www.monitor-versorgungsforschung.de www.m-vf.de 02/25 18. Jahrgang

monitor VERSORGUNGSFORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Titelinterview mit Dr. Thomas Kaiser, Institutsleiter des IQWiG: „Stärkerer Fokus auf die Methoden der Studiendurchführung“



Titelinterview mit Prof. Dr. Oliver Gröne, Chief Scientific Officer und Leiter Forschung der OptiMedis AG: „Grundstein für Weiterentwicklung von Gesundheitsystemen”

„Corona-Krise noch nicht bewältigt” (Schrappe)

„EbM+Theory Approach“ (Behrens)

„Gesundheitsnetze in strukturschwachen Regionen“ (Genett)

ISSN 1866-0533

monitor VERSORGUNGS FORSCHUNG

02/25 18. Jahrgang

Editorial

„Studien müssen machbar sein" 4
Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Redaktion

„Stärkerer Fokus auf Studiendurchführung" 6
Titelinterview mit Dr. Thomas Kaiser, Leiter des IQWiG

Überleben zählt im Vergleich zur Fahrtzeit mehr 12
bifg: Modellentwurf einer wohlfahrtsbasierten Versorgungsplanung

IGES 2.0: gemeinsam stärker und weiter nach Europa 14
IGES Gruppe setzt Internationalisierung fort und wird Teil der athagoras Gruppe

„Grundstein für Weiterentwicklung" 16
Interview: Prof. Dr. Oliver Gröne, OptiMedis AG

Digital vor ambulant vor stationär 22
Vorschlag der TK zur digital gestützten Ersteinschätzung und Terminvermittlung

Forschen in einer Modellregion 24
Serie "VF made in..." (46): AG „Versorgungsforschung | Pflege im Krankenhaus" der UMH

KOMMENTARE / WISSEN (Peer-Review)

Corona-Krise noch nicht bewältigt 28
Kommentarreihe „Corona und Politik" (25 und Ende): Prof. Schrappe

Interdisziplinäre Versorgung von Patient:innen 30
von: Herrler et al.

STANDARDS

Impressum 2 News 34

Seit MVF-Ausgabe 03/23 werden ausgesuchte ganz- und mehrseitige Artikel, die Sie im Orginalartikel-Archiv des Onlineportals von „Monitor Versorgungsforschung" finden, probeweise automatisiert in die englische Sprache übersetzt.

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des DNVF auf den Seiten 35–39

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des Aktionsbündnis Patientensicherheit auf den Seiten 90–91

WISSENSCHAFT (Peer-Review)

Dr. rer. pol. Timm Genett / Dr. rer. pol. Peggy Richter / Dipl.-Wirt.-Inf. Madita Schädlich / Dr. PH Anke Schlieker / Dr. rer. pol. habil. Hannes Schlieter 40
Gesundheitsnetze in strukturschwachen Regionen
Gesundheitsnetze haben das Potenzial, die medizinische Versorgung in strukturschwachen Regionen erheblich zu stabilisieren, insbesondere wenn die Koordination durch eine Managementgesellschaft übernommen wird, eine enge Zusammenarbeit mit nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen erfolgt und eine gut funktionierende digitale Infrastruktur vorhanden ist. Dennoch zeigt sich, dass bestehende rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen die Weiterentwicklung der Netzwerke beeinträchtigen.

Autorengruppe Gesundheit 47
Unterversorgung im deutschen Gesundheitswesen – das unterschätzte Problem
Die Stellungnahme der „Autorengruppe Gesundheit" zur Über-, Unter- und Fehlversorgung verfolgt das Ziel, das Thema in den Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion zu stellen. Auf Unterversorgung aufmerksam zu machen erscheint um so wichtiger, als dass bei diesem Thema in fachlichen und wissenschaftlichen Kreisen doch eine erhebliche Zurückhaltung zu beobachten ist.

Prof. Dr. PH Viviane Scherenberg MPH / Dipl.-Psych. Doreen Müller / Prof. Dr. PH Michael Erhart 65
Künstliche Intelligenz und Gesundheitskompetenz: Möglichkeiten und Grenzen öffentlich zugänglicher KI-Sprachmodelle
Die Studie basiert auf einer Literaturanalyse zum Thema Gesundheitskompetenz und KI. Für die Recherche (Stand: September 2024) wurden PubMed und KI-basierte Literaturanalyseprogramme genutzt. Insgesamt wurden 136 Treffer für 2023–2024 ermittelt, wovon nach Sichtung von Abstracts und Volltexten 25 Artikel in die Analyse aufgenommen und hinsichtlich Akzeptanz, Informationsqualität und Barrieren bewertet wurden.

Dr. rer. medic. Thomas Petzold / Katharina Ille MA / Pauline Effenberger MSc / Dr. rer. pol. Kerstin Rego / Dipl.-Biol. Heike Beschmann / Jörg Siebert / Dipl. Betr. Oliver Steidle 71
Förderung der digitalen Transformation im Gesundheitswesen
Insgesamt konnten 89 Kompetenzen für das Qualitäts- und Risikomanagement ermittelt werden, die den drei generischen Kompetenzclustern persönliche Kompetenzen, fachliche und methodische Kompetenzen sowie Kompetenzen zur Förderung der digitalen Transformation zugeordnet wurden.

Prof. em. Dr. phil. habil. Johann Behrens 79
EbM+Theory Approach
Holger Pfaff und Jochen Schmitt greifen in ihrem „EbM+Theory Approach" (2021 und 2023) Fragen der Evidenzbasierung von Entscheidungen auf, die die evidenzbasierte Versorgungsforschung vor 30 Jahren bearbeitete. Ihr EbM+Theory Approach beruht mindestens auf sechs Annahmen, deren praktisch-empirische Haltbarkeit geprüft wird. Ein Fazit geht auf die Risiken und Nebenwirkungen des EbM+Theory Approachs ein und prognostiziert diesem Approach, da Eminenz basierend, ein ewiges Überleben.

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

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

Monitor Versorgungsforschung
Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung
18. Jahrgang
ISSN: 1866-0533 (Printversion)
ISSN: 2509-8381 (eFirst)
Herausgeber
Prof. Dr. Reinhold Roski, Berlin
roski@m-vf.de
Chefredaktion
Peter Stegmaier (verantw. Redakt.)
J.-von-Hanstein-Str. 2, 53115 Bonn
Tel +49 228 76 36 80 – 39
Fax +49 228 76 36 80 – 01
stegmaier@m-vf.de

Redaktion
Martin Klein (Freier Journalist)
klein@m-vf.de

Verlag
eRelation AG – Content in Health
Vorstand: Peter Stegmaier
J.v.Hanstein-Str. 2, 53115 Bonn
www.erelation.org
mail@erelation.org

Verlagsleitung
Peter Stegmaier
Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo
Anke Heiser (verantwortlich für den Anzeigenteil)
heiser@m-vf.de

Marketing:
J.v.Hanstein-Str. 2, 53115 Bonn
Tel +49 228 76 36 80 – 30
Fax +49 228 76 36 80 – 01

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
Druckerei Silber Druck oHG
Otto-Hahn-Straße 25
34253 Lohfelden
Lucas.silber@silberdruck.de
Tel +49-(0)561-5200734
Printed in Germany

Urheber- und Verlagsrecht
Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme des Manuskripts gehen das Recht zur Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Verlag über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. In der unaufgeforderten Zusendung von Beiträgen und Informationen an den Verlag liegt das jederzeit widerrufliche Einverständnis, die zugesandten Beiträge bzw. Informationen in Datenbanken einzustellen, die vom Verlag oder Dritten geführt werden.

Herausgeber-Beirat

VERSORGUNGS FORSCHUNG

Universitäten/Hochschulen

Universitätsmedizin Greifswald	Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann MPH 
MHB Medizinische Hochschule Brandenburg	Univ.-Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund A.M. Neugebauer 
Universität zu Köln	Prof. Dr. Matthias Schrappe 
TUM	Prof. Dr. Leonie Sundmacher 
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzt:innenschaft	Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig 
Hochschule Neubrandenburg	Prof. Dr. Axel C. Mühlbacher 
Universität zu Köln	Prof. Dr. Stephanie Stock 
Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung	Prof. Dr. Jochen Schmitt 

Institute/Stiftungen

Aktionsbündnis Patientensicherheit	Dr. Ruth Hecker 
bbw fib Forschungsinstitut	Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn 
BDI	Rabea Knorr 
BertelsmannStiftung	Uwe Schwenk 
DBfK	Dr. Bernadette Klapper 
Deutsche Schlaganfall-Hilfe	Dr. Michael Brinkmeier 
fbeta	Hans-Holger Bleß 
iGES	Prof. Dr. Bertram Häussler 
inav	Prof. Dr. Volker Amelung 
INSIGHT HEALTH	Christian Luley 
Bosch Health Campus	Dr. Katja Vonhoff 
Sepsis Stiftung	Prof. Dr. Konrad Reinhart 
Zi Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland	Dr. Dominik von Stillfried 

Akteure

AOK Baden-Württemberg Die Gesundheitskasse.	Johannes Bauernfeind 
AOK Nordost Die Gesundheitskasse.	Harald Möhlmann 
AstraZeneca	Dr. Helen Beckmann 
B.A.G Selbsthilfe	Dr. Martin Danner 
BKK Dachverband	Franz Knieps 
Boehringer Ingelheim	Dr. Marco Penske 
BPtK	Dr. Andrea Benecke 
DAK Gesundheit	Andreas Storm 
Deutsche Rheuma-Liga	Dr. Rolf Ulrich Schlenker 
Deutscher Pflegerat e.V.	Christine Vogler 
DiHeSys Digital Health Systems	Prof. Dr. Christian Franken 
DocMorris Apotheke	Sebastian Mindt 
Gesundheits-Foren	Roland Nagel 
IGB	Lutz O. Freiberg 
Janssen Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson	Christian Hilmer 
KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayerns	Fabian Demmelhuber 
Lilly	Oliver Stahl 
MEDICAL CONTACT	Prof. Dr. Stephan Burger 
MSD Inventing for Life	Dr. Tim Husemann 
OptiMedis	Prof. Dr. Oliver Gröne
Pfizer	Sarah Schmitter
Roche	Dr. Jan Daniels-Trautner
sanofi	Dr. Daniela Römer
ukb universitätsklinikum bonn	Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Wolfgang Holzgreve
Vivantes	Dr. Mina Baumgarten
	Dr. Christopher Hermann



Prof. Dr.
Reinhold Roski
Wirtschaftskommunikation
und
Gesundheits-
kommunikation
Herausgeber von
„Monitor Versorgungs-
forschung“
ORCID
0000-0003-0506-2916

Studien müssen machbar sein

Titelinterview mit Dr. med. Thomas Kaiser, Leiter des IQWiG > S. 6 ff.

Dr. Kaiser legt in seiner Amtsperiode eine besondere Betonung auf die „konstruktive Unterstützung für bessere Studien“. „Studien müssen machbar sein.“ Das IQWiG will sich darum kümmern, „wie Methoden der Studiendurchführung weiterentwickelt und verbessert werden können.“ Ein interessantes Gespräch mit Perspektiven auch zu PROM und PREM.

Titelinterview mit Prof. Dr. Oliver Gröne, OptiMedis AG > S. 12 ff.

Der Patient-Reported Indicator Survey (PaRIS) ist ein Projekt der OECD zur Erfassung der Erfahrungen und Ergebnisse von Patient:innen mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen in der Primärversorgung. 20 Länder nehmen daran teil; Deutschland und Österreich leider nicht. **Professor Gröne:** „Die Mehrzahl der Kernindikatoren hängt nicht vorrangig von den Gesundheitsausgaben ab. Das ist eine wichtige Erkenntnis gerade für Länder wie Deutschland, die schon enorm viel in die Gesundheitsversorgung investieren.“

Kommentarreihe: „Corona und Politik: zur Rolle der Wissenschaft“ > S. 28 ff.

Zum Abschluss unserer zweijährigen Kommentarreihe mit 24 Beiträgen, in der es um „das Verhältnis zwischen dem System der Wissenschaft auf der einen Seite und dem politischen System auf der anderen“ ging, zieht **Professor Schrappe** das Fazit: „Corona-Krise noch nicht bewältigt“. Wir bedanken uns herzlich bei allen Autor:innen für ihre Beiträge zu dieser überaus wichtigen Diskussion.

MVF-Serie „Versorgungsforschung made in …“ (Teil 45) > S. 24 ff.

Diesmal sind wir bei **Prof. Dr. Patrick Jahn** und seinen Mitarbeiter:innen der AG Versorgungsforschung der Universität Halle.

Rubrik Wissen

Dr. Angélique Herrler u. a. geben einen Überblick über den Prozess interdisziplinärer Verständigung zwischen den an der integrierten Versorgung beteiligten Wissenschaften. > S. 30 ff.

Wissenschaftliche Beiträge

Genett u. a. identifizieren in Experteninterviews mit Verantwortlichen von sieben Gesundheitsnetzen Erfolgsfaktoren und Hürden für den Erfolg von Gesundheitsnetzen in strukturschwachen Regionen, um die Übertragbarkeit möglicher Lösungen für regionale integrierte Versorgung zu fördern. > S. 40 ff.

Die **Autorengruppe Gesundheit** um **Schrappe** analysiert das im deutschen Gesundheitssystem neue Phänomen der Unterversorgung (fehlende Facharzttermine, Krankenhausschließungen, Lieferengpässe von Arzneimitteln bei immer weiter steigenden Kosten) und will es stärker in die öffentliche Diskussion rücken. > S. 47 ff.

Scherenberg, Müller und **Erhart** untersuchen mit einer Literaturrecherche zum Thema Gesundheitskompetenz und Künstliche Intelligenz die Möglichkeiten und Grenzen von KI-Systemen wie ChatGPT bei der Vermittlung von Gesundheitsinformationen. Sie finden, dass KI-Systeme grundsätzlich in der Lage sind, Gesundheitswissen durch leicht verständliche Antworten auf Gesundheitsfragen zu vermitteln. > S. 65 ff.

Petzold u. a. untersuchen, welche Kompetenzen die beteiligten Personen für die Umsetzung der digitalen Transformation im Gesundheitswesen benötigen. Sie identifizieren 89 Kompetenzen, darunter 20 für die digitale Transformation. Diese sollten durch gezielte Fort- und Weiterbildungen gefördert werden. > S. 71 ff.

Behrens würdigt den EbM+Theory-Ansatz von Pfaff und Schmitt mit seinen sechs Annahmen und überprüft deren praktisch-empirische Tragfähigkeit sowie Risiken und Nebenwirkungen. > S. 79 ff.

Ich wünsche Ihnen wieder interessante Lektüre mit vielen Informationen, die für Ihre Arbeit nützlich sind.

Ihr Professor Dr. Reinhold Roski



 Monitor Versorgungsforschung 02/2025 / This article was published under the license CC BY 4.0 and can be used



INSIGHT HEALTH
Our passion - your success

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



„Stärkerer Fokus auf die
den der Studiendurchfüh

Nach Prof. Dr. med. Peter Sawicki (2004 bis 2009) und Prof. Dr. med. Jürgen Windeler (2010 bis März 2023) ist seit April 2023 Dr. med. Thomas Kaiser der dritte Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Im Titelinterview mit „Monitor Versorgungsforschung" gibt Kaiser, Gründungsmitarbeiter der ersten Stunde des „Zweckbetriebs der gemeinnützigen Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen", die Ziele für die nächsten Jahre vor. Der überzeugte EbMler will die internationale Verknüpfung und die Teilnahme an EU-Projekten stärken und sich – wie er sagt – „mehr wissenschaftlicher Investition jenseits der Bearbeitung unserer Aufträge" widmen.

Im Interview: Dr. med. Thomas Kaiser, Institutsleiter des IQWiG

>> Die Anfangsjahre des IQWiG, ich kann mich gut erinnern, waren geprägt von Prof. Dr. Peter Sawicki, Diabetologe und davor Mitherausgeber des pharmakritischen Arznei-Telegramms: der Begriff der „Eminenzbasiertheit“ machte die Runde. Darauf folgte im September 2010 Prof. Dr. Jürgen Windeler, zuvor Leiter des Fachbereichs Evidenzbasierte Medizin des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund und mit ihm die Diskussion über Efficacy und Effectiveness sowie die Güte und den Nutzen von Registerdaten. Was kommt mit Ihnen Herr Dr. Kaiser, der das IQWiG nun seit dem 1. April 2023 und damit fast genau zwei Jahre leitet?

Ich fände es großartig, wenn eines Tages meine Person stellvertretend für das IQWiG einerseits den Begriff „internationale Institution“ einnehmen würde und andererseits den Begriff einer konstruktiven Unterstützung für bessere Studien. Der erste kommt eigentlich fast automatisch zustande, weil das IQWiG schon deshalb zu einer internationalen Institution werden muss, weil dafür seitens der EU die entsprechenden Rahmenbedingungen gesetzt wurden. Wir haben seit Januar diesen Jahres die frühe Nutzenbewertung der Arzneimittel auf europäischer Ebene, kurz EU-HTA, die schon alleine zu einer stärkeren Internationalisierung der Institution führen wird. Danach werden die Medizinprodukte folgen.

Deren Zulassungen erfolgen auf europäischer Ebene. Das BfArM ist für Deutschland in diesem Zusammenhang tätig.

Richtig, aber eben nur für die Zulassung. Auf europäischer Ebene wird für Arzneimittel wie für einzelne Medizinprodukte – ähnlich des AMNOG – eine vergleichende Nutzenbewertung eingeführt. Den allergrößten Teil davon wird für Deutschland das IQWiG übernehmen, einen kleinen Teil der Gemeinsame Bundesausschuss. Dazu werden Ko-operationen mit anderen europäischen HTA-Institutionen geschlossen, es werden europäische Gremien besetzt und natürlich wird das alles in englischer Sprache erfolgen. Die Aufgaben im Arzneimittelbereich werden für das IQWiG in erster Linie durch Beate Wieseler und ihr Team wahrgenommen, der Vorsitzenden der Methodengruppe auf europäischer Ebene. Diese Chance werden wir auch nutzen, um internationale Publikationen zu erarbeiten und zu veröffentlichen, wenn diese dem Ziel des IQWiG dienen.

Sie wollen verstärkt eigene Publikationen erstellen?

Ganz genau. Während meiner Amtszeit möchte ich das Institut hier insgesamt weiter voranbringen. Das eine wird die stärkere internationale Verknüpfung und die Teilnahme an EU-Projekten sein, was bislang nur sporadisch erfolgte; das andere ist die Hinwendung zu mehr wissenschaftlicher Investition jenseits der Bearbeitung unserer Aufträge. Unser Hauptfokus wird natürlich weiterhin auf der Bearbeitung der uns erteilten Aufträge – hier vor allen die Nutzenbewertungen – liegen, doch werden wir Möglichkeiten und Freiräume schaffen, auch wissenschaftlich zu arbeiten. Das ist übrigens nicht l'art pour l'art, sondern unabdingbar, wenn wir die auf uns als europäische Institution zukommende Auftragsbearbeitung nicht nur gut, sondern exzellent machen wollen. Dazu ist es wichtig, sich auch wissenschaftlich weiterzuentwickeln.

„Studien müssen machbar sein. Das gilt vor allem im Bereich der sehr seltenen Erkrankungen, bei denen die Evidenzbasis relativ häufig nicht ausreichend gut ist.“

In welchem Bereich zum Beispiel?

Wir wollen beispielsweise nicht nur – wie bisher ja auch schon geschehen – das Verfahren des AMNOG weiterentwickeln, sondern gemeinsam mit der Community der evidenzbasierten Medizin einen stärkeren Fokus auf die Methoden der Studiendurchführung legen. Die Weiterentwicklung der Methodenentwicklung bezog sich bisher hauptsächlich darauf, wie Studien bewertet und wie systematische Übersichten durchgeführt werden können. Nun aber haben wir jenseits der reinen Verfahrensthematik begonnen, uns auch stärker darum zu kümmern, wie Methoden der Studiendurchführung weiterentwickelt und verbessert werden können. Unser Ziel ist es, effizienter und sicherer nicht nur zu mehr guten und aussagekräftigen Studien zu kommen, sondern vor allen Dingen auch zu machbaren. Das ist ein ganz entscheidender Punkt, den man nie außer Acht lassen darf: Studien müssen machbar sein. Das gilt vor allem im Bereich der sehr seltenen Erkrankungen, bei denen die Evidenzbasis relativ häufig nicht ausreichend gut ist. Das ist zum Teil sicherlich durch logistische Schwierigkeiten bedingt, liegt jedoch auch daran, dass entweder bereits vorhandene Studiendesigns und Möglichkeiten für statistische Datenerfassungen und -auswertungen nicht genutzt werden oder noch nicht abschließend erforscht und entwickelt sind.

In einem Interview mit dem „Ersatzkasse Magazin“ (1) gaben Sie zu Protokoll, dass es Ihr Anspruch ist, dass sich das IQWiG künftig noch frühzeitiger engagieren und seine Expertise bereits beim Aufsetzen von Studien, also bei der Generierung der notwendigen Evidenz, verstärkt einbringen möchte. Wie soll das jenseits der bereits angebotenen Beratungen geschehen?

Grundsätzlich haben wir schon länger verschiedene Berührungspunkte, zum Beispiel durch die anwendungsbegleitende Datenerhebung. Hier sind wir an den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses beteiligt, erstellen in seinem Auftrag ganz konkrete Studienkonzepte und Reviews der Studienprotokolle und der statistischen Analysepläne. Ebenso haben wir Erfahrungen in der Skizzierung und der Diskussion von Erprobungsstudien im Bereich der Methodenbewertung.

Doch ist es (noch) nicht das Mandat des Instituts, selbst Studien durchzuführen.

Wir gehen auch nicht davon aus, dass wir ein solches erhalten werden, das ist auch nicht das Ziel des IQWiG. Unser Ziel ist es aber, im Regelungskontext des G-BA unsere Expertise zur Evidenzgenerierung noch stärker einzubringen. Davon profitieren letztlich alle: Patient:innen, Ärztinnen und Ärzte, Studienverantwortliche.

Wo genau wollen Sie Ihre Expertise stärker einbringen?

Das sind Fragen wie etwa: Wie kann man bessere Studien durchführen? Was sind gute Rekrutierungsstrategien? Welche Möglichkeiten gibt es, mit bestimmten Endpunkten zu arbeiten? Wie kann man fehlende Werte vermeiden bzw. mit ihnen umgehen? Wie können patientenberichtete Endpunkte regelhaft einbezogen werden? Das sind alles wichtige Themen, bei denen wir auf einer generellen Ebene wissenschaftlich tätig sein und damit Hilfestellungen geben wollen. Das nützt auch uns und dem G-BA: Je besser die Studien und deren Ergebnisse sind, desto einfacher und wertvoller wird künftig unsere Arbeit.

Wohl wissend, dass es durchaus viele Gruppen gibt, die bereits sehr gute Erfahrungen mit der Studiendurchführung haben.

Stimmt schon. Aber wir haben eine andere Perspektive, wenn wir Studien analysieren. Dazu haben wir jede Menge Kompetenz und viel Erfahrung, um ziemlich genau sagen zu können, warum die uns vorgelegten Ergebnisse nicht so gut sind, wie sie sein könnten, wenn man denn im Vorfeld vielleicht nur ein paar kleine Details anders gemacht hätte. Man kann ex post sehr gut lernen, was man zu Beginn besser machen könnte. Und das sollten wir nutzen, anstatt immer weiter zu larmoyieren, dass eine Studie halt nicht gut gelaufen ist.

Da wird Ihnen die Pharmaindustrie sicher dankbar sein. Es ist kein Manager der pharmazeutischen Industrie bekannt, der Geld verschwenden und Studien auflegen will, deren Ergebnisse nachher nicht oder nur teilweise anerkannt werden, weil beispielsweise die Endpunkte nicht richtig gewählt worden sind. Wäre das aber nicht eher die Aufgabe der klinischen Forschung oder auch der Versorgungsforschung?

Sicher auch, wobei sich diese der sich uns stellenden Probleme vielleicht noch gar nicht so bewusst ist. Das kann aber auch eine Frage der allgemeinen Forschungskultur sein, die immer – was ja durchaus verständlich ist – Neues erforschen will, anstatt durch begleitende Forschung einen Verbesserungszyklus herbeizuführen. Genau das ist unser Antrieb.

Das IQWiG engagiert sich aktuell u. a. im EU-Projekt RealiseD (2) mit dem Ziel, klinische Studien für gute Evidenz zu sehr seltenen Erkrankungen zu entwickeln, um schneller zu wirksamen Therapien zu kommen.

Das EU-Projekt RealiseD ist ganz explizit darauf ausgerichtet zu erforschen, wie man bessere vergleichende Studien zu sehr seltenen Erkrankungen durchführen kann.

Woraus man sicher auch für andere Indikationen lernen kann.

Sicher. Ableitungen werden möglich sein, wobei es uns in erster Linie um wirklich sehr seltene Krankheiten geht. Hier handelt es sich speziell um Fragen der Datenerhebungen und spezifischer statistischer Methoden, mit deren Hilfe man ohne einen zu starken Verlust von Aussagesicherheit neue Erkenntnisse schaffen kann.

Wo sehen Sie hier Ihre Rolle als HTA-Institution?

Wir wollen nicht mehr nur im Nachgang bewerten, sondern von vorneherein dabei mithelfen, die Frage zu beantworten, ob ein neues Arzneimittel für eine sehr seltene Erkrankung im Vergleich zur bereits vorhandenen Therapieoption einen Vorteil bringt. Dazu braucht es geeignete Instrumente, von denen einige erst noch entwickelt werden müssen, um die im Zuge der abschließenden Nutzenbewertung aufkommenden Fragen nicht mit irgendwelchen, sondern mit den bestmöglichen Studien beantworten zu können. Von daher finde ich es großartig, dass es uns gelungen ist, Teil dieses wichtigen Projekts zu werden, an dem neben einigen europäischen Zulassungsbehörden viele wissenschaftliche Organisationen und auch die Pharmaindustrie teilnehmen.

Das IQWiG in einem Projekt gemeinsam mit pharmazeutischen Unternehmen hätte es so unter Sawicki und Windeler wohl nicht gegeben.

Ich will nicht beurteilen, ob das nicht auch unter der Leitung meiner beiden Vorgänger möglich gewesen wäre. Es war damals eine ganz andere Situation als heute.

Sie waren ja bei der Gründung des Instituts dabei.

Genau. Gehen wir kurz zurück ins Jahr 2004, als das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen im Zuge der Umsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes gegründet wurde, um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Patientenversorgung in Deutschland zu verbessern. Bis dahin konnte zum Beispiel die Pharmaindustrie hohe Preise für neue Arzneimittel aufrufen, ohne nachweisen zu müssen, dass diese besser sind als der bisherige Therapiestandard. Als sich das mit dem IQWiG änderte, war das für manche ein Schock. Auch weil einige vielleicht annahmen, wir würden gegen die Pharmaindustrie arbeiten. Was aber nicht stimmt, denn nach meiner Einschätzung war – und ist es weiterhin – immer das Ziel, auf Basis möglichst guter Daten möglichst gute Entscheidungen zum Wohle der Patientinnen und Patienten zu treffen.

„Einige nahmen vielleicht an, wir würden gegen die Pharmaindustrie arbeiten. Was aber nicht stimmt, denn nach meiner Einschätzung war – und ist es weiterhin – immer das Ziel, auf Basis möglichst guter Daten möglichst gute Entscheidungen zum Wohle der Patientinnen und Patienten zu treffen.“

Wie immer ist das eine Frage der Kommunikation nach dem alten deutschen Sprichwort: Wie man in den Wald hineinruft, so schallt es zurück. Sicher wurde damals auf beiden Seiten einiges falsch angepackt.

Auch das will ich nicht ausschließen. Auf beiden Seiten arbeiten auch nur Menschen. HTA-Organisationen und Pharmaindustrie spielen in unterschiedlichen Rollen auf dem gleichen Spielfeld, das kann und sollte man nicht ignorieren. Aber wir sind keine Gegner. Die Phar-

maindustrie spielt eine wichtige Rolle bei der Arzneimittelentwicklung und ohne die so erforschten Medikamente würde es Menschen viel schlechter als heute gehen. Wohl wissend, dass für die Forschung an Medikamenten nicht nur die Pharmaindustrie verantwortlich ist. Es gibt viele gute Beispiele, wie die Entwicklung von Arzneimitteln das Leben von Menschen verbessert hat und für deren Zulassung Studien durchgeführt wurden, die wirklich gute und aussagekräftige Ergebnisse geliefert haben. Andererseits gibt es auch Beispiele für Studien, die die Fragen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten eben nicht hinreichend beantwortet haben. Und auch deshalb haben wir nicht wenige Arzneimittel in der Versorgung, deren Stellenwert wir für die Versorgung mangels Daten kaum einordnen können. Unsere Aufgabe ist es, auf diesen Gap hinzuweisen. Nun aber wollen wir auch dabei mithelfen zu überlegen, wie man Studien und damit die Evidenzgrundlage besser machen kann. Das ist der Weg in die Zukunft, den ich mit dem Institut gehen möchte. Dass das kein leichter Weg sein wird, ist mir bewusst. Denn: Es ist immer einfacher zu kritisieren, als zu verbessern.

Gehört dazu nicht auch ein erweitertes Verständnis von Endpunkten?

Wenn es gute Evidenz gibt, dass andere Endpunkte das anzeigen, was man eigentlich sehen will, um den Nutzen evident zu beschreiben, sind das geeignete Endpunkte. Dass diese validiert sein müssen, versteht sich von selbst. Wir haben von daher als IQWiG großes Interesse daran, möglichst gute Daten- und Forschungsinfrastrukturen zu schaffen, um genau auch solche Fragen beantworten zu können. Dabei geht es nicht nur darum, einzelne Studien besser zu machen, sondern zum Beispiel auch darum, gute intermediäre Endpunkte zu definieren und zu validieren, die man zukünftig nutzen kann, um noch früher sagen zu können, ob ein Arzneimittel oder eine Therapie welchen Nutzen oder eben keinen bringt.

Sie erwähnten eben eine Forschungsinfrastruktur: Bedeutet das nicht auch eine engere Verzahnung des Instituts mit universitären Einrichtungen?

Wenn das zu einer Verbesserung der Ist-Situation beiträgt, auf jeden Fall. Zuallererst werden wir daran arbeiten, generell für ein



Dr. med. Thomas Kaiser

ist seit dem 1. April 2023 Institutsleiter des IQWiG. 1990 Abschluss Systementwickler; 1999 Abschluss Studium der Humanmedizin; 2002 Mitbegründer des DIeM – Institut für evidenzbasierte Medizin, Köln; 2002 bis 2004 benannter Experte in Arbeitsgruppen für Disease-Management-Programme im Koordinierungsausschuss und im Gemeinsamen Bundesausschuss; 2005 Promotion zum Dr. med.; 2008 Preisträger Bill-Silverman-Preis der Cochrane Collaboration (gemeinsam mit drei weiteren Mitarbeitern des IQWiG); 2011 Preisträger David-Sackett-Preis des Deutschen Netzwerks für evidenzbasierte Medizin 2011 (Preisvergabe für das Ressort Arzneimittelbewertung des IQWiG). Von Gründung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) im Jahr 2004 bis 2023 Leiter des Ressorts Arzneimittelbewertung.

besseres gegenseitiges Verständnis zu sorgen. Dazu gehört auch, besser zu verstehen, was der jeweils andere macht und welche Limitationen es im Handeln von Instituten wie uns und aufseiten der Universitäten gibt. Das sehe ich auch als Aufgabe für mich ganz persönlich: möglichst viele Kontakte mit wichtigen Institutionen, Universitäten und deren Lehrstühlen zu knüpfen.

Wo hat sich denn die Gesundheitsversorgung in diesen mehr als 20 Jahren IQWiG ganz konkret verbessert? Oder muss man das Ganze eher als Schrittinnovation betrachten?

Wenn ich evidenzbasiert antworten müsste, würde ich mich sehr schwertun, weil es dazu einen kontrollierten Vergleich bräuchte. Man hätte quasi einen Nullpunkt definieren müssen, um feststellen zu können, was sich in den vergangenen beiden Dekaden mit und ohne IQWiG in Sachen Evidenzbasierung getan hat. Klar kann man sagen, dass es in dieser Zeit ganz eklatante Fortschritte zum Beispiel bei der Behandlung von Krebs gegeben hat. Das ist jedoch nicht unser, sondern der Verdienst der Arzneimittelforschung. Unser Verdienst ist sicher jener, dass wir dazu beitragen, dass diese Wirkstoffe gezielt genau dort eingesetzt werden, wo es tatsächlich einen besonderen Fortschritt gibt – und nicht oder zumindest vorsichtiger verwandt werden, wo das eben nicht der Fall ist. Dazu kommt, dass das Institut von Anfang für die Erarbeitung und Zurverfügungstellung allgemeinverständlicher Informationen verantwortlich zeichnet. Damit alle, die an einer Behandlung direkt beteiligt sind, evidenzgestützte Entscheidungen über Gesundheitsleistungen treffen können.

Stichwort Transparenz: Das IQWiG hat den gesetzlichen Auftrag, Gesundheitsinformationen für Patientinnen und Patienten bereitzustellen. Wo stehen Sie da? Und gelingt es, die Menschen zu erreichen?

Auf unserer Website www.gesundheitsinformation.de informieren wir über die Diagnose und Therapie der 300 häufigsten Krankheiten in Deutschland.

Nutzen die Patient:innen dieses Angebot?

Aber ja. Die IQWiG-Tochter-Website www.gesundheitsinformation.de hatte im Januar 2025 immerhin 3,7 Millionen Besucher, die sich über Themen wie Shared decision making, aber auch über diverse Erkrankungen

und Wirkstoffe informiert haben.

Wie sieht es mit jenen Populationsgruppen aus, die Gesundheitsinformationen eher weniger nachfragen?

Wir erreichen mit der Internetseite leider nur die Gruppe, die im Internet aktiv nach Gesundheitsinformationen sucht. Wir müssen künftig noch viel besser werden, um auch jene Zielgruppen zu erreichen, die von Gesundheitsproblemen häufiger betroffen sind, aber zu Populationsgruppen gehören, die man gemeinhin als bildungsfern bezeichnet. Wir haben auch schon Projekte gemacht, um herauszufinden, wie solche Gruppen besser an für sie wichtige Gesundheitsinformationen kommen können, und gehen das gerade in einem nächsten Schritt mit sogenannten Vermittlern – Organisationen, Vereine, Verbände etc. – an. Wir sind aber auch dabei, Gesundheitsinformationen spezifisch für Menschen zu entwickeln, die sich mit schriftlichen Informationen etwas schwerer tun. Das können beispielsweise Videos, kurze Podcasts oder direkte Gespräche mit Peergroups sein, wozu wir dann die evidenzgestützten Informationen in diversen Sprachen liefern.

Bisher gibt es diese Informationen nur auf Deutsch und Englisch.

Das wird, das muss sich ändern. Dabei wird uns sicher auch der Einsatz von künstlicher Intelligenz eine große Unterstützung sein, wobei allerdings immer auch ein kultureller Kontext zu beachten ist, für den es Menschen braucht, die sich mit verschiedenen Kulturen auskennen.

Sie sind studierter Systementwickler (1990) und zudem Humanmediziner (1999) mit Doktortitel (2005). Sie waren 2002 Mitbegründer des Instituts für evidenzbasierte Medizin, 2008 Preisträger des Bill-Silverman-Preises der Cochrane Collaboration und 2011 Preisträger des David-Sackett-Preises des Deutschen Netzwerks für evidenzbasierte Medizin. Welche der von Ihnen erworbenen Kompetenzen und Erfahrungen fließen in Ihre tägliche Arbeit am meisten ein?

Eigentlich alle. Wenn wir zum Beispiel über Forschungs- und Dateninfrastrukturen sprechen, hilft es schon, wenn man ein Verständnis von Datensätzen und -strukturen hat. Auch zu KI habe ich dank meiner Profession als Systementwickler eine hohe Affinität. Übrigens auch privat: zu Hause, dort mache ich mit KI Kunst und setze dazu benötigte Server selbst auf. Kurz nach meinem Amtseintritt haben wir im Institut eine interne Arbeitsgruppe KI gegründet. Die hat grundsätzlich das Ziel, allen Mitarbeitenden das Thema KI allgemein näherzubringen und zu erarbeiten, welche KI-Anwendungen uns ganz allgemein in der täglichen Arbeit weiterhelfen können – wie etwa Übersetzungen, die Verbesserung und Automatisierung von Arbeitsabläufen mit KI oder Literaturscreening, Selektion von Studien und Extraktion von Daten etc. Themen sind aber auch KI bei der Befundung von Röntgenbildern, bei Einschätzungen aufgrund von Anamnesen oder bei Triagen.

Die Einsatzgebiete der KI sind eben höchst vielfältig.

So unzählig und verschieden, dass wir sogar eine KI-Spielwiese gegründet haben. Hier geben wir unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Möglichkeit zu lernen und zu sehen, was KI alles kann oder eben auch noch nicht. KI wird auf alle Fälle auch unsere Arbeits- und Bewertungswelt verändern. Das ist absehbar.

„Das Entscheidende ist nicht alleine, ob der Tumor kleiner geworden ist, sondern wie es dem Patienten geht. Wenn ich PROM nicht erhebe, habe ich immer einen blinden Fleck beim Erleben der Patienten.“

In welchem Ausmaß?

Das werden wir sehen. Doch müssen wir am Ball bleiben, um möglichst schnell erkennen zu können, wann man welche der sich immer schneller entwickelnden KI-Innovationen am besten nutzen kann, um noch besser und effizienter zu werden.

Auf eine weitere Frage des „Ersatzkasse Magazins“, ob Sie Entwicklungen bei den Studien, die Ihnen vorgelegt werden, sehen, haben Sie geantwortet: „Teilweise können wir durchaus positive Entwicklungen beobachten, etwa bei den von den Patientinnen und Patienten selbst berichteten Endpunkten. Lebensqualität und Symptome werden heute häufiger untersucht, als das noch zu Beginn des AMNOG der Fall war.“ Wie steht es denn generell um den Einbezug von PROM und PREM im AMNOG?

PREM, also ob jemand mit etwas mehr oder wenig zufrieden war, hat sich nicht als durchhaltbarer Weg im SGB-V-Kontext herausgestellt. Anders ist es bei von Patienten berichteten Symptomen, weil es immer darum geht, festzustellen, wie es Menschen wirklich geht.

Das sind dann Fragen wie: Was haben sie für Symptome und Nebenwirkungen? Wie werden diese individuell bewertet und gewichtet?

Exakt. Wenn man zum Beispiel die Auswirkung von Durchfall als Nebenwirkung einer medikamentösen Therapie auf die Lebensqualität vernachlässigt, ignoriert man eine wichtige Konsequenz für Patient:innen. Diese Nebenwirkung muss man aber gewichten im Vergleich zur gewünschten Veränderung, zum Beispiel, ob ein großer Tumor etwas kleiner geworden ist. Das Entscheidende ist nicht alleine, ob der Tumor kleiner geworden ist, sondern wie es dem Patienten geht. Wenn ich PROM nicht erhebe, habe ich immer einen blinden Fleck beim Erleben der Patienten.

Werden PROM ausreichend konsequent und strukturiert erhoben?

Im Rahmen der Arzneimittelzulassung und -bewertung spielen PROM traditionell eine untergeordnete Rolle, da sie für die Zulassung nicht erhoben werden müssen. Es gibt natürlich Ausnahmen wie bei der Schmerztherapie, bei der die Verminderung des Schmerzes, erhoben als PROM, das primäre Zielkriterium ist. Dennoch sehen wir bei einigen pharmazeutischen Unternehmen durchaus eine Entwicklung, zunehmend mehr auch PROM zu erheben. Dies aber nicht, weil sie die so erhobenen Daten für die Zulassung bräuchten, sondern weil diese für die Versorgungsfragen relevant sind.

Was ist mit der Lebensqualität? Man könnte doch annehmen, dass sich im Zuge des beginnenden EU-HTA der Einbezug der Dimension Lebensqualität verstärken wird, da hier andere Länder schon sehr viel weiter sind als wir.

In der Tat sind einige Länder bei dem Punkt eben nicht viel weiter als wir, weil wir da ziemlicher Vorreiter sind. Das war ein wichtiges Thema seit Gründung des IQWiG, und wir legen auch weiterhin großen Wert auf patientenberichtete Endpunkte.

Gehen wir zum Schluss auf ein AMNOG-Detail ein: die Nutzenbewertung des Wirkstoffs Pembrolizumab (3): Wie kommt es, dass das IQWiG in einer Bewertung einen geringeren Nutzen sieht, die ESMO (4), eine europäische Fachgesellschaft, hingegen die höchstmögliche Bewertung? Man könnte doch annehmen: Evidenz ist Evidenz. Oder kommt es darauf an, wie man hinschaut?

Es liegt ziemlich deutlich auf der Hand, wo der Unterschied liegt. In der ESMO-Bewertung spielt allein der beobachtete Vorteil in Bezug auf Rezidive eine Rolle. Das IQWiG hat den Vorteil des Wirkstoffs für Rezidive auch beschrieben, aber anders als die ESMO gewichtet. Denn den erzielten Rezidiven steht ein hoher Anteil schwerer und schwerster Nebenwirkungen gegenüber. Zudem wurde in der vorgelegten Studie gezeigt, dass es keinerlei Lebensqualitätsverbesserungen gibt, obwohl Rezidive verringert wurden.

Dass schwere Nebenwirkungen verursacht werden, spielten demnach in der Bewertung der ESMO keine Rolle?

Exakt. Genau das halten wir für inadäquat, um es einmal vorsichtig zu formulieren. Das erklärt den Unterschied beider Bewertungen. Insofern haben Sie auf der einen Seite recht: Evidenz ist Evidenz. Andererseits macht es schon Sinn, sich nicht nur 30 Prozent der Evidenz anzuschauen, sondern man sollte immer 100 Prozent der Evidenz berücksichtigen, wenn sie denn schon einmal vorliegt. Leider ist eine Abwägung der Vor- und Nachteile in der ESMO-Bewertung nicht sichtbar, obwohl teilweise lebensbedrohliche oder gar mit Hospitalisierung verbundene Nebenwirkungen auftraten.

Wir werden mal bei der ESMO nachfragen, warum das so ist. Zuletzt: Wenn Sie jetzt einen Wunsch frei hätten und es irgendwann im März oder April einen neuen Bundesminister oder vielleicht eine Bundesministerin gibt: Was würden Sie sich für das IQWiG wünschen?

Dass er oder sie möglichst viel dazu beiträgt, die Forschung in Deutschland zu fördern. Dazu gehört auch, den generellen Wert von Forschung anzuerkennen, bestehende Forschungsinfrastrukturen zu unterstützen und neue aufzubauen, aber auch, wichtige Forschungsfragen selbst zu stellen.

Zum Beispiel?

Nehmen wir die Diskussion um die Behandlung von Menschen mit Long Covid. Für die Behandlung der vielfältigen Symptome gibt es bislang keine zugelassenen Arzneimittel, sondern nur Off-Label-Therapien. Natürlich ist es möglich, einen Off-Label-Use einfach so zu ermöglichen. Sinnvoller wäre es aber, dies mit einer ergebnissicheren Evidenzgenerierung zu verknüpfen, wie es das NHS in Großbritannien gemacht hat, um für zukünftige Patient:innen zu lernen und die Behandlungsmöglichkeiten immer weiter zu verbessern.

Wann haben die Briten das gemacht?

Bereits zu Beginn der Corona-Pandemie. Schon damals wurde in Großbritannien entschieden, ganz pragmatisch eine randomisierte versorgungsnahe und interventionelle Studie im Krankenhaus zu starten - übrigens ein hochklassiges Beispiel für Versorgungsforschung. So etwas oder zumindest ähnliches würde ich mir von der künftigen Gesundheitsminister:in wünschen: Mithilfe nicht so ganz breit aufgestellter Forschungsansätze nicht alles Mögliche wissen zu wollen, sondern sich auf eine ganz zentrale, für das jeweilige Einsatzgebiet zentrale Forschungsfrage zu fokussieren, aber das dann auch ergebnissicher zu untersuchen und nicht nur mit einer Art „Begleitevaluation".

Klappt das mit unserer doch unterschiedlichen Forschungskultur, die wir hier in Deutschland im Gegensatz zu angelsächsischen Ländern haben?

Die Forschungskultur ist natürlich ein ganz ausschlaggebender Punkt. Darum spreche ich ja vom Aufbau einer Forschungsinfrastruktur, nicht vom Aufbau einer Dateninfrastruktur, für die man dann auch eine moderne Forschungskultur benötigt, um im Zweifel nicht nur schnell, sondern auch pragmatisch forschen zu können.

Was heißt schnell?

Na, die Briten haben damals nur neun Tage gebraucht, von der initialen Idee, eine derartige Studie durchzuführen, bis zur Rekrutierung und dem Einschluss der ersten Patient:in. Das kann man aber nur machen, wenn man sich konzentriert und wenn man sich einer vorhandenen und erprobten Forschungsinfrastruktur bedienen kann.

Ein wahrlich hehres Ziel.

Wir haben noch viel zu tun, oder? Ich bin doch nicht angetreten als Institutsleiter, um meine Hände in den Schoß zu legen. Ich bin hier, um die Welt ein kleines Stück weit besser zu machen. Nicht mehr und nicht weniger.

Mit Sendungsbewusstsein.

Sendungsbewusst auch: Vor allem will ich meine Lebens- und Arbeitszeit sinnvoll einsetzen.

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

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Literatur/Links:

1: https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2023-05/thomas-kaiser-interview-iqwig.html
2: https://www.iqwig.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-detailseite_138372.html
3: https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/1026/
4: https://www.esmo.org/guidelines/esmo-mcbs/esmo-mcbs-for-solid-tumours/esmo-mcbs-scorecards/scorecard-373-1

Zitationshinweis

Kaiser, T., Stegmaier, P.: „Stärkerer Fokus auf die Methoden der Studiendurchführung", in „Monitor Versorgungsforschung" (02/25), S. 6–11. http://doi.org/10.24945/MVF.02.25.1866-0533.2699

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Überleben zählt im Vergleich zur Fahrtzeit mehr", in „Monitor Versorgungsforschung" (01/25), S. 12. http://doi.org/10.24945/MVF.01.25.1866-0533.2700

bifg: Modellentwurf einer wohlfahrtsbasierten Versorgungsplanung

Überleben zählt im Vergleich zur Fahrtzeit mehr

In einem in englischer Sprache auf der Preprint-Plattform Research Square veröffentlichten Artikel mit dem Titel „Welfarebased healthcare planning: methodology and application to thoracic surgical treatment of lung cancer in Germany" (1) hat eine Autorengruppe ein Modell zur Ermittlung der optimalen Anzahl und Lokation von Behandlungsorten entwickelt. Das vorliegende Paper entwirft ein „wohlfahrtsbasiertes Versorgungsplanungsmodell" (WHPM) und zeigt am Beispiel der thoraxchirurgischen Behandlung von Lungenkrebs einen Weg auf, die bestmögliche Allokation von Behandlungsorten unter Berücksichtigung aller dieser Aspekte zu ermitteln. Dabei hatte das beste Szenario mit dem höchsten Wohlfahrtswert nur 19 Standorte!

>> Das von der Autorengruppe – unter ihnen Stefanie Deckert (ZEGV Dresden), Boris Augurzky (RWI Essen), Christian Karagiannidis (Universität Witten-Herdecke) und Jochen Schmitt (ZEGV Dresden) – entworfene wohlfahrtsbasierte Versorgungsplanungsmodell bewertet – das ist vollkommen neu im Bereich der Krankenhausplanung – die relevanten Qualitätsmerkmale und Erreichbarkeiten unter Berücksichtigung der Präferenzen von Patient:innen.

Der Ansatz: Die Autor:innen verwandten ein Discrete-Choice-Experiment (DCE), um den für alle Patient:innen bestehenden Zielkonflikt zwischen Ergebnisqualität und Erreichbarkeit zu quantifizieren. In diesem Experiment wurden die Proband:innen gebeten, eines von zwei Krankenhäusern (Alternativen) zu wählen. Jedes der Krankenhäuser wurde durch eine Reihe von Eigenschaften (Attribute) beschrieben, wie etwa die Entfernung zum Krankenhaus (in Minuten) und die Überlebenswahrscheinlichkeit nach einem Jahr. Diese hatten jeweils unterschiedliche Ausprägungen (Level).

Die entprechende Umfrage wurde von forsa (Institut für Markt- und Meinungsforschung) zwischen dem 9. Dezember 2024 und dem 21. Dezember 2024 durchgeführt. Die Zielpopulation der Befragten wurde nach Alter geschichtet, um die Demografie der Lungenkrebsoperationen widerzuspiegeln. Die Befragung umfasste 1.010 Teilnehmer:innen. 472 (46,7%) der Befragten waren männlich. Das Durchschnittsalter betrug 69 Jahre.

Der Gesamtnutzen einer Versorgungslandschaft wurde über eine soziale Wohlfahrtsfunktion bewertet. Die Wohlfahrtsfunktion aggregiert die individuellen Nutzen der Patientinnen und Patienten zu einem gesamtgesellschaftlichen Wohlfahrtswert unter Berücksichtigung ungleicher Nutzenverteilungen.

In der Wohlfahrtsanalyse wurden Planungsszenarien (healthcare planning scenarios, HPS) hinsichtlich ihres Wohlfahrtswerts verglichen. Dazu wurde das Patientenaufkommen im Jahr 2035 anhand einer Bevölkerungsfortschreibung geschätzt.

Im Basisszenario boten alle 142 Krankenhäuser die thoraxchirurgische Behandlung von Lungenkrebs weiterhin an, die dies auch im Jahr 2025 tun. Davon ausgehend wurden etwa 60 Millionen Alternativszenarien simuliert, in denen unterschiedlich viele dieser Krankenhäuser weiterhin Lungenkrebsoperationen anbieten.

