaltung der Gesundheitspolitik zu leisten, etwa in seiner Funktion als Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im



Gesundheitswesen, des wissenschaftlichen Beirats der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Betäubungsmittelkommission des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte und des wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt.

Gerd Glaeske war – neben allen wissenschaftlichen Verdiensten – aber vor allem ein toller Mensch, ein sehr guter Kollege und ein Freund, dem man voll vertrauen konnte. Im Vorstand des Netzwerks hat man oft darauf gewartet, was er zu den stets neuen Herausforderungen zu sagen hatte. Sein Wort zählte. Er hat – trotz aller kritischen Haltung – nie polarisiert und emotionalisiert. Er begegnete erfahrenen wie jungen Personen aus Wissenschaft, Praxis und Politik stets mit sehr viel Wertschätzung. Er hat Ruhe in so manche hitzige Diskussion gebracht und dabei oft Lösungen kreiert, die sehr nachhaltig waren und sind. Bei einer mehrtägigen Klausurtagung, zu der sich der Vorstand während seiner Zeit als Hauptgeschäftsführer des DNVF zur Verfassung einer Mission und Vision traf, wurde auf seinen Vorschlag hin die „Lust an der Zusammenarbeit“ in die Liste der Werte des Netzwerks aufgenommen. Und so hat er bis zuletzt auch trotz schwerer Krankheit für die Versorgungsforschung gearbeitet, weil es ihm wichtig war und ihn erfüllt hat.

Tief bewegt nehmen wir Abschied von Gerd Glaeske als Wissenschaftler, Berater und lieben Menschen. Was bleibt sind dankbare Erinnerungen. Unser tiefes Mitgefühl gilt seiner Frau und Familie. In seinen Werken und unseren Herzen wird er für immer bei uns sein. <<

Für den Vorstand und die Mitglieder und Freunde des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung: Holger Pfaff, Monika Klinkhammer-Schalke, Wolfgang Hoffmann, Jochen Schmitt, Karsten Dreinhöfer, Max Geraedts, Martin Härter, Juliane Köberlein-Neu, Edmund Neugebauer, Peter Falkai, Thomas Bierbaum, Falk Hoffmann, Gisela Nellesen-Martens

DNVF-Arbeitsgruppe „regionales gesundheitsbezogenes Versorgungsmonitoring“ (rgVM) wird gegründet

Interdisziplinär-kooperative Methodenentwicklung

International und auch national sind in den letzten Jahren vermehrt Initiativen auf den Weg gebracht worden, die von einer alleinigen Betrachtung einzelner Sektoren oder Leistungserbringer:innen weggehen und stattdessen die Gesundheitsversorgung und gesundheitliche Lage der Bevölkerung ganzer Regionen analysieren.

>> Unter dem Stichwort „Versorgungsatlas“ werden Konzepte der etablierten Gesundheitsberichterstattung mit Konzepten der Qualitätsberichterstattung kombiniert. Durch die gleichzeitige Darstellung von regionalem Gesundheitszustand, von Determinanten von Gesundheit und Krankheit, von Präventionsangeboten sowie der regionalen Gesundheitsversorgungssituation werden Ansatzpunkte für spezifische Versorgungsverbesserungen aufgedeckt, indem über den reinen Vergleich von beispielsweise regionalen Sterblichkeiten auch die Qualität der Versorgung durch verschiedene Gruppen von Leistungserbringer:innen offengelegt wird. Im besten Fall wird ein echtes Benchmarking – also ein Miteinander-Voneinander-Lernen – ermöglicht, wenn diejenigen Strukturen und Prozesse der Gesundheitsversorgung breit implementiert werden, die sich in einzelnen Regionen als optimal erwiesen haben. Gleichzeitig bietet der Ansatz eine Grundlage für das effektive Zusammenwirken des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der sektorenübergreifenden GKV- und PKV-finanzierten Gesundheitsversorgung.

Das DNVF hat kürzlich in einem Positionspapier zu „Methoden und Indikatorensets für die Evaluation regionaler sektorverbinder Versorgungsmodelle“ festgehalten, dass zur Erkenntnisgewinnung unter anderem ein krankenkassenübergreifender Routinedatensatz etabliert werden muss, gleichzeitig darüber hinausgehende Datenquellen einzubinden und auch standardisierte Befragungen zu den von Patient:innen berichteten Erfahrungen und Ergebnissen (PRE und PRO) einzuführen sind. Dabei müssen vielfältige methodische Aspekte beachtet werden, die nur interdisziplinär-kooperativ und mit ausreichenden Ressourcen zu bewältigen sind [1]. Hierzu zählt auch die nutzerfreundliche Aufbereitung regionaler Versorgungsdaten in Form von „Dashboards“ oder interaktiven digitalen Berichtsumgebungen.

Darüber hinaus hat sich das DNVF auch in seiner Publikation zu versorgungsnahe Daten bereits mit der Nutzung versorgungsnahe Daten zur Analyse einer Viel-

zahl relevanter versorgungsbezogener Fragen auseinandergesetzt. Hier wird argumentiert, dass gerade versorgungsnahe Daten eine Monitorfunktion erfüllen können, da sie Aspekte der Gesundheitsversorgung, ihrer Strukturen, Prozesse und Ergebnisse fokussiert, dokumentieren. Die so gewonnenen Kenntnisse der aktuellen Versorgungspraxis ermöglichen es, die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens daten- und faktenbasiert zu gestalten und zu steuern [2].

Das DNVF ist prädestiniert dafür, die interdisziplinär-kooperative Methodenentwicklung anzuführen, die zur Etablierung eines regionalen gesundheitsbezogenen Versorgungsmonitorings in Deutschland notwendig sein wird. Genauso bietet es

sich an, die Erprobung und Evaluation eines rgVM unter dem Dach des DNVF anzusiedeln.

Um in Zukunft diese Aktivitäten zu bündeln, die Forschung zu Methoden des rgVM weiterzuentwickeln und den wissenschaftlichen Nachwuchs in diesem Bereich auszubilden, hat der DNVF-Vorstand beschlossen, eine AG „regionales gesundheitsbezogenes Versorgungsmonitoring“ (rgVM) zu gründen. Die AG soll eng mit den bestehenden DNVF-Arbeitsgruppen „Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung“, „Bedarfsplanung“ und „Digital Health“ zusammenarbeiten.

Gezeichnet:

Max Geraedts, Jochen Schmitt, Wolfgang Hoffmann (für den DNVF-Vorstand)

Literatur

- [1] Geraedts et al., Methoden und Indikatorensets für die Evaluation regionaler sektorenverbinder Versorgungsmodelle, Gesundheitswesen 2022.
[2] Veit et al. Versorgungsnahe Daten für Versorgungsanalysen, Gesundheitswesen 2022.

News

>> Memorandum Gesundheitskompetenz Teil II publiziert

Das Memorandum Gesundheitskompetenz (Teil II) Operationalisierung und Messung von Gesundheitskompetenz aus Sicht der Versorgungsforschung ist als Open Access im Gesundheitswesen erschienen. Neben den allgemeinen Anforderungen an die Messung der Gesundheitskompetenz, beschäftigt sich dieses Memorandum auch mit den speziellen Anforderungen, wie der Abgrenzung zu verwandten Konstrukten, den Unterschieden zwischen performancebasierten und Selbsteinschätzungsverfahren, den Unterschieden zwischen generischen und spezifischen Instrumenten, dem Einsatz von Screeninginstrumenten sowie der Messung der Gesundheitskompetenz bei speziellen Personengruppen.

Das DNVF dankt den Autor:innen und der AG Gesundheitskompetenz für die hervorragende Arbeit.

Link: <https://bit.ly/3Ij2TH4>

News

>> 31. DNVF Mitgliederversammlung

Die 31. Mitgliederversammlung (MV) des DNVF fand digital am 4.5.2022 statt. Die MV zeigte die Vielfalt und Qualität der ehrenamtlichen Aktivitäten des DNVF, einerseits im Bericht des Vorstands und in den Berichten der Arbeits- und Fachgruppen sowie der Gruppe der Hochschullehrer:innen. Der Vorstand wurde ohne Gegenstimmen für das Jahr 2021 entlastet. Die Beitragsordnung wurde geändert. Gemeinnützige Patient:innenorganisationen und deren Mitglieder können ab sofort kostenfrei im DNVF Mitglied werden. Ebenso wurde ein neuer Kodex für Fördermitglieder verabschiedet.

DNVVF

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVVF) e.V. – Geschäftsstelle
Kuno-Fischer-Str. 8 – 14057 Berlin
eMail: info@dnvf.de



Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

21. Kongress

05.–07.10.2022 | Potsdam

Versorgungsforschung – Nutzen für die klinische Praxis Potentiale und Perspektiven

Freuen Sie sich auf spannende Plenarsitzungen



„Changing health care
through innovation“

*Dr. Gerald Wiegand
(Geschäftsführer von
Moderna Deutschland)*

*Dr. Marlene Heckl
(Wissenschaftsjournalistin
und Medizinerin, München)*



„Wissen überprüfen –
Versorgung verbessern“

*Prof. Dr. Christoph
U. Correll (Charité Berlin)
Prof. Dr. Michael Wensing
(Universitätsklinikum
Heidelberg)*



„Partizipative Ansätze –
Trialogische Aspekte“

*Prof. Dr. Mogens Horder
(University of Southern
Danemark)
Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller
(Universitätsklinikum
Leipzig)*

Weitere Kongressformate, die Sie erwarten

- Debate „Datennutzung vs. Datenschutz“
- State of the Art „Mehr Theorie wagen“
- State of the Art „Registerbasierte Forschung“ uvm.

Das ausführliche Kongressprogramm sowie alle wichtigen Informationen, auch zur Kongressregistrierung, finden Sie auf unserer Kongresshomepage unter www.dkvf.de

Nutzen Sie die Chance und melden sich bis einschließlich **18. August 2022** zum Frühbuchertarif an!



VERSORGUNGSSTUDIEN
IN DEUTSCHLAND HEUTE



PRAXISTRANSFER BEFÖRDERN



VERSORGUNGSFORSCHUNG 4.0

Dr. med. Fabian Holbe MBA

Fachkräftemangel in der Pädiatrie

Analyse anhand der Stellenausschreibungen für Mecklenburg-Vorpommern

Kleine Kinderkliniken in Mecklenburg-Vorpommern sind von Schließungen betroffen bzw. bedroht, und das, obwohl die Zahl chronisch kranker Kinder, z.B. mit Diabetes, Asthma und Übergewicht, steigt. Inzwischen leidet jedes sechste Kind an einer chronischen Gesundheitsstörung [1]. Sowohl wirtschaftliche Faktoren, wie eine problematische Vergütung über das DRG-System, als auch personelle Faktoren beeinflussen den Klinikbetrieb der kleinen Kinderkliniken. Auf personeller Ebene stehen die Kliniken untereinander im Konkurrenzkampf um Assistenz- und Fachärzt:innen – zusätzlich aber auch in Konkurrenz zu einer Niederlassung bezogen auf Fachärzt:innen. In diesem Wettbewerb haben kleine Abteilungen unabhängig von der Fachrichtung einen Attraktivitätsmalus insofern, dass zur Aufrechterhaltung der Versorgung eine ungleich höhere Dienstfrequenz der Ärzt:innen notwendig ist. Um ein 24-Stunden-Dienstsystem vorhalten zu können, ist ein hoher personeller Aufwand notwendig. Diese Vorhaltekosten sind bei den kleineren Abteilungen weitestgehend unabhängig davon, wie viel Planbetten sie vorhält, da ein personeller Grundstock qualifizierten Personals notwendig ist. Steigt die Fallzahl bei gleichbleibendem Personalaufwand, so ist eine bessere Ertragslage anzunehmen [2]. Personaluntergrenzen für ärztliches Personaläquivalent zu den Pflegepersonaluntergrenzen gibt es nur in Form der „Facharztstandards“ und bei Perinatalzentren, den „Cashcows“ der stationären Kinder- und Jugendmedizin, die aber nur an großen Kliniken vorgehalten werden.

>> In Mecklenburg-Vorpommern kam es in den vergangenen Jahren wiederholt zu Schließungen von Kinderkliniken, welche die Klinikbetreiber mit dem Argument des Personalmangels begründeten. Dieses Argument soll nach Angebot und Nachfrage analysiert werden. Stellengesuche in Printmedien und Suchmaschinen können zur Bedarfsanalyse beitragen. Zusätzlich spielt die lange Weiterbildungszeit bis zum/zur Fachärzt:in eine Rolle.

Material und Methoden

Herausforderung 1: Ambulanter Bedarf

Stand 1. Februar 2020 waren auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern 137 Kinderärzt:innen für die ambulante Versorgung des Bundeslandes gelistet [3]. In der Ärztestatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von 2018 waren 7.739 Kinderärzte in der vertragsärztlichen Versorgung aufgeführt [4]. Die niedergelassenen Kinderärzte verteilen sich nicht gleichmäßig über die Bedarfsregion. Mecklenburg-Vorpommern hat eine vergleichsweise hohe Dichte an niedergelassenen Pädiatern bezogen auf die Bevölkerungszahl.

2019 wurden zum Stichtag 4.9.2019 136 Pädiater gelistet, davon

Zusammenfassung

Auf Grundlage der aktuellen Krankenhausfinanzierung ist der wirtschaftliche Betrieb kleiner Abteilungen nur unzureichend möglich. Die Sicherung des Facharztstandards „rund um die Uhr“ in den Abteilungen führt zu einem hohen Personalbedarf sowohl im Bereich der Fach- wie auch der Assistenzärzt:innen. In Mecklenburg-Vorpommern mussten bereits Fachabteilungen der Kinderheilkunde geschlossen werden, da entsprechendes Personal fehlt. Kliniken und Niederlassungen konkurrieren dabei um Personal. In dieser Untersuchung wurden die Versuche der Personalakquise durch die Klinikbetreiber den Stakeholderinteressen der Ärzt:innen in den unterschiedlichen Weiterbildungsphasen gegenübergestellt. Innerhalb der letzten Jahre wurde anhand der Stellenausschreibungen kein erhöhter Personalbedarf sichtbar. Aufgrund von Verschiebungen durch veränderte Rollenbilder, der Weiterbildungssituation und der überwiegend kleinen Kinderkliniken in MV kann dies Ausdruck eines noch kommenden Problems, wie auch ein mangelndes Interesse der Klinikbetreiber an wirtschaftlich weniger attraktiven Fachabteilungen ausdrücken.

Schlüsselwörter

Kinderheilkunde, Mecklenburg-Vorpommern, Personalmangel, Weiterbildung, Wirtschaftlichkeit

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.04.22.1866-0533.2427>

105 Frauen (77,2%). Das Durchschnittsalter der Ärzte betrug 52,73 Jahre, 38 bzw. 27,9% der Ärzte waren 60 oder älter. Im Vergleich zur großen Gruppe der Hausärzte ist die Gruppe der Pädiater damit jünger und der Frauenanteil ist deutlich höher (zum Vergleich: Durchschnittsalter der Hausärzte in Mecklenburg-Vorpommern 53,84 Jahre, 31,4% Ärzte 60 Jahre oder älter und Frauenanteil 57,5%) [5]. Im Bundesgebiet teilen sich die ambulant tätigen Kinderärzte in folgende Altersgruppen auf: 7,8% unter 40 Jahre, 28,7% 40-49 Jahre, 38,7% 50-59 Jahre, 18,7% 60-65 Jahre und 6% älter als 65 Jahre. Damit ist der Anteil der über 60-jährigen Kinderärzte in Mecklenburg-Vorpommern höher als im Bundesdurchschnitt.

Unter der Annahme, dass die niedergelassenen Kinderärzte im Alter von 50 und älter gleichverteilt auf die Geburtsjahrgänge wären, und das Renteneintrittsalter bei 66 Jahren läge (das Versorgungswerk der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern verweigerte auf schriftliche Nachfrage mit Verweis auf den Datenschutz eine Auskunft über das durchschnittliche Renteneintrittsalter), so würden in den kommenden 16 Jahren 86 Kinderärzte in Ruhestand gehen. Der Nachbesetzungsbedarf mit Fachärzten für ambulante Kinderheilkunde betrage 5,3 Fachärzte pro Jahr.

Zum 1.11.2019 waren in Mecklenburg-Vorpommern insgesamt 8 Praxissitze für die pädiatrische Versorgung unbesetzt [6].

Herausforderung 2: Konkurrenz unter den Kliniken

Zum Stichtag 10.3.2020 sind im Ärzteblatt.de als größter Stellenbörse für Ärzt:innen 69 Stellengesuche für Kinderärzt:innen veröffentlicht. Die Suchkriterien waren „Kinder- und Jugendmedizin“, „Kinder-Hämatologie und -Onkologie“, „Kinderkardiologie“, „Kinderurologie“, „Neonatologie“, „Neuropädiatrie“ und „Mecklenburg-Vorpommern“. Im Detail teilten sich die Stellen wie folgt auf [7]:

- 9 Assistenzärzt:innenstellen, davon
 - eine Assistenzärzt:in in der Universität Greifswald,
 - eine Assistenzärzt:in in der Sana Klinik Rügen und
 - eine Assistenzärzt:in in der Ostseeklinik Boltenhagen,
- 41 Fachärzt:innen-Stellen, davon
 - eine Fachärzt:in in der Sana Klinik Rügen
- 19 Oberärzt:innen-Stellen, davon keine in MV und
- 2 Chefärzt:innenstellen, davon keine in MV.

Bei den Fachärzt:innen-Gesuchen sind auch Assistenzärzt:innen in fortgeschrittener Weiterbildung zur Bewerbung aufgefordert, was die Diskrepanz der Gesamtstellenzahl erklärt.

Für eine Verlaufsbeurteilung wurden die Stellenangebote des wöchentlich erscheinenden Ärzteblattes nach den Abfragekriterien „Kinder- und Jugendmedizin“, „Kinder-Hämatologie und -Onkologie“, „Kinderkardiologie“, „Kinderurologie“, „Neonatologie“, „Neuropädiatrie“ bundesweit untersucht. Für „Kinder- und Jugendmedizin“ kamen folgende Ergebnisse zustande:

Stellenangebote „Kinder- und Jugendmedizin“									
2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
426	356	493	551	512	477	454	468	602	675

Tab. 1: Stellenangebote „Kinder- und Jugendmedizin“. Quelle: eigene Darstellung, Daten: Deutsches Ärzteblatt 2010-2019.

In der Betrachtung der Subspezialisierungen kam es zu folgenden Stellenangeboten:

Stellenangebote „Subspezialisierung“										
	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
Kinder-Hämatologie und -Onkologie	9	5	0	0	0	0	0	0	0	0
Kinderkardiologie	18	26	21	25	32	7	0	0	0	0
Kinderradiologie	5	8	0	0	0	0	0	0	0	0
Kinderurologie	16	25	15	16	11	0	0	0	0	0
Neonatologie	57	34	41	39	49	11	0	0	0	0
Neuropädiatrie	21	29	13	0	0	0	0	0	0	0

Tab. 2: Stellenangebote „Subspezialisierung“. Quelle: eigene Darstellung, Daten: Deutsches Ärzteblatt 2010-2019.

Nach den vorliegenden Daten ist in der bundesweiten Suche im Verlauf der letzten Jahre kein signifikanter Anstieg an Stellenanzeigen im Ärzteblatt für „Kinder- und Jugendärzte“ unabhängig von ihrem Weiterbildungsgrad erkennbar.

In der Betrachtung subspezialisierter Fachärzte kam es ab 2014/15 zu einem sprunghaften Anstieg der Stellengesuche. Da es in diesem Zeitfenster zu Novellen der Musterweiterbildungsordnung und darauf folgend der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammern kam, ist ein Zusammenhang mit dem neuen, aber im weiteren zeitlichen Verlauf konstanten Bedarf an subspezialisierten Pädiatern möglich.

Auf der Homepage der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern werden zum Stichtag 10.3.2020 vier Stellen in der Pädiatrie angeboten: das Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg suchte eine leitende Oberärzt:in und nach einem/einer Fach- oder Assistenzärzt:in, das Kreis Krankenhaus Demmin sucht nach einem/einer Assistenzärzt:in und der Landkreis Nordwestmecklenburg einen/eine Fachärzt:in für den öffentlichen Gesundheitsdienst [8].

Das Kreiskrankenhaus Demmin veröffentlichte die Stellenangebote auf der Klinikhomepage und sucht nach einem/einer Chefärzt:in und einem/einer Fachärzt:in [9].

Für die Kinderstation der Asklepios Klinik Parchim ist auf der Konzernhomepage eine Fachärzt:innen-stelle ausgeschrieben [10].

Der Sana Konzern mit der Sana Klinik Rügen und dem Sana Hanseklinikum Wismar suchte nach einem/einer Assistenz- und Fachärzt:in für den Standort Rügen [11].

Inseriert auf der Stellenplattform Monster.de wurde am 20.3.2020 mit den Suchbegriffen „Kinderärzt:in“ und „Mecklenburg-Vorpommern“ nach einem/einer Weiterbildungsassistent:in für Kinderheilkunde in der Asklepios Klinik Pasewalk gesucht.

Auf der Stellenplattform Stepstone.de wurde am 20.3.2020 mit o.g. Suchbegriffen ein/eine Kinderärzt:in für den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landkreises Vorpommern-Greifswald gesucht.

Auf Kimeta.de gab es am 20.3.2020 keinen Treffer für die Suchbegriffe.

Bei der Bundesagentur für Arbeit waren 8 Stellenangebote gelistet. Darunter waren die beiden o.g. Stellenangebote für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Nordwestmecklenburg und Vorpommern-Greifswald) und eine Stellenausschreibung für eine Fachärzt:innen-Stelle in einer Rehaklinik. Die übrigen Stellenangebote wurden durch Vermittler gelistet und ließen sich nach der Beschreibung nicht eindeutig einer bestimmten Klinik zuordnen.

Herausforderung 3: Weiterbildung

Mit 6 Jahren Mindeststudiendauer gehört das Medizinstudium zu den längsten Studiengängen in Deutschland. Die Ausbildung „Fachärzt:in für Kinder- und Jugendmedizin“ nimmt weitere 5 Jahre Mindestweiterbildungszeit in Anspruch. Veränderungen in der Aus-/Weiterbildung haben somit eine Latenz bis

sich arbeitsmarktrelevante Änderungen ergeben.

Unter den Medizinstudenten steigt der Frauenanteil stetig. Laut dem „Berufsmonitoring 2014“ [12] der Kassenärztlichen Bundesvereinigung war die Kinderheilkunde das von Studierenden am zweithäufigsten genannte Ziel einer Fachärzt:innen-Ausbildung. Damit lag die Pädiatrie noch vor der Allgemeinmedizin und hinter der Inneren Medizin. Bei der Präferenz gaben Frauen mit 11,7% hochsignifikant häufiger den Wunsch an, Kinderärztin zu werden, als Männer mit 5,5%. Aufgeteilt nach Studienabschnitten sinkt der Berufswunsch Kinderärzt:in im Verlauf des Studiums von 30,3% in der Vorklinik auf 25,8% im klinischen Studienabschnitt und weiter auf 17,8% im Praktischen Jahr.

Anhand der Zahl an Weiterbildungsassistent:innen und dem Durchschnittsalter der Kinderärzt:innen hat die Bundesärztekammer 2009 eine Wiederbesetzungsquote für Pädiater von 211,5% berechnet. Also mehr als zwei Kinderärzt:innen auf eine ausscheidende Ärzt:in. Bei konstantem Patientenaufkommen würde es somit ein Überangebot an potenziellen Ärzt:innen auf freie Stellen geben [13].

Bei gleichbleibender Attraktivität unter den Student:innen und dem seit 2009 weiter gestiegenen Frauenanteil unter den Medizinstudenten ist von einer weiteren Zunahme des Bewerberüberhangs auszugehen. Eher männerdominierte Fächer könnten unter dieser Entwicklung Nachwuchsschwierigkeiten bekommen.

Ein Fachärzt:innen-Mangel für Pädiatrie im ambulanten, wie auch im stationären Sektor erscheint auf Grundlage dieser Zahlen wenig

nachvollziehbar – dennoch sind Stellen unbesetzt.

Nach Abschluss des Studiums (im Durchschnitt mit 26,2 Lebensjahren [14]) beträgt die Mindestweiterbildungszeit zum/zur Fachärzt:in für Kinder- und Jugendmedizin bundesweit 5 Jahre, von denen nach aktuell gültiger Weiterbildungsordnung [15] mindestens 36 Monate in einer Einrichtung der stationären pädiatrischen Akutversorgung absolviert werden müssen. 6 Monate davon müssen in einer neonatologischen Abteilung erfolgen. Über eine stationäre Weiterbildungsbezeichnung für 3 Jahre und länger verfügen in Mecklenburg-Vorpommern 11 Kinderkliniken [16]. Für die 6 Monate Neonatologie stehen nur 4 Kliniken in Mecklenburg-Vorpommern zur Verfügung.

Ein Stellenwechsel während der Weiterbildungszeit ist damit die Regel und bei der Fahrdistanz zur nächsten geeigneten Klinik sinkt die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, wenn eine Fachärzt:innen-Ausbildung außerhalb von Ballungszentren erfolgt.

Das Durchschnittsalter der Geburt des 1. Kindes bei Akademikerinnen in Ostdeutschland liegt beim 30. Lebensjahr [17] und fällt damit in die Weiterbildungszeit.

Zusätzlich ist einzubeziehen, dass Frauen (Studien für den Jahrgang 1964-1978) nur zu 7,8% einen Partner „unter ihrer Bildungsklasse“ (Aequaleum uxorem ducere!) wählen [18]. Diese Konstellation in der Partnerwahl ist übrigens mit der niedrigsten Scheidungsrate verbunden. Damit wird für nahezu jede Kinderärztin auch eine Akademikerstelle für den Partner benötigt – insbesondere im ländlichen Raum ein Wettbewerbsnachteil zugunsten von Ballungszentren.

In einem 2013 veröffentlichten Positionspapier ging die Deutsche Akademie der Kinder- und Jugendmedizin als Dachverband der Kinder- und Jugendmedizinischen Gesellschaften bis 2020 davon aus, dass es zu einer Zunahme von Frauen in der kinder- und jugendmedizinischen Versorgung (bis zu 90%) kommen wird. Eine Verkürzung der zur Verfügung stehenden Arbeitsleistung um ca. 25% aufgrund von Kinderbetreuungszeiten, Arbeitszeitverkürzungen bedingt durch die

neuen Arbeitszeitgesetze, sowie einen erhöhten Anteil von Teilzeitarbeit als Folge der zunehmenden Bedeutung von Familie und Freizeit bei jungen Kinder- und Jugendärzt:innen sind die Konsequenz [19]. Für die gleiche Arbeitsleistung würden somit mehr Ärzt:innen benötigt.

Laut dem Tätigkeitsbericht der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern von 2015-2018 erlangten 2015 8 2016 8, 2017 und 2018 jeweils 12 Ärzt:innen die Anerkennung zur Fachärzt:in für Kinderheilkunde. Damit bleibt die Zahl der „neuen“ Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendmedizin mit 5,6% der Fachärzt:innen-Anerkennungen in Mecklenburg-Vorpommern weit hinter den Präferenzen der Student:innen im Praktischen Jahr (s.o.) zurück [20]. Als Ursache für diese Diskrepanz kommt eine Interessenverschiebung während der Weiterbildung oder eine mangelnde Umsetzbarkeit der Weiterbildung, z. B. durch Hindernisse in der Weiterbildungsordnung oder der regionalen Stellensituation, in Frage.

Schlussfolgerung

In der bundesweiten Analyse der Stellenangebote auf Basis der Anzeigen im Deutschen Ärzteblatt, der Jobbörsen im Internet und der lokalen Fachpresse ist keine wesentliche Steigerung des Bedarfs an Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendmedizin erkennbar. Das Argument der Klinikbetreiber, Fachabteilungen aufgrund von Personal-mangel schließen zu müssen, ist mit Blick auf die Versuche, Personal über Anzeigen oder Jobbörsen zu akquirieren, nicht zu belegen.

Die Zahl der Stellenangebote für Pädiater mit Subspezialisierung ist in den letzten 5 Jahren gestiegen. Für die Versorgung in kleineren Abteilungen in Mecklenburg-Vorpommern ohne entsprechende Spezialabteilung besteht für diese Ärzt:innen-Gruppe anhand der Stellenausschreibungen kein gesonderter Bedarf.

Anhand der vorliegenden Stellenangebote der Kliniken in Meck-

Literatur

1. Neuhauser, H., C. Poethko-Müller, and G.G.S.S.G. Ki, Chronische Erkrankungen und impfpräventable Infektionserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2014. 57(7): p. 779-88.
2. Holbe, F. and A. Walus, [Pediatrics in Rural Regions Caught between Thrift and Ensuring Adequate Healthcare Provision]. Gesundheitswesen, 2021.
3. Mecklenburg-Vorpommern, K.V. Arztsuche. 2020; Available from: <https://www.kvmv.de/service/arztsuche/>.
4. Bundesvereinigung, K. Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. 2019; Available from: https://www.kbv.de/media/sp/2018_12_31_BAR_Statistik.pdf.
5. Mecklenburg-Vorpommern, K.V. Fortschreibung des Bedarfsplans vom 15.05.2013 für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern. 2019; Available from: https://www.kvmv.de/export/sites/default/_galleries/downloadgalerie_kvmv/mitglieder/niederlassung_pdfs/Bedarfsplan_Fortschreibung_13112019.pdf.
6. Mecklenburg-Vorpommern, K.V. Bedarfsplanung allgemeine fachärztliche Versorgung. 2019; Available from: <https://www.kvmv.de/mitglieder/niederlassung-anstellung/bedarfsplanung/bekanntmachung/>.
7. Ärzteblatt, D. Arztestellen. 2020; Available from: <https://www.aerzteblatt.de/aerztestellen/angebote?csrftoken=1317e6883855c80965cebf5801cedfc4-a2ccc181ab424f7a43d565eb421d5f23-2b38ab01bf95640f670bd9ce8a4e9a&stellenVolltext=&stellenFachgebiet=10&stellenFachgebiet=1537&stellenFachgebiet=1524&stellenFachgebiet=1526&stellenFachgebiet=1525&stellenFachgebiet=1540&stellenUmkreisPLZ=&stellenUmkreis=0&stellenKammer=120&page=1>.
8. Mecklenburg-Vorpommern, Ä. Stellenmarkt der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung M-V. 2020; Available from: <https://www.aek-mv.de/default.aspx?pid=20091204113002413>.
9. Demmin, K. Stellenangebote. 2020; Available from: <http://www.kkh-demmin.de/krankenhaus/Stellenangebote.html>.
10. Parchim, A.K. Stellenangebote. 2020; Available from: <https://www.asklepios.com/parchim/unternehmen/bewerber/stellenangebote/>.
11. Konzern, S. Stellenangebote. 2020; Available from: <https://www.sana.de/karriere/stellenangebote/>.
12. R. J., K. J., and S. S. Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014 Ergebnisse einer bundesweiten Befragung; Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2015.
13. Jacob, R., J. Kopp, and S. Schultz. Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014 Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. 2015; Available from: https://www.kbv.de/media/sp/2015_04_08_Berufsmonitoring_2014_web.pdf.
14. Bundesamt, S. Durchschnittsalter von Absolventen in der Fächergruppe Humanmedizin und Gesundheitswissenschaft in Deutschland im Jahr 2018. Statista 2019; Available from: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/986118/umfrage/alter-von-absolventen-der-humanmedizin-und-der-gesundheitswissenschaft/>.
15. Mecklenburg-Vorpommern, Ä. Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern. 2019; Available from: https://www.aek-mv.de/upload/file/aerzte/Weiterbildung/WB0%20MV%2025_01_2019.pdf.
16. Mecklenburg-Vorpommern, Ä. Weiterbildungsbefugte nach Fachgebiet. 2020; Available from: <https://www.aek-mv.de/default.aspx?pid=20100610142642800>.
17. Destatis.de. Geburten - Zeitpunkt der Familiengründung. 2013; Available from: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/alter-geburt-bildung.html;jsessionid=F01C7CC98A0E32F8B84E730CDD0CE55.internet711?view=main\[Print\]](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/alter-geburt-bildung.html;jsessionid=F01C7CC98A0E32F8B84E730CDD0CE55.internet711?view=main[Print]).
18. Blossfeld, H.-P. and A. Timm, Das Bildungssystem als Heiratsmarkt: eine Längsschnittanalyse der Wahl von Heiratspartnern im Lebenslauf. Arbeitspapier / Sfb 186, 43, 1997.
19. e.V., D.A.F.K.-u.J. These zur Analyse und Zukunftsszenario der flächendeckenden medizinischen Versorgung der Kinder und Jugendliche in Deutschland. 2013; Available from: <https://dakj.de/wp-content/uploads/2015/11/projekte-2012-zukunftsszenario-thesen.pdf>.
20. Mecklenburg-Vorpommern, Ä. Tätigkeitsbereich 2018. 2019; Available from: portal.aek-mv.de.

lenburg-Vorpommern ist kein erhöhter Bedarf an Kinderärzt:innen erkennbar.

Einschränkend ist bei einer Analyse des Stellenbedarfs anhand ausgeschriebener Stellenanzeigen zu berücksichtigen, dass Stellenvermittlungen durch Headhunter oder Vermittlung zwischen Kliniken nicht erfasst werden.

Zusätzlich kann es die Außendarstellung eines Krankenhauses in nicht-öffentlicher Trägerschaft negativ beeinflussen, sollten auffallend viele Stellenangebote inseriert werden. Die mit Inseraten arbeitenden Headhunter erstellen Angebote daher ohne genaue Nennung der suchenden Klinik. Erst nach direkter Kontaktaufnahme mit der vermittelnden Firma wird die suchende Klinik offenbart.

Diese Marktsituation lässt auf eine hohe Dunkelziffer für den Bedarf schließen, der jedoch höchstens durch Vergleich mit internen Statistiken der Vermittler erfassbar würde.

Insgesamt scheint anhand dieser Daten keine relevante Steigerung des Bedarfs an Fachkräften zu bestehen. Dieser Bedarf kann in den nächsten Jahren durch die o. g. Gründe noch entstehen oder aber, auf Seiten der Kliniken besteht keine Notwendigkeit, in eine weniger wirtschaftlich attraktive Klinik zu investieren. <<

Shortage in pediatrics professionals – analysis based on the job advertisements for Mecklenburg-Western Pomerania

On the basis of the current hospital financing, the economic operation of small departments is only inadequately possible. The safeguarding of the specialist standard "around the clock" in the departments leads to a high need for personnel both specialist and assistant doctors. In Mecklenburg-Western Pomerania, specialist pediatric departments have already had to be closed due to a lack of appropriate staff. Clinics and Doctor's offices compete for staff. In this study, the attempts to recruit staff by the clinic operator were compared with the stakeholder interests of the doctors in their various training phases. Within the last few years, the job advertisements did not reveal any increased staffing requirements. This may be an expression of a future problem, but it can also express the clinic operators' lack of interest in deficient departments.

Keywords

paediatrics, Mecklenburg-Western Pomerania, shortage of personnel, further training, profitability

Autorenerklärung

Der Autor erklärt, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Holbe, F.: „Fachkräftemangel in der Pädiatrie – Analyse anhand der Stellenausschreibungen für Mecklenburg-Vorpommern“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/22), S. 62-65. <http://doi.org/10.24945/MVF.04.22.1866-0533.2427>

Dr. med. Fabian Holbe MBA

hat an der Universität Lübeck Medizin studiert und Management an der Hochschule Wismar. Er ist niedergelassener Arzt in einer hausärztlichen Gemeinschaftspraxis. Daneben ist er Dozent für Gesundheitsmanagement an der Hochschule Wismar und Mitglied der Kammerversammlung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern.

Kontakt: Holbe@Hausarztpraxis-Neuburg.de

ORCID: 0000-0001-7994-6058



Dr. Dr. med. Heidrun Sturm MPH
 Dr. med. Aline Flatz MPH
 Prof. Dr. oec. troph. Birgit-Christiane Zyriax
 Dr. rer. medic. Anne-Madeleine Bau MPH
 Dr. rer. medic. Angelika Beyer

Zum Stand interprofessioneller Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung

Werkstattbericht der Arbeitsgruppe „Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung (ZiGEV)“ im DNVF e.V.

Gesundheitssysteme in westlichen Gesellschaften stehen alle vor ähnlichen Herausforderungen: Die Komplexität der Gesundheitsversorgung nimmt zu, nicht zuletzt durch die demografisch bedingte Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbidität (Sin, Askar et al. 2015, Seger and Gaertner 2020) und die fortschreitende Spezialisierung und Fragmentierung in der Medizin. Gleichzeitig besteht ein eklatanter Fachkräftemangel, insbesondere in ländlichen Regionen, der schon lange nicht mehr nur die Pflege und die hausärztliche Versorgung betrifft (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln 2021). Vor diesem Hintergrund gilt es, die vorhandenen Ressourcen in Bezug auf Expertise und Leistungserbringung optimal zu nutzen. Der deutsche Wissenschaftsrat postulierte interprofessionelle Zusammenarbeit als Strategie für eine effektive Organisation von Gesundheitsdienstleistungen, um die komplexen Herausforderungen der Versorgung in Zukunft meistern zu können (Wissenschaftsrat 2012).

>> Die Forderung nach einer verbesserten interprofessionellen Zusammenarbeit ist nicht neu. Bereits in der Deklaration von Alma Ata 1978 wurden interprofessionelle „health teams“ als essenzieller Baustein für eine effiziente Primärversorgung (Primary Health Care) genannt (Allen, Barkley et al. 2018). Internationale Definitionen von interprofessioneller Versorgung zielen auf eine optimale Versorgungsqualität, wobei der Prozess der Zusammenarbeit verschiedener Akteure im Mittelpunkt steht. Neben den Gesundheitsberufen sind häufig Familien und Betreuende in Care-Teams einbezogen. Hier einige Beispiele:

- „Collaborative practice happens when multiple health workers from different professional backgrounds work together with patients, families, carers, and communities to deliver the highest quality of care“ (WHO 2010)
- „... interprofessional collaboration is the process of developing and maintaining effective interprofessional working relationships [...] to enable optimal health outcomes“ (Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2010)

Zusammenfassung

Die zunehmende Komplexität der Gesundheitsversorgung und der gleichzeitige Fachkräftemangel erfordern eine effiziente, patientenzentrierte Organisation der Versorgung. Interprofessionelle Zusammenarbeit kann dazu beitragen. In einer nicht-repräsentativen Experten-Befragung aus der Arbeitsgruppe „Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung“ (AG ZiGEV) im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF e.V.) heraus wurden Einblicke in den aktuellen Umsetzungsstand interprofessioneller Zusammenarbeit und mögliche Ansätze für Verbesserungen aus verschiedenen professionellen Perspektiven zusammengetragen. **Ergebnisse:** Die Aufgabenverteilung und Zuständigkeiten seien nicht klar definiert und stark vom individuellen Engagement und Arbeitsweisen abhängig. Unklare Aufgabenzuordnung trage zu ineffektiver und unkoordinierter Versorgung bei. Es gäbe weder Ressourcen wie etwa ausreichende Zeit noch formale Formate für Kooperationen. Abstimmungsaufwände werden zudem nicht finanziell abgebildet. Zielführend wäre, Gelegenheiten zu gemeinsamem Lernen in Aus-/Fort-/Weiterbildungen und Fallkonferenzen zu schaffen; berufsgruppenübergreifende Aufgabenfestlegung in jeweils definierten Behandlungsteams festzulegen und die Rahmenbedingungen (z.B. Vergütung, Heil-/Hilfsmittelverordnung, Qualitätsstandards der Ausbildungen) anzupassen.

Schlüsselwörter

Interprofessionelle Zusammenarbeit, integrierte Versorgung, Patientenzentrierte Versorgung, Kooperation

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.04.22.1866-0533.2428>

- „... an intervention that involves different health and/or social professions who share a team identity and work closely together in an integrated and interdependent manner to solve problems and deliver services“ (Institute of Medicine) (Reeves, Lewin et al. 2016).

Eine koordinierte patientenzentrierte Versorgung, die den gesamten Versorgungsverlauf im Blick hat, ist dabei zentral, eine abgestimmte Vorgehensweise ein Grundbaustein (Lerberghe, Evans et al. 2008). Trotz methodischer Schwächen gibt es zunehmend Hinweise darauf, dass interprofessionelle Zusammenarbeit zur Verbesserung der Versorgungsqualität, Patientenzufriedenheit und Arbeitszufriedenheit beitragen kann (Reeves 2017, Sangaleti, Schweitzer et al. 2017, Somé, Devlin et al. 2020, Carron, Rawlinson et al. 2021). Sie ermöglicht die optimale Nutzung spezialisierten Wissens und der Praktiken verschiedener Berufsgruppen (Sangaleti, Schweitzer et al. 2017). Die Kombination diverser Kompetenzbereiche gewinnt besonders im Hinblick auf die Zunahme lebensstilbedingter Erkrankungen und Multimorbidität an Bedeutung (Seger and Gaertner 2020). So tragen beispielsweise bei der Beratung zu einer angepassten Ernährung neben Ernährungsfachkräften auch andere Gesundheitsberufe wie Pflegefachpersonen, Ärzt:innen und Apotheker:innen zur Vermittlung evidenzbasierter Informationen bei und helfen, Versorgungsbrüche zu vermeiden (McClinchy, Williams et al. 2015).

In Deutschland fordert der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bereits seit 2007 eine Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit in verschiedenen Kontexten (Fischer, Glaeske et al. 2007, Gerlach, Greiner et al. 2014, Gerlach, Greiner et al. 2018). Auch Wissenschaftler:innen (Frenk, Chen et al. 2010, Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV 2019), Stiftungen (Alscher 2011, Alscher 2013, Verein zur Förderung der Wissenschaft in den Gesundheitsberufen (VFWG) 2020), Politik (Bär, Schönemann-Gieck et al. 2019) und Berufsverbände (Alscher 2011, Alscher 2013, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (BVMd), Bundesarbeitsgemeinschaft Junge Pflege im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) et al. 2018, Romijn, Teunissen et al. 2018, BPhD -Bundesverband der Pharmaziestudierenden in Deutschland e.V. 2019, Höppner 2020) drängen seit Jahren auf eine vermehrte Interprofessionalität. Gesetzliche Krankenkassen betonen die Bedeutung von Koor-

dination und Zusammenarbeit (BARMER 2017). Drittmittelfinanzierte Projekte verstärkten die Diskussion positiv, als Beispiel seien die „PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ genannt, bei denen multiprofessionelle Teams eine konzeptionelle Basis bilden (Schmid 2020).

Es fehlt also nicht an Appellen. Die 2018 eingesetzte Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur sektorenübergreifenden Versorgung konstatiert 2020 erneut, dass die Abstimmung zwischen z. B. Ärzt:innen und Pflegefachpersonen oft von den individuellen Akteuren abhängig ist (Bund-Länder-AG 2020). Auch wenn die Evidenz des Mehrwerts interprofessioneller Zusammenarbeit wächst, ist in der Umsetzung offensichtlich noch „Luft nach oben“.

Vor diesem Hintergrund gründete sich 2017 im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF e.V.) die Arbeitsgruppe „Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung“ (AG ZiGEV) mit dem Ziel, den Dialog der verschiedenen Gesundheitsprofessionen in der Versorgungsforschung anzuregen. Neben der Definition der Begrifflichkeiten, die im Kontext von Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung verwendet werden, beschäftigt sich die AG mit den Themen Arbeitsteilung und Anforderungen an die Zusammenarbeit. Im Rahmen dieser Arbeit wurde das Expert:innen-Netzwerk der Mitglieder der AG ZiGEV genutzt, um Einblicke in den aktuellen Umsetzungsstand interprofessioneller Zusammenarbeit aus verschiedenen professionellen Perspektiven zu bekommen und daraus mögliche Ansätze für Verbesserungen resp. Forschungsbedarf abzuleiten.

Aktuelle Einschätzungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit

Wir führten im Sommer 2020 eine nicht-repräsentative schrift-

Befragungsteilnehmende nach Berufsgruppen und Akademisierung		
Berufsgruppe (Abk.)	Anzahl (davon akad. Abschluss ²)	Berufliches Umfeld
Ernährungsfachkraft ¹ (EFK)	9 (6)	<ul style="list-style-type: none"> Ernährungstherapeut:in (angestellt und selbstständig) Forschung, Lehre, wenige Patient:innen Wissenschaftler:in (Patientenbetreuung, Begleitung klinischer Studien, Koordination der EFK in Klinik, Lehre; selbstständige Ernährungsberaterin (Therapie und Prävention); Referent:in Heilpraktiker:in in eigener Praxis (Schwerpunkt Ernährungstherapie) Teilzeit-Anstellung (Diabetesberatung); Freiberufliche Tätigkeit (Diätassistent:in) freiberufliche Tätigkeit Forschung und Lehre (Hochschule) Bereichsleitung Ernährungsmanagement (EFK und PFK), klinikumsweite Patient:innenversorgung in der Ernährungstherapie (oral, enteral, parenteral) freiberufliche Ernährungstherapeut:in; Dozent:innen- und Gutachter:innentätigkeit
Hebamme (Heb)	5 (3)	<ul style="list-style-type: none"> Anstellung im Kreißaal; Freiberuflichkeit in Vorsorge, Schwangeren-/Wochenbettbetreuung Familienhebamme, Lehrtätigkeit, Wochenbettbetreuungen, Hilfe bei Beschwerden Anstellung im Kreißaal, Mentor:innentätigkeit, Vereinstätigkeit im Ehrenamt 2x Wissenschaftler:in
Hausärzt:in (HÄ)	4 (4)	<ul style="list-style-type: none"> Forschung und Lehre angestellte Tätigkeit in Praxis (Weiterbildung Allgemeinmedizin) Tätigkeit in eigener Praxis (Allgemeinmedizin) Tätigkeit in eigener Praxis (Allgemeinmedizin) und Wissenschaftler:in
Ergotherapeut:in (Ergo)	3 (3)	<ul style="list-style-type: none"> Berufspolitik ambulante Tätigkeit in ergotherapeutischer Praxis [hauptsächlich mit Kindern (in Praxis oder Kindergarten), auch Erwachsene mit neurologischen Erkrankungen (in deren Wohnung oder Pflegeheim)], zusätzlich pädiatrische Fachbereichsleitung Wissenschaftler:in
Pflegefachkraft (PFK)	3 (1)	<ul style="list-style-type: none"> Bereichsleitung Onkologie/Palliativ, Casemanagement, Studienmitarbeiter:in Gesundheits- und Krankenpfleger:in am Patientenbett und Projektleitung Tätigkeit bei einer Kommune mit 31.000 EW. 50% Pflegeberatung (Casemanagement, Gestaltung kompletter Versorgungsarrangements etc.) und 50% andere Aufgaben (amb. Gremienarbeit auf Leitungsebene von Pflegediensten und -heimen; Vertretung der Kommune in der Kommunalen Gesundheitskonferenz; Organisation und Durchführung von Informationsveranstaltungen zum Thema Alter mit gesundheitsbezogenen Themen (Demenz, pflegende Angehörige...); Angehörigengruppen (von Demenz), ... u.a.
Physiotherapeut:in (Phys)	2 (2)	<ul style="list-style-type: none"> Physiotherapeut:in Professor:in
Logopäd:in (Log)	1 (1)	Berufspolitik
Medizinische Fachangestellte (MFA)	1 (1)	Praxismanager:in (Allgemeinarztpraxis), VERAH/NäPA
gesamt	28 (22)	

Tab. 1: Befragungsteilnehmende nach Berufsgruppen und Akademisierung. Legende: 1: Als Ernährungsfachkräfte wurden Ökotropholog:innen, Diätassistent:innen und Ernährungswissenschaftler:innen zusammengefasst, darunter sehr verschiedene Ausbildungen, teilweise mehrere pro Person: Ökotropholog:in (n=4), Diätassistent*in (n=4, davon 1x mit Zusatzqualifikation Diplommedizinpädagog:in), Ernährungswissenschaftler:in; 2: Die Akademisierung erfolgte divers: beispielsweise B.Sc. im Ausland erworben oder akad. Zusatzqualifikation auf Basis einer Berufsausbildung im gleichen Fach bis hin zu Personen mit Promotion auf Basis einer akademischen/dualen Berufsausbildung.

liche Befragung unter den AG-Mitgliedern (n=66) durch. Zum Einsatz kam ein von Mitgliedern der AG konstruierter, hypothesenbasierter Fragebogen, der im Rahmen einer AG-Sitzung einen Pilottest durchlaufen hat. Es wurden überwiegend offene Fragen gestellt zu regelmäßigen Kooperationen mit anderen Berufsgruppen, professionsspezifischen Kompetenzen, Versorgungsaufgaben und deren Aufteilung sowie nach wahrgenommenen strukturellen und formalen Hürden bzw. Förderfaktoren für eine patientenzentrierte Versor-

gung. Aufgrund eines zunächst nur schleppenden Rücklaufs wurden die AG-Mitglieder gebeten, den Fragebogen in ihren Netzwerken zu verteilen. Insgesamt lagen für die Analyse 28 Antworten aus acht verschiedenen Berufsgruppen vor, wobei die Gruppe der Ernährungsfachkräfte (EFK)¹ mit neun Teilnehmenden deutlich überrepräsentiert ist (Tab. 1).

Die Auswertung erfolgte deskriptiv, angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse durch drei Wissenschaftler:innen (HS, AF, AB) unter Nutzung von MAXQDA 12 (Release 12.3.6). Die Antworten wurden inhaltlichen Kategorien zugeordnet, entlang derer die Ergebnisse im Folgenden dargestellt sind. Um die Herkunft der Antworten transparent zu machen, ist, wo möglich, die Berufsgruppe der Antwortenden angegeben (vgl. Tab.1).

Wer arbeitet mit wem zusammen?

Alle Antwortenden gaben an, regelmäßig mit verschiedenen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten. Dabei sind Ärzt:innen, gefolgt von Pflegefachpersonen und Therapeut:innen die insgesamt am häufigsten genannten (vgl. Abb. 1). Der berufliche Austausch fand über die medizinischen Gesundheits(fach)berufe hinaus mit vielen nicht-medizinischen Berufen statt, die teilweise durch Sozialversicherungsträger, teilweise durch kommunale Körperschaften finanziert werden. Dazu zählen Seelsorger:innen, Servicekräfte, Sozialarbeiter:innen, Sozialpädagog:innen, Gesetzliche Betreuer:innen, Sportfachkräfte und Betreuungspersonal in Behinderteneinrichtungen, Jugendamt, Gericht sowie Mutter-Kind-Einrichtungen.

Wäre mehr interprofessionelle Zusammenarbeit sinnvoll?

(Vgl. additional Material online: Tab. 3)

Situationsbezogen wird eine vermehrte Kooperation als sinnvoll erachtet, z.B. die schnellere Übermittlung von Arztberichten, sie funktioniere aktuell am ehesten im stationären Setting. Allerdings waren nicht alle von der Sinnhaftigkeit vermehrter interprofessioneller Zusammenarbeit überzeugt, aber bis auf die Ärzte forderten alle befragten Berufsgruppen mehr Austausch. Kritisch wurde dabei v. a. der dafür notwendige Zeitaufwand und fehlende Ressourcen gesehen.

Als Vorteile einer verstärkten Zusammenarbeit wurden benannt:

- Mehr Patientenzentrierung
- Verbesserte Qualität durch Kontinuität im Austausch und bessere Nutzung der vorhandenen Expertise, auch intraprofessionell
- Höhere Effizienz, indem verfügbare Zeit und Synergieeffekte besser genutzt werden und Überversorgung verhindert werden kann. Auch Einsparpotenzial wird vermutet.

Auf die Frage nach dem Bedarf von Evidenz wurde hinsichtlich der Effekte von interprofessioneller Zusammenarbeit konstatiert, dass es praktisch „keine Möglichkeit zu Nutzenbewertung und Forschung (wenig Zugang)“ (EFK19) bezüglich interprofessioneller Zusammenarbeit gäbe. Das bereits vorhandene Wissen aus Modellen müsse in die Praxis überführt werden. Vorgeschlagen wurde „die Initiierung von Forschungsprojekten, z.B. durch/mit Fragen, die aus der Praxis entstehen; Anschluss an den internationalen Wissensstand ermöglichen“ (Log5). Helfen würde es, die Versorgungsforschung gemeinsam zu gestalten. So wurde etwa eine wissenschaftlich begleitete Evaluation der Pflegetätigkeiten gefordert, unter Berücksichtigung der zunehmenden Pflegeschwere mit einer korrekten Pflegeaufwandsberechnung.

Hürden und Lösungsvorschläge

Aktuelle Aufgabenverteilung

Für manche Berufe gäbe es zwar formal definierte (Vorbehalts-) Aufgaben (z. B. Hebammen, Pflegefachpersonen, begrenzt für Ernährungsfachkräfte), die meisten Aufgaben würden jedoch kompetenzbasiert oder situationsbezogen ausgeführt und dadurch bestünden zahlreiche Überlappungen, eine scharfe Abgrenzung fehle. Teilweise käme es dann zu „Kompetenzgerangel“ (Heb21).

Die beschriebenen Aufgaben ließen sich grob in Therapieplanung, -durchführung, Koordination und Patientenbegleitung sowie Prävention und Befähigung (Kurse, Schulungen) unterteilen. Die meisten Überlappungen fielen in die Bereiche Patientenbegleitung und Koordination. Dort sahen sich insbesondere Hausärzt:innen, Pflegefachpersonen sowie Medizinische Fachangestellte in der Pflicht, beim Überleitungsmanagement waren es auch Ernährungsfachkräfte und Therapeut:innen. Um die Umsetzung der theoretischen Aufgabenverteilung im Alltag zu verbessern, scheint die gemeinsame Festlegung von Aufgaben unter Berücksichtigung aller Gesundheitsberufe ebenso wichtig wie die formale (gesetzliche) Festschreibung von Kompetenzen und Tätigkeitsvorbehalten.

Vorhandene Kompetenzen würden nicht regelmäßig und ausreichend nachgefragt. Auch Heilmittelverordnungen (d. h. die gesetzlich definierten Aufgaben) würden nicht hinreichend ausgeschöpft, z. B. bei der Wochenbettbetreuung oder in der klinischen Geburtshilfe und bei Beratungen. Kompetenzen der Ernährungsfachkräfte würden ausgeschöpft, sofern funktionierende Strukturen etabliert seien, wie bspw. Ernährungsteams oder Schwerpunktpraxen. Die antwortenden Hausärzt:innen sahen das für ihre Berufsgruppe unterschiedlich: während eine Antwort konstatierte, dass hausärztliche Kompetenzen oft nicht ausgeschöpft seien, da Fachärzt:innen direkt aufgesucht würden, wies eine andere darauf hin, dass alle im Studium und Beruf erlernten Kompetenzen im hausärztlichen Alltag benötigt und auch angewendet werden. Im Alltag scheinen viele Aufgaben nicht klar zu Berufen bzw. damit verbundenen Kompetenzen zugeordnet zu sein. Um dies zu verbessern, wurden neben der Förderung eines besseren gegenseitigen Verständnisses auch klare Aufgaben- und Kompetenzdefinitionen vorgeschlagen. Insgesamt wurde betont, dass alle Berufsgruppen entsprechend ihrer jeweiligen Kernkompetenzen eingesetzt, ihnen mehr Verantwortung für Gesundheitsberufe bei Diagnostik, Therapieplanung und Evaluation zukommen und damit die Arztzentrierung verringert werden sollte.

Neuordnung von Aufgaben

Im Zusammenhang mit der Einschätzung der Notwendigkeit für vermehrte interprofessionelle Zusammenarbeit wurde der Neuordnung von Aufgaben eine zentrale Rolle zugesprochen, verbunden mit der Erwartung, dass diese zur Entlastung beitragen kann und dadurch Kapazitäten erhöht werden können. Dabei sollte jede Berufsgruppe ihre eigenen Kompetenzen möglichst vollständig ausschöpfen. Anstelle Aufgaben abzugeben, was insbesondere von Therapeut:innen abgelehnt wurde, ginge es „...eher um die Übernahme von Aufgaben, weniger die Abgabe“ (Phys10). Einige Antwortende sahen hingegen auch einen Nutzen bei der Abgabe von Aufgaben. „So wäre eine Entlastung z. B. der Ärzteschaft möglich“ (HÄ17).

— — —

1: Der Begriff „Ernährungsfachkräfte“ fasst Ökotropholog:innen, Diätassistent:innen und Ernährungswissenschaftler:innen zusammen

Insgesamt wurde betont, dass es für eine tatsächliche effiziente, patientenzentrierte Versorgung v.a. um eine sinnhafte Koordination und Kooperation im jeweiligen Versorgungsnetz und in der jeweiligen Versorgungssituation gehe. Anstelle einer Umverteilung müsse eher die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit gestärkt und die Versorgungsübergänge zu anderen Berufsgruppen besser gestaltet werden. Dabei gehe es nicht um die Entlastung einzelner Berufsgruppen, sondern um eine kompetente interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe. Hier zeige sich jedoch das „große Problem des Loslassens von Aufgaben“ (PFP24). Für die Teamarbeit sollten die Aufgabenteilungen im individuellen Fall klar kommuniziert werden.

Es gab Antwortende, die befürchteten, dass es zu Qualitätsverlusten durch Kompetenzüberschreitung kommen könne und die Versorgung dadurch weiter „gestückelt“ würde. Kompetenzüberschreitungen müssten vermieden werden. Notwendige Kompetenzen für Delegationsaufgaben könnten durch spezielle Lehrgänge erworben werden, wohingegen manche Professionen aufgrund ihrer Ausbildung bereits jetzt ausreichend vorbereitet seien. Um die Versorgungsqualität auch mit vermehrter Zusammenarbeit zu sichern, sei eine inhaltliche Rückkopplung mit anderen Behandelnden zwingend. Zusätzlich müssten die Ausbildungen an die aktuellen Bedarfe angepasst und deren Qualität gesichert werden. Für eine optimale Aufgabenverteilung müsse auch die Qualifizierung sichergestellt werden. Bemängelt wurden die individuell unterschiedlichen Qualifikationen und deren fehlende Qualitätssicherung sowohl in der Ausbildung als auch in der Leistungserbringung, woraus eine unterschiedliche Leistungsqualität resultiere.

Versorgungskultur

Hierarchische Strukturen

Aktuell stünden der patientenzentrierten Versorgung „vor allem hierarchische Gefüge und professionsbezogene Machtansprüche und alte tradierte Standesdünkel entgegen“ (PFP24). Um hier eine Verbesserung zu erreichen „wäre ein Umdenken im Grundverständnis von integrierter Versorgung notwendig, das nicht bedeutet wir verzahnen ambulante und stationäre medizinische Versorgung, sondern jede Profession im Gesundheitswesen trägt ihr Know-how und Mitwirken diagnose- und patientenbezogen bei.“ (EFK19). Hierzu bedürfe es jedoch förderlicher formaler und finanzieller Rahmenbedingungen.

Fachliche Silos

Die fehlende Wertschätzung und Unwissen führe dazu, dass Gesundheitsberufe nicht entsprechend ihrer jeweiligen Qualifikation eingesetzt und somit ihr Potenzial nicht ausgeschöpft würde: „Es herrschen leider viel Unkenntnis und Vorurteile gegenüber der Profession“ (EFK19). Das fehlende Wissen um vorhandene Kompetenzen könne die Qualität beeinträchtigen und zu suboptimalen Therapien führen, indem Angebote nicht genutzt oder suboptimale Therapien angeboten werden. Grundsätzlich sei „der Austausch über die Berufsgruppen hinweg [...] elementar (PFP23), er „fördert den gleichen Wissenstand“ (Heb3) und sei hilfreich, um „gewisse Vorgehensweisen zu verstehen und um sein eigenes Wissen zu erweitern“ (MFA1). Erforderlich seien insbesondere berufsübergreifende Aus-, Fort- und Weiterbildungen.