Ergebnisse

Die Untersuchung der Beziehung zwischen geografischer Erreichbarkeit und Krankenhauswahl im Rahmen des Discrete-Choice-Experiments ergab, dass Unterschiede in den Fahrzeiten zwischen 30 und 60 Minuten für repräsentative Entscheidungen nicht relevant waren. Die Befragungsergebnisse deuten darüber hinaus auf eine mit der Reisezeit sinkende Reisebereitschaft hin. Bei einer Ein-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit von 90% und einer Fahrtzeit von 60 Minuten würde eine repräsentative Person eine zusätzliche Fahrtzeit von 66 Minuten für eine Erhöhung der Ein-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit um 1 Prozentpunkt akzeptieren.

Wenn diese Person bereits 240 Minuten unterwegs war, würde sie eine zusätzliche Fahrtzeit von nur noch 23 Minuten in Kauf nehmen. Hinsichtlich der Planungsszenarien zeigte sich, dass Versorgungslandschaften mit weniger als 142 Standorten zu erheblichen Wohlfahrtsverbesserungen führen können. Die besten 1.000 Szenarien umfassten hierbei 15 bis 22 Standorte. Das Szenario mit dem höchsten Wohlfahrtswert hatte 19 Standorte. Die durchschnittliche Fahrtzeit stieg von 40 auf 54 Minuten und die Überlebensrate stieg von 89,1% auf bis zu 93,6%.

Eine Vielzahl solcher nahezu äquivalenten Szenarien wurde im Rahmen der Analyse identifiziert. Die Ergebnisse zeigen – so die Autorengruppe – auch, dass die geografische Verteilung der Behandlungsorte im Falle einer Zentralisierung eine Schlüsselrolle für das Wohl der Patient:innen spielt. Das Modell zeigte zudem mehrere nahezu gleichwertige, wohlfahrtsoptimale Szenarien und bietet damit einen gewissen Entscheidungsspielraum.

Im Fazit (2) schrieben die Autor:innen, dass ihre Ergebnisse ein erhebliches Potenzial zur Verbesserung der Versorgung durch eine wohlfahrtsbasierte Versorgungsplanung aufweisen würden. Am Beispiel der thoraxchirurgischen Behandlung von Lungenkrebs hätte gezeigt werden können, dass eine deutliche Reduktion der Anzahl der Behandlungsorte zu einer Verbesserung der Ein-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit führen würde, während die Reisezeit größtenteils nur geringfügig zunimmt. Angesichts der hohen Bedeutung, die Menschen dem Überleben im Vergleich zur Reisezeit beimessen, könnte eine Zentralisierung zudem zu „erheblichen Wohlfahrtsgewinnen" führen. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Link:

1: https://www.researchsquare.com/article/rs-6169339/v1

2: https://www.bifg.de/publikationen/epaper/10.30433/ePGSF.2025.001

iGES | CSG

Ihr Partner für

Anwendungsbegleitende Datenerhebungen

VERFAHRENSBEGLEITUNG | KONZEPTION DER STUDIENDOKUMENTE | DURCHFÜHRUNG & MONITORING



Darstellung der Methodik

- Q1
- Q2
- Q3
- Q4

Von der Verfahrenseinleitung bis zur erneuten Nutzenbewertung

csg-germany.com | pharma.iges.com

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „IGES 2.0: gemeinsam stärker und weiter nach Europa", in „Monitor Versorgungsforschung" (02/25), S. 14. http://doi.org/10.24945/MVF.02.25.1866-0533.2701

IGES Gruppe setzt Internationalisierung fort und wird Teil der athagoras Gruppe

IGES 2.0: gemeinsam stärker und weiter nach Europa

„Im Beratungsgeschäft braucht man heutzutage nicht mehr anzutreten, wenn man Europa nicht kann." Nach diesem Motto hat der Eigner der IGES-Gruppe, Prof. Dr. Bertram Häussler, seit rund einer Dekade aus eigener Kraft heraus das Unternehmen mit acht europäischen Länderorganisationen – von Italien über Großbritannien bis Norwegen – aufgebaut. Nun zündet Häussler, Eigner der Gruppe, die nächste Ausbaustufe, indem er einen Großteil seiner Anteile an die athagoras Gruppe, ein ebenfalls international aufgestelltes Beratungsunternehmen im Health-Science-Bereich, überträgt. Das bringt der IGES Kapital für die weitere Expansion, vor allem aber Kompetenzgewinne in den Bereichen Zulassung, Marktzugang und Pharmakovigilanz sowie künstlicher Intelligenz (KI).

>> Der bisherige EU-Ausbau hat laut Häussler „unglaublich viel Kapital gekostet". Das Wachstum wurde bislang zum großen Teil über Bankdarlehen finanziert und aus dem Cashflow zurückgezahlt. Mit den so entstandenen sieben Tochtergesellschaften plus einer Niederlassung in Europa ist IGES (1) „schon viel größer als jemand, der gar nichts hat", meint Häussler, „aber trotzdem noch vergleichsweise schwach, wenn es um wirklich ganz große Projekte geht".

IGES hat als in Privateigentum geführtes Unternehmen viel geschafft und sich eine gute, wenn nicht gar hervorragende Position erarbeitet: Die 15 Unternehmen der Gruppe (davon beschäftigen sich 13 mit Gesundheit) bearbeiten seit 1980 für ihre Kunden Fragestellungen aus den Bereichen Gesundheit, Mobilität, Bildung und Wohnen. „Wir haben einen tollen Punkt erreicht", gibt Prof. Dr. Bertram Häussler, der Eigner und Leiter der IGES-Gruppe, gegenüber „Monitor Versorgungsforschung" zu Protokoll, „doch nun beginnt mit richtig großem Finanzaufwand die Reise hinter diesem Punkt".

Mit den Potenzialen der athagoras Gruppe (2), sie sich wiederum über die Investmentgesellschaft Greenpeak Partners (3) finanziert, baut IGES künftig auf eine starke Partnerschaft bei gemeinsamer Markterschliessung und Weiterentwicklung des Leistungsportfolios. Athagoras schreibt selbst auf ihrer Homepage: „Wir stellen die finanziellen Ressourcen bereit, die Ihr Unternehmen benötigt, um auch in Zukunft erfolgreich zu wachsen. So können sie Einschränkungen und Engpässe hinter sich lassen und erfolgreich expandieren, um langfristig eine tragende Rolle im Markt zu spielen." Und weiter: „Wenn Sie sich athagoras anschließen, sichern Sie die Zukunft Ihres Unternehmens. Durch Zugehörigkeit zu einem starken Unternehmensverbund können Sie Schwierigkeiten besser meistern und erfolgreich expandieren, um langfristig eine tragende Rolle im Markt zu spielen. Ihr Name und Ihre Unternehmenskultur wird dabei bewahrt."



Prof. Dr. Bertram Häussler

Genau diese Aussagen scheinen Häussler überzeugt zu haben. Er sagt: „Ich bleibe nach wie vor der Vorsitzende der Geschäftsführung der IGES-Gruppe. Daran ändert sich nichts." Der Vorteil ist für Häussler jedoch die Verlängerung der Werkbank durch die enormen Synergiepotenziale der Partner. Die Wahrscheinlichkeit, dass man einen zufriedenen Kunden über die gesamte Wertschöpfungskette, bis zum Market Access und darüber hinaus bis zur Pharmakovigilanz, dem Einsatz von KI und Real World Evidenz betreuen kann, steigt durch den Zuwachs an Kompetenzen und Erfahrungen.

Das beginnt beispielsweise schon bei Unternehmen, die sich mit „Regulatory Affairs" beschäftigen. Hier denkt Häussler vor allem an die englische S-cubed Ltd (4), die eidgenössische MIGx AG (5) und ein ebenfalls neu akquiriertes, nordeuropäisches athagoras-Unternehmen namens Quantify Research (6). Das Unternehmen mit Standorten in Stockholm, Chandigarh, Kopenhagen, Helsinki und Oslo wurde erst 2011 gegründet, betreut aber immerhin neunzehn der zwanzig weltweit führenden Pharmaunternehmen in drei Kernbereichen: Real-World Evidence and Analytics (RWEA), Modelling, Access & Strategy (MAS) und Evidence Review & Synthesis (ERS).

„Die Integration von IGES in die athagoras Gruppe mit ihren starken Unternehmen in den Bereichen Digitalisierung, Datenmanagement, Real-World- Evidence und Regulatory Affairs schafft optimale Synergien für alle Kundengruppen", erklärt dazu Häussler. So könne IGES seinen internationalen öffentlichen und privaten Kunden aus dem Gesundheitsbereich im athagoras-Verbund eine noch stärkere Plattform bieten. Im Verbund könnten die Kompetenzen in den Bereichen Gesundheitssysteme, Health Technology Assessment, Market Access sowie Medizintechnik und Pharma „zukunftsorientiert, datenbasiert und KI-gestützt optimal eingesetzt werden.

Der CEO von athagoras, Dr. Roman-Marcus Rittweger, der Branche bekannt als Gründer von ArztPartner almeda und der digitalen Krankenkasse ottonova, setzt hinzu, dass „die Unternehmen der athagoras Gruppe durch die IGES Gruppe zu einem integrierten Anbieter im Bereich Lifesciences, Innovation und Gesundheitssysteme" werden. Dies natürlich vice versa: „Die IGES Gruppe ergänzt unsere bestehenden Kompetenzen optimal, um die Herausforderungen unserer Kunden in den komplexen Gesundheitssystemen zu meistern. Ich freue mich, dass wir für diese Integration Bertram Häussler gewinnen konnten, der als Vorsitzender der unveränderten Geschäftsführung die IGES Unternehmen als Teil der athagoras-Gruppe führen wird". <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Links
1: https://www.iges.com/
2: https://athagoras.com/
3: https://www.greenpeak-partners.com/
4: https://www.s-cubed-global.com/
5: https://migx.ch/
6: https://quantifyresearch.com/

GESUNDHEITS·
FOREN

13. Mai 2025 | Leipzig

7. FRÜHJAHRSTAGUNG – DIE KRANKENVERSICHERUNG IM WANDEL

Freuen Sie sich auf folgende Themen:

- Gesundheitspolitik nach der Wahl
- Prävention als Wegbereiter für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem
- ePA und die Herausforderungen nach der Einführung
- KI zwischen Business und Ethik
- Ressourcenschonende und kosteneffiziente Gesundheitsversorgung

Bei Fragen gern für Sie da



Dr. Katja Bauer
+49 341 98988 329
bauer@gesundheitsforen.net

Jetzt entdecken:



„Grundstein für Weiteren lung von Gesundheitsyst

Im Interview: Prof. Dr. Oliver Gröne, Chief Scientific Officer und Leiter Forschung der OptiMedis AG

Prof. Dr. Oliver Gröne, Chief Scientific Officer und Leiter Forschung der OptiMedis AG sowie Mitglied des PaRIS-SUR-Konsortiums, geht davon aus, dass der OECD-Initiative „Patient-Reported Indicator Survey" (PaRIS) eine ähnliche Bedeutung wie das OECD-„Programm for International Student Assessment" (PISA) zukommen wird. Der erste Flagship-Report wurde kürzlich öffentlich vorgestellt. Der Survey soll künftig alle vier Jahre durchgeführt werden und dabei einen – so Gröne – „wirklich einzigartigen Satz von Indikatoren" zur Weiterentwicklung der teilnehmenden (bisher) 19 Länder liefern. Deutschland und Österreich sind bisher jedoch, anders als die Schweiz, als deutschprachige Länder nicht vertreten.

>> Der Patient-Reported Indicator Survey (PaRIS) ist eine Initiative der OECD, bei der einige Länder gemeinsam an der Entwicklung, Standardisierung und Umsetzung einer neuen Generation von Indikatoren arbeiten, die die Ergebnisse und Erfahrungen der Gesundheitsversorgung messen, die für die Menschen am wichtigsten sind. Das erklärte Ziel des 2017 im Auftrag der OECD-Gesundheitsminister initiierten Surveys (1): eine neue internationale Erhebungsmethodik für PROMs und PREMs zu entwickeln und damit zu einer stärkeren Ausrichtung der Gesundheitssysteme auf eine patientenzentrierte Versorgung zu führen. Vor kurzem wurden die ersten Ergebnisse vorgestellt (2): Was, Herr Professor Gröne, haben Sie als Mitglied des PaRIS-SUR-Konsortiums (3) bis heute getan? Was hat denn so lange gedauert, wohlwissend, dass nach acht Jahren einige Studienergebnisse veraltet sein werden?

„Wir hoffen natürlich alle, dass Deutschland als ein großes und wichtiges Land in Europa das nächste Mal an dieser wichtigen Studie teilnehmen wird."

Das ist sicher eine berechtigte Frage. 2017 hat das OECD Health Ministerial Meeting unter Vorsitz des Gesundheitsministers des Vereinigten Königreichs, Jeremy Hunt – übrigens war der damalige deutsche Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe eine der beiden stellvertretenden Vorsitzenden – den Grundstein für PaRIS gelegt. Damals wurde zum ersten Mal überhaupt darüber beraten, was man genau wissen und was man erreichen will.

Der Zweck dieses Treffens im Januar 2017 der 35 OECD-Mitgliedsstaaten war es, Optionen zur Gestaltung und Umsetzung der „nächsten Generation von Gesundheitsreformen" (4) auszutauschen. Unter anderem wurden die OECD-Ländern aufgefordert, die Neuausrichtung der Gesundheitssysteme auf mehr Wissen zu basieren. Kurz: PaRIS war geboren.

twick-

emen"

Exakt. Das war zunächst aber nur die Aufforderung der OECD-Gesundheitsminister an ihre Länder, einen solchen Survey zu ermöglichen. Dabei ist PaRIS übrigens absolut vergleichbar mit den international angelegten Schulleistungsuntersuchungen, die seit 2000 unter dem inzwischen allseits geläufigen Begriff „PISA" in vielen Mitgliedstaaten der OECD durchgeführt werden. Als das „Programm for International Student Assessment", kurz PISA, konzipiert wurde, wurde es auch nicht von einem Tag auf den anderen eingeführt. Damals musste man sich auch erst ganz genau überlegen, was überhaupt ein Bildungssystem ist und was es leisten muss und wie man die unterschiedlichen Systeme miteinander vergleichen kann. Genau dieser Grundsatzarbeit standen wir auch bei PaRIS gegenüber.

Wie wurde vorgegangen?

Innerhalb der OECD wurde in verschiedenen Gremien zwei Jahre lang darüber beraten, wie diese Studie aussehen und was sie leisten soll. Dann wurde die Arbeit zur Methodenentwickklung des Surveys international ausgeschrieben und von einem Konsortium gewonnen, zu dem das Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL) als Konsortialführer, die Universität Exeter, das Avis Donabedian Research Institute (FAD), IPSOS und Optimedis gehören. 2019 begann die Design- und Entwicklungsphase, zwei Jahre danach startete der erste Feldversuch und 2023 die Hauptumfrage. Die sich daraus abgeleiteten Ergebnisse zu einer ganzen Reihe von Variablen von über 100.000 Patient:innen und 1.800 Hausarztpraxen in 19 Ländern wurden schließlich im Februar 2025 öffentlich vorgestellt.

Das heißt, dass der Survey eigentlich erst rund vier Jahre aktiv ist.

Stimmt. Doch wurden in diesen vier Jahren die vorher designten Instrumente und Messkriterien getestet, verglichen, überarbeitet und weiterentwickelt. Und nicht zu vergessen: sehr aufwendige Gespräche mit Vertretern aus über 25 Ländern geführt. Und das alles in einer sehr schwierigen Zeit, die von Corona dominiert war. Dann musste eine Rekrutierungsstrategie in Praxen der teilnehmenden Länder erarbeitet, in diverse Sprachen übersetzt und durchgeführt werden, über die wiederum die Patienten rekrutiert wurden. Nun sollen die Patient-Reported Indicator Surveys als erste internationale Umfrage ihrer Art alle vier Jahre durchgeführt werden und einen wirklich einzigartigen Satz von Indikatoren liefern. Diese sollen zeigen, wie Menschen ab 45 Jahren, die an chronischen Krankheiten leiden, die Leistungen von Primärversorgungsmodellen erleben und wie sich dies auf ihr Leben auswirkt – unabhängig von Geschlecht, Einkommensniveau oder Bildung.

Demnach ein Investment in die Zukunft.

Aber sicher. Der bisher von uns bisher geleistete Aufwand fällt in Zukunft weit geringer aus. Das besondere ist aber, dass nun auch langfristige Vergleiche möglich sein werden. Selbst wenn die ersten aktuellen Ergebnisse – was mit Sicherheit der Fall sein wird – irgendwann einmal veraltet sind, werden sie eine Art Nullpunkt darstellen, der in vielen anderen Studien fehlt. Damit haben wir einen sehr soliden Grundstein für die Weiterentwicklung von PaRIS und damit aller Gesundheitssysteme der teilnehmenden Länder gelegt.

Indes nicht für Deutschland und fünf weitere Länder, darunter Österreich. Was waren die Gründe für deren Enthaltsamkeit?

Es gab sicher eine Reihe von Gründen, die auch bei der öffentlichen Präsentation der Ergebnisse durch die OECD abgefragt wurden (5).

Warum haben Ihrer Ansicht nach Deutschland und Österreich, die beide mit der OECD im Gespräch waren, nicht mitgemacht?

Ich kann natürlich nicht für die Länder antworten, das müssen sie schon selbst tun. Es war aber wahrscheinlich eine Aneinanderreihung von Gründen oder einfach nicht der richtige Zeitpunkt. Vielleicht fehlte den Entscheidern auch der Einblick, wie genau die Studie aussehen wird. Oder wie es beim Treffen der OECD Anfang Februar ausgedrückt wurde: Die Mutigen haben sich in einen Zug gesetzt, ohne genau zu

wissen, wohin er genau fährt. Man kannte ungefähr die Richtung, aber nicht die konkreten Variablen und Messinstrumente. Und vor allem: Keiner wusste vorher, wo sein Land später stehen wird. Das wird nun in der zweiten Phase ein bisschen einfacher, weil man weiß, was genau erhoben wird und mit höherer Sicherheit im Voraus vorhersagen kann, wo man im Vergleich zu anderen Ländern und Systemen rangiert. Die OECD führt dazu aktuell Gespräche mit weiteren Ländern und natürlich auch mit Deutschland. Wir hoffen natürlich alle, dass Deutschland als ein großes und wichtiges Land in Europa das nächste Mal an dieser wichtigen Studie teilnehmen wird.

Warum wurde und wird auch künftig die Studie nur im ambulanten Bereich durchgeführt? Man kann die Primärversorgung nun einmal nicht losgelöst vom gesamten Versorgungsprozess sehen kann.

Das stimmt schon. Deswegen war es uns ganz wichtig zu sehen, wie die Patient:innen ihre Versorgungskontinuität wahrnehmen. Wir wissen alle, dass es gerade am Sektorenübergang – vor allem in Deutschland – viele Baustellen gibt. Auch international sehen wir, dass es am Übergang von ambulanten zum stationären Bereich enorme Entwicklungsmöglichkeiten existieren und hier sicherlich an erster Stelle der Faktor „Koordinierung" zu nennen ist.

Warum wurde nur die Primärversorgung in PaRIS eingeschlossen?

Natürlich ist die integrierte Versorgung ausschlaggebend für den Gesamtbehandlungserfolg und von daher auch bei der OECD ein großes Thema, dem in diversen Studien nachgegangen wird. Doch ist der Ansatz, die hausärztliche Versorgung im internationalen Vergleich abzubilden, schon schwierig genug. Den gesamten Versorgungsprozess abbilden zu wollen, ist schier zu komplex.

Zudem wurden im vorliegenden Bericht auch nur die Ergebnisse von zehn Schlüsselindikatoren in allen teilnehmenden Ländern veröffentlicht. Warum das? Was verstehen Sie unter Schlüsselindikatoren?

Die im PaRIS-Flagship-Report von der OECD favorisierten Schlüsselindikatoren umfassen fünf PROMs und fünf PREMs (7), wobei alle auf validierten und getesteten Instrumenten basieren und nach Diskussionen mit der Arbeitsgruppe von PaRIS, dem Gesundheitsausschuss und anderen Expert:innen – unter anderem dem von Nivel geleiteten PaRIS-SUR-Konsortium, dem auch Optimedis angehört (3) – und Interessenvertreter:innen ausgewählt wurden.

Warum genau 10?

Diese 10 wurden von der OECD als zentral für den Bericht angesehen. Auf die sollten wir uns auch fokussieren.

Geschah das aus politischen oder wirklich wissenschaftlich fundierten Gründen? Je nachdem welche Indikatoren man wählt, fallen die Ergebnisse doch anders aus.

Da haben Sie völlig recht. Die OECD hat aber das ParSIS-SUR-Konsortium, dem ich persönlich angehöre, beauftragt, die für den Survey nötigen Methoden zu entwickeln, die Daten zu sammeln und zu analysieren. Nach Ende der Auswertungsphase hat die OECD von uns ein großes Paket unterschiedlicher Analysen erhalten, von denen eine Auswahl in den nun vorliegenden Bericht eingeflossen ist. Ich glaube durchaus, dass wir als Konsortium behaupten können, dass die Analysen, die im aktuellen Bericht veröffentlicht wurden, auch die wichtigsten sind, die wir als Konsortium als maßgeblich vorgeschlagen haben. Zudem beinhaltet der fast 300-seitige Bericht viele weitergehende Analysen.

Da ist also anscheinend kein Cherrypicking passiert. Was hat Sie negativ wie positiv bei den Ergebnissen überrascht?

Das Negative ist tatsächlich, dass wir eine hohe Variabilität bei den untersuchten Ländern gesehen haben. Dass es eine gibt, war schon vorher klar. Doch fiel das Ausmaß dieser Variabilität dann doch häufig sehr hoch aus und hat uns schon sehr überrascht. Das hier zu Tage getretene Ausmaß zeigt uns mehr als deutlich, dass man einerseits alle Ratings mit Ranglisten und Vergleichen mit höchster Vorsicht genießen muss. Andererseits zeigt uns dieses Ausmaß auch, dass wir es in eigentlich allen Ländern bisher noch nicht geschafft haben, die dafür ausschlaggebenden Gründe zu verringern.

Welche Gründe wären das?

Es existieren in allen Gesundheitssystemen starke Ungleichheiten, das ist eine der größten Baustellen, die diese Studie aufgezeigt hat.

Könnten Sie den Begriff Ungleichheiten detaillierter fassen?

Hier ist zum einen der Genderbezug zu nennen: Frauen werden, das zeigen viele Studien, in der Medizin häufig benachteiligt. Weitere Ungleichheiten sind mit dem Einkommen, der sozialen Position und der Sprachfähigkeit sowie der Health Literacy verbunden. All die hier genannten Faktoren bilden quasi eine zementierte Ungleichheit in allen Gesundheitssystemen der Welt. Die Unzahl der durch sie ausgelösten Gaps, führt dazu, dass genau die Menschen, die eine gute Gesundheitsversorgung oft am nötigsten hätten, durch die groben Maschen des Primärversorgungssystems fallen und an anderer Stelle mit höheren Versorgungsbedarfen und mit weit höheren Versorgungskosten wieder auftauchen.

Die Konklusion daraus?

Kein Gesundheitssystem der Welt tut sich einen Gefallen, wenn die sozial schwachen und vulnerablen Patientengruppen aus welchen Gründen auch immer nicht ausreichend berücksichtigt und versorgt werden.

Hat das mit Zugang oder mit Qualität zu tun oder mit beiden?

Mit beidem würde ich sagen. Schon alleine der Faktor Zugang hat viele Komponenten und Dimensionen. Das kann der physische Zugang sein. Oder schon das grundlegende Problem, die richtige Arztpraxis zu identifizieren, den Weg dorthin zu finden oder die Praxis überhaupt zu erreichen – Behindertengerechtigkeit ist zum Beispiel leider nicht überall gegeben. In deutschen Städten liegt beispielsweise eine Arztpraxis im Schnitt unter einem Kilometer vom Wohnort entfernt, in vielen anderen Ländern ist das nicht der Fall. Dazu kommen viele anderen Fragen, wie: Wie wähle ich eine gute Ärzt:in aus? Oder: Wie bekomme ich zeitnah einen Termin? Was bekomme ich erstattet und was nicht? All diese Faktoren erzeugen viele Zugangsbarrieren, die vulnerable Gruppen im Vergleich zu denen, die finanziell und von ihrer Health Literacy her besser gestellt sind, besonders stark treffen.

Gibt es denn auch Positives zu vermelden?

Eine positive Erkenntnis ist, dass auf der einen Seite eine hoch-

wertige Versorgung nur bis zu einem bestimmtem Grad mit den Gesundheitsausgaben korreliert. Denn auf der anderen Seite gibt es auch gute Beispiele von Ländern, die mit niedrigeren Gesundheitsausgaben sehr gute Ergebnisse erzielen.

„PaRIS zeigt, dass Länder, die mehr für Gesundheit ausgeben, zwar tendenziell bessere Gesundheitsergebnisse erzielen, es aber auch mit geringeren Gesundheitsausgaben möglich ist, gute Ergebnisse zu erzielen," sagte dazu OECD-Generalsekretär Mathias Cormann bei der Vorstellung der PaRIS-Ergebnisse.

Länder wie Australien, Kanada und die Schweiz geben überdurchschnittlich viel für die Gesundheitsversorgung aus und erzielen damit überdurchschnittliche Ergebnisse hinsichtlich der Einschätzung der Versorgungsqualität durch die Patienten. Die (moderat) positive Korrelation zwischen Gesundheitsausgaben gilt aber nur für drei der zehn Kernindikatoren. Andererseits geben Länder wie Frankreich, Slowenien oder Tschechien weniger als der Durchschnitt aus, erzielen aber dennoch sehr gute Ergebnisse. Die Mehrzahl der Kernindikatoren hängt nicht vorrangig von den Gesundheitsausgaben ab. Das ist eine wichtige Erkenntnis gerade für Länder wie Deutschland, die schon enorm viel in die Gesundheitsversorgung investieren.

Gehen wir auf ein Ergebnischart ein, in dem die teilnehmenden Länder untereinander aufgelistet worden sind, um darzustellen, wo sie im Vergleich zum OECD-Durchschnitt liegen. Ganz oben rangiert die Schweiz: ein wahres Musterland der Primärversorgung (6)?

Wichtig ist festzuhalten, dass es sich um einen Vergleich zum Durchschnitt handelt. Die Schweiz liegt bei diesem Vergleich sehr weit oben und hat bei vielen der zehn Schlüsselindikatoren sehr gut abgeschnitten. Das Ergebnis ist erst mal schön für unser Nachbarland. Das bedeutet aber nun nicht, dass sich die Eidgenossen zurücklehnen könnten. Dass sich die Schweiz trotz ihres hohen Gesundheitsbudgets nicht zurücklehnen darf, zeigen tiefergehende Analysen. Wir haben nämlich nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb der Länder hohe Variabilitäten gesehen. So bestehen zum Teil erhebliche regionale Unterschiede sowie eine gravierende Variabilität der Ergebnisse auf Praxisebene. Alleine das zu wissen, ist schon ein Gewinn für sich: Nun kann man anhand einer solchen Betrachtung weiterführende Fragen stellen wie etwa: Warum läuft es in einem Kanton, sprich Bundesland, besser als in anderen? Woran liegt es, dass einige Praxen in gleicher Region eines Landes hervorragende Ergebnisse erzielen und andere nicht? Die Zahl gut ausgebildeter Ärzt:innen und Pfleger:innen ist in der aktuellen Erhebung dabei sehr relevant. Aber auch die Praxisorganisation (Digitalisierung, Verknüpfung) hat erhebliche Auswirkungen auf die Erfahrungen und Gesundheitsergebnisse von Patienten.



Prof. Dr. Oliver Gröne, PhD MSc

ist Chief Scientific Officer und Leiter Forschung der OptiMedis AG. Von 2015 bis 2017 war er Leiter des Bereichs Forschung & Entwicklung bei der OptiMedis AG. Von 2011 bis 2015 entwickelte er als Associate Professor an der London School of Hygiene and Tropical Medicine Verfahren zur Bewertung und Verbesserung der Versorgungsqualität. Seit Anfang 2023 ist er Professor am Department für Management und Unternehmertum der Fakultät für Wirtschaft und Gesellschaft der Universität Witten/Herdecke

Was waren für Sie persönlich die wichtigsten Hauptindikatoren, die Gesundheitssysteme dazu befähigen, besser zu werden?

Der eben erschienene Bericht hat immerhin knapp 300 Seiten, indem alle über 150 Indikatoren und die Vielzahl der durch sie generierten Ergebnisse sehr detailliert beschrieben sind. Je nachdem wie man diese Indikatoren analysiert oder welche Indikatoren man miteinander kombiniert, entstehen immer weitere Erkenntnisse. Ich habe zwar durchaus persönliche Favoriten, glaube aber schon, dass die von der OECD ausgewählten zehn Indikatoren sehr gut in der Lage sind, eine stimmige Zusammenfassung dessen zu geben, was von uns erhoben wurde.

Wie lautet Ihr zentrales Ergebnis?

Auch hier muss ich auf den Bericht verweisen, weil die Ergebnisse einfach zu vielfältig und alle gleichsam wichtig sind. Doch eine Erkenntnis steht nicht explizit darin: Man muss PROM und PREM kombinieren, wenn man zielführende Ergebnisse erzeugen will. Erst die Mischung aus Ergebnissen und patientenberichteten Erfahrungen gibt uns ganz wichtige Hinweise darauf, wie die Patient:innen nicht nur die Versorgung erleben, sondern was sie ganz persönlich davon haben. Das Ganze darf man natürlich nicht von den tatsächlich erzielten Gesundheitsergebnissen loslösen, doch werden diese ein Stück weit relativiert. Ich habe mich darum sehr gefreut, dass es das Konsortium geschafft hat, zwei Aspekte in dieser Studie zu verankern, die vielleicht in dieser Tiefe so nicht vorgesehen waren.

Welche meinen Sie?

Das ist zum einen die koordinierte Versorgung und zum anderen das Selbstmanagement, genauer gesagt: das Vertrauen in das Selbstmanagement und die Selbstmanagementkompetenz an sich. Das ist eigentlich auch ganz logisch, da es sich beim PaRIS-Survey um eine Erhebung unter chronisch Kranken handelt, bei denen Selbstmanagement nun einmal ganz zentral ist. Wir wissen zum Beispiel aus vielen Studien, dass bei der Diabetikerversorgung zwei Stunden Arztkontakt rund 6.000 Stunden Selbstmanagement gegenüberstehen – pro Jahr versteht sich.

Da stellt sich doch sicherlich die Frage, wie wir Patient:innen be-

Zitationshinweis

Gröne, O., Stegmaier, P.: „Grundstein für Weiterentwicklung von Gesundheitsystemen", in „Monitor Versorgungsforschung" (02/25), S. 16–21. http://doi.org/10.24945/MVF.02.25.1866-0533.2702

fähigen können, eine noch aktivere Rolle im Selbstmanagement ihrer Gesundheit einzunehmen und welche Rolle der Ärzteschaft zukommt.

Genau das sind meine beiden persönlichen Favoriten. Der Survey gibt uns zum einen eine gute Evidenz dafür, was eigentlich gemacht werden sollte, um das Selbstmanagement zu verbessern, zum anderen zeigt er der genau die Istsituation in der Primärversorgung und den großen Gap zwischen Zu erwartendem und der Realität. Dass es hier einen enormen Entwicklungsbedarf gibt, wissen wir natürlich bereits aus vielen anderen Quellen, doch geben uns die PaRIS-Anlaysen der abgefragten Indikatoren für die Weiterentwicklung des Selbstmanagements exzellente Hinweise.

Zum Beispiel, ob in bestimmten Gesundheitssystemen Lotsen eingesetzt werden oder nicht?

Das ist sicherlich ein Modell, das man auf Basis der mit PaRIS vorliegenden Erkenntnisse untersuchen könnte. Das ist in dieser Studie nicht der Fall gewesen, weil das Lotsenkonzept zwar international bekannt ist, aber bislang nicht standardisiert eingesetzt wird, sodass man die damit erzielbaren Outcomeverbesserungen auch nicht vergleichen kann.

Ließen sich nicht aus den über 150 Indikatoren, die in zwei Fragebögen – einmal für die Patient:innen, zum anderen für die Ärzteschaft – Ableitungen treffen?

Sicher ginge das. PROMs und PREMs bilden den aktuell erlebten Gesundheitszustand auf Basis sozialer und struktureller Merkmale ab – das ist die Einheit „Patient". Über die von Optimedis entwickelten Providergebühren kommen Ergebnisse dazu, die die strukturelle Versorgungsrealität abbilden: Wie ist die Praxis aufgestellt in Bezug auf die Vernetzung der Daten? Wie kommt ein Patient an Termine? Wie lang dauert das? Funktioniert das datenelektronisch?

Um auf die Frage der Lotsenfunktion zurückzukommen …

… haben wir bei den Ärztefragebögen einige Fragen eingebaut zum Thema „Care Planning" und „Care Management". Hier wurde erhoben, wie der geplante Versorgungsprozess durch den Hausarzt verläuft, und zwar in Bezug auf das, was vorher geschah und auf das, was nachher geschehen soll. Dazu zählen Fragen wie: „Wie bekommt die Hausärzt:in Informationen darüber, was andere Ärztegruppen – auch Fachärzt:innen - gemacht haben?" „Wie leitet die behandelnde Ärzt:in die zur Weiterbehandlung nötigen Informationen weiter?" „Gibt es überhaupt ein Behandlungsplan für die Patient:innen?"

Gibt es einen solchen?

Selten. In vielen Ländern geschieht Versorgung selbst chronisch Kranker eher sporadisch und die Patient:in kommt von sich aus im nächsten Quartal wieder. Anders beispielsweise in Kanada: Dort ist das Konzept des Versorgungsplans sehr gut verankert, indem für ein Jahr oder ein halbes ein genauer Behandlungsplan erstellt wird, was wann geschehen soll. Plan und Aktionen werden dann strukturiert erfasst und überprüft.

Könnte man an der Stelle eine Lotsenfunktion untersuchen?

Könnte man sicher. Die wichtige Frage lautet nicht nur, wie der einmal erstellte Plan erfüllt wird, sondern wie die Patient:innen dabei unterstützt werden können und müssen, dabei möglichst aktiv mitzuwirken. Genau das ist die Aufgabe eines Lotsen. Mal sehen, ob wir Hinweise dazu in weiteren Berichten sehen werden. Denn der vorliegende 300 Seiten starke Flagship-Report ist nur der erste von vielen weiteren. Doch gibt es noch so viele andere Möglichkeiten, die uns vorliegenden Daten zu analysieren – schon jetzt sind 20 Papers dazu in der Pipeline.

Was können die teilnehmenden Länder lernen, um ihre Gesundheitssysteme zu verbessern?

Das kommt auf das jeweilige System an. Bei jüngeren – ich denke da zum Beispiel an Saudi Arabien – sehe ich große Chancen für Veränderungen. Ältere, seit langem etablierte Systeme haben hingegen meist eine hohe Pfadabhängigkeit entwickelt, die es erschwert, eine Weiterentwicklung auf den Weg zu bringen. Dennoch lohnt sich für alle ein tiefer gehender Blick in die nun vorliegenden Daten. Es können sehr interessante Erkenntnisse entstehen, wenn man auf der Ebene einzelnen Indikatoren vergleicht, welches Land besonders gut dasteht und welches nicht und die dafür verantwortlichen Gründe in einem zweiten Step tiefer analysiert.

Was könnte der neue oder der alte Gesundheitsminister lernen, auch wenn Deutschland beim ersten Survey nicht teilgenommen hat?

Der zukünftige Gesundheitsminister, wer immer es auch sein wird, könnte sich zu zuallererst über die Studie informieren und sollte sich sehr gut überlegen, ob Deutschland an Runde 2 in vier Jahren teilnimmt. Zweitens sollte man darüber nachdenken, wie man PROM und PREM stärker in der Versorgung verankern kann, natürlich nur da, wo es sinnvoll ist, anstatt mit dem berühmten deutschen Gießkannenprinzip alles – und damit viel unnützes – erheben zu wollen. Drittens wäre es aufgrund der PaRIS-Ergebnisse sinnvoll, sich zu überlegen, wie man die in Deutschland sehr starke Primärversorgung besser in die gesamten Behandlungsprozess integrieren und alle Akteure informativ besser verknüpfen kann. Die sich nun in der Rolloutphase befindliche EPA kann hier eine ganz wichtige Rolle einnehmen, wenn es damit gelingt, eine sinnstiftende Informationskontinuität zu erzeugen und auf lange Sicht in eine erlebbare, stimmige Versorgungskontinuität zu überführen. Dazu wird es auch – wenn denn technisch machbar – sinnvoll sein, PROM und PREM gleich mit in die EPA zu integrieren. Das muss man aber vorher genau analysieren.

Herr Prof. Gröne, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte Chefredakteur Peter Stegmaier.

Literatur

1: https://paris-sur.org/
2: https://www.oecd.org/en/about/programmes/patient-reported-indicator-surveys-paris.html (siehe Abbildung rechts; aus: Seite 18 des Reports „Does Healthcare Deliver?")
3: https://paris-sur.org/about-us/
4: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/events/2017/1/health-ministerial-meeting-2017/ministerial-statement-2017.pdf
5: https://www.oecd.org/en/events/2025/02/launch-of-the-paris-flagship-report.html
6: Chart Ländervergleich: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/wp-content/uploads/2025/03/Chart3.pdf
7: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/wp-content/uploads/2025/03/c8af05a5-en.pdf / Seite 42

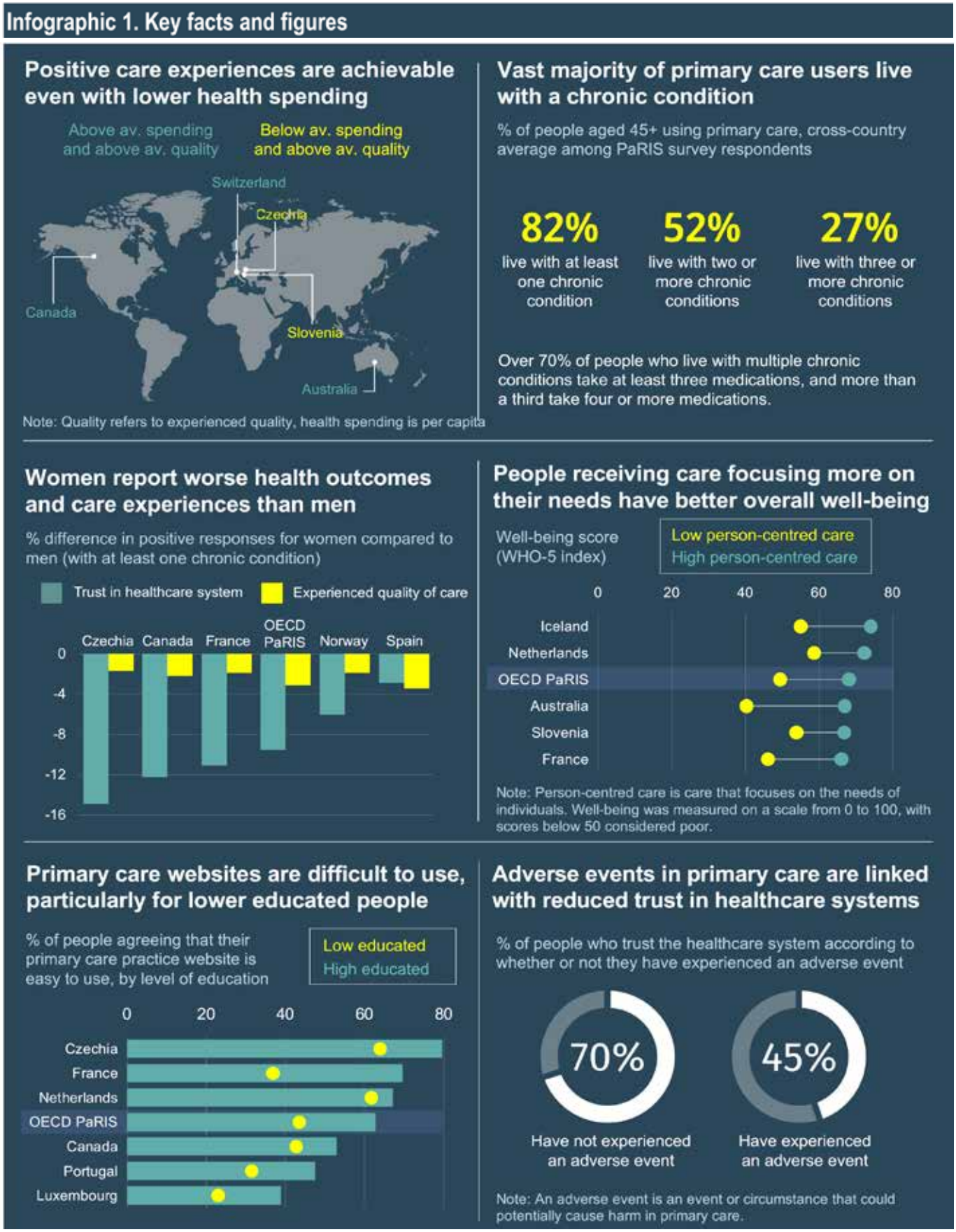


Abb. 1: Infografik 1: Wichtige Fakten und Zahlen. Quelle: OECD-Flagship-Report „Does Healthcare Deliver?", S. 18.

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Digital vor ambulant vor stationär", in „Monitor Versorgungsforschung" (02/25), S. 22. http://doi.org/10.24945/MVF.02.25.1866-0533.2703

Vorschlag der TK zur digital gestützten Ersteinschätzung und Terminvermittlung

Digital vor ambulant vor stationär

Die Techniker Krankenkasse (TK) hat sich in den vergangenen Monaten umfassend mit dem Thema der digital gestützten Ersteinschätzung und Terminvermittlung auseinandergesetzt und schlägt nun hierfür die Einführung eines strukturierten Modells vor. Das kürzlich vorgelegte TK-Konzept „Digital vor ambulant vor stationär"(1) soll Patient:innen mithilfe digitaler Unterstützung verlässlich und am medizinischen Bedarf orientiert in die richtige Versorgungsstufe lenken.

>> Der-TK-Vorschlag soll zu einer schnelleren und gerechteren Terminvergabe führen, basierend auf einer qualitätsgesicherten digitalen Ersteinschätzung sowie einer Effizienzsteigerung im Versorgungssystem durch klare Patientenzuordnung zur richtigen Versorgungsebene. Das Konzept umfasst im Einzelnen:

- eine digitale, standardisierte Ersteinschätzung des medizinischen Behandlungsbedarfs und die Empfehlung eines Behandlungspfades,
- eine zentrale Bereitstellung von Terminen durch Vertragsärztinnen und -ärzte und
- ein umfassendes Versorgungsmanagement durch die Krankenkassen als Unterstützung ihrer Versicherten

Durch diese Maßnahmenkaskade soll nach Ansicht der TK die Versorgungsqualität durch größere Aufmerksamkeit bei schweren oder komplexen Erkrankungen erhöht und zugleich die haus- und fachärztliche Versorgung entlastet werden. Für die Behandlung leichterer Fälle ist laut Aussage des Konzeptpapiers zudem ein Ausbau der digitalen Selbstversorgung, Telemedizin oder Delegation an nichtärztliche medizinische Fachkräfte vorgesehen. Laut TK wird damit die gesamte ambulante Versorgung neuer Behandlungsfälle optimiert, bereits existierende Versorgungsstrukturen wie Terminservicestellen werden weiterentwickelt und integriert.

Die drei Elemente als Grundlage für das strukturierte Modell im Detail (1):

- **Etablierung eines Ersteinschätzungsinstruments** für alle neuen Behandlungsfälle in der Regelversorgung: Grundlage sind heute schon existierende Konzepte, Versicherten ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren anzubieten. Das Ersteinschätzungsverfahren muss unabhängig vom Einsatzort – ob online, am Praxistresen oder im neu zu schaffenden Integrierten Versorgungszentrum (INZ) – standardisiert ablaufen. Nur durch eine einheitliche Anwendung kann „Ersteinschätzungshopping" vermieden werden, das andernfalls zu einer manipulativen Nutzung und ineffizienter Terminvergabe führen könnte.
- **Plattform als Weiterentwicklung des elektronischen Systems nach § 370a SGB V:** Vertragsärztinnen und -ärzte melden dorthin verpflichtend und tagesaktuell einen bestimmten Prozentsatz ihrer Behandlungskapazitäten. Der mit der Zulassung verbundene vertragsärztliche Versorgungsauftrag und -umfang wird hierfür konkretisiert. Die Plattform stellt die notwendigen Terminkontingente bereit und ermöglicht den Zugriff für Krankenkassen. Die gemeinsame Selbstverwaltung erhält den Entwicklungsauftrag für eine Normierung des Verfahrens, einschließlich der Definition der hiervon betroffenen Neupatientinnen und -patienten sowie der Terminkontingente. Grundlage für die Terminvergabe ist stets die medizinische Dringlichkeit der Behandlung. Das Ersteinschätzungs- sowie das Terminserviceinstrument müssen manipulationsresistent und diskriminierungsfrei ausgestaltet sein. Die Dringlichkeitsempfehlung der Ersteinschätzung entscheidet über den am medizinischen Bedarf orientierten Zugang. Das System berücksichtigt hierbei auch die Integration der Telematikinfrastruktur (TI) und Praxisverwaltungssysteme (PVS), um Daten effizient weiterzuleiten und die Versorgung nahtlos zu gestalten.
- **Rolle der Krankenkassen:** Die skizzierten Ideen bedeuten auch, den Krankenkassen eine aktive Rolle bei der Begleitung, Beratung und bei Empfehlungen zum Terminmanagement zu geben. Dadurch kann der Anspruch der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement besser als bisher umgesetzt werden. Dies bedeutet zugleich, die Leistungen der Terminserviceplattform (digital) kassenindividuell ausspielen zu können, um so die Versicherten bei der Terminfindung optimal zu unterstützen. <<

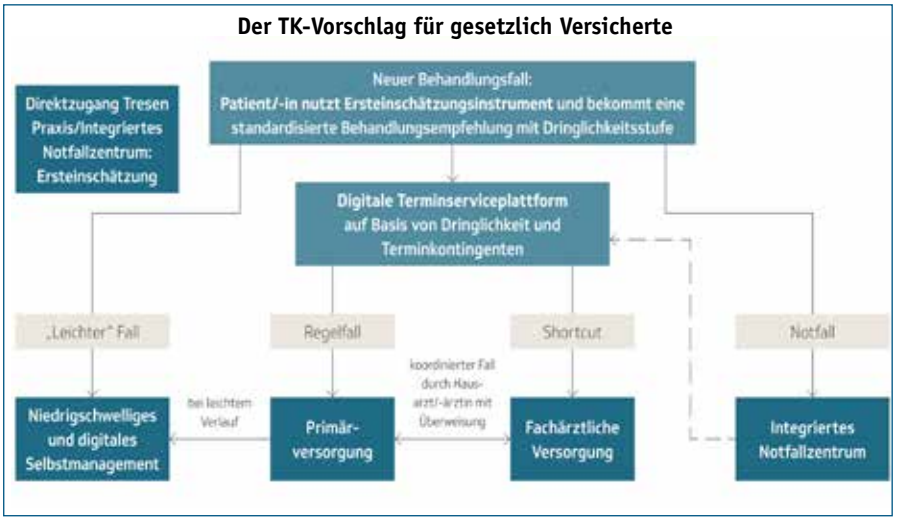


Abb. 1: Der TK-Vorschlag für gesetzlich Versicherte. Aus: Digital vor ambulant vor stationär – Vorschlag der TK zur digital gestützten Ersteinschätzung und Terminvermittlung. Quelle: TK-eigene Darstellung.

Literatur:

1: https://t1p.de/4p6tf



Revolutionen

erfordern Leidenschaft.

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

Roche

inside
VERSORGUNGS FORSCHUNG

made in
Halle/Saale



Serie (Teil 46): AG „Versorgungsforschung | Pflege im Krankenhaus" innerhalb des Departments für Innere Medizin am Universitätsklinikum Halle

Forschen in einer Modellregion für die Digitalisierung in der Pflege

Die AG „Versorgungsforschung | Pflege im Krankenhaus" innerhalb des Departments für Innere Medizin am Universitätsklinikum Halle ist eine Schnittstelle, um Erkenntnisse aus der Versorgungs- und Pflegeforschung in die akut-stationäre Praxis einfließen zu lassen, insbesondere in den halleschen Schwerpunktbereichen Onkologie, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Alter(n)smedizin. Dabei werden bundesweit einmalig für eine pflegewissenschaftliche Professur Aufgaben von Lehre und Forschung mit Krankenversorgung kombiniert. Die AG hat im Juli 2020 mit der Berufung von Prof. Dr. Pattrick Jahn an die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (MLU) ihre Arbeit aufgenommen. Die AG ist neben dem Department auch Mitglied im Krukenberg-Krebszentrum und Profilzentrum für Gesundheitswissenschaften, dessen stellvertretender Sprecher Jahn ist.

>> Nach seiner Ausbildung als Krankenpfleger und Tätigkeit als ebensolcher (1998 und 1999) in der Westbank von Israel führte Jahns Weg in den Osten Deutschlands. Der Grund war einfach: Anfang der 2000er-Jahre war die Auswahl an Universitäten im Bereich Pflegeforschung nicht sehr groß. Doch Halle war schon damals ein Standort mit einem besonderen Profil im Bereich des Evidence-based Nursing und der diesbezüglichen Forschung.

„Mit Halle ist es so", erinnert sich Jahn zurück: „Halle ist eine Stadt auf den zweiten Blick. Gerade wenn man in den Nuller-Jahren hier angelandet ist, brauchte man schon ein echtes Commitment, weil die Stadt es einem nicht immer leicht macht."

Andererseits sei es aber eben auch sehr schön hier. Nicht nur weil es viel grüner sei, als man erwartet, und die architektonische Substanz so beeindruckt. Halle habe als die fünftgrößte Stadt der neuen Bundesländer und zweitgrößte Stadt Sachsen-Anhalts auch eine dichte Kunst- und Kulturszene.