Organisation der Zusammenarbeit

Fehlende ritualisierte Kooperation

Erschwerend sei für eine patientenzentrierte Kommunikation und

Organisation der Zusammenarbeit die „kleinteilige ambulante Versorgungsstruktur ohne ‚ritualisierte‘ Zusammenarbeit“ (HÄ18). Kooperation bliebe „im ambulanten Bereich dem Engagement der einzelnen Therapeuten überlassen“ (Phys10). Eine übergreifende definierte Zuständigkeit fehle. Zusätzlich stünden die formale Schweigepflicht und DSGVO dem interprofessionellen Austausch entgegen oder die Institutionen wehrten sich gegen einen Austausch.

Zeitnahe und sektorenübergreifende Informationen seien eine notwendige Voraussetzung für die Patientenversorgung. Die Kommunikation müsse insgesamt intensiviert und systematisiert werden. Vorgeschlagen wurden insbesondere interprofessionelle Fall- und Teambesprechungen.

Mangelnde Zeit

Vielfach konstatierten die Antwortenden, dass schlicht die Zeit für die Zusammenarbeit fehle, auch wegen mangelnder personeller Ressourcen. Besonders angemerkt wurden neben dem Fachkräftemangel und fehlenden „Auxillaries“ (Heb25) ein inadäquater Stellenschlüssel, u.a. auch wegen unklarer Daten hinsichtlich der aktuell eingesetzten Ressourcen.

Formale Anpassungsnotwendigkeiten

Ein weiterer zentraler Hinderungsgrund für Kooperation seien eine fehlende Finanzierung und Fehlanreize. Hierzu müssten Abrechnungskriterien und -möglichkeiten geschaffen werden. In Bezug auf Heil- und Hilfsmittelleistungen wurde bemängelt, dass diese zu stark von der ärztlichen Verordnung abhängen und einen hohen bürokratischen Aufwand erforderten. Zudem würden die Heilmittelrichtlinien die Arbeit einschränken. Eine offenerere und situationsgerechtere Gestaltung der Heil- und Hilfsmittelverordnungen und anderer Versorgungsformen sei hier zielführend. So wurde von Therapeut:innen ein Direktzugang zu Heilmittelberufen gefordert, allerdings unter dem Vorbehalt einer verbesserten Ausbildung.

Um den Gestaltungsspielraum und die Selbständigkeit der Berufsgruppen zu stärken, wäre eine Verkammerung notwendig. Um Überversorgung zu vermeiden und eine bessere Patientenzentrierung zu erreichen, wurde ein Primärarztssystem vorgeschlagen.

Zusammenfassung und Verbesserungsansätze

Ziel der alltagsbasierten, explorativen Befragung war es, Hürden und konkrete Ansatzpunkte aufzuzeigen, mit deren Hilfe die interprofessionelle Zusammenarbeit verbessert werden kann. Aus den Antworten der 28 Expert:innen ließen sich folgende Verbesserungsansätze ableiten, die teilweise ohne weitreichende gesetzliche Änderungen im Alltag angegangen werden könnten (vgl. Tab. 2):

- Berufsgruppenübergreifende gemeinsame Festlegung der Aufgaben im Team: alle Berufsgruppen sollten ihre Kernkompetenzen ausschöpfen. Das bedeutet u.U. auch mehr Verantwortung in Diagnostik, Therapieplanung und Evaluation für die jeweiligen Berufsgruppen. Dadurch wird eine Erhöhung der Gesamtkapazitäten erwartet.
- Umdenken im Grundverständnis von integrierter Versorgung: die interprofessionelle Zusammenarbeit soll im Hinblick auf patientenzentrierte Kooperation und Koordination gestärkt werden, in der jeder sein Know-how beisteuert. Dabei liegt der Fokus insbesondere auf Versorgungsübergängen zwischen Professionen.
- Unterstützen können dabei berufsgruppenübergreifende Aus-, Fort- Weiterbildungsmöglichkeiten sowie eine ritualisierte und formalisierte Zusammenarbeit (z. B. Fallkonferenzen, fachlicher Austausch).

Kategoriensystem und Lösungsansätze			
Hauptkategorien	Unterkategorien	Spezifikation	Lösungsansätze
Einschätzungen zu IPZ aktuell	Welche Berufsgruppen kooperieren	Kooperation v.a. mit Ärzten und Pflegenden	
	Ist vermehrte IPZ notwendig?	Situationsbezogen ja, mehr Austausch dringend sinnvoll	
	Evidenzlage	schwach	Wissen aus Modellen in Praxis überführen Forschungsprojekte initiieren
Aufgabenverteilung bzw. -neuordnung	Überlappungen und unklare Aufgabenzuordnung zu Berufen		gemeinsame Festlegung von Aufgaben unter Berücksichtigung aller Gesundheitsberufe formale (gesetzliche) Festschreibung von Kompetenzen und Tätigkeitsvorbehalten Ernährungstherapie in Heilmittelkatalog aufnehmen
	Kompetenzen nicht ausgeschöpft	Kompetenzen ausgeschöpft, sofern funktionierende Strukturen etabliert seien Aufgaben nicht klar zu Berufen bzw. damit verbundenen Kompetenzen zugeordnet	gegenseitiges Verständnis fördern klare Aufgaben- und Kompetenzdefinitionen mehr Verantwortung für Gesundheitsberufe Arztvorbehaltsaufgaben reduzieren
		Gestaltungsspielraum und die Selbstständigkeit der Berufsgruppen stärken	Verkammerung
Neuordnung der Aufgaben	Qualität sichern	Qualitätsverluste durch Kompetenzüberschreitung möglich Weitere Stückelung der Versorgung?	Qualitätssicherung und einheitliche Standards in der Ausbildung (an aktuelle Bedarfe angepasst, Modellklausel abschaffen) Qualitätssicherung der Leistungserbringung (z.B. Rückkopplung mit anderen Behandelnden)
	Aufgaben abgeben oder übernehmen	Aufgaben nicht klar zu Berufen bzw. damit verbundenen Kompetenzen zugeordnet	Jede Berufsgruppe sollte die eigenen Kompetenzen möglichst vollständig ausschöpfen. Wo möglich, sollten Aufgaben abgegeben werden
	Kooperation wichtiger als Neuverteilung	Ziel: nicht die Entlastung einzelner Berufsgruppen, sondern eine kompetente interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe Koordination und Kooperation im jeweiligen Versorgungsnetz/-situation	Versorgungsübergänge zu anderen Berufsgruppen besser gestalten Aufgabenzuteilungen im individuellen Fall klar kommunizieren
Versorgungskultur	Hierarchie	Neues Grundverständnis: jede Profession im Gesundheitswesen trägt ihr Know-how und Mitwirken diagnose- und patientenbezogen bei	förderliche formale und finanzielle Rahmenbedingungen
	Fachliche Silos	Unkenntnis und Vorurteile gegenüber der Profession	Austausch über die Berufsgruppen hinweg fördern interprof. Aus-/Weiter-/Fortbildungen, gemeinsame SOPs entwickeln
Organisation der Zusammenarbeit	Fehlende ritualisierte Kooperation	übergreifende definierte Zuständigkeit fehlerhaft	interprofessionelle Fall- und Teambesprechungen, Visiten diese in Leitlinien verankern Interprofessionelle Dokumentation
	Zeitmangel	Fachkräftemangel inadäquater Stellenschlüssel	
Formale Hürden	Fehlende Finanzierung	Fehlanreize	Abrechnungskriterien und -möglichkeiten für den interprofessionellen Austausch schaffen Anreize für Kooperation (qualitätsorientierte Vergütung)
	Heil- und Hilfsmittelverordnung und Direktzugang		Flexibilisierung der Heilmittelverordnung: z.B. wo Leistungen erbracht werden dürfen Direktzugang ermöglichen
	Fehlende Patientensteuerung	Zur Vermeidung von Überversorgung und zur besseren Patientensteuerung	Primärarztssystem

Tab. 2: Kategoriensystem und Lösungsansätze

- Qualitätssicherung: Aus-, Fort- und Weiterbildungen werden an aktuelle Bedarfe angepasst und entsprechende Qualitätsstandards definiert. Außerdem ist ein formalisierter Informationsaustausch zwischen den Berufsgruppen, insbesondere mit Ärzten, zwingend.
- Ressourcen bereitstellen, um interprofessionelle Zusammenarbeit zu ermöglichen: Es braucht adäquate Stellenschlüssel sowie die Festlegung von Abrechnungskriterien und -möglichkeiten für Kooperationen.
- Spielräume für situationsgerechtere (flexiblere) Gestaltung der Versorgung: Dazu braucht es einerseits eine formale Festschreibung von Kompetenzen und Tätigkeitsvorbehalten, andererseits eine Flexibilisierung der Heil- und Hilfsmittelverordnungen. Ein Beispiel dafür ist der Direktzugang zu Heilmittelberufen.

Bekannte Hürden und Lösungen in der politischen Diskussion

Ebenso wie in vielen Ländern haben auch die hier befragten Expert:innen überwiegend die Notwendigkeit für mehr interprofessionelle Zusammenarbeit gesehen (Carron, Rawlinson et al. 2021). Die in der internationalen Literatur beschriebenen Hürden (Rawlinson, Carron et al. 2021), die zu großen Anteilen auf Zeitmangel, Trainingsdefiziten, unklarer Rollenverteilungen und damit zusammenhängenden Verlustängsten sowie auf einem Mangel an Kommunikation beruhen, stimmen zum Großteil mit den hier beschriebenen Wahrnehmungen überein. Hinderungsgründe für eine bessere Umsetzung seien der vorliegenden Umfrage zufolge neben unklaren und gleichzeitig teilweise zu rigiden Aufgabenzuschreibungen zu einzelnen Berufen eine hierarchische Kultur, fehlende ritualisierte Teamarbeit und mangelnde Kenntnis über vorhandene Kompetenzen. Außerdem behinderten Zeitmangel und fehlende Vergütungsanreize eine funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit. Viele klar benannte Aufgaben könnten an Berufsgruppen mit passenderer Qualifikation abgegeben oder von ihnen übernommen werden.

Diese Barrieren haben offensichtlich auch im deutschen Versorgungsalltag nach wie vor Bestand, obwohl selbst die hier formulierten Lösungsvorschläge bereits weitgehend in der politischen Diskussion aufgegriffen werden: im „Gesamtkonzept Gesundheitsberufe“ des BMG sollen durch eine Modernisierung der Berufsgesetze u.a. die Qualitätsstandards der Ausbildungen geregelt werden (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2020). Alle großen Parteien bekannten sich in ihren Wahlprogrammen zu einer Weiterentwicklung der Qualifikationen der Gesundheitsberufe (bvmd 2021). Auch der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) unterstreicht die Notwendigkeit, die Aufgabenverteilung und Kooperationsformen grundlegend zu prüfen und die Autonomie von Pflegefachpersonen rahmenrechtlich sicherzustellen (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) 2021). Selbst die Ärzteschaft, die noch 2018 einer Aufgabenteilung äußerst kritisch gegenüberstand (Bundesärztekammer 2018), bestätigte beim Ärztetag 2021 im Prinzip alle hier formulierten notwendigen Maßnahmen (Bundesärztekammer 2021). Die Robert Bosch Stiftung legte kürzlich einen „Handlungskatalog für Politik und Selbstverwaltung“ vor, in dem u.a. auch die Erfordernisse der Einbindung der Gesundheitsberufe in eine gute Versorgung dezi- diert beschrieben sind (Hofmann, Igl et al. 2021).

Konkrete Verbesserungsansätze bereits jetzt?

Trotz all dieser Aktivitäten ist die Diskrepanz zwischen dem Wis-

sen um die Notwendigkeit und der tatsächlichen Umsetzung bemerkenswert. Prozessbezogene Erkenntnisse zur Umsetzung scheinen deshalb zentral, denn nur so können praktische Lösungsansätze entwickelt werden (Innovationsausschuss 2021). Einige unserer Ergebnisse beschreiben konkrete Maßnahmen, die im Alltag bereits jetzt und regelungsunabhängig umsetzbar sind.

So kann dem mangelnden Wissen übereinander mit berufsübergreifenden, gemeinsamen Aus-, Weiter- und Fortbildungen (Ulrich, Amstad et al. 2020) entgegen gewirkt werden. Gemeinsame Arbeitsplätze (Co-Location) etwa in Primärversorgungszentren (Rawlinson, Carron et al. 2021) fördern eine niedrighschwellige Änderung der Kooperationskultur. Der Austausch zwischen Professionen und Einrichtungen kann bereits jetzt durch die Möglichkeiten eines „asynchronen Informationsaustauschs“ ohne die Notwendigkeit gleichzeitiger Verfügbarkeit verbessert und gefördert werden (Philipps, Scheible et al. 2021).

Die Implementierung neuer Versorgungsansätze erfolgt langsam und inkonsistent. Neuere Ansätze wie etwa „embedded implementation research“ (Churruca, Ludlow et al. 2019) oder Reallabore nutzen die engere Verknüpfung von der Praxis mit der Forschung, um Innovationen gemeinsam mit den Implementierenden effizienter und kontextbezogener umzusetzen. Projekte, die u.a. durch den Innovationsfonds in den letzten Jahren bundesweit gefördert und umgesetzt werden, erfordern im Prinzip ein solches Vorgehen. Damit verbunden ist die Hoffnung, dass erfolgreiche Projekte auch in die Regelversorgung übernommen werden, auch wenn kein Rechtsanspruch darauf besteht (Ruppel and van den Berg 2022). Viele dieser Projekte beinhalten Elemente vermehrter interprofessioneller Zusammenarbeit oder intersektoraler Kooperation. Allein die Vielzahl der aktuell in ganz Deutschland implementierten und laufenden Lotsen- und Case-Managementprojekte (BMC 2021) zeigt, dass Zuständigkeiten und Rollen im Versorgungsteam klar definiert und mehr Raum zum Austausch geschaffen werden müssen. Die Implementierung zeitlich abgestimmter Treffen (z.B. Fallkonferenzen), die in der Regel zusätzliche Ressourcen benötigen, kann so aktuell im Rahmen von Projekten angegangen werden. Auf diese Weise tragen die Projekte damit bereits zur Kulturänderung bei, auch wenn formale Anpassungen eine unabdingbare Voraussetzung für eine nachhaltige Änderung sind. Aber nur durch Erfahrungen im Versorgungsalltag kann die Zusammenarbeit eingeübt, können die vorhandenen Kompetenzen der jeweils Mitbehandelnden ausgeschöpft und damit die Behandlung interprofessionell und patientenzentrierter und ohne Versorgungsbrüche gestaltet werden.

Eine Konkretisierung der Zusammenarbeit zieht die Anpassung der Ausbildungsinhalte nach sich. Außerdem liefern diese „bottom-up-Prozesse“ auch Informationen zur Neuordnung formaler Vorbehaltsaufgaben, etwa, dass Gesundheitsberufe mehr Verantwortung bei Diagnostik, Therapieplanung und Evaluation bekommen. Weiteres Beispiel ist ein klareres Rollenverständnis in Teams, das für Veränderungsprozesse im Gesundheitswesen unverzichtbar ist (Hibbert, Basedow et al. 2021) und durch projektbezogene Prozesse gefordert und gefördert wird.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass bereits jetzt Gelegenheiten zu mehr interprofessioneller Zusammenarbeit geschaffen und genutzt werden können, um patientenorientierte Kooperationsstrukturen umzusetzen. Durch die Intensivierung von interprofessioneller Zusammenarbeit können die vorhandenen Kompetenzen verschiedener Professionen optimal ausgeschöpft werden, Abläufe stringenter organisiert und optimiert werden. Dies trägt mit einer

Literatur

- Allen, L. N., S. Barkley, J. De Maeseneer, C. van Weel, H. Kluge, N. de Wit and T. Greenhalgh (2018). „Unfulfilled potential of primary care in Europe.“ *BMJ* 363: k4469.
- Alscher, B., Büscher, Dielmann, Görres, Höppner, Hopfeld, Igl, Kuhlmei, Matzke, Satrapa-Schill (2013). *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln Grundsätze und Perspektiven*-. Stuttgart, Robert-Bosch-Stiftung.
- Alscher, B., Dielmann, Hopfeld, Höppner, Igl, Kuhlmei, Matzke, Satrapa-Schill (2011). Memorandum. Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Stuttgart, Robert-Bosch-Stiftung.
- Bär, M., P. Schönemann-Gieck, J. Bauer, H. Brandenburg, R. Stolz and A. Kruse (2019). *Sektorenübergreifendes Fall- und Versorgungsmanagement bei Risikopatienten*. Heidelberg, VEKTOR. Verbund zur Erstellung einer Expertise zur krankenhausbegleitenden und transsektoralen Überleitungsoptimierung bei Risikopatienten.
- BARMER (2017). *Das zählt in Deutschlands Gesundheitssystem – Koordination und Zusammenarbeit Gesundheitspolitische Positionen zur Bundestagswahl 2017*. Berlin, BARMER.
- BMC. (2021). „Gesundheitslotsen.“ Retrieved 15.11. 2021, from <https://www.bmce.de/gesundheitslotsen/>.
- BPhD -Bundesverband der Pharmaziestudierenden in Deutschland e.V. (2019). *Positionspapier - Interprofessionelle Zusammenarbeit*. Berlin.
- Bund-Länder-AG (2020). *Fortschrittsbericht der Bund-Länder-AG „sektorenübergreifende Versorgung“*, Bund-Länder-AG.
- Bundesärztekammer (2018). *Beschlussprotokoll 121.Ärztetag*. Berlin, Bundesärztekammer.
- Bundesärztekammer (2021). *Ärzteparlament fordert Nachbesserung beim Pandemiemanagement*. Berlin, Bundesärztekammer.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2020). *Zukunft der Gesundheitsfachberufe - Ausbildungen neu ordnen*.
- Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (BVMd), Bundesarbeitsgemeinschaft Junge Pflege im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) and Bundesverband der Pharmaziestudierenden in Deutschland e.V. (BPhD) (2018). *Gemeinsame Stellungnahme zum interprofessionellen Arbeiten im Gesundheitswesen der Zukunft*.
- bvmd. (2021). „Heil- und Pflegeberufe.“ Retrieved 15.11., 2021, from <https://gesundepolitik.de/index.php/heil-und-pflegeberufe/>.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative; (2010). *A National Interprofessional Competency Framework*.
- Carron, T., C. Rawlinson, C. Ardit, C. Cohidon, Q. N. Hong, P. Pluye, I. Gilles and I. Peytremann-Bridevaux (2021). „An Overview of Reviews on Inter-professional Collaboration in Primary Care: Effectiveness.“ *Int J Integr Care* 21(2): 31.
- Churrua, K., K. Ludlow, N. Taylor, J. C. Long, S. Best and J. Braithwaite (2019). „The time has come: Embedded implementation research for health care improvement.“ *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 25(3): 373-380.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (2021). *Weiterentwicklung der Primärversorgung und Aufgabenverteilung unter den Gesundheitsprofessionen*. D. B. f. P. (DBfK). Berlin, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe.
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln (2021). *Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2019*.
- Fischer, G. C., G. Glaeske, A. Kuhlmei, M. Schrappe, R. Rosenbrock, P. C. Scriba and E. Wille (2007). *Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Kurzfassung*. online, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.
- Frenk, J., L. Chen, Z. A. Bhutta, J. Cohen, N. Crisp, T. Evans, H. Fineberg, P. Garcia, Y. Ke, P. Kelley, B. Kistnasamy, A. Meleis, D. Naylor, A. Pablos-Mendez, S. Reddy, S. Scrimshaw, J. Sepulveda, D. Serwadda and H. Zurayk (2010). „Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world.“ *The Lancet* 376(9756): 1923-1958.
- Gerlach, F., W. Greiner, M. Haubitz, G. Meyer, J. Schreyögg, P. Thürmann and E. Wille (2018). *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung*. Bonn/ Berlin, Sachverständigenrat zur Begutachtung für die Entwicklung im Gesundheitswesen.
- Gerlach, F. M., W. Greiner, M. Haubitz, D. Schaeffer, P. Thürmann, G. Thüsing and E. Wille (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Bonn/Berlin, Sachverständigenrat zur Begutachtung für die Entwicklung im Gesundheitswesen.
- Hibbert, P. D., M. Basedow, J. Braithwaite, L. K. Wiles, R. Clay-Williams and R. Padbury (2021). „How to sustainably build capacity in quality improvement within a healthcare organisation: a deep-dive, focused qualitative analysis.“ *BMC Health Serv Res* 21(1): 588.
- Hofmann, C. M., G. Igl, F. Knieps, H. Reiners, F. Welti, U. Wenner and S. Woskowski (2021). *Neustart! für das Gesundheitsrecht - Ein Handlungskatalog für Politik und Selbstverwaltung*. Suttgart, Robert-Bosch-Stiftung.
- Höppner, H. (2020). *Kommentar zum vorgelegten Referentenentwurf und zur „ergebnisoffenen Verlängerung akademischer Strukturen bis 2026“*, tal-ggmbh.
- Innovationsausschuss (2021). *Projektabschluss TeleDerm und OSCAR: Zwei Beispiele für die Vielschichtigkeit von Transferempfehlungen in die Versorgung*. Berlin, Innovationsausschuss beim Gemeinsamer Bundesausschuss.
- Lerberghe, W. V., T. Evans, K. Rasanathan, A. Mechal, A. Andermann, D. Evans, B. Galichet, A. Irwin, M. K. Kindhauser, R. Meloni, T. Mertens, C. Mock, H. Montenegro, D. Porignon, D. Rajan and R. Shademan (2008). *Primary health care, now more than ever*. Geneva, World Health Organisation.
- McClinchy, J., J. Williams, L. Gordon, M. Cairns and G. Fairey (2015). „Dietary Advice and Collaborative Working: Do Pharmacists and Allied Health Professionals Other Than Dietitians Have a Role?“ *Healthcare* 3(1): 64-77.
- Philippis, A., M. Scheible, S. Joos and H. Sturm (2021). „The intersectoral care of cancer patients: weaknesses and strategies for improvement. “ *Dtsch Arztebl Int* 2021(118): 795-796.
- Rawlinson, C., T. Carron, C. Cohidon, C. Ardit, Q. N. Hong, P. Pluye, I. Peytremann-Bridevaux and I. Gilles (2021). „An Overview of Reviews on Inter-professional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators.“ *Int J Integr Care* 21(2): 32.
- Reeves, S., S. Lewin, S. Espin and M. Zwarenstein (2016). *Interprofessional Teamwork in Health and Social Care. The Power of Distributed Perspective*, De Gruyter.
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., Zwarenstein, M. (2017). „Interprofessional collaboration to improve professional practice and health-care outcomes.“ *Cochrane Database of Systematic Reviews* 6(CD000072).
- Romijn, A., P. W. Teunissen, M. C. de Bruijne, C. Wagner and C. J. M. de Groot (2018). „Interprofessional collaboration among care professionals in obstetrical care: are perceptions aligned?“ *BMJ Qual Saf* 27(4): 279-286.
- Ruppel, T. and N. van den Berg (2022). „Und wann kommt die Regelversorgung? Rechtsansprüche auf Verstetigung von neuen Versorgungsformen und Versorgungsforschungsprojekten?“ *Monitor Versorgungsforschung* 15(1/22).
- Sangaletti, C., M. C. Schweitzer, M. Peduzzi, E. L. C. P. Zoboli and C. B. Soares (2017). „Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review.“ *JBI Evidence Synthesis* 15(11): 2723-2788.
- Schmid, A., Günther, S., Beierlein, J. (2020). *Vision und Umsetzung eines PORT-Gesundheitszentrums*. Robert-Bosch-Stiftung 2020.
- Seger, W. and T. Gaertner (2020). „Multimorbidität: Eine besondere Herausforderung.“ *Dtsch Arztebl* 117(44): 2092-2096.
- Sin, M. A., M. Askar, S. Beermann, J. Bertz, S. Buda, M. Busch, Y. Du, S. Dudareva-Vizule, U. Ellert, A. Fehr, C. Frank, J. Fuchs, B. Gärtner, A. Gößwald, O. Hamouda, U. Hapke, B. Hauer, C. Heidemann, S. Hense, J. Hoebel, H. Hölling, K. Horch, S. Jordan, P. Kamtsiuris, H. Knopf, L. Krause, K. Kraywinkel, L. E. Kroll, S. Krug, B. Kuntz, T. Lampert, C. Lange, U. Langen, D. Laußmann, K. Manz, U. Maske, D. Matysiak-Klose, G. B. M. Mensink, H. Neuhauser, H. Niemann, E. Nowossadeck, R. Paprott, C. Poethko-Müller, F. Prütz, M. Rabenberg, P. Rattay, A. Rommel, L. Ryl, A.-C. Saß, C. Scheidt-Nave, A. Schienkiewitz, R. Schilling, R. Schlack, M. Schlaud, R. Schmitz, A. Starker, J. Thelen, G. Varnaccia, E. v. d. Lippe, A. Wienecke, T. Ziese and R. Zimmermann (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin, Robert-Koch-Institut.
- Somé, N. H., R. A. Devlin, N. Mehta, G. S. Zaric and S. Sarma (2020). „Team-based primary care practice and physician’s services: Evidence from Family Health Teams in Ontario, Canada.“ *Soc Sci Med* 264: 113310.
- Ulrich, G., H. Amstad, O. Glardon and S. Kaap-Fröhlich (2020). *Interprofessionelle Ausbildung im Schweizer Gesundheitssystem: Situationsanalyse, Perspektiven und Roadmap*. Careum Working Paper 9. C. Stiftung.
- Verein zur Förderung der Wissenschaft in den Gesundheitsberufen (VFWG) (2020). *Stellungnahme des VFWG zur Weiterführung der Modellklausel in den Therapieberufen in Deutschland*.
- WHO (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Geneva, WHO.
- Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV (2019). *Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung*. Bericht der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV.
- Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Berlin, Deutscher Wissenschaftsrat.

entsprechenden Aufgabenverteilung dazu bei, die steigenden Bedarfe bei multimorbiden chronisch Kranken zu decken, die vorhandenen Ressourcen besser zu nutzen und damit das Gesundheitswesen nachhaltig zu stärken. <<

Danksagung

Die Autorinnen bedanken sich für die Unterstützung durch die Mitglieder der AG ZIGEV, insbesondere bei den Sprecherinnen Prof. Dr. Anne Barzel und Prof. Dr. Anita Hausen. Ein besonderer Dank geht an alle Expert:innen, die sich an der Umfrage beteiligt haben.

Autorinnenklärung

Die Autorinnen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Additionalles Material

Tabelle 3 finden Sie online auf www.m-vf.de (Link: <https://bit.ly/3PAYr8N>)

Zitationshinweis

Sturm et al.: „Zum Stand interprofessioneller Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/22), S. 66-73. <http://doi.org/10.24945/MVF.04.22.1866-0533.2428>

On the state of interprofessional cooperation in health care provision

The increasing complexity of healthcare along with the simultaneous shortage of specialists require an efficient, patient-centered organization of care. Interprofessional collaboration can contribute to this. In a non-representative expert survey from the working group „Cooperation in Health Care“ (AG ZIGEV) in the German Network for Health Services Research e.V. (DNVF e.V.), insights from different professional perspectives into the current implementation status of interprofessional collaboration and possible approaches for improvement were to be collected.

Results: The distribution of tasks and responsibilities appear not to be clearly defined and strongly dependent on individual working methods. This leads to ineffective and uncoordinated care. There are neither resources such as sufficient time nor formal formats for cooperation. Moreover, coordination efforts are not reflected financially. The following options could foster interprofessional care: to create opportunities for joint learning in training, continuing education and case conferences; to define tasks for all occupational professional groups in defined treatment teams; and to adapt the framework conditions (e.g. remuneration, prescription of remedies/auxiliary aids, quality standards for training).

Keywords

Interprofessional care, integrated care, patient centered care, co-operation

Dr. Dr. med. Heidrun Sturm MPH

ORCID: 0000-0003-4327-7205

leitet den Bereich innovative Versorgung und Gesundheitssysteme am Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung am Universitätsklinikum Tübingen. Ihre Interessenschwerpunkte sind patientenzentrierte, vernetzte und effiziente Versorgungskonzepte.

Kontakt: heidrun.sturm@med.uni-tuebingen.de



Dr. med. Aline Flatz MPH

ORCID: 0000-0003-3947-4927

ist Fachärztin für Prävention und Gesundheitswesen und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Bundesamt für Gesundheit in der Schweiz. Sie war bis Sommer 2021 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung am Universitätsklinikum Tübingen.

Kontakt: aline.flatz@gmail.com



Prof. Dr. oec. troph. Birgit-Christiane Zyriax

ORCID: 0000-0002-5377-5956

ist Professorin für Hebammenwissenschaft – Versorgung und Prävention am Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Sie leitet die Forschungsgruppe Präventivmedizin und Ernährung. Ihre Forschungsschwerpunkte sind u.a. Versorgungsforschung zu chronischer Entzündung und Ernährung, Gesundheitsverhalten, -kompetenzen und E-Health in der Pflege. Kontakt: bzyriax@uke.uni-hamburg.de



Dr. rer. medic. Anne-Madeleine Bau MPH

arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Sozialpädiatrischen Zentrum der Charité als Ernährungstherapeutin. Sie studierte an der Universität Gießen Ökotrophologie (Diplom) und Public Health (Master) an der Technischen Universität Berlin. Sie war Projektleiterin des Innovationsfondsprojekts GeMuKi – Gemeinsam gesund – Vorsorge plus für Mutter und Kind.