Prof. Dr. Pattrick Jahn
ist Inhaber der Professur für Versorgungsforschung | Schwerpunkt Pflege im Krankenhaus und Leiter der gleichnamigen AG im Department für Innere Medizin. Er verbindet Forschung und Lehre mit der Krankenversorgung auch für den Bereich der Pflege. Er ist ausgebildeter Krankenpfleger, hat als solcher unter anderem auch in Israel gearbeitet und danach an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und der McMaster University Hamilton, Kanada, Pflege- und Gesundheitswissenschaften studiert. Seine Schwerpunkte sind Förderung des Selbstmanagements der Patienten insbesondere mit Tumorerkrankung und die patientenzentrierte Integration von digital-assistiven Technologien und Robotik in die Gesundheitsversorgung. Zuvor war er Professor für Pflegewissenschaft und stellvertretender Direktor des Instituts für Gesundheitswissenschaften, Fachbereich Pflege an der Eberhard Karls Universität Tübingen.

Jahn: „Die Stadt entwickelt sich immer weiter. Hier leben heißt, der Stadt beim Wachstum zuzusehen – das beschleunigt sich gerade jetzt durch das Zukunftszentrum und den Strukturwandel noch einmal. Das ist einfach toll. Und als Versorgungsforscher habe ich außerdem ein Umfeld, das die Herausforderungen unserer Zeit demografisch, sozial und auch strukturell komprimiert."

Jahns Interesse für die Versorgungsforschung wurde bereits während seiner Zeit in Israel geweckt. Dort hat er für eine deutsche Reha-Einrichtung die medizinische Behandlung und Nachsorge koordiniert. Bei dieser Tätigkeit hat ihn damals sehr beeindruckt, wie eigenständig dort Pflegende – ihn eingeschlossen – im Gegensatz zu dem, was er in seiner Ausbildung vermittelt bekommen hatte, arbeiten konnten. Nach seiner Rückkehr entschloss er sich deshalb, sich auch im Rahmen eines pflegewissenschaftlichen Studiums an der weiteren Entwicklung seines Faches zu beteiligen, und studierte an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und der McMaster University Hamilton, Kanada, Pflege- und Gesundheitswissenschaften. „Als wissenschaftlicher Mitarbeiter bekam ich dann den Einstieg in die Versorgungsforschung in klinischen und in Implementierungsstudien im Bereich der Onkologie im Rahmen der damaligen Pflegeforschungsverbünde", erklärt Jahn.

Sein Ziel ist es, den wissenschaftlichen, versorgungsseitigen und gesellschaftlichen Beitrag einer Profession Pflege sichtbar zu machen. Jahn: „Daraus müssen wir ein besseres Verständnis unseres Beitrags für die Gesundheitsversorgung gewinnen. Ich halte dies für die weitere Entwicklung und Differenzierung der Profession für zentral." Pflegebedürftigkeit sei eine zentrale Herausforderung unserer Zeit; der Begriff bezeichne doch schon klar, dass es die Pflege ist, die sich hier um Lösungen bemühen muss. „Das größte Gestaltungsmittel aktuell und in Zukunft, das wir Pflegende uns aneignen und entwickeln müssen, entsteht durch digitale Technologien."

Genau das machen Jahn und seine Mitarbeiter:innen in der AG Versorgungsforschung (AGV). Das Besondere – auch im bundesweiten Vergleich – ist die Verankerung der AG im Department für Innere Medizin und damit in der unmittelbaren Patientenversorgung. Das führt die Versorgungsforschung eng mit der (Pflege)-praxis zusammen, was sich auch in der Lehre fortsetzt, die Jahn vorrangig als fachpraktische Lehre im Studiengang evidenzbasierte Pflege erbringt. So können sich beide Bereiche gegenseitig inspirieren und bereichern. In Halle geht es dabei vor allem um die Schwerpunktbereiche der Universitätsmedizin: Onkologie, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Alternsmedizin.

Herausragend ist auch, dass die AGV den aktuell größten Forschungsverbund an der Universitätsmedizin Halle akquirieren konnte und wissenschaftlich leitet. Das ist die vom BMBF geförderte Maßnahme „Innovationsregion für die digitale Transformation in Pflege und Gesundheitsversorgung" (TPG). Die Einwerbung der beiden großen Projekte „Translationsregion für digitalisierte Gesundheitsversorgung" (TDG) und TPG sind ein Riesenerfolg – nicht nur für das Team – Dr. Karsten Schwarz und Jahn –, sondern für die ganze Universitätsmedizin (UMH). „Mit TPG haben wir mit einem Fördervolumen von 140 Mio. Euro den aktuell größten Forschungsverbund an der UMH. Das ist natürlich auch ein Erfolg für die Stadt Halle und die Region", sagt Jahn.

TPG deckt zugleich einen weiteren inhaltlichen Schwerpunkt der AG ab: die Digitalisierung in Pflege und Versorgung. „Wir fragen vor allem: Wie entsteht Pflegebedürftigkeit und wie kann diese hinausgezögert werden? Wie können Digital-Health-Interventionen Pflegebedürftige oder Pflegefachpersonen unterstützen? Wie können alle Interessensgruppen oder Stakeholder im Forschungsprozess partizipieren und co-kreativ in die Entwicklung eingebunden werden?"

Sachsen-Anhalt, insbesondere das ehemalige mitteldeutsche Kohlerevier im Süden des Bundeslandes, soll übrigens bei diesem Thema zur Modellregion gemacht werden. Für Jahn und seine Kolleg:innen ist das die Chance für eine regionale Transformation. In der Perspektive des Wissenschaftsrats werden damit die „System- und Zukunftsaufgaben" der sogenannten vierten Säule der Universitätsmedizin gestaltet.

Auch aus diesen Gründen ist die AG Versorgungsforschung in den ersten fünf Jahren ihres Bestehens stetig gewachsen: auf inzwischen immerhin über 50 Mitarbeiter:innen. „Wichtig ist mir dabei eine breite Interdisziplinarität in der AG. Unter den Kolleg:innen sind Pflege- und Gesundheitswissenschaftler:innen, Ethnolog:innen, Philosoph:innen, Sport- und Ernährungswissenschaftler:innen, Sprechwissenschaftler:innen aber auch Informatiker:innen und Wirtschaftswissenschaftler:innen. Für Forschung und Lehre ist das ein Pfund, für diese transformativen Fragestellungen eine Notwendigkeit und sicher sucht diese Breite ihresgleichen", meint Jahn, sichtlich stolz auf das bisher Erreichte.

Methodisch ist die AGV v. a. in der Implementierungsforschung und partizipativen bzw. co-kreativen Entwicklung beheimatet. Jahns wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen im Bereich der Evaluierung von komplexen Interventionen zum verbesserten Symptommanagement bei Tumorpatient:innen und der Förderung von Selbstfürsorge und Selbstständigkeit bei älteren und chronisch kranken Menschen, insbesondere durch Digital-Health-Interventionen. Jahn: „Beides sind Themen, die im klinischen Alltag eine große Rolle spielen und wo die Anwendung von Forschungsergebnissen auf der Hand liegt." <<



Madeleine Ritter-Herschbach, MSc. wissenschaftliche Mitarbeiterin und Fachgruppenleiterin „Pflegezentrierte Implementierung und Versorgung"

>> Warum arbeiten Sie an der AG Versorgungsforschung der Universität Halle-Wittenberg?

Ich bin gebürtige Hallenserin. In den historischen Gebäuden der Frauenklinik der Medizinischen Fakultät bin ich geboren. 28 Jahre später habe ich dort meine Bachelorar-

beit verteidigt. Später meine Masterarbeit und nun wird in Kürze meine Promotion an dieser Universität fertig.

Zur Wissenschaft gebracht hat mich der Alltag in der Pflege. Ich habe mich schon während meiner Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpflegerin an einem kirchlichen Krankenhaus gefragt, warum die Dinge so laufen, wie sie laufen. Ich wollte Pflege wirklich durchdringen: Die Gesundheit als höchstes Gut betrachten, durch eine ganzheitliche Pflege schützen und wiederherstellen, basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen. Gleichzeitig stand ich damals vor der bitteren Erkenntnis, dass Theorie und Praxis leider oft weiter auseinanderliegen, als mir lieb ist. Diese Brücke zu bauen – mithilfe der Wissenschaft in der Praxis wirklich etwas zu bewegen und zu bewirken – das hat mich fasziniert und treibt mich immer noch an. Ich habe daher schon kurz nach meiner Ausbildung begonnen zu studieren und dann auch wissenschaftlich weiterzuarbeiten.

Was zeichnet in Ihren Augen die AG Versorgungsforschung aus?

Mit der Professur können wir den Auftrag an eine hochwertige universitäre pflegerische Versorgung erfüllen. Durch die vielseitigen Perspektiven unserer Arbeitsgruppe haben wir die Möglichkeit, nachhaltig auf die Versorgungsprozesse einzuwirken, gewohnte Pfade zu verlassen und neue, innovative Versorgungsmodelle wissenschaftlich in der Praxis zu entwickeln und zu erproben, um damit den vielfältigen Herausforderungen der Pflege zu begegnen.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Ich erforsche digital gestützte Versorgungsmodelle zur Förderung des Selbstmanagements für Menschen mit chronischen Erkrankungen wie beispielsweise Herzinsuffizienz („Herzschwäche“). Dabei entstehen auch neue Tätigkeitsschwerpunkte und Wirkungsbereiche für die Pflege. In meiner Doktorarbeit habe ich eine laienverständliche Patienteninformation zum Thema Telemonitoring bei Herzinsuffizienz entwickelt, die die Gesundheitskompetenz fördert und informierte Entscheidungen ermöglicht. Mir ist es wichtig, dass diese Form der Forschung gemeinsam mit den Betroffenen erfolgt und nutzendenzentriert gestaltet ist. Nur so können wir nachhaltige, erfolgreiche Versorgung anbieten.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Ich möchte die akademisierte Pflege als Schlüssel einer umfassenden Versorgung stärken und Partizipation in der Entwicklung von Lösungen für den Versorgungsalltag voranbringen. Das bedeutet vor allem, Patientinnen und Patienten eine Stimme zu geben. Denn die braucht es, um nachhaltige Konzepte für die klinische Pflegepraxis entwickeln zu können. zung. <<



Dr. Karsten Schwarz
wissenschaftlicher Mitarbeiter und Koordinator der Fördermaßnahme TPG

>> Warum arbeiten Sie an der AG Versorgungsforschung der Universität Halle-Wittenberg?

Mich interessieren Digitalisierung und Zukunftsforschung. In der AGV trifft dieses Interesse auf einen realen und zentralen Bedarf. Ich habe hier also die Möglichkeit, mit meinen Interessen etwas zu bewegen, das nicht nur Menschen hilft, sondern auch die Region voranbringt. Und diese Region liegt mir am Herzen.

Ich bin von Hause aus Wirtschaftsinformatiker. Da geht es im Studium vor allem um die Vermittlungsfunktion zwischen dem, was Wirtschaft braucht, und dem, was Informatik leisten kann. Das ist zwischen Versorgungsforschung und Pflege und anderen Sektoren durchaus ähnlich, nur dass die Stakeholder hier andere sind. Diese Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Perspektiven, Potenzialen und Bedarfen ist genau das, was ich machen möchte. In unserer Arbeit an der AGV ist diese nur noch komplexer, weil mit Wirtschaft, Technologieentwicklung und Versorgung im Prinzip zwischen drei Ökosystemen vermittelt werden muss.

Was zeichnet in Ihren Augen die AG Versorgungsforschung aus?

Da denke ich zuallererst an die Interdisziplinarität. Das zeichnet unsere AG wirklich aus. Die diversen wissenschaftlich-fachlichen Perspektiven und Ansätze sind nicht nur produktiv – in dieser Umgebung ist auch ein wirklich tolles Team entstanden.

Das Zweite ist der partizipative Ansatz unserer Versorgungsforschung. Was wir machen, machen wir mit den Menschen, die es brauchen, zusammen und am Ende sehen wir es bei diesen Menschen auch in der Anwendung. Wir haben also in verschiedenen Projekten die Möglichkeit, co-kreativ Wissen und Innovationen zu generieren, immer nah an wissenschaftlichen Erkenntnissen und mit wissenschaftlicher Begleitung.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Ich moderiere den Ideen generierenden Prozess der Forschungs- und Entwicklungsprojekte im Bereich Digital Health mit dem Schwerpunkt Pflege zwischen den Akteuren in der Region. Als Koordinator der TPG entwickle ich das Innovationsökosystem, in dem diese und andere Projekte realisiert werden können.

Und ich koordiniere das Team, das hinter der TPG steht. Ich möchte alle auf den Weg mitnehmen und die Kolleginnen und Kollegen empowern, damit unsere Vision Wirklichkeit wird.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Meine Vision ist, dass Sachsen-Anhalt und insbesondere das Mitteldeutsche Revier die Region für digitale Lösungen in Gesundheit und Pflege wird. Ich möchte die Menschen mitnehmen und sie dabei unterstützen, selbstwirksam zu werden und Transformation als Motor, nicht als Schicksal zu begreifen. Mittelbar stärkt das, was wir hier vorhaben, das wissenschaftliche Profil der Region, die Wirtschaft und idealerweise auch das Commitment der Menschen mit ihrer Region, das Gefühl, gerne hier zu sein und gute Gründe dafür zu haben. <<

Links:
UMH: https://t1p.de/9b2wr
TPG: https://tpg-health.de/
TDG: https://inno-tdg.de/

MEDICAL:CONTACT AG

CASA PLUS

Mehr Gesundheit, weniger Kosten

Wirtschaftlichkeit multimorbider Versicherter



Seit über 15 Jahren unterstützen die Fachkräfte der Medical:Contact AG multimorbide geriatrische Versicherte ab 55 Jahren mit hohem Hospitalisierungsrisiko.

Das telefonische Schulungsprogramm **Casaplus** steigert effektiv die Gesundheitskompetenz und führt zu nachweislich signifikanten Einsparungen. Mit Unterstützung unseres adaptiven Prädiktionsmodells in Verbindung mit unserem Coaching ermitteln wir zielgerichtet geeignete Programmteilnehmer und erhöhen Ihre Wirtschaftlichkeit.

Rufen Sie uns an!
Frau Iris Griepernau: +49 201 - 4398 - 3248

*Stichprobe: 1.758 Versicherte
Ø 2018 - 2023



Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
Universität zu Köln

Corona-Krise noch nicht bewältigt

>> Nach zwei Jahren geht die kleine „Monitor"-Serie zum Thema „Corona und Politik: Zur Rolle der Wissenschaft" zu Ende. Über zwei Jahre sind 24 Beiträge erschienen, die das Thema von allen Seiten beleuchtet haben: allen Autoren sei ausdrücklich und herzlich gedankt.

Im Mittelpunkt standen bewusst nicht (nur) die wissenschaftlichen Aspekte sui generis, die die Corona-Epidemie aufgeworfen haben, sondern das Verhältnis zwischen dem System der Wissenschaft auf der einen Seite und dem politischen System auf der anderen. Zum Abschluss seien in diesem kurzen Beitrag zwei Fragen diskutiert, die im Laufe dieser zwei Jahre eine erhebliche Zuspitzung und auch Prägnanz gewonnen haben, trotzdem aber einer befriedigenden Lösung oder Interpretation harren.

Misslungene gesellschaftliche Integration der Krise

Die erste Frage betrifft die zentrale Funktion der Politik, gesellschaftliche Verhältnisse und Konflikte zu spiegeln und zu integrieren. Leider gibt es keinen Zweifel, der nicht zu negierende Befund lautet: die Krise ist nicht bearbeitet, die Krise bleibt als offene Wunde bestehen. Im Gegensatz zu historischen Beispielen, z. B. HIV vor 40 Jahren, konnte die Politik und somit die Gesellschaft keine Integration der unterschiedlichen Positionen und subjektiven Erlebniswelten erreichen, die sich in der Corona-Zeit herausgebildet haben. Es bleiben Rechthaberei und Unversöhnlichkeit, gemeinsame Lernschritte sind auch in der Ferne nicht zu erkennen.

Diese Situation muss allen verantwortlich Handelnden schwer zu denken geben. Nicht nur, weil sie ein ungünstiges und aufwendig zu erhaltendes Ungleichgewicht darstellt, sondern weil sie das gesellschaftliche Lernen blockiert. Während im Ergebnis der HIV-Krise die Akzeptanz gleichgeschlechtlicher Lebensformen, Bisexualität, ja selbst von intravenösem Drogengebrauch für eine Fortentwicklung sorgte, sind jetzt lediglich Floskeln wie „wir haben doch alles ganz toll geschafft" zu hören. Auf der einen Seite herrscht eine trügerische Konformität, politische Systeme werden wieder hierarchisch gedacht, demokratische Entscheidungen sind „alternativlos" und werden dem demokratischen Disput entzogen, und das Krankheitsverständnis ist zurückgedreht zu einem rein biologischen „Krieg dem Virus" – soziale, ja selbst Wirtsfaktoren (Alter, Vorerkrankungen) werden verdrängt. Mindestens 50 Jahre der Entwicklung zu einem gesamtheitlichen Krankheitsverständnis sind verloren.

Auf der anderen Seite herrscht etwas, was in manchen Kreisen vielleicht nicht richtig verstanden wird: Wut und Enttäuschung. Viele Bürger, die zuvor mit einem Autonomie-Versprechen in den gesellschaftlichen Prozess eingebunden werden konnten, fühlen sich ausgeschlossen. Man hatte jahrzehntelang von Patientenautonomie gepredigt, und jetzt durfte nicht mal mehr der Enkel zu den Sterbenden zugelassen werden.

Es bleibt die Frage: wie konnte es dazu kommen, und was verhindert die produktive Integration der in der Corona-Krise aufgebrochenen Widersprüche, die sich in den aktuellen Wahlergebnissen ja deutlich ablesen lassen?

Fest steht, dass die Gleichzeitigkeit von Konformität im Inneren und Desintegration der Lager ein äußerst belastender Zustand ist, der der Gesellschaft viel Kraft kostet, die sicherlich an anderer Stelle sehr viel sinnvoller einzusetzen wäre. Die Identitätspolitik, soviel ist sicher, hat durch ihre Fixierung auf Gruppeninteressen und die Abkehr vom Universalismus (Susan Neiman) die politische Linke weitgehend aus dem Spiel genommen, Begriff wie Autonomie, Freiheit und Diskurs sind in das rechte politische Spektrum gewechselt. Yasha Mounk hat beredte Quellen zusammengetragen, wie sogar medizinische Behandlungen (auch mit Corona-Impfstoff) in den USA unter diversity-Richtlinien nach Gruppenzugehörigkeit verteilt werden, und nicht nach Bedarf. Die Linke (in bisherigen Begriffen) akzeptierte den Haftungsausschluss der Pharmaindustrie für die Impfstoffe, akzeptierte die staatliche Kontrolle der Medikamentengabe (unter Einschränkung der Patientenrechte, z.B. auch Paxlovid) und war sogar damit einverstanden, dass Evidenz-Gesichtspunkte ausgehebelt werden (wie jetzt auch beim „Gesundes Herz Gesetz" des „Corona-Ministers") - zurück zur Eminenz-basierten Medizin. Aber auch andere Elemente identitärer Politikgestaltung haben Konjunktur, die Hypermoralisierung wird zur Innenstabilisierung verwendet (sonst ist man Querdenker), und vor allem ist es opportun, wieder mit induzierter Angst zu arbeiten. Einigkeit besteht, dass die Primärebene angesprochen werden muss, zu viel Nachdenken, ja Intellektualität sind gefährlich – Angst wird sogar zur Tugend geadelt (Harry Lehmann, Bernd Stegemann), Angst zu haben zeigt, wie reif man ist. Richtigerweise weist Mark Lilla auf die Parallelen zur evangelikalen Selbstbezichtigung hin: man muss seine non-konformistischen Abweichungen laut aussprechen, um sich zu reinigen.

Außerdem: keine Krise ohne Medien (die auch bei HIV eine enorme Rolle spielten). Allerdings befinden sich diese derzeit in einer tiefen Krise – „Rechnen (von zu erwartenden Klicks) statt Erzählen" lautet das aktuelle Überlebensmotto. Sie werden in die Zange genommen, einerseits durch kostenlose Social Media-Angebote, andererseits durch den Communication Decency Act Section 230 (1996 Bill Clinton), das Algorithmen als freie Rede einstuft und die Tech-Konzerne in den USA von der Pflicht befreit – anders als Presse und Fernsehen –, in irgendeiner Weise auf die Inhalte einzuwirken. Auch die EU kann also nur wirtschaftspolitisch argumentieren und lokale Bußgelddrohungen aussprechen, aber gerade dadurch erlebt die Skandalisierung neue Höhen.

Einmal Szientismus und zurück

Während der Corona-Krise spielte „die Wissenschaft" eine zentrale Rolle, zeitweise erschien sie politisches Handeln zu ersetzen: follow, listen to, unite behind science hieß es von allen Seiten. Zwar war unklar,

Zitationshinweis
Schrappe, M.: „Corona-Krise noch nicht bewältigt", in „Monitor Versorgungsforschung" (02/25), S. 28–29.
http://doi.org/10.24945/MVF.02.25.1866-0533.2704

wer „die" Wissenschaft denn repräsentieren solle, zahlreiche Institutionen (z. B. Leopoldina) und Fächer (z. B. Virologie) bewarben sich mit Nachdruck. Auch wenn international renommierte Wissenschaftler wie Wolfgang Streeck warnten: „'Follow the Science' hieß es mal als es um den Klimawandel ging. Aber welche ‚science'? ‚Facts are facts!'

Als Wissenschaftler kann ich da nur fragen: Seit wann denn das? Welche erkenntnistheoretischen Kurse kann jemand besucht haben, der so etwas auf ein Poster schreibt und sich damit auch noch fotografieren lässt?", war der Legitimationsgewinn durch die Wissenschaft für die Politik unwiderstehlich. Waren „die Zahlen" auch fehlerhaft erhoben, der Bezug auf deren neutrale Objektivität erübrigte alle Nachfragen, auch wenn es um schwerwiegende Grundrechtseinschränkungen ging. Bei der Frage der Impfung und der Gesetzgebung zum faktischen Impfzwang wurde die Allianz Wissenschaftspolitik noch drastischer nachgefragt, weil durch Begriffe „Pandemie der Ungeimpften" und die angebliche Nebenwirkungsfreiheit der Impfung die Impfung als soziale Pflicht aufgebauscht wurde – von Wissenschaftlern und solchen, die die Wissenschaft für ihre Argumentation nutzten.

Allerdings, und dies ist bemerkenswert, blieb die Entwicklung hier nicht stehen. Natürlich hatten zahlreiche Wissenschaftler (Richard Münch, Peter Strohschneider, Wolfgang Merkel, Michael Rüther, Caspar Hirschi, Klaus Ferdinand Gärditz u.a.) protestiert und den epistemologischen Prozesscharakter der Wissenschaft hervorgehoben (Fragen formulieren, Unsicherheit erzeugen, neue Fragen formulieren), aber der eigentlich „Knall" kam erst, als Paul Schreyer vom „Magazin Multipolar" erreichen konnte, dass die sog. RKI-Protokolle veröffentlicht wurden. Hier ergab sich ein völlig anderes Bild, aus Follow the Science war plötzlich ein Science, please follow the politics geworden. Die Politik hatte zahlreiche Entscheidungen sogar gegen fachlich/wissenschaftlichen Rat getroffen, die szientistische Bezugnahme war nur vorgeschützt.

Die große Frage, die immer am Schluss kommt

Wie oben bereits angesprochen, die politisch-ökonomische Theorie der Corona-Epidemie ist noch nicht geschrieben – wenngleich einige Versatzstücke vielleicht doch schon erkennbar sind. Der Grazer Soziologe Klaus Kraemer versteht Corona als eine erste singuläre Krise, die alle Regeln außer Kraft setzt und die Institutionen überfordert. Die Thesenpapier-Gruppe setzte auf die Parallelisierung mehrerer gesellschaftlichen Antagonismen, die sich unter normalen Bedingungen neutralisieren. Der biologische Krankheitsbegriff („das Virus besiegen") siegte über den sozialen, die Grundlagen-Wissenschaften (Labor-Virologie) gegen die klinischen, das hierarchische Politikverständnis gegen komplexe Konzepte. Der Ausfall des linken Diskurses als Korrektiv und die Lähmung der Medien wurden oben schon erwähnt. Der Übergang von einer sozioökonomisch begründeten Gesellschaftsanalyse (das verfemte Wort der „Interessen") in eine Diskursform der falsch verstandenen kulturellen Hegemonie („Werte") ist sicherlich ein wichtiger Faktor, wie man im eskalierenden Kulturstreit in den USA und vermehrt auch in Europa erkennen kann – Corona war ein Anlass, „Haltung" zu zeigen.

Man vergisst dabei leicht, dass Antonio Gramsci vor einem Jahrhundert als Marxist durchaus über ein sozioökonomisches Basiskonzept verfügte, als er die Bedeutung kultureller Hegemonie beschrieb. Für zahlreiche Institutionen war Corona zusätzlich eine Chance, die angestrebte Internationalisierung der Entscheidungen („One Health") zu befördern, was in manchen elektoral orientierten Demokratien zu Widerspruch führte. Und natürlich, historisch vielleicht vergleichbar zur Einführung von Ausweisen während der Pest-Epidemien im Mittelalter, die Digitalisierung als technologische Option der gesellschaftlichen Strukturbildung. Auch wenn man weiß, dass technologische Interventionen nur unterstützenden Charakter haben und hinter den sozialen, organisatorischen und kulturellen Eingriffen zurückstehen, war die Versuchung groß, mit Impfpass, digitalen Zugangsregelungen etc. zu einer umfassenden Steuerung der Bevölkerungsmobilität zu gelangen.

Ein kybernetisches Gesellschaftsmodell analog Singapur oder China zeigte sich am Horizont. Wenn man Joseph Vogl's „Kapital und Ressentiment" folgen möchte: das Zusammenwachsen von Finanz- und Datenkapitalismus wurde noch über-optimiert durch Bewegungs- und Gesundheitsdaten der Bevölkerung.

Man sagt immer, Epidemien seien Zeitpunkte des gesellschaftlichen Wandels, Treiber politischer und kultureller Neuentwicklungen. Es bleibt abzuwarten, was in Zukunft über die gesellschaftliche Rolle der Corona-Epidemie gesagt werden wird. Hoffentlich kann man optimistisch bleiben. <<

Die einzelnen Folgen der Serie (Teil 1: 02/23 bis Teil 25: 02/25 im Überblick:

1: **Schrappe/Roski:** Corona und Politik: Zur Rolle der Wissenschaft
2: **Schrappe:** Zur Rolle der Klinischen Infektiologie
3: **Antes:** Wissen aus Daten – wie es sein sollte und könnte
4: **Müller:** Komplexität in epidemiologischen Date
5: **Manow:** Die Profession war in der Pandemie stumm
6: **Kraemer:** Rätselhafte Datenpolitik
7: **Sprenger:** Ein gesamtgesellschaftliches und soziales Ereignis
8: **Kowall/Stang:** Unsicheres Wissen: Beispiel Übersterblichkeit
9: **Tretter, C:** Übersehene Nebenwirkungen der Corona-Pandemie
10: **Skala:** Kinder in der Corona-Pandemie
11: **Tretter, F.:** Die Pandemie systemisch betrachtet
12: **Exner/Walger:** Lehren aus hygienisch-medizinischer Sicht
13: **Stöhr:** Was könnten Virologen künftig besser machen?
14: **Voshaar:** Vorbei ist nicht erledigt
15: **Stronegger:** Interventionswirksamkeit ist noch keine Indikation
16: **Püschel:** Tote schweigen nicht: der Hamburger Weg
17: **Francois-Kettner:** Schutz vulnerabler Menschen bei Pflegebedürftigkeit
18: **Pantel:** Risikogruppen schützen – aber wie?
19: **Lindner:** Grundrechte und Verhältnismäßigkeit: Kritik und Desiderate
20: **Radbruch:** Immun durch die Pandemie
21: **Scheuch:** Aerosole: das ignorierte Problem
22: **Rothenberger:** Recht auf Infektionsschutz vs. Pflicht zum Infektionsschutz
23: **Weckwerth:** Denkstil und Denkkollektiv
24: **Pürner:** Notwendigkeit und Stand der Aufarbeitung
25: **Schrappe:** Corona-Krise noch nicht bewältigt

Alle Kommentare dieser mit Folge 25 beendeten Kommentarreihe, die von Prof. Schrappe und Prof. Roski kuratiert wurde, finden Sie unter diesem Link:
https://www.monitor-versorgungsforschung.de/cooperations/serie-kr/
oder unter dem Kurzlink:
https://t1p.de/d8obk

Ein ganz besonderer Dank gebührt Prof. Schrappe für seine schier unermüdliche und im Ehrenamt geleistete Arbeit.

Verständigung zwischen Medizin, Gesundheitswissenschaften, Gesundheitsökonomie und Rechtswissenschaften

Interdisziplinäre Versorgung von Patient:innen mit chronischen Erkrankungen

Die Versorgung von Patient:innen mit chronischen Erkrankungen ist komplex und wird von den Strukturen und Regelungen im Gesundheitssystem beeinflusst. Um Optionen zur Verbesserung der Versorgung zu entwickeln, braucht es daher verschiedene Disziplinen – neben Medizin und Gesundheitswissenschaften etwa die Gesundheitsökonomie und die Rechtswissenschaften. Doch meinen diese dasselbe, wenn sie beispielsweise über „integrierte Versorgung" sprechen? Der Artikel gibt einen Überblick über den Prozess interdisziplinärer Verständigung sowie deren Gewinn für die Versorgung von Patient/-innen mit chronischen Erkrankungen.

>> Chronische Erkrankungen sind für Betroffene mit zahlreichen Kontakten zu unterschiedlichen Leistungserbringenden wie Ärzt:innen, Therapeut:innen und Pflegenden verbunden (1). Die zugehörigen Patient Journeys (deutsch: „Patientenpfade") sind deshalb komplex. Sie umfassen oft zusätzlich neben den genannten Gesundheitssystemkontakten (2) auch solche in anderen gesellschaftlichen Unterstützungssystemen, die anderen Rechtsgebieten zuzurechnen sind (z. B. Kinder- und Jugendhilfe – SGB VIII; Eingliederungshilfe – SGB IX Teil 2, Sozialhilfe – SGB XII, Schulrecht). Dementsprechend hängt die Qualität der Patient Journeys von Patient:innen von zahlreichen Einflussfaktoren auf unterschiedlichen Ebenen ab. Hierzu gehören Faktoren auf der Mikroebene (z. B. kommunikative Kompetenzen, Fachkraft-Patientenbeziehung), doch insbesondere auch Faktoren auf der Mesoebene (bspw. Patientenzahl pro Behandler:in und Station im Krankenhaus, Güte des Entlassmanagements) und auf der Makroebene („Versäulung" des Gesundheitssystems, Vergütungshöhe im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, Fachkräftemangel).

Da Patient Journeys oft systemübergreifend und von unterschiedlichen Ebenen, Strukturen und Regelungen beeinflusst werden, ist ihre Betrachtung nur aus einer Perspektive bzw. nur auf einer Ebene des Gesundheitssystems unzureichend und letztlich nicht gegenstandsangemessen – insbesondere, wenn es darum geht, wirksame Verbesserungsvorschläge zu entwickeln. Um die Komplexität von Patient Journeys zu verstehen, Schnittstellenprobleme zu identifizieren und die Belastungen der Patient:innen zu reduzieren, müssen alle Ebenen einbezogen und disziplinübergreifend analysiert werden. Dafür braucht es viele verschiedene wissenschaftliche Disziplinen, neben der Medizin und den Gesundheitswissenschaften etwa die Gesundheitsökonomie und die Rechtswissenschaften.

Diese interdisziplinäre Zusammenarbeit wird in der Versorgungsforschung häufig benannt und gefordert. Es ist jedoch unklar, wie genau diese wirklich aussieht oder umgesetzt werden kann, denn dieser Aspekt von Forschungsprojekten wird selten explizit beschrieben. Dies wurde in unserer Zusammenarbeit diskutiert und eine zentrale Erkenntnis war, dass die unterschiedlichen Disziplinen, die die Versorgung beforschen, sich zunächst darauf verständigen müssen, welchen Gegenstand sie eigentlich betrachten und verändern wollen und welche Begriffe und Fragestellungen hierbei im Zentrum stehen sollen. Nur so können die daraus resultierenden Ergebnisse ihr volles Potenzial entfalten und sind in allen Disziplinen anschlussfähig.

Da das Erreichen eines gemeinsamen interdisziplinären Verständnisses anspruchsvoll ist, soll das dafür erforderliche Vorgehen beispielhaft anhand des explizit interdisziplinär ausgerichteten Versorgungsforschungsprojekts PICAR skizziert werden. PICAR (Pediatric Integrated CARe) ist ein vom Innovationsfonds Versorgungsforschung finanziertes Projekt und hat den Anspruch, die gesundheitliche Versorgung von Kindern mit unterschiedlichen chronischen Erkrankungen anhand von interdisziplinär analysierten Patient Journeys darzustellen sowie Verbesserungsbedarfe auf der Mikro-, Meso- und Makroebene zu identifizieren. Hierfür arbeiten Forschende mit juristischer, gesundheitsökonomischer, medizinischer und gesundheitswissenschaftlicher Expertise im PICAR-Konsortium zusammen.

Ein Beispiel für die Wichtigkeit interdisziplinärer Perspektiven: Zentrale Begriffe im Forschungsprojekt PICAR

Ein erster Schritt in der interdisziplinären Zusammenarbeit ist es, zentrale Begriffe zu identifizieren, die für eine ganzheitliche Analyse der Versorgungslage einer Patientenpopulation für jede Disziplin einzeln und in der Tiefe zu verstehen sind.

Tabelle 1 zeigt hierzu exemplarisch drei für die Versorgung von Patient:innen mit chronischen Erkrankungen zentrale Konzepte und wie sie für PICAR jeweils disziplinär betrachtet werden.

Anhand von Tabelle 1 zeigt sich exemplarisch ein Bild gemeinsamer, aber auch unterschiedlicher disziplinärer Perspektiven und Definitionen von zentralen Begriffen, die für ein ganzheitliches Verständnis des Untersuchungsgegenstands diskutiert und integriert werden sollten.

Am Beispiel des Begriffes der Behinderung wird deutlich, dass die Unterscheidung zwischen einer chronischen Erkrankung und einer Behinderung aus gesundheitswissenschaftlicher bzw. medizinischer Perspektive wie auch aus gesundheitsökonomischer Perspektive nur eingeschränkt relevant ist. Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive ist dies der Fall, da Behinderung häufig mit einer chronischen Erkrankung (z. B. definiert über ICD-10) verbunden ist. Personen mit einer Behinderung entsprechen dann meist einer Subgruppe der chronisch Erkrankten, die zusätzlich Einschränkungen hinsichtlich Aktivitäten und Teilhabe gemäß International

Überblick zu ausgewählten versorgungsrelevanten Begriffen aus unterschiedlichen Disziplinen			
Begriff	**Juristische Perspektive**	**Medizinische/gesundheitswissenschaftliche Perspektive**	**Gesundheitsökonomische Perspektive**
Behinderung	Behinderungen liegen nach gesetzlicher Definition (§ 2 Abs. 1 SGB IX) vor, wenn körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen die Betroffenen in Wechselwirkung mit einstellungs und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft voraussichtlich länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung liegt vor, wenn der Körper und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Der Begriff ist relevant als Voraussetzung für Teilhabeleistungen. Leistungen der Eingliederungshilfe, für die nicht der Jugendhilfeträger zuständig ist, setzen zudem die Wesentlichkeit der Behinderung voraus (§ 99 SGB IX). Der Begriff der chronischen Erkrankung spielt als Leistungsvoraussetzung nur eine untergeordnete Rolle.	Behinderung ist entsprechend der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) vor allem als Einschränkung von Aktivitäten und Teilhabe beschrieben. In diesem Verständnis besteht eine Wechselwirkung zwischen Menschen mit körperlichen, psychischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen und der Umwelt, die ihre Teilhabe durch Barrieren mindert (3, 4). Eine Abgrenzung zwischen chronischer Erkrankung und Behinderung ist schwierig, da chronische Erkrankungen und Behinderungen oft gemeinsam auftreten. Die Unterscheidung zwischen beiden Begriffen ist für den Alltag der Gesundheitsversorgung also weniger relevant, weshalb übergeordnet auch der Begriff „chronische Gesundheitsstörung“ vorgeschlagen wurde (5).	Aus gesundheitsökonomischer Perspektive ist die Abgrenzung von chronischer Erkrankung und Behinderung weniger relevant. Vielmehr geht es um die mit der Krankheit bzw. den Einschränkungen verbundenen Kosten und Nutzen und die Frage, wie durch den optimalen Einsatz der verfügbaren Mittel eine effiziente Mittelverwendung erreicht werden kann (6). Sowohl bei Personen mit chronischen Krankheiten als auch mit Behinderungen treten neben den Behandlungskosten – im Vergleich zu Personen ohne chronische Erkrankungen – weitere Kosten und Nutzenbestandteile verstärkt in den Vordergrund. Dies können etwa indirekte Kosten wie der Rückgang der individuellen Arbeitsproduktivität sein, im Falle von Kindern oder pflegebedürftigen Menschen aber auch eine reduzierte Berufstätigkeit der Angehörigen (7). Darüber hinaus können etwa dauerhafte Lebensqualitätseffekte besonders zum Tragen kommen, die z.B. im Rahmen von KostenNutzwertAnalysen berücksichtigt werden (6).
Sektor	Mit Sektoren sind die Sektoren der Gesundheitsversorgung gemeint (ambulante, stationäre, rehabilitative Versorgung) (8).	Mit Sektoren sind meist die Sektoren der Gesundheitsversorgung gemeint; in einem erweiterten, dem internationalen Stand entsprechenden Verständnis werden als „sectors“ auch gesellschaftliche Systeme außerhalb der Gesundheitsversorgung (z.B. Bildungssystem, Sozialsystem) bezeichnet (9, 10).	Die Gesundheitsökonomie versteht unter Sektoren vor allem Sektoren innerhalb der Gesundheitsversorgung (s. Spalte 1).
Integrierte Versorgung	Integrierte Versorgung ist gesetzlich als sektoren oder disziplinübergreifende Kooperation definiert, die in der Regel auf Selektivverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern basiert (§ 140a SGB V). Darüber hinaus gibt es aber vielfältige weitere Regelungen, die integrierte (kooperative) Versorgungskonzepte vorsehen. Hierzu zählen z.B. die Regeln zu Sozialpädiatrischen Zentren, Frühförderstellen, Förder und Behandlungsplanung oder interdisziplinären Teams in kinder und jugendpsychiatrischen Praxen; ein weiteres wichtiges Format sind Disease Management Programme . Ein erweiterter Begriff der integrierten Versorgung kann als Oberbegriff für alle genannten Phänomene fungieren.	Integrierte Versorgung ist ein Versorgungskonzept, das die Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Sektoren und Systemen sowie deren Leistungserbringern beinhaltet, mit dem Ziel, die Versorgung qualitativ durch erhöhte Effizienz und Koordination zu verbessern (11). Es können drei Formen der Integration unterschieden werden: 1) vertikale Integration (innerhalb eines Systems), 2) horizontale Integration (zwischen verschiedenen Systemen) und 3) longitudinale Integration (entlang des Lebensverlaufs) (9).	Integrierte Versorgung ist ein Oberbegriff für Versorgungskonzepte, die eine sektoren, system und fachdisziplinübergreifende Kooperation vorsehen. Aus ökonomischer Sicht bietet die integrierte Versorgung die Chance, Schnittstellenprobleme und daraus resultierende Über, Unter und Fehlversorgung im Gesundheitssystem zu reduzieren, die beispielsweise aus der streng an den Versorgungssektoren orientierten kollektivvertraglichen Steuerung der GKVRegelversorgung resultieren können (12, 13).

***Tab. 1:** : Überblick zu ausgewählten versorgungsrelevanten Begriffen aus unterschiedlichen Disziplinen. Legende: 1: Der Begriff der „Wesentlichkeit“ einer Behinderung wird in den §§ 1 – 3 der Eingliederungshilfe-Verordnung, neugefasst durch Bekanntmachung v. 1.2.1975, BGBl. I, S. 433 in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung konkretisiert. In diesen Vorschriften wird jeweils für körperlich, geistig und seelisch wesentliche behinderte Menschen in unterschiedlichem Detailierungsgrad festgelegt, dass die jeweilige Zuordnung von bestimmten erheblichen Beeinträchtigungen abhängt. 2: Vgl. § 119 SGB V zu Sozialpädiatrischen Zentren; § 46 Abs. 2 SGB IX zu Frühförderstellen; § 7 der Frühförderungsverordnung zum Förder- und Behandlungsplan; § 43a Abs. 2 SGB V in Verbindung mit der Sozialpsychiatrievereinbarung (Anlage 11 zu den Bundesmantelverträgen), Stand 1.7.2024; §§ 137f und 137g SGB V zu den strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten. Quelle: eigene Darstellung.*

Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) aufweisen. Aus gesundheitsökonomischer Perspektive wiederum sind insbesondere die mit der gesundheitlichen Einschränkung – einschließlich der daraus resultierenden Leistungen – verbundenen, zu erwartenden Kosten und Outcomes relevant. Ein Vergleich möglicher Handlungsalternativen erlaubt etwa Rückschlüsse darauf, wie die verfügbaren knappen Mittel und Ressourcen effizient eingesetzt werden können. Dagegen werden insbesondere aus der rechtlichen Perspektive Unterschiede deutlich: Hier setzt eine Behinderung Beeinträchtigungen voraus, die die Betroffenen mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können und eine Behinderung muss (im Kontext der Eingliederungshilfe) „wesentlich“ sein. Die im Vergleich zur chronischen Erkrankung deutlich engere Definition und die Festlegung eines konkreten Mindestzeitraums machen klar, dass die gesetzlichen Regelungen hier vor allem individuelle Leistungsbezüge im Blick haben und dass womöglich bestimmte Behinderungen in gesundheitswissenschaftlichem Sinne aus rechtlicher Sicht nicht als solche anerkannt würden. Dies ist auch die Erfahrung vieler Menschen mit chronischen Erkrankungen in der Praxis und kann eine angemessene gesundheitliche Versorgung erschweren. Beispielsweise kann die fehlende Bewilligung eines Rollstuhls oder des Umbaus eines Autors die Teilhabe einschränken. Aus gesundheitsökonomischer Perspektive können dadurch letztlich vermeidbare Mehrkosten entstehen, etwa durch reduzierte Erwerbsmöglichkeiten, wenn aufgrund fehlender Barrierefreiheit in der Mobilität die Arbeitsfähigkeit bzw. -produktivität reduziert wird.

Am Begriff Sektor wird deutlich, dass die für das deutsche Gesundheitssystem und die Krankenkassen gängige Unterscheidung zwischen ambulantem, stationärem und

Zitationshinweis

Herrler et al.: „Interdisziplinäre Versorgung von Patient:innen mit chronischen Erkrankungen“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (02/25), S. 30–32. http://doi.org/10.24945/MVF.02.25.1866-0533.2705

rehabilitativem Sektor, die auch von den Rechtswissenschaften und der Gesundheitsökonomie als Basis herangezogen wird, enger ist als das internationale gesundheitswissenschaftliche Verständnis von „sector“, der sich eher auf unterschiedliche Systeme bezieht (9, 10, 14). In diesem Verständnis wird der Begriff „intersectoral“ benutzt, um die fragmentierte Leistungserbringung über unterschiedliche Systeme und Disziplinen hinweg für Patient/-innen effektiv zu verbessern. Daher wurde in PICAR entschieden, „systemübergreifende Versorgung“ als Begriff einzuführen, wenn das erweiterte international geteilte Verständnis über unterschiedliche gesellschaftliche Unterstützungssysteme hinweg gemeint ist.

Im Bereich der integrierten Versorgung wird deutlich, dass das gesundheitswissenschaftliche und gesundheitsökonomische Verständnis wiederum breiter ist als das gesetzlich-juristische, das teils auf bestimmte rechtliche Formen eng geführt erscheint (u. a. Selektivverträge, Disease Management Programme). Bis vor kurzem waren die auf kooperative Versorgungstrukturen zielenden Regeln des Krankenversicherungsrechts normalerweise auf Regelungen zur Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteur:innen innerhalb des SGB V beschränkt. Zur Realität der Patient:innen mit chronischen Erkrankungen passen jedoch vielmehr die breiteren Perspektiven der Gesundheitswissenschaften, die Akteur:innen und Systeme außerhalb des SGB V miteinschließen. Ein zentrales Ziel gesundheitsökonomischer Überlegungen in diesem Kontext ist es, bestehende Versorgungsineffizienzen abzubauen. Die Einnahme einer gesamtgesellschaftlichen Perspektive im Rahmen gesundheitsökonomischer Evaluationen ermöglicht es, auch Kosten zu berücksichtigen, die etwa durch fehlende integrierte Versorgung außerhalb des Gesundheitssystems (z. B. Arbeit, Bildung) entstehen. Die Rechtswissenschaft kann das breitere Verständnis von Gesundheitswissenschaft und Gesundheitsökonomie aufgreifen und Vorschläge für eine bessere Nutzung oder Weiterentwicklung der bestehenden rechtlichen Regelungen über „integrierende Versorgungsstrukturen“ erarbeiten.

Fazit

Die Beispiele aus dem Projekt PICAR zeigen, dass durch eine differenzierte Analyse von Gemeinsamkeiten und Unterschieden in zentralen Begriffen die disziplinären Perspektiven erweitert werden können. Diese Erweiterung erlaubt es, einen umfassenden Blick auf Versorgungsrealität und Umsetzungshürden zu werfen und systemisch angemessene Ansätze zu deren Verbesserung abzuleiten. Gleichzeitig ermöglicht diese Auseinandersetzung es auch den praktisch tätigen Disziplinen, etwa den Gesundheitsberufen, Herausforderungen an sektoralen, systemischen und disziplinären Schnittstellen in der Versorgung besser zu verstehen, damit Patient:innen umfassender zu beraten und an einer bedarfsgerechten Verbesserung der Versorgung mitzuwirken. Eine disziplinübergreifende Form der Zusammenarbeit mit explizit geübter gegenseitiger Verständniserweiterung kann helfen, die aus Versorgungsforschungsprojekten resultierenden Erkenntnisse gemeinsam zu diskutieren, zu interpretieren und auch gemeinsame Empfehlungen zu entwickeln. <<

von:
Dr. (PhD in Health Sciences) Angélique Herrler[1]
ORCID: 0000-0002-8551-5091
Prof. Dr. jur. Andreas Hänlein[2]
Dr. med. et med. univ. Michael Eichinger[3]
ORCID: 0000-0003-0064-7640
Dipl.-Volksw. Christian Jesberger[4]
Dipl.-Ges.Wirt (FH) Stefanie Wobbe-Ribinski[5]
ORCID:0009-0001-5734-5339
Prof. Dr. med. Freia De Bock[6]
ORCID: 0000-0002-7089-8106

1: Klinik für Allgemeine Pädiatrie, Neonatologie und Kinderkardiologie, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Deutschland
2: Fachgebiet für Wirtschafts-, Arbeits- und Sozialrecht, Institut für Wirtschaftsrecht am Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Universität Kassel, Deutschland
3: Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Deutschland
4: Zentrum für Präventivmedizin und Digitale Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg, Deutschland
5: Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Hochschule Fulda, Deutschland
6: DAK-Gesundheit, Hamburg

Danksagung

Der vorliegende Beitrag beruht auf Vorarbeiten des PICAR-Konsortiums. Die Mitglieder des PICAR-Konsortiums sind Freia De Bock, Angélique Herrler, Yousra El Makrini, Carmen Herr, Michael Eichinger, Kerstin Bohnert, Andreas Hänlein, Judith Brockmann, Sebastian Niemczyk, Stefan Greß, Christian Jesberger, Stefanie Wobbe-Ribinski und Wiebke Zachariassen.

Literatur

1. Robert Koch Institut: Gesundheit in Deutschland. Berlin: Robert Koch Institut 2015.
2. Purpura P: 17 - Protecting Commercial and Institutional Critical Infrastructure. In: Purpura P, (ed.) Security and Loss Prevention (Sixth Edition). Butterworth-Heinemann: Amsterdam 2013; 529-588.
3. Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 21.12.2008, BGBl. II. 2008; 1419-1557.
4. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen: ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf: World Health Organization 2005.
5. Brockmann K, Blank R, Landolt MA, von Voss H, Schmid R,Schlack HG: Chronische Krankheiten und Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen. In: Hoffmann GF, et al., (eds.): Pädiatrie: Grundlagen und Praxis. Springer Berlin: Heidelberg 2019; 1-17.
6. Greß S, Schnee M,Jesberger C: Gesundheitsökonomie. Baden-Baden: Nomos 2022.
7. Krol M, Brouwer W,Rutten F: Productivity costs in economic evaluations: past, present, future. Pharmacoeconomics 2013. 31(7): 537-549.
8. Bundesministerium für Gesundheit: Das deutsche Gesundheitssystem (2., aktualisierte Auflage). Berlin: Bundesministerium für Gesundheit 2022.
9. Wolfe I, Mandeville K, Harrison K,Lingam R: Child survival in England: Strengthening governance for health. Health Policy 2017. 121(11): 1131-1138.
10. Goodwin N: Understanding Integrated Care. Int J Integr Care 2016. 16(4).
11. World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe: Integrated care models: an overview. Geneva: WHO Regional Office for Europe 2016.
12. Monopolkommission: Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem. Sondergutachten 75. Bonn: Monopolkommission 2017.
13. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Bonn, Berlin: SVR 2018.
14. Sterly C,Hasseler M: Integrierte Versorgung. In: Thielscher C, (ed.) Medizinökonomie: Band 1: Das System der medizinischen Versorgung. Gabler Verlag: Wiesbaden 2012; 483-504.