Kontakt: anne-madeleine.bau@charite.de



Dr. rer. medic. Angelika Beyer

ORCID: 0000-0003-4654-4233

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Community Medicine in der Abteilung Versorgungsepide-miologie und Community Health der Universitätsmedizin Greifswald. Sie studierte Gesundheitswissenschaften in Neubrandenburg (BSc) und Health Care Management in Greifswald (MSc). Vorher war sie als Pflegendende in der Anästhesie tätig. Ihre Forschungsschwerpunkte sind innovative Versorgungskonzepte vornehmlich in der Pädiatrie. Kontakt: angelika.beyer@uni-greifswald.de



Dr. phil. Roman M. Marek MA
 Dr. rer. pol. Ilona Köster-Steinebach MA
 Dr. rer. med. Frank Brunsmann
 Dr. med. Carolin Fleischmann-Struzek
 Prof. Dr. med. Konrad Reinhart ML*

Sepsis-Wissen nach überstandener Sepsis: Ergebnisse einer Befragung und Vorstellung einer Entlass-Kurzinformation

Von den weltweit circa 11 Millionen sepsis-assoziierten Todesfällen hält die WHO die Mehrzahl für vermeidbar. Hierfür gibt es zwei wesentliche Ansatzpunkte: erstens die Prävention von Infektionen und zweitens die frühzeitige Erkennung von Sepsis-Symptomen, denn eine Sepsis ist ein medizinischer Notfall, bei dem jede zeitliche Verzögerung die Prognose verschlechtert. Da seit langem bekannt ist, dass in Deutschland das Sepsis-Wissen älterer Menschen, die per se einer Risikogruppe angehören, gering ist (Eitze et al. 2018), fördert das Bundesgesundheitsministerium seit Juli 2021 den Aufbau der Kampagne „Deutschland erkennt Sepsis“ (1), die vom Aktionsbündnis Patientensicherheit, dem Sepsis-Dialog der Universitätsmedizin Greifswald, der Deutschen Sepsis-Hilfe sowie der Deutschen Sepsis-Stiftung gemeinsam umgesetzt wird.

>> Nach einer Sepsis kann es zu schwerwiegenden und langanhaltenden Folgeerkrankungen kommen, welche die Lebensqualität z.T. stark einschränken können. Die häufig als Folgen auftretenden körperlichen, kognitiven und psychischen Einschränkungen werden in der Literatur als Post-Sepsis-Syndrom (PSS) zusammengefasst. Als mögliche Folgen einer Sepsis werden u.a. beschrieben (Hartog et al. 2020, Prescott et al. 2019):

- Beeinträchtigung der Alltagsfunktionalität (z.B. Muskelschwäche, Fatigue)
- Kognitive Defizite
- Depression und posttraumatische Belastungsstörungen
- Nierenversagen und Dialysepflicht
- Schluckstörungen
- Schmerz
- Rezidivierende Sepsis
- Kardiovaskuläre Ereignisse
- Amputationen
- Psychosoziale Folgen

Bezüglich der Häufigkeit von Spätfolgen haben Forschende der Charité – Universitätsmedizin Berlin, des Universitätsklinikums Jena und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) anonymisierte Versichertendaten von knapp 160.000 Personen ausgewertet, die in den Jahren 2013 und 2014 im Krankenhaus mit einer Sepsis behandelt wurden (Innovationsfonds-geförderte Studie „SEPFROK“).

Zusammenfassung

Die Überlebenden einer Sepsis sind zu einem hohen Anteil von schwerwiegenden Krankheitsfolgen betroffen und haben ein besonderes Rezidivrisiko. Mittels einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung wurde das Sepsis-Wissen der Bevölkerung und von betroffenen Patient:innen untersucht. Zur Verbesserung wurde eine Patient:innen-Kurzinformation bei der Entlassung nach überstandener Sepsis entwickelt und erfolgreich getestet. Diese Kurzinformation steht für die Versorgung zur Verfügung.

Schlüsselwörter

Sepsis, Patienteninformation, Gesundheitskompetenz, Prävention, Nachsorge

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.04.22.1866-0533.2429>

Problemhintergrund: Häufigkeit und Folgen einer Sepsis

Sepsis ist die schwerste Verlaufsform einer Infektion, bei der die Abwehrreaktion des Immunsystems körpereigene Gewebe und Organe angreift. Sie kann sich aus allen Arten von Infektionen mit Bakterien (auch nicht multiresistente), Viren, Pilzen oder Parasiten entwickeln und somit sowohl im Krankenhaus als auch in Alltagssituationen entstehen. In Deutschland erkranken nach aktuellen Schätzungen jährlich etwa 320.000 Menschen an Sepsis, etwa 75.000 versterben daran (Fleischmann-Struzek et al. 2018). Das sind deutlich mehr Todesfälle als durch Brust-, Prostata- und Darmkrebs zusammen.

Eine 2021 aus dem SEPFROK-Projekt resultierende Studie zeigt das Ausmaß der Folgebeträchtigungen und gesundheitlichen Risiken von Sepsis-Überlebenden auf (Fleischmann-Struzek et al. 2021): Etwa ein Drittel der Betroffenen verstarb im Jahr nach der initialen Sepsis-Erkrankung. Von den Überlebenden hatten 74,3% im ersten Jahr nach überstandener Sepsis mindestens eine weitere Diagnose aus dem Erkrankungsspektrum, das mit Sepsis-Folgen in Verbindung gebracht wird. So litten 70,9% der Überlebenden unter neu hinzugekommenen körperlichen Einschränkungen. Weniger bekannt sind die psychischen und kognitiven Langzeitfolgen. So wurden für 17,9% der Überlebenden neue psychische Beeinträchtigungen diagnostiziert und für 18,5% neue kognitive Einschränkungen. Nicht selten sind Überlebende von mehreren Sepsis-Folgen betroffen: Bei 3,8% wurden Diagnosen aus allen drei Bereichen (körperlich, psychisch und kognitiv) erfasst. Entsprechend wurden mehr als 30% der Sepsis-Überlebenden im Jahr nach der Erkrankung neu pflegebedürftig. Auch wenn diese Ergebnisse vor dem Hintergrund des Altersdurchschnitts der eingeschlossenen Versicherten von 73,8 Jahren gesehen werden müssen, betrifft das Post-Sepsis-Syndrom nicht nur Hochbetagte. Von den eingeschlossenen Personen unter 40 Jahren hatten immerhin 56,1% im Folgejahr eine neue Diagnose und in der Altersgruppe zwischen 40 und 65 Jahren 72,1%. Zusammen machten diese jüngeren Personen einen Anteil von 24,5% aus. Darüber hinaus haben alle Sepsis-Überlebende ein erhöhtes Risiko, erneut an einer Sepsis zu erkranken (Prescott et al. 2019).

Nur 5% der Sepsis-Überlebenden werden in Deutschland in eine entsprechende Rehabilitation übergeleitet (Fleischmann-Struzek et al. 2021). Häufig erfolgt auch bei der Entlassung aus dem Krankenhaus nach der überstandenen Akutphase kein Screening insbeson-

* Zur Arbeitsgruppe der Autor:innen gehören zusätzlich: Dr. Irmgard Landgraf, Hausärztin und Mitglied im Vorstand des Aktionsbündnis Patientensicherheit, sowie Prof. Dr. Peter Schulte, Hochschule Weserbergland.

1: Für mehr Informationen: www.deutschland-erkennt-sepsis.de

dere auf die neurokognitiven und psychologischen Folgen, u.a. weil sich diese oft erst nach einer gewissen Erholung in der häuslichen Umgebung zeigen. Diese Faktoren belegen zusammengenommen eindrucksvoll die Wichtigkeit einer strukturierten Diagnostik und Nachsorge im ambulanten Bereich. Auch im internationalen Kontext wurde belegt, dass Betroffene Verbesserungen bei der Nachsorge von Sepsis als notwendig erachten (Huang et al. 2019). Es ist daher von essenzieller Bedeutung, das nachbehandelnde medizinische Personal auf das Risiko des Post-Sepsis-Syndroms hinzuweisen und zeitnah ein Screening auf die verschiedenen Beeinträchtigungen zu veranlassen (Fleischmann-Struzek et al. 2022). Neben dem Leidensdruck der Betroffenen sollten auch die hohen Folgekosten einer Sepsis innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens eine Rolle spielen: Es ist im Interesse aller Beteiligten, Sepsis-Überlebende darin zu unterstützen, sich selbst bestmöglich vor einer zukünftigen Sepsis zu schützen (Prävention), diese im Fall des erneuten Auftretens frühzeitig zu erkennen und die Folgen der überstandenen Sepsis bestmöglich zu bewältigen. Es geht also neben der professionellen Nachsorge vor allem um die Steigerung der Gesundheitskompetenz der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

Das Sepsis-Wissen von Betroffenen

Aktuelle Untersuchungsergebnisse aus dem Projekt „Deutschland erkennt Sepsis“

Innerhalb des Projekts „Deutschland erkennt Sepsis“ wurde vom

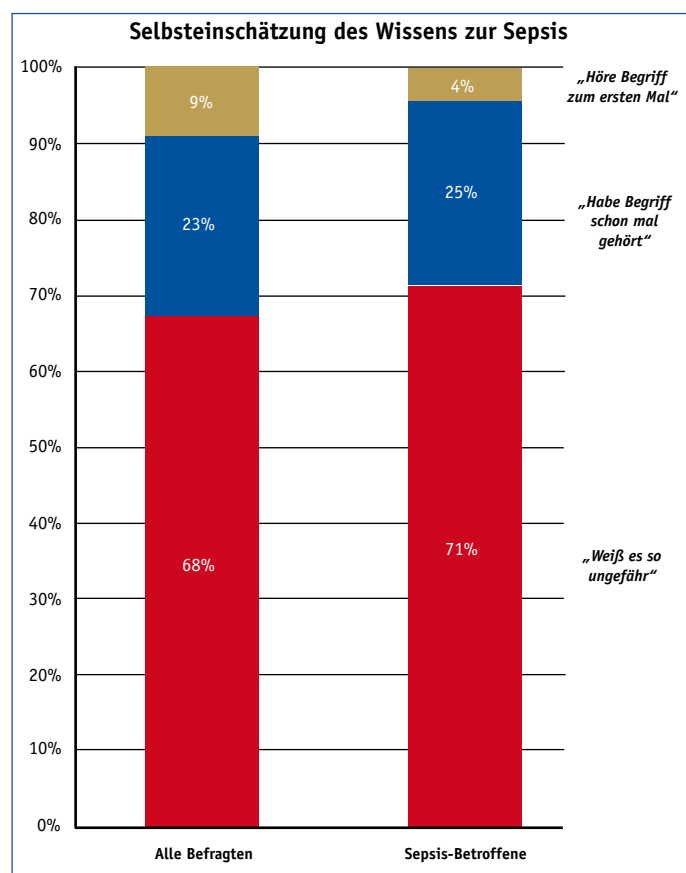


Abb. 1: Selbsteinschätzung des Wissens zur Sepsis unter Berücksichtigung persönlicher Erfahrung. Frage: Im Zusammenhang mit Krankheiten hört man ja manchmal den Begriff Sepsis. Wissen Sie zumindest so ungefähr, was eine Sepsis ist, oder wissen Sie das zwar nicht, haben den Begriff aber schon mal gehört, oder hören Sie den Begriff gerade zum ersten Mal? Quelle: Eigene Erhebung.

Bundesgesundheitsministerium u.a. eine Erhebung zum Stand des Sepsis-Wissens gefördert. Im Zeitraum vom 24. Februar bis 8. März 2022 wurden dafür vom Institut für Demoskopie Allensbach im Auftrag der Sepsis-Stiftung, stellvertretend für die Projektpartner der Kampagne, insgesamt 1.039 Personen befragt. Diese sind strukturell repräsentativ für die deutsche Gesamtbevölkerung über 16 Jahre. Im Folgenden werden exklusiv einige der Ergebnisse vorab veröffentlicht.

Von allen Befragten gaben 35% an, mindestens eine Person zu kennen, die selbst einmal eine Sepsis erlitten hatte. Davon waren wiederum 48 Befragte (4,6%) selbst Betroffene. Insbesondere bei den selbst Betroffenen würde man einen deutlich besseren Kenntnisstand bezüglich Sepsis erwarten als in der Gesamtbevölkerung: Einerseits aufgrund der eigenen Erfahrungen, aber andererseits vor allem aufgrund der im Zusammenhang mit der Sepsis-Behandlung und -Nachsorge im Gesundheitswesen erhaltenen Informationen (z.B. Patientengespräch bei der Entlassung aus dem Krankenhaus oder auch im Rahmen der Nachsorge in der ambulanten Versorgung). Diese Hypothese lässt sich aufgrund des gewählten Studiendesigns der Erhebung prinzipiell gut überprüfen, da nicht nur die Selbsteinschätzung der Befragten erhoben wurde, sondern auch verschiedene Kenntnisfragen gestellt wurden. Beispielsweise wurden neben richtigen auch falsche Antworten angeboten, die von den Befragten ausgewählt werden konnten, insbesondere auch solche, die landläufigen Missverständnissen zur Sepsis entsprechen. Hinzu kommt, dass die Auswahl der Sepsis-Betroffenen zufällig erfolgte und damit keinem Selektionsbias unterliegt wie z. B. bei der Rekrutierung über Selbsthilfeorganisationen. Selbstverständlich konnten in die Befragung nur Personen einbezogen werden, deren Allgemeinzustand das zugelassen hat, so dass besonders schwer Betroffene nicht erfasst wurden. Einschränkend ist auch auf die geringe Personenzahl hinzuweisen (n=48), die eine Sepsis erlitten hatten, so dass die in der aktuellen Umfrage ermittelten Ergebnisse dringend durch weitere Befragungen erhärtet werden sollten.

Abb. 1 zeigt zunächst die Selbsteinschätzung auf die Frage zur generellen Kenntnis von Sepsis. Auffällig ist, dass die selbst Betroffenen ihr Wissen um die Sepsis kaum besser einschätzten als die Allgemeinbevölkerung. Insgesamt 29% schätzen ihre Kenntnis so gering ein, dass sie gerade einmal den Begriff gehört hatten – oder noch geringer. Die beiden Personen, die angaben, selbst Betroffene zu sein und den Begriff Sepsis nicht zu kennen, kannten das Krankheitsbild nur unter der Bezeichnung „Blutvergiftung“.

Aus der Forschung zur Gesundheitskompetenz (z.B. Schaeffer/Behrens et. al 2021) ist das Phänomen bekannt, dass Menschen, die besonders häufig mit dem Gesundheitswesen in Kontakt sind, beispielsweise mehrfach chronisch Kranke, ihre Gesundheitskompetenz besonders niedrig einschätzen, während Gesunde diese höher bewerten, allerdings ohne dass diese Kompetenz tatsächlich besser ist. Um zu überprüfen, ob sich dies auch beim Thema Sepsis zeigt, lohnt ein Blick auf die Kenntnisfragen, die in der o. g. Umfrage gestellt wurden.

Abb. 2 zeigt für einige ausgewählte Wissensfragen den Anteil der richtigen Antworten in der Gruppe der Sepsis-Betroffenen im Vergleich zum Durchschnitt aller Befragten. Dabei fällt auf, dass sich die positive Kenntnis gesicherter Fakten rund um die Sepsis zwischen beiden Gruppen nicht signifikant unterscheidet. Abb. 3 ändert die Sichtweise und stellt für ausgewählte Fragestellungen, die insbesondere falsche Aussagen und populäre Irrtümer rund um die Sepsis betreffen, den Anteil explizit falscher Antworten dar (ohne die Personen, die keine Angabe gemacht haben oder unsicher waren). Ergebnis: Personen, die bereits an einer Sepsis erkrankt waren,

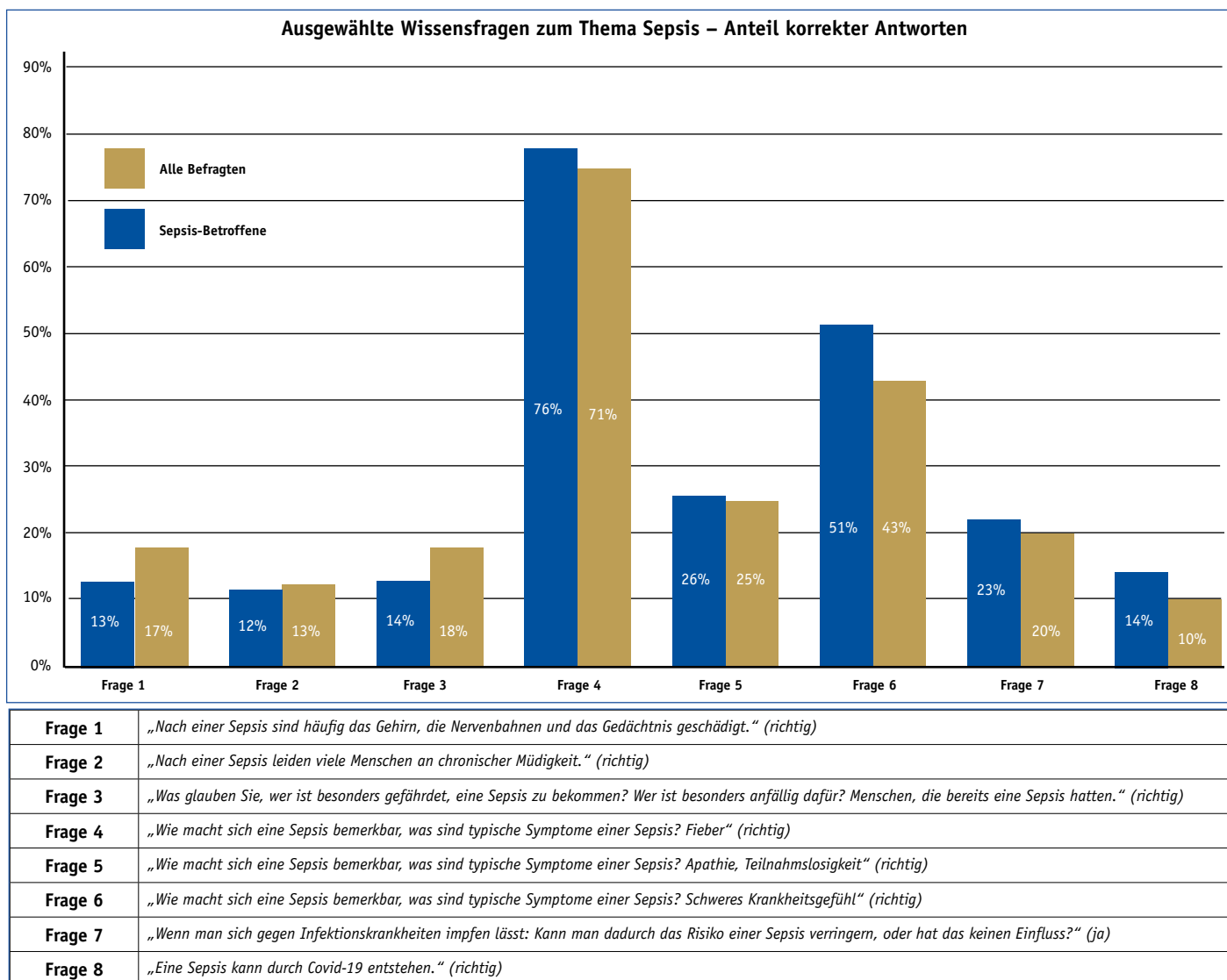


Abb. 2: Ausgewählte Wissensfragen zum Thema Sepsis – Betroffene und Allgemeinbevölkerung im Vergleich (Anteil korrekter Antworten). Quelle: Eigene Erhebung.

verfügen nicht über weniger falsches Wissen als Nicht-Betroffene. Hinsichtlich der Entstehung der Sepsis durch Wundinfektionen haben sie sogar statistisch signifikant mehr Falschwissen. In der Summe muss – bei allen Einschränkungen, die sich aus der geringen Zahl der zufällig in der Grundgesamtheit enthaltenen Betroffenen ergeben – gefolgert werden, dass Sepsis-Überlebende in Deutschland, die nicht zu den am schwersten Betroffenen zählen, kein größeres, in manchen Aspekten sogar ein geringeres Sepsis-Wissen aufweisen als die Durchschnittsbevölkerung. Das ist besonders problematisch, weil sie zur Risikogruppe für zukünftige Sepsis-Episoden zählen. Entsprechend ist davon auszugehen, dass sie keine höheren Fähigkeiten aufweisen, zu ihrer eigenen Gesunderhaltung beizutragen, als die Normalbevölkerung.

Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Betroffenen

Für die Verbesserung der Versorgung von Sepsis-Überlebenden gibt es prinzipiell zwei Ansatzpunkte: einerseits sollte die Fähigkeit der Betroffenen gesteigert werden, besser informiert mit ihrer Situation umzugehen und selbst zur Verbesserung ihrer Gesundheitschancen

beizutragen, andererseits muss das Gesundheitswesen eine strukturierte Nachsorge gewährleisten. Für beide Handlungsansätze hat die Sepsis-Stiftung in Zusammenarbeit mit dem Autorenteam dieses Beitrags zwei konkrete Maßnahmen entwickelt: eine Patienten-Kurzinformation und einen Sepsis-Pass. Beide wurden im Rahmen eines öffentlichen Online-Pretests im März und April 2022 mit Betroffenen, Fachkräften und verschiedenen Fachgesellschaften einer ersten Evaluation unterzogen. Dabei wurden über die Sepsis-Stiftung und das wissenschaftliche „Länger besser leben“-Institut der Hochschule Weserbergland (HSW) Menschen auf die Möglichkeit zur Beteiligung an der Evaluation der Instrumente hingewiesen. Neben der frei zugänglichen Möglichkeit zur Rückmeldung über eine eigens programmierte Online-Umfrage wurden die Dt. Sepsis-Hilfe als erste und einzige spezifische Selbsthilfegruppe zur Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse sowie eine Reihe von Fachgesellschaften kontaktiert und um Stellungnahme gebeten. Auch die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss wurde einbezogen. Die Ergebnisse des Pretests für die Patienten-Kurzinformation bei der Entlassung nach überstandener Sepsis werden in diesem Artikel der Öffentlichkeit präsentiert. Darauf folgt ein Ausblick auf die Notwendigkeit einer Strukturierung der Nachsorgeprozesse durch einen Sepsis-Pass.

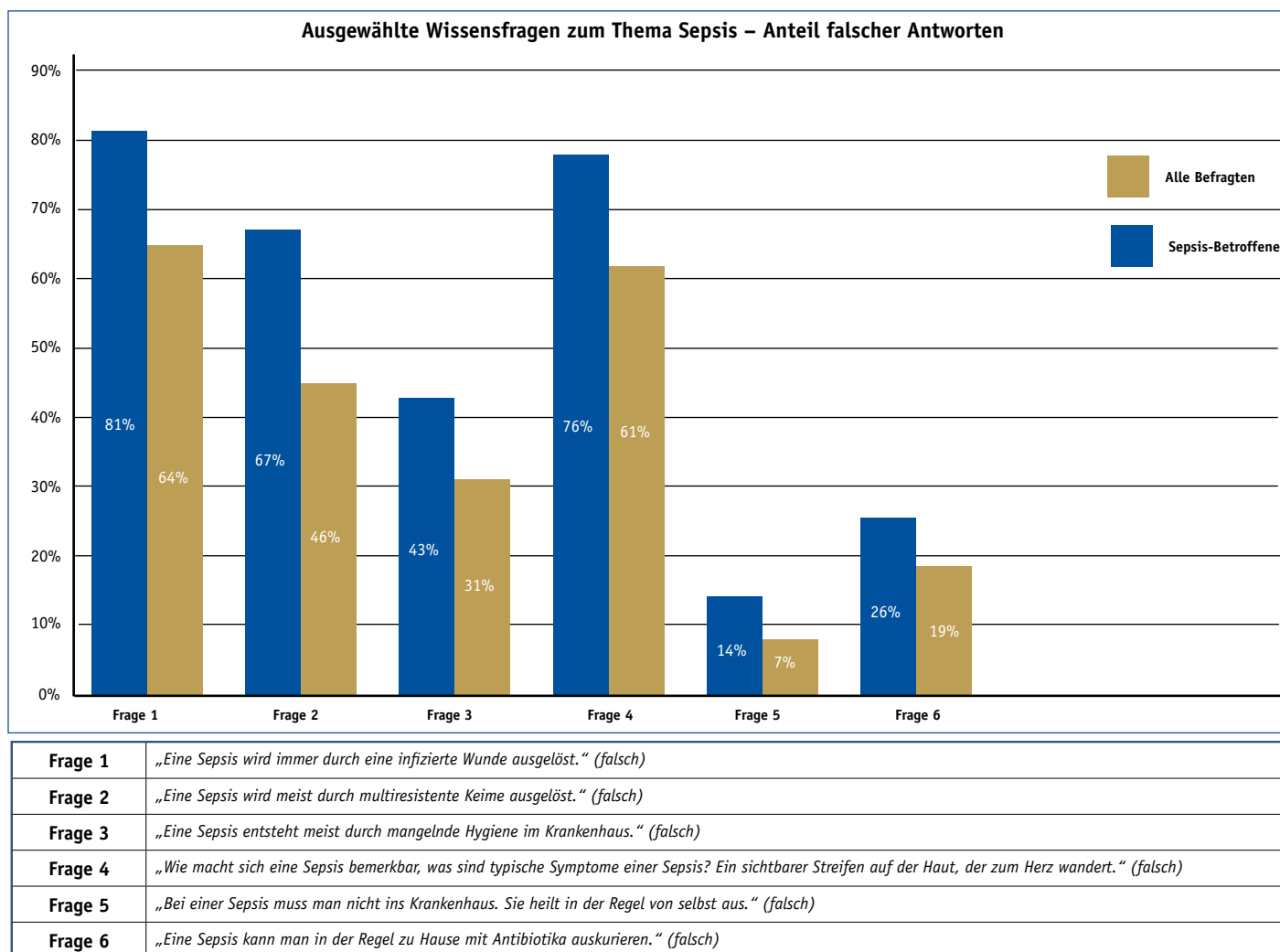


Abb. 3: Ausgewählte Wissensfragen zum Thema Sepsis – Betroffene und Allgemeinbevölkerung im Vergleich (Anteil falscher Antworten²). Quelle: Eigene Erhebung.

Die Patienten-Kurzinformation nach überstandener Sepsis

Die Entlassung aus dem Krankenhaus, unabhängig davon in welches Setting bzw. welche Anschlussversorgung sie erfolgt, stellt einen sehr gut nutzbaren Zeitpunkt dar, um alle Patientinnen und Patienten mit Informationen zur Sepsis, besonders aber mit Wissen über die Sepsis-Folgen, die Nachsorge und Früherkennung und damit Präventionsmöglichkeiten für zukünftige (schwere) Verläufe zu versorgen. Hierzu hat die Sepsis-Stiftung auf Anregung der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss eine Patienten-Kurzinformation für die Entlassung nach überstandener Sepsis entwickelt.

Seit dem 25. Februar besteht die frei zugängliche Möglichkeit, über die Webseite <https://www.sepsis.science/sepsispass> am Pretest für die Patienteninformation sowie einen Sepsis-Pass teilzunehmen. Zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Veröffentlichung hatten etwa 50 Personen von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Dabei wurden drei Fragen zur Patienten-Kurzinformation gestellt:

- Wie verständlich fanden Sie die Kurzinformation insgesamt? (Skala von 0 = unverständlich bis 10 = sehr gut verständlich)
- Wie hilfreich wäre für Sie die Kurzinformation? (Skala von 0 = nicht hilfreich über 5 = durchschnittliche Nützlichkeit bis 10 = sehr hilfreich)

- Wie beurteilen Sie den Umfang der Kurzinformation? (Skala von 0 für deutlich zu umfangreich über 5 = genau richtig bis 10 = deutlich zu kurz)

Abb. 4 stellt die Rückmeldungen in Form von Boxplot-Grafiken dar. Im Median erreichte die Information eine Verständlichkeit (Abb. 4A) und eine Nützlichkeit (Abb. 4B) von 8 bei einem Maximum von 10 als potenziellem Bestwert. Bei der Frage nach dem Umfang (Abb. 4C), die von einer Person nicht beantwortet wurde, lag der Median bei 5 (= genau richtig). Auch die Rückmeldungen aus den Stellungnahmen zum Inhalt der Patienten-Kurzinformation waren durchweg positiv. Geringfügige Hinweise zum Verbesserungsbedarf im Detail wurden zwischenzeitlich umgesetzt und auch der ursprüngliche Verweis auf den Sepsis-Pass entfernt. Darüber hinaus wurde eine Lösung für die Bereitstellung aktueller und korrekter Links für weiterführende Informationen und Versorgungsangebote sowie zur Urhebererschaft gefunden: Die Patienten-Kurzinformation selbst enthält nun nur noch einen Verweis auf eine Webseite, auf der die Pflege und Aktualisierung dieser Informationen zentral erfolgen kann.

2: Ohne die Angabe „Ich traue mir keine Aussage zu.“ oder keine Angabe.

Die fertige Patienten-Kurzinformation³ kann über folgenden Link <https://sepsis-stiftung.de/projekte/patientenkurzinformation> heruntergeladen und – unter Wahrung der Urheberrechte – kostenfrei von allen Leistungserbringenden im Gesundheitswesen genutzt werden. Sie stellt, nach einhelliger Einschätzung der in den Pretest einbezogenen Gruppen, eine einfach umzusetzende und dennoch wirkungsvolle Ergänzung und Unterstützung des Entlassgesprächs bzw. des Patientenbriefs bei Entlassung aus dem Krankenhaus dar.

Ausblick: Notwendigkeit eines elektronischen Sepsis-Passes

Dass die Nachsorge nach einer überstandenen Sepsis dringend verbessert werden muss, belegt nicht nur die oben erwähnte SEPFROK-Studie, sondern auch zahlreiche Patientenschicksale, mit denen die Dt. Sepsis-Stiftung und die Dt. Sepsis-Hilfe im Rahmen ihrer Beratungstätigkeit in Berührung kommen. Dabei ist durch internationale Studien belegt, dass eine strukturierte Nachsorge die Morbidität und die Mortalität nach Sepsis deutlich verringert (vgl. beispielsweise Taylor et al. 2021). Von unterschiedlichen Organisationen entwickelte Patientenpässe werden im deutschen Gesundheitssystem für verschiedene Indikationen und Erkrankungen verwendet. Sie stellen also ein etabliertes Instrument dar, um ein Erkrankungsgeschehen über Einrichtungs- und Sektorengrenzen hinweg sicher zu dokumentieren und Nachsorge bzw. Weiterbehandlung zu strukturieren. Das ist gerade bei einem komplexen Krankheitsgeschehen wie der Sepsis eine dringende Notwendigkeit, schließlich kann diese aus diversen Infektionen mit den verschiedensten Erregern und Sepsis-Quellen resultieren und darüber hinaus zu unterschiedlichsten Spätfolgen führen. Die Entwicklung eines solchen Instruments ist aber wegen der inhärenten Zielkonflikte (vgl. Abb. 5) komplex. Darüber hinaus erscheint eine praktische Umsetzung derzeit ausschließlich in elektronischer Form realistisch, um Flexibilität, Handhabbarkeit und Verständlichkeit zu vereinen.

Fazit und Empfehlungen: Umsetzung der Patienteninformation

Die vorgestellten Umfrage-Ergebnisse belegen, dass das Sepsis-Wissen in der Bevölkerung gerade im Hinblick auf die Gefährlichkeit dieser Erkrankung, wirksame Präventionsmöglichkeiten und die Anzeichen für eine rechtzeitige Erkennung große Spielräume für Verbesserungen aufweist. Das ist mit Blick auf die Sepsis-Überlebenden von besonderer Bedeutung, denn sie sind per se gefährdet, erneut eine Sepsis zu erleiden. Darüber hinaus entscheidet eine gut strukturierte Nachsorge wesentlich über ihre Gesundheitschancen. Auch für das Gesundheitswesen und die Volkswirtschaft als Ganzes wäre es äußerst vorteilhaft, in eine bessere Nachsorge zu investieren, um spätere Krankheits- und Pflegekosten zu vermeiden. Ein wesentlicher Ansatzpunkt bei der Unterstützung von Sepsis-Überlebenden, ihre Gesundheitskompetenz zu stärken, ist die Verpflichtung zur Bereitstellung von Information über die Erkrankung, die Präventionsmöglichkeiten, ihre Frühzeichen und die Nachsorge bei der Krankenhausentlassung. Deshalb wird mit diesem Artikel die dringende Empfehlung ausgesprochen, die Gelegenheit der Entlassung aus dem Krankenhaus zu-

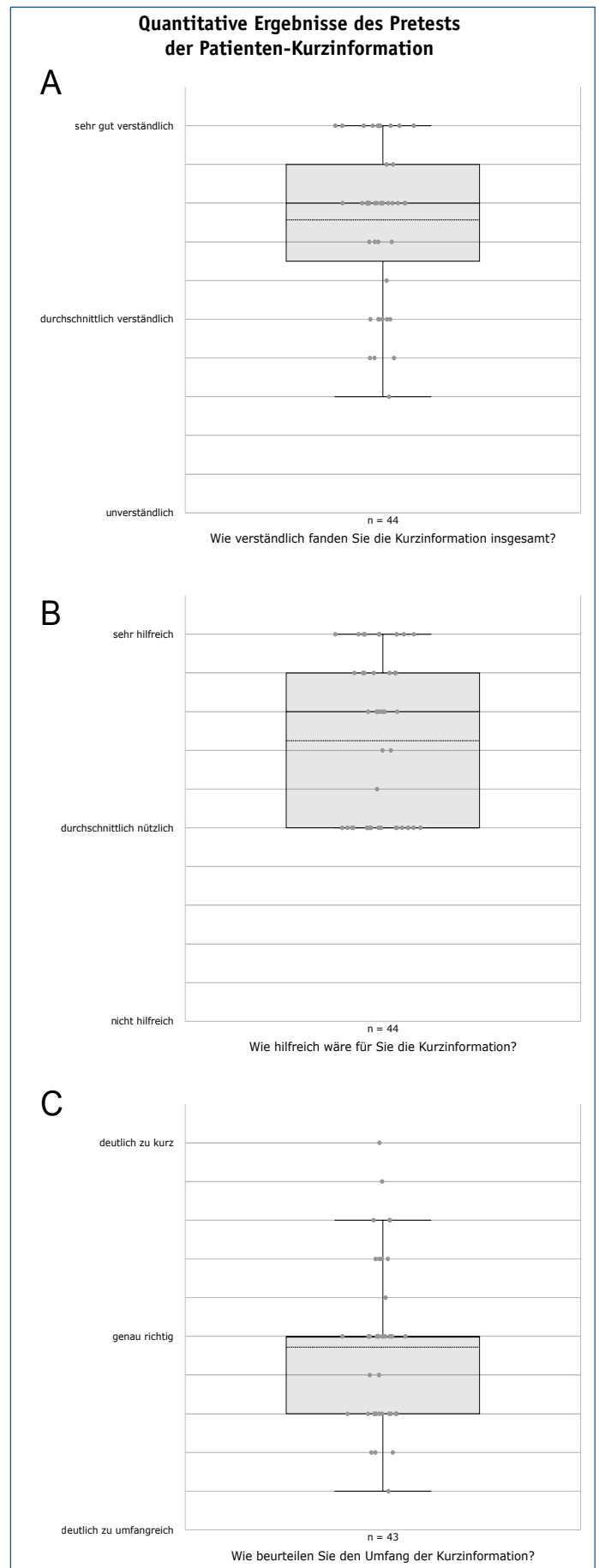


Abb. 4 A-C: Quantitative Ergebnisse des Pretests der Patienten-Kurzinformation bei der Entlassung nach überstandener Sepsis. Quelle: Eigene Erhebung.

3: Die Patienten-Kurzinformation ist auch auf den Seiten des MVF als Online-Version verfügbar: <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/efirst/Sepsis-Kurzinformation>

künftig noch intensiver und strukturierter für die Aufklärung und die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Betroffenen und ihren Angehörigen zu nutzen und im Rahmen des Entlassgesprächs und/oder eines patientenverständlichen Entlassbriefs allen Personen, bei denen eine Sepsis kodiert wurde, eine Patienteninformation nach dem Muster der hier vorgeschlagenen Kurzinformation auszuhändigen. Diese Maßnahme ist ein erster, wichtiger und in der Praxis einfach umzusetzender Schritt, um die schwerwiegenden Sepsis-Folgen in Deutschland besser in den Griff zu bekommen. Zukünftige Leitlinien für Sepsis und Infektionskrankheiten sollten diesen Aspekt ebenfalls berücksichtigen. Weitere Schritte, insbesondere die Entwicklung eines Sepsis-Passes, sollten angesichts der hohen, bisher aber wenig erforschten Krankheitslast unbedingt folgen. <<

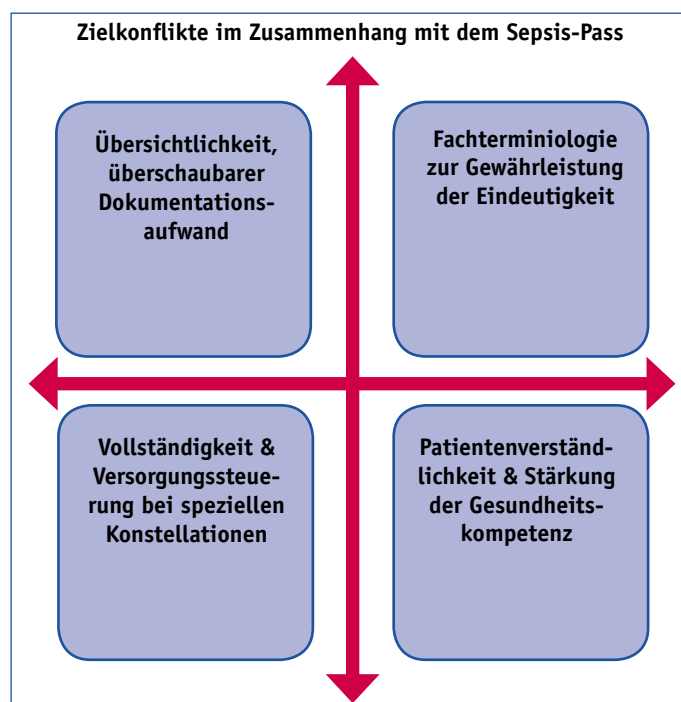


Abb. 5: Zielkonflikte im Zusammenhang mit dem Sepsis-Pass. Quelle: Eigene Erhebung.

Literatur

Genereller Hinweis: Unter dem link www.sepsis.science/literature bietet die Sepsis-Stiftung eine fortlaufend ergänzte Datenbank mit zahlreichen wissenschaftlichen Veröffentlichungen zu den Themen Sepsis, Post-ICU-Syndrom sowie den Zusammenhang von Sepsis und COVID-19.

Eitze, S., Fleischmann-Struzek, C., Betsch, C., Reinhart, K. (2018): Determinants of sepsis knowledge: a representative survey of the elderly population in Germany. *Critical Care* 22, 273. DOI: 10.1186/s13054-018-2208-5.

Fleischmann-Struzek, C. et al. (2022): „White Paper – Verbesserung der Versorgungs- und Behandlungsangebote für Menschen mit Sepsis- und Infektionsfolgen“, in: *Dtsch Med Wochenschr* 2022; 147(08): 485-491, DOI: 10.1055/a-1741-3013.

Fleischmann-Struzek, C. et al. (2021): „Epidemiology and Costs of Postsepsis Morbidity, Nursing Care Dependency, and Mortality in Germany, 2013 to 2017“, in: *JAMA Netw Open*. 2021;4(11):e2134290. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.34290.

Fleischmann-Struzek, C. et al. (2018): „Challenges in assessing the burden of sepsis and understanding the inequalities of sepsis outcomes between National Health Systems: secular trends in sepsis and infection incidence and mortality in Germany“, in: *Intensive Care Med*, 2018 Nov;44(11):1826-1835. doi: 10.1007/s00134-018-5377-4. Epub 2018 Oct 4.

Hartog, S. et al. (2020): „Sepsis: Die Folgen für betroffene Patienten und das Gesundheitssystem“, in: *Dtsch Med Wochenschr* 2020; 145: 252-259.

Huang, C.Y. et al. (2019): „Life after sepsis: an international survey of survivors to understand the post-sepsis syndrome“, *Int J Qual Health Care*. 2019 Apr 1;31(3):191-198. doi: 10.1093/intqhc/mzy137. Prescott, H.C. et al. (2019): „Understanding and Enhancing Sepsis Survivorship: Priorities for Research and Practice“, doi: 10.1001/jama.2015.1410.

Schaeffer, D., Berens, E.-M., Gille, S., Griese, L., Klinger, J., de Sombre, S., Vogt, D., Hurrelmann, K. (2021): „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2“, Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld. .

Taylor, S.P. et al. (2021): „Effect of a Multicomponent Sepsis Transition and Recovery Program on Mortality and Readmissions After Sepsis: The Improving Morbidity During Post-Acute Care Transitions for Sepsis Randomized Clinical Trial“, in: *Critical Care Medicine*, DOI: 10.1097/CCM.0000000000005300.

World Health Organization (WHO): „Factsheet Sepsis“, verfügbar unter: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis>, zuletzt abgerufen am 26.04.2022.

Zitationshinweis

Marek et al.: „Sepsis-Wissen nach überstandener Sepsis: Ergebnisse einer Befragung und Vorstellung einer Entlass-Kurzinformation“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/22), S. 74-80. <http://doi.org/10.24945/MVF.04.22.1866-0533.2429>

Arbeitsgruppe der Autor:innen

- Dr. Frank Brunsmann, Patientenvertretung im Unterausschuss Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses
- Dr. Carolin Fleischmann-Struzek, Institut für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Jena
- Dr. Ilona Köster-Steinebach, Dt. Sepsis-Stiftung
- Dr. Irmgard Landgraf, Hausärztin und Mitglied im Vorstand des Aktionsbündnis Patientensicherheit
- Dr. Roman Marek, Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, Dt. Sepsis-Stiftung
- Prof. Dr. Konrad Reinhart, Dt. Sepsis-Stiftung
- Prof. Dr. Peter Schulte, Hochschule Weserbergland

Dr. phil. Roman M. Marek MA

ist wissenschaftlicher Koordinator der Interdisziplinären Arbeitsgruppe „Zukunft der Medizin: Gesundheit für alle“ der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. Zuvor arbeitete er für die Charité – Universitätsmedizin Berlin, das Deutsche Rheumaforschungszentrum Berlin, das Berlin Institute of Health und das Max Delbrück Centrum für Molekulare Medizin (MDC) Berlin-Buch.

Kontakt: marek@bbaw.de

ORCID: 0000-0002-5267-2787



Dr. rer. pol. Ilona Köster-Steinebach MA

studierte Japanologie (MA) und Volkswirtschaftslehre (Promotion) in Marburg. Sie war Fachreferentin, Senior-Projekt- sowie Teamleiterin bei der KV Bayerns. Danach war sie Referentin im Verbraucherzentrale Bundesverband und Patientenvertreterin im Gemeinsamen Bundesausschuss, Schwerpunkt Qualitätssicherung sowie Mitglied im Innovationsausschuss. Sie war hauptamtliche Geschäftsführerin im APS und ist jetzt ehrenamtliche Mitarbeiterin der Dt. Sepsis-Stiftung. Kontakt: koester-steinebach@mailbox.org

ORCID: 0000-0002-9829-593X



Dr. rer. med. Frank Brunsmann

studierte Erziehungswissenschaften sowie Medizinwissenschaften und promovierte an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Er ist Fachbereichsleiter Diagnose und Therapie von PRO RETINA Deutschland e.V. sowie Mitbegründer der Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) e.V. Zudem ist er Patientenvertreter im G-BA und Co-Sprecher der Patientenvertretung im Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA. Kontakt: post@frankbrunsmann.de



Dr. med. Carolin Fleischmann-Struzek

ist Ärztin am Institut für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene am Universitätsklinikum Jena und leitet dort den Forschungsbereich Versorgungsforschung der Infektionserkrankungen. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt im Bereich Sepsisepidemiologie, -prävention und -langzeitfolgen. Sie war als wissenschaftliche Mitarbeiterin für die WHO tätig und ist Mitautorin des ersten WHO-Reports zur Sepsisepidemiologie. Kontakt: carolin.fleischmann@med.uni-jena.de

ORCID: 0000-0002-1104-3191



Prof. Dr. med. Konrad Reinhart ML

ist Anästhesist und Intensivmediziner. Er war Direktor der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie am Universitätsklinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Er ist Senior Professor am Universitätsklinikum Jena und Senior Professor an der Charité – Universitätsmedizin Berlin sowie Mitglied der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina, Gründungspräsident der Deutschen Sepsis-Gesellschaft und der Global Sepsis Alliance sowie Vorstandsvorsitzender der Sepsis-Stiftung. Kontakt: Konrad.Reinhart@charite.de



Sepsis knowledge after surviving sepsis – Current survey results and recommendations for improving care

Survivors of sepsis often suffer from severe subsequent health problems and have a higher risk of future sepsis. In a representative survey the public level of awareness about sepsis and the knowledge of patients who had survived sepsis were investigated. In order to strengthen the patient empowerment, a short patient information after hospitalization because of sepsis was developed and successfully tested. It can now be used by healthcare providers.

Keywords

Sepsis, patient information, health literacy, prevention, post-rehabilitation support

Autor.innenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Lukas Völkel MSc
 Prof. Dr. rer. pol. h.c. Herbert Rebscher
 Prof. Dr. rer. soc. Dr. med. Reinhard P.T. Rychlik

Versorgungssituation von Patient:innen mit spastischer Bewegungsstörung in stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland

Schädigungen im zentralen Nervensystem und der zentralnervösen sensomotorischen Zell- und Bahnsysteme haben häufig spastische Bewegungsstörungen („spastic movement disorder“, SMD) zur Folge. Im Sinne der Leitlinien zur Therapie des spastischen Syndroms (AWMF/DGN) ist die Spastik definiert als „gesteigerter, geschwindigkeitsabhängiger Dehnungswiderstand der Skelettmuskulatur, der als Folge einer Läsion deszendierender motorischer Bahnen des zentralen Nervensystems (ZNS) (Großhirn, Hirnstamm, Rückenmark) auftritt und in der Regel mit anderen Symptomen wie Muskelparese, Verlangsamung des Bewegungsablaufs, gesteigerten Muskeleigenreflexen, pathologisch enthemmten Synergismen und spastischer Dystonie einhergeht“. In früheren Studien wurde die Spastik als „geschwindigkeitsabhängige Zunahme des Muskeltonus als Folge einer Übererregbarkeit des spinalen tonischen Dehnungsreflexes“ bezeichnet [1]. Eine erweiterte Definition der SPASM-Gruppe bezeichnet die Spastik als positive Phänomene, die aufgrund einer Störung der sensomotorischen Kontrolle infolge einer Läsion des ersten Motoneurons hervorgerufen werden. Die Ausprägung sind anhaltende unwillkürliche Aktivierungen von Muskeln [2]. Die SMD ist ein häufiges Syndrom von Erkrankungen wie einem Schlaganfall, der Multiplen Sklerose oder dem Schädel-Hirn-Trauma. In Deutschland erleiden laut Schätzungen jedes Jahr bis zu 260.000 Menschen einen Schlaganfall [3]. Bei knapp der Hälfte der Überlebenden (bis zu 46%) tritt innerhalb der ersten drei Monate nach dem Schlaganfall eine Spastik auf [4, 5]. Auch zu späteren Zeitpunkten kann sich noch eine Spastik entwickeln [4]. Höhergradige Lähmungen und Sensibilitätsstörungen sind Prädiktoren bei der Entwicklung einer Spastik, z. B. als Folge eines Schlaganfalls, und können mit schweren Einschränkungen bei der Alltagsbewältigung einhergehen [6]. Betrachtet man die Zeiträume nach einem Schlaganfall detaillierter, ergibt sich, dass innerhalb der ersten vier Wochen bei 4% bis 27% der Patient:innen eine Spastik beobachtet werden konnte. Die Prävalenz erhöht sich in der postakuten Phase (ein bis drei Monate) auf 19% bis 26,7%. Über den Zeitraum von drei Monaten hinaus zeigt sich eine PSS (Post Stroke Spasticity) von 17% bis 42,6% [4].

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Studie beleuchtet die aktuelle Versorgungssituation von Patient:innen mit spastischer Bewegungsstörung (SMD) in stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland. Die medikamentöse und nicht-medikamentöse Versorgung wird vor dem Hintergrund einer leitlinienkonformen Behandlung der SMD analysiert und diskutiert.

Methodik: Die retrospektive Befragung von niedergelassenen Allgemeinmediziner:innen beinhaltet einen zweiseitigen Fragebogen, der sich an die praktizierenden Hausärzt:innen richtete, sodass die Therapieentscheidungen, die im Ermessen der teilnehmenden Ärzt:innen lag, dargestellt werden konnten. Die insgesamt 26 Fragen beinhalten demografische und krankheitsrelevante Daten der jeweiligen Patient:innen, Angaben zu den angewandten Therapieverfahren und der Überweisung an Spezialisten. Von insgesamt 300 zufällig ausgewählten niedergelassenen Allgemeinmediziner:innen in Deutschland wurden 24 Teilnehmende erfasst. Diese lieferten Daten zur demografischen Struktur und dem Krankheitsbild sowie der Versorgungssituation im Rahmen der hausärztlichen Behandlung von 97 Patient:innen mit SMD in stationären Pflegeeinrichtungen und wurden mithilfe deskriptiv-statistischer Verfahren analysiert.

Ergebnisse: Insgesamt wurden Daten zu 97 Patient:innen von den 24 teilnehmenden Allgemeinmediziner:innen erfasst. Das durchschnittliche Alter der Patient:innen liegt bei gerundet 70 Jahren. Die bei diesem Patientenkollektiv am häufigsten genannte Ursache für eine SMD ist ein Schlaganfall (44%). Der Schweregrad der SMD wird bei 47% der Patient:innen durch den behandelnden Allgemeinmediziner als „schwer“ eingeschätzt. Von den 97 Patient:innen haben 69% einen Pflegegrad von 3 und höher. Bei 61 von 97 Patient:innen (63%) gaben die befragten Ärzt:innen an, dass der jeweilige Patient aufgrund der SMD einem höheren Pflegegrad zugeordnet wurde. Bei 49% der Patient:innen trat eine Depression und bei 47% eine Kontraktur der Gelenke als Begleiterkrankung auf. 86% der Patient:innen erhielten zur Reduktion der SMD eine Physiotherapie, wovon bei 40% pro Halbjahr zwischen 12 und 24 Sitzungen angeordnet wurden. 67 der 97 Patient:innen (69%) wurden durch den behandelnden Allgemeinmediziner an einen anderen Facharzt überwiesen. Bei 61 Patient:innen (63%) wurden antispastische Medikamente eingesetzt. Baclofen machte davon den größten Anteil (61%) aus. Bei 4% der Patient:innen wurde mit Botulinum-Neurotoxin A-Injektionen therapiert. Der häufigste Grund für eine fehlende Behandlung mit Botulinum-Neurotoxin A ist eine mangelnde Verfügbarkeit in der Nähe (47%).

Konklusion: Diese nicht-interventionelle Studie bestätigt die Ergebnisse mehrerer Studien, die eine Fehl- und Unterversorgung von Patient:innen mit SMD in Deutschland aufgezeigt haben und weitet den Betrachtungsbereich auf die Patient:innen mit SMD in stationären Pflegeeinrichtungen aus. Klare Regelungen und Vereinfachungen bei der Abrechnung und Kostenübernahme von Behandlungen, die entsprechend der Leitlinien empfohlen werden, könnten flächendeckend Ärzt:innen zu einer weiteren Anpassung an die leitliniengerechte Versorgung motivieren. Berufsverbände und Fachgesellschaften sollten sich der Versorgungssituation vom SMD-Patient:innen zuwenden und verbindliche, interdisziplinäre Versorgungsanpassungen und strukturelle Vereinfachungen vorantreiben, um eine langfristige und nachhaltige Versorgung von Patient:innen mit SMD in stationären Pflegeeinrichtungen zu gewährleisten.

Schlüsselwörter

Spastik, Botulinum-Neurotoxin A, Allgemeinmedizin, Versorgungssituation

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.03.22.1866-0533.2430>

>> Die Lebensqualität ist je nach Einzelfall unterschiedlich stark beeinträchtigt. So kann es neben kaum wahrnehmbaren klinischen Ausprägungen auch zu starker Beeinträchtigung der Mobilität und der Selbstversorgung kommen [7]. Schwierigkeiten bei der Durchführung der körperlichen Hygiene und Selbstpflege, ein vermindertes Selbstwertgefühl und ein gestörtes Selbstbild können weitere Komplikationen sein, die infolge einer Spastik auftreten [8]. Diverse Komorbiditäten stellen für die Patient:innen, die Angehörigen und das Pflegepersonal eine zusätzliche Belastung dar, die teilweise die Rehabilitation der Patient:innen beeinträchtigen kann [8]. Neben der Belastung der Pflegekapazitäten entstehen zudem für die Versorgung von Patient:innen mit SMD nach einem Schlaganfall vierfach höhere Gesundheitskosten im ersten Jahr [9]. Ein Großteil der Patient:innen fühlt sich in seiner Lebensqualität beeinträchtigt und leidet unter einem Verlust der Un-

abhängigkeit, an Depressionen und Stimmungsschwankungen und an Schmerzen in den oberen Extremitäten [10, 11].

Gemäß der Leitlinien zur Therapie des spastischen Syndroms der Deutschen Gesellschaft für Neurologie [12] gibt es verschiedene Therapieempfehlungen, die zu einer Verbesserung der motorischen Funktionen, der Erleichterung der Pflege und zur Schmerzlinderung führen sollen. Dabei wurde auch die S2e (evidenzbasierte) DGNR-Leitlinie „Behandlung der Spastizität nach Schlaganfall“ [13] berücksichtigt. Je nach Art und Schwere der Erkrankung werden verschiedene Übungsbehandlungen zur Verbesserung der passiven und aktiven motorischen Funktionen empfohlen. Neben der „konventionellen“ Physiotherapie finden weitere nicht-medikamentöse Therapiemaßnahmen wie die Bewegungsinduktionstherapie, das geräteunterstützte passive Bewegen und die physikalische Therapie (thermische, Stoßwellen-, Elektrostimulations- und Magnetstimulationstherapie, Ganzkörpervibration) ihre Daseinsberechtigung.

Orale Antispastika sollten nur eingesetzt werden, wenn eine Spastizität trotz adäquater physikalischer und therapeutischer Maßnahmen nicht ausreichend kontrolliert werden kann. Die im Abstand von 3 Monaten zu erfolgende Injektion von Botulinum-Neurotoxin A (BoNT A) sei zur Behandlung der fokalen, multifokalen und segmentalen spastischen Tonuserhöhung der oralen Antispastika vorzuziehen und kann um weitere adjuvante Therapien ergänzt werden. Auch die Intrathekale Baclofen-Pumpe (ITB) sollte erst nach nicht zufriedenstellenden physikalischen, physiotherapeutischen und oral-medikamentösen Behandlungsversuchen verwendet werden. Zusätzliche chirurgische Eingriffe können sich im Einzelfall als sinnvoll erweisen.

Eine leitliniengerechte Versorgung von Patient:innen mit SMD ist in Deutschland nicht flächendeckend und in vorgegebener Regelmäßigkeit vorhanden [13-19]. Die Versorgung von Patient:innen mit oralen Pharmaka soll gemäß der Leitlinien ausdrücklich nur dann erfolgen, wenn „eine alltagsrelevante Spastizität trotz adäquater physikalischer und therapeutischer Maßnahmen nicht ausreichend kontrolliert werden kann“, da nicht selten unerwünschte Nebenwirkungen wie Antriebsstörung und Sedierung auftreten [12]. Trotzdem werden in Deutschland oftmals Patient:innen mit oralen Pharmaka statt mit Physio- und Ergotherapie, ITB und BoNT A fehl- bzw. unterversorgt [13-19]. Diese Fehl- bzw. Unterversorgung konnte anhand von Patient:innen mit spastischen Bewegungsstörungen nach Schlaganfall insbesondere dann aufgezeigt werden, wenn die Behandlung nicht interdisziplinär, sondern durch Allgemeinmediziner erfolgte [14]. Dies kann sowohl gravierende Folgen für die Lebensqualität der Patient:innen als auch negative wirtschaftliche Auswirkungen mit sich bringen [16, 20]. Eine multiprofessionelle Zusammenarbeit scheint zur Gewährleistung einer effizienten Versorgung unabdingbar. Diese Versorgung scheint für Patient:innen insbesondere in stationären Pflegeeinrichtungen aufgrund der zusätzlichen Belastung nicht realistisch zu sein. Mithilfe eines Surveys soll die Versorgungsrealität von Patient:innen mit SMD in stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland evaluiert und potenzielle Fehl- und Unterversorgungsprobleme beleuchtet werden.

Methodik

Ergänzend zur Publikation von Potempa et al., der die Versorgungssituation in Deutschland von Patient:innen mit SMD analysierte, wurde eine Datenerhebung zur Versorgungssituation von Patient:innen mit SMD in stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Die retro-

spektive Befragung von niedergelassenen Allgemeinmediziner:innen beinhaltete einen zweiseitigen Fragebogen, der sich an die praktizierenden Hausärzt:innen richtete, sodass die Therapieentscheidungen, die im Ermessen der teilnehmenden Ärzt:innen lag, dargestellt werden konnten. Die insgesamt 26 Fragen beinhalten demografische und krankheitsrelevante Daten der jeweiligen Patient:innen, Angaben zu den angewandten Therapieverfahren und der Überweisung an Spezialisten.

Zur Rekrutierung wurden insgesamt 300 zufällig ausgewählte niedergelassene Allgemeinmediziner:innen in Deutschland auf postalischem Weg kontaktiert. Die Rückläufer wurden in ein bestehendes Datenbanksystem eingepflegt und mithilfe deskriptiv-statistischer Verfahren analysiert. Die Befragungen wurden zu Beginn des Jahres 2021 durchgeführt, wobei sich die Fragen selber auf das zweite Halbjahr 2019 beziehen. Von einer vorerst angedachten Befragung zum Jahr 2020 wurde letztendlich abgesehen, da die außergewöhnliche, durch die coronavirus-bedingte Situation in diesem Jahr zu unabhsehbaren Verzerrungen in der Versorgungsrealität geführt haben könnte. In diesem Zusammenhang sollten etwaige Unsicherheiten in der Auswertung grundsätzlich ausgeschlossen werden.

Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse dieses Surveys kann in zwei Teile untergliedert werden. Zu Beginn werden die demografischen Angaben sowie Informationen zum Krankheitsbild der Patient:innen dargestellt. Im zweiten Abschnitt werden die Ergebnisse bezüglich der Versorgungssituation einschließlich der verwendeten Therapiemaßnahmen und der möglichen Zusammenarbeit mit anderen Fachärzt:innen aufgeführt.

Demografische Daten und Krankheitsbild der Patient:innen

Insgesamt wurden Daten zu 97 Patient:innen von den 24 teilnehmenden Allgemeinmediziner:innen erfasst. Sie enthalten Angaben zur demografischen Struktur und dem Krankheitsbild sowie der Versorgungssituation im Rahmen der hausärztlichen Behandlung von Patient:innen mit SMD, die in Pflegeeinrichtungen untergebracht sind (Tab. 1)

Demografische Daten und Krankheitsbild								
Anzahl	Mittelw.	Min.	Q25	Median	Q75	Max.	σ	Varianz
97	69,85	33	61	71	81	99	14,13	199,69

Tab. 1: Demografische Daten und Krankheitsbild der Patient:innen.

Das durchschnittliche Alter der Patient:innen liegt bei gerundet 70 Jahren (69,85) und der Median bei einem Alter von 71 Jahren (Tabelle 1). 59%, also 57 der 97 Patient:innen, lebten in einem Senioren- oder Pflegeheim, 16% in einer betreuten Wohneinrichtung und 15% in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen. 9 weitere Patient:innen (9%) lebten in keiner stationären Pflegeeinrichtung und wurden Zuhause von einem Pflegedienst betreut.