Auf dieser hochmodernen PCMM-Anlage können flexibel große Mengen, aber auch sehr kleine Stückzahlen von Krebsmedikamenten hergestellt werden.

Innovative Krebsmedikamente „Made in Germany“

Krebs ist eine der größten gesundheitlichen Herausforderungen unserer Zeit. Als forschendes Pharmaunternehmen gestalten wir die Therapielandschaft entscheidend mit, um Menschen mit Krebs ein besseres Leben zu ermöglichen.

Pfizer stellt in Deutschland insgesamt mehr als 20 Wirkstoffe zur Behandlung von über 30 Krebsarten zur Verfügung, z. B. gegen Brust-, Lungen- oder Blutkrebs. Viele dieser innovativen Krebsmedikamente werden in Freiburg im Breisgau hergestellt. Jährlich werden dort rund 100 Millionen Tabletten und Kapseln gegen Krebs produziert und an etwa 180 Länder geliefert.

pfizer.de

DIW: Zusammenhang von Gesundheit und Lebenserwartung

>> Mit dem Titel „Zusammenhang von Gesundheit und Lebenserwartung bei Renten- und Pflegeversicherung stärker berücksichtigen" ist ein von den beiden Autoren Johannes Geyer (stellvertretender Leiter der Abteilung Staat im DIW Berlin) und Peter Haan (Leiter der Abteilung Staat im DIW Berlin und Professor für empirische Wirtschaftsforschung an der Freien Universität Berlin) verfasster DIW-Bericht (1) überschrieben. Nach einer eindrücklichen Beschreibung des demografischen Wandels als eine der zentralen Herausforderungen für Deutschland in den kommenden Jahren stellen sie eine interessante Berechnung der Lebenserwartung abhängig von Bildung und Einkommen an und verwenden dabei Daten des sozioökonomischen Panels (SOEP) im DIW Berlin.
Nach dieser Analye liegt die Wahrscheinlichkeit, zwischen dem 55. und 76. Lebensjahr zu sterben, für Personen mit niedriger Bildung bei etwa 14 Prozent. Für Personen mit hoher Bildung ist nach Aussage der Autoren die Wahrscheinlichkeit mit etwa neun Prozent deutlich geringer. Dieses Muster lasse sich für Frauen und Männer gleichermaßen beobachten, sei aber bei Männern stärker ausgeprägt. Deutliche Unterschiede in der Lebenserwartung gibt es nach Erkenntnissen des Autorenteams auch in Abhängigkeit vom Einkommen. Bei Männern gilt dies für das individuelle Einkommen und das Haushaltseinkommen, bei Frauen nur für das Haushaltseinkommen.

Die Daten und die Methode sind im Detail beschrieben in: Johannes Geyer, Peter Haan und Julie Tréguier (2).

Links:
1: https://t1p.de/imm9n
2: https://t1p.de/1ndxs

HAW-Studie zu Gesundheit und Wohnlage

>> Im März und April dieses Jahres werden 32.000 Hamburger:innen von ihrer jeweiligen Krankenkasse angeschrieben. Anlass ist eine Onlinebefragung zu den Themen Gesundheit und Wohnumgebung im Rahmen des Forschungsprojekts „Gesunde Quartiere 2.0" (1). Ziel des Projekts ist es, Wahrnehmungen, Strukturen und Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention aus unterschiedlichen Perspektiven zu erforschen und daraus adressatengerechte Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität zu entwickeln. Die Hamburger Bürger:innen werden gefragt: „Was braucht es, damit Sie in Ihrer Wohnumgebung gesund leben können? Was fördert Ihre Gesundheit? Was unterstützt Sie dabei, gesund zu bleiben?"

Durchgeführt wird das Projekt von einem interdisziplinären wissenschaftlichen Team der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, der Hafen-City-Universität Hamburg und der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg in Zusammenarbeit mit der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. und den vier Krankenkassen AOK Rheinland/Hamburg, DAK-Gesundheit, Mobil Krankenkasse sowie Techniker Krankenkasse.

Bei erfolgreichem Abschluss soll das Projekt dazu beitragen, Ungleichheiten der gesundheitlichen Situation und der medizinischen Versorgung zu mindern, die aufgrund von Unterschieden in den medizinischen Versorgungsstrukturen je nach Soziallage entstanden sind.

Das Projekt wird vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses für drei Jahre mit insgesamt ca. 1,4 Millionen Euro gefördert (2). Dabei baut es auf einem vorhergegangenen Projekt „Gesunde Quartiere" auf, das von 2017 bis 2021 durch die Landesforschungsförderung Hamburg (3) gefördert wurde. <<

Links:
1: https://www.gesundequartiere.de/
2: https://t1p.de/o717d
3: https://t1p.de/xdwyk

DKI-Analyse zu Krankenhauskosten

>> In einer Analyse (1) auf Basis von Daten von OECD und Eurostat gehen Robin Heber und Matthias Offermanns vom Deutschen Krankenhausinstitut e. V. davon aus, dass Deutschland im europäischen Vergleich weder unverhältnismäßig steigende Gesundheitsausgaben und schon gar keine hohen Ausgaben für Krankenhäuser aufweist. Fast alle vergleichbaren westeuropäischen Länder gäben, gemessen am BIP, deutlich mehr für die Krankenhausversorgung aus. Die Studie wurde von der Krankenhausgesellschaft e. V. gefördert. <<

Link:
1: https://t1p.de/90tts

Strategien für Public Health fehlen

>> „Hohe Ausgaben, schwache Ergebnisse – eine aktuelle Analyse zeigt auf, woran es hakt" (1), überschreibt das Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS) eine Analyse der Gesundheitspolitik. Die in Lancet Public Health erschienene gesundheitspolitische Übersichtsarbeit (2) unter der Leitung von Prof. Dr. Hajo Zeeb vom BIPS kommt zu einem ernüchternden Ergebnis: „Deutschland hat ein strukturelles Problem in der öffentlichen Gesundheitsversorgung. Statt Krankheiten zu verhindern, konzentriert sich das System zu sehr auf deren Behandlung – und das mit zum Teil ineffizienten Strukturen." Die Wissenschaftler:innen sehen drei Probleme:

- Fehlende zentrale Steuerung – Deutschland hat keine starke Institution, die Public-Health-Maßnahmen koordiniert. Stattdessen herrscht ein Flickenteppich aus Zuständigkeiten zwischen Bund, Ländern und Kommunen, der zu schlechter Abstimmung und ineffizienter Mittelverteilung führt.
- Zu wenig Prävention, zu viel Reparaturmedizin – die Krankenkassen investieren Milliarden in hochspezialisierte Behandlungen, während die Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung weiterhin ein Nischendasein fristet.
- Lobbys verhindern wirksame Maßnahmen – Zuckersteuer? Werbeverbote für ungesunde Lebensmittel? Regulierungen für Tabak und Alkohol? In Deutschland sind diese Maßnahmen entweder abgeschwächt oder nie umgesetzt worden.

„Die Folge ist ein Gesundheitssystem, das zwar enorm teuer ist, aber zu wenig für die langfristige Gesundheit der Bevölkerung tut", sagt Erstautor Zeeb. Neben einigen Vorteilen wie dem Spielraum für eigene Schwerpunktsetzungen hätten die föderalen Strukturen in der öffentlichen Gesundheitsversorgung auch Nachteile. Zu oft würden Gesundheitsdaten unkoordiniert erhoben und seien nicht ausreichend miteinander verbindbar – ein Problem, das sich während der Covid-19-Pandemie besonders deutlich gezeigt hätte. „Während andere Länder klare Strategien für Public Health entwickelt haben, fehlt eine solche in Deutschland", erklärt Ko-Autor Prof. Dr. Ansgar Gerhardus von der Universität Bremen. <<

Links:
1: https://t1p.de/0d8dc
2: https://t1p.de/5ajgt

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V.

24. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung: Plenarsitzungen

Proaktive und zuversichtliche Haltung gegenüber zukünftigen Herausforderungen entwickeln

Wie können wir zukunftsweisende Lösungen für die komplexen und dringenden Fragestellungen unseres Gesundheitssystems als Versorgungsforschende entwickeln und so Zukunft gestalten? Diese Fragestellung wird zusammen mit Zukunftsforscher:innen in den Plenarsitzungen des 24. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung (DKVF) diskutiert. Der Kongress steht unter dem Motto „Zukunftskompetenz für ein resilientes Gesundheitssystem" und findet vom 22. bis 24. September 2024 in Hamburg statt.

>> „Der DKVF 2024 hat gezeigt", so der Kongresspräsident Prof. Dr. Horst Christian Vollmar, „dass unser Gesundheitssystem widerstandsfähiger werden muss, um Antworten auf die Herausforderungen (Megatrends) durch den demografischen Wandel, Digitalisierung, Fachkräftemangel, Klimawandel, Pandemien und kriegerische Auseinandersetzungen zu finden, damit auch zukünftig eine gute Versorgung gewährleistet ist. Gesundheit ist dabei ein zentrales Politik- und Zukunftsthema. Eine evidenzbasierte Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik sind unerlässlich, um die bestmöglichen Ergebnisse für die Bevölkerung zu erzielen. Gemeinsam möchten wir daher mit dem Fokus Gesundheit und Gesundheitsversorgung an unserer Zukunftskompetenz arbeiten. Deswegen freuen wir uns, den DKVF erstmalig zusammen mit renommierten Zukunftsforscher:innen zu gestalten. Durch die Förderung unserer Zukunftskompetenz können wir nicht nur die Resilienz des Gesundheitssystems steigern, sondern auch eine proaktive Haltung gegenüber zukünftigen Herausforderungen entwickeln."

In den Plenarsitzungen zeigen erfahrenen Forscher:innen aus den USA, Österreich und Deutschland, wie Versorgungsforschung und Zukunftsforschung stärker als bisher verknüpft werden können, und plädieren dafür, im Forschungsprozess methodisch breit zu denken.



Kongresspräsident Prof. Dr. Horst Christian Vollmar, Leiter der Abteilung für Allgemeinmedizin an der Ruhr-Universität Bochum

Von der Zukunft lernen – Krisenradar und Futures Literacy

Die Corona-Pandemie hat uns die Verletzlichkeit und Krisenanfälligkeit komplexer Gesellschaften, insbesondere unseres Gesundheitssystems, vor Augen geführt. Sowohl im Sinne der Verhinderung als auch der Bewältigung von zukünftigen Herausforderungen und tiefgreifenden Krisen ist es zentral, Anzeichen frühzeitig zu identifizieren. Wie proaktiv solchen Herausforderungen begegnet werden kann, präsen-

Kommentar



Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann
Vorsitzender DNVF

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

der 24. DKVF wird vom 22. bis 24. September 2025 auf dem Gelände des UKE in Hamburg stattfinden. Unter dem Kongressthema „Zukunftskompetenz für ein resilientes Gesundheitssystem" möchten wir mit dem Fokus Gesundheit und Gesundheitsversorgung an unserer Zukunftskompetenz arbeiten. Danke für die hervorragende Arbeit des Programmkomitees, des Organisationsteams vor Ort in Bochum und Hamburg unter der Leitung von Kongresspräsident Prof. Horst Vollmar.

Die 13. Spring School 2025 hat wieder weit über hundert Versorgungsforscher:innen zusammengebracht. Besonders bedanken möchte ich mich bei der wissenschaftlichen Leitung Prof. Juliane Köberlein-Neu und Prof. Falk Hoffmann für das hervorragende Programm und Luca Pabst von der DNVF-Geschäftsstelle für die professionelle organisatorische Begleitung.

Am 8. März haben 17 Teilnehmende erfolgreich den zweiten Kurs „Registerbasierte Forschung REGIBA" als Health Scientist for Registry Research abgeschlossen. Glückwunsch an die erfolgreichen Absolvent:innen! Mein besonderer Dank geht an Alexandru Soroceanu und an die Projektleitung Prof. Monika Klinkhammer-Schalke und Dr. Thomas Bierbaum sowie an alle Dozent:innen und Prüfer:innen.

Herzlich einladen möchte ich Sie auf das Forum Versorgungsforschung am 7. Mai 2025 in Berlin mit dem Thema „Wie vermeiden wir Über-, Unter- und Fehlversorgung im letzten Lebensjahr". PD Dr. Kerstin Kremeike und Prof. Ulrich Wedding und die „FG Letztes Lebensjahr" haben in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ein spannendes Programm zusammengestellt.

Im Anschluss an das Forum findet die 37. Mitgliederversammlung statt und ich hoffe wieder auf eine so gute und lebendige Beteiligung wie im Oktober 2024!

Ganz besonders bedanken möchte ich mich bei unserem Geschäftsführer Dr. Thomas Bierbaum, der in den Ruhestand geht, für seine hervorragende Arbeit. Herzlich begrüßen möchte ich unseren neuen Geschäftsführer Mirko Eichner, der am 15.3.2025 seinen ersten Arbeitstag bei uns hat.

Ihnen allen wünsche ich Resilienz und einen klaren Kompass in dieser nicht einfachen Zeit. Ich freue mich, Sie auf dem Forum Versorgungsforschung im Mai persönlich zu treffen!

Ihr
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann
Vorsitzender DNVF e. V.

tiert Michaela Evers-Wölk vom Institut für Zukunftsstudien und Technologiebewertung (IZT) in Berlin, Leiterin des Projekts „Krisenradar". Diese Initiative, gefördert vom Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag (TAB), zielt darauf ab, Frühwarnsysteme für potenzielle Krisen zu entwickeln. Evers-Wölk stellt den „Krisenradar 2025" mit Schwerpunkt Gesundheit vor und setzt damit thematische Impulse für den Kongress.

Zukunftskompetenz (engl. Futures Literacy) hilft den Menschen zu verstehen, warum und wie wir die Zukunft nutzen, um uns vorzubereiten, zu planen und mit der Komplexität und Neuartigkeit unserer Gesellschaft umzugehen. Prof. Dr. Antje Bierwisch vom Management Center Innsbruck (MCI) ist Expertin für Future Literacy und hat einen Multi-Methods-Ansatz zur strategischen Vorschau entwickelt. Sie wird uns einen Einblick darüber geben, wie dieser Ansatz für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung genutzt werden kann.

Was unsere Zukunft beeinflusst – Demografie und Digitalisierung

Die Verlängerung der individuellen Gesundheits- und Lebensspanne sowie der demografische Wandel sind Aspekte des Megatrends Altern. Hier wird uns Prof. Dr. Malaz Boustani, Geriater aus Indianapolis, Blaupausen für die Implementierung von evidenzbasierten Lösungen für das Gesundheitssystem im Sinne einer Value-based Healthcare vorstellen.

Innerhalb des Megatrends der digitalen Transformation hat die Künstliche Intelligenz in den letzten drei Jahren eine dominierende Rolle gespielt. Ist dies nur ein Hype oder hat die KI (engl. AI) wirklich das Potenzial, unser Gesundheitssystem zu revolutionieren? Dieser Frage wird Dr. Sandra Bobersky vom Zentrum für KI, Medizininformatik und Datenwissenschaften (ZKIMED) der Knappschaft Kliniken Universitätsklinikum Bochum nachgehen und zeigen, wo nutzbringende KI-Anwendungen zukünftig im Handlungsfeld der Gesundheitsversorgung zu erwarten sind.

Herausforderungen meistern – Klimawandel und Resilienz im Gesundheitswesen

Der Klimawandel und die zunehmende Intensität von Extremwetterereignissen wie extremer Hitze und Kälte wirken sich auf die Bevölkerungsgesundheit aus. Dr. Claudia Konnopka vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf zeigt in ihrem Vortrag, dass extreme Hitze das Risiko für Krankenhausaufnahmen erhöht und dass bei extremer Hitze und Kälte die Fallschwere und das Risiko zu versterben, signifikant steigen. Die Folgen sind eine stärkere, auch ökonomische Beanspruchung der Versorgung.

Prof. Dr. Petra Thürmann vom Helios Klinikum Wuppertal und der Universität Witten/Herdecke war maßgeblich am Gutachten des Sachverständigenrates zur Resilienz im Gesundheitswesen beteiligt und Mitglied im Expertenrat „Gesundheit und Resilienz" im Bundeskanzleramt. Sie wird uns Empfehlungen geben, wie unser Gesundheitswesen und unsere Gesellschaft künftigen Gesundheitskrisen bestmöglich begegnen können.

Programm

Der DKVF lebt durch seine unterschiedlichen Formate mit Plenarsitzungen, Symposien, Podiumsdiskussionen, Postersessions, State of the Art Lectures, Debatten, interaktiven Workshops, FutureLabs und Science Slams, welche spannende Kongresstage garantieren.

Fühlen Sie sich ganz herzlich eingeladen, Ihre Forschungsergebnisse vorzustellen, zu diskutieren und in den fachlichen Austausch zu treten. Tragen Sie mit Ihrem Wissen zu einer innovativen Versorgung bei.

Link: https://www.dkvf.de/de/registrierung.html

News

>> 3. Konferenz für registerbasierte Forschung am 18.06.2025, 10:00 bis 14:30 Uhr online: State oft the Art – Nutzungen von Registerdaten für die Versorgungsforschung

Die Konferenz betrachtet verschiedene Projekte und Ansätze zur Nutzung von Registerdaten in der Versorgungsforschung, darunter die Target-Trial-Emulation-Studien, die Forschung zur Nutzung von registerbasierten randomisierten kontrollierten Studien (rRCTs) sowie die Forschung zu chronischen Erkrankungen und Pandemiefolgen mit versorgungsnahen Daten in Schweden. Dazu gibt es einen Ausblick auf Plato 2, eine Plattform, die eine bundesweite anlassbezogene Datenzusammenführung und Analyse der Krebsregisterdaten aus den Ländern sowie eine Verknüpfung von Krebsregisterdaten mit anderen Daten ermöglichen soll. Die Konferenz knüpft damit thematisch an die Konferenz des Vorjahres an, die sich auf die Themen Evidenzgenerierung und Implementierung von Datenanalysen konzentrierte. Das Programm und den Link zur Anmeldung finden Sie unter https://dnvf.de/veranstaltungen/registerkonferenz/registerkonferenz.html. Die Teilnahme ist kostenlos.

>> Prof. Dr. Holger Pfaff neues Ehrenmitglied des DNVF

Anlässlich der Emeritierung von Prof. Dr. Holger Pfaff fand am 14.03.2025 an der Universität zu Köln das Abschiedssymposium zu seinen Ehren statt. Seine exzellente Leistung als Brückenbauer zwischen verschiedenen Fakultäten, als Pionier und Gründungsvater der Versorgungsforschung in Deutschland und seine internationale Vernetzung wurde beeindruckend in den Redebeiträgen des Symposiums deutlich.

Der Vorsitzende des DNVF, Prof Dr. Wolfgang Hoffmann, beschrieb in seinem Beitrag die herausragende Leistung von Prof. Dr. Holger Pfaff für die Versorgungsforschung, einerseits als Gründungspräsident des ersten Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung und andererseits als Gründungsvorsitzender des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF), in dem er nach langjähriger Vorstandsmitgliedschaft weiterhin als Sprecher der Gruppe der Hochschullehrer:innen aktiv ist.

Für seine herausragenden Verdienste für die Versorgungsforschung und das DNVF wurde Holger Pfaff die Ehrenmitgliedschaft des DNVF verliehen.

>> DNVF ist Partner des EIE

Der European Implementation Event findet in Newcastle vom 4. bis 6. Juni 2025 statt. Die DNVF AG Implementierungswissenschaft und- praxis in der Versorgungsforschung ist mit eigenen Beiträgen vertreten.

12. DNVF-Forum Versorgungsforschung

Wie vermeiden wir Über-, Unter- und Fehlversorgung im letzten Lebensjahr?

Das 12. Forum Versorgungsforschung des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung (DNVF) zum Thema „Wie vermeiden wir Über-, Unter- und Fehlversorgung im letzten Lebensjahr?“ findet am 7. Mai 2025 von 10:00 bis 14:30 Uhr im Karl Storz Besucher- und Schulungszentrum Berlin statt.

>> Jährlich sterben in Deutschland ca. 1 Mio. Menschen, zwei Drittel davon absehbar aufgrund schwerer Krankheiten. Ihre jeweilige erkrankungsbedingte, soziale und ökonomische Situation ist dabei sehr unterschiedlich. Mitbetroffen sind auch An- und Zugehörige, z. B. Ehepartner, Kinder, Eltern, Geschwister, Freunde. So ist davon auszugehen, dass bis zu 45% der Bevölkerung sich alltäglich mit den Themen Sterben, Tod und Trauer auseinandersetzen.

Die Versorgungsforschung im letzten Lebensjahr fokussiert die Begleitung und Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie ihrer An- und Zugehörigen. Ziel ist es, die Lebenswelt der Betroffenen zu untersuchen und Vorschläge für deren bestmögliche Gestaltung zu machen – durch die Identifikation von Bedarfen, innovativer Praxis und Forschung zu ihrer Implementierung und Evaluation. Von besonderer aktueller Relevanz sind dabei die Über-, Unter- und Fehlversorgung im letzten Lebensjahr sowie Ansätze für ein gutes letztes Lebensjahr. So erhalten etwa viele Menschen in den letzten Lebenswochen noch kurative und teils sehr aggressive Therapien mit fraglicher Indikation und möglichen starken Nebenwirkungen. Gleichzeitig ist die vorrangig auf eine bestmögliche Lebensqualität der Betroffenen abzielende Palliativversorgung oft unzureichend.

Das 12. DNVF-Forum Versorgungsforschung wird über die Auswirkungen von Über-, Unter- und Fehlversorgung im letzten Lebensjahr berichten, dann Ansätze für ein gutes letztes Lebensjahr vorstellen und schließlich mit Versorgungsforschung, Praxis und Politik diskutieren, wie wir eine gute Versorgung im letzten Lebensjahr gemeinsam auf den Weg bringen können. Das Forum wird von der DNVF-Fachgruppe „Letztes Lebensjahr“ in Kooperation mit der DNVF-Fachgruppe Onkologie und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) organisiert.

Die Teilnahmegebühr für Mitglieder beträgt 55 Euro (dies schließt die Mitglieder bzw. Mitarbeitende der Mitgliedsgesellschaften, -institute, und -organisationen etc. ein), die Gebühr für Nicht-Mitglieder beträgt 95 Euro.

Die Anmeldung zum DNVF-Forum ist ausschließlich online möglich: https://dnvf.de/dnvf-forum/dnvf-forum.html.

Aufgrund der begrenzten Plätze ist eine Anmeldung für die Veranstaltung notwendig. <<

Programm des 12. DNVF-Forum Versorgungsforschung	
10:30 – 10:40	**Begrüßung** Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Vorsitzender DNVF, Universitätsmedizin Greifswald) PD Dr. Christoph Kowalski (DNVF FG Onkologie, Deutsche Krebsgesellschaft) PD Dr. Kerstin Kremeike (DNVF FG Letztes Lebensjahr, Universitätsklinik Köln)
Themenblock I: Über-, Unter- und Fehlversorgung im letzten Lebensjahr **Moderation:** PD Dr. Christoph Kowalski, PD Dr. Kerstin Kremeike	
10:40 – 10:55	**Einführung in das Thema** Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann
10:55 – 11:10	**Über-, Unter- und Fehlversorgung im letzten Lebensjahr in der Onkologie** Prof. Dr. Sylke Zeißig (Universität Würzburg, Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V.)
11:10 – 11:25	**Über-, Unter- und Fehlversorgung im letzten Lebensjahr in der Hospiz- und Palliativversorgung** Prof. Dr. Claudia Bausewein (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), LMU München)
11:25 – 11:40	**Ethische Aspekte der Über-, Unter- und Fehlversorgung** Prof. Dr. Dr. Eva Winkler, Nationales Zentrum für Tumorerkrankungen Heidelberg
11:40 – 11:55	**Gesundheitspolitische Relevanz des Themas** N.N.
11:55 – 12:10	**Die Betroffenenperspektive** Siri Quade, Köln
12:10 – 12:45	**Mittagspause**
Themenblock II: Ansätze für ein gutes letztes Lebensjahr Moderation: Prof. Dr. Ulrich Wedding (DNVF FG Letztes Lebensjahr, Universitätsklinikum Jena), Dr. Birgit Weihrauch (Köln)	
12:45 – 13:00	**„Caring community“ und „Death and Grief literacy“** Prof. Dr. Raymond Voltz, Universitätsklinik Köln
13:00 – 13:15	**Suizidprävention im Kontext des letzten Lebensjahres** Prof. Dr. Ute Lewitzka (Goethe-Universität Frankfurt)
13:15 – 13.30	**Umgang mit Todeswünschen und Anfragen nach Suizidassistenz** PD Dr. Kerstin Kremeike
13:30 – 14:20	**Podiumsdiskussion mit allen Vortragenden: Was können wir tun und was sind die nächsten Schritte?**
14:20 – 14:30	**Fazit**

Wechsel in der Geschäftsführung des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF)

Mitte März dieses Jahres gab es einen Wechsel des Geschäftsführers im DNVF. Dr. Thomas Bierbaum verabschiedete sich nach seinem sehr erfolgreichen Wirken als Geschäftsführer in den wohlverdienten Ruhestand und gab den Staffelstab an Mirko Eichner weiter.

>> Dr. Thomas Bierbaum hat seit 2019 über sechs Jahre die Geschicke des DNVF zusammen mit dem Vorstand geleitet. Er hat sich durch sein außergewöhnlich hohes Engagement und seine langjährige Erfahrung mit einer Vielzahl von Aufgaben und Funktionen große Verdienste für das DNVF erworben. In seiner Zeit und maßgeblich durch seine Aktivität erfolgten u. a. der erfolgreiche Aufbau der neuen Geschäftsstelle in Berlin und der Internetpräsenz (2019/2020), eine umfangreiche Mitgliederbefragung (2019), die Digitalisierung aller Geschäftsunterlagen und die gesamte Organisation der Spring-School (ab 2020). Darüber hinaus gelang es mit seiner Unterstützung, die beiden Drittmittelprojekte REGIBA (2022–2024) und REGINT (2024–2026) einzuwerben; die er mitgeleitet hat.

Damit wurden auch die personellen Kapazitäten der Geschäftsstelle erweitert. Er hat weiterhin den Aufbau des Patient:innenbeirats im DNVF ab 2021 begleitet und mehrere Kommissionen im DNVF koordiniert und mitgestaltet, zuletzt die Ad-hoc-Kommission des Innovationsfonds. Schließlich war er sehr aktiv an Stellungnahmen, Positionspapieren und auch wissenschaftlichen Publikationen des Netzwerks und der Entwicklung unseres internationalen Journals „Health Care Research & Implementation" als Supplement der Zeitschrift „Gesundheitswesen" beteiligt. Besonders aktiv war er jedes Jahr in der Organisation der zentralen DNVF-Veranstaltungen gewesen, namentlich der Spring-School, des DNVF-Forums und des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung (DKVF). Schließlich hat er mit seinen betriebswirtschaftlichen Kenntnissen dafür gesorgt, dass der Verein stetig entsprechend seinen Möglichkeiten gewachsen ist, und er übergibt ein äußerst positives Geschäftsergebnis.

Wir bedanken uns sehr herzlich bei Dr. Thomas Bierbaum für seine hervorragende Arbeit im DNVF, seine umsichtige, strategische und kooperative Geschäftsführung und die wertvollen Beiträge zu einer weiteren Professionalisierung des DNVF. Er war für uns immer ein kompetenter Ansprechpartner und immer wieder auch Ratgeber.



Dr. Thomas Bierbaum



Mirko Eichner

Wir wünschen Thomas Bierbaum einen guten Übergang in seinen verdienten Ruhestand und freuen uns, dass er noch bis zum Frühjahr 2026 das Projekt REGINT zusammen mit Prof. Monika Klinkhammer-Schalke begleiten wird. Im DNVF werden wir Dich noch sehr lange in hervorragender Erinnerung haben, lieber Thomas!

Wir begrüßen ab dem 15.03.2025 herzlich unseren neuen Geschäftsführer Mirko Eichner

Herr Eichner ist studierter Soziologe (Universität Bielefeld) und hat einen berufsbegleitenden Master of Public Policy abgeschlossen. Als langjähriger Geschäftsführer der Plattform Ernährung und Bewegung e. V. vertrat er die Interessen dieses breiten gesellschaftlichen Bündnisses von Akteuren aus Gesundheitswesen, Politik, Wirtschaft, Wissenschaft und Zivilgesellschaft und sorgte für die Vernetzung nach innen und außen. Er bringt sehr viel Erfahrung in der Kommunikation innerhalb von Institutionen, und auch zwischen Institutionen mit. So verantwortete er zahlreiche Positionspapiere, Pressetexte, Artikel und Social-Media-Beiträge. Auch die Planung, Konzeption und Umsetzung von Veranstaltungen wie Kongressen, Fachtagungen und Veranstaltungen im parlamentarischen Raum gehörten zu seinem Aufgabenbereich, u. a. auch in Expertengremien des Bundesministeriums für Gesundheit.

Zuletzt leitete er in der Geschäftsstelle der Plattform Ernährung und Bewegung die Bereiche Personalmanagement, Finanzplanung sowie Projekt- und Organisationsentwicklung.

Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit!

Für den Vorstand:
Prof. Wolfgang Hoffmann (Vorsitzender), Prof. Dr. Jochen Schmitt (stellvertr. Vorsitzender), Prof. Martin Härter (Hauptgeschäftsführer)

News

>> 2. Durchgang der Fortbildung Registerbasierte Forschung (REGIBA) erfolgreich abgeschlossen

Am Samstag, den 08.03.2025 haben 17 Teilnehmende die Fortbildung Registerbasierte Forschung erfolgreich beendet und erhielten das Zertifikat „Health Scientist for Registry Research". Herzlichen Glückwunsch an alle Teilnehmenden!

Die Prüfungskommission mit Prof. Monika Klinkhammer Schalke, Prof. Wolfgang Hoffmann, Prof. Peter Heuschmann und Dr. Thomas Bierbaum zeigten sich begeistert von den hervorragenden Anschlusspräsentationen der vier Peer-Groups. Registerdaten sind bei diesen Absolventinnen in sehr guten Händen. Ein besonderer Dank geht an Alexandru Soroceanu für die sehr gute Koordinierung und Organisation der REGIBA-Fortbildung.

Die Fortbildung „Registerbasierte Forschung (Regiba)" ist im Rahmen des Nationalen Krebsplans und der Dekade gegen Krebs am Beispiel der Onkologie entwickelt worden. Ziel der Fortbildung ist es, Wissenschaftler:innen das Wissen und die Kompetenz für die Durchführung registerbasierter Studien und die Nutzung versorgungsnaher Daten in Registern zu vermitteln. Das Projekt wurde vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert.

Der nächste Kurs der Fortbildung startet im September 2025. Aktuelle Informationen finden Sie auf der folgenden Seite: https://www.dnvf.de/gruppen/curriculum-registerbasierte-forschung-regiba.html



>> DNVF-Stellungnahme zur 2. Verordnung zur Änderung der Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung

Mit dem Referentenentwurf der 2. Verordnung zur Änderung der Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV-ÄndV) werden für die allgemeine Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) die Rahmenbedingungen einer anwendungsbegleitenden Erfolgsmessung festgelegt. In der Stellungnahme werden neben Kommentierung des Referentenentwurfs Impulse für die Ausgestaltung der anwendungsbegleitenden Erfolgsmessung gemäß § 139e SGB V gesetzt. Mit dem Ziel, neu gewonnene Daten aus der Versorgungsrealität mit digitalen Gesundheitsanwendung zukünftig auch als Forschungs-Ressourcen nutzen zu können und die Implementierung von digitalen Therapien zu fördern. Die DNVF-Stellungnahme zum Referentenentwurf wurde für das DNVF von der DNVF AG Digital Health erarbeitet. Hier geht's zur Stellungnahme: https://dnvf.de/files/theme_files/pdf/PDF-Stellungnahme/25/250128_DNVF_Kommentierung_DIGAV_abEM_final.pdf .

>> Neue DNVF AG Implementierungswissenschaft und- praxis erfolgreich gestartet

Die Ziele der AG sind:

- Förderung des Austauschs zwischen Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft (sowie –praxis)
- Wissen aus der Implementierungswissenschaft stärker im deutschen Sprachraum verbreiten
- Qualität der Implementierungsforschung fördern
- Vernetzung von interessierten Wissenschaftler:innen und Praktiker:innen mit dem Ziel einen höheren Impact bei Implementierungsvorhaben im Versorgungsalltag zu erzielen und miteinander zu lernen
- Förderung niedrigschwelliger Kontakte zwischen den verschiedenen Interessensgruppen aus Praxis, Bildung, Forschung und Politik

Als Sprecher:innen wurden Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu (Wuppertal), Prof. Dr. Silke Kuske (Düsseldorf) und Dr. Marie-Therese Schulte (Zürich) gewählt.

Alle sind zur Mitarbeit eingeladen (Kontakt über info@dnvf.de).

DNVF

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

E-Mail: info@dnvf.de

Dr. rer. pol. Timm Genett
Dr. rer. pol. Peggy Richter
Dipl.-Wirt.-Inf. Madita Schädlich
Dr. PH Anke Schlieker
Dr. rer. pol. habil. Hannes Schlieter

Gesundheitsnetze in strukturschwachen Regionen

Multifallstudie zum Umgang mit Versorgungslücken

Der demografische Wandel stellt die medizinische und pflegerische Versorgung in Deutschland vor gravierende Herausforderungen. Mit der zunehmend alternden Bevölkerung steigt der Bedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen, während gleichzeitig die Zahl der Erwerbstätigen, einschließlich des medizinischen und pflegerischen Personals, abnimmt (Busse et al. 2010). Prognosen zeigen, dass bis 2030 rund 35 Prozent der Hausärzte und 25 Prozent der Fachärzte in den Ruhestand gehen werden (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2023). Gleichzeitig droht ein Defizit von etwa 180.000 Pflegekräften (Rothgang & Müller 2021). Besonders strukturschwache ländliche Regionen spüren die Folgen dieses Trends bereits jetzt, und es ist absehbar, dass sich diese Situation in Zukunft weiter verschärfen wird (Robert Bosch Stiftung 2023). Die Folgen sind gravierend – von einer eingeschränkten ärztlichen Versorgung bis hin zu vermehrt auftretenden, eigentlich vermeidbaren Erkrankungen, die aufgrund fehlender Prävention und Früherkennung nicht rechtzeitig behandelt werden können (Tiemann & Mohokum 2021). Zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in Gebieten mit wachsenden Versorgungslücken gewinnen regionale Gesundheitsnetze und eine integrierte Versorgung zunehmend an Bedeutung (Hujala et al. 2017; Minkman 2012; Robert Bosch Stiftung 2023).

Zusammenfassung

Einleitung: Der demografische Wandel stellt die medizinische Versorgung in Deutschland vor große Herausforderungen. Besonders strukturschwache Regionen leiden bereits unter Versorgungslücken, die sich durch den steigenden Bedarf an Gesundheitsleistungen und den gleichzeitigen Mangel an medizinischem Fachpersonal verschärfen. Regionale Gesundheitsnetze, die den Ansatz der integrierten Versorgung verfolgen, bieten eine vielversprechende Lösung, indem sie durch stärkere Kooperation von Gesundheitsakteuren die Versorgung verbessern und effizienter gestalten. Vernetzung ist jedoch häufig kontext- und regionalspezifisch, sodass bestehende Ansätze oftmals Insellösungen darstellen. Um die Übertragbarkeit möglicher Lösungen zu fördern, soll die Frage beantwortet werden, welche Faktoren zum Erfolg von Gesundheitsnetzen beitragen und welche Hindernisse ihrer Entwicklung im Weg stehen.

Methodik: Es wurde eine Multi-Case-Interviewstudie durchgeführt, um die Erfolgsfaktoren und Hürden regionaler Gesundheitsnetze zu analysieren. Die Datenerhebung erfolgte durch semistrukturierte Experteninterviews mit den Verantwortlichen von sieben exemplarisch ausgewählten Gesundheitsnetzen in Deutschland. Der strukturierte Interviewleitfaden umfasste Fragen zur Gründungsmotivation, Finanzierung, zu Erfolgsfaktoren und Barrieren, zum Betrieb und zu erfolgreichen Netzelementen. Ergänzend wurde eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt, um die empirischen Befunde in einen theoretischen Kontext zu setzen.

Ergebnisse: Gesundheitsnetze haben das Potenzial, die medizinische Versorgung in strukturschwachen Regionen erheblich zu stabilisieren, insbesondere wenn die Koordination durch eine Managementgesellschaft übernommen wird, eine enge Zusammenarbeit mit nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen erfolgt und eine gut funktionierende digitale Infrastruktur vorhanden ist. Dennoch zeigt sich, dass bestehende rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen die Weiterentwicklung der Netzwerke beeinträchtigen. Oft sind die Gesundheitsnetze stark vom persönlichen Engagement der Gründer abhängig, was langfristig zu Instabilität führen kann, wenn keine tragfähigen Refinanzierungsmodelle für Kern- und Querschnittsfunktionen etabliert werden. Der Übergang von einer initialen projektbezogenen Finanzierung in eine regelfinanzierte Betriebsstruktur erweist sich als besonders herausfordernd. Zudem können zwischenmenschliche Faktoren, wie Vorbehalte gegenüber der Netzarbeit und Misstrauen unter den Akteuren, Widerstände hervorrufen und die Kooperation innerhalb des Netzes erschweren.

Schlussfolgerungen: Regionale Gesundheitsnetze haben das Potenzial, die medizinische Versorgung in strukturschwachen Regionen nachhaltig zu verbessern. Um ihren Erfolg langfristig zu sichern, bedarf es jedoch politischer Maßnahmen zur Überwindung rechtlicher und finanzieller Hindernisse sowie zur Förderung von Präventionsmaßnahmen, der Pflegeberufe sowie der Integration zivilgesellschaftlicher Initiativen.

Schlüsselwörter

Gesundheitsnetze, Versorgungsnetzwerke, Erfolgsfaktoren, integrierte Versorgung, Praxisbeispiele

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.02.25.1866-0533.2706

>> Für den Begriff der integrierten Versorgung existieren verschiedene Definitionen. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass unter einer integrierten Versorgung eine patientenzentrierte, koordinierte Gesundheitsversorgung verstanden wird, die alle Aspekte von Prävention, Diagnose, Behandlung, Krankheitsmanagement, Rehabilitation und Palliativmedizin über Sektorengrenzen hinweg umfasst. Sie bezieht sowohl professionelle als auch informelle Leistungserbringer, wie pflegende Angehörige und Sozialdienstleister, mit ein. Ziel ist es, die Qualität, den Zugang, die Patientenzufriedenheit und die Effizienz der Gesundheitsversorgung zu verbessern, indem geeignete Methoden, Infrastrukturen und Organisationsmodelle bereitgestellt werden, die eine bessere Vernetzung im Gesundheitssystem ermöglichen (Amelung et al. 2015; L. Kodner & Spreeuwenberg 2002; Strandberg-Larsen o. J.; World Health Organization and others 2016). Gesundheitsnetze, die den Ansatz der integrierten Versorgung verfolgen, beabsichtigen durch eine stärkere Kooperation und Koordination der Versorgungsleistung, Gesundheitsversorgung bedarfsgerechter und effizienter zu gestalten.

Die Relevanz des Themas zeigt beispielsweise die erstmalige Ausschreibung des Themenfeldes „Erfolgs- und Misserfolgsfaktoren von Gesundheitsnetzwerken“ in der Förderbekanntmachung des Innovationsfonds (Gemeinsamer Bundesausschuss 2024). In Deutschland existieren über 350 Gesundheitsnetze unterschiedlichster Ausprägung. Gleichzeitig finden sie weder im politischen Diskurs noch im SGB V größere Bedeutung. Mit Blick auf eine breitere Verankerung von Gesundheitsnetzen in die Regelversorgung stellt sich daher die zentrale Frage: *Welche Faktoren tragen zum Erfolg von Gesundheitsnetzwerken bei und welche Hindernisse stehen ihrer Entwicklung im Weg?*

Methodik

Zur Untersuchung der Faktoren, die die erfolgreiche Entwicklung und Implementierung regionaler Gesundheitsnetze beeinflussen, wurde eine Multi-Case-Interviewstudie durchgeführt. Nach der Festlegung der Auswahlkriterien erfolgte die Datenerhebung durch semistrukturierte Experteninterviews mit Personen des Netzwerkmanagements der untersuchten Gesundheitsnetze. Ergänzend dazu wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Im Folgenden wird das Vorgehen detailliert beschrieben.

Auswahlkriterien für die Analyse regionaler Gesundheitsnetze

Entscheidend für die Auswahl der Netzwerke war, dass sie Ansätze aufweisen, die auf eine bessere Ausnutzung ärztlicher Ressourcen ausgerichtet sind. Untersucht wurden dabei praktische Ansätze, deren Realisierbarkeit durch ihre konkrete Umsetzung belegt ist. Die Auswahl fokussiert ein breites Spektrum verschiedenartiger Ansätze, die sowohl in populationsbezogenen als auch indikationsspezifischen Netzwerken Umsetzung fanden. Diese Vielfalt ermöglicht eine differenzierte Betrachtung verschiedener Perspektiven und Ansätze. Analysiert wurden sowohl etablierte Netzwerke als auch jüngere Initiativen, was eine differenzierte Untersuchung von Herausforderungen und Erfolgsfaktoren in unterschiedlichen Entwicklungsstadien ermöglicht. Insbesondere die Analyse von Herausforderungen liefert wertvolle Erkenntnisse über potenzielle Hürden und deren Überwindung. Mithilfe dieser Kriterien wurden sieben Gesundheitsnetze für die Analyse und Durchführung eines Experteninterviews ausgewählt.

Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte durch semistrukturierte Experten-

Übersicht der in den Experteninterviews erfassten Netz-Charakteristika

Praxisbeispiele	Gesundheitszentrum Büsum (N1)	Ärztenetz Eutin-Malente (N2)	HaffNet, das Ärztenetz am Stettiner Haff (N3)	prosper/proGesund Modell der KNAPPSCHAFT (N4)	ParkinsonNetzwerk Ostsachsen (N5)	Unternehmung Gesundheit Hochfranken (N6)	Das Gesunde Kinzigtal (N7)
Gründung	2015	2003	2001	1999	2017	2009	1999
Rechtsform	Ärztezentrum Büsum gGmbH	ÄNEM e.V	HaffNet GbR & HaffNet Management GmbH	Grundlage und Betrieb der Netze durch die KNAPPSCHAFT	Projektkonsortium (drittmittelgefördert)	GmbH & Co. KG (aus e. V. hervorgegangen)	GmbH
Status	Verstetigt	Einzelne Elemente verstetigt	Verstetigt, tragfähiges Geschäftsmodell	Verstetigt, acht Netze bundesweit	Initiierung	Verstetigt, tragfähiges Geschäftsmodell	Verstetigt, tragfähiges Geschäftsmodell
Schwerpunkt	Ambulante, hausärztliche Versorgung	Ambulante medizinische Versorgung	Ambulante medizinische Versorgung	Populationsbezogene integrierte Versorgung	Integrierte medizinische Versorgung	Ambulante medizinische Versorgung	Populationsorientierte integrierte Vollversorgung
Gründungs-motiv	Altersstruktur der niedergelassenen Hausärzte; prognostizierte Versorgungsmangel in der Region	Verbesserung der ambulanten Versorgung und stärkeren Kooperation zwischen Hausärzten, Fachärzten und Kliniken	Verbesserung der Effizienz in der medizinischen Versorgung ländlicher Regionen	Verbesserung der Versorgung von Versicherten mit hoher Morbidität und altersbedingter Pflegebedürftigkeit	Lücken in der Versorgung von Parkinson-Patienten schließen, Fokus strukturschwache Regionen	Bewältigung des Ärztemangels und Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung	Unzufriedenheit mit Arbeitsbedingungen; gesundheitspolitischen Zwängen; Ziel Steigerung der Qualität und Effizienz der Versorgung
Typ	Medizinisches Versorgungszentrum, Patientenorientiertes Zentrum zur Primär- und Langzeitversorgung	Anerkanntes Praxisnetz	anerkanntes Praxisnetz gem. § 87 SGB V, Vollversorgungsnetz	Modellnetz nach §140a-d SGB V	Indikationsspezifisches Netzwerk zur integrierten Parkinson-Versorgung	Vollversorgungsnetz-werk, basierend auf § 140a SGB V	Anerkanntes Praxisnetz
Abdeckung	6 Ärzte, 12 medizinische Fachangestellte, 21.500 Patienten	42 Praxen und 64 Mitglieder	64 Haus- und Fachärzte, Kooperation mit Pflegeeinrichtungen	Jeweils circa 1.000 Ärzte, 20 Netzkrankenhäuser	3 Parkinson-Zentren, 12 Hausärzte, 23 Neurologen	33 Hausärzte, 38 Fachärzte	48 ärztliche und physiotherapeutische Partner, ca. 8.000 AOK-Versicherte
Rolle der Netzwerk-organisation	Regionale Infrastrukturentwicklung, Gebäudemanagement, Patientenschulungen	Interessenvertretung der Ärzteschaft in der Region	Koordinierung der Verbundleistungen, Strukturierung der Zusammenarbeit, strategische Weiterentwicklung	Steuerung der sektorenübergreifenden Versorgung, Entwicklung von Anreizsystemen für Leistungserbringer	Koordinierung von Behandlungsprozessen, Implementierung von digitalen Behandlungspfaden und Patientenlotsen	Koordinierung der Verbundleistungen, Vertragsabstimmung mit Kostenträgern, Bereitstellung von Netzwerkleistungen für Mitglieder	Verwaltung des Budgets und Vergütung von Leistungen, Qualitätsmanagement, Netzwerkkoordination, Schulungen
Prozesse	Zentrales Management der begleitenden Infrastruktur und Qualitätssicherung. Fokus auf langfristige Sicherung der Versorgung durch Nachfolgelösungen	Gemeinsam abgestimmte Behandlungspfade für Depression und Wundversorgung	Strukturierung der Versorgung im Netzwerk über Behandlungspfade für häufige, insbesondere chronische Krankheitsbilder	Disease-Management-Programme, klare Rollen und Zuständigkeiten der Akteure im Netz	Strukturierung der Versorgung im Netzwerk über gemeinsamen Behandlungspfad, Einsatz von Lotsen zur Steuerung der Patienten entlang des Behandlungspfades	Etablierung von standardisierten Behandlungspfaden und Delegation ärztlicher Aufgaben	Gemeinsam abgestimmte Behandlungspfade, interdisziplinäre Fallkonferenzen, Qualitätszirkel, vereinbarte Informationsstandards
IT-Strategie	Einheitliches und zentral betreutes Praxisverwaltungssystem im MVZ	Digitale Behandlungspfade und Dokumentensteuerung umgesetzt	keine einheitliche IT-Infrastruktur, einzelne Digitalisierungs-Pilotprojekte	Keine netzweite IT-Strategie, keine sektorenübergreifende digitale Vernetzung	Digitale Behandlungspfade und Dokumentensteuerung	Einheitliches Praxisverwaltungs-system, Unterstützung von Prozessen und Kommunikation	Einheitliche IT-Systeme, zentrale digitale Patientenakten

Tab. 1: *Übersicht der in den Experteninterviews erfassten Netz-Charakteristika der sieben untersuchten Praxisbeispiele (Datenstand: 2023).*

interviews mit Personen des Netzwerkmanagements (Vorstand oder anderweitig Netzverantwortliche) der untersuchten Gesundheitsnetze. Ergänzend dazu wurden Dokumente und Veröffentlichungen zu den Netzwerken analysiert. Der strukturierte Interviewleitfaden wurde auf Basis der wissenschaftlichen Literatur zu Netzwerken und Gesundheitsversorgung entwickelt und umfasste folgende Themenbereiche:

- Gründungsmotivation: Hintergrund und Anstoß zur Gründung des Netzwerks und der spezifische Kontext in der jeweiligen Region.
- Finanzierung: Strategien zur Finanzierung des Netzwerks, einschließlich externer Förderung, Eigenmittel und langfristiger Finanzierungsmodelle.
- Erfolgsfaktoren: strukturelle, organisatorische und technologische Elemente, die die Entwicklung des Netzwerks maßgeblich beeinflussten.
- Hürden: Probleme und Hindernisse, die bei der Gründung und Weiterentwicklung des Netzwerks auftraten.
- Betrieb und Kooperation: Analyse der organisatorischen Abläufe, Zusammenarbeit zwischen den Akteuren und Integration digitaler Infrastruktur.
- Netzwerkelemente: besondere Initiativen oder Projekte innerhalb der Netzwerke, die zur Verbesserung der Versorgung beitragen.

Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und anschließend qualitativ ausgewertet. Eine Übersicht der in den Experteninterviews erfassten Netz-Charakteristika der sieben untersuchten Praxisbeispiele ist in Tabelle 1 dargestellt.

Datenanalyse

Die Analyse der Praxisbeispiele und der Experteninterviews folgte einem qualitativen Ansatz. Die gesammelten Daten wurden kodiert und thematisch geordnet, um wiederkehrende Muster sowie zentrale Herausforderungen und Erfolgsfaktoren zu identifizieren.

Ergänzende Literaturrecherche

Die Ergebnisse der Interviews wurden durch eine umfassende Literaturrecherche ergänzt, die wissenschaftliche Arbeiten und Berichte zu regionalen Gesundheitsnetzen, Netzwerktheorie und kooperativen Versorgungsmodellen umfasste. Diese Recherche diente dazu, die empirischen Befunde in einen theoretischen Kontext zu setzen und die Generalisierbarkeit der Ergebnisse zu überprüfen. Diese Methode ermöglicht es, unterschiedliche Gesundheitsnetzwerke hinsichtlich ihrer Erfolgsfaktoren und Hürden zu vergleichen und detaillierte Einblicke in ihre Funktionsweise zu gewinnen.