Wie einleitend beschrieben, kann eine SMD durch viele mögliche Ursachen auftreten. Die bei diesem Patient:innenkollektiv am häufigsten genannte Ursache ist ein Schlaganfall bei 43 der 97 Patient:innen (44%). Bei 24% wird die Ätiologie durch eine Zerebralaparese und bei 16% durch ein Schädel-Hirn-Trauma erklärt. Weitere

Ursachen sind Multiple Sklerose (5%) und eine Rückenmarksläsion (3%). Bei 13 Patient:innen (13%) werden andere Ursachen genannt, darunter Unfälle, Demenz, Hydrocephalus, Poliomyelitis, Chorea Huntington, Korsakow, Alzheimer, Parkinson und Dupuytren-Kontraktur-Sklerodermie.

Darüber hinaus wurde zusätzlich die Ausprägung der Erkrankung der Patient:innen bei den behandelnden Allgemeinmediziner:innen erfragt. Bei 31% der Patient:innen tritt die SMD halbseitig, an jeweils einem Arm und Bein, auf. Bei 26% ist sie multifokal ausgeprägt und bei 13% an den Beinen beidseitig lokalisiert. Die Ausprägung an allen Gliedmaßen wurde bei 20% und an nur einem Arm einseitig bei 10% der Patient:innen durch den behandelnden Arzt angegeben. Die fokale (1%), und an beiden Armen beidseitige (3%) Lokalisation treten am wenigsten häufig auf. Ein Arzt gab bei einer Patient:in keine Angabe zur Ausprägung der Bewegungsstörung an. Der Schweregrad der SMD wird bei 47% der Patient:innen durch den behandelnden Allgemeinmediziner:in als „schwer“ eingeschätzt. Bei 46% der Patient:innen wurde die Angabe „mittelgradig“ und bei lediglich 6% eine leichte Bewegungsstörung verzeichnet.

Sowohl für die Darstellung der Versorgungssituation des Patient:innenkollektivs als auch für die daraus ableitbaren gesundheitsökonomischen und gesellschaftlichen Konsequenzen ist das Vorliegen eines Pflegegrades relevant. Von den 97 Patient:innen haben 69% einen Pflegegrad von 3 und höher. 20% haben den Pflegegrad 3, 24% den vierten und 25% den fünften Pflegegrad. Insgesamt 13% der Patient:innen haben keinen oder nur einen niedrigen Pflegegrad (3% kein Pflegegrad, jeweils 5% Pflegegrad 1 und Pflegegrad 2). Bei 19 Prozent der Patient:innen (18 von 97) wurde durch den behandelnden Arzt keine Angabe zum Pflegegrad gemacht.

Aufgrund der schwerwiegenden Einbußen in der Motorik und den daraus resultierenden Alltagseinschränkungen der Patient:innen, kann die SMD ein bedeutender Faktor für eine höhere Pflegegrad-Einstufung sein. Bei 61 von 97 Patient:innen (63%) gaben die befragten Ärzt:innen an, dass der jeweilige Patient aufgrund der SMD einem höheren Pflegegrad zugeordnet wurde. Bei 13% (13 Patient:innen) wurde diese Aussage verneint und bei 24% wurde keine Angabe gemacht.

Durch die SMD treten eine Reihe von Begleiterkrankungen auf. Es treten verstärkt psychische Erkrankungen auf. In dieser Befragung wurde bei 49% der Patient:innen eine Depression diagnostiziert. Eine weitere Begleiterscheinung stellt bei 47% der Patient:innen eine Kontraktur der Gelenke dar (Abb. 1).

Dekubitus sind bei 24% der Patient:innen aufgetreten und bei 11% Mazerationen der Haut. Auftretende Infektionen sind mit 9% eine weitere mögliche Begleiterscheinung. Bei 4% der Patient:innen wurden vom behandelnden Arzt ergänzende Erkrankungen angegeben, darunter rezidivierende Dekubitus, das als Indikator für eine Mangelversorgung verstanden werden kann, Neuralgien, Lymphödem und Adipositas. Bei 18% der Patient:innen (17 von 97) beantwortete der Arzt diese Frage nicht.

Die SMD führt aufgrund ihrer schweren Symptomatik und den einhergehenden Einschränkungen in der selbständigen Lebensführung oftmals zu einem großen Leidensdruck der Patient:innen. Bei dieser Befragung wurde bei 52% der Patient:innen der Leidensdruck durch den Allgemeinmediziner:in als „erheblich“ eingestuft und bei 38% als „mäßige“. Lediglich bei 8 Patient:innen (8%) wurde ein geringeres Leiden der Patient:innen durch den Arzt vermerkt. Bei 2 Patient:innen wurde diese Frage durch den behandelnden Arzt nicht beantwortet.

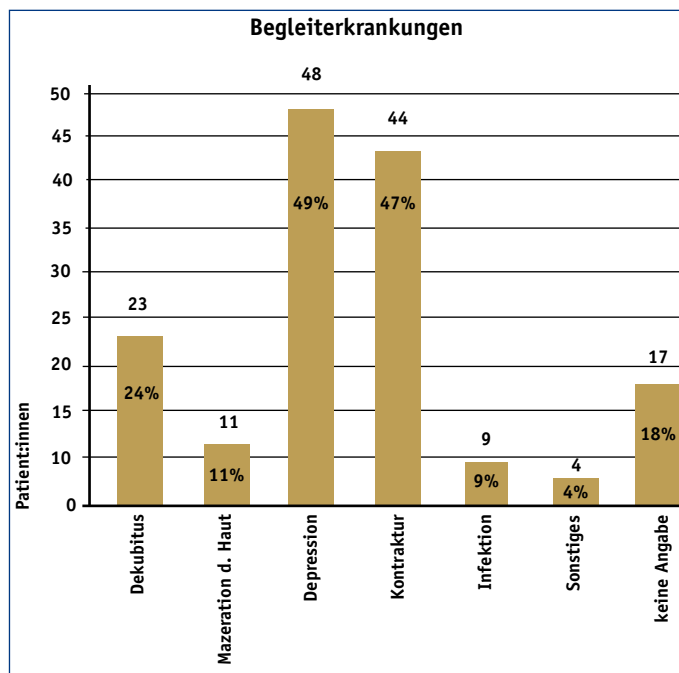


Abb. 1: Demografische Daten und Krankheitsbild der Patient:innen.

Versorgungssituation der Patient:innen in Deutschland

Eine wichtige Fragestellung ist, inwieweit der Versorgungsalltag einer leitliniengerechten Behandlung entspricht. Nachfolgend werden die entsprechenden Ergebnisse dargestellt. Neben Angaben zur medikamentösen Therapie und der Anzahl und Art an Arztbesuchen zählen dazu auch Überweisungen an andere Fachdisziplinen.

38% der Patient:innen traten im 2. Halbjahr 2019 laut Angaben der Allgemeinmediziner:innen 1-3 Mal mit ihren Hausärzt:innen in Kontakt. Bei 30% kam es 4-6 Mal und bei 16% 7-9 Mal zu einem Arzt-Patienten-Kontakt. Bei den restlichen 15 Patient:innen (15%) wurden 10 oder mehr Arzttermine durch die Ärzt:innen verzeichnet. Bei diesem Patientenkollektiv ist die Art und Häufigkeit des Arzt-Kontaktes durch die Wohnsituation in einer Pflegeeinrichtung bedingt. Bei der überwiegenden Anzahl der Patient:innen, 88% (85 Patient:innen), kam der Arzt-Patienten-Kontakt durch einen Hausbesuch des Arztes in der jeweiligen Einrichtung zustande. Lediglich 12 Patient:innen (12%) besuchten die Praxis der behandelnden Ärzt:innen.

Die nachfolgend aufgeführten Ergebnisse beziehen sich auf Fragen, welche die konkrete Behandlung der SMD dieser Patient:innen durch die Allgemeinmediziner:innen fokussieren.

Für eine leitlinienkonforme Therapie dieses Patientenkollektivs ist eine ergo- und physiotherapeutische Behandlung erforderlich. Bei den nicht-invasiven Therapieverfahren wurde die Physiotherapie dementsprechend als häufigste Methode angegeben. 86% der Patient:innen erhielten zur Reduktion der SMD eine Physiotherapie. Bei 13% wurden Orthesen angewandt und 3% der Patient:innen erhielten eine Akupunktur-Therapie. Zudem wurden bei 18 Patient:innen (19%) ergänzende nicht-invasive Therapiemaßnahmen durch den Arzt genannt, darunter die Verwendung von CBD-Tropfen, Krankengymnastik, Verwendung eines Rollstuhls, ein aktives Bewegungsangebot in der Pflegeeinrichtung, Ergotherapie sowie eine Lymphdrainage. Wenn den Patient:innen Physiotherapie verschrieben wurde, wurden pro Halbjahr bei 40% der Patient:innen 12-24 Sitzungen angeordnet.

und bei jeweils 24% bzw. 25% (je 23 bzw. 24 Patient:innen von 97) 6-12 oder mehr als 24 Sitzungen. Lediglich bei einer Patient:in wurden weniger als 6 Sitzungen angeordnet. Bei 10 Patient:innen (10%) beantwortete der jeweilige Arzt diese Frage nicht.

Der häufigste Grund für eine fehlende Physiotherapie in der Behandlung war die Ablehnung von sieben Patient:innen (50%). Weitere Gründe sind der durch den jeweiligen Arzt beurteilte mangelnde klinische Erfolg (14%) sowie die Situation, dass keine medizinische Indikation dafür vorlag (21%). Bei einer Patient:in (7%) ist diese Behandlungsoption nicht in der Nähe verfügbar gewesen, bei einer anderen Patient:in (7%) wurden die Kosten nicht oder nur eingeschränkt von der Krankenkasse übernommen. Bei einer weiteren Patient:in (7%) begründete der behandelnde Arzt, dass keine Physiotherapie aufgrund des hohen Alters der Patient:in und den sehr fortgeschrittenen Einschränkungen verordnet wurde. Bei einer weiteren Patient:in (7%) wurde zu dieser Frage keine Angabe gemacht.

Gezielte Bewegungsangebote in den jeweiligen Einrichtungen können die Behandlung fördern und eine Besserung der SMD bewirken. Doch bei 58 Patient:innen (60%) gibt es in der jeweiligen stationären Einrichtung der Patient:innen keine speziellen Bewegungs- oder Therapieangebote, bei 29 Patient:innen (30%) sind solche Angebote in den Pflegeheimen verfügbar. Bei 10 Patient:innen (10%) wurde keine Angabe dazu getroffen.

Ergänzend zu der Physiotherapie ist auch, abhängig vom Schweregrad der SMD und der Wirkung der physiotherapeutischen Maßnahmen, eine medikamentöse Behandlung unabdingbar und wird in den entsprechenden Leitlinien der Fachgesellschaften empfohlen. Daher wurden in dieser Befragung auch Daten zur medikamentösen Versorgung durch die Hausärzt:innen erhoben. Bei 61 Patient:innen (63%) wurden antispastische Medikamente eingesetzt, bei 31 Patient:innen (32%) nicht. Für 5 Patient:innen wurde durch den behandelnden Arzt dazu keine Angabe gemacht. Im Folgenden werden zuerst die Ergebnisse zu dem Einsatz von oralen antispastischen Medikamenten dargestellt. Am häufigsten wurden die Medikamente Baclofen (61%), Gabapentin (34%), Tolperison (23%) und L-DOPA (10%) von den Ärzt:innen verschrieben (Abb. 2).

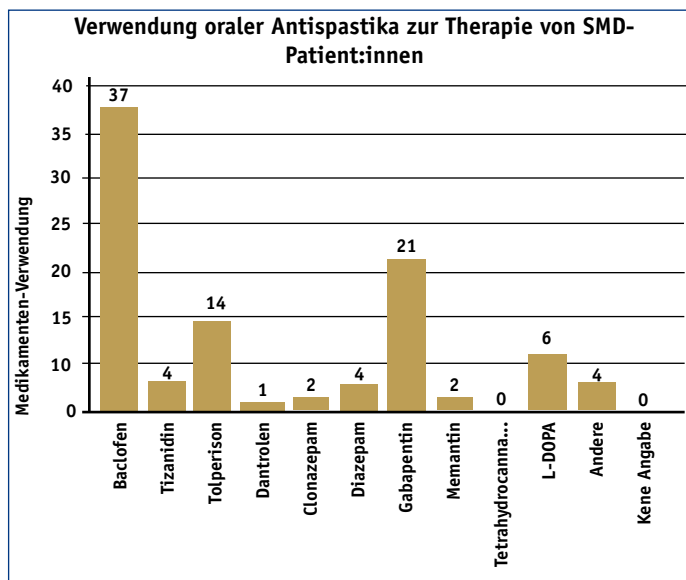


Abb. 2: Verwendung oraler Antispastika zur Therapie von SMD-Patient:innen

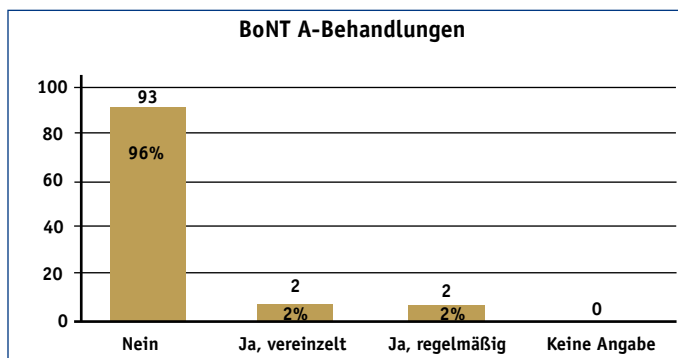


Abb. 3: BoNT A-Behandlungen

Andere Medikamente kamen in einzelnen Fällen zum Einsatz, darunter Tizanidin (7%), Dantrolen (2%), Clonazepam (3%), Diazepam (7%) und Memantin (3%). Vier Patient:innen (7%) wurden mit weiteren Medikamenten (Pregabalin, Quetiapin, Pramipexol) behandelt, die in diesem Fragebogen nicht berücksichtigt wurden und von den Ärzt:innen zusätzlich angegeben wurden.

Die häufigsten Gründe für eine fehlende Verschreibung von oralen antispastischen Medikamenten waren die Ablehnung der Patient:innen (29%), sowie die mangelnde Aussicht auf klinischen Erfolg (26%) und fehlende medizinische Indikation (23%). Als sonstige Gründe wurden bei zwei Patient:innen (6%) die Ablehnung der Angehörigen und die Behandlung durch eine Neurolog:in aufgeführt. Bei vier Patient:innen (13%) wurde diese Frage nicht beantwortet.

Neben der Therapie mit antispastischen Arzneimitteln stellt auch die Behandlung mit Botulinum-Neurotoxin A eine leitlinienkonforme Therapiemöglichkeit dar, die von Allgemeinmediziner:innen jedoch erfahrungsgemäß nicht häufig eingesetzt wird (Abb. 3). BoNT A weist insbesondere bei fokaler Spastik ein besseres Nutzen-Risiken-Verhältnis auf und sollte vor dem Gebrauch oraler Antispastika bevorzugt eingesetzt werden. Auch bei dieser Befragung wurden die Patient:innen mehrheitlich nicht mit Botulinom-Neurotoxin A-Injektionen therapiert. 93 der 97 Patient:innen (96%) erhielten keine Behandlung mit Botulinum-Neurotoxin A. In zwei Fällen (2%) wurde dieses vereinzelt angewandt, in weiteren zwei Fällen (2%) regelmäßig. Der häufigste Grund für eine fehlende Behandlung mit Botulinum-Neurotoxin A ist eine mangelnde Verfügbarkeit in der Nähe (47%)(Abb. 4).

Weitere Ursachen sind die Ablehnung der Patient:innen (20%), eine fehlende medizinische Indikation (16%) sowie keine Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse (5%). Weitere genannte Aspekte („Sonstiges“, 11%) sind Fälle, in denen die Neurolog:in diese Behandlung nicht empfahl, ein vorhandenes apallisches Syndrom,

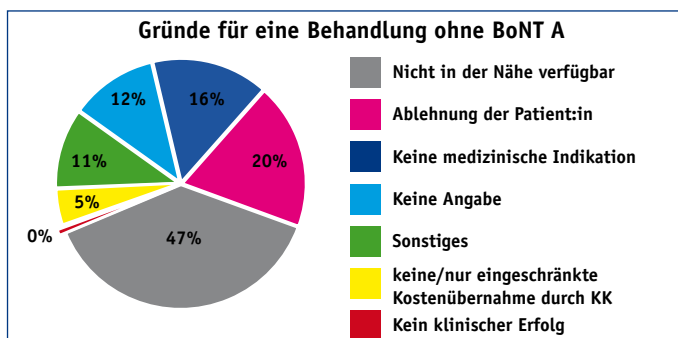


Abb. 4: Gründe für eine Behandlung ohne BoNT A.

eine schlechte Transportfähigkeit der Patient:innen, die Ablehnung von Angehörigen sowie eine schwierige Compliance, welche oft durch eine Demenz bedingt ist (Für 11 Patient:innen (12%) konnten keine Angaben gemacht werden.)

Die orale Behandlung mit dem antispastischen Medikament Baclofen ist in dieser Befragung die am häufigsten genutzte medikamentöse Behandlungsoption bei diesem Patient:innenkollektiv. Eine intrathekale Baclofenpumpe kommt dagegen nur selten zum Einsatz. 94 der 97 Patient:innen (97%) wurden nicht mit einer intrathekalen Baclofenpumpe behandelt, lediglich zwei Patient:innen (2%) erhielten diese Behandlung. Bei einer weiteren Patient:in beantwortete der behandelnde Arzt diese Frage nicht. Diese Behandlungsalternative wird in der allgemeinärztlichen Versorgungsrealität bei den Patient:innen aus Pflegeeinrichtungen nur selten genutzt, ist jedoch auch nur bei betroffenen Patient:innen mit ausgebreiteter SMD (z.B. bei Tetraspastik) indiziert.

Schmerzmittel kommen laut Angaben der Allgemeinmediziner dagegen sehr häufig zum Einsatz. 65% (63) der Patient:innen benötigten aufgrund ihrer SMD Schmerzmedikamente, 34% (33) nicht. In einem Fall wurde keine Angabe gemacht. Bei 51% der Patient:innen, die Schmerzmittel erhielten, kamen NSAR (ASS, COX-2-Hemmer, Diclofenac, Ibuprofen) zum Einsatz. Bei 49% Co-Analgetika, bei 44% Pyrazolone und bei 37% Opiode. Lediglich bei einer der 63 mit Schmerzmittel behandelten Patient:innen wurden Acetanilide (Paracetamol) eingesetzt.

Die medizinische Versorgung von Patient:innen mit SMD sollte laut den Therapieleitlinien verschiedener Fachgesellschaften einem multiprofessionellen und interdisziplinären Behandlungsansatz folgen. Neben der hausärztlichen Versorgung ist auch die Einbeziehung von Ergo- und Physiotherapeuten und Neurologen sowie nach Bedarf anderen Facharztgruppen sinnvoll. Deshalb wurden ergänzende Fragen zur Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen in diese Befragung miteinbezogen.

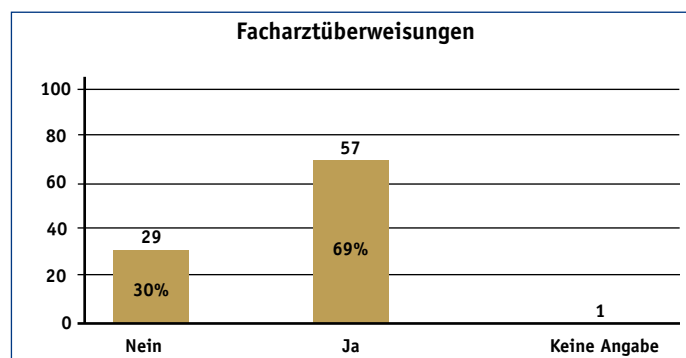


Abb. 5: Facharztüberweisungen

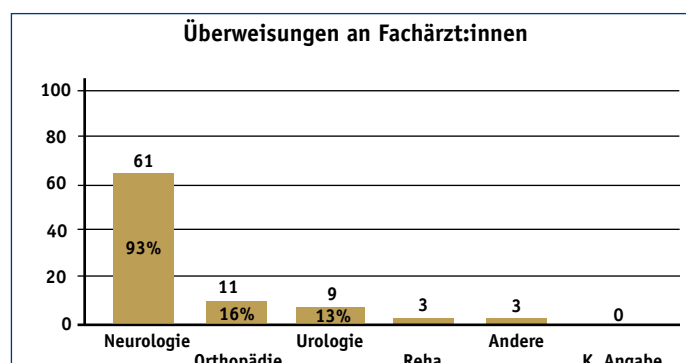


Abb. 6: Überweisungen an Fachärzt:innen

67 der 97 Patient:innen (69%) wurden durch den behandelnden Allgemeinmediziner:innen an eine andere Fachärzt:in überwiesen, bei 29 (30%) nicht (Abb. 5). Für eine Patient:in wurde diese Frage nicht beantwortet. Sofern eine Überweisung erfolgte (bei 67 Patient:innen), wurde der größte Teil an eine Ärzt:in des Fachbereichs Neurologie verwiesen (61 Patient:innen, 93%) (Abb. 6).

Weitere Anlaufstellen waren die Bereiche Orthopädie (16%), Urologie (13%) und Rehabilitation (4%). Als Gründe für eine Überweisung an einen Facharzt gaben die behandelnden Hausärzt:innen hauptsächlich sowohl eine spezialisierte Behandlung der Spastik (51%) als auch eine spezialisierte Behandlung der Grunderkrankung (64%) an. Weitere Gründe waren der Wunsch der Patient:innen (16%), die Schmerztherapie (22%) und Rehabilitation (7%).

Diskussion

Die Befragung der Allgemeinmediziner:innen zur Versorgung ihrer Patient:innen mit spastischen Bewegungsstörungen, die in einer stationären Pflegeeinrichtung untergebracht sind, zeigt deutliche Diskrepanzen zur angestrebten leitliniengerechten Versorgung [12]. Diese empfiehlt eine multiprofessionelle und interdisziplinäre physio- und bewegungstherapeutische Versorgung, welche bei Bedarf auf den Einsatz von oralen Antispastika, BoNT A, intrathekale Baclofenbehandlung und chirurgische Eingriffe ausgeweitet werden soll. Ebenso sollte die Versorgung verbesserte Schmerztherapien, Lösungskonzepte für die Erleichterung oder vollständigen Verhinderung der Pflege und präventive Maßnahmen gegen die Entstehung von Komorbiditäten bieten. Grundsätzlich muss eine geeignete Therapie immer individuell adaptiert werden. Regelmäßige Physio- oder Ergotherapie sind die Grundlage für eine erfolgreiche Therapie, da sie die aktiven motorischen Funktionen rehabilitieren und in den Vordergrund stellen. Konstanz ist dabei einer der wichtigsten Parameter, da die Spastik ein irreversibles Syndrom ist. In den Leitlinien zur Therapie des spastischen Syndroms der DGN von 2008 findet sich eine explizite Empfehlung zur regelmäßig anzustrebenden Physiotherapie. Diese sollte zweimal pro Woche für eine Dauer von 30-45 Minuten erfolgen [21]. Langfristige Therapien sollen nach 3-monatiger Behandlung eine 4-6-wöchige Phase eigener Übungsbehandlungen einschieben. In den aktuellen Leitlinien der DGN sind diese expliziten Intervalle nicht mehr aufzufinden [12], da jede Therapie individuell angepasst werden muss. Allerdings können diese Intervalle als Vergleichswert dienen, um eine ausreichende Versorgung von Patient:innen abschätzen zu können.

In dieser Studie haben 65 Prozent der Patient:innen im 2. Halbjahr 2019 24 Mal oder weniger eine Physiotherapie-Sitzung verordnet bekommen. 25 Prozent der Patient:innen erhielten sogar lediglich 12 oder weniger Sitzungen. Auf das Jahr gerechnet (52 Wochen) würde dies im am besten angenommenen Fall 48 Sitzungen entsprechen. Die Mehrheit der Patient:innen (65%) erhält dementsprechend weniger als eine Physiotherapie-Sitzung pro Woche. Im Vergleich zu der empfohlenen Anzahl regelmäßiger Sitzungen stellt diese evaluierte Quantität an Physiotherapie-Sitzungen eine deutliche Unterversorgung der Patient:innen dar.

Dabei ist davon auszugehen, dass die Diskrepanz bei vielen Patient:innen noch extremer ausfallen wird, da der bestmögliche Fall (24 Sitzungen) als Vergleichswert angenommen wurde. Noch drastischer ist eine Unterversorgung bei 25% der Patient:innen zu vermuten, da sie auf das Jahr gerechnet maximal 24 Physiotherapie-Sitzungen, also etwas weniger als eine Sitzung alle 2 Wochen, erhal-

ten. Dies scheint gerade bei Patient:innen in stationären Pflegeeinrichtungen problematisch zu sein, da lediglich 30% der stationären Einrichtungen der Patient:innen über eine spezielle Bewegungs- oder Therapieangebot verfügen. Ein verpflichtendes Angebot von Bewegungsmöglichkeiten in stationären Pflegeheimen wäre ein Ansatz, um die Versorgung von Patient:innen mit SMD in stationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Konzepte zur effizienten Umsetzung von Physiotherapie-Sitzungen mithilfe digitaler Angebote könnten die Adhärenz der Patient:innen verbessern und die Auslastung von Physiotherapeuten nur unwesentlich erhöhen. Eine intensivere und konstante Versorgung von Patient:innen mit SMD ist essenzieller Bestandteil einer erfolgreichen Therapie und sollte unverzüglich in Angriff genommen werden, um Irreversibilitäten im Krankheitsverlauf zu verhindern und die Lebensqualität der Patient:innen stetig aufrechtzuerhalten.

Darüber hinaus wurde trotz Überweisung an einen Facharzt der Neurologie bei nur 2% der Patient:innen eine BoNT A-Behandlung durchgeführt. Insbesondere bei fokaler und multifokaler Spastik sowie ein-/beidseitiger Ausprägung in Arm oder Bein sollte neben der nicht-medikamentösen Therapie die Behandlung mit BoNT A die Therapie erster Wahl sein. 82% der evaluierten Patient:innen haben eine der genannten Spastiken und wären dementsprechend prädestiniert für eine nicht-medikamentöse Therapie in Kombination mit BoNT A. Die medikamentöse Injektionsbehandlung mit BoNT A hat ein wesentlich besseres Nutzen-Risiko-Verhältnis und ist daher dem Gebrauch von oralen Antispastika vorzuziehen [12]. In der Praxis ist die Verwendung von BoNT A noch immer rar gesät. Dies deutet auf eine flächendeckende Fehlversorgung hin (es wird für die Behandlung ein zusätzliches Zertifikat „Qualifizierte Botulinumtoxintherapie“ von der Fachgesellschaft gefordert), da selbst bei vorliegender Überweisung zu einem Neurologen die Versorgung mit Anwendern von BoNT A oder intrathekalen Baclofenpumpen gewährleistet sein muss. Eine Abrechnungsziffer beim EBM und GOÄ für die Behandlung mit BoNT A könnte diese Unsicherheiten und zusätzlichen Aufwand seitens der Ärzt:innen beseitigen und somit die Versorgungssituation langfristig verbessern. Dabei könnte man sich an dem KV-Bereich

Bayern orientieren, der für Neurolog:innen und Nervenärzt:innen am 01.04.2018 für alle Kassen eine Abrechnungsmöglichkeit für die Botulinumtoxin-Behandlung eingeführt hat. Eine grundsätzliche Verbesserung der Patient:innenversorgung geht somit mit der Simplifizierung der Kostenübernahme sowie Abrechnung und der Ausweitung einer multiprofessionellen Betreuung, gerade in ländlicheren Bereichen, einher.

Im direkten Vergleich zur 2018 durchgeführten Studie von Potempa et al. [14], die die durchschnittlichen Angaben von niedergelassenen Allgemeinmediziner:innen zur Versorgung ihrer Patient:innen mit spastischen Bewegungsstörungen evaluierte, zeigt auch diese Studie eine Fehlversorgung auf.

Im Gegensatz zu Potempa et al. wurden bei dieser Studie dezidierte Patientendaten erhoben, weswegen die Grundgesamtheit im Vergleich niedriger ausfällt. Im Kontext des Pflegegrades zeigt sich, dass die stationär untergebrachten Patient:innen eine stärkere Gewichtung bei den höheren Pflegegraden 3-5 (66%) haben, wogegen die Patient:innen des Surveys von 2018 hauptsächlich den Pflegegraden 2-4 (66%) zugeordnet waren. Den SMD-Patient:innen, die in stationären Pflegeeinrichtungen untergebracht sind, wurde auf das Quartal gerechnet seltener eine Physiotherapie verordnet. Ein potenzieller Grund mag das durchschnittlich höhere Alter, der höhere Pflegegrad oder die damit einhergehende eingeschränkte Bewegungsfreiheit der Patient:innen sein. Sowohl Potempa et al. als auch diese Studie zeigt auf, dass eine Depression und/oder Kontraktur die häufigsten Begleiterkrankungen von spastischen Bewegungsstörungen sind. Der Einsatz von antispastischen Medikamenten erfolgte bei Patient:innen in stationären Pflegeheimen etwas häufiger (63%) als im Vergleich zur Angabe der Ärzt:innen 2018 (49%). Trotz einem hohen Anteil an Facharztüberweisungen erhielten auch 2018 nur 9% der Patient:innen eine BoNT-A-Behandlung und die nicht vorhandene Verfügbarkeit wurde als dominierende Ursache angegeben.

Diese nicht-interventionelle Studie bestätigt die Ergebnisse mehrerer Studien, die eine Fehl- und Unterversorgung von Patient:innen mit SMD in Deutschland aufgezeigt haben und weitet den Betrachtungsbereich auf die Patient:innen mit SMD in stationären Pflege-

Literatur

- Lance, J., Symposium synopsis. Spasticity: Disordered motor control. Eds. Feldman RG, Young RR, Koella WP. 1980, Year Book Publishers. Chicago.
- Pandyan, A., et al., Spasticity: clinical perceptions, neurological realities and meaningful measurement. *Disability and rehabilitation*, 2005. 27(1-2): p. 2-6.
- Kohler, M., et al., Schlaganfallgeschehen in deutschland-zur vergleichbarkeit von krankenkassen-, register- und drg-daten. *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie*, 2014. 82(11): p. 627-633.
- Wissel, J., A. Manack, and M. Brainin, Toward an epidemiology of poststroke spasticity. *Neurology*, 2013. 80(3 Supplement 2): p. S13-S19.
- Opheim, A., et al., Upper-limb spasticity during the first year after stroke: stroke arm longitudinal study at the University of Gothenburg. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 2014. 93(10): p. 884-896.
- Wissel, J., et al., Post-stroke Spasticity: Predictors of Early Development and Considerations for Therapeutic Intervention. *PM&R*, 2015. 7(1): p. 60-67.
- Kheder, A. and K.P.S. Nair, Spasticity: pathophysiology, evaluation and management. *Practical neurology*, 2012. 12(5): p. 289-298.
- Ashford, S., et al., Spasticity in adults: Management using botulinum toxin. *National guidelines*. in Royal College of Physicians. 2018.
- Lundström, E., et al., Four-fold increase in direct costs of stroke survivors with spasticity compared with stroke survivors without spasticity: the first year after the event. *Stroke*, 2010. 41(2): p. 319-324.
- Wissel, J., et al., Early development of spasticity following stroke: a prospective, observational trial. *Journal of neurology*, 2010. 257(7): p. 1067-1072.
- Barnes, M., et al., An international survey of patients living with spasticity. *Disability and rehabilitation*, 2017. 39(14): p. 1428-1434.
- Platz, T., J. Wissel, and E. Donauer, Therapie des spastischen Syndroms, S2k-Leitlinie. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 24.6.2021), 2018.
- Winter, T. and J. Wissel, Behandlung der Spastizität nach Schlaganfall. *Neurol Rehabil*, 2013. 19(5): p. 285-309.
- Potempa, C., Zur Versorgungslage von Patienten mit spastischer Bewegungsstörung in Deutschland. *Monitor Versorgungsforschung*, 2019: p. 65-72.
- Zettl, U.K., et al., Burden of disease in multiple sclerosis patients with spasticity in Germany: mobility improvement study (Move I). *The European Journal of Health Economics*, 2014. 15(9): p. 953-966.
- Rychlik, R., et al., Quality of life and costs of spasticity treatment in German stroke patients. *Health economics review*, 2016. 6(1): p. 1-9.
- Kerkemeyer, L., et al., Medical care of patients with spasticity following stroke: evaluation of the treatment situation in Germany with focus on the use of botulinum toxin. *Der Nervenarzt*, 2017. 88(8): p. 919-928.
- Thiem, H., P. Bretzke, and H. Rebscher, Behandlung und Pflege von Schlaganfallpatienten - Zur Spastik nach Schlaganfall und den damit assoziierten volkswirtschaftlichen Kosten. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 2017. 22(05): p. 227-230.
- Egen-Lappe, V., I. Köster, and I. Schubert, Incidence estimate and guideline-oriented treatment for post-stroke spasticity: an analysis based on German statutory health insurance data. *International journal of general medicine*, 2013. 6: p. 135.
- Katzenmeyer, M., aSPEKT-Studie - Ambulante Spastik-Patienten in der Einschätzung ihrer Pflegekräfte. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 2017. 22(02): p. 69-72.
- Neurologie, D.G.f., Therapie des spastischen Syndroms Leitlinien der DGN 2008.

einrichtungen aus. Eine grundsätzlich schlechtere Versorgung vom Patient:innen mit SMD, die in stationären Pflegeeinrichtungen untergebracht sind, im Vergleich zu Patient:innen mit SMD konnte nicht aufgezeigt werden. Lediglich in vereinzelt Punkten wie der Verordnung von Physiotherapie gab es deutliche Unterschiede. Die leitliniengerechte Versorgung wird aufgrund von strukturellen Problemen ausgebremst. Klare Regelungen und Vereinfachungen bei der Abrechnung und Kostenübernahme von Behandlungen, die entsprechend der Leitlinien empfohlen werden [12], könnte flächendeckend Ärzt:innen zu einer weiteren Anpassung an die leitliniengerechte Versorgung motivieren. Berufsverbände und Fachgesellschaften sollten sich der Versorgungssituation vom SMD-Patient:innen zuwenden und verbindliche, interdisziplinäre Versorgungsanpassungen und strukturelle Vereinfachungen vorantreiben, um eine langfristige und nachhaltige Versorgung von Patient:innen mit SMD in stationären Pflegeeinrichtungen zu gewährleisten. <<

Zitationshinweis

Völkel, L., Rebscher, H., Rychlik, R.: „Versorgungssituation von Patient:innen mit spastischer Bewegungsstörung in stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/22), S. 81-87. <http://doi.org/10.24945/MVF.04.22.1866-0533.2430>

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Lukas Völkel MSc

ist Immunologe (MSc) und Volkswirt (BSc) und arbeitet seit 2019 am Institut für Empirische Gesundheitsökonomie (IfEG) im Fachbereich Statistik/Biometrie und als Projektleiter. Zu seinen Aufgabenbereichen gehören neben der Versorgungsforschung und Studienplanung sowie -durchführung insbesondere die Aufbereitung und Auswertung empirischer Datensätze zur Beantwortung versorgungsrelevanter Fragestellungen. Kontakt: Lukas.Voelkel@ifeg.de

ORCID: 0000-0002-0386-3122



Prof. Dr. rer. pol. h.c. Herbert Rebscher

ist Leiter des Instituts für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (IGVresearch) und Professor für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik an der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bayreuth. Von 2004 bis 2017 war er Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit.

Kontakt: : Herbert.Rebscher@igv-research.com



Prof. Dr. rer. soc. Dr. med. Reinhard P.T. Rychlik

studierte Humanmedizin, Sozial- und Wirtschaftswissenschaften sowie Psychologie. Er lehrt Gesundheitsökonomie an der medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum, ist Gastprofessor für Gesundheitsökonomie der 1. Medizinischen Fakultät der Karls-Universität Prag seit 1999 und adjunct Professor für Pharmacoeconomics an der School of Pharmacy der Temple University in Philadelphia seit 2000. Seit 1992 leitet er das IfEG. Kontakt: Reinhard.Rychlik@ifeg.de



Care situation of patients with spastic movement disorder in inpatient care facilities in Germany

Background: The study highlights the current care situation of patients with spastic movement disorder (SMD) in inpatient care facilities in Germany. Drug and non-drug care is analysed and discussed against the background of guideline-compliant treatment of SMD.

Methods: The retrospective survey of general practitioners includes a two-page questionnaire addressed to the practising general practitioners, so that the therapy decisions, which were at the discretion of the participating doctors, could be presented. The total of 26 questions contain demographic and disease-relevant data of the respective patient, information on the therapy methods used and referral to specialists. Of a total of 300 randomly selected general practitioners in Germany, 24 participants were recorded. These provided data on the demographic structure and the clinical picture as well as the care situation in the context of GP treatment of 97 patients with SMD in inpatient care facilities and were analysed using descriptive-statistical methods.

Results: In total, data on 97 patients were collected from the 24 participating general practitioners. The average age of the patients is rounded 70 years. The most frequently cited cause of SMD in this patient population is a stroke (44%). The severity of the SMD is assessed as „severe“ in 47% of the patients by the treating general practitioner. Of the 97 patients, 69% have a care level of 3 or higher. In 61 out of 97 patients (63%), the doctors interviewed stated that the respective patient was assigned to a higher care level due to the SMD. 49% of the patients had depression and 47% had joint contracture as a concomitant disease. 86% of the patients received physiotherapy to reduce the SMD, of which 40% received between 12 and 24 sessions per six months. 67 of the 97 patients (69%) were referred to another specialist by their general practitioner. Antispastic drugs were used in 61 patients (63%). Baclofen accounted for the largest proportion (61%). Botulinum neurotoxin A injections were used in 4% of patients. The most common reason for not receiving botulinum neurotoxin A treatment was a lack of availability nearby (47%).

Conclusion: This non-interventional study confirms the results of several studies that have shown a lack of care and insufficient care for patients with SMD in Germany and expands the scope of observation to include patients with SMD in inpatient care facilities. Clear regulations and simplifications in the billing and reimbursement of treatments recommended according to the guidelines could motivate physicians across the board to further adapt to guideline-compliant care. Professional associations and specialist societies should address the care situation of SMD patients and promote binding, interdisciplinary care adjustments and structural simplifications to ensure long-term and sustainable care for patients with SMD in inpatient care facilities.

Keywords

Spasticity, botulinum neurotoxin A, general practice, care situation, Germany

Dr. med. Andrea Knipp-Selke
Hedwig François-Kettner
Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk
Franz Knieps
Prof. Dr. rer. pol. Philip Manow
Dr. med. Martin Sprenger, MPH
Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske †
Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

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

Zur geänderten STIKO-Impfempfehlung für 5-11-jährige Kinder ohne Vorerkrankungen

Überraschend hat sich die Ständige Impfkommission (STIKO) am 24. Mai nun doch für die einmalige Impfung gesunder Kinder im Alter von 5 bis 11 Jahren ausgesprochen. Empfohlen wird die einmalige Impfung mit einem mRNA-Impfstoff, vorzugsweise mit „Comirnaty“. Diese Impfempfehlung werde vorsorglich ausgesprochen, so die STIKO, weil ein erneuter Anstieg von SARS-CoV-2-Infektionen im kommenden Herbst bzw. Winter zu erwarten sei. Erneut sprach sie sich zudem explizit dagegen aus, dass der Zugang von Kindern und Jugendlichen zu sozialer Teilhabe vom Vorliegen einer Impfung abhängig gemacht werde. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach beeilte sich dann auch, im Rahmen einer Pressekonferenz auf dem Deutschen Ärztetag in Bremen zu betonen, dass die Entscheidungshoheit über die Impfung den Eltern überlassen bleiben müsse. Doch sind dieser Freiheit enge Grenzen gesetzt. So ist „in Fällen von widersprüchlichen Einstellungen gemeinsamer Sorgeberechtigter bei gerichtlichen Auseinandersetzungen in der Regel davon auszugehen, dass demjenigen Sorgeberechtigten die Entscheidungsbefugnis übertragen wird, der die Impfung befürwortet.“ Auf diesen 2017 vom Bundesgerichtshof ergangenen Beschluss¹ weist die STIKO in ihrer Empfehlung ausdrücklich hin. Und dass die Politik diesem Appell der STIKO nicht unbedingt zu folgen geneigt ist, hat sich schon bei der Impfempfehlung für die 12- bis 17-Jährigen gezeigt: selbige wurde ignoriert und die 2G-Regeln auf 16- und 17-Jährige ausgeweitet.

Zur Vorgeschichte

>> Im November 2021 erfolgte die Empfehlung der Europäischen Arzneimittel-Agentur EMA für die Zulassung des Corona-Impfstoffes für 5- bis 11-Jährige. Am 17. Dezember empfahl die STIKO dann für Kinder von 5 bis 11 Jahren mit Vorerkrankungen eine Grundimmunisierung mit 2 Impfstoffdosen des mRNA-Impfstoffs „Comirnaty“ (BioNTech/Pfizer) in altersgemäß zugelassener Formulierung. Begrün-

Vorbemerkung

Die 7. Ad-hoc-Stellungnahme der Thesenpapier-Autorengruppe beschäftigt sich mit dem Thema der geänderten STIKO-Empfehlung vom 25. Mai zur Impfung bei Kindern. Überraschend hat sich die Ständige Impfkommission (STIKO) am 24. Mai doch für die (einmalige) Impfung gesunder Kinder im Alter von 5 bis 11 Jahren mit einem mRNA-Impfstoff ausgesprochen, vorzugsweise mit „Comirnaty“. Doch beziehen sich die der geänderten Empfehlung zugrunde liegenden Studien ausschließlich auf Erwachsene, eine Evidenz für diese Altersgruppe ergibt sich aus der Wissenschaftlichen Begründung nicht. Folglich heißt es bei der STIKO dann auch, dass die Empfehlung vorsorglich ausgesprochen werde, weil ein erneuter Anstieg von SARS-CoV-2-Infektionen im kommenden Herbst zu erwarten sei. Offen dabei ist, ob überhaupt eine neue Variante kommen wird (wahrscheinlich) und ob der auf dem Wildtyp basierende Impfstoff dagegen hilft (fraglich).
 Stand: 23.6.2022, 18:00h

Schlüsselwörter

Pandemie, SARS-CoV-2, Covid-19, Epidemiologie, Prävention, gesellschafts-politische Relevanz

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.04.22.1866-0533.2432>

det hat die STIKO dies mit deren erhöhtem Risiko für einen schweren Verlauf der Covid-19-Erkrankung. Zusätzlich wurde die Impfung 5- bis 11-jährigen Kindern empfohlen, in deren Umfeld sich Angehörige oder andere Kontaktpersonen mit hohem Risiko für einen schweren Verlauf befanden.

Im Dezember 2021 schrieb die STIKO, dass nach sorgfältiger Analyse der verfügbaren Daten – auch aus der vorangegangenen 4. Infektionswelle – in dieser Altersgruppe für Kinder ohne Vorerkrankungen nur ein geringes Risiko für eine schwere Covid-19-Erkrankung, Hospitalisierung und Intensivbehandlung bestehe. So seien in Deutschland während der gesamten bisherigen Pandemie bei gesunden Kindern im Alter von 5 bis 11 Jahren keine Covid-19-bedingten Todesfälle aufgetreten. Eine allgemeine Impfempfehlung wurde aufgrund ungenügender Daten zur Impfstoffsicherheit und in Anbetracht der sehr geringen Krankheitschwere nicht ausgesprochen. Auch versprach man sich Modellierungsstudien zufolge nur einen geringen Effekt auf die damals herrschende Infektionswelle. Exakt zwei Jahre nach dem Beginn ihrer Veröffentlichungen legt die Autorengruppe ihre 6. Ad-hoc-Stellungnahme zu SARS-CoV-2/Covid-19 vor. Besonders durch die Eigenschaft der asymptomatischen Übertragung hat die Epidemie den zu erwartenden Verlauf genommen und die einseitig auf containment beruhenden Maßnahmen bedeutungslos werden lassen. Das europäische Ausland hat (mit sehr wenigen Ausnahmen, s.u.) alle Beschränkungen eingestellt und belässt es bei der Kombination von Impfung und sich weiter verstärkender natürlicher Immunität.

STIKO: jetzt Impfung auch für 5- bis 11-Jährige ohne Vorerkrankungen

Am 24.5.2022 hat die STIKO allerdings nun doch eine generelle Impfempfehlung für alle 5- bis 11-Jährigen ausgesprochen. Dabei stellt sich die Frage, was sich seither geändert hat und aufgrund welcher neuen Daten und Erkenntnisse die STIKO ihre bisherige Impfempfehlung nun auf alle Kinder im Alter von 5 bis 11 Jahren ausdehnt. Das ist insbesondere in Anbetracht der Tatsache bemerkenswert, dass das ohnehin schon geringe Risiko für diese Altersgruppe inzwischen noch geringer geworden sein dürfte. Modellierungen des RKI zufolge

1: Makoski, jurisPR-MedizinR 8/2017 Anm. 2

nämlich hatten inzwischen rund 80 Prozent bereits (mindestens) einen Kontakt mit dem Virus. An der vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz jedenfalls kann es nicht gelegen haben: Die von der STIKO aufgelisteten Referenzen lassen keine Daten erkennen, die nicht im Januar 2022 schon vorhanden gewesen wären, abgesehen von der höheren Infektiosität unter Omikron bei gleichzeitig nochmals geringerer Krankheitslast.

Zur Frage der Krankheitslast

In der wissenschaftlichen Begründung² zur neuen Empfehlung heißt es:

- SARS-CoV2-Infektion bei 5- bis 11-Jährigen verlaufen i.d.R. asymptomatisch bis mild.
- Weniger als 1/10.000 SARS-CoV-2-infizierten Kindern im Alter von 5 bis 11 Jahren ohne Vorerkrankungen musste wegen einer therapiebedürftigen SARS-CoV-2-Infektion hospitalisiert werden.
- Sowohl Hospitalisierungen wie auch Covid-19-assoziierte intensivmedizinische Behandlungen sind in der Gruppe der 5- bis 11-Jährigen im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen am niedrigsten. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass in Deutschland von den insgesamt 103 im Register der DGPI (Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie) wegen Corona erfassten hospitalisierten Kindern 57% (n = 59) vorerkrankt waren.
- Die Letalität war bei den 5- bis 11-Jährigen mit 0,0004% gleichfalls am niedrigsten im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen. Insgesamt wurden dem Robert Koch-Institut 9 Todesfälle im Alter von 5 bis 11 Jahren übermittelt, davon litten alle unter schweren Vorerkrankungen – für diese bestand bereits eine Impfeempfehlung.
- Seit Beginn der Pandemie wurden in Deutschland keine tödlichen PIMS-Verläufe (*Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome temporally associated with SARSCoV-2*, auch: PIMS-TS) gemeldet. Die Häufigkeit von PIMS nach Omikron kann noch nicht quantifiziert werden. Registerdaten deuten aber darauf hin, dass diese (noch) seltener sind als unter Delta.
- Long Covid tritt häufig bei älteren Kindern und Jugendlichen auf und ist diagnostisch schwer von z. B. *Long Pandemic* abzugrenzen.

Fragliche Nutzen-Risiko-Abwägung

Bislang lag den Impfeempfehlungen der STIKO eine Nutzen-Risiko-Abwägung zugrunde, die den Nutzen einer Impfung z. B. hinsichtlich vermiedener Hospitalisierungen gegenüber dem Risiko durch Nebenwirkungen in Bezug setzte. Diese Nutzen-Risiko-Abwägung erlaubte im Januar keine Impfeempfehlung aller 5- bis 11-Jährigen während Delta. Jetzt dominiert eine Variante, die noch weniger schwere Verläufe bei Kindern verursacht. Nicht nur deshalb erscheint der Nutzen der Impfung speziell in dieser Altersgruppe hierzulande zumindest fraglich, anders als beispielsweise in den USA, wo der Zugang zu medizinischen Versorgungsleistungen für Kinder bestimmter Bevölkerungsgruppen deutlich erschwert und der Anteil an Risikopatienten (Vorerkrankungen, Ethnie etc.) höher ist. Schon in der Vergangenheit war es so, dass US-amerikanische Studien/Impfeempfehlungen aus diesen Gründen nicht ohne Weiteres auf deutsche Verhältnisse übertragbar waren und sind.

Vakzineeffektivität

Weiter heißt es in der medizinischen Begründung der Impfeempfehlung,

dass die ermittelte Vakzineeffektivität bezüglich Covid-19-bedingten Hospitalisierungen statistisch nicht signifikant sei. Einer Kohortenstudie aus NY zufolge liege „die Vakzineeffektivität gegen jegliche SARS-CoV-2-Infektionen zwischen 68% (Studienbeginn) und 12% (nach 6 Wochen)“.³

Die Wirksamkeit gegen Infektionen scheint demnach sehr schnell abzufallen. Was die Wirksamkeit gegen PIMS betrifft, so heißt es weiter in der medizinischen Begründung, lägen keine Daten vor, nicht einmal Schätzungen. Auch sei die Impfeffektivität zur Reduktion des Übertragungsrisikos bei 5- bis 11-Jährigen bislang nicht untersucht worden, jedoch deuteten „Daten aus Dänemark und Norwegen auf ein höheres Übertragungsrisiko nach Omikron als nach Delta“ hin, wobei die „Unterschiede zwischen ungeimpften und grundimmunisierten Personen für beide Varianten gering“ seien. Unerwähnt dabei blieb, dass in der norwegischen Studie Kontakte im Alter von 0 bis 15 Jahren aus den Impfeffektivitäts-Berechnungen ausgeschlossen wurden, da zu diesem Zeitpunkt Kinder im Alter von 12 bis 15 Jahren nur für eine Impfdosis und Kinder im Alter von 0 bis 11 Jahren gar nicht für eine Impfung in Frage kamen.⁴ Angesichts dieser Daten erscheint es zumindest zweifelhaft, inwieweit ausgerechnet die Impfung eine Verbesserung des Immunschutzes bewirken können sollte.

Surrogatparameter: Möglicherweise zu erwartender Anstieg der Neutralisationskapazität

Als Ziel der Impfung wird der Aufbau einer verstärkten Basisimmunität i. S. einer „hybriden“ Immunität angeführt. In diesem Abschnitt bezieht man sich jedoch nicht auf evidenzbasierte Studiendaten, sondern argumentiert mit einem „zu erwartenden Anstieg der Neutralisationskapazität“ und davon, dass eine solche hybride Immunität „möglicherweise nutzen könnte, um Kinder vor einer erneuten Infektion zu schützen“. Dabei stellt sich jedoch die Frage, warum gesunde 5- bis 11-Jährige vor einer Infektion geschützt werden sollen, an der sie der Datenlage zufolge weder unter Omikron noch unter Delta schwer erkranken können.

Studien beziehen sich ausschließlich auf Erwachsene

Fraglich erscheint auch, wie die STIKO zu dem Schluss kommen kann, dass „a single dose for survivors“ den Immunschutz bei Kindern zu verstärken vermag, wenn über die Schutzdauer nach durchgemachter Omikron-Infektion bislang noch keine Daten vorliegen. Bei der in der STIKO-Begründung zitierten Literaturstelle handelt es sich um keine Studie, sondern um einen Letter vom Mai 2021⁵ (also sogar noch vor der Delta-Welle), in dem ganze 5 Referenzen angegeben werden, die sich ausschließlich auf Erwachsene beziehen können. Auch die übrigen zitierten Literaturstellen sind aus dem Jahr 2021 und beziehen sich nur auf Erwachsene und Delta.^{6,7,8,9,10,11,12}

Von einer Impfung der 5- bis 11-Jährigen war man zu diesem Zeitpunkt weit entfernt.

Immunität der Kinder unterscheidet sich von der Erwachsener

Nun gibt es aber einige Belege dafür, dass sich die Immunität der Kinder deutlich von der Erwachsener unterscheidet. An dieser Stelle sei beispielhaft nur auf die prospektive multizentrische Kohortenstudie von Renk et al. hingewiesen, in der 328 Haushalte (548 Kindern und 717 Erwachsene), in denen mindestens ein Mitglied eine vorherige laborbestätigte SARS-CoV-2-Infektion hatte, 3-4 Monate und 11-12

Monate nach der Infektion auf ihre serologischen Reaktionen kontrolliert wurden. Insgesamt waren die mit SARS-CoV-2 exponierten Kinder zu beiden Kontrollzeitpunkten (T1: 33,76%, T2: 37,56%) deutlich seltener seropositiv als die Erwachsenen (T1: 57,88%, T2: 49,56%). Alle seropositiven Teilnehmer der Studie erkrankten nur leicht oder waren asymptomatisch infiziert. Bei Kindern war die Wahrscheinlichkeit einer Serokonversion ohne Symptome fünfmal höher als bei Erwachsenen. Trotz eines häufig asymptomatischen Infektionsverlaufs wiesen die Kinder höhere spezifische Antikörperspiegel auf und ihre Antikörper persistierten länger als die der Erwachsenen – 96,22 % vs. 82,89 % waren noch 11-12 Monate nach der Infektion seropositiv.

Die Autoren schlossen daraus, dass die langfristige humorale Immunantwort auf eine SARS-CoV-2-Infektion bei Kindern robust ist und auch nach einer asymptomatischen Infektion einen langfristigen Schutz bieten kann.¹³ Auf Basis solcher Ergebnisse stellt sich die Frage, ob man bei Kindern nicht auch nach Omikron-Infektionen von einem deutlich höheren Schutz im Vergleich zu Erwachsenen ausgehen muss.

Es heißt, höhere (humorale) Antikörper-Spiegel seien mit einem besseren Immunschutz gleichzusetzen. Da aber keine Daten zur Schutzdauer nach Omikron-Infektionen vorliegen, ist nicht ersichtlich, wie die STIKO zu dem Schluss kommen kann, dass Omikron-Infektionen zu einer weniger verlässlichen Immunität bei Kindern führt als jene mit Delta, insbesondere angesichts der Tatsache, dass es sich bei dem AK-Spiegel um einen Surrogatparameter von unklarer klinischer Bedeutung handelt. Wenn man diesen aber als Impfziel definiert, dann ließen sich mit der gleichen Begründung weitere Boosterungen empfehlen. Unbeantwortet bleibt in der wissenschaftlichen Begründung der STIKO auch die Frage, was mit Kindern ist, die bereits mehrfach Infektionen durchlaufen haben, vor allem jenen, bei denen diese symptomlos verlaufen sind, und wie die STIKO das Risiko eines übersättigten Immunsystems einschätzt.

Schutz für die Zukunft mit Impfstoff aus der Vergangenheit?

Nachdem nun bereits knapp 80% der 5- bis 11-Jährigen mindestens einen Kontakt mit dem Erreger hatten, empfiehlt die STIKO eine Impfung mit einem Impfstoff zur Immunisierung gegenüber dem Wildtyp, der einen besseren Schutz gegen bekannte Virusvarianten vermitteln soll, gegen die im Januar wegen marginaler Krankheitslast noch nicht geimpft werden sollte. Möglicherweise, so weiter, bestehe damit auch gegen neue Varianten ein besserer Schutz.

Offen bleibt dabei, wie wahrscheinlich aus epidemiologisch-historischer Perspektive die Entstehung pathogenerer Varianten durch Mutationen beim Übergang von der Pandemie zur Endemie sind. Um einen Vergleich zur Influenzaimpfung zu bemühen: Auch hier wird nicht proaktiv ein Impfstoff verabreicht, der auf einer 2,5 Jahre zurückliegenden Variante beruht, sondern jährlich angepasst. In diesem Fall aber soll eine Grundimmunisierung mit einem Impfstoff erfolgen, der auf dem 2,5 Jahre zurückliegenden Wildtyp beruht, um vor neuen Varianten zu schützen.

Wenig Daten über mögliche schwere Nebenwirkungen

Auch über mögliche schwere Impfnebenwirkungen bei 5- bis 11-Jährigen liegen nur wenige Daten vor; die Datenlage zur Einschätzung des Myokarditisrisikos beurteilt die STIKO als nicht hinreichend. („Bislang gibt es global keine hinreichende Datenlage, um u. a. das Myokarditis-

risiko vollständig abzuschätzen. Initiale Berichte lassen eine deutlich geringere Myokarditis-Inzidenzrate als bei Jugendlichen ab 12 Jahren und jungen Erwachsenen erwarten.“)¹⁴

Somit stellt sich die Frage, warum Eltern angesichts der marginalen Krankheitslast, die mit einer Corona-Infektion für gesunde 5- bis 11-Jährige verbunden ist, überhaupt das Risiko von Nebenwirkungen eingehen sollten, ob sie nun schwer oder leicht sein mögen.

Eine Dosis – wo ist die wissenschaftliche Basis?

Die Zulassungsstudie empfiehlt 2 Dosen im Abstand von 21 Tagen bei seronegativen Personen¹⁵, die CDC inzwischen sogar eine Boosterimpfung für 5- bis 11-Jährige, ungeachtet der Tatsache, dass dort ebenso viele Kinder bereits infiziert gewesen sein dürften¹⁶ und ohne dass Daten vorliegen, die den Nutzen eines solchen Vorgehens belegen könnten. Hier sollen die Kinder nur 1x geimpft werden. Daten für ein solches Vorgehen liegen nicht vor, der Impfstoff ist für ein solches Schema nicht zugelassen. Offen bleibt auch, auf welcher wissenschaftlichen Basis der Abstand von (mindestens) drei Monaten zu einer vorangegangenen Infektion begründet ist. Möglicherweise hat man bei diesem zeitlichen Abstand an die Dauer des Genesenstatus

-
- 2: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/21_22.pdf?__blob=publicationFile
 - 3: Dorabawila V, Hoefler D, Bauer UE, Bassett MT, Lutterloh E, Rosenberg ES. Effectiveness of the BNT162b2 vaccine among children 5 – 11 and 12 – 17 years in New York after the Emergence of the Omicron Variant. medRxiv 2022.02.25.22271454; doi:<https://doi.org/10.1101/2022.02.25.22271454>
 - 4: Jalali N, Brustad HK, Frigessi A, MacDonald EA, Meijerink H, Feruglio SL, et al. Increased household transmission and immune escape of the SARS-CoV-2 Omicron variant compared to the Delta variant: evidence from Norwegian contact tracing and vaccination data. medRxiv 2022.02.07.22270437; doi:<https://doi.org/10.1101/2022.02.07.22270437>
 - 5: Frieman M, Harris AD, Herati RS, Krammer F, Mantovani A, Rescigno M, et al. SARS-CoV-2 vaccines for all but a single dose for COVID-19 survivors. EBioMedicine. 2021;68.
 - 6: Crotty S., Hybrid immunity. Science. 2021;372(6549):1392-3.
 - 7: Wang Z, Muecksch F, Schaefer-Babajew D, Finkin S, Viant C, Gaebler C, et al. Naturally enhanced neutralizing breadth against SARS-CoV-2 one year after infection. Nature. 2021;595(7867):426-31.
 - 8: Reynolds CJ, Pade C, Gibbons JM, Butler DK, Otter AD, Menacho K, et al. Prior SARS-CoV-2 infection rescues B and T cell responses to variants after first vaccine dose. Science 2021 Apr 30:eabh1282 doi: 10.1126/scienceabh1282.
 - 9: Stamatatos L, Czartoski J, Wan Y-H, Homad LJ, Rubin V, Glantz H, et al. mRNA vaccination boosts cross-variant neutralizing antibodies elicited by SARS-CoV-2 infection. Science. 2021;372(6549):1413-8.
 - 10: Abbasi J. Study suggests lasting immunity after COVID-19, with a big boost from vaccination. JAMA. 2021;326(5):376-7.
 - 11: Ibarondo FJ, Hofmann C, Ali A, Ayoub P, Kohn DB, Yang OO, et al. Previous Infection Combined with Vaccination Produces Neutralizing Antibodies with Potency against SARS-CoV-2 Variants. mBio. 2021;12(6):e02656-21.
 - 12: Gazit S, Shlezinger R, Perez G, Lotan R, Peretz A, Ben-Tov A, et al. Comparing SARS-CoV-2 natural immunity to vaccine-induced immunity: reinfections versus breakthrough infections. medRxiv 2021.08.24.21262415; doi:<https://doi.org/10.1101/2021.08.24.21262415>
 - 13: Renk H, Dulovic A, Seidel A et al. Robust and durable serological response following pediatric SARS-CoV-2 infection. Nat Commun 13, 128 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41467-021-27595-9>
 - 14: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/21_22.pdf?__blob=publicationFile
 - 15: Walter EB, Talaat KR, Sabharwal C, Gurtman A, Lockhart S, Paulsen GC, et al. Evaluation of the BNT162b2 Covid-19 Vaccine in Children 5 to 11 Years of Age. N Engl J Med. 2021.
 - 16: Clarke KE, Jones JM, Deng Y, et al. Seroprevalence of Infection-Induced SARS-CoV-2 Antibodies — United States, September 2021–February 2022. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2022;71:606-608, DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7117e3>

gedacht, der in Deutschland drei Monate gilt. Allerdings beschreibt Deutschland damit im internationalen Vergleich einen Sonderweg und es ist zumindest fraglich, ob es auf Basis der begründeten Annahme, dass Kinder eine weitaus stabilere Immunität nach Infektion entwickeln als Erwachsene, gerechtfertigt ist, diesen Abstand zwischen Infektion und Impfung zu empfehlen.