Ergebnisse

Die Analyse der sieben untersuchten regionalen Gesundheitsnetze zeigt, dass es sowohl strukturelle als auch organisatorische und technologische Faktoren gibt, die den Erfolg der Netzwerke beeinflussen. Diese Faktoren können in Erfolgsfaktoren und Hürden unterteilt werden, die in der Entwicklung und Implementierung von Gesundheitsnetzen entscheidend sind. Die Veranschaulichung des Prozesses zur Identifikation von Erfolgsfaktoren und Hürden sowie die identifizierten Aspekte sind in Abbildung 1 zu sehen.



Abb. 1: *Identifikation von Erfolgsfaktoren und Hürden für den Aufbau und die Verstetigung von Gesundheitsnetzen*

Erfolgsfaktoren

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor für Gesundheitsnetzwerke sind engagierte und aktive Akteure. Insbesondere das langfristige persönliche Engagement der Netzwerkgründer und Leistungserbringer erwies sich in der Analyse als zentraler Treiber für den Erfolg des Netzwerks. In vier der sieben untersuchten Praxisbeispiele zeigte sich dies besonders deutlich. Ein Beispiel hierfür ist das Gesundheitsnetz „HaffNet" (N3), dessen Geschäftsführer das Netzwerk in den ersten Jahren mit nur minimalem finanziellem Ausgleich vorantrieben. Ähnliches zeigt sich auch im „ParkinsonNetzwerk Ostsachsen" (N5), der „Unternehmung Gesundheit Hochfranken" (N6) und dem Netzwerk „Das Gesunde Kinzigtal" (N7). So beeindruckend die Entwicklung der dargestellten Initiativen ist, unterstreichen sie jedoch die hohe Abhängigkeit des Netzerfolges von dem freiwilligen und zusätzlichen Engagement Einzelner und die Unzulänglichkeiten des Umfeldes, frühzeitig Gründung zu fördern und Netzwerkinitiativen zu verstetigen.

Damit ein Netzwerk langfristig erfolgreich ist, müssen die Mitglieder einen spürbaren Mehrwert erkennen. Effizientere Prozesse, eine reduzierte Dokumentationslast oder monetäre Anreize können die Bereitschaft zur aktiven Teilnahme erhöhen und sowohl den individuellen als auch den kollektiven Nutzen der Netzwerktätigkeiten steigern. In drei von sieben analysierten Gesundheitsnetzwerken war dieser spürbare Mehrwert für die Mitglieder ein entscheidender Erfolgsfaktor. So konnte das Gesundheitsnetz „prosper/proGesund – Modell der Knappschaft" (N4) ein erfolgreiches monetäres Anreizsystem für die Netzwerkarbeit der Ärzte etablieren. Im Gesundheitsnetz N6 wurde die Netzwerkleistung (Schulungen, Nachwuchsrekrutierung, Verwaltungsunterstützung) schrittweise ausgebaut, wodurch ein erheblicher Mehrwert für die Versorgung geschaffen und die Mitgliedschaft im Netzwerk attraktiver wurde. Auch im Gesundheitsnetz N3 führte der durch die Netzwerkleistungen erzielte Mehrwert zu einer gesteigerten Attraktivität des Netzwerks und trug gleichzeitig zur Steigerung der Attraktivität der gesamten Region bei. Die Interviews zeigten, dass neben den monetären Anreizen, die zum Beispiel durch die Ausschüttung von Netzpauschalen oder spezielle Versorgungsverträge generiert wurden, auch schlicht die zusätzlich gewonnene

Zeit und Abnahme von nicht-medizinischen Leistungen wesentliche Faktoren für die Attraktivität eines Netzwerkes sind. Dies zeigt sich exemplarisch im Netzwerk „Unternehmung Gesundheit Hochfranken" (N6). Dort wurde ein wesentlicher Mehrwert geschaffen, indem die Netzwerkmanagementgesellschaft Aufgaben wie die Koordination und Durchführung routinemäßiger Hausarztkontrollen, die Organisation von Qualifikation und Weiterbildung sowie die Bereitstellung eines zentralen IT-Ansprechpartners übernommen hat.

Der Nachweis und die Dokumentation der Wirkung sowie der Leistungsfähigkeit der Netzwerktätigkeiten sind für die Weiterentwicklung und langfristige Finanzierung der Netzwerke von zentraler Bedeutung. Durch die Schaffung von Evidenz können gezielte Lösungen entwickelt und deren Finanzierung begründet und gesichert werden. Besonders in den Netzwerken „Ärztenetz Eutin-Malente" (N2) und dem Netzwerk N5 wird dies deutlich. So wird im Gesundheitsnetz N2 beispielsweise ein Indikatorensystem zur Sicherung der ambulanten Versorgungsqualität eingesetzt, was zu sehr guten Qualitätsergebnissen geführt hat.

Starke Partner können eine wertvolle Unterstützung bei der Implementierung und Verstetigung sein und sind somit ein wichtiger Erfolgsfaktor. Eine externe Unterstützung, etwa durch Berufsverbände oder die Kassenärztliche Vereinigung, stärkt die Akzeptanz der Netzwerke und hilft, bürokratische Hürden zu überwinden. In drei der untersuchten Netzwerke ließ sich dies beobachten, etwa in dem Netzwerk „Gesundheitszentrum Büsum" (N1) sowie den Gesundheitsnetzen N2 und N7. Besonders bei der Bewältigung bürokratischer und administrativer Hürden [N1] sowie bei der Professionalisierung des Netzwerks [N7] waren starke Partner eine große Unterstützung.
Ein weiterer wichtiger Aspekt ist eine gut abgestimmte räumliche und technologische Infrastruktur sowie die Zusammenarbeit der Akteure. Einheitliche Praxisverwaltungssysteme oder zentrale Anmeldeprozesse erleichtern die Kommunikation und Kooperation der Netzwerkpartner und fördern eine effiziente und reibungslose Netzwerkarbeit. In vier der untersuchten Netzwerke [N1, N2, N3, N4] spielte die interdisziplinäre Vernetzung sowie eine gut funktionierende Infrastruktur eine zentrale Rolle.

Hürden

Die Entwicklung und Implementierung regionaler Gesundheitsnetze sind mit einer Vielzahl von Herausforderungen verbunden, die die langfristige Stabilität und Funktionsfähigkeit der Netzwerke beeinträchtigen können. Eine zentrale Hürde stellen dabei die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen dar. Viele Netzwerke haben Schwierigkeiten, nachhaltige Finanzierungslösungen zu finden, insbesondere für zentrale Aufgaben wie das Management und die Infrastruktur. Die Umstellung von einer initialen, meist projektbezogenen Finanzierung auf eine dauerhafte Regelfinanzierung erweist sich als eine große Herausforderung, da es häufig an stabilen und langfristigen Finanzierungsmodellen mangelt. Diese Unsicherheit in der Finanzierung erschwert es den Netzwerken, ihre Strukturen zu verstetigen und sich langfristig zu etablieren. Zusätzlich zu der Basisfinanzierung stellt die Refinanzierung von Querschnittsaufgaben, wie beispielsweise das Versorgungsmanagement oder Investitionen in digitale Infrastrukturen, eine weitere Schwierigkeit dar. Diese Querschnittsfunktionen sind essenziell für den Betrieb und die Weiterentwicklung eines Netzwerks, werden jedoch oft nicht ausreichend finanziert. Dies führt dazu, dass viele Netzwerke in ihrer Weiterentwicklung behindert werden und nicht in der Lage sind, notwendige Maßnahmen zur Verbesserung der Infrastruktur oder zur Implementierung neuer digitaler Systeme umzusetzen. Ohne eine tragfähige Refinanzierung dieser Aufgaben besteht die Gefahr, dass Netzwerke stagnieren oder ihre Aktivitäten einschränken müssen. Fünf der sieben untersuchten Netzwerke [N1, N2, N3, N5, N6] sind auf rechtliche oder finanzielle Herausforderungen gestoßen, was die Relevanz dieser Hürde verdeutlicht und die Notwendigkeit unterstreicht, stabile Finanzierungslösungen zu etablieren, um eine nachhaltige Netzwerkarbeit sicherzustellen.

Eine weitere Hürde liegt in der mangelnden Akzeptanz und Kooperation zwischen den beteiligten Akteuren. Hierzu zählen zwischenmenschliche Barrieren, die sich in Form von Vorurteilen und Misstrauen äußern. Besonders in den Anfangsphasen der Netzwerke treten häufig Widerstände seitens der Ärzteschaft, Pflegekräfte und anderen Leistungserbringer auf. Diese Akteure stehen der Zusammenarbeit oft skeptisch gegenüber oder hinterfragen die Notwendigkeit einer intensiveren Kooperation. Diese Spannungen können zu Konflikten führen, die die Effizienz der Netzwerkarbeit beeinträchtigen und zu einer geringen Beteiligung sowie mangelndem Engagement innerhalb des Netzwerks führen. Auch dies wurde in vielen der betrachteten Praxisbeispiele [N2, N4, N5, N6] deutlich. Beispielsweise stießen die digitalen Behandlungspfade im Gesundheitsnetz N2 auf Vorbehalte, da viele Ärzte den Mehraufwand ablehnten und Abläufe nicht konsequent umsetzten. Dies führte schließlich zu Kürzungen in der Finanzierung.

Eine weitere erhebliche Hürde stellt die Begrenzung der Leistungsangebote auf bestimmte Versichertengruppen dar, die oftmals durch die Vorgaben der Kostenträger definiert wird. Diese Fragmentierung der Versorgungsangebote stellt ein Hindernis für die Netzwerke dar. Die Fokussierung auf eng definierte Versichertenkreise, wie in den Netzwerken N4, N6 und N7, schränkt den Handlungsspielraum der Netzwerke ein und erschwert die Umsetzung integrierter Versorgungsmodelle, die auf die Bedürfnisse der gesamten regionalen Bevölkerung abzielen. Diese Einschränkungen verhindern, dass Netzwerke ihr volles Potenzial ausschöpfen, da eine breitere Versorgungsbasis erforderlich wäre, um die Nachhaltigkeit und den Nutzen für alle Patienten zu gewährleisten.

Die Ergebnisse der Interviewstudie zeigen, dass regionale Gesundheitsnetze das Potenzial haben, die Versorgung in strukturschwachen Regionen signifikant zu verbessern. Ihr Erfolg hängt dabei maßgeblich von einem professionellen Management, der engen Zusammenarbeit mit nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen und einer funktionierenden digitalen Infrastruktur ab. Diese Faktoren fördern die effiziente Nutzung begrenzter Ressourcen und ermöglichen eine koordinierte Versorgung. Gleichzeitig können rechtliche und finanzielle Hindernisse sowie zwischenmenschliche Herausforderungen, wie Vorurteile und Misstrauen zwischen den Akteuren, die nachhaltige Weiterentwicklung der Netzwerke erschweren.

Diskussion

Basierend auf den genannten Erfolgsfaktoren und Herausforderungen der Praxisbeispiele ließen sich eine Reihe von Prinzipien finden, die einen positiven Einfluss auf die Entwicklung von Gesund-

heitsnetzen haben. Diese Prinzipien richten sich an die Akteure der Gesundheitsnetzwerke und bieten einen Rahmen für die erfolgreiche Entwicklung und Implementierung solcher Netzwerke. Eine Übersicht der identifizierten Prinzipien ist in Abbildung 2 dargestellt.



Abb. 2: *Identifikation von Netzwerkprinzipien und Handlungsempfehlungen.*

1. Einbindung nicht-ärztlicher Ressourcen in die medizinische Versorgung

Die effektive Integration nicht-ärztlicher Fachkräfte in die Versorgungspraxis kann dazu beitragen, die ärztlichen Ressourcen zu entlasten und gleichzeitig die Qualität der Versorgung zu sichern. Insbesondere die Delegation von Aufgaben an qualifiziertes Personal, wie nicht-ärztliche Praxisassistenten (NäPas), hat sich in mehreren Netzwerken als erfolgreich erwiesen. NäPas können bei Hausbesuchen unterstützen, einfache Untersuchungen und Behandlungen durchführen sowie in Rücksprache mit dem Arzt Verordnungen anpassen. Die systematische Delegation solcher Aufgaben in Verbindung mit telemedizinischer Begleitung durch Ärzte optimiert die Ressourcennutzung und ermöglicht eine gezielte Fokussierung auf ärztliche Kernaufgaben. Beispiele hierfür sind die Netzwerke N1, N2 und N7, die durch den Einsatz nicht-ärztlicher Ressourcen die Verfügbarkeit ärztlicher Leistungen verbessern konnten.

2. Nutzung digitaler Infrastrukturen und Telemedizin

Die Implementierung digitaler Technologien und Telemedizin bietet erhebliches Potenzial, die Effizienz und Qualität der regionalen Gesundheitsversorgung zu steigern. Digitale Plattformen, die den Informations- und Datenaustausch zwischen Leistungserbringern ermöglichen, unterstützen eine bessere Zusammenarbeit und Koordination. In vier von sieben Praxisbeispielen [N2, N3, N5, N6] konnte beobachtet werden, dass die Integration von Telemedizin besonders in ländlichen Gebieten eine kontinuierliche Patientenbetreuung im häuslichen Umfeld sicherstellen kann. Außerdem können digitale Lösungen dazu beitragen, die Aufgabenverteilung und Delegation effizienter zu gestalten, indem sie die Arbeitsabläufe nicht-ärztlicher Fachkräfte koordinieren. Netzwerke wie N2 und N6 haben durch den Einsatz digitaler Infrastrukturen eine deutliche Verbesserung der Versorgungsqualität erzielt.

3. Zusammenarbeit auf Basis standardisierter Behandlungspfade

Die erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gesundheitsakteuren erfordert standardisierte Prozesse und Behandlungspfade. Diese strukturieren die Zusammenarbeit über Fachdisziplinen und Versorgungsebenen hinweg und tragen zur besseren Steuerung von Patienten bei. Besonders bei chronischen Erkrankungen, wie koronaren Herzerkrankungen oder Diabetes, haben sich standardisierte Pfade als erfolgreich erwiesen, um die Qualität der Versorgung zu sichern und unnötige stationäre Einweisungen zu reduzieren. Behandlungspfade fördern nicht nur die effiziente Zusammenarbeit, sondern stärken auch die gemeinsame Identität und das Vertrauen im Netzwerk. Beispiele hierfür sind unter anderem die Netzwerke N4 und N7, die durch die Implementierung solcher Pfade sowohl die Netzwerkarbeit als auch die Patientenversorgung erheblich verbessern konnten.

4. Professionalisierung der Netzwerke durch Managementgesellschaften

Eine zentrale Managementgesellschaft trägt maßgeblich zur Professionalisierung und langfristigen Stabilität eines Gesundheitsnetzwerks bei. Diese ist verantwortlich für die Koordination der Netzwerkarbeit, die Verwaltung der finanziellen Mittel und die Organisation von Weiterbildungs- und Präventionsprogrammen. Die Beteiligung von sowohl ärztlichem als auch kaufmännischem Personal im Management fördert die Akzeptanz des Netzwerks und ermöglicht eine zielgerichtete Umsetzung der Netzwerkziele. In erfolgreichen Netzwerken konnten Managementgesellschaften zudem Schnittstellen zwischen der ambulanten und stationären Versorgung sowie den Pflegeeinrichtungen und ehrenamtlichen Strukturen schaffen. Netzwerke wie N1, N3, N6 und N7 haben gezeigt, dass professionelle Managementstrukturen zur Entlastung der ärztlichen Ressourcen und zur Sicherung der Netzwerkarbeit beitragen.

5. Direkte Beteiligung der Patienten an der Versorgung

Die Einbindung von Patienten in die Gestaltung und Steuerung der Versorgung hat sich als effektives Mittel erwiesen, um eine bedarfsgerechte und patientenzentrierte Versorgung zu gewährleisten. Patientenbeteiligung kann durch verschiedene Maßnahmen erfolgen, wie die Integration von Case-Managern, die Organisation von Patientenschulungen oder regelmäßige Patientenbefragungen. Solche Maßnahmen tragen nicht nur zur Erhöhung der Patientenzufriedenheit bei, sondern fördern auch die Adhärenz zu medizinischen Empfehlungen und Präventionsmaßnahmen. Netzwerke wie N7 und N2 haben durch die aktive Einbindung von Patientenvertretern und die Nutzung ehrenamtlicher Ressourcen eine enge Verbindung zwischen der Versorgung und den Bedürfnissen der Patienten geschaffen.

Limitationen

Die Multi-Case-Interviewstudie basiert auf der Analyse von sieben exemplarischen Gesundheitsnetzen, die wertvolle Einblicke in unterschiedliche Entwicklungsstadien und regionale Besonderheiten bieten. Weitere Untersuchungen sollten den Erhebungsumfang ausweiten, um noch differenzierter auf die Bandbreite regionaler Gesundheitsnetzwerke in Deutschland eingehen zu können. Die Auswahl der Netzwerke in dieser Studie erfolgte gezielt, um möglichst diverse Strukturen und Ansätze zu untersuchen. Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist aufgrund der Verschiedenartigkeit der Netze und der geringen Zahl jedoch eingeschränkt. Zudem basiert die Datenerhebung primär auf Interviews mit Schlüsselpersonen der Netzwerke. Diese subjektiven Einschätzungen können wertvolle Informationen liefern, spiegeln aber möglicherweise nicht immer die Perspektiven aller beteiligten Akteure wider. Eine breitere, repräsentativere Erhebung, die mehr Netzwerke und Akteursgruppen umfasst, insbesondere Patienten, Kostenträger sowie ärztliche Selbstverwaltung und kommunale Partner, wäre wünschenswert, um umfassendere und generalisierbarere Aussagen zu den Erfolgsfaktoren und Hemmnissen regionaler Gesundheitsnetze treffen zu können.

Fazit

Die Untersuchung zeigt, dass regionale Gesundheitsnetze insb. vor dem Hintergrund der Versorgungsherausforderungen in strukturschwachen Regionen eine vielversprechende Lösung zur Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung darstellen. Erfolgsfaktoren wie Arbeitsteilung und Kooperation mit ärztlichen und nicht-ärztlichen Fachkräften, die Implementierung digitaler Infrastrukturen und die Verschränkung von medizinischen und pflegerischen Aufgaben sowie von Präventionsmaßnahmen tragen wesentlich zur Stabilität und Leistungsfähigkeit solcher Netzwerke bei. Gleichzeitig sind finanzielle und rechtliche Hürden, aber auch berufsständische Traditionen und mangelnde Veränderungsbereitschaft zentrale Herausforderungen, die den langfristigen Erfolg und die Verstetigung von Netzwerken behindern. Die Einbindung der Pflege und der Ausbau der Prävention im und außerhalb des Versorgungssystems, die Stärkung ehrenamtlicher und zivilgesellschaftlicher Strukturen sowie der verstärkte Einsatz digitaler Technologien bieten große Potenziale, um Versorgungslücken zu schließen und ganze Regionen für Fachkräfte aufzuwerten.

Es wird jedoch deutlich, dass politische Unterstützung unabdingbar ist, um die Rahmenbedingungen für eine nachhaltige Entwicklung der Netzwerke zu schaffen. Dazu zählt die Förderung von Gründungsarbeit, die Erleichterung der Delegation ärztlicher Aufgaben an nicht-ärztliche Fachkräfte wie NäPas sowie die Förderung der Anerkennung dieser Berufe. Gleichzeitig sollten Pflegeberufe stärker in integrierte Versorgungsmodelle eingebunden und durch Schulungen und erweiterte Kompetenzen gestärkt werden. Auch präventive Maßnahmen zur Reduzierung von Pflegebedürftigkeit und zum Erhalt der Selbstständigkeit bzw. physischer, psychischer und kognitiver Kompetenzen müssen der Versorgungsstandard werden. Zusätzlich gilt es, bewährte Maßnahmen nach Eintritt eines Pflegefalls auszubauen – wie z. B. die aufsuchende Pflegeberatung und Schulungen für pflegende Angehörige. Darüber hinaus ist es wichtig, zivilgesellschaftliche Initiativen in Gesundheitsnetzwerke zu integrieren, um das Gesundheitssystem zu entlasten. Schließlich bedarf es flexibler rechtlicher und finanzieller Rahmenbedingungen, um unkonventionelle, sektorübergreifende Versorgungsmodelle zu fördern und vorhandene Ressourcen effizient zu nutzen.

Zusammenfassend bieten regionale Gesundheitsnetze eine innovative und notwendige Antwort auf die Herausforderungen des demografischen Wandels. Ihre erfolgreiche Implementierung erfordert jedoch, die Strukturmuster des SGB V weiter aufzubrechen und ein koordiniertes qualitäts- und nicht allein mengenorientiertes Zusammenspiel von Akteuren zu fördern und dafür die erforderlichen Rahmenbedingungen zu schaffen. <<

Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Genett et al.: „Gesundheitsnetze in strukturschwachen Regionen – Multifallstudie zum Umgang mit Versorgungslücken“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF 02/25), S. 40–46. http://doi.org/10.24945/MVF.02.25.1866-0533.2706

Literatur

Amelung, V./Wolf, S./Ozegowski S./Eble, S./Hildebrant, H./Knieps, F./Lägel, R./Schlenker, R.-U./Sjuts, R. (2015): Totgesagte leben länger – Empfehlungen zur Integrierten Versorgung aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen. In: Bundesgesundheitsblatt, 58(4): 352–359
Busse, R./Blümel, M./Scheller-Kreinsen, D./Zentner, A. (2010): Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions and challenges. In: World Health Organization.
Gemeinsamer Bundesausschuss (2024). Förderbekanntmachung Versorgungsforschung zum themenspezifischen Bereich – G-BA Innovationsfonds. In: https://innovationsfonds.g-ba.de/foerderbekanntmachungen/foerderbekanntmachung-versorgungsforschung-zum-themenspezifischen-bereich.52 (abgerufen am 05.11.2024)
Hujala, A./Taskinen, H./Rissanen, S. (2017): How to Support Integration to Promote Care for People with Multimorbidity in Europe? Policy Brief 26, Health Systems and Policy Analysis. In: European Observatory on Health systems and Policies, Brussels.
Kassenärztliche Bundesvereinigung (2023): Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte werden immer älter. KBV – Alter; Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). In: https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php (abgerufen am 05.11.2024)
L. Kodner, D./Spreeuwenberg, C. (2002): Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. In: International Journal of Integrated Care, 2. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480401/ (abgerufen am 05.11.2024)
Minkman, M. M. N. (2012): The current state of integrated care: An overview. In: Journal of Integrated Care, 20(6): 346–358. https://doi.org/10.1108/14769011211285147
Robert Bosch Stiftung (2023): 2035 fehlen in Deutschland rund 11.000 Hausärzte – Experten empfehlen den Aufbau von Gesundheitszentren. In: Robert Bosch Stiftung. https://www.bosch-stiftung.de/de/presse/2021/05/2035-fehlen-deutschland-rund-11000-hausaerzte-experten-empfehlen-den-aufbau-von (abgerufen am 05.11.2024)
Rothgang, H./Müller, R. (2021): BARMER Pflegereport 2021–Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends. In: BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung, 32. https://www.bifg.de/media/dl/Reporte/Pflegereporte/2021/barmer-pflegereport-2021.pdf (abgerufen am 05.11.2024)
Strandberg-Larsen, M. (2008): Measuring Integrated Care. In: Danish Medical Bulletin, 58(2).
Tiemann, M./Mohokum, M. (2021): Demografischer Wandel, Krankheitspanorama, Multimorbidität und Mortalität in Deutschland. In: Prävention und Gesundheitsförderung Tiemann, M/Mohokum, M (Hrsg.) (2021): 3–11. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62426-5_1

Healthcare networks in structurally weak regions – a multi-case study on dealing with gaps in healthcare provision

Introduction: Demographic change poses significant challenges for medical care in Germany. Structurally weak regions are already suffering from gaps in healthcare provision, which are being worsened by the increasing demand for healthcare services and the simultaneous shortage of healthcare professionals. Regional healthcare networks that follow the integrated care approach offer a promising solution by improving care and making it more efficient through greater cooperation between healthcare stakeholders. Healthcare networks are often specific to regional contexts, resulting in solutions that are typically isolated and lack broader applicability. To enhance the transferability of potential solutions, this study aims to identify key factors contributing to the success of healthcare networks and to examine the barriers hindering their development.
Methodology: A multi-case interview study was conducted to analyze regional health networks' success factors and barriers. Data collection involved semi-structured expert interviews with the managers of seven exemplary networks in Germany. The structured interview guidelines included questions on the motivation for founding, financing, success factors and barriers, operation, and successful network elements. In addition, a comprehensive literature review was conducted to contextualize the empirical findings.
Results: Healthcare networks have the potential to significantly stabilize medical care in structurally weak regions, mainly when coordination is managed by a professional management entity, there is close collaboration with non-medical health professionals, and well-functioning digital infrastructure is in place. However, existing legal and financial frameworks hinder the further development of these networks. Many networks rely heavily on the personal commitment of their founders, which can lead to instability if sustainable refinancing models for core and cross-functional activities are not established. The transition from initial project-based funding to regular operational financing proves to be particularly challenging. Additionally, interpersonal factors, such as prejudices and mistrust among actors, can create resistance and hinder cooperation within the network.
Conclusion: Regional healthcare networks have the potential to sustainably improve medical care in structurally weak regions. However, to ensure their long-term success, political measures are needed to overcome legal and financial barriers, as well as to promote preventive measures, nursing professions, and the integration of civil society initiatives.

Keywords

Health networks, care networks, success factors, integrated care, practical examples

Dr. rer. pol. Timm Genett ORCID: 0009-0005-6062-1575



promovierte im Fach Politikwissenschaft über Leben und Werk von Robert Michels, Begründer der modernen Parteiensoziologie. Er ist beim Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) tätig. Dort bekleidet er die Position des Geschäftsführers für die Bereiche Politik und Prävention. Ehrenamtlich ist er stellvertretender Vorsitzender der Stiftung Gesundheitswissen.
Kontakt: Timm.Genett@pkv.de

Dr. rer. pol. Peggy Richter ORCID: 0000-0002-6019-7840



forscht und lehrt als Postdoktorandin in der Forschungsgruppe Digital Health an der Technischen Universität Dresden. Ihre Forschungsarbeit in nationalen und europäischen Projekten konzentriert sich auf die patientenzentrierte Gestaltung von Informationssystemen im Gesundheitswesen, insbesondere durch den Einsatz von Patientenpfaden, sowie auf die Konzeption, Umsetzung und das (Qualitäts-) Management integrierter Gesundheitsnetzwerke. Kontakt: Peggy.Richter@tu-dresden.de

Dipl. Wirt.-Inf. Madita Schädlich ORCID: 0009-0008-2680-8864



studierte Wirtschaftsinformatik an der Technischen Universität Dresden und arbeitet dort als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Forschungsgruppe Digital Health. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt in der Informationssicherheit im Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie in der Weiterentwicklung von Gesundheitsnetzwerken und integrierten Versorgungsstrukturen.
Kontakt: Madita.Schaedlich@tu-dresden.de

Dr. PH Anke Schlieker ORCID: 0009-0005-0588-5156



ist Sozialversicherungsfachangestellte und Gesundheitswissenschaftlerin. Seit mehr als 25 Jahren ist sie in verschiedenen Positionen in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung tätig und arbeitet seit 2022 als Projektleiterin für Gesundheitsversorgung im Geschäftsbereich Politik beim Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV).
Kontakt: Anke.Schlieker@pkv.de

Dr. rer. pol. habil Hannes Schlieter ORCID: 0000-0002-6513-9017



promovierte und habilitierte im Fach Wirtschaftsinformatik an der TU Dresden. Er leitet aktuell die Forschungsgruppe Digital Health an der Fakultät Wirtschaftswissenschaften. Sein Forschungsschwerpunkt liegt auf den Gestaltungsfragen der Digitalen Transformation im Gesundheitswesen. Er beschäftigt sich dabei sowohl mit konzeptionellen Fragen als auch technischen Gestaltungsansätzen.
Kontakt: Hannes.Schlieter@tu-dresden.de

Autorengruppe Gesundheit*

Unterversorgung im deutschen Gesundheitswesen – das unterschätzte Problem

Short Paper #1

Zusammenfassung

Früher haben wir in Deutschland nur über Über- und Fehlversorgung gesprochen, heute ist das deutsche Gesundheitssystem durch ein neues Phänomen bedroht: die Unterversorgung. Fehlende Facharzttermine, Krankenhausschließungen, Lieferengpässe von Arzneimitteln – und die Kosten steigen rasant. Die Stellungnahme der „Autorengruppe Gesundheit" verfolgt daher das Ziel, dieses neue Thema in den Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion zu stellen. Auf Unterversorgung aufmerksam zu machen erscheint umso wichtiger, als dass bei diesem Thema in fachlichen und wissenschaftlichen Kreisen doch eine erhebliche Zurückhaltung zu beobachten ist. Standen vor einigen Jahren noch die Patientenorientierung und patient reported outcomes im Mittelpunkt, wird heute, ganz im Duktus paternalistischer Konzepte, von Patientensteuerung und Optimierung gesprochen.

Das Papier gliedert sich in 7 Abschnitte: Begriffsklärung, Konzept von Unterversorgung auf Basis des Sachverständigenratskonzepts zum Bedarf, Systematik zu den Formen von Unterversorgung mit besonderer Betonung des Zugangs, und dann konkrete Darstellung in fünf ausgewählten Themenbereichen: hausärztliche Versorgung, spezialfachärztliche Versorgung, Krankenhäuser, Pflege und Arzneimittelversorgung. Das vorletzte Kapitel betrifft die systemseitigen Ursachen für Unterversorgung. Am Schluss werden einige Lösungsperspektiven diskutiert, die aber in nachfolgenden Papieren noch ausführlicher dargestellt werden.

Schlüsselwörter

Über-, Unter- und Fehlversorgung, deutsches Gesundheitssystem

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.02.25.1866-0533.2709

Das deutsche Gesundheitssystem befindet sich in einer tiefen Krise. Facharzttermine sind für gesetzlich Krankenversicherte, wenn überhaupt, erst nach Monaten zu bekommen. Privatversicherte werden bevorzugt, weil ihre Behandlung in den Arztpraxen mehr als doppelt so hoch vergütet wird wie in der kassenärztlichen Versorgung. Die Übergänge zwischen den Versorgungsebenen (ambulante Praxen, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen) werden immer schwieriger, die Kosten steigen rasant. In Sachen Qualität und Patientensicherheit befindet sich Deutschland im internationalen Vergleich bestenfalls im Mittelfeld. Die Digitalisierung – als Allheilmittel angepriesen – erhöht teilweise den Bürokratieaufwand eher, als dass sie eine Hilfe darstellt. Hinzu kommt ein beachtlicher und sich schon lange ankündigender Fachkräftemangel in allen Berufsgruppen. Die teambasierte Zusammenarbeit der Professionen ist mangelhaft. Es fehlen hunderttausende Pflegekräfte, während die Kosten für einen Pflegeheimplatz nur noch für Vermögende zu schultern sind. In den letzten 20 Jahren hat man in Deutschland viel über die „kombinierte Fehl- und Überversorgung" diskutiert. Jetzt aber steht ein anderes Thema auf der Tagesordnung: die Unterversorgung, die nicht zugängliche Versorgung für große Bevölkerungsteile. Der Sachverständigenrat hat Unterversorgung im Jahr 2000 definiert als „eine Versorgung bei individuellem, professionell und wissenschaftlich anerkanntem Bedarf, die verweigert wird, oder nicht (zumutbar) erreichbar zur Verfügung gestellt wird". Unterversorgung schafft eine neue Situation. Unsere Stellungnahme verfolgt daher das Ziel, dieses neue Thema in den Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion zu befördern. Auf Unterversorgung aufmerksam zu machen erscheint umso wichtiger, als dass bei diesem Thema in fachlichen und wissenschaftlichen Kreisen doch eine erhebliche Zurückhaltung zu beobachten ist. Standen vor einigen Jahren noch die Patientenorientierung und *Patient Reported Outcomes* im Mittelpunkt, wird heute, ganz im Duktus paternalistischer Konzepte, von Patientensteuerung und Optimierung gesprochen.

>> Das hier präsentierte Papier gliedert sich in 7 Abschnitte. Im ersten Kapitel geht es um die Begriffsklärung, basierend auf dem wegweisenden Gutachten des Sachverständigenrates zur Über-, Unter- und Fehlversorgung 2000/2001. Hier stand der Begriff des (objektiven) Bedarfs im Vordergrund, der dann vorliegt, wenn ein fachlich bzw. wissenschaftlich nachgewiesener (Netto-)Nutzen erkennbar ist.

Im 2. Kapitel wird dieses in den letzten 20 Jahren dominierende Verständnis vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklung einer kurzen Kritik unterzogen. Insbesondere werden einige Anhaltspunkte dafür aufgezeigt, dass sich Entscheidungen im Gesundheitswesen nicht allein durch die Nutzenbetrachtung, sondern auch durch gesellschaftliche Präferenzen und politische Schwerpunktsetzungen begründen lassen. In dieser Perspektive ist die Thematik der Unterversorgung also kein rein klinisch-wissenschaftlich zu ergründendes, sondern ebenso ein politisches Thema.

Im 3. Kapitel erfolgt eine Systematisierung des Begriffs der Unterversorgung. Patienten haben oft keinen Zugang zu einer Behandlung, weil sie darüber nicht informiert sind, sie entsprechende Praxen nicht erreichen können, oder die Behandlung nicht angeboten wird (Zugangsproblematik). In anderen Fällen haben Patienten zwar einen Zugang zu Behandlung, diese wird jedoch fehlerhaft zur Verfügung gestellt (eine sehr häufige Kombination: Unter- und Fehlversorgung). Letztlich gibt es aber auch den 3. Fall, dass Patienten grundsätzlich einen Zugang erhalten und die Leistung adäquat erbracht wird, diese aber durch dysfunktionale Struktureigenschaften des Gesundheitssystems verknappt oder als nicht-indizierte Leistung erbracht wird (z. B. Leistungen aus dem IGeL-Katalog der von den Krankenkassen nicht bezahlten Behandlungen). Zwischen diesen drei Fällen gibt es zahlreiche Überschneidungen, trotzdem bilden sie die Systematik für die nachfolgenden drei Kapitel.

Die **Zugangsproblematik** wird im 4. Kapitel für fünf ausgewählte Themenbereiche diskutiert:

– – – – – – –

***: Die Autorengruppe Gesundheit** wird gebildet von Prof. Dr. med. Matthias Schrappe, Hedwig François-Kettner, Franz Knieps, Univ.-Prof. Dr. phil. Klaus Kraemer, Hartmut Reiners, Prof. Dr. med. Martin Scherer und Dr. med. Thomas Voshaar. Das Short Paper #1 entstand unter Mitarbeit von Prof. Dr. med. Jürgen Windeler.

- In der hausärztlichen Versorgung, hinsichtlich der Zahl der Patientenkontakte ein dominierender Bereich, gibt es einen empfindlichen Personalmangel. Es fehlen Ärzte in den Randgebieten der großen Städte und vor allem in ländlichen Regionen, wo teilweise ein deutlicher Ärztemangel eingetreten ist. Zugangsprobleme bestehen vor allen Dingen für Patienten mit chronischen Mehrfacherkrankungen.
- Negativ bemerkbar macht sich auch die mangelhafte Kooperation mit der spezialfachärztlichen Versorgung, wo es besonders für GKV-versicherte Patienten trotz der Einrichtung von Terminservice-Stellen schwierig ist, Termine zu erhalten. Sie sind durch Wiedereinbestellungen blockiert, und die Verteilung der Praxen ist hier noch stärker als bei den Hausärzten auf die urbanen Zentren konzentriert.
- In den Krankenhäusern werden durch die jetzt eingeleitete Vergütungsreform die Mengenanreize für skalierbare Leistungen steigen, parallel dazu droht jedoch eine Unterversorgung für mehrfach erkrankte Patienten. Die Gründe dafür liegen vor allem in den geplanten Unterschreitungen des Vorhaltebudgets und in einer aktiven Risikoselektion. Bei festgelegtem Vorhaltebudget sind Patienten mit hohem Risiko und Komorbidität ein ökonomisches Risiko, die Versorgung kann für sie schwerer zugänglich werden.
- In der Pflege ist der Personalmangel ein zentrales Problem, aber auch die Zusammenarbeit und die Aufteilung der Verantwortlichkeiten.
- In der Öffentlichkeit hat die Arzneimittelversorgung große Aufmerksamkeit erfahren. Wichtige Bereiche werden von der Pharmaindustrie systematisch vernachlässigt. Viele Medikamente, etwa aus dem Bereich der Kinder- und Basisversorgung, sind oft nur schwer erhältlich, während mit sogenannten „*Orphan Drugs*" für seltene Erkrankungen überteuerte Höchstpreise erzielt werden.

Das 5. Kapitel beschäftigt sich mit der **kombinierten Unter- und Fehlversorgung**, die dann vorliegt, wenn der Zugang zur Versorgung dadurch erschwert ist, dass die Leistungen zwar erbracht werden, aber nicht den fachlichen Standards entsprechen. Zu beobachten ist zunehmend, dass zentrale fachliche Forderungen aus der Qualitäts- und Patientensicherheitspraxis nicht mehr berücksichtigt werden, die in den vergangenen Jahren als allgemein konsentiert gegolten haben. So sind z. B. Vergleiche zwischen Krankenhäusern ohne jegliche Aussagekraft, wenn sie in großen „Leistungsgruppen" durchgeführt werden, wie es im Krankenhaus-Transparenz-Gesetz und im KHVVG geplant ist, weil in diesem Fall Qualitätsunterschiede in keinem Fall mehr von zufälligen oder anderweitig bedingten Faktoren („*Confoundern*") abgrenzbar sind. Dieser *quality and safety shift*, der noch zahlreich weitere Sachverhalte betrifft (z. B. niedrigschwellige Erfassung von sicherheitsrelevanten Ereignissen, Zurechenbarkeit von Ereignissen), ist seit der Corona-Krise zu beobachten und muss als konzeptionelle, nicht nur punktuelle Abkehr von diesen Grundlagen eines *Quality-Improvement*-Ansatzes verstanden werden.

Die **Unterversorgung als Systemeigenschaft** ist Gegenstand des 6. Kapitels. Grundlegende, strukturelle Defizite in der Organisation der medizinischen Versorgung und des Krankenversicherungssystems provozieren eine Unterversorgung, obwohl ein adäquates Angebot eigentlich vorhanden ist. Im Vordergrund stehen die strikte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung, die mangelhafte Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe und das duale System von gesetzlicher und privater Krankenversicherung (GKV, PKV). Dieses Kapitel bildet den Übergang in das 7. Kapitel, das den Lösungsperspektiven gewidmet ist.

In der Autorengruppe gab es viele Diskussionen, inwieweit man bereits in diesem Papier neben der systematischen Darstellung des Problems auch weitergehende Konzepte zur Behebung von unterversorgungsrelevanten Defiziten ausdiskutieren sollte. Letztlich haben wir uns aber entschiedenen, die Frage der Entwicklungsperspektive schrittweise in nachfolgenden Papieren darzulegen, denen wir ebenso viel Interesse wünschen wie – hoffentlich – diesem ersten *Short Paper* der Gruppe Gesundheit (das gar nicht so short geworden ist).

Einleitung

Wir stellen fest: Das deutsche Gesundheitssystem ist krank. Hunderte Gesetzesänderungen der vergangenen Jahrzehnte haben keinen großen Wurf ergeben. Vielmehr wurden alle Sektoren mit immer neuen und wenig wegweisenden Änderungen beschäftigt, ohne dass sich die intersektorale Koordination und Kooperation verbessert hätte. Die Bürokratie wurde hinsichtlich Dokumentationspflichten zunehmend unübersichtlicher und ist heute für die Beschäftigten sehr zeitraubend, Zeit, die bei der direkten Patientenversorgung fehlt.

Die Wege durch das System erschließen sich nicht ohne fachkundige Unterstützung. Patienten und Angehörige fühlen sich mit vielen Problemen allein gelassen. Sektorübergreifende Leistungsbedarfe sind schwer verständlich und zu kompliziert in die Wege zu leiten. Termine vom Hausarzt zu Fachärzten sind zu lang und bedürfen großer Geduld. Privatversicherte Patienten erhalten sehr viel rascher Termine, was zu Unmut und Unverständnis führt.[1] Angehörige und Patienten selbst schildern vor allem in Deutschland eine Verschlechterung bei Behandlungsverläufen v. a. bei den Übergängen zwischen den Sektoren.[2] Patientensicherheit bleibt mit ca. 20.000 vermeidbaren Todesfällen seit Jahren und vieler (überwiegend ehrenamtlicher) Mühen auf gleich niedrigem Niveau; ein nicht akzeptabler Missstand.[3] Die Umsetzung der Elektronischen Patientenakte, die Transparenz und Sicherheit verbessern kann, erfährt zu wenig Unterstützung für die Klientel, die damit überfordert ist, und ist mit zahlreichen technischen Mängeln behaftet.

Vor allem im ländlichen Bereich bestehen Engpässe in der hausärztlichen und spezialfachärztlichen Versorgung. Teambasierte fachpflegerische Unterstützung durch Community-Health-Nurses und Gemeindeschwestern sind selten vorzufinden. Dabei steigen mit der hohen Anzahl älterer Menschen chronische Erkrankungen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit. Im Jahr 2021 waren 5 Millionen Pflegebedürftige registriert, 2050 werden es 6,8 Millionen sein. Zurzeit ist von 5 Millionen pflegender Angehörigen auszugehen. Der Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen wird zunehmen, da viele heutige Berufstätige in den kommenden 10 Jahren berentet werden. Bei 1,25 Millionen Pflegekräften, die in den verschiedenen Sektoren arbeiten, fehlen bereits heute 300.000, zusätzlich gehen 250.000 Pflegekräfte bis 2034 in Rente. Viele Pflegeheime können

wegen fehlender Fachkräften keine Pflegebedürftigen mehr aufnehmen, sodass zunehmend Krankenhäuser als Anlaufstellen für eigentlich rein pflegebedürftige Menschen dienen. Die finanzielle Selbstbeteiligung für stationär Pflegebedürftige lag im Juli 2024 bei 2.350 Euro, für viele Familien eine unüberwindbare Hürde, die ohne Unterstützung nicht zu überkommen ist.

Vor diesem Hintergrund fokussiert die „Autorengruppe Gesundheit", die sich vor gut einem Jahr zusammengefunden hat, ihre Arbeit zunächst auf das übergreifende Thema der Unterversorgung. Mit dem hier vorgelegten „Short Paper #1" legt die Autorengruppe die Basis für weitergehende Analysen und Lösungsvorschläge, klärt die Begrifflichkeit, sichtet die vorliegenden Informationen (ohne Anspruch auf Vollständigkeit), schätzt die Relevanz des Problems ein und macht – ausgehend von einer Ursachenanalyse – Vorschläge zu dessen Behebung.

1. Unterversorgung: Begriffsklärung

Mit dem SVR-Gutachten 2000/2001 wurden die Begriffe Über-, Unter- und Fehlversorgung zu einem zentralen Bestandteil der gesundheitspolitischen Diskussion.[4] Im Vordergrund stand dabei das Begriffspaar Über- und Fehlversorgung, also die Annahme, dass im deutschen angebotsorientierten Gesundheitswesen Leistungen erbracht werden, die nicht dem Erforderlichkeitsgebot bzw. Übermaßverbot genügen[5] und außerdem eine ungünstige Bilanz zwischen positiven und negativen Effekten aufweisen. Unterversorgung wurde nicht als drängendes Problem identifiziert, soweit man von partikularen Perspektiven absieht; dieses Thema verortete man eher in Gesundheitssysteme mit staatlicher oder rein marktwirtschaftlicher Koordination (z. B. UK, USA).

Diese Situation hat sich in den letzten Jahren grundlegend geändert, allerdings ohne dass sich die kritische Analyse dem Thema Unterversorgung mit der gleichen Intensität und Zielgerichtetheit zugewandt hätte, wie es vor 25 Jahren mit dem Thema Über- und Fehlversorgung der Fall war. Diese Zurückhaltung ist bemerkenswert, denn in den Berichten von Patienten und in Medienberichten ist das Thema der Unterversorgung von hoher Aktualität[6], auch nehmen entsprechende Stellungnahmen vonseiten der Verbände und der Selbstverwaltung zu. Im Bereich der fachlichen, wissenschaftlichen und vor allem gesundheitspolitischen Diskussion dagegen herrscht „dröhnende Stille", eher wird angedeutet, die Frage der Unterversorgung beruhe auf falsch verstandenem Anspruchsdenken oder sei Ausdruck von verdecktem wirtschaftlichen Interesse (was im Einzelfall natürlich zutreffen kann).

Im Kontext der Gesundheitsversorgung ist der Begriff Unterversorgung eng mit den Themen Bedarf, Nutzen und somit auch Evidenz verbunden. Der SVR definiert:

„Eine Versorgung bei individuellem, professionell und wissenschaftlich anerkanntem Bedarf, die verweigert wird, oder nicht (zumutbar) erreichbar zur Verfügung gestellt wird, obwohl an sich Leistungen mit hinreichend gesichertem gesundheitlichen Nutzen und einer akzeptablen Nutzen-Kosten-Relation vorhanden sind, ist eine Unterversorgung."[7]

Zusätzlich zu dem „anerkannten Bedarf" müssen also Leistungen „mit hinreichend gesichertem gesundheitlichen Nutzen vorliegen", sonst wäre eine Unterversorgung nicht objektivierbar. Historisch war diese Bezugnahme möglich und realistisch, weil in den Jahren zuvor durch das Aufkommen der *Evidence-Based Medicine* erstmalig eine Methode zur Verfügung stand, die das für die Nutzenbeurteilung notwendige fachliche und wissenschaftliche Wissen identifizieren, in seiner Tragfähigkeit beurteilen und transparent synthetisieren konnte (z. B. durch systematische Reviews und Metaanalysen). Die „Eminenz-basierte Entscheidungsfindung" durch Stellungnahmen und Fachkongresse konnte in diesem Sinne ergänzt und überkommen werden, wodurch Bewertungen und Allokationsentscheidungen auf ein anderes Fundament gestellt wurden.

Im typischen Fall tritt eine Unterversorgung nicht isoliert auf, sondern in Kombination sowohl mit einer Überversorgung:

„Versorgungsleistungen, die über die individuelle Bedarfsdeckung hinaus und ohne oder ohne hinreichend gesicherten gesundheitlichen (Zusatz-)Nutzen (z. B. aus Unwissenheit, Gefälligkeit, zu Marketingzwecken oder aus Einkommensinteressen) gewährt werden, sind medizinische Überversorgung."[8]

als auch mit Fehlversorgung:

„Fehlversorgung ist jede Versorgung, durch die ein vermeidbarer Schaden entsteht, bzw. jede Versorgung mit Leistungen, deren Schaden oder Schadenspotential ihren (möglichen) Nutzen deutlich übersteigen."[9]

Aus dieser Perspektive kann eine Unterversorgung auch als Fehlversorgung verstanden werden, „da entgangener Nutzen [durch das

– – – – – – –

1: „Ärzte lassen Kassenpatienten länger warten. Kölner Studie: Privatversicherte erhalten Termine sehr viel schneller." Kölner Stadtanzeiger, 1.4.2008; „Zwei Klassen beim Arzt. Privatversicherte werden schneller behandelt als Kassenpatienten", SZ 10.5.2017; Institut für Demoskopie Allensbach: Personelle Erosion des Gesundheitswesens, eine Dokumentation des Beitrags für die Frankfurter Allg. Zeitung, 25.7.2024, https://www.ifd-allensbach.de/fileadmin/kurzberichte_dokumentationen/FAZ_Juli2024_Gesundheitswesen.pdf; Klagen über Diskriminierung von gesetzlich Versicherten, Tagesschau.de, 26.12.2024; https://www.tagesschau.de/inland/krankenkassen-termine-diskriminierung-100.html

2: Schoen, C., Osborn, R., Squires, D., Doty M., Pierson, R., Applebaum, S.: New 2011 Survey of Patients with Complex Care Needs in Eleven Countries Finds That Care is Often Poorly Coordinated. Health Aff. 20, 2011, 2437-42; ganz aktuell Blumenthal, D., Gumas, E.D., Shah, A., Gunja, M.Z., Williams II, R.D.: Mirror, Mirror 2024. A Portrait of the Failing US Health System. Comparing Performance in 10 Nations. Commonwealth Fund, Spt. 2024, https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2024/sep/mirror-mirror-2024

3: Zur Übersicht s. Schrappe, M.: APS-Weißbuch Patientensicherheit – Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: Neu denken, gezielt verbessern. Mit Geleitworten von Jens Spahn, Don Berwick und Peter Durkin. Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2018, S. 309ff

4: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, Teil III.1: Grundlagen, Übersichten, Versorgung chronisch Kranker. www.svr-gesundheits.de, Nr. 20-23

5: SGB V § 2 Abs. 4 i. V. m. § 12 Abs. 1: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten."

6: Forsa-Umfrage im Auftrag der Bosch-Stiftung 2023: 39% der Befragten gaben an, dass sich die Versorgung vor Ort verschlechtert habe, obwohl 84% die Erreichbarkeit der Versorgung als besonders wichtig einschätzen (schnelle Terminvergabe 98%), https://www.bosch-health-campus.de/de/story/forsa-umfrage-grosser-vertrauensverlust-die-gesundheitspolitik.

7: SVR 2001, III-1, S. 52 (Nr. 40)

8: ebd.

9: ebd.

Unterlassen der Behandlung, MS] vermeidbaren Schaden bedeutet."[10]

2. Unterversorgung: konzeptionelle Präzisierung und Entwicklungsbedarf

Die Gleichung „Studien => Evidenz für Nettonutzen => Allokationsentscheidung auf Systemebene" eignet sich grundsätzlich für die Festlegung einer bedarfsgerechten Versorgung und damit für die Feststellung eines Zuviel oder eines Zuwenig. Allerdings schließt das Konzept EbM Entscheidungen unter Berücksichtigung der individuellen Situation ein, was die Bewertung von Unter- oder Überversorgung schwieriger macht. Diese Abgrenzung der Allokationsentscheidung auf Systemebene von der individuellen Behandlungsentscheidung spielt natürlich je weniger eine Rolle, desto eher es sich um Behandlungsmethoden mit klarer Evidenz und günstigen finanziellen Umfeldbedingungen handelt, die Studien leicht durchführbar erscheinen lassen. Eher problematisch ist die Abgrenzung aber z. B. bei Behandlungsmethoden mit professioneller Akzeptanz aber (noch) ungenügender Studienlage, insbesondere, wenn die Generierung guter Evidenz auf Hindernisse stößt (gerade bei nichtmedikamentösen Behandlungsmethoden wie Physiotherapie etc.).

Um die Diskussion zu erleichtern, hatte der SVR den Begriff des „objektiven Bedarfs" eingeführt:

„Ein objektiver Bedarf für eine Behandlungsmethode einer medizinisch nachweisbaren Krankheit liegt vor, wenn sie fachlich und wissenschaftlich begründet einen positiven Nettonutzen aufweist."[11]

Ein objektiver Bedarf für eine Intervention besteht folglich dann, wenn diese ausdrücklich auf der Basis derzeit bester Evidenz im Einzelfall eine positive Nutzen-Schaden-Relation erwarten lässt. Der Bedarf umfasst dabei Inhalt, Zeit, Ort und Qualität dieser Intervention. Diesen objektiven Bedarf festzustellen und damit eine Messlatte für die Bewertung von Unter- oder Überversorgung zu liefern, wird jedoch zunehmend schwierig. Insbesondere trifft dies die Differenzierung zwischen Behandlungswunsch (auch „subjektiver Bedarf") und Behandlungsentscheidungen bei positiver Nutzenbewertung mit hinreichender externer Evidenz („objektiver Bedarf"). In der Konsequenz fallen die Ebenen der *Evidence-based Practice*, auf der der patientenseitige Behandlungswunsch und die fachliche Erfahrungsebene der Behandler eine zentrale Rolle spielen, und der *Evidence-based Health Policy* (Allokationsentscheidung im G-BA) immer weiter auseinander.

Dazu tragen mindestens fünf externe Faktoren maßgeblich bei, die das nutzenbezogene Konzept professioneller und Systementscheidungen bedrohen:

1 durch die Wiederbelebung des „Kochbuch-Medizin"-Argumentes aus den 90er-Jahren wird die Methode der EbM von Identifikation von Wissen, dessen Bewertung und Synthese (systematische Reviews und Metaanalysen) als innovationshemmend bezeichnet und gemeinsam mit dem Hinweis auf dessen angeblich paternalistischen Charakter („Ihr Arzt kann nicht frei entscheiden") als medizinische Versorgung auf Substandard-Niveau dargestellt;[12]

2 kontrollierte, klinische Studien sollen durch Auswertungen großer Datenmengen abgelöst werden („*big data*"), bei denen sogar die grundlegende wissenschaftliche Forderung der Ex-ante-Festlegung von präzisen Fragestellungen relativiert wird („end of theory-Ansatz");[13]

3 durch das Aufkommen der „personalisierten Medizin" wird eine so ausgeprägte Differenzierung von Patientengruppen propagiert, dass nicht nur die *Orphan-Drug*-Regelungen des SGB V in Anspruch genommen werden konnten (erleichterte Zulassung),[14] sondern über den „n=1-Ansatz" die Sinnhaftigkeit von Studien mit doppelblindem Randomisationsdesign grundsätzlich infrage gestellt wurde;[15]

4 zunehmend wurden Patientenverbände in die Entscheidung mit einbezogen, die teilweise ganz offen durch Unternehmen mit wirtschaftlichem Interesse unterstützt werden und die strenge Methodik der Evidenzgenerierung als zu schwerfällig und langsam darstellen bzw. einen rascheren Zugang zu neuen oder alternativen Behandlungsmethoden fordern;[16]

5 durch gesundheitspolitische Interventionen in den letzten beiden Legislaturperioden wurde die Begründungspflichtigkeit für Therapien und Interventionen auf Systemebene immer weiter nivelliert, wie es geradezu paradigmatisch im „Gesundes-Herz-Gesetz" beim wissenschaftlich nicht abgesicherten Bevölkerungs-Screening auf Hyperlipidämien mit anschließender medikamentösen Behandlung sichtbar wurde.[17]

Diese Entwicklungen führen zu einer Relativierung bzw. sogar zu einem Verlust des Maßstabs, sodass die Schwelle für einen objektiven Bedarf abgesenkt wird und es zu einer „Inflation" von Unterversorgung kommt. Wenn die Relevanz einer evidenzbasierten Nutzenbewertung infrage gestellt wird und gar nicht mehr allseitige Akzeptanz bzw. Wertschätzung genießt, dann besteht die Gefahr, dass der Begriff der Unterversorgung als Bezugspunkt der gesundheitspolitischen Diskussion ausfällt.

Dies ist deshalb gesundheitspolitisch brisant, weil dadurch die tatsächliche Unterversorgung kaschiert und nicht mehr adäquat thematisiert werden kann. Vor diesem Hintergrund erscheint die Thematik „Unterversorgung" nicht nur von hoher tagespolitischer Relevanz, sondern steht auch vor der Herausforderung einer Neubewertung und Erweiterung ihrer theoretischen Grundlagen. Es ist insbesondere eine stärkere Ziel- und Problemorientierung des Begriffes anzustreben, was letztlich einer ergänzenden Bewertung auf der Ebene von Angemessenheit und politischer Präferenz gleichkommt.

3. Systematik von Unterversorgung

Zunächst ist jedoch eine systematische Strukturierung des Begriffs der Unterversorgung geboten. Es sind folgende Fälle zu unterscheiden:

- Patienten haben keinen Zugang zu einer Behandlung, entweder weil sie darüber nicht informiert sind, sie sie nicht erreichen können oder die Behandlung nicht angeboten wird (Zugangs- bzw. Access-Problematik);
- Patienten haben Zugang, die Behandlungsleistung wird jedoch fehlerhaft zur Verfügung gestellt (Fehlversorgung);
- Patienten erhalten grundsätzlich Zugang, die Leistung wird adäquat erbracht, aber durch dysfunktionale Struktureigenschaften des Gesundheitssystems werden die Leistungen verknappt oder wären gar nicht indiziert gewesen (wären vermeidbar gewesen, z. B. aufgrund fehlender Prävention, fehlender Kooperation).

Es gibt Überschneidungen dieser drei Formen, vor allem da sie oft gemeinsam auftreten.

3.1. Mangelnder Zugang als Ursache von Unterversorgung (s. Kap. 4)

Ist der Zugang zu Gesundheitsleistungen eingeschränkt, äußert sich dies meist durch die Schwierigkeit, einen Termin zur Behandlung zu erhalten, gerade im Bereich der ambulanten Facharztversorgung. Es sind drei Fälle zu unterscheiden, die in Kap. 4 für mehrere Versorgungsbereiche weiter ausgeführt werden:

1 Die Patienten erhalten keinen Zugang zu einer Leistung, die sie durchaus erreichen könnten und die auch angeboten wird, da sie über das Vorhandensein der Leistung nicht informiert sind oder weil sie nicht wissen, dass sie indiziert wäre.[18] Krankenkassen und auch die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Unabhängige Patientenberatung sind zwar verpflichtet, Patienten über Gesundheitsleistungen und ihre Indikationen aufzuklären, aber es bleiben Defizite bestehen (Thematik Gesundheitserziehung). Das IQWiG hat die Informationsplattform www.gesundheitsinformation.de zur Verfügung gestellt, es gibt außerdem eine ganze Reihe von krankheits- bzw. krankheitsgruppenspezifischen Foren.

2 Patienten wollen Leistungen in Anspruch nehmen, können sie jedoch nicht in Anspruch nehmen. Dies ist die klassische Zugangsproblematik, die für Gesundheitssysteme insgesamt (gerade in den USA) und für regionale bzw. Populations-bezogene Versorgungskonzepte typisch ist und durch sog. *Area*-Indikatoren beschrieben wird. Man unterscheidet folgende Unterformen:

2a Geografische Dimension: Der Zugang ist nicht möglich, da Patienten die Versorgung wegen der Entfernung und/oder der Verkehrsinfrastruktur nicht erreichen können. In den letzten Jahren ist dieser Sachverhalt in vielen Regionen durch die Schließung von Arztpraxen, Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern oder auch Apotheken sichtbar geworden. Er spielt eine große Rolle bei der Bedarfsplanung von Versorgungsstrukturen (z. B. Krankenhausversorgung), vor allem auch als „Gegenspieler" zur Zentralisierung, für die aus Gründen der Volume-Outcome-Beziehung eine Qualitätsverbesserung angenommen wird, und bei der der etwaige Qualitätsgewinn nicht durch eine Verschlechterung der Erreichbarkeit egalisiert oder ins Gegenteil verkehrt werden sollte.

2b. **Finanzielle Dimension der Zugangsproblematik:** Die Leistung ist erreichbar und den Patienten bekannt, sie können diese Leistung jedoch aus ökonomischen Gründen (z. B. durch mangelnden Versicherungsschutz[19]) nicht wahrnehmen.[20] Dieses Form der zugangsbedingten Unterversorgung war in der Vergangenheit und ist auch gegenwärtig immer noch in den USA eines der Hauptprobleme der Gesundheitsversorgung.

2c. **Die soziale Dimension**, davon abzugrenzen, beschreibt Gesundheitsversorgung als Problem der gesellschaftlichen Stellung der Patienten, wozu nicht nur Schichtzugehörigkeit, sondern auch Bildungsstand, Wohn- und Arbeitssituation gehören. Hier liegt eines der wichtigsten Defizite heutiger Gesundheitspolitik, in der Gesundheit und Krankheit zunehmend individualisiert werden und die soziale Bedingtheit vollständig aus dem Blick geraten ist (vgl. Vernachlässigung sozialer Aspekte bei der nichtpharmakologischen Prävention während der Corona-Epidemie).

2d. Hinzu kommen **strukturelle Bedingungen**, in erster Linie in der Kooperation und Koordination der Behandlung durch die unterschiedlichen Akteure in der Gesundheitsversorgung (es liegen Überschneidungen mit Punkt 3.3. vor). Alle Versorgungsangebote sind erreichbar, aber die Patienten erhalten nicht die indizierte Versorgung, da die Interaktion der Behandler nicht abgestimmt ist.

2e. Die **navigationale Unterversorgung** setzt bei Punkt 2d an und beschreibt eine Unterversorgung, die durch die (verständliche) Unfähigkeit der Patienten beschrieben ist, sich in der hohen Komplexität der Gesundheitsversorgung zurechtzufinden.[21] Dies beginnt bereits bei der Terminvergabe, „weil man niemanden kennt", und betrifft im Rahmen der zunehmenden Problematik gar nicht nur GKV-versicherte Patienten, sondern auch „nicht vernetzte" Privatversicherte.

3.2. Qualitätsdefizite u. a. Formen der Fehlversorgung (s. Kap. 5)

Eine Versorgung mit negativem Nettonutzen, so die Kurzdefinition, ist ein umfangreiches Thema. In der Vergangenheit wurde Fehlversorgung immer im Zusammenhang mit Überversorgung diskutiert, der zusammengesetzte Begriff der „kombinierten Über- und Fehlversorgung" galt als omnipräsente Diagnose. Derzeit rückt jedoch die Kombination zwischen Fehlversorgung und Unterversorgung in den Blickpunkt. Im hier dargestellten Zusammenhang ist einerseits die Fehlversorgung von Bedeutung, die durch eine Unterversorgung durch eine fehlerhafte, nicht den medizinischen Standards entsprechende Versorgung verursacht wird. Andererseits liegt Fehlversorgung vor, wenn die indizierte Versorgung durch Elemente von Überversorgung substituiert oder ergänzt wird (z. B. die erzwungene Inanspruchnahme von IGeL-Leistungen als Eingangshürde für die Terminvergabe).

– – – – – – –

10: ebd.
11: SVR 2001, ebd., Nr. 19
12: z. B. Eichler, M., Pokora, R., Schwentner, L., Blettner, M.: Evidenzbasierte Medizin. Möglichkeiten und Grenzen. Dtsch. Ärztebl. 112, 2015, 2190-2
13. Anderson, C.: The End of Theory: The Data Deluge Makes the Scientific Method Obsolete. Wired Magazine 23.6.2008
14. nach §35a Abs. 1 Satz 11 SGB V
15. „Big Data revolutioniert die Arzneientwicklung", FAZ vom 13.8.2018, https://www.faz.net/pro/digitalwirtschaft/zukunft-der-medizin-big-data-revolutioniert-die-arzneientwicklung-15734636.html
16: s. Kritik an der Unabhängigen Patientenberatung, z.B. W. Bartens und M. Grill in „Schlecht beraten", SZ vom 28.9.2018, https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/medizin-offizielle-patientenberatung-fuehrt-hilfesuchende-in-die-irre-1.4147159
17: Gesundes-Herz-Gesetz Referentenentwurf s. unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/GHG_RefE_bf.pdf, als Kommentar s. Windeler, J.: EbM und Gesundheitspolitik heute – und morgen? ZEFQ 2024
18: Bitzer, E.M., Soerensen, K.: Gesundheitskompetenz – Health Literacy. Gesundheitswesen 2018, 80, 756-66
19: Zur Problematik im deutschen Gesundheitswesen bzgl. GKB/PKV s. Lüngen, M., Stollenwerk, B., Messner, P., Lauterbach, K.W., Gerber, A.: Waiting times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study in Germany. Intern. J. Equity in Health 7, 2008, 1
20: Vgl. als Leitartikel von Drummond, R., Fontanarosa, P.B.: Theme Issue on Access to Health Care. Call for Papers. N. Engl. J. Med. 295, 2006, 2182-3
21: Folttmann, A., Kießling, A.: Gesundheitsrecht.blog Nr. 41, 2024, https://doi.org/10.13154/294-12601, ISSN: 2940-3170

1 Eine Unterversorgung durch Qualitätsdefizite kann hier nur kurz dargestellt werden. In Deutschland konzentriert sich die Qualitätsdiskussion und die Verfügbarkeit von Qualitätsindikatoren immer noch auf die operativ zu behandelnden Akuterkrankungen, Defizite in der Behandlung von multimorbiden chronisch Erkrankten werden daher weder gemessen noch einem Verbesserungsansatz unterworfen (Beispiel MRT bei Rückenschmerzen). Festzuhalten ist in beiden Fällen, dass solche Formen der Fehlversorgung den Patienten die Inanspruchnahme von adäquaten Leistungen verwehren.

2 Eine Unterversorgung durch den Ersatz von angemessenen Leistungen durch Elemente von Überversorgung (kombinierte Über- und Unterversorgung) ist häufiger, als man gemeinhin annimmt. Überversorgung bindet nicht zuletzt Arbeitszeit und verschlechtert schon allein dadurch den Zugang zu Behandlungsleistungen. Sogenannte IGeL-Leistungen werden Patienten oft sehr nahegelegt, vermehrt wird jedoch auch berichtet, dass solche Untersuchungen und Leistungen als Eintrittsbedingungen zur regulären Behandlung genannt werden. Da diese Leistungen von den Patienten selbst getragen werden müssen, bilden sie eine Zugangsbarriere für die eigentliche Behandlung, ganz abgesehen von den Aspekten der Fehlversorgung, die von solchen Leistungen ausgehen (z. B. falsch-positive Befunde bei falsch eingesetzten Screening-Untersuchungen).

3.3. Struktureigenschaften des Gesundheitssystems (s. Kap. 6)

Selbst wenn Patienten informiert sind, die Leistungen grundsätzlich auch angeboten werden und die Patienten Zugang zu ihnen haben, kann eine Unterversorgung durch Verknappung auf Systemebene stattfinden. Der bekannteste Fall ist das staatliche NHS in Großbritannien, das durch Sparmaßnahmen derartig zerrüttet ist, dass lange Wartezeiten selbst auf dringliche Behandlungen entstehen. Allerdings muss auch in Deutschland mit solchen Formen der Unterversorgung gerechnet werden, z. B. in der Arzneimittelversorgung, soweit Systemfragen (System der Preisverhandlungen) hier verantwortlich zu machen sind.

Der zweite Fall bezieht sich auf eine Unterversorgung, die selbst dann auftritt, wenn eine solche Knappheit nicht besteht, allerdings die Versorgung durch Dysfunktionalitäten nicht beim Patienten ankommt. Diese Situation ist (auch) im deutschen Gesundheitswesen gegeben, in dem vor allem die Sektorierung dazu führt, dass bei grundsätzlich gegebenem Zugang, genügenden finanziellen Mitteln und Vorhandensein der Behandlungsleistungen es trotzdem nicht zu einer zufriedenstellenden Versorgung und Versorgungsqualität kommt. Verstärkt wird diese Situation noch durch die nicht sinnvolle Dualität im Versicherungssystem (ausführlichere Darstellung in Kap. 6).

4. Unterversorgung unter dem Aspekt des Zugangs

4.1. Ambulanter Bereich

Die hausärztliche Medizin spielt in der kontinuierlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten eine zentrale Rolle. Wenngleich sich die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland seit den 1990er-Jahren verdoppelt hat, ist sie in der Allgemeinmedizin nur leicht angewachsen. Die Anzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland ist von 237.750 im Jahr 1990 auf 428.474 im Jahr 2023 gestiegen, was nahezu einer Verdopplung entspricht.[22] Während die Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte deutlich zugenommen hat, ist der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte vergleichsweise gering gestiegen. Zudem ist der Anteil der über 60-jährigen Hausärztinnen und Hausärzte besonders hoch, was auf einen erhöhten Bedarf an Nachwuchs hinweist.[23] Laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) liegt das Durchschnittsalter niedergelassener Hausärzte bei über 55 Jahren, und etwa ein Drittel der praktizierenden Hausärzte wird innerhalb der nächsten zehn Jahre in den Ruhestand gehen. In vielen ländlichen Gebieten ist dieser Anteil sogar noch höher. Der Mangel an Nachwuchsärzten führt dazu, dass die verbliebenen Hausärzte noch mehr Patienten betreuen müssen, was wiederum zu einer Überlastung und zur potenziellen Verschlechterung der Versorgungsqualität führen kann.[24] Wie weit sich die deutlich angestiegenen Arztzahlen auf die ärztliche Betreuungszeit auswirken, ist schwer abzuschätzen. Laut Ausführungen der KBV führen Faktoren wie Bürokratie, veränderte Lebens- und Arbeitszeitmodelle sowie eine rückläufige Zahl an Niederlassungen dazu, dass trotz der gestiegenen Zahl an ärztlichen Köpfen weniger Arztzeit zur Verfügung steht.[25]

Der hausärztliche Nachwuchsbedarf wird durch eine weitere Entwicklung verstärkt: Die Zahl der 65-Jährigen und Älteren ist seit 1991 von 12 Millionen auf 18,7 Millionen im Jahr 2022 gestiegen.[26] Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten mehrerer chronischer Erkrankungen (Multimorbidität), was den Bedarf an kontinuierlicher hausärztlicher Versorgung erhöht.[27] Berücksichtigt man, dass Hausärzte eigentlich verstärkt Koordinierungsfunktionen übernehmen sollten („*gate-keeper*"), wird der Mangel noch deutlicher.

Die Konsequenzen der verminderten Arztzeit haben die Patienten zu tragen: 77 Prozent der Bevölkerung haben in den vergangenen Jahren persönlich oder bei einem Familienmitglied erlebt, dass lange Wartezeiten auf einen Arzttermin in Kauf genommen werden mussten, 43 Prozent haben erlebt, dass es schwierig war, einen Arzt zu finden, bei dem man überhaupt als Patient aufgenommen wurde.[28] Davon sind ländliche und strukturschwache Regionen insbesondere betroffen.

Letztlich treffen die in der Allensbach-Studie berichteten Zugangsprobleme insbesondere Menschen mit chronischen Erkrankungen und Multimorbidität. Die hausärztliche Betreuung ist erste Anlaufstelle für gesundheitliche Anliegen und Ort der Koordination weiterer medizinischer Behandlungen. Es wird in strukturschwachen Regionen schwieriger werden, eine kontinuierliche Grundversorgung sicherzustellen.

Gleichzeitig gibt es eine Überkonzentration von Fachspezialisten in städtischen Gebieten, während ländliche Regionen benachteiligt sind.[29] Das führt zu regionalen Ungleichheiten, die nicht nur die Verfügbarkeit von medizinischer Versorgung beeinflussen, sondern auch zu einer allgemeinen Verschlechterung der gesundheitlichen Versorgung in diesen Gebieten beitragen.

4.2. Spezialfachärztliche Versorgung

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung in Deutschland ist ein wichtiger Bestandteil des Gesundheitssystems, um Patienten mit komplexen oder seltenen Erkrankungen zu versorgen.[30] Dennoch zeigt sich, dass die Bedarfsdeckung trotz voll ausgelasteter Kapazitäten oft unzureichend ist, was auf strukturelle und orga-

nisatorische Defizite zurückzuführen ist. Das Vergütungssystem bevorzugt oft kürzere, standardisierte Behandlungsfälle gegenüber zeitintensiven, spezialisierten Leistungen.[31] Dies erschwert es Gebietsfachärzten, sich auf besonders komplexe Krankheitsbilder zu konzentrieren. Die ungleiche Verteilung von Fachärzten und die strukturellen Defizite im Vergütungssystem tragen dazu bei, dass Patienten mit komplexen oder seltenen Erkrankungen Schwierigkeiten haben, zeitnah spezialisierte Behandlungen zu erhalten. Dies gilt insbesondere für ländliche Regionen, in denen die Facharztdichte geringer ist.[32]

Die Unterversorgung in der spezialfachärztlichen Versorgung zeigt sich mittlerweile in vielen Regionen und äußert sich in erster Linie im mangelnden Zugang zu Terminen und in der Errichtung von Zugangsbarrieren mittels Kopplung an (vom Patienten selbst finanzierte, nicht durch Budgets limitierte) Zusatzleistungen, entweder nicht indiziert oder aus dem IGeL-Bereich.[33] Die Presseberichte über mangelnde Facharzttermine sind zahlreich[34], steigen weiter an und werden zunehmend zusätzlich mit Honorarforderungen verknüpft.[35]

In vielen Fällen kann auch keine adäquate Terminvergabe über die KVen, die nach den Bestimmungen des Versorgungsstärkungsgesetzes vom 16.7.2015 (§75 Abs. 1a SGB V) zur Einrichtung sog. Terminservice-Stellen (Telefonnummer 116117) verpflichtet wurden, erreicht werden.[36] Obwohl hier erstmalig eine regionale Zugangskomponente eingeführt wurde (Fahrtzeit zur allgemeinen fachärztlichen Versorgung 30 Minuten, zur „speziellen und gesonderten" 60 Minuten), fehlen durch die Reduktion des Zugangsbegriffes auf die Fahrtzeit (heute z. B. auch in der angestrebten Notfallreform zu finden) auch heute noch weitergehende Aspekte des Zugangs (z. B. Verkehrsinfrastruktur, Mobilität des Patienten), obwohl diese in § 6 Abs. 5 der entsprechenden Vereinbarung bereits damals genannt wurden.[37] Von Patientenvertretern und z. B. der Bertelsmann-Stiftung wurde darauf hingewiesen, dass die eigentlichen Defizite (z. B. Ungleichverteilung der Fachärzte) durch diese Regelung nicht positiv beeinflusst werden.[38] Außerdem blieben Termine im zahnmedizinischen Bereich und in der Psychotherapie von der Regelung ausgeschlossen.

Wie eingangs bereits erwähnt, besteht zusätzlich eine deutliche Abhängigkeit vom Versichertenstatus (s. Fußnote 1). In mehreren Untersuchungen konnte empirisch eine deutlich längere Wartezeit für GKV-Versicherte als für Privatpatienten ermittelt werden.[39] Allerdings zeigte sich schon in den vergangenen Jahren ebenfalls eine schrittweise Verschlechterung des Zugangs für Privatversicherte, wie eine Studie der Forschungsgruppe Wahlen im Auftrag der KBV im Jahr 2017 zeigte.[40] Zudem ist die Zugangsproblematik von der Indikations- und Versorgungsqualität abzugrenzen: Privatpatienten fühlen sich durch die lohnenswerten Vergütungsstrukturen nicht selten von Überversorgung bedroht.[41]

Die wesentliche Ursache für die Unterversorgung im spezialfachärztlichen Bereich ist die Fokussierung auf kurzfristige Effizienz statt nachhaltiger Betreuung. Aufgrund des wirtschaftlichen Drucks werden oft weniger zeitintensive, aber potenziell weniger effektive Behandlungsansätze verfolgt.[42] Die Sprechstunden vieler Spezialisten sind voll, was oft mit ineffizientem Management der Patientenströme zusammenhängt. Patienten mit leichteren Beschwerden blockieren Termine, während Schwerkranke teils monatelang auf eine Behandlung warten müssen. Dies wird durch die starre Terminvergabepraxis und unzureichende Nutzung von Delegationsmöglichkeiten verstärkt.

Ein weiteres Problem liegt in einer mangelnden geografischen Verteilung: Spezialfachärzte konzentrieren sich häufig in urbanen Zentren, während ländliche und strukturschwache Regionen unterversorgt bleiben.[43] Dies führt zu langen Anfahrtswegen und Verzögerungen für Patienten, die auf zeitnahe spezialisierte Behandlungen angewiesen sind. Zudem ist die Versorgung fragmentiert und es fehlt an integrierten Ansätzen, bei denen Hausärzte und Spezialisten enger kooperieren, um die Versorgung zu steuern.

– – – – – – –

22: https://www.aok.de/pp/hintergrund/aerztliche-versorgung/zahlen-daten-fakten/?
23: https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php?
24: https://www.kbv.de/html/themen_1076.php
25: https://www.kbv.de/html/themen_38343.php?
26: https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aeltere-Menschen/bevoelkerung-ab-65-j.html?
27: Schmitz MT, Just JM, Weckbecker K, Schmid M, Münster E. Multimorbidität in Deutschland und ihre Bedeutung für die Versorgung der Zukunft – eine Sekundärdatenanalyse basierend auf 67 Mio. Versichertendaten Gesundheitswesen. 2023;85:871-877.
28: Köcher R, Institut für Demoskopie Allensbach. Erosion des Gesundheitswesens. Die Sorge um die Zukunft der ärztlichen Versorgung wächst rapide an. Frankfurter Allgemeine Zeitung Nr. 171 vom 25. Juli 2024, S. 8
29: https://www.bpb.de/themen/stadt-land/laendliche-raeume/334219/gesundheitsversorgung-im-laendlichen-raum/?
30: https://www.g-ba.de/themen/asv/?
31: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/KOMV/Bericht_der_Honorarkommission__KOMV__-_Dezember_2019.pdf?
32: https://www.stiftung-muench.org/wp-content/uploads/2019/05/Projektbericht_Sicherstellung-Gesundheitsversorgung-Land_Nov.pdf?
33: Aktuell „Ärzte klagen über geringe Honorare – Kaum Termine für die Magenspiegelung", Tagesspiegel vom 27.2.2025, https://www.tagesspiegel.de/gesundheit/keine-magenspiegelung-fur-kassenpatienten-wir-vergeben-momentan-gar-keine-termine-13240810.html
34: „Zoff um Terminvergabe", SZ 28.12.2024, https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/gesundheitsversorgung-streit-um-das-warten-auf-arzttermine-in-deutschland-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-241228-930-329412
35: „Hört denn niemand hin?", SZ 1.10.2024
36: s. „Vereinbarung über die Einrichtung von Terminservicestellen und die Vermittlung von Facharztterminen" zwischen KBV und GKV-Spitzenverband vom 16.12.2015
37: ebd.
38: so Stefan Etgeton im Spiegel vom 15.1.2016
39: „Kommen Sie in vier Wochen", Süddeutsche Zeitung 29.12.2015, https://www.sueddeutsche.de/bayern/arzttermine-kassenpatienten-kommen-sie-in-vier-wochen-1.2798033; „Zwei Klassen beim Arzt", SZ 10.5.2017, der Unterschied in NRW betrug 9 vs. 36 Tage; „Bitte hinten anstellen", Die Zeit 25.6.2020, zu einer Studie des Leibniz-Institutes für Wirtschaftsforschung (RWI) in Essen.
40: „Kassenpatienten warten länger", FAZ 5.9.2017
41: Uwe Hambrock. Erfahrungen mit Überversorgung. Qualitativ-psychologische Studie mit Patienten und Ärzten. Bertelsmann-Stiftung 2019. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Studie_Ueberversorgung_Rheingold.pdf Zugriff 04.03.2025
42: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/AmbulanteVergu__tung_13lay.pdf?
43: https://www.bpb.de/themen/stadt-land/laendliche-raeume/334219/gesundheitsversorgung-im-laendlichen-raum/?

4.3. Krankenhausreform

Die Krankenhausreform stand im Mittelpunkt der vielfältigen Gesetzgebungsaktivitäten der letzten Bundesregierung. Das Krankenhaustransparenzgesetz (KHTrGes) trägt das Datum vom 27.3.2024 und das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) passierte am 22.11.2024 den Bundesrat, das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung muss allerdings aufgrund der frühzeitigen Beendigung der Koalition als gescheitert angesehen werden.

Die inhaltlichen Schwerpunkte lassen sich wie folgt zusammenfassend darstellen:

- **Krankenhausplanung 1**: Übergang von der Einteilung in Grund-, Regel- und Maximalversorgung in drei Level mit Sonderzuordnungen (§135d Abs. 4);
- **Krankenhausplanung 2**: Übergang von der fallzahlbezogenen Planung auf Ebene von Fachabteilungen in die Planung nach Leistungsgruppen (KHVVG §135e);
- **Behandlungskosten**: Reduktion des DRG-Anteils in der Finanzierung auf einen Erlös-Anteil von 40% zugunsten eines Vorhaltebudgets, das nach Fallzahl vergeben wird (und Sicherstellungselemente enthält);
- **Investitionskosten:** Planung eines Transformationsfonds von 50 Mrd. Euro, der hälftig von den Ländern und von der GKV finanziert wird (PKV nicht berücksichtigt; §12b KHG (KHVVG));
- **Verknüpfung der Leistungsgruppen** mit Qualitätsparametern, die sich auf die Leistungsmenge sowie auf weitere Kriterien beziehen (KHVVG §§135e,f);
- **Übergang von einem Versorgungsauftrag**, der auf Sicherstellung (KV) und Daseinsfürsorge (Krankenhaus) basiert, zu einer Versorgung auf der Grundlage statistischer Annahmen (§ 6a Abs. 4 KHG (KHVVG) und § 123a Abs. 1 Notfallreform-Gesetz (Entwurf));
- **Übergang der Erstellung von Qualitätsparametern** und ihrer Validierung als Indikatoren vom G-BA auf die Exekutive (BMG) (KHVVG § 135e Abs. 3);
- **Versuch der Etablierung einer sektorübergreifenden Versorgungsstruktur** (sektorübergreifende Versorgungszentren nach § 115g) mit allerdings fortbestehender sektoraler Vergütung (KHEntgG § 6c i. V. m. §18 KHG);
- **Überbetonung digitaler Instrumente** zulasten menschlicher/persönlicher Interaktion.

Neben den bekannten Kritikpunkten

- Fortbestehen des Mengenanreizes trotz Reduktion des DRG-Budgets auf 40%,
- Zentralisierung und Bürokratielastigkeit,
- Eingriff in die föderalen Kompetenzen der Bundesländer,
- Scheitern einer wirklich sektorübergreifenden Integration, da die Finanzierung der §115g-Zentren weiter aus dem Krankenhaus-Budget erfolgt und eine gesicherte Finanzierung damit in weiter Ferne liegt,
- Entmachtung des G-BA für den Bereich der Qualitätssicherung,
- fragwürdige Finanzierung des Strukturwandels (Transformationsfonds) durch Sozialversicherungen statt durch Steuern,
- Nicht-Berücksichtigung der Privatversicherten und von Gehaltsanteilen oberhalb der Bemessungsgrenze bzw. aus Kapitaleinkünften bei der Finanzierung des Transformationsfonds

sind im Zusammenhang mit der **Unterversorgungsproblematik** hier folgende Punkte zu betonen:

1 Es kommt sowohl in der allgemeinen Krankenhausversorgung als auch in der Notfallversorgung zu einer **klassischen Zugangsproblematik** (s. Kap. 3). Die Krankenhausversorgung wird so weit ausgedünnt, dass die Versorgung für die Innere Medizin und Allgemeinchirurgie „für einen erheblichen Teil der Einwohner" in maximal 30 Min. erreichbar ist (mit dem Kraftfahrzeug wahrscheinlich bei Sonnenschein) und die übrigen Leistungsgruppen in maximal 40 Min. (§ 6a Abs. 4 KHG (KHVVG) In der Notfallversorgung lauten die Zahlen 95% der Bevölkerung in 30 Min. (§ 123a Abs. 1 Notfallreform-Gesetz (E)). Unabhängig von der wenig belastbaren Formulierung „erheblicher Anteil" lässt der Entwurf des Notfallreformgesetzes offen, was mit den übrigen 5% der Bevölkerung im Fall eines Notfalls zu geschehen hat (immerhin 4 Mio. Einwohner). Insgesamt wird es zu einer Verschlechterung des Zugangs zur stationären und Notfall-Versorgung kommen, so wie wir es schon im ambulanten Sektor kennen. In der Wahrnehmung der Bevölkerung ist diese Entwicklung schon im Gange, obwohl die Mehrheit sich klar dafür ausspricht, statt einer weiteren Zentralisierung der Krankenhausversorgung eher (maßvolle) Qualitätseinbußen hinzunehmen.[44]

2 Der Mengenanreiz wird einerseits fortgeschrieben (DRG-System bleibt wirksam, denn die Zuordnung von Vorhaltebudgets und Leistungsgruppen basieren auf Mindestmengen), andererseits wird durch einen bislang in dieser Form unbekannten **Vergütungsanreiz** eine Unterversorgung verstärkt. Der Grund liegt in der gestuften Absenkung des Vorhaltebudgets bei einer Minderung um mehr als 20% der Fälle. Bei konstantem Budget ist die Krankenhausleitung also dem Druck ausgesetzt, einerseits die Fallzahl nicht zu erhöhen (Mehrleistungen werden nicht ausgeglichen), andererseits aber die Fallzahl in den betroffenen Leistungsgruppen niedrig zu halten, jedoch nicht unter 80% absinken zu lassen.[45] In kurzen Worten: Es lohnt sich, die Vorhaltebudgets bei -19% der Leistungen zu fahren und Patienten, die dieses Ziel gefährden würden, fernzuhalten.

3 Absicht insbesondere des KHVVG ist es, eine **Qualitätsverbesserung** zu erzielen. Eine detaillierte Diskussion dieser Absicht muss an anderer Stelle geschehen, zusammenfassend kann jedoch festgehalten werden, dass hier basale Kenntnisse aus der Qualitäts- und auch Patientensicherheitspraxis missachtet werden. Selbst einzelne DRGs, weitaus enger gefasst und spezifischer definiert als jede der 65 Leistungsgruppen, sind wegen ihrer fehlenden medizinischen Homogenität nicht zu Qualitätsvergleichen geeignet (wenngleich die private Krankenhausindustrie dies wegen ihrer Eingriffsmöglichkeiten bezweifeln möchte). In jedem Fall bleibt es für die Leistungsgruppen mit ihrem umfangreichen Spektrum problematisch, reliable und valide Qualitätsparameter bzw. sogar -indikatoren zu entwickeln, die die Qualität dieser Gruppen wiedergeben können. Es wird natürlich eine Komorbiditätskorrektur und Risikoadjustierung geben, aber es ist ausgeschlossen, bei so breit aufgestellten Gruppen die *Confounder* (die verzerrenden Faktoren) so trennenau zu identifizieren, dass Unterschiede im *Outcome* (z. B. Komplikationsraten) wirklich auf die Qualität der Leistungserbringung zurückzuführen sind und nicht auf regionale Besonderheiten, Eigenschaften der Versorgungslandschaft, ethnische Zusammensetzung etc. Zur Bewerkstelligung einer Risikoadjustierung, die dazu führen könnte, dass Leistungsgruppen im Sinne des Gesetzes

wirklich vergleichbar werden, wären außerordentlich große Modelle notwendig, für die man zahlreiche andere Parameter erheben und integrieren müsste, der Dokumentationsaufwand würde enorm steigen. Bei unvollständig adjustierten Qualitätsvergleichen kommt es jedoch zwangsläufig zu einer Fehlversorgung, also insofern einer Unterversorgung, als dass die indizierte Versorgung der Patienten nicht gewährleistet ist.

4 Hinzu kommt noch ein weitaus wichtigerer Aspekt, denn die Zuordnung von Leistungsgruppen und Vorhaltebudgets ist an Mindestmengen gekoppelt, was nicht nur mit einem Mengenanreiz (s. o.), sondern auch mit einem enormen **Anreiz zur Risikoselektion** verbunden ist. Dieser Anreiz zur Risikoselektion durch die Vorhaltebudgets addiert sich zu dem bekannten, gleichsinnigen Anreiz durch die DRGs, der in dem 40%igen DRG-Budgetanteil wirksam ist. Für beide Finanzierungsformen ist es einerseits ökonomisch sinnvoll, Patienten ohne Risikofaktoren zu bevorzugen, also eine Risikoselektion zu betreiben. In der Konsequenz führt diese Risikoselektion zu einer komparativen Unterversorgung von Patienten mit einem schlechteren Risikoprofil. Andererseits ergibt sich besonders für breit aufgestellte (private) Versorger die Möglichkeit, über ein **gezieltes *Gaming*** sogar schlechte Ergebnisse bei Niedrigrisiko-Patienten zu unauffälligen Ergebnissen zu konvertieren, indem man deren Komorbidität durch gezielte Dokumentation erhöht. Die tatsächlich beobachteten Parameter können so mit den Erwarteten in Deckung gebracht werden und erscheinen in der Folge dann als „qualitativ unauffällig". In diesem Sinne ergibt sich durch diese beiden Punkte, also die Unterversorgung von Patienten mit einem schlechteren Risikoprofil zusammen mit dem gleichzeitigen Anreiz zum Gaming bei schlechter Qualität in der Versorgung von Patienten mit niedrigem Risikoprofil, ein passgenauer Fall einer kombinierten Unter- und Fehlversorgung (s. Kap. 3.2.).

4.4. Unterversorgung in der Pflege

Der demografische Wandel in Deutschland zeigt seit 2019 einen kontinuierlichen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen. Das Statistische Bundesamt[46] beschreibt am 31.12.2023 bereits den Anstieg (auch aufgrund der Weiterfassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs) mit 5,7 Millionen Betroffenen. Prognosen zufolge sind 2040 weitere eine Million Pflegebedürftige zu erwarten.

Insgesamt werden derzeit die Menschen in der ambulanten und stationären Langzeitpflege und die punktuell pflegebedürftigen 17,2 Millionen Patientinnen und Patienten, die jährlich in Krankenhäusern versorgt werden, von 1,7 Millionen beruflich Pflegenden versorgt und unterstützt.[47] Insgesamt beschreibt der Deutsche Pflegerat, dass 31 Millionen Menschen direkt oder indirekt auf Pflege angewiesen sind. Ohne die ca. 7,5 Millionen pflegenden Angehörigen im ambulanten und stationären Langzeitpflegesektor wäre das Gesundheits- und Pflegesystem nicht aufrechtzuerhalten.

Familienbasierte Versorgung v. a. in der Mittel- und Oberschicht ist jedoch häufig und vor allem bei einem 24-Stunden-Service durch sogenannte LiveIns, vorrangig aus Osteuropa, anfällig für „graue Pflegemärkte", deren Finanzierung, inklusive Pflegegeld und privaten Anteilen mit z. T. unübersichtlicher Kehrseite verbunden ist.[48] Auch Erkenntnisse zur Qualifikation der LiveIns, wie regelhafte Hausbesuche durch qualifizierte Pflegekräfte, sind anders als in Österreich hierzulande nicht vorhanden. Die Aussage im Koalitionsvertrag vom 24. November 2021 (S.81) der Ampel-Regierung „Wir gestalten eine rechtssichere Grundlage für die 24-Stunden-Betreuung im familiären Bereich" wurde bisher von keinen Konsequenzen gefolgt, und in den laufenden Koalitionsverhandlungen ist nach dem bisherigen Stand kaum eine Verbesserung in Sicht.

Trotz umfassender familiärer Unterstützung zeigen sich sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege zunehmend Beispiele von Unterversorgung, z. B. wenn die Pflegebedürftigkeit in der Intensität ansteigt und Angehörige bei der Betreuung Unterstützungsbedarf benötigen.[49] Unterversorgung zeigt sich oft durch lange Wartezeiten oder gar Ablehnungen von neuen Pflegebedürftigen. Gründe sind in der Regel sowohl ein Fachkräftemangel als auch zunehmende Schließungen von Pflegeeinrichtungen.

- Seit 2023 haben 1.097 Pflegeanbieter (ambulant und stationär) aufgrund von Insolvenzen oder Schließungen wegen Fachkräftemangel ihren Betrieb eingestellt.[50] Allein im vergangenen Jahr meldeten 143 ambulante Pflegedienste Insolvenz an.[51] In Deutschland gibt es keine zentral erfassten Statistiken, wie häufig ambulante Pflegedienste die Übernahme von Pflegefällen ablehnen müssen. Allerdings liegen Hinweise zu längeren Wartelisten vor, die über einen erschwerten Zugang zu Pflegeleistungen für Betroffene berichten, wobei es regional unterschiedliche Versorgungsdefizite gibt.
- Im ambulanten Sektor liegt der Anteil der Pflegebedürftigen unter den gesetzlich Versicherten in Ostdeutschland sowie in Teilen von Nordrhein-Westfalen, Hessen und dem Saarland besonders hoch.[52] Beispielsweise waren im Jahr 2023 in den brandenburgischen Landkreisen Barnim, Prignitz und Ostprignitz-Ruppin

– – – – – – –

44: Institut für Demoskopie Allensbach: Personelle Erosion des Gesundheitswesens, eine Dokumentation des Beitrags für die Frankfurter Allg. Zeitung, 25.7.2024, https://www.ifd-allensbach.de/fileadmin/kurzberichte_dokumentationen/FAZ_Juli2024_Gesundheitswesen.pdf

45: Heide, O.: Paradigmenwechsel oder Etikettenschwindel? Vorhaltefinanzierung im KHVVG. Das Krankenhaus 11/2024, 970-7

46: Pflege: Pflegebedürftige in Deutschland - Statistisches Bundesamt letzter Zugriff: 20.01.2025

47: Vogler, C. Deutscher Pflegerat 2025 in: Heilberufe 1.2025/77, Seite 59

48: Heintze, C. in: Dr. med. Mabuse 266-4.Quartal 2024; Langzeitpflege und Pflegeberuf. Wo und wie sich Österreich einen Vorsprung erarbeitet hat; Seite 42 - 44

49: Fachkräftemangel: Thüringer Pflegeheime verhängen Aufnahmestopp - Altenpflege letzter Zugriff 20.01.2025

50: Insolvenzstatistik -Pressemitteilungen - Statistisches Bundesamt, https://www.destatis.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Presse/DE/Pressesuche_Formular_2.html?resourceId=245598&input_=250572&pageLocale=de&templateQueryString=insolvenzstatistik&submit.x=0&submit.y=0; https://www.destatis.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Presse/DE/Pressesuche_Formular_2.html?resourceId=245598&input_=250572&pageLocale=de&templateQueryString=insolvenzstatistik&submit.x=0&submit.y=0; Studie: Viele ambulante Pflegedienste vor dem Aus, https://www.aok.de/pp/gg/update/studie-viele-ambulante-pflegededienst-vor-dem-aus/?utm_source=chatgpt.com

51: Pressemitteilungen - Statistisches Bundesamt, https://www.destatis.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Presse/DE/Pressesuche_Formular_2.html?resourceId=245598&input_=250572&pageLocale=de&templateQueryString=insolvenzstatistik&submit.x=0&submit.y=0

52: Altenpflege: Pflege-Report deckt regionale Unterschiede auf - und Apotheken Umschau: Beim Pflegebedarf gibt es große regionale Unterschiede | letzter Zugriff 20.01.2025

etwa 15,7 bis 17,1 Prozent der Versicherten pflegebedürftig.[53]

- Die Pflegeplatzdichte lag 2019 mit 169,9 pro 1000 Pflegebedürftigen unter dem Bundesdurchschnitt, was eine unzureichende stationäre Pflegeversorgung vermuten lässt. Im Gegensatz dazu lag der Anteil der pflegebedürftigen Versicherten in Regionen wie München, Freising und Rosenheim bei lediglich 3,4 bis 3,7 Prozent.[54]

In der stationären Langzeitpflege bestehen ebenfalls regionale Unterschiede. Eine Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)[55] zeigte, dass die Versorgungsqualität in Pflegeheimen variieren kann. So wurden beispielsweise in Teilen Niedersachsens, Rheinland-Pfalz' und Ostbayerns mehr Menschen mit Flüssigkeitsmangel in die Klinik eingeliefert als im Bundesdurchschnitt. Auch das Auftreten von Dekubitus war in einigen Regionen häufiger, etwa in Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen und Thüringen. Laut Schwinger et al.[56] ging der Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses 2022 davon aus, dass 44% der Krankenhaustage auf die Behandlung Pflegebedürftiger zurückzuführen seien. Die 5 häufigsten Behandlungsanlässe (laut Entlassdiagnosen) von Pflegeheimbewohnern im Krankenhaus gemäß den auf GKV-Routinedaten basierenden Analysen des Projekts „Bedarfsgerechte Versorgung von Pflegeheimbewohnern durch Reduktion Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle (PSK)" sind Herzinsuffizienz, Pneumonien, Femurfrakturen, Volumenmangel sowie Erkrankungen des Harnsystems. Bezogen auf die Studienpopulation entspricht dies einem Fünftel (20,5%) aller Krankenhausaufenthalte (n = 191.174 Fälle).[57]

Potenziell vermeidbare Krankenhausaufenthalte aus stationären Langzeiteinrichtungen werden in dem Beitrag auf einen verschlechterten Allgemeinzustand (35%) bzw. auf Stürze, Unfälle oder Verletzungen (34%) zurückgeführt. „Während nahezu jede pflegebedürftige Person mindestens einen vertragsärztlichen Kontakt pro Quartal aufweist, verbleiben rund 28 % der Pflegebedürftigen ohne fachärztlichen Kontakt und 15 % der Pflegebedürftigen erhielten PRISKUS-Wirkstoffe. 17% Antipsychotika." (Erklärung für hohe Sturz- und Verletzungsraten – Anmerkung der Verfasserin).[58]

In den Krankenhäusern führt der Mangel an Pflegepersonal ebenfalls zu Einschränkungen. Zum Beispiel zeigen aktuelle Nachweise bei der Regelung der Personaluntergrenzen (PpUG)[59], dass in pflegesensitiven Bereichen Unterbesetzungen (14% im Tag- und Nachtdienst) vorkommen, die Schließungen von Stationen, abgesetzte Operationen und Pflegedefizite zur Folge hatten. Obwohl keine flächendeckenden Statistiken über die genaue Häufigkeit solcher Einschränkungen vorliegen, deuten verschiedene Berichte und Studien auf erhebliche Probleme hin. Betroffen sind auch Intensivstationen, die eher auf Berichten als auf belegten Daten basieren.[60]

Nach Prognosen des Statistischen Bundesamtes wird der Bedarf an professionellen Pflegekräften insgesamt bis 2049 im Vergleich zu 2019 voraussichtlich auf 2,15 Millionen steigen. Gleichzeitig wird erwartet, dass die Zahl der Pflegekräfte bis zu 690.000 unter dem benötigten Bedarf liegen wird, was die Unterversorgung noch weiter verschärfen wird.

Die Bundesregierung ist aufgerufen, zeitnah in einer strategischen Maßnahmenplanung deutlich mehr präventive Maßnahmen zu veranlassen. Persönliche Gesundheitsbildung als lebenslange Lernprozesse wie institutionelle Prävention und Gesundheitsförderung helfen, Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern, zu vermeiden und im demografischen Verlauf deutlich zurückzudrängen.

4.5. Unterversorgung in der Arzneimittelversorgung

Die „Lieferengpässe" bei Arzneimitteln stellen ein weiteres Beispiel für eine bereits manifeste Unterversorgung dar und haben in der Öffentlichkeit zu einer erheblichen Verunsicherung geführt, vor allem da es sich im Allgemeinen um Medikamente der Basisversorgung handelt (z. B. nicht erhältlicher „Fiebersaft" für Kinder).[61] Historisch reicht die Problematik über 10 Jahre zurück, so wurde das Basismedikament Pyrimethamin (Behandlung der Toxoplasmose und ein wichtiges Medikament für AIDS-Patienten) 2015 von der Firma Turing aufgekauft und im Preis um den Faktor 50 erhöht, was zu einer ökonomisch vermittelten Zugangsbeschränkung führte.[62] Es folgten Medikamente wie Tamoxifen oder Melphalan (Basis-Onkologika), Schmerzmittel wie Ibuprofen, aber auch essenzielle Medikamente wie Insuline, Antibiotika (z. B. die wichtige Reservekombination Piperacillin/Tazobactam), Betäubungsmittel oder gar Antidots gegen tödliche Schlangenbisse.[63] Heute gibt es laut dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) bzw. dem Statistischen Bundesamt Zugangsprobleme bei insgesamt 506 Arzneimitteln.[64]

Der Begriff „Lieferengpässe" beschreibt allerdings die Problematik nicht vollständig, denn es handelt sich meist nicht um eine Unterbrechung der Lieferung oder Lieferketten, sondern um ökonomische Fehlanreize in der Herstellung bzw. im Angebot von Medikamenten. Diese Dysfunktionalität des Arzneimittelmarktes erstaunt eigentlich, denn die Zulassung und die Übernahme in die GKV waren bisher in Deutschland über die nutzenbasierte Entscheidungsabläufe von G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) und IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) relativ rational gestaltet. Die Regelungen nach dem Arzneimittel-Neuordnungsgesetz (AMNOG) von 2011 mit der Bewertung des Zusatznutzens nach 12 Monaten insbesondere gegenüber der „zweckmäßigen Vergleichstherapie" (§35a Abs. 1 Satz 2 SGB V) stehen dabei im Vordergrund. Zusätzlich eröffnete der §35b SGB V die Möglichkeit, auch Angemessenheitsgesichtspunkten Rechnung zu tragen (Nebenwirkungen, Lebensqualität, „Zumutbarkeit einer Kostenübernahme"). Allerdings ergab sich durch die Regelung zu den „seltenen Leiden" (§35a Abs. 1 Satz 11 SGB V) die Option, für einzelne Patientengruppen und für zahlenmäßig kleine, durch moderne Methoden identifizierbare Subkollektive (*Orphan-Diseases*) die Nutzenbewertung zu unterlaufen und Hochpreissegmente zu schaffen, da diese Patientengruppen aus der Nutzenbewertung ausgenommen wurden.