Kriterien für eine Impfpflicht nicht erfüllt

Die STIKO empfiehlt Impfungen, wenn diese im öffentlichen Interesse sind. Dafür muss mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt sein:¹⁷

- Durch die Impfung können Todesfälle, schwere Krankheitsverläufe und Folgeschäden vermieden werden (Individualschutz).

- Das Impfziel erfordert den Aufbau einer Herdenimmunität, nur durch Impfung vieler ist der Schutz von Menschen, die nicht geimpft werden können, möglich.
- Die Elimination oder Eradikation von Krankheitserregern wird angestrebt.
- Durch die Impfung kann der Verlauf von Epidemien, die das öffentliche Leben in relevantem Maß beeinträchtigen können, günstig beeinflusst werden.

Todesfälle bei nicht vorerkrankten 5- bis 11-Jährigen gab es in

- 17: Von Kries R, Kaiser V Corona-Impfung für 5 bis 17-Jährige, Kinderärztliche Praxis, 2022; 93 (3) Seite 188-193

Literatur

- Thesenpapier 1: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Knieps, F., Pfaff, H., Glaeske, G.: Thesenpapier zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19. Datenbasis verbessern, Prävention gezielt weiterentwickeln, Bürgerrechte wahren. Köln, Berlin, Hamburg, Bremen 5.4.2020, Monitor Versorgungsforschung, online-first, doi: 10.24945/MVF.03.20.1866-0533.2224
- Thesenpapier 2: Schrappe, M., François-Kettner, H., Knieps, F., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Thesenpapier 2.0 zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19. Datenbasis verbessern, Prävention gezielt weiterentwickeln, Bürgerrechte wahren. Köln, Berlin, Hamburg, Bremen 3.5.2020, https://www.monitor-versorgungsforschung.de/efirst/schrappe-et-al_Covid-19-Thesenpapier-2-0, doi: 10.24945/MVF.03.20.1866-0533.2217
- Thesenpapier 3: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Thesenpapier 3.0 zu SARS-CoV-2/Covid-19 – Strategie: Stabile Kontrolle des Infektionsgeschehens, Prävention: Risikosituationen verbessern, Bürgerrechte: Rückkehr zur Normalität. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 28.6.2020, Monitor Versorgungsforschung, <http://doi.org/10.24945/MVF.04.20.1866-0533.2231>
- Thesenpapier 4: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – der Übergang zur chronischen Phase (Thesenpapier 4.0, 30.8.2020). Verbesserung der Outcomes in Sicht; Stabile Kontrolle: Würde und Humanität wahren; Diskursverengung vermeiden: Corona nicht politisieren. Corona nicht politisieren. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 30.8.2020, Monitor Versorgungsforschung, <http://doi.org/10.24945/MVF.05.20.1866-0533.2248>
- Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – der Übergang zur chronischen Phase. Verbesserung der Outcomes in Sicht; Stabile Kontrolle: Würde und Humanität wahren; Diskursverengung vermeiden: Corona nicht politisieren (Überarbeitung als Thesenpapier 4.1, 5.10.2020). https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/MVF-05-20/Schrappe_et_al_Thesenpapier_4-1_Corona-Pandemie
- Thesenpapier 4.1: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – der Übergang zur chronischen Phase. Verbesserung der Outcomes in Sicht; Stabile Kontrolle: Würde und Humanität wahren; Diskursverengung vermeiden: Corona nicht politisieren (Überarbeitung als Thesenpapier 4.1, 5.10.2020). https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/MVF-05-20/Schrappe_et_al_Thesenpapier_4-1_Corona-Pandemie
- Ad-hoc-Stellungnahme: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Ad-hoc-Stellungnahme der Autorengruppe zur Beschlussfassung der Konferenz der Bundeskanzlerin und der Ministerpräsident/innen der Länder am 14.10.2020: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – Gleichgewicht und Augenmaß behalten. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 18.10.2020, https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/MVF-05-20/pdf_0520/Adhoc-Stellungnahme-Covid-19/view
- Thesenpapier 5: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – Spezifische Prävention als Grundlage der „Stabilen Kontrolle“ der SARS-CoV-2-Epidemie (Thesenpapier 5.0). Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 25.10.2020, Monitor Versorgungsforschung, https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/mvf-0620/Schrappe_et_al_Thesenpapier_5-0_Corona-Pandemie, doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.06.20.1866-0533.2266>
- Thesenpapier 6, Teil 6.1.: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Thesenpapier 6, Teil 6.1: Epidemiologie. Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19, Zur Notwendigkeit eines Strategiewechsels. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 22.11.2020, <http://doi.org/10.24945/MVF.06.20.1866-0533.2267>
- Thesenpapier 7: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 (Thesenpapier 7): Sorgfältige Integration der Impfung in eine umfassende Präventionsstrategie, Impfkampagne resilient gestalten und wissenschaftlich begleiten, Aufklärung und Selbstbestimmung beachten. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 10.01.2021, Monitor Versorgungsforschung, <http://doi.org/10.24945/MVF.01.21.1866-0533.2268>
2. Ad-hoc-Stellungnahme: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Knipp-Selke, A., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Ad-hoc-Stellungnahme der Autorengruppe anlässlich des aktuellen Gesetzgebungsverfahrens zum 4. Bevölkerungsschutzgesetz, 14.04.2021: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – Zentralisierte Willkür: Über den Entwurf eines 4. Bevölkerungsschutzgesetzes. Monitor Versorgungsforschung, online first
3. Ad-hoc-Stellungnahme: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Knipp-Selke, A., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – Zur intensivmedizinischen Versorgung in der SARS-2/Covid-19-Epidemie (16.5.2021 mit einem Update vom 17.5.2021). <https://corona-netzwerk.info/autorengruppe-zur-intensivmedizinischen-versorgung/>, Monitor Versorgungsforschung (ohne Co-Autor H. Pfaff) doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2303>
3. Ad-hoc-Stellungnahme ergänzende Materialien Nr.1: Schrappe, M., François-Kettner, H., Knieps, F., Knipp-Selke, A., Manow, P., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19: Zur intensivmedizinischen Versorgung in der SARS-2/Covid-19-Epidemie, Dritte Adhoc-Stellungnahme der Autorengruppe vom 16./17.5.2021, ergänzende Materialien Nr. 1: Bettenverfügbarkeit (6.6.2021). <https://corona-netzwerk.info/intensivmedizinische-Covid-19-versorgung-bettenverfuegbarkeit/>, Monitor Versorgungsforschung doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2335>
- Kurz-Stellungnahme der Autorengruppe zum Bericht des Bundesrechnungshofes mit dem Titel „Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – zur intensivmedizinischen Versorgung in der SARS-2/Covid-19-Epidemie“: Schrappe, M., François-Kettner, H., Knieps, F., Knipp-Selke, A., Manow, P., Püschel, K., Glaeske, G., 11.06.2021, <https://corona-netzwerk.info/intensiv-der-bundesrechnungshof-rechnet-nach/>, Monitor Versorgungsforschung epub first: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/efirst/Schrappe_AH_Addendum
- Ergänzende Materialien Nr. 2 zur 3. Ad-hoc-Stellungnahme der Autorengruppe zur intensivmedizinischen Versorgung – Bettenverfügbarkeit auf Länderebene: Schrappe, M., François-Kettner, H., Knieps, F., Knipp-Selke, A., Manow, P., Püschel, K., Glaeske, G., 23.07.2021
- Schrappe et al.: „Thesenpapier 8 – Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 „Pandemie als komplexes System – Steuerung der Epidemie durch Indikatoren-Sets – Kinder und Jugendliche in der Corona-Pandemie – Politik und Demokratie unter Pandemie-Bedingungen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (Online First), S. 1-75. doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2337>
- Müller, B.: „Zur Modellierung der Corona-Pandemie – eine Streitschrift“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (06/21), S. 68-79. doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.06.21.1866-0533.2354>
- Schrappe et al.: „Corona: Integration in die Routineversorgung“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (Online First), S. 1-5. doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.02.22.1866-0533.2397>

Deutschland nicht, die Hospitalisierungsrate ist die niedrigste unter allen Altersgruppen, eine Herdenimmunität lässt sich mit der Impfung nicht erreichen, der Krankheitserreger lässt sich nicht eliminieren. Bliebe das Argument, dass die Impfung der 5- bis 11-Jährigen den Verlauf der Pandemie günstig beeinflussen könnte, was angesichts der Tatsachen, dass die Impfung von sehr begrenzter Wirkdauer ist und keine sterile Immunität hinterlässt, nicht überzeugen kann.

Und wieder droht die Gefahr der Diskriminierung nicht geimpfter Kinder

Sicherlich kann man die STIKO nicht dafür verantwortlich machen, was die Politik aus ihren Empfehlungen macht. Auch hat sich die STIKO in jeder ihrer Empfehlungen explizit dagegen ausgesprochen, dass der Zugang von Kindern und Jugendlichen zur Teilhabe an Bildung, Kultur und anderen Aktivitäten des sozialen Lebens vom Vorliegen einer Impfung abhängig gemacht wird.

Fakt aber ist, dass es erst die Impfempfehlungen der STIKO waren, die es ermöglicht haben, Kindern und Jugendlichen gleichfalls 2G/3G-Regelungen aufzuerlegen. Und wenn die STIKO in ihrer Empfehlung die Reduktion indirekter Folgen von SARS-CoV-2-Infektionen, z. B. von Isolations- und Quarantänephasen, anführt, dann ist das keine medizinische, sondern eine politische Indikation. An dieser Stelle muss dann die Frage erlaubt sein, ob die STIKO glaubt, die in anderen Ländern als nicht zeitgemäß betrachteten und damit redundanten Isolations- und Quarantänemaßnahmen durch eine Impfung reduzieren zu können. Das Vertrauen in die STIKO hat in den letzten Monaten deutlich gelitten. Die STIKO aber ist und bleibt eine wichtige Institution im Rahmen jeglicher Infektionskontrolle. Es wäre zu wünschen, dass sie auch bereit ist, Beschlüsse bei mangelnder Evidenzlage zu revidieren. <<

On the changed STIKO vaccination recommendation for 5-11 year old children without previous illnesses

The 7th ad hoc statement by the group of authors of these papers deals with the subject of the changed STIKO recommendation of May 25 on vaccination in children. Surprisingly, on May 24, the Standing Committee on Vaccination (STIKO) came out in favor of the (single) vaccination of healthy children aged 5 to 11 with an mRNA vaccine, preferably with Comirnaty. However, the studies on which the amended recommendation is based relate exclusively to adults; the scientific justification does not provide any evidence for this age group. Consequently, the STIKO also says that the recommendation is being made as a precautionary measure because a renewed increase in SARS-CoV-2 infections is to be expected in the coming autumn. It is unclear whether a new variant will come at all (probably) and whether the vaccine based on the wild type will help against it (questionable).

Status: June 23, 2022, 6:00 p.m

Keywords

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

Zitationshinweis

Knipp-Selke et al.: „Zur geänderten STIKO-Impfempfehlung für 5-11-jährige Kinder ohne Vorerkrankungen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/22), S. 88-93. doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.04.22.1866-0533.2432>

Dr. med. Andrea Knipp-Selke

ist Ärztin und Wissenschaftsjournalistin.

Medizinstudium in Köln, Promotion 2001, seit 1984 freiberufliche Tätigkeit als Wissenschaftsjournalistin (u.a. WDR, Frankfurter Rundschau, Focus online, TKK), seit 2005 ärztliche Tätigkeit in einer pädiatrischen Praxis im Rheinland.

Kontakt: Andrea.Knipp@t-online.de

**Hedwig François-Kettner**

ist Krankenschwester; Pflegemanagerin (1984 bis 2014), Mitglied im Aktionsbündnis Patientensicherheit (Vorsitzende 2011 bis 2019), Mitglied im Lenkungsausschuss Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (1992 bis 2014); diverse Mitgliedschaften in Fachorganisationen der Pflegeverbände; diverse Preise, u. a. Bundesverdienstkreuz am Bande.

Kontakt: francois-kettner@progewi.de

**Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk**

ORCID: 0000-0003-0422-6456

ist Facharzt für Innere Medizin/Infektiologie, Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen und Diplomingenieur für Biomedizintechnik. Bis September 2021 war er Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Frankfurt am Main (Deutschland). Am Institut für Medizinische Virologie des Universitätsklinikums Frankfurt am Main ist er außerplanmäßiger Professor für Öffentliches Gesundheitswesen.

Kontakt: rene.gottschalk@med.uni-frankfurt.de

**Franz Knieps**

leitet seit dem 1. Juli 2013 als Vorstand den BKK Dachverband. Der 1956 geborene Jurist, Politik- und Literaturwissenschaftler weist jahrzehntelange Erfahrung im deutschen und internationalen Gesundheits- und Sozialwesen auf.

Kontakt: franz.knieps@bkk-dv.de

**Prof. Dr. rer. pol. Philip Manow**

ORCID: 0000-0002-7154-7789

ist seit 2010 Professor für Vergleichende Politische Ökonomie und Sprecher des SOCIUM Forschungszentrums Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen. Davor war er Professor für Moderne Politische Theorie am Institut für Politische Wissenschaften der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg (10/2009-09/2010) und Professor für Politik- und Verwaltungswissenschaft an der Universität Konstanz (04/2007-09/2009). Er ist Mitglied der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. Kontakt: manow@uni-bremen.de

**Dr. med. Martin Sprenger, MPH**

arbeitet am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz. Er leitet seit 2010 den postgraduellen Universitätslehrgang Public Health.

Kontakt: martin.sprenger@medunigraz.at

**Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske †**

war seit 1999 Professor für Public Health und Arzneimittelversorgungsforschung im SOCIUM (früher ZeS) der Universität Bremen, Mitglied im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung und von 2003 bis 2010 Mitglied im Sachverständigenrat Gesundheit.

Kontakt: glaeske@uni-bremen.de

**Prof. Dr. med. Matthias Schrappe**

1987-1995 Leiter der Infektiologie, Univ. Köln, 1995 Visiting Professor Infect. Disease and Clinical Epidemiology. Univ. Iowa, 2002-2005 Vorstandsvors. Univ.-Klinik Marburg, danach Dekan/Wiss. GF Univ. Witten, Generalbev. Univ.-Klinik Frankfurt. 2009 Ruf W3 Univ. Bonn, bis 2011 Direktor Inst. f. Patientensicherheit Univ. Bonn. Bis 2011 Mitglied/Stellv. Vors. SVR Gesundheit, 2001 bis 2007 Vors. d. GQMG, 2005-2009 Gründungsvors. APS, bis 2019 APL-Prof. Univ. Köln mit Lehrauftrag „Patientensicherheit“. Kontakt: matthias@schrappe.com





Versorgungsforschung *Aktuell*

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Spiritualität, soziale Aktivität und Selbstfürsorge in der hausärztlichen Versorgung älterer Menschen: Das Projekt HoPES3

Die Lebensqualität von Menschen, die unter mehreren chronischen Erkrankungen leiden, ist oft deutlich vermindert, was nicht nur auf unmittelbar krankheitsbedingte Symptome zurückzuführen ist. Studien zeigen, dass Multimorbidität häufig mit Einsamkeit, Hoffnungslosigkeit und einem Gefühl von Machtlosigkeit einhergeht. Anhand von strukturierten Assessments im Rahmen von Disease Management Programmen (DMP) wird versucht, die Versorgung chronisch kranker Patient:innen zu verbessern. Während bei den DMP bislang die Implementierung von evidenzbasierten Therapiestandards im Vordergrund steht, wird die Selbstwirksamkeit der Patient:innen, die erwiesenermaßen einer der wichtigsten Faktoren für die Lebensqualität älterer, multimorbider Menschen ist, nicht gezielt adressiert.

Ziel des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projekts HoPES3* war es, zu untersuchen, wie sich eine Erweiterung der DMPs um Maßnahmen zur Förderung der Selbstwirksamkeit auswirkt. Das Projekt wurde von 09/2018 – 06/2021 am Universitätsklinikum Heidelberg in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Tübingen und der Technischen Universität München durchgeführt. In dieser Ausgabe von Versorgungsforschung Aktuell möchten wir Ihnen einen Überblick über die bisherigen Studienergebnisse geben.

Für das Team der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung,

Ihr

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

Methode

Es wurde eine komplexe Intervention entwickelt und mittels einer explorativen, kontrollierten, cluster-randomisierten Studie evaluiert (1). Grundannahme war, dass die Selbstwirksamkeit der Patient:innen – also das Gefühl, selbstgesetzte Ziele aus eigener Kraft erreichen zu können – in engem Zusammenhang mit folgenden Aspekten steht (Abb. 2):

- Der individuellen Spiritualität (definiert als all das, was dem Leben Sinn gibt und als persönliche Ressource dient)
- Sozialen Aktivitäten und sozialen Beziehungen
- Selbstfürsorge (definiert als Dinge, die Patient:innen selbst tun können, außer Medikamente einzunehmen, um ihre Beschwerden zu lindern).

*Holistic Care Program for Elderly Patients to Integrate Spiritual Needs, Social Activity and Self-Care into Disease Management in Primary Care

In der Interventionsgruppe erhielten die Hausärzt:innen und Medizinischen Fachangestellten (MFA) eine halbtägige Schulung (2). Anschließend erhoben die Hausärzt:innen im Rahmen eines DMP-Termins eine spirituelle Anamnese nach dem Gesprächsmodell SPIR (Abb. 1). Dieses erlaubt es, anhand von vier Hauptfragen, die durch Unterfragen ergänzt oder ersetzt werden können, wesentliche Informationen zur individuellen Spiritualität – einschließlich der sozialen Integration und Selbstfürsorge – zu erheben. Die MFA führten eine Beratung zur Selbstfürsorge durch Hausmittel und regionalen sozialen Angeboten für Ältere durch. Hierfür wurden von der Studienzentrale laienverständliche Beschreibungen von ausgewählten Hausmitteln („Infozepte“, erhältlich unter www.hopes3.de) sowie eine Datenbank zur Verfügung gestellt, die soziale Angebote für Ältere im Umkreis von 10km um die jeweilige Praxis enthielt. In der Kontrollgruppe wurden die DMPs wie bisher durchgeführt. Eingeschlossen wurden Patient:innen ≥ 70 Jahre, mit ≥ 3 chronischen Krankheiten, ≥ 3 Medikamenten und Teilnahme an einem DMP. Im Rahmen einer begleitenden Prozessevaluation wurden alle Hausärzt:innen, MFA und Patient:innen der Interventionsgruppe gebeten, jede spirituelle Anamnese und jede Beratung innerhalb von 2 Wochen mittels eines kurzen Fragebogens zu bewerten und eingeladen, nach Studienabschluss an einem Interview teilzunehmen.

Abb. 1: SPIR-Gesprächsmodell

S. Würden Sie sich im weitesten Sinne als gläubigen (religiösen/spirituellen) Menschen betrachten? In wen oder in was setzen Sie Ihre Hoffnung? Woraus schöpfen Sie Kraft?

Gibt es etwas, das Ihrem Leben einen Sinn verleiht? Welche Glaubensüberzeugungen sind für Sie wichtig?

P. Sind die Überzeugungen, von denen Sie gesprochen haben, wichtig für Ihr Leben und für Ihre gegenwärtige Situation?

Welchen Einfluss haben diese Überzeugungen darauf, wie Sie mit sich selber umgehen und in welchem Maß Sie auf Ihre Gesundheit achten?

Wie haben Ihre spirituellen und Glaubens-Überzeugungen Ihr Verhalten während dieser Erkrankung bestimmt?

Welche Rolle spielen Ihre Überzeugungen dabei, dass Sie wieder gesund werden?

I. Gehören Sie zu einer spirituellen oder religiösen Gemeinschaft (Gemeinde, Kirche, spirituelle Gruppe)?

Bedeutet dies eine Unterstützung für Sie? Inwiefern?

Gibt es eine Person oder Gruppe von Leuten, die Ihnen wirklich viel bedeuten und die wichtig für Sie sind? Würden Sie sich wünschen, mehr Gesellschaft zu haben?

R. Wie soll ich als Ihr Arzt / Seelsorger / Krankenschwester usw. mit diesen Fragen umgehen?

Wer ist Ihr wichtigster Gesprächspartner in Bezug auf spirituelle und Glaubens-Überzeugungen?

Welche Rolle sollen diese Überzeugungen in der ärztlichen Behandlung spielen?

Spirituelle und Glaubens-Fragen sind für Krank- und Gesundsein ein wichtiger Bereich. Haben Sie den Eindruck, dass wir über Ihre Überzeugungen so gesprochen haben, wie Sie es sich wünschen?

Möchten Sie etwas hinzufügen?

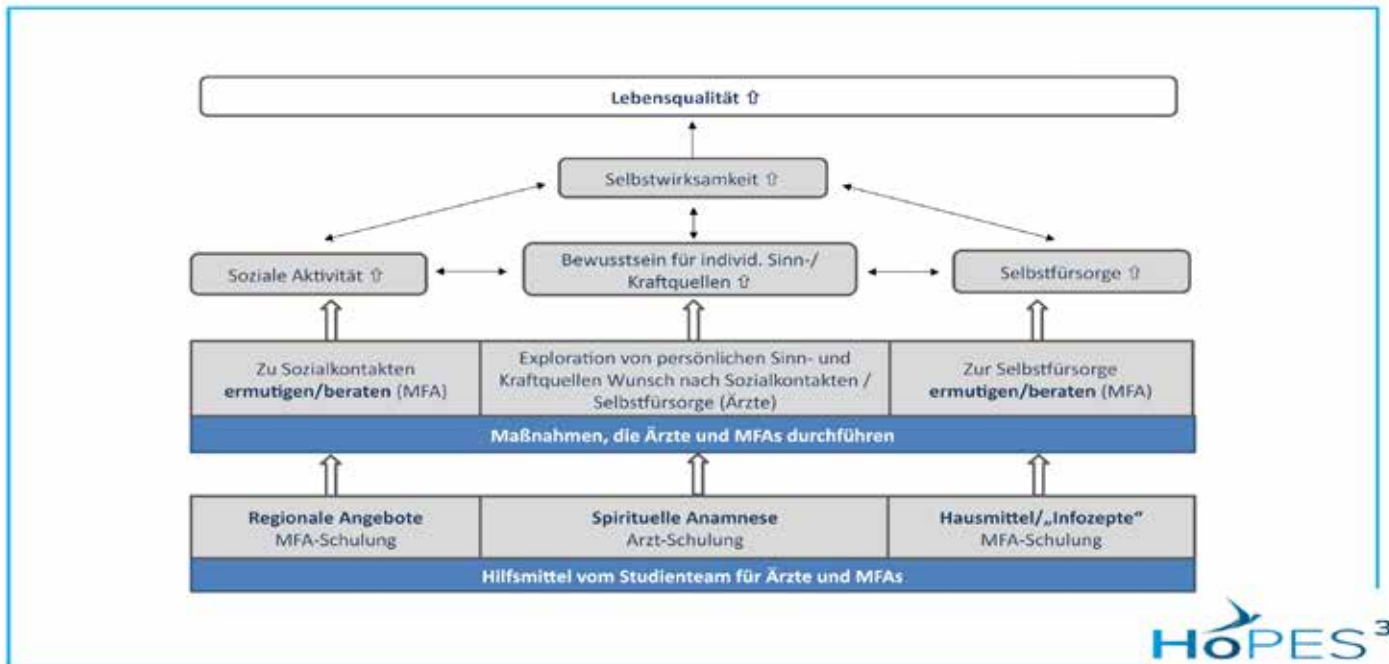


Abb. 2: Wirkmodell der HoPES3-Intervention.

Ergebnisse der RCT

Daten von 297 Patient:innen aus 23 Hausarztpraxen wurden ausgewertet (3). Es konnte kein Einfluss der komplexen Intervention auf die Selbstwirksamkeit (primärer Endpunkt) nachgewiesen werden. Jedoch wurden bei der Auswertung der sekundären Endpunkte und in den Subgruppenanalysen interessante Beobachtungen gemacht: Patient:innen, die bereits vor Studienbeginn Hausmittel genutzt hatten sowie Patient:innen, die angaben, dass Spiritualität eine große Bedeutung in ihrem Leben habe, zeigten eine deutliche Verbesserung des psychischen Wohlbefindens (SF12-Fragebogen). Die Punktdifferenz von 7,3 bzw. 6,2 Punkten auf einer Skala von 0-100 kann als starker bzw. moderater Effekt interpretiert werden.

Ergebnisse der Prozessevaluation

Spirituelle Anamnese

57,9% (n=77) der Patient:innen gaben an, dass die spirituelle Anamnese (sehr) hilfreich für sie gewesen sei; 2,3% (n=3) empfanden sie als (sehr) belastend. In den Interviews berichteten die Hausärzt:innen, dass die spirituelle Anamnese mit etwas Routine „einfacher als gedacht“ gewesen sei. Herausfordernd sei gewesen, das eigentliche Gesprächsziel zu vermitteln, weil viele Patient:innen den Begriff Spiritualität mit Religion/Kirche assoziierten und zunächst überrascht bis ablehnend reagierten. Von beiden Seiten wurde der Nutzen der spirituellen Anamnese in einer spürbaren Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung gesehen (4).

Beratung zu regionalen sozialen Angeboten

Von den Patient:innen, die angaben, eine Beratung zu regionalen sozialen Aktivitäten für Ältere erhalten zu haben (n=70), empfanden das 47% (n=33) als ziemlich oder sehr hilfreich, 41% (n=29) als ein wenig hilfreich und 11% (n=8) als gar nicht hilfreich. Wenngleich Vorschläge für konkrete soziale Aktivitäten den Interviews zufolge selten umgesetzt wurden, wurde das Interesse des Praxisteam an diesen Lebensaspekt sehr begrüßt. Während in den Interviews viele Patient:innen berichteten, sich nicht weiter auf die Frage nach der Spiritualität eingelassen zu haben, wurde die Frage nach sozialen Beziehungen von allen bereitwillig beantwortet.

Selbstfürsorge durch Hausmittel

82% (n=133) der Patient:innen der Interventionsgruppe gaben an, im Rahmen der Studie eine Beratung zu Hausmitteln erhalten zu haben. 65% empfanden das als ziemlich oder sehr hilfreich. Als Motive für die Nutzung von Hausmitteln wurden von den Patient:innen das Gefühl der Selbstbestimmtheit im Umgang mit der eigenen Gesundheit und die Vermeidung von zu vielen Medikamenten genannt.

Fazit

Das proaktive Thematisieren von ganzheitlichen Versorgungsaspekten wie persönliche und spirituelle Kraftquellen, soziale Integration und Selbstfürsorge könnte die DMP für bestimmte Patientengruppen sinnvoll ergänzen.

Danksagung

Unser Dank gilt insbesondere den teilnehmenden Hausärzt:innen, MFA und Patient:innen.

Fragen/Kontakt

cornelia.strassner@med.uni-heidelberg.de

Wo finde ich die Originalliteratur?

- (1) Straßner C, Frick E, Stotz-Ingenlath G, Buhlinger-Göpfarth N, Szecsenyi J, Krisam J, Schalhorn F, Valentini J, Stolz R, Joos S. Holistic care program for elderly patients to integrate spiritual needs, social activity, and self-care into disease management in primary care (HoPES3): study protocol for a cluster-randomized trial. *Trials* 2019, 20(1):364.
- (2) Kunsmann-Leutiger E, Straßner C, Schalhorn F, Stolz R, Stotz-Ingenlath G, Buhlinger-Göpfarth N, Bentner M, Joos S, Valentini J, Frick E. Training General Practitioners and Medical Assistants Within the Framework of HoPES3, a Holistic Care Program for Elderly Patients to Integrate Spiritual Needs, Social Activity, and Self-Care into Disease Management in Primary Care. *Journal of multidisciplinary healthcare* 2021, 14, 1853–1861.
- (3) Sturm N, Krisam J, Szecsenyi J, Bentner M, Frick E, Mächler R, Schalhorn F, Stolz R, Valentini J, Joos S, Straßner C. Spirituality, Self-Care, and Social Activity in the Primary Medical Care of Elderly Patients—Results of a Cluster-Randomized Interventional Trial (HoPES3). *Dtsch Arztebl Int.* 2022 Feb 25;119(8):124-131
- (4) Mächler R, Sturm N, Frick E, Schalhorn F, Stolz R, Valentini J, Krisam J, Straßner C. Evaluation of a spiritual history with elderly, multimorbid patients in general practice – a mixed-methods study within the Project HoPES3. *Int J Environ Res Public Health* 2022, 19, 538.

Alle Publikationen zum Projekt sind gelistet auf www.hopes3.de.



Revolutionen

erfordern Leidenschaft.

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