Diese „Orphanisierung" wirkte sich indirekt auch auf den Generika-Markt aus, da sie im Arzneimittelmarkt neue Preisvorstellungen gängig machte – die Produktion von „alten Molekülen" erschien im Vergleich zu den Hochpreissegmenten nicht mehr ertragreich genug und wurde teilweise eingestellt bzw. zurückgefahren. Hier spielten natürlich auch die Rabattverfahren einerseits und andererseits die internationale Arbeitsteilung eine Rolle, die für bestimmte Medikamente weltweit nur noch wenige Produktionsstandorte vorsah. Der Präsident des BfArM, Karl Broich, fasst diese Situation in einem Interview mit einem durchaus kritischen Unterton wie folgt zusam-

men: „Die billigsten Medikamente sind oft zu billig. Sie müssten mehr kosten, damit die Lieferketten sicherer werden. Im Gegenzug könnte man darüber reden, ob besonders teure Medikamente diesen hohen Preis immer wert sind."[65]

Die bisherigen gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Behebung der Defizite sind von beschränkter Wirksamkeit und lassen am politischen Willen zweifeln. Am 16.12.2022 veröffentlichte das BMG ein Eckpunktepapier[66], in dem „strukturelle Maßnahmen im Generika-Bereich (...), insbesondere Maßnahmen zur Diversifizierung der Lieferketten, zur Einführung von Standortkriterien bei der Versorgung und zur frühzeitigen Erkennung und Vermeidung von Versorgungsengpässen" angedacht werden. Für Kinder-Arzneimittel, bei denen die Verfügbarkeit von einem Beirat im BfArM als risikobehaftet angesehen wird, dürften keine Rabattverträge mehr abgeschlossen werden, und die Preisobergrenze könnten auf das 1,5-Fache des aktuell bestehenden Festbetrages festgesetzt werden. Weiterhin sollten bei Rabattverträgen Standortkriterien mit einfließen (europäische Produktion bevorzugt), und die Apotheken werden für ihren Mehraufwand honoriert. Diese Empfehlungen fanden in der Folge Eingang in das „Arzneimittelengpass-Bekämpfungs- und Versorgungsverbesserungs-Gesetz" (ALBVVG) vom 26.7.2023, in dem auch ein „Frühwarnsystem" beim BfArM eingerichtet und eine Pflicht zur Vorratshaltung eingeführt wird. Die gegenwärtig diskutierten europäischen Regelungen gehen in die gleiche Richtung. Allerdings kann man diesen Regelungen angesichts der hohen Zahl gemeldeter „Lieferengpässe" (2/2025, s. o.) bis zum jetzigen Zeitpunkt keine Wirkung attestieren.[67]

In der Gesamteinschätzung muss sogar von einer bedenklichen Anreizstruktur ausgegangen werden, in einem Umfeld, das von einem Anstieg der Arzneimittelkosten der GKV seit dem Jahr 2000 von 19,41 auf 50,41 Mrd. Euro im Jahr 2023 gekennzeichnet ist.[68] Derzeit führen 0,07% der Rezepte zu 12,7% der Arzneimittelausgaben, 1,2% zu 24% der Kosten, d. h. 1,27% sind für mehr als ein Drittel der Kosten verantwortlich.[69] Der Hochpreissektor führt entsprechend, während die Innovation lahmt: lt. „AMNOG-Monitor" sind mit Datum 4.3.2025 von 1792 Verfahren zum Nachweis eines Zusatznutzens (zu 480 Arzneimitteln) nur 1,2% mit der Aussage „erheblicher Zusatznutzen" abgeschlossen worden, 12,5% mit „beträchtlicher", 13,0% mit „geringer", aber 18,6% mit „nicht quantifizierbarer" und 53,6% mit „kein Zusatznutzen".[70] Es ist also absehbar, dass im Generika-Markt die Versuche zunehmen werden, entweder durch Verknappung eine Lockerung der Festpreise zu erreichen (über Aufnahme in die Risikoliste des BfArM) oder über den Aufbau von Monopolen massive Preissteigerungen durchzusetzen.

5. Unterversorgung: Schwerpunkt Fehlversorgung

5.1. Aktuelle Situation

Wenn der Zugang für Behandlungsmethoden zwar gegeben ist, die Behandlung aber nicht adäquat erbracht wird, indem z. B. Probleme im Behandlungsprozess auftreten oder das Behandlungsergebnis durch Komplikationen kompromittiert wird, spricht man von einer Fehlversorgung (s. Kap. 3.2). Da in diesem Fall ein ungünstiges Schaden-Nutzen-Verhältnis besteht und die dem Bedarf entsprechende Versorgung nicht stattfindet, besteht gleichzeitig eine Unterversorgung. Diese Situation betrifft in erster Linie Probleme hinsichtlich Qualität und Patientensicherheit.

Die Qualitäts- und Sicherheitsbefunde der Gesundheitsversorgung können hier nur in Ausschnitten geschildert werden.[71] Kennzeichnend für die Situation ist die Beobachtung, dass im Innenbild das deutsche Gesundheitswesen immer als besonders gut dargestellt wird, während Deutschland im internationalen Vergleich im Mittelmaß oder sogar im hinteren Bereich liegt. In einer neuen Commonwealth-Studie des international renommierten Qualitätsforschers Donald Blumenthal (Sept. 2024) fand sich Deutschland vor den abgeschlagenen USA auf dem vorletzten Platz (Defizite vor allem in der Koordination und in den Behandlungsergebnissen).[72]

– – – – – – –

53: Matzk, S. et al.: Pflegebedürftigkeit in Deutschland, S. 269-304 in: A. Schwinger et al. (Hrsg.), Pflege-Report 2024, https:77doi.org/10.1007/978-3-662-70189-8_19
54: ebd.
55: Studie: Viele ambulante Pflegedienste vor dem Aus | G+G und Pflege in der Krise: Was die Gründe sind, was sich ändern muss | Apotheken Umschau; letzter Zugriff: 20.01.2025
56: Schwinger, A. et al im: Bundesgesundheitsblatt 2023- 66.479-489 https://doi.org/10.1007/s00103-023-03693-5: Epidemiologie der Pflege: Prävalenz und Inanspruchnahme sowie die gesundheitliche Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland, Seite 479-489
57: ebd., S. 487
58: ebd., S. 487
59: GKV 90 Prozent neue Personaluntergrenzen: viele Schichten unterbesetzt – letzter Zugriff: 20.01.2025
60: Pflegesicherheit | G+G letzter Zugriff: 20.01.2025; Weitere Hinweise nach KI, letzte Zugriffe: 13.Januar 2025: Bild; DGQ; Pflegemarkt; Springer Link; Welt; ZQP
61: „Nun werden auch die Fiebertabletten knapp", Die Welt 11.11.22, s. auch https://www.welt.de/wirtschaft/plus242070543/Medikamente-Nicht-nur-Fiebersaefte-knapp-Bei-Eltern-und-Aerzten-waechst-die-Sorge.html
62: Amerikas meistgehasster Unternehmer", FAZ 6.2.16
63: statt zahlreicher Einzelquellen z.B. Übersicht in „Ärger auf Rezept", FAZ 4.12.19, https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/medikamente-nicht-lieferbar-aerger-auf-rezept-16517289.html
64: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1358330/umfrage/lieferengpassmeldungen-bei-arzneitmitteln-in-deutschland
65: „Die Ausfälle nehmen zu", Interview in der FAZ, 19.12.2019
66: Eckpunktepapier „Vermeidung von Lieferengpässen von Arzneimitteln, Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln und Stärkung des Produktionsstandorts EU", 16.12.2022
67: „Wirkungsloses Lauterbach-Gesetz – Hier zeigt sich Deutschlands ganzes Arznei-Dilemma", 14.10.24 Welt Online, https://www.welt.de/253754524?utm_source=chatgpt.com
68: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/152841/umfrage/arzneimittelausgaben-der-gesetzlichen-krankenversicherung-seit-1999/
69: „Hecken: ‚Es wird keine Veränderung mehr geben'", Monitor Versorgungsforschung 3/2024, https://www.monitor-versorgungsforschung.de/wp-content/uploads/2024/05/MOVS-0324_210524_webopt.pdf
70: https://www.amnog-monitor.com/de/ueberblick/ergebnisse-der-nutzenbewertung/subgruppen/
71: Schrappe, M.: Qualität 2030 – die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen. Mit einem Geleitwort von Ulf Fink und Franz Dormann. Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2014, Kap. 3 S. 111ff; Schrappe, M.: APS-Weißbuch Patientensicherheit – Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: Neu denken, gezielt verbessern. Mit Geleitworten von Jens Spahn, Don Berwick und Peter Durkin. Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2018, S. 309 ff
72: Blumenthal, D., Gumas, E.D., Shah, A., Gunja, M.Z., Williams II, R.D.: Mirror, Mirror 2024. A Portrait of the Failing US Health System. Comparing Performance in 10 Nations. Commonwealth Fund, Spt. 2024, https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2024/sep/mirror-mirror-2024

Um eine einzige quantitative Angabe anzufügen: Aufgrund einer umfassenden Analyse nationaler und internationaler Studien muss davon ausgegangen werden, dass allein in der Krankenhausversorgung, die derzeit ca. 17 Mio. Fälle/Jahr umfasst, ungefähr ein Prozent dieser Patienten ein vermeidbares, d. h. auf einen Fehler zurückzuführendes unerwünschtes Ereignis erleiden, was ca. 170.000 Patienten entspricht. Führend sind nosokomiale (im Krankenhaus erworbene) Infektionen sowie medikamentenbedingte und medizinproduktebedingte unerwünschte Ereignisse.[73]

5.2. Konzept von Qualität und Sicherheit: Ausgangslage

Diese vorangehend geschilderte, unbefriedigende Situation wurde allerdings in den letzten Jahren durch weitaus eingreifendere Entwicklungen verschärft, vor allem im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie und weiteren Krisensituationen. Maßgebliche Erkenntnisse der nationalen und internationalen Fachdiskussion im Qualitäts- und Patientensicherheitsbereich stehen plötzlich infrage. Wir befinden uns derzeit also in einer Situation, in der wir Qualitätsprobleme i. S. von Unter- und Fehlversorgung nicht nur erheben und beheben müssen, sondern uns auf „tektonische" Verschiebungen in den Rahmenbedingungen und Bedeutungszusammenhängen einzustellen haben. Um diesen *Quality and Safety Shift* beschreiben zu können, seien die tragenden Elemente im Sinne eines *status quo ante* kurz zusammenfassend dargestellt:[74]

(A) die neutrale **Definition von Qualität** beruht auf den jeweils auszuhandelnden „Anforderungen", die sich aus objektivem Bedarf, Perspektive der Betrachtung und Strukturrelevanz ergeben, und hinsichtlich derer Qualitäts-„Merkmale" beurteilt werden,[75]

(B) die demgegenüber normative **Definition von Patientensicherheit** ergibt sich über die „Abwesenheit unerwünschter Ereignisse" und weitergehend über die Wahrnehmungs-, Veränderungs- und letztendlich Innovationsbereitschaft von Institutionen und System,[76]

(C) der **komplexe Charakter der Gesundheitsversorgung** ist Ausgangspunkt aller konzeptionellen Überlegungen, der nicht zuletzt auch in der Emergenz von patientensicherheitsrelevanten Ereignissen zutage tritt,[77]

(D) die Beschreibung von Qualität und Sicherheit muss insbesondere die **Zurechenbarkeit** von Qualitätsproblemen beachten, also den Bezug auf die stattgefundene Behandlung und z. B. nicht auf das Fortschreiten der Erkrankung;[78]

(E) hinsichtlich der **statistischen Anforderungen** müssen insbesondere die Methoden der Erfassung von Qualität und Sicherheit klar voneinander abgegrenzt werden, wobei der wissenschaftliche Zugang (Experiment), die quantitative Erfassung im Behandlungsalltag großer Kollektive, der Monitoring-Ansatz des Indikatorenkonzeptes und die sog. generierenden Verfahren, die dem Erkenntnisgewinn im Bereich der sog. *Unknown Unknowns* dienen (z. B. CIRS oder Surveillance-Methoden im Arzneimittelbereich), zu unterscheiden sind,[79]

(F) der Einsatz von *Patient-reported Outcomes* ist zentrales Element eines modernen Qualitätsverständnisses, also den Ergebnissen der Behandlung, die nur von Patienten berichtet werden können (im Zusammenhang mit der **Patientenzentrierung** der Behandlung),[80]

(G) die regelbasierte Identifikation, Bewertung und Synthese von wissenschaftlichen Studien müssen beachtet werden (**evidenz**basierte Medizin und darauf aufsetzend Methoden der Versorgungsforschung),[81] und

(H) das umfassende Wissensgebäude zu Wirksamkeit von Interventionen ist bei Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung (*quality improvement*) zugrunde zu legen, da diese in einem komplexen Kontext selbst komplexer Natur sind und in der Folge nur dann wirksam sein können, wenn sie aus mehreren, sorgfältig aufeinander abgestimmten Einzelinterventionen zusammengesetzt sind (sog. **Doppelte Komplexität** der *Complex Multicomponent Interventions*).[82]

Mit anderen Worten, bis vor wenigen Jahren war man sich einig: Qualität ist von „Verabredungen" abhängig und spiegelt wider, was (vornehmlich aus Patientensicht) entscheidend ist, Qualität und Patientensicherheit müssen methodisch genau (den Fachstandards entsprechend) beschrieben werden, Gesundheitsversorgung ist ein komplexes Geschehen mit vielen unerwarteten Verläufen, und last not least: Eingriffe „zum Guten des Ganzen" sind gut vorzubereiten, mit unerwarteten „paradoxen" Effekten ist auch hier zu rechnen. Also alles so, wie Politiker, Fachleute und Wissenschaftler es täglich erleben – nur Bereichsfremde gehen von einfachen linearen A*ctio-Reactio*-Zusammenhängen aus.

5.3. Der quality and safety shift: Corona und die Polykrisen

Dann kam Corona und gemeinsam damit die sog. Polykrise. Die aktuellen Herausforderungen durch Corona, Ukraine-Krieg, Klimaerwärmung und politische Polarisierung sind von derart mächtiger Natur, dass manche vormals energisch geführte Debatten wie z. B. zur Bedeutung von Patientensicherheit, von Qualitätsindikatoren oder von Patientenorientierung fast als irrelevant erscheinen könnten. Natürlich ist die durchschlagende Bedeutung von Corona nicht allein auf dem Feld von Qualität und Patientensicherheit zu diskutieren, und oft werden präexistente Konflikte ausgetragen (z. B. Messmethoden). Trotzdem konnten diese und neu hinzugekommene Konflikte im Zusammenwirken eine solche Relevanz erlangen, dass sich geradezu von einem Zeitenwechsel sprechen lässt.[83] Kurz soll dies am Beispiel der o. g. *Quo-Ante*-Elemente dargestellt werden.

- Die **Definition von Qualität (A)** bezieht sich auf die jeweils eingenommene Perspektive, aus der die „Anforderungen" formuliert werden. Besonders die Corona-Epidemie hat hier zu einem Perspektivwechsel geführt, denn der potenziell infektiöse Patient stellt nicht nur ein Problem der individuellen Behandlung, sondern ein gesellschaftliches Problem der Infektionsepidemiologie dar (denn das Qualitätsproblem, die Infektion, ist übertragbar). Wie unterschiedlich die Gesellschaften damit umgehen – das Spektrum bei Corona reichte von Australien bis Schweden –, lässt letztlich einen Blick in die innere Verfasstheit einer Gesellschaft zu. Andere Krisen wie Klima und Krieg treten hinzu, allein die Sprache verrät es: der Begriff der „Triage" stammt aus der Militärmedizin, wird heute aber leichtfüßig für die Organisation von Notfallambulanzen verwendet („*door-to-triage-time*" bis zur Entscheidung über die Weiterbehandlung[84]). In der Konsequenz ist festzuhalten, dass Qualitätsprobleme nicht mehr so sehr bezüg-

lich der individuellen Perspektive (z. B. Behandlungsergebnis), sondern zunehmend als Populations- und gesellschaftliche Problematik diskutiert werden. War bislang die Patientenperspektive unangefochten an Platz 1, gab die Corona-Epidemie Anlass dazu, neben der individuellen auch die regionale, Populations- und gesellschaftliche Perspektive verstärkt in die Formulierung des konstituierenden Begriffs der „Anforderung" mit einzubeziehen. Grundsätzlich ist diese Entwicklung nicht rundum abzulehnen, gerade bei Corona war die Populations- bzw. gesellschaftliche Perspektive z. B. bei der Verlaufsbeurteilung von entscheidender Bedeutung, denn die regionale Betroffenheit durch Corona war extrem unterschiedlich und schwankte im zeitlichen Verlauf. Man sollte hier jedoch explizit vorgehen und über die bisherigen Qualitätskonzepte hinausgehend[85] die Vielfalt der Perspektiven adäquat abbilden.[86] Danach muss sehr kritisch diskutiert werden, inwieweit dies auf Kosten der Patientenperspektive unter Inkaufnahme von Unterversorgung geschehen darf (s. (F)). Wenn ältere und vulnerable Menschen nicht gesondert geschützt werden, wenn Kinder ohne wissenschaftliche Grundlage in ihrer Entwicklung benachteiligt werden, wenn Patienten gegen ihren ausdrücklichen Wunsch allein sterben mussten, dann ist der Verdacht zu äußern, dass die lange Zeit in Sonntagsreden hochgehaltene Patientenorientierung sehr leichtfertig geopfert wurde, was in großem Umfang zu einer Unterversorgung führte.

- Die **Definition von Patientensicherheit (B)** ist i. Ggs. zum Begriff der Qualität normativ orientiert. Es ist allerdings in den letzten Jahren eine Relativierung des P*rimum-Nil-Nocere*-Gebotes festzustellen; als Beispiel sei hier die mangelnde Erfassung von Impfnebenwirkungen in der Corona-Zeit angeführt. Als Grundsatz für die Patientensicherheitspraxis muss dagegen die niedrigschwellige Erfassung von möglichen Arzneimittel-Nebenwirkungen gelten (*adverse drug events*). Die Aufzählung von sicherheitsrelevanten Defiziten lässt sich beliebig fortsetzen (Verzicht auf klinische Scores, „Präventive Frühintubation", Versorgungsbruch ambulant/stationär etc.).
- Nur kurz (da Bezug zur Unterversorgung nur indirekt gegeben): Der Rückfall in lineare Top-down-Modelle des „Durchregierens" im „Krieg gegen das Virus" steht in krassem Widerspruch zu Organisationsmodellen, die im Bereich *Quality and Safety* und in der Organisationstheorie seit Langem für die Steuerung von großen Systemen entwickelt worden waren **(komplexer Charakter der Gesundheitsversorgung (C))**.
- Der Verzicht auf die **Zurechenbarkeit von Ereignissen (D)** (z. B. Letalität bzw. *infection fatality rate*) hat massiv zur Fehlversorgung und damit zur Unterversorgung (Quarantäne-Bedingungen!) von Patienten beigetragen, die lediglich eine Besiedlung durch SARS-Cov-2 aufwiesen und man sich nicht die Mühe machte, dies fachgerecht zu differenzieren. Die durch diese Unter- und Fehlversorgung verursachten Schäden sind bis heute nicht aufgearbeitet.
- Die Steuerung einer epidemischen Situation erfordert in erster Linie **belastbare Zahlen (E)**. Der Unwille, eine Kohortenstudie aufzulegen, ist als Bruch mit wichtigsten Grundsätzen wissenschaftlicher Praxis zu werten. Aber auch jenseits solcher exakten Studien muss man in der quantitativen „Alltagserfassung" (am besten vergleichbar mit den RKI-Daten) unbedingt darauf achten, die wichtigsten Daten zu Komorbidität und anderen Wirtseigenschaften mit zu erheben. Dies ist nicht geschehen und resultiert in bislang nicht genauer erhobenen Benachteiligungen aller Patientengruppen. Indikatoren-Sets wurden erst gar nicht in Betracht gezogen, für generierende Verfahren analog dem CIRS-Konzept zur Identifikation von Schwachstellen gilt das Gleiche (s. Impf-NW unter (D)).

– – – – – – –

73: zu den Grundlagen dieser Schätzung, die sich auch in Ad-hoc-Erhebungen in Deutschland wiederfinden, s. Schrappe, M.: APS-Weißbuch Patientensicherheit – Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: Neu denken, gezielt verbessern. Mit Geleitworten von Jens Spahn, Don Berwick und Peter Durkin. Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2018, insbes. Kap. 3.6., S. 309ff

74: vgl. Schrappe, M.: Qualitätsorientierung als zentrales Paradigma im Gesundheitswesen – Blick auf die Krankenversicherung. In: Knieps, F., Schrappe, M., Demmler, G.: Qualität von Krankenkassen, Fokus Versichertenperspektive. BKK Kundenreport 2021, S. 97-103

75: Sens B, Pietsch B, Fischer B, Hart D, Kahla-Witzsch H, Lührs V, Nothacker M, Paschen U, Rath S, Rode S, Schneider K, Schrappe M (2018) Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements, 4. Auflage, GMS Med. Inform. Biometr. Epidemiol. 14:Doc04, doi: 10.3205/mibe000182, Zugriff über https://www.egms.de/static/de/journals/mibe/2018-14/mibe000182.shtml (letzter Zugriff 10.10.2021), zur Definition des Begriffs Qualität s. Kap. I.1

76: Schrappe, M.: APS-Weißbuch Patientensicherheit – Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: Neu denken, gezielt verbessern. Mit Geleitworten von Jens Spahn, Don Berwick und Peter Durkin. Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2018, zur Definition Patientensicherheit Kap. 2.6.2, zu den konzeptionellen Schulen s. Kap. 2.6.3. und 4

77: ebd., Kap. 2.4.7. S. 164ff

78: ebd., Kap. 3.5., S. 306ff

79: ebd., Kap. 3.3., S. 244ff

80: Black, N.: Patient Reported Outcome Measures Could Help Transform Healthcare. BMJ 2013, 346: f167 doi: 10.1136/bmj.f167

81: Schrappe, M., Pfaff, H.: Einführung in die Versorgungsforschung. In: H. Pfaff, E. Neugebauer, G. Glaeske, M. Schrappe (eds.): Lehrbuch Versorgungsforschung, 2. vollst. überarb. Auflage. Schattauer Verlag, Stuttgart 2017, 1-68, speziell Kap. 1.4.

82: Pronovost, P.J., Cleeman, J.I., Wright, D., Srinivasan, A.: Fifteen Years After Top Err Is Human: A Success Story to Learn From. BMJ Qual Saf 25, 2016, 396-9

83: zur politischen Theorie im Fall Corona s. Schrappe, M., François-Kettner, H., Gottschalk, R., Knieps, F., Knipp-Selke, A., Manow, P., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-2-CoV-2/CoViD-19. Pandemie als Komplexes System, Steuerung der Epidemie durch Indikatoren-Sets, Kinder und Jugendliche in der Corona-Pandemie, Politik und Demokratie unter Pandemie-Bedingungen, Köln, Berlin, Bremen, Frankfurt, Hamburg 29.8.2021, https://www.monitor-versorgungsforschung.de/efirst/Schrappe-etal_Thesenpapier-8-0, http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2337

84: Hans, F.P., Röttger, M.C., Kleinekort, J., Kühn, M., Benning, L., Brich, J., Gottlieb, D., Wagner, F.C., Busch, H.J.: Effects of a central point of assessment with digitally assisted triage in an integrated emergency center Dtsch Arztebl Int 2024; 121: 849-50. DOI: 10.3238/arztebl.m2024.0201

85: Arah, O.A., Westert, G.P., Hurst, J., Klazinga, N.S.: A Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. Int J Qual Health Care 18, 2006, 5-13

86: Schrappe, M.: Qualität 2030 – die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen. Mit einem Geleitwort von Ulf Fink und Franz Dormann. Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 70ff. Hier steht die gesellschaftliche Perspektive an erster Stelle.

- Die **Patientenorientierung (F)** und besonders die Beachtung von P*atient-Reported Outcomes* (PRO) ist ins Hintertreffen geraten. Natürlich war dies auch ein präexistenter Konflikt, denn schon immer wurde heftig diskutiert, ob die „Institution" (also das Krankenhaus, die Berufsgruppen, der Versorgungssektor) in der dominanten Position ist oder ob es der Patient mit seinen Bedürfnissen sein sollte (sog. Patientenzentrierung). Hunderte von Kongressen wurden in den letzten Jahren abgehalten, die den Patienten „in den Mittelpunkt stellen" wollten, sei es nun in Hinblick auf dessen Portemonnaie (Nutzenmaximierung darf kosten) oder mit Blick auf ein humanistisches Verständnis des Individuums in seiner hilfebedürftigen Situation. Heute aber müssen Patienten schon froh sein, überhaupt zur Behandlung vorgelassen zu werden, über Qualitätsdefizite oder sicherheitsrelevante Ereignisse wagt kaum noch jemand zu diskutieren. „Ich habe einen Splitter im Auge, sagte der Tischlermeister, ziehen Sie sich eine Karte, aber es kann sein, dass Sie erst morgen drankommen" – Inhumanität hat über Nacht Einzug gehalten.
- Durch den **Ersatz von menschlichem Kontakt** durch digitalisierte Interaktionen kommt es zu einer schwerwiegenden Verschlechterung und führt entsprechend zu einer besonderen Form der Unterversorgung (digitale Verarmung durch Verdrängung menschlicher Kontakte). Zusätzlich treten IT-bedingte unerwünschte Ereignisse auf (einschl. Ausfall z. B. durch Hacker).
- Die **wissenschaftliche Absicherung (G)** von Befunden zu Qualität und Sicherheit sowie von Interventionen zur Verbesserung der Situation basiert ganz zentral auf Methoden der EbM und Versorgungsforschung, auch wenn diese Absicherung wegen der Verankerung in der Alltagsversorgung nicht immer einfach zu bewerkstelligen ist. Wie in Kap. 2 ausgeführt, ist die Evidenzgenerierung einer zunehmenden Infragestellung ausgesetzt, was sich massiv auf den Qualitätsbereich auswirkt, weil dadurch der „Medizinische Standard" und somit das Vorliegen einer Unterversorgung (ebenso wenig wie einer Überversorgung) nicht mehr unabhängig zu beschreiben ist.
- Das Wissen um die **„doppelte Komplexität" (H)** von Versorgung und Intervention ist zentral für jegliche Maßnahmen zur Verbesserung von Qualität und Sicherheit. Ohne solche Konzepte verläuft die Identifikation von sinnvollen Maßnahmen im Ungefähren. Während der letzten Krisen war daher mehrfach zu beobachten, dass vielleicht gut gemeinte Interventionen deswegen zu ganz anderen Effekten führten als erwartet (z. B. Urlaubsrückkehrer-Screening, Ausgangssperren, Impfkampagne verbunden mit Zwang). Ganz entfernt von einer fatalistischen Einstellung, dass man dann ja in komplexen Systemen überhaupt keine (komplexen) Interventionen mehr implementieren könne, ist auf das umfangreiche empirische und theoretisch abgesicherte Wissen zu diesem Thema zu verweisen, das komplett ignoriert wurde.[87]

Dieser Aspekt der Nivellierung des Nutzenbegriffs während der Corona-Epidemie – hier schließt sich der Kreis – hat jedoch enorme Auswirkungen für den Tatbestand der Unterversorgung. Wie in Kap. 2 ausgeführt, wird er traditionellerweise über den Begriff des objektiven Bedarfs begründet, der sich auf den Nutzenbegriff stützt. Eine der Konsequenzen könnte darin bestehen, dass der Nutzen stärker normativ definiert wird.

In diesem Zusammenhang wäre besonders an die Patienten und Patientenrechte zu denken. Diese waren noch vor wenigen Jahren gesetzlich stark betont worden (s. Patientenrechtegesetz von 2013), und natürlich wurde in der Corona-Zeit alles Mögliche getan, um Patientenleben zu retten, trotzdem waren Besuchsrestriktionen und Einschränkungen der Bewegungsfreiheit an der Tagesordnung, auch wenn z. B. ältere Personen dezidiert den Wunsch äußerten, auch auf die Gefahr einer Infektion Kontakte zur Außenwelt aufrechtzuerhalten. Auch die Frage der Impfpflicht hat an dem Grundsatz der körperlichen Integrität zweifeln lassen, einschließlich der Frage der Aufklärung vor Corona-Impfung.[88] Mitarbeiter im Gesundheits- und Pflegedienst spielen unfreiwillig das Sprachrohr für *„Patient Reported Outcomes"*, wenn sie von erhöhter, zum Teil dramatisch erhöhter Aggressivität und Verzweiflung von Patienten berichten, vom Schicksal Sterbender ganz zu schweigen.

5.4. Qualitätsbegriff unter Stress

Unterversorgung durch Fehlversorgung liegt in Deutschland, zusammenfassend dargestellt, also nicht nur als Defizitkonstellation im Sinne ungenügender Prozess- und Ergebnisqualität vor, sondern sieht sich einer konzeptionellen Krise gegenüber, die erfolgreiche Verbesserungsstrategien bedroht. Patientenorientierung ist einer dominanten gesellschaftlichen Perspektive geopfert worden, Grundsätze von Quantifizierung und Steuerung werden zunehmend missachtet, auf die Komplexität von Krisen und Epidemien im Besonderen wurde nicht nach den Regeln der Implementierungswissenschaft und -praxis reagiert. Der Weg zu einem *Quality-Improvement*-Ansatz so wie er noch vor wenigen Jahren formuliert wurde,[89] erscheint unwegsamer und länger geworden zu sein, als man es je denken konnte. Das Problem von Unterversorgung durch Fehlversorgung ist eines der Hauptprobleme der nächsten Jahre.

6. Unterversorgung als Systemeigenschaft

In der GKV haben die Versicherten Anspruch auf medizinische Leistungen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse (§ 2 Abs. 1 SGB V). In der Umsetzung dieses Grundsatzes gibt es vor allem in der ambulanten ärztlichen Versorgung erhebliche Mängel:

- Der Zugang zur ambulanten Versorgung wird in ländlichen Regionen durch eine zu geringe Zahl von Arztpraxen, deren große Entfernungen von den Wohnsitzen der Patienten und fehlende ÖPNV-Verbindungen erheblich erschwert. Das gilt sowohl für die hausärztliche als auch für die fachmedizinische Versorgung. Die Hausarztpraxen sind total überlastet, eine ambulante fachmedizinische Versorgung findet in dünn besiedelten Regionen kaum noch statt.
- In den Städten leidet die ambulante Versorgung unter der Vernachlässigung der Allgemeinmedizin, vor allem aber der fachmedizinischen Grundversorgung (Pädiatrie, Gynäkologie, konservative Augenmedizin, Urologie). In Ballungszentren ist zwar grundsätzlich eine ausreichende Zahl von Facharztpraxen vorhanden, jedoch sind sie innerhalb der Planungsregionen nicht nach dem Bedarfsprinzip verteilt.
- In den Facharztpraxen gibt es lange Wartezeiten, vor allem für Neupatienten. Die intransparente Terminvergabe ist auch in eigentlich gut versorgten Bezirken ein viel beklagtes Ärgernis und

einer der Faktoren für die Überlastung der Notaufnahmen in den Krankenhäusern sowie des Sachverhalts, dass jährlich fünf Millionen Patienten stationär behandelt werden, die eigentlich von Arztpraxen ambulant betreut werden können.

Diese Phänomene einer Unterversorgung haben ihre Wurzeln

- im dualen System von GKV und PKV,
- in der sektoral organisierten Steuerung der Versorgung
- sowie in Entwicklungen in der Arbeitskultur der Ärzteschaft.

6.1. Fehlanreize durch das duale Krankenversicherungssystem

Die PKV gibt pro versicherte Person für die ambulante Versorgung mehr als doppelt so viel aus wie die GKV, wobei diese Mehrausgaben vor allem in der ambulanten Versorgung anfallen (2020: ärztliche Versorgung: + 52,4%, Heilmittel/Physiotherapie: + 49,05). Den Krankenhäusern zahlen die PKV bzw. Beihilfe die gleichen Vergütungen wie die GKV. Für Chefarztbehandlung und komfortablere Unterbringung sind Zusatzversicherungen erforderlich, die auch 6 Mio. GKV-Mitglieder haben. Auch in der Arzneimittelversorgung zahlen GKV und PKV die gleichen Preise. Die Arztpraxen haben je nach Fachgebiet unterschiedliche Reinerträge, deren Höhe in enger Korrelation zu den Privatliquidationen stehen (siehe Tabelle im Anhang);

- Hausarztpraxen haben einen Reinertrag von 192.000 Euro bei einem Anteil der GKV-Vergütungen von 86,6%. Auf dem gleichen Niveau liegen die Pädiater mit einem Ertrag von 200.000 Euro und einem Anteil der GKV von 83,4%.
- Auffallend hohe Erträge haben Praxen der Augenheilkunde (308.000 Euro), die aber sehr ungleich auf die Praxen verteilt sind. Während etliche konservative Augenarztpraxen wirtschaftliche Probleme haben, gehören die operierenden Augenärzte zu den Großverdienern. Etwa ein Fünftel der Augenarztpraxen haben einen Jahresumsatz von mehr als 1 Mio. Euro bei einem Durchschnittsertrag von mehr als 400.000 Euro. Dafür sorgen nicht nur Privatliquidationen, sondern auch komfortable Sonderentgelte der GKV etwa für Katarakt- und Glaukom-OPs.
- Der relativ niedrige Anteil der GKV-Einnahmen bei Orthopäden und Chirurgen erklärt sich auch aus Sondereinahmen als Durchgangsärzte der GUV, deren Vergütungen deutlich über denen der GKV liegen.

Diese Ertragsunterschiede zwischen den Arztgruppen sorgen auch in Städten und Ballungszentren für eine ungleiche Verteilung der Arztpraxen auf die Stadtteile. In Vierteln mit einem hohen Anteil von Beamten und Privatversicherten ist die Versorgungsdichte deutlich höher als in weniger wohlhabenden Bezirken. Die Bedarfsplanung und Zulassung von Arztpraxen durch die KVen und die GKV-Verbände hat diese Diskrepanzen auch nicht ansatzweise beseitigen können.

Umsätze und Reinerträge von Einzelpraxen 2019

Fachgebiet	Einnahmen in 1.000 Euro	GKV-Einnahmen in v. H.	Reinertrag in 1.000 Euro
Allgemeinmedizin	370	86,6	192
Innere Medizin	471	77,4	222
Gynäkologie	404	66,9	209
Kinder- und Jugendmedizin	402	83,4	200
Augenheilkunde	587	56,6	308
HNO	363	69,1	180
Orthopädie	467	45,7	210
Chirurgie	501	54,0	193
Dermatologie	537	43,5	241
Radiologie	1432	56,2	485
Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie	316	81,4	185
Urologie	427	57,9	220
Einzelpraxen insgesamt	**419**	**72,9**	**208**

Tab. 1: *Umsätze und Reinerträge von Einzelpraxen 2019*[90].

6.2. Unterversorgung durch das System der Einzelpraxen

In den ländlichen Regionen sind diese kommerziellen Faktoren weniger für die gravierenden Versorgungslücken in der ambulanten Grundversorgung verantwortlich. Dort liegen die Probleme vor allem in der Überlastung der vorhandenen Hausarztpraxen und der Erreichbarkeit der wenigen Facharztpraxen. Mit den Instrumenten der Bedarfsplanung im KV-System sind die Versorgungsprobleme in ländlichen Regionen nicht lösbar. Es bedarf einer kompletten Neuordnung der Kooperation von Arztpraxen, Sozialstationen mit nicht-ärztlichen Fachkräften und Krankenhäusern.

Die langen Wartezeiten in Facharztpraxen vor allem für GKV-Mitglieder haben nicht nur Wurzeln im dualen Krankenversicherungssystem und den Privilegien von Privatpatienten, sondern auch in veränderten Einstellungen in der nachwachsenden Generation von Ärztinnen und Ärzten zum Verhältnis von Arbeitszeit und Privatle-

87: Pronovost, P., Needham, D., Berenholtz, S., Sinopoli, D., Chu, H., Cosgrove, S., Sexton, B., Hyzy, R., Welsh, R., Roth, G., Bander, J., Kepros, J., Goeschel, C.: An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. N Engl J Med 35, 2016, 2725-32

88: 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 online, http://doi.org/10.24945/MVF.01.21.1866-0533.2268, zur Frage der Aufklärung vor Impfung s. Kap. 3.3.4

89: Institute of Medicine: Prority Areas for National Action. Transforming Health Care Quality. Washington 2003

90: Destatis, Fachserie 2 Reihe 1.6.1 (eigene Zusammenstellung)

ben. Sie richten ihre Arbeitszeit vor allem an den eigenen Bedürfnissen aus. Die Pflege eines Stammes von Patientinnen und Patienten hat Vorrang vor Neupatienten. Das nach wie vor herrschende System von Einzelpraxen fördert diese Tendenz. Ein Gegensteuern ist nur über kooperative Praxisformen und -netze möglich.

7. Perspektive

Der Begriff der Unterversorgung wurde in den letzten 20 Jahren vornehmlich auf den Begriff des Nutzens bezogen und daraus abgeleitet auf den Bedarf an Leistungen in der Gesundheitsversorgung. Unterversorgung besteht dann, wenn Maßnahmen, deren Nutzen durch Studien unterlegt werden können, nicht erreichbar sind bzw. nicht angeboten werden. Allerdings zeichnet sich ab, dass im Rahmen der allgemeinen Diskussion zu den Defiziten im Bereich der öffentlichen Infrastruktur auch die Daseinsfürsorge im Gesundheitsbereich eine stärker normativ geprägte Bedeutung erlangen wird. Unterversorgung würde vor diesem Hintergrund zwar die Vorenthaltung von nutzenbasierten Gesundheitsleistungen umfassen, sich aber darüber hinausgehend auch an den gesellschaftlichen Erwartungen an die Gestaltung der Gesundheitsversorgung messen lassen müssen.

Unterversorgung, darüber muss man sich im Klaren sein, wird nicht mehr so leicht verschwinden, wenn sie sich erst mal als Missstand etabliert hat. Der US-amerikanische Public-Health- und *Family-Practice*-Experte Mark Murray hat es vor 25 Jahren in folgende Worte gefasst: *„…in a particular service it takes a month to see a dermatologist, and it has ‚always' taken a month"*. Es bleibt so wie es ist, weil es immer so war.[91]

Es sind also zwei Dinge von Bedeutung: Einerseits sind strukturelle Lösungen gefragt, und andererseits muss man einer *Hidden Agenda* entgegenwirken, die etwa lauten könnte: Wir haben uns immer mit Überversorgung beschäftigt, jetzt können wir der Bevölkerung ruhig etwas Unterversorgung zumuten, und Geld sparen kann man so auch noch.

Es besteht im Allgemeinen Einigkeit darüber, dass das größte Strukturproblem im deutschen Gesundheitswesen in der sektoralen Organisation und Finanzierung besteht. Trotz der zahlreichen Initiativen zur „integrierten Versorgung", die bis zum Gesundheitsstrukturgesetz 1992/93 zurückgehen (damals wurde die Einführung erster Fallpauschalen durch das ambulante Operieren und vor- und nachstationäre Versorgung flankiert) ist eine anhaltende und wirksame Integration an den fortbestehenden, durch die getrennten Budgets getriebenen Sektoregoismen gescheitert. Eine wirksame Bekämpfung der Unterversorgung müsste also an dieser Stelle ansetzen.

Natürlich wird einzuwenden sein, dass die sektorale Struktur nicht das einzige Problem darstellt. Genauso sind z. B. inhaltliche Fragen zu diskutieren, etwa die einseitige Orientierung an Eingriffen und weniger an Prävention oder die Bevorzugung operativer Methoden im Gegensatz zur Betreuung und ggf. nur Begleitung chronischer Mehrfacherkrankungen. Hier spielt besonders eine Rolle, dass es der gesundheitspolitischen Diskussion oft an einer klar formulierten Zielorientierung fehlt, was zwar durch Polypragmatismus verdeckt wird, aber der Weiterentwicklung nicht zuträglich ist. Weiterhin ist die Frage der Qualität der Versorgung und deren Sicherheit gerade auch im internationalen Vergleich angesichts der Höhe der eingesetzten finanziellen Mittel nicht zufriedenstellend geklärt. Genauso wenig gibt es gut etablierte Konzepte zur besseren Zusammenarbeit der Berufsgruppen, die zwar kooperieren sollen, es wegen fehlender Anreize und Möglichkeiten (auch gesetzlicher Natur) nicht tun. Schlussendlich ist die Bedarfsplanung, sowieso erschwert durch die sektoralen Einzelperspektiven, unterentwickelt, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich.

Lösungsansätze können in regionalisierten Versorgungsmodellen liegen, die stärker auf Netzwerke zwischen Allgemein- und Spezialärzten setzen, um Patienten gezielt an die richtigen Fachärzte zu leiten und Überbelastungen in bestimmten Regionen zu vermeiden. Die Vergütungsstrukturen müssen an den veränderten Bedarf angepasst werden, besonders ist auf die stärkere Gewichtung chronischer Krankheiten zu achten, weniger auf einzelne Leistungen im Bereich der (operativen) Eingriffe. Der Zugang zum spezialfachärztlichen Sektor sollte solchen Patienten vorbehalten bleiben, die hierfür auch eine Indikation haben, *Gatekeeper*-Modelle mit Stärkung der hausärztlichen Koordination sollten breitere Anwendung finden. Wenngleich man suboptimale Strukturen ganz grundsätzlich nicht durch technische Instrumente zu „schlecht digitalisierten Strukturen" fehlentwickeln sollte, ist ein gezielter Einsatz von Telemedizin und digitaler Kommunikation sinnvoll, um regionale Disparitäten zu überbrücken und Patienten in strukturschwachen Gebieten den Zugang zu Fachärzten zu erleichtern.

Im Einzelnen sind folgende Punkte zu berücksichtigen:

- **Integrierte Versorgung:** Die inter- bzw. intraregionalen Versorgungsdefizite lassen sich nur durch den Aufbau sektorübergreifender Versorgungsnetze und die Förderung multidisziplinärer MVZ beseitigen. Erstere haben vor allem in ländlichen Regionen Priorität, während der Aufbau von MVZ (ggf. mit vertraglichen Beziehungen zu Krankenhäusern) in den Städten und Ballungszentren Vorrang hat.
- Die **Einbindung von in Eigenverantwortung handelnden Gesundheitsberufen** ist insbesondere in ländlichen Regionen und sozialen Brennpunkten der Großstädte für die Sicherung der Primärversorgung dringend erforderlich. Modellprojekte wie die IT-gestützte aufsuchende Betreuung durch qualifizierte Pflegekräfte in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg („AGnES") müssen in die Regelversorgung integriert werden. Ebenso kann das Innovationsfondsprojekt aus Rheinland-Pfalz „HandInHand": Implementierung von Pflegeexperten in die Regelversorgung entsprechend empfohlen werden.[92]
- Mit der Erkenntnis, dass Pflegebedürftigkeit in den kommenden Jahren stark zunimmt, ist die Bundesregierung aufgerufen, zeitnah in einer strategischen Maßnahmenplanung deutlich mehr präventive Maßnahmen zu veranlassen. Persönliche Gesundheitsbildung als lebenslange Lernprozesse wie institutionelle Prävention und Gesundheitsförderung ab Kita und Schule helfen, Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern, zu vermeiden und im demografischen Verlauf deutlich zurückzudrängen.
- Im Wohnungsbau sind neue Wohn- und Lebensmodelle zu berücksichtigen. Nahezu alle Menschen wünschen sich, in ihrer Wohnung alt zu werden und nicht in stationären Einrichtungen zu sterben. Projekte, die geeignet sind, Menschen mit und ohne Hilfebedarf, mit kleinem und großem Geldbeutel, im Ruhestand und im Studium durch soziale Integration ein würdiges, gesunderhal-

tendes und sicheres Altern in einer selbst gewählten Umgebung und Gemeinschaft zu ermöglichen.

- Für das duale System von GKV und PKV gibt es weder eine medizinische noch eine ökonomische Begründung, wie sogar der Wirtschaftssachverständigenrat feststellte. Dessen **Überleitung in ein einheitliches Krankenversicherungssystem** („Bürgerversicherung“) ist jedoch mit juristischen Fallstricken verbunden. Das gilt insbesondere für die rechtlich nicht geklärte Frage, wem die Altersrückstellungen der PKV in welchem Umfang wirklich „gehören“. Zwar wäre bei einem Wechsel von der PKV in die GKV die Überführung der individuellen Rückstellungen in den Gesundheitsfonds eine ökonomisch und sozial „saubere“ Lösung, aber sie würde von der PKV mit Sicherheit verfassungsrechtlich beklagt. Die politisch einfachere Lösung ist die schrittweise Auflösung des herrschenden Beihilfesystems für Beamte und deren Überführung in den Kreis der in der GKV versicherungspflichtigen Personen.

Unterversorgung ist folglich nicht allein durch die Erhöhung der Kapazitäten zu vermeiden bzw. zu beseitigen, sondern es bedarf eines strategischen Ansatzes, der regionale Bedürfnisse berücksichtigt, die Bürokratie reduziert und die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Fachärzten, den verschiedenen Berufsgruppen und den Patienten selbst fördert. Allerdings bedarf es eines klaren und glaubwürdigen Bekenntnisses der Akteure, dass man Unterversorgung nicht als verdeckte Strategie der Kostenreduktion versteht. Dies ist nicht immer einfach, denn nach wie vor bestehen in unserem Gesundheitssystem Über-, Fehl- und Unterversorgung nebeneinander, oft sogar eng miteinander verwoben. <<

Abkürzungen

ALBVVG	Arzneimittelengpass-Bekämpfungs- und Versorgungsverbesserungs-Gesetz
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CIRS	Critical Incident Reporting System (Fehlermelde-System)
DRG	Diagnosis Related Groups
EbM	Evidenzbasierte Medizin
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHVVG	Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz
KV(en)	Kassenärztliche Vereinigung(en)
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
ÖPNV	Öffentlicher Personen-Nahverkehr
PKV	Private Krankenversicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch 5
SVR	Sachverständigenrat zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen

– – – – – – –

91: Murray, M.: Patient Care: Access. Brit. Med. J. 320, 2000, 1594-6
92: https://www.pflegeexperten-center.de/startseite

Underuse in the German healthcare system – the underestimated problem

In the past, we in Germany only talked about overuse and misuse; today, the German healthcare system is threatened by a new phenomenon: underuse. Missed specialist appointments, hospital closures, supply bottlenecks for medicines, and costs are rising rapidly. The statement by the “Health Authoring Group” therefore aims to place this new topic at the center of public discussion. It seems all the more important to draw attention to underuse given that this topic is met with considerable reluctance in professional and scientific circles. While patient orientation and patient-reported outcomes were still the focus a few years ago, today, in keeping with the style of paternalistic concepts, the talk is of patient control and optimization.

The paper is divided into seven sections: definition of terms, the concept of underuse based on the Advisory Council's concept of need, a systematic approach to the forms of underuse with a particular emphasis on access, and then a concrete presentation in five selected areas: primary care, specialist care, hospitals, nursing care and the supply of drugs. The penultimate chapter concerns the system-related causes of underuse. At the end, some possible solutions are discussed, but these will be presented in more detail in subsequent papers.ausführlicher dargestellt werden.

Keywords

overuse, underuse and misuse, German healthcare system

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.02.25.1866-0533.2709

Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
Venloer Str. 30
50672 Köln
Tel. +49 163 5818 797
matthias@schrappe.com

Zitationshinweis

Autorengruppe Gesundheit et al.: „Unterversorgung im deutschen Gesundheitswesen – das unterschätzte Problem“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (02/25), S. 47–64. http://doi.org/10.24945/MVF.02.25.1866-0533.2709

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



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



Franz Knieps
leitet seit 2013 den BKK-Dachverband. Der Jurist war zuvor u. a. Abteilungsleiter im Bundesministerium für Gesundheit und Geschäftsführer Politik im AOK-Bundesverband.
Kontakt: Franz.Knieps@bkk-dv.de



Univ.-Prof. Dr. phil. Klaus Kraemer ORCID: 0000-0003-1365-6212
ist seit 2010 Universitätsprofessor am Department of Sociology – University of Graz – Österreich. Forschungsschwerpunkte: Wirtschaftssoziologie, Soziologie des Geldes, der Arbeit und der Finanzmärkte, Prekarisierungsforschung und soziologische Kapitalismusanalyse. Er habilitierte sich im Fach Soziologie an der Univ. Münster und ist Vertrauensdozent der Hans-Böckler-Stiftung. Kontakt: Klaus.Kraemer@uni-graz.at



Hartmut Reiners
ist Ökonom und Publizist. Er war von 1988 bis 2010 Referatsleiter Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik in den Gesundheitsministerien von Nordrhein-Westfalen und Brandenburg. Er ist Autor zahlreicher Bücher und Artikel zur Gesundheits- und Sozialpolitik.
Kontakt: Hartmut-Reiners@t-online.de



Prof. Dr. med. Martin Scherer
übernahm 2009 eine W2-Professur für Versorgungsforschung an der Universität Lübeck. Seit 2011 ist er Direktor des Instituts und der Poliklinik für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). 2019 wurde er Präsident der DEGAM. Seit 2024 ist er Sprecher des Center for Health Care Research & Public Health am UKE. Kontakt: M.Scherer@uke.de



Dr. med. Thomas Voshaar
ist ehem. Ärztlicher Direktor, ehem. Chefarzt Med. Klinik III Pneumologie, Allergologie, Klin. Immunologie, Zentrum für Schlaf- und Beatmungsmedizin Lungenkrebszentrum DKG, Lungen- und Thoraxzentrum Nordrhein, Krankenhaus Bethanien Moers/Vorstandsvorsitzender Verband Pneumologischer Kliniken e. V. Vorstandsvorsitzender Verband Pneumologischer Kliniken e.V. Kontakt: Th.Voshaar@t-online.de



unter Mitarbeit von
Prof. Dr. med. Jürgen Windeler
ist ehem. Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in Köln (2010-2023). Zudem ist er apl. Professur für Biometrie und Klinische Epidemiologie, Ruhr-Univ. Bochum. Vvon 2004 bis 2010 war er Leitender Arzt und stellv. Geschäftsführer des Med. Dienstes Bund (MDS) in Essen.
Kontakt: J.Windeler@posteo.de



Prof. Dr. PH Viviane Scherenberg MPH
Dipl.-Psych. Doreen Müller
Prof. Dr. PH Michael Erhart

Künstliche Intelligenz und Gesundheitskompetenz: Möglichkeiten und Grenzen öffentlich zugänglicher KI-Sprachmodelle

Zusammenfassung

Zusammenfassung: Hintergrund: Mit dem Einsatz künstlicher Intelligenz (KI) wächst das Interesse an KI-Systemen wie ChatGPT zur Vermittlung von Gesundheitsinformationen. KI hat das Potenzial, die öffentliche Gesundheitskompetenz zu verbessern, indem sie als Informationsquelle dient. Gleichzeitig stellt sich die Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes von KI, insbesondere in Bezug auf die Qualität und Zuverlässigkeit bereitgestellter Informationen.

Methodik: Die Studie basiert auf einer Literaturanalyse zum Thema Gesundheitskompetenz und KI. Für die Recherche (Stand: September 2024) wurden PubMed und KI-basierte Literaturanalyseprogramme genutzt. Insgesamt wurden 136 Treffer für 2022–2024 ermittelt, wovon nach Sichtung von Abstracts und Volltexten 25 Artikel in die Analyse aufgenommen und hinsichtlich Akzeptanz, Informationsqualität und Barrieren bewertet wurden.

Ergebnisse: Die Analyse hat gezeigt, dass KI-Systeme grundsätzlich in der Lage sind, Gesundheitswissen durch leicht verständliche Antworten auf Gesundheitsfragen zu vermitteln. Es bestehen aber auch Bedenken hinsichtlich der Genauigkeit und der Verstärkung von Fehlinformationen. Betont wurde, dass die Öffentlichkeit stärker über Grenzen von KI und die Bedeutung professioneller Beratung aufgeklärt werden sollte.

Konklusion: ChatGPT und ähnliche KI-Systeme bieten Möglichkeiten zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz, erfordern indes verstärkt kritische Medienkompetenzen. Forschungen sollten zukünftig verstärkt zielgruppenspezifische und ethische Aspekte in den Blick nehmen.

Schlüsselwörter

Künstliche Intelligenz, ChatGPT, Gesundheitskompetenz, Bürger, Öffentlichkeit

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.02.25.1866-0533.2707

Der Einsatz Künstlicher Intelligenz (KI) ist aus dem Gesundheitswesen nicht mehr wegzudenken. Bereits jetzt wird KI vielfach im Bereich der gesundheitlichen Aufklärung, z. B. mit in Gesundheits-Apps integrierten Chatbots, eingesetzt (Aggarwal et al. 2023) und dient der Förderung der Gesundheitskompetenz. Eine hohe Gesundheitskompetenz als Fähigkeit, Gesundheitsinformationen abzurufen, zu verstehen und anzuwenden (WHO 2019), ist entscheidend, um informierte Gesundheitsentscheidungen treffen zu können (Nutbeam 2008). Diese Kompetenz umfasst auch, glaubwürdige Gesundheitsinformationen von Fehlinformationen im Zeitalter der Digitalisierung unterscheiden zu können (Debad/Holmes 2024). Insbesondere, da klassische gesundheitsbezogene Informationsquellen (z. B. medizinisches Personal, TV, gedruckte und Onlinemedien) durch KI-basierte Informationsangebote wie ChatGPT ergänzt werden. Erstmals wurde ChatGPT von OpenAI im November 2022 öffentlich zugänglich gemacht und erfreute sich (insbesondere in jüngeren Altersgruppen) schnell großer Beliebtheit (Kasneci 2024). In welchem Ausmaß solche Instrumentarien die Gesundheitskompetenz der Bürger:innen beeinflussen, ist offen. Unklar ist auch, inwieweit im Vergleich zur klassischen Internetrecherche („Dr. Google") der Zugang zu Gesundheitsinformationen erleichtert wird und welche neuen Herausforderungen hinsichtlich der Qualität und Interpretation dieser Informationen entstehen.

>> Eine hohe Gesundheitskompetenz befähigt Individuen, sich gemeinsam mit Gesundheitsdienstleistern an Entscheidungsprozessen zu beteiligen und so mehr Kontrolle über die eigene Gesundheit zu erlangen (Caeiros et al. 2024). Eine hohe Gesundheitskompetenz steht im Zusammenhang mit besseren Gesundheitsergebnissen und einer reduzierten Ungleichheit, da sich Individuen mit Wissen ausstatten, um chronische Erkrankungen zu managen und sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden (Caeiros et al. 2024). Sie kann eine Ressource gegen ungünstige soziale Bedingungen darstellen und den gerechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung fördern (Zanobini et al. 2024). Trotz der Bedeutung der Gesundheitskompetenz stoßen viele Menschen auf Hindernisse, die es ihnen erschweren, eine ausreichende Gesundheitskompetenz zu erlangen. Hierzu zählen u. a. der begrenzte Zugang zu verlässlichen Informationen sowie unzureichende Medienkompetenzen, um mit der digitalen Informationsflut umzugehen. KI-basierte Sprachmodelle (z. B. ChatGPT), ermöglichen ihnen einerseits einen schnellen Zugriff auf umfangreiche Gesundheitsinformationen und somit, komplexe Sachverhalte zu verstehen, andererseits kann es zu ungenauen oder falschen Antworten (sog. Halluzinationen) kommen (Vij et al. 2024). Zudem gibt es erste Hinweise, dass ChatGPT Nutzenden mit unterschiedlichen demografischen Profilen zwar die gleichen Informationen gibt, diese indes sprachlich unterschiedlich formuliert werden (Andreadis et al. 2024), was zu unterschiedlichen Interpretationen der KI-Antworten führen könnte.

In Bezug auf die öffentliche Wahrnehmung von KI im Gesundheitswesen ergab eine Studie, dass über 90% der Befragten bereits von KI gehört oder gelesen hatten, allerdings verfügten nur 24% über gutes oder sehr gutes Wissen in diesem Bereich. Grundsätzlich bewerteten rund die Hälfte (53,18%) der Befragten den Einsatz von KI in der Medizin als positiv oder sehr positiv, während nur 4,77% eine negative oder sehr negative Haltung einnahmen. Trotz fehlender großer Bedenken war die Mehrheit der Ansicht, dass die neue Technologie nur unter ärztlicher Aufsicht verwendet werden sollte. Insbesondere ältere Patient:innen, Frauen sowie Personen mit geringerem Bildungsniveau und niedriger technischer Affinität zeigten sich eher vorsichtig (Fritsch et al. 2022).

Auffallend ist, dass sich die bisherige Forschung stark auf den Bereich KI-basierte Bildung von Angehörigen von Gesundheitsberufen und der akademischen Bildung beschränkt. Forschungserkennt-

nisse im Bereich Gesundheitskompetenz der Bevölkerung via KI sind bisher kaum anzutreffen. Daher beschäftigt sich dieser Beitrag am Beispiel von ChatGPT mit den Möglichkeiten und Grenzen von frei zugänglichen KI-basierten Sprachmodellen (sogenannte Large Language Models, kurz LLM) für die Förderung der Gesundheitskompetenz der allgemeinen Bevölkerung.

Verfolgt werden drei Ziele: Erstens sollen die Potenziale und Limitierungen von KI-Systemen in der Bereitstellung gesundheitsrelevanter Informationen identifiziert werden. Zweitens erfolgt eine kritische Reflexion über die Vertrauenswürdigkeit und den Einfluss von KI-gestützten Informationen auf die Gesundheitskompetenz der Nutzenden und drittens sollen auf Basis der Befunde Handlungsempfehlungen zur Stärkung digitaler Gesundheitskompetenzen durch den verantwortungsvollen Einsatz von KI-Technologien abgeleitet werden.

Flussdiagramm zur Literaturrecherche



Abb. 1: Flussdiagramm zur Literaturrecherche (Vorlage PRISMA-Statement nach Moher et al. 2009). Quelle: eigene Darstellung.

Methodik

Zur Untersuchung des Forschungsthemas wurde eine narrative Literaturanalyse im September 2024 durchgeführt, um einen Überblick über das Thema zu erhalten. Dabei wurde der Zeitraum der Analyse aus Aktualitätsgründen auf die Jahre 2022 bis 2024 begrenzt. Genutzt wurden für die Analyse klassische Literaturdatenbanken (Pubmed) sowie KI-basierte Literaturanalyseprogramme (Consensus, ResearchRabbit, typeset_io). Keywords, nach denen gesucht wurde, waren „Artificial intelligence" und „Health literacy". Von 136 identifizierten Quellen konnten in die Analyse nach dem Screening (Abstracts, Volltext) final 25 Quellen eingeschlossen werden (Abb. 1).

Durch die Verwendung klassischer Literaturdatenbanken sowie KI-basierter Literaturanalyse-Tools sollte zudem reflektieren, welchen Mehrwert eine Kombination beider Ansätze für die wissenschaftliche Forschung mit sich bringen kann. Es zeigt sich, dass zwar der größte Teil der Ausschlüsse aus der KI-gestützten Literaturrecherche stammt, die Gesamtergiebigkeit dieser Recherche jedoch deutlich gesteigert werden konnte (14 typeset_io, 9 Consensus, 2 PubMed). Diese Erkenntnis deckt sich mit aktuellen Studien zum Thema KI-Literaturrecherchen, die ebenfalls betonen, dass einerseits die Effektivität durch KI-gestützte Automatisierung in Literaturrechercheprozessen erhöht werden kann, andererseits eine kritische Überprüfung des Datenmaterials durch die Forschenden unerlässlich ist. Dabei eignen sich KI-generierte Literaturanalysen besonders bei großen Datenmengen und bei interdisziplinären Forschungsthemen (Ejjami 2024, Tomczyk et al. 2024). Wie die Abb. 2 offenbart, stellen Publikationen, die sich auf die Qualitätsprüfung (Inhaltsvalidierung, Faktenverifizierung und Konsistenzprüfung) von KI-generierten Inhalten konzentrierten, mit Abstand die Mehrheit der identifizierten Quellen dar.

Bei der Analyse wurden folgende Bewertungskriterien zugrunde gelegt, die auf Basis theoretischer Überlegungen und unter Diskussion der Autor:innen spezifiziert wurden:

1. Akzeptanz: Die Akzeptanz bezieht sich auf das Vertrauen sowie die Bereitschaft, ChatGPT anzuwenden, wobei zielgruppenspezifische Unterschiede (Alter, Schicht etc.) berücksichtigt wurden, da diese darüber entscheiden, ob und wie (kritisch) KI-basierte Tools genutzt werden.

2. Qualität: Die Qualität und Verständlichkeit bereitgestellter KI-Informationen sind relevant für die (wahrgenommene) Zuverlässigkeit, Akzeptanz sowie die gesundheitliche Kompetenzbildung.

3. Barrieren: Barrieren inkl. Datenschutzaspekte beziehen sich auf den Zugang und das Vertrauen gegenüber KI-basierten Tools und beeinflussen wiederum die Akzeptanz und Wirksamkeit.

Ergebnisse

1. Akzeptanz und Vertrauen

Nur wenige Studien (7 von 25) befassten sich mit dem Thema Akzeptanz und Vertrauen. Insgesamt vertraut die Öffentlichkeit Ärzt:innen tendenziell mehr als der KI-Technologie und folgt eher ihren Empfehlungen als denen einer KI, selbst wenn diese kulturelle Vorurteile aufweisen. Bei der Frage, ob eine Ärzt:in KI nutzen sollte, ist die Öffentlichkeit nahezu gleichermaßen dafür bzw. dagegen. Es besteht ein Unbehagen darüber, dass die KI über den Gesundheitszustand informiert ist, sowohl in der Gegenwart als auch in der Zukunft (Rojahn et al. 2023). Zudem wird, insbesondere wenn sich die Nutzer:innen überfordert fühlen, ein Unbehagen aufgrund der Komplexität und der fehlenden Kontrolle berichtet (Chalutz-Ben Gal 2023). Andererseits werden KI-Antworten teils empathischer eingestuft (Ayers et al. 2023b), allerdings könnten diese bestehende Probleme verstärken.

Insbesondere die Fülle die Fülle an defizitären Informationen bzw. KI-Outputs könnte Patient:innen mit sozioökonomischen und kulturellen Ressourcen verunsichern, zumal diese Interaktionen mit medizinischen Fachkräften ohnehin eher scheuen. Für Patient:innen mit hohen Ressourcen kann der leichte Zugang zu Gesundheitsinformationen die Angst verstärken, die „richtige" Entscheidung zu treffen (Lautrup et al. 2023). Das Gefühl, respektiert zu werden, eine positive Einstellung, der erwartete Nutzen, die Benutzungsfreundlichkeit, Empfehlungen Dritter sowie vorhandene Ressourcen (Medienkompetenz etc.) beeinflussen die Nutzung(shäufigkeit) (Li et al. 2023; Budler et al. 2023). Frauen sind vom gesundheitlichen Nutzen von ChatGPT weniger überzeugt als Männer. Auch Personen mit höherem Bildungsniveau und solche, die bereits von ChatGPT gehört haben, schätzen den gesundheitlichen Nutzen eher gering ein. Gesundheitskompetenz und Technikaffinität haben keinen si-

gnifikanten Einfluss auf den erwarteten Nutzen (Platt et al. 2024). Allerdings neigen technikaffine und aufgeschlossene Personen eher dazu, KI-basierte Anwendungen häufig zu nutzen (Ben-Gal 2023).

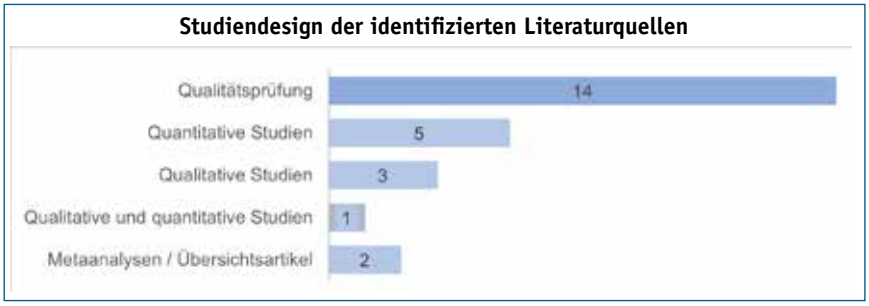


Abb. 2: Studiendesign der identifizierten Literaturquellen (N=25) Quelle: eigene Darstellung.

2. Qualität und Verständlichkeit

Von den 25 einbezogenen Publikationen beschäftigten sich 19 mit der Qualität oder Verständlichkeit von durch künstliche Intelligenz generierten Informationen. Davon waren zwei Artikel Literaturreviews, die restlichen 17 Artikel beinhalteten eigens durchgeführte Studien. Alle Studien beschäftigten sich mit LLMs, zumeist ChatGPT in den jeweils verfügbaren Versionen in englischer Sprache. Die Studien simulierten entweder ein Frage-Antwort-Format oder forderten das LLM auf, Aufklärungsinformationen bereitzustellen oder deren Verständlichkeit zu verbessern. Bezüglich der Korrektheit der Informationen kamen die meisten Studien zum Schluss, dass die LLMs größtenteils korrekte Informationen liefern, diese jedoch meist eher generisch sind und inhaltliche Lücken aufweisen (Budler et al. 2023; Grünebaum et al. 2023; Hillmann et al. 2024; Karakas et al. 2023; Kassab et al. 2024; Sciberras et al. 2024; Walker et al. 2023). Die Informationen von LLMs waren dennoch teilweise korrekter als die von Ärzt:innen (Ayers et al. 2023a) und relevanter, wenn auch lückenhafter als die Internetsuche (Pascual-Presa et al. 2024). Weiter entwickelte LLMs (z. B. ChatGPT 4.0 im Vergleich zu ChatGPT 3.5) zeigten eine höhere Genauigkeit im Vergleich zu Vorgängerversionen (Wang et al. 2023; Washif et al. 2023). Die Qualität des Promptings wirkte sich teils auf die Qualität der Antworten aus (Deiana et al. 2023; Lautrup et al. 2023). Zudem gab es selten sogenannte „actionable" Informationen, also Empfehlungen zu Verhaltensweisen oder zum Aufsuchen bestimmter Angebote (Anaya et al. 2024; Ayers et al. 2023b). Die Verständlichkeit wurde teils als gemischt bzw. eingeschränkt beschrieben (Ghanem et al. 2024; Mondal et al. 2023), sofern nicht direkt gepromptet wurde, dass die Informationen leicht verständlich sein sollen (Abreu et al. 2024; Rouhi et al. 2024). Darüber hinaus sind LLM-Antworten probabilistisch, d. h. sie basieren auf Wahrscheinlichkeiten, um die relevanteste Antwort zu generieren. Die Antwortqualität ist daher von Fall zu Fall unterschiedlich (Ayers et al. 2023).

3. Barrieren, Datenschutz und Datensicherheit

Datenschutz und Datensicherheit werden nur in wenigen Studien thematisiert. Barrieren können sich durch Benachteiligungen bestimmter Subpopulationen ergeben. Laut Karakas et al. (2023) werden bei ChatGPT zwar keine persönlichen Daten gespeichert oder abgerufen, jedoch sollten bei der Interaktion keine persönlichen Gesundheitsdaten eingegeben werden. Bedenken bezüglich des Datenschutzes bzw. die Bereitschaft, auch persönliche Informationen zur Verfügung zu stellen, spielen eine Rolle bei der Bereitschaft zur Nutzung von KI (Chalutz-Ben Gal 2023; Platt et al. 2024). Ein Erleichterungsfaktor der Nutzung von KI kann das Gefühl der Privatsphäre und des Respektiertwerdens darstellen (Li et al. 2023). Die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit war in einer Studie von Platt et al. (2024) mit positiven Erwartungen an ChatGPT als Ressource der Gesundheitsversorgung verbunden, und in der Studie von Rojahn et al. (2024) glaubten die Befragten, dass KI weniger kulturell voreingenommene Entscheidungen treffen könnte als menschliche Interaktionspartner. Nur wenige Studien untersuchen die Rolle des Geschlechts als Zugangsfaktor. Washif et al. (2023) beobachteten, dass über ChatGPT-generierte Krafttrainingsprogramme für Frauen eher auf Männer zugeschnitten waren. Wie unter 1. beschrieben sind weibliches Geschlecht und ein höheres Bildungslevel mit mehr Vorbehalten gegenüber der Nutzung von KI als Gesundheitsressource assoziiert und können so auch eine Barriere gegenüber der Nutzung von KI darstellen. Ein erwarteter hoher Nutzungsaufwand und Ressentiments gegenüber KI erwiesen sich ebenfalls als Barrieren für die Nutzung von Chatbots für Gesundheitsfragen (Li et al. 2023).

Diskussion und Limitationen

Akzeptanz und Vertrauen scheinen stark von personenbezogenen Merkmalen (z. B. Alter, Geschlecht, Technikaffinität), ethischen (z. B. Privatsphäre, Datenschutz) sowie von technologischen Faktoren (z. B. Benutzerfreundlichkeit, Art und Qualität des Outputs) abzuhängen. Dabei hängt die Qualität des Outputs stark von den Eingaben der Nutzer ab, scheint oft korrekt, aber auch lückenhaft zu sein. Anzumerken ist, dass bei Qualitätsprüfungen die Lesbarkeit oft im Englischen getestet wird, was die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf eine deutsche Umgebung infrage stellt. Befunde zur Verständlichkeit variieren stark. Wie unterschiedliche Nutzergruppen KI-Outputs interpretieren und ggf. umsetzen, bleibt derzeit offen. Ethische Aspekte (z. B. Datenschutz, Datensicherheit, Privatsphäre) werden aktuell (zielgruppenspezifisch) wenig berücksichtigt. Die in mehreren Studien festgestellte Tendenz der KI, Gesundheitsinformationen auf einem hohen Bildungsniveau zu formulieren, kann ebenfalls zur Verstärkung sozialer Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheitschancen beitragen und als ethische Herausforderung betrachtet werden. Zudem ergibt sich eine weitere ethische Fragestellung: Wenn weiterentwickelte große Sprachmodelle, bei denen es sich häufig um kostenpflichtige Modelle handelt, bessere Informationen liefern, so ist der Zugang zu diesen verbesserten Inhalten eingeschränkt bzw. nur für Personen mit Bezahlmodellen zugänglich. Umgekehrt könnte KI den Zugang von Minoritäten zu Gesundheitsinformationen aufgrund des niedrigschwelligen Angebots und der wahrgenommenen kulturellen Unvoreingenommenheit verbessern. Hinsichtlich der Methodik kann als zentrale Limitation die geringe Anzahl an qualitativen und quantitativen Studien mit eher gerin-

Literatur

Abreu, A.A., Murimwa, G.Z., Farah, E., Stewart, J.W., Zhang, L., Rodriguez, J., Sweetenham, J., Zeh, H.J., Wang, S.C., & Polanco, P.M. (2024). Enhancing Readability of Online Patient-Facing Con-tent: The Role of AI Chatbots in Improving Cancer Information Accessibility. Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 22(2D). https://doi.org/10.6004/jnccn.2023.7334

Aggarwal, A., Tam, C.C., Wu, D., Li, X., & Qiao, S. (2023). Artificial Intelligence-Based Chatbots for Promoting Health Behavioral Changes: Systematic Review. Journal of Medical Internet Research, 25, e40789. https://doi.org/10.2196/40789

Anaya, F., Prasad, R., Bashour, M., Yaghmour, R., Alameh, A., & Balakumaran, K. (2024). Evaluating ChatGPT platform in delivering heart failure educational material: A comparison with the leading national cardiology institutes. Current Problems in Cardiology, 49, 102797. https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2024.102797

Andreadis, K., Newman, D.R., Twan, C., Shunk, A., Mann, D.M., & Stevens, E.R. (2024). Mixed methods assessment of the influence of demographics on medical advice of ChatGPT. Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA, 31(9), 2002–2009. https://doi.org/10.1093/jamia/ocae086

Ayers, J.W., Poliak, A., Dredze, M., Leas, E.C., Zhu, Z., Kelley, J.B., Faix, D.J., Goodman, A.M., Longhurst, C.A., Hogarth, M., & Smith, D.M. (2023a). Comparing Physician and Artificial Intelligence Chatbot Responses to Patient Questions Posted to a Public Social Media Forum. JAMA Internal Medicine, 183, 589–596. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.1838

Ayers, J.W., Zhu, Z., Poliak, A., Leas, E.C., Dredze, M., Hogarth, M., & Smith, D.M. (2023b). Evaluating Artificial Intelligence Responses to Public Health Questions. JAMA Network Open, 6, e2317517. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.17517

Budler, L.C., Gosak, L., & Stiglic, G. (2023). Review of artificial intelligence-based question-answering systems in healthcare. WIREs Data Mining and Knowledge Discovery, 13, e1487. ttps://doi.org/10.1002/widm.1487

Caeiros, P., Ferreira, P.P., Chen-Xu, J., Francisco, R., & de Arriaga, M.T. (2024). From Health Communication to Health Literacy: A Comprehensive Analysis of Relevance and Strategies. Portuguese journal of public health, 42(2), 159–164. https://doi.org/10.1159/000537870

Castillo-Martínez, I., Flores-Bueno, D., Gómez-Puente, S., & Vite-León, V. (2024). AI in higher educa-tion: a systematic literature review. Frontiers in Education. https://doi.org/10.3389/feduc.2024.1391485.

Chalutz-Ben Gal, H. (2023). Artificial intelligence (AI) acceptance in primary care during the corona-virus pandemic: What is the role of patients' gender, age and health awareness? A two-phase pilot study. Frontiers in public health, 10, 931225. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.931225

Debad, S.J. & Holmes, K. (2024). Health Literacy: A Two-Way Street. Frontiers for Young Minds, 12, 1303836. https://doi.org/10.3389/frym.2024.1303836

Deiana, G., Dettori, M., Arghittu, A., Azara, A., Gabutti, G., & Castiglia, P. (2023). Artificial Intelligence and Public Health: Evaluating ChatGPT Responses to Vaccination Myths and Misconceptions. Vaccines, 11, 1217. https://doi.org/10.3390/vaccines11071217

Ejjami, R. (2024). Integrative Literature Review 5.0: Leveraging Ai and Emerging Technologies to Re-define Academic Research. JFMR, 6(5).https://doi.org/10.36948/ijfmr.2024.v06i05.28756

Fritsch, S., Blankenheim, A., Wahl, A., Hetfeld, P., Maassen, O., Deffge, S., Kunze, J., Rossaint, R., Riedel, M., Marx, G., & Bickenbach, J. (2022). Attitudes and perception of artificial intelligence in healthcare: A cross-sectional survey among patients. Digital Health, 8. https://doi.org/10.1177/20552076221116772

Ghanem, Y.K., Rouhi, A.D., Al-Houssan, A., Saleh, Z., Moccia, M.C., Joshi, H., Dumon, K.R., Hong, Y., Spitz, F., Joshi, A.R., & Kwiatt, M. (2024). Dr. Google to Dr. ChatGPT: assessing the content and quality of artificial intelligence-generated medical information on appendicitis. Surg Endosc, 38, 2887–2893. https://doi.org/10.1007/s00464-024-10739-5

Grünebaum, A., Chervenak, J., Pollet, S.L., Katz, A., & Chervenak, F.A. (2023). The exciting potential for ChatGPT in obstetrics and gynecology. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 228, 696–705. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.03.009

Hillmann, H.A.K., Angelini, E., Karfoul, N., Feickert, S., Mueller-Leisse, J., & Duncker, D. (2024). Accuracy and comprehensibility of chat-based artificial intelligence for patient information on atrial fibrillation and cardiac implantable electronic devices. EP Europace, 26, euad369. https://doi.org/10.1093/europace/euad369

Jungwirth, D. & Haluza, D. (2023). Artificial Intelligence and Public Health: An Exploratory Study. International journal of environmental research and public health, 20(5), 4541. https://doi.org/10.3390/ijerph20054541

Karakas, C., Brock, D., & Lakhotia, A. (2023). Leveraging ChatGPT in the Pediatric Neurology Clinic: Practical Considerations for Use to Improve Efficiency and Outcomes. Pediatric Neurology, 148, 157–163. https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2023.08.035

Kasneci, E. (2024). „Wie funktionieren ChatGPT und Co eigentlich?" Pädagogik, 3, 11–14. https://doi.org/10.3262/paed2403011

Kassab, J., Hadi El Hajjar, A., Wardrop, R.M., & Brateanu, A. (2024). Accuracy of Online Artificial Intelligence Models in Primary Care Settings. American Journal of Preventive Medicine, 66, 1054–1059. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2024.02.006

Lautrup, A.D., Hyrup, T., Schneider-Kamp, A., Dahl, M., Lindholt, J.S., & Schneider-Kamp, P. (2023). Heart-to-heart with ChatGPT: the impact of patients consulting AI for cardiovascular health ad-vice. Open Heart, 10. https://doi.org/10.1136/openhrt-2023-002455

Li, L., Peng, W., & Rheu, M.M.J. (2024). Factors Predicting Intentions of Adoption and Continued Use of Artificial Intelligence Chatbots for Mental Health: Examining the Role of UTAUT Model, Stigma, Privacy Concerns, and Artificial Intelligence Hesitancy. Telemedicine journal and e-health, 30(3), 722–730. https://doi.org/10.1089/tmj.2023.0313

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., & PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLoS medicine, 6(7), e1000097. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097

Mondal, H., Panigrahi, M., Mishra, B., Behera, J.K., & Mondal, S. (2023). A pilot study on the capability of artificial intelligence in preparation of patients' educational materials for Indian public health issues. Journal of Family Medicine and Primary Care, 12, 1659. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_262_23

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. Social science & medicine, 67(12), 2072-2078. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050

Pascual-Presa, N., Fernández-Pichel, M., Losada, D.E., & García-Orosa, B. (2024). Web Search or Conversation with an Artificial Intelligence? Analysis of Misinformation and Relevance in the Case of Radon Gas. Profesional de la información, 33. https://doi.org/10.3145/epi.2024.0220

Platt, J., Nong, P., Smiddy, R., Hamasha, R., Carmona Clavijo, G., Richardson, J., & Kardia, S.L.R. (2024). Öffentliches Wohlbefinden durch den Einsatz von ChatGPT und Erwartungen an das Gesundheitswesen. Zeitschrift der American Medical Informatics Association: JAMIA, 31(9), 1976–1982. https://doi.org/10.1093/jamia/ocae164

Rojahn, J., Palu, A., Skiena, S., & Jones, J.J. (2023). American public opinion on artificial intelligence in healthcare. PloS one, 18(11), e0294028. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294028

Rouhi, A.D., Ghanem, Y.K., Yolchieva, L., Saleh, Z., Joshi, H., Moccia, M.C., Suarez-Pierre, A., & Han, J.J. (2024). Can Artificial Intelligence Improve the Readability of Patient Education Materials on Aortic Stenosis? A Pilot Study. Cardiol Ther, 13, 137–147. https://doi.org/10.1007/s40119-023-00347-0

Sciberras, M., Farrugia, Y., Gordon, H., Furfaro, F., Allocca, M., Torres, J., Arebi, N., Fiorino, G., Iacucci, M., Verstockt, B., Magro, F., Katsanos, K., Busuttil, J., De Giovanni, K., Fenech, V.A., Chetcuti Zammit, S., & Ellul, P. (2024). Accuracy of Information given by ChatGPT for Patients with Inflammatory Bowel Disease in Relation to ECCO Guidelines. Journal of Crohn's and Colitis, 18, 1215–1221. https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjae040

Tomczyk, P., Brüggemann, P. & Vrontis, D. (2024), "AI meets academia: transforming systematic literature reviews". EuroMed Journal of Business, Online-Vorveröffentlichung. https://doi.org/10.1108/EMJB-03-2024-0055

Vij, O., Calver, H., Myall, N., Dey, M., & Kouranloo, K. (2024). Evaluating the competency of ChatGPT in MRCP Part 1 and a systematic literature review of its capabilities in postgraduate medical assessments. PloS one, 19(7), e0307372. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307372

Walker, H.L., Ghani, S., Kuemmerli, C., Nebiker, C.A., Müller, B.P., Raptis, D.A., & Staubli, S.M. (2023). Reliability of Medical Information Provided by ChatGPT: Assessment Against Clinical Guidelines and Patient Information Quality Instrument. Journal of Medical Internet Research, 25, e47479. https://doi.org/10.2196/47479

Wang, G., Gao, K., Liu, Q., Wu, Y., Zhang, K., Zhou, W., & Guo, C. (2023). Potential and Limitations of ChatGPT 3.5 and 4.0 as a Source of COVID-19 Information: Comprehensive Comparative Analysis of Generative and Authoritative Information. Journal of Medical Internet Research, 25, e49771. https://doi.org/10.2196/49771

Washif, J., Pagaduan, J., James, C., Dergaa, I., & Beaven, C. (2023). Artificial intelligence in sport: Exploring the potential of using ChatGPT in resistance training prescription. Biol. Sport, 41, 209–220. https://doi.org/10.5114/biolsport.2024.132987

WHO (World Health Organization) (2019). What Is the Evidence on the Methods Frameworks and Indicators Used to Evaluate Health Literacy Policies Programmes and Interventions at the Regional National and Organizational Levels? Geneva: World Health Organization.

Zanobini, P., Del Riccio, M., Lorini, C., & Bonaccorsi, G. (2024). Empowering Sustainable Healthcare: The Role of Health Literacy. Sustainability, 16(10), 3964. https://doi.org/10.3390/su16103964Patrizio

gen Stichproben genannt werden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass KI noch ein relativ neues Instrument ist und insbesondere quantitative Studien längere Zeit in Anspruch nehmen (Castillo-Martínez et al. 2024). Die Vergleichbarkeit und Interpretation der Studien wird dadurch erschwert, dass sich Studiendesign, Studiendauer, Populationsgruppen und Untersuchungsgegenstand stark unterscheiden. Zudem mangelt es an Längsschnittstudien (Platt et al. 2024), was angesichts der rasanten KI-Entwicklung eine große Herausforderung darstellt und zu Verzerrungen führt. Angesichts der Komplexität von LLMs bedarf es mehr qualitative und quantitative Studien, um die zugrunde liegenden Einstellungen der Menschen besser verstehen zu können.

In Bezug auf KI als Literaturanalysetool ist anzumerken, dass die Ergebnisse nur bedingt reproduzierbar sind, da sich die KI-Technologie ständig weiterentwickelt und der Umgang mit verschiedenen KI-Tools ein gewisses Verständnis erfordert. Die Effizienz, Genauigkeit und Inklusivität des Literaturrechercheprozesses wird zwar erhöht (Ejjami 2024), jedoch zeigt die hohe Anzahl irrelevanter Ergebnisse die Notwendigkeit der Überprüfung von KI-Ergebnissen (Abb. 1). Für die Gewinnung von Quellen kann sie eine Bereicherung darstellen, bei der Interpretation von Daten (KI-Zusammenfassungen) kommt es auch hier zu „Halluzinationen", daher ist eine äußerst sorgfältige Quellenüberprüfung unabdingbar.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass KI-Systeme der Öffentlichkeit dabei helfen können, Gesundheitsinformationen in verständlicher Form zu erhalten. Dies kann dazu beitragen, das Gesundheitsbewusstsein zu fördern, das Risiko und die Ausbreitung von z. B. Infektionskrankheiten (z. B. Covid-19) zu verringern, psychischen Druck und Ängste zu reduzieren und so eine optimistische Einstellung zu fördern (Wang et al. 2023). Zu bedenken ist allerdings, dass es zu einer Verstärkung gesundheitlicher Ungleichheiten kommen kann, da digitale Gesundheitskompetenz (Prompting-Kompetenzen, kritischer Umgang mit digitalen Informationen) insbesondere bei bildungsfernen Schichten geringer ausgeprägt ist und analog von z. B. Gesundheits-Apps zu erwarten ist, dass ein Healthy-User-Effekt auftritt und Zielgruppen eher von KI-Vorteilen profitieren, die ohnehin über ein hohes Gesundheitsverständnis verfügen. Insgesamt weisen die Befunde zudem auf einen Handlungsbedarf in der medizinischen Versorgung (Stichwort Empathie, Diskriminierung) sowie darauf hin, dass eine stärkere Aufklärung der öffentlichen Bevölkerung sowie von Akteuren im Gesundheitswesen notwendig ist, da KI-basierte Recherchen (aufseiten der Öffentlichkeit und der Forschenden) einen gründlichen Überprüfungsprozess und entsprechende Kompetenzen voraussetzen, um einen verantwortungsvollen Umgang mit KI-Tools zu gewährleisten. Zukünftige Studien sollten verstärkt zielgruppenspezifische und ethische Aspekte berücksichtigen und als Längsschnittstudien angelegt werden, um langfristige Auswirkungen zwischen unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen besser zu erfassen. <<

Artificial intelligence and health literacy: possibilities and limitations of publicly available AI language models

Background: With the use of artificial intelligence (AI), interest in AI systems such as ChatGPT for communicating health information is growing. AI has the potential to improve public health literacy by serving as a by serving as a source of information. At the same time, the question arises as to the possibilities and limitations of the use of AI, especially with regard to the quality and reliability of the information provided.

Methodology: The study is based on a literature review on the topic of health literacy and AI. PubMed and AI-based literature analysis programmes were used for the search (as of September 2024). A total of 136 hits were identified for 2023-2024, of which 25 articles were included in the analysis after reviewing abstracts and full texts and analysed with regard to acceptance, information quality and barriers.

Results: The analysis showed that AI systems are generally able to convey health knowledge by providing easy-to-understand answers to health questions. However, there are also concerns regarding accuracy and the amplification of misinformation. It was emphasised that the public should be made more aware of the limitations of AI and the importance of professional advice.

Conclusion: ChatGPT and similar AI systems offer opportunities to improve health literacy, but require more critical media skills. In future, research should increasingly focus on target group-specific and ethical aspects.

Keywords

Artificial intelligence, ChatGPT, health literacy, citizens, public,

Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Scherenberg, V., Müller, D., Erhart, M.: „Künstliche Intelligenz und Gesundheitskompetenz: Möglichkeiten und Grenzen öffentlich zugänglicher KI-Sprachmodelle“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF 02/25), S. 65–70. http://doi.org/10.24945/MVF.02.25.1866-0533.2707

Prof. Dr. PH Viviane Scherenberg MPH ORCID: 0000-0001-5902-4363
ist Dekanin des Fachbereichs Public Health und Umweltgesundheit an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen. Forschungsschwerpunkte: digitale Prävention, onlinebasierte Gesundheitskommunikation, (digitale und umweltbezogene) Gesundheitskompetenzen
Kontakt: Viviane.Scherenberg@apollon-hochschule.de



Dipl.-Psych. Doreen Müller ORCID: 0000-0002-2565-0216
leitet den Fachbereich Epidemiologie und Versorgungsatlas am Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt auf den verschiedenen datenbasierten Möglichkeiten, die Inanspruchnahme im Gesundheitswesen zu analysieren.
Kontakt: DMueller@zi.de



Prof. Dr. PH Michael Erhart ORCID: 0009-0005-4511-2211
ist Professor für Gesundheits- und Rehawissenschaften an der Alice-Salomon-Hochschule in Berlin. Seine Forschungsschwerpunkte sind die Analyse der Determinanten der psychischen Gesundheit von Jugendlichen und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mittels multivariater statistischer Analysen.
Kontakt: Erhart@ash-berlin.eu



Dr. rer. medic. Thomas Petzold
Katharina Ille MA
Pauline Effenberger MSc
Dr. rer. pol. Kerstin Rego
Dipl.-Biol. Heike Beschmann
Jörg Siebert
Dipl. Betr. Oliver Steidle MA

Förderung der digitalen Transformation im Gesundheitswesen

Analyse des Kompetenzprofils aus der Perspektive des Qualitäts- und Risikomanagements

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Gesundheitsversorgung ist mit unterschiedlichen Herausforderungen konfrontiert. Die digitale Transformation stellt dabei zugleich Herausforderung und Chance dar. Mit der digitalen Transformation werden unterschiedliche Erwartungen verknüpft, die nur durch hohen finanziellen und personellen Aufwand erreicht werden können. Das vorhandene Personal muss qualifiziert sein, um die Potenziale der digitalen Transformation zu nutzen und die Erwartungen erfüllen zu können. Dabei ist unklar, welche Qualifikationen das Personal benötigt. Ziel dieses Beitrags ist die Analyse des Kompetenzprofils aus Sicht des Qualitäts- und Risikomanagements und die Identifikation weiterer Kompetenzen zur Förderung der digitalen Transformation.

Methode: Es erfolgte eine semistrukturierte Literaturrecherche in wissenschaftlichen und anwenderbezogenen Datenbanken und Fachzeitschriften. Zusätzlich wurden Bücher und Websites in die Analyse eingeschlossen, um eine breite Publikationsgrundlage für die Recherche zugrunde zu legen. Die Auswahl der Kompetenzen erfolgte durch eine Person und die identifizierte Kompetenz sowie deren Zuordnung zum generischen Kompetenzcluster wurde unter Beteiligung aller Autoren konsentiert.

Ergebnisse: Insgesamt konnten 89 Kompetenzen für das Qualitäts- und Risikomanagement ermittelt werden, die den drei generischen Kompetenzclustern persönliche Kompetenzen, fachliche und methodische Kompetenzen sowie Kompetenzen zur Förderung der digitalen Transformation zugeordnet wurden. Für das Kompetenzcluster der digitalen Transformation konnten 20 Kompetenzen ermittelt werden, die Themenfelder umfassen, wie bspw. Digital Literacy, Einsatzmöglichkeiten von Data Analytics und Künstlicher Intelligenz, Urteilsfähigkeit über digitale Innovationen, und mit verstärktem Einsatz in der Gesundheitsversorgung weitere Facetten entfalten werden.

Diskussion: Die ermittelten Kompetenzen erweitern das Kompetenzprofil der Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragten und spiegeln deren zentrale Rolle in der Steuerung und Unterstützung von Gesundheitseinrichtungen wider. Der Umfang und die Detailtiefe aller aufgeführten Kompetenzen können je nach Organisation variieren, was am häufigsten mit deren Größe und Kultur assoziiert ist. Zur Erreichung von Zielen der digitalen Transformation muss Personal ausreichend qualifiziert werden. Das vorliegende Kompetenzprofil bietet darauf aufbauend die Möglichkeit, mit Fort- und Weiterbildungsangeboten Mitarbeitende bedarfsorientiert und gezielt anzusprechen. In welchem Ausmaß Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragte sich hinsichtlich der ermittelten Kompetenzen qualifizieren, sollte in Abhängigkeit vorhandener Berufsgruppen mit detailliertem Fachwissen abgestimmt und eine Kultur zum Austausch zwischen allen Berufsgruppen gefördert werden.

Schlüsselwörter

Digitale Transformation; Versorgungsqualität; Kompetenzen; Qualitätsmanagement; Risikomanagement

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.02.25.1866-0533.2708

Die Gesundheitsversorgung steht vor einer Vielzahl großer Herausforderungen, für die versucht wird, mithilfe unterschiedlicher Gesetzesinitiativen und Bemühungen aller Akteure des Gesundheitswesens, nutzenstiftende Lösungen zu finden [1-3]. Diese Herausforderungen umfassen unterschiedliche Ursachen. Personelle und finanzielle Herausforderungen sowie deren wesentliche und drastische Wirkungen für die Versorgungssituation werden aktuell am häufigsten diskutiert. Darüber hinaus existieren noch weitere Aufgaben. Eine weitere Herausforderung, die zugleich auch eine Chance darstellt, ist die digitale Transformation der Gesundheitsversorgung [4, 5]. Mit Maßnahmen der digitalen Transformation sind eine Reihe berechtigter Erwartungen verknüpft. So sollen Versorgungsstrukturen bedarfsgerecht zugeschnitten [6], Versorgungsprozesse nachhaltig ausgerichtet [7], Versorgungsdaten sicher, ohne Redundanzen und auswertbar abgelegt sein [8] sowie Versorgungsergebnisse am Bedarf und den Zielen des Versicherten ausgelegt und der Nutzen für die Gesellschaft nachweisbar sein [9]. Der Gesetzgeber hat eine Reihe von Gesetzen verfasst, um diese Erwartungen mit Zielen zu hinterlegen und Gesundheitseinrichtungen zu unterstützen, diese Ziele zu erreichen [10-12]. Für die nachhaltige Implementierung digitaler Innovationen bedarf es Organisationen und Individuen, die die Anforderungen der digitalen Transformation strukturiert und nachhaltig umsetzen. Organisationen sind aufgefordert, ihre Strukturen und Prozesse als disruptiv anzusehen, kritisch zu evaluieren und, ggf. mithilfe digitaler Innovationen, am Nutzen des Patienten auszurichten. Maßnahmen der digitalen Transformation können innerhalb einzelner Strukturen und Prozesse, an Schnittstellen zwischen partnerschaftlich agierenden Akteuren innerhalb und außerhalb einer Organisation oder zwischen Versicherten und Gesundheitseinrichtungen implementiert werden [13].

>> In jedem dieser Szenarien sind unterschiedliche Berufsgruppen erforderlich, um digitale Innovationen im Versorgungsprozess zu etablieren. Diese Berufsgruppen umfassen therapeutisches Personal der direkten Versorgung, wie Ärzte, Pflegekräfte und Heilberufe, gemeinsam mit Personal, das nicht direkt an der Versorgung aktiv beteiligt ist. Diese zweite Gruppe umfasst bspw. Mitarbeitende der IT, der Logistik, des Einkaufs, des Medizincontrollings und Patientenmanagements sowie des Qualitäts- und Risikomanagements. Aufgrund dieser Vielzahl unterschiedlicher Berufsgruppen ist eine zentrale Steuerung für die Implementierung digitaler Innovationen erforderlich [14]. Das Qualitäts- und Risikomanagement einer Organisation koordiniert bereits zwischen allen Berufsgruppen und agiert im Auftrag der obersten Geschäftsleitung einer Organisation [15]. Daher ist es prädestiniert, auch für die digitale Transformation das Bindeglied zwischen allen Struktureinheiten einer Organisation darzustellen.

Für die Konzeption, Entwicklung, Implementierung und Evaluation jeglicher Innovationen bedarf es qualifizierten Personals. Das

Personal sollte in die Lage versetzt werden Potentiale (digitaler) Innovationen zu erkennen, diese implementieren und evaluieren zu können. Unklar ist, über welche Kompetenzen das Personal von Gesundheitseinrichtungen verfügen sollte, um die digitale Transformation im Gesundheitswesen nachhaltig zu fördern.

Ziel dieses Beitrags ist die Analyse des Kompetenzprofils für Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragte in Gesundheitseinrichtungen, die kritische Betrachtung etablierter Kompetenzen und die Identifikation relevanter Kompetenzen zur Förderung der digitalen Transformation, um Anforderungen an diese Berufsgruppe angemessen zu begegnen und durch deren Beitrag die digitale Transformation im Gesundheitswesen zu fördern.

Methode

Es erfolgte eine semistrukturierte Literaturrecherche zu bestehenden Anforderungen an das Kompetenzprofil von Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragten ausgehend von der Arbeitsgruppe „Digitalisierung und Qualitätsmanagement“ der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V. (GQMG). Die GQMG ist eine deutschlandweit agierende, interdisziplinäre und multiprofessionelle, medizinische Fachgesellschaft, die Tätigkeitsinhalte und Arbeitsgebiete im Bereich des Qualitäts- und Risikomanagements bearbeitet.

Die Literaturrecherche wurde unter den Autoren im Kreis der Arbeitsgruppe Digitalisierung und Qualitätsmanagement konzipiert und durchgeführt. Dabei entschieden sie sich für ein semi-strukturiertes Vorgehen, das das Vorgehen eines narrativen Reviews übersteigt. Suchkriterien, einzuschließende Datenbanken und Schlagworte wurden durch die Teilnehmenden der Arbeitsgruppe vorab definiert.

Der Konzeption voran ging ein Entwicklungsprozess innerhalb der Arbeitsgruppe, welche generischen Tätigkeitsinhalte und Arbeitsgebiete

- aktuell durch Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragte in Gesundheitseinrichtungen sowie
- aus Sicht der Arbeitsgruppe zukünftig durch Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragte verantwortet und bearbeitet werden.

Basierend auf diesen Ergebnissen wurden generische Kompetenzcluster gebildet, die die Tätigkeitsinhalte und Arbeitsgebiete von Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragten abbilden. Die generischen Kompetenzcluster umfassten

- persönliche Kompetenzen (personale, sozial-kommunikative, Aktivitäts- und Handlungskompetenzen),
- fachliche und methodische Kompetenzen sowie
- Kompetenzen zur Förderung der digitalen Transformation.

Im Rahmen der Recherche sollte zunächst versucht werden, jede der identifizierten Kompetenzen einem der drei generischen Kompetenzcluster zuzuordnen. Sollten Kompetenzen ermittelt werden, die keinem generischen Kompetenzcluster zugeordnet werden konnten, wurde die Arbeitsgruppe befragt und eine Zuordnung gemeinschaftlich konsentiert.

Als Suchkriterien dienten die Bezeichnung der drei Kompetenzcluster, Qualitätsmanagementbeauftragter/Risikomanagementbeauftragter bzw. QMB/RMB sowie die Kompetenz oder Anforderung. Als Datenbanken wurden wissenschaftliche sowie anwenderbezogene Fachzeitschriften, Bücher und Websites definiert. Für die Suche in den wissenschaftlichen Fachzeitschriften wurden die Datenbanken PubMed, EBSCO und CINHAL verwendet. Die Websites umfassten (medizinische) Fachgesellschaften anderer Berufsgruppen. Dabei wurden deutsch- und englischsprachige Publikationen eingeschlossen. Bei der Recherche wurden identifizierte Publikatio-nen durch eine Person gescreent und die dort genannten Kompetenzen bzw. benötigten Anforderungen an eine Person zur Förderung der digitalen Transformation aus Perspektive des Qualitäts- und Risikomanagements extrahiert. Die Ergebnisse wurden in den generischen Kompetenzclustern gesammelt, im Rahmen der Arbeitsgruppe vorgestellt und ein Konsens zwischen jeder Kompetenz und einem generischen Kompetenzcluster hergestellt.

Ergebnisse

Im Rahmen der Recherche wurden 89 Kompetenzen identifiziert, die in die drei generischen Kompetenzcluster gruppiert wurden. Da Kompetenzen in mehreren Publikationen aufgeführt wurden, erfolgt aus Gründen der Nachvollziehbarkeit die Zitierung an der Bezeichnung des generischen Kompetenzclusters. Da nicht alle Kompetenzen selbsterklärend sind, wurden ausgewählte Kompetenzen detaillierter beschrieben und deren Textherkunft direkt vermerkt.

Persönliche Kompetenzen [16-24]

Es wurden 31 persönliche Kompetenzen identifiziert: Eigeninitiative, Empathie, Entscheidungsfähigkeit, Flexibilität, Freundlichkeit, Growth Mindset, Interesse gegenüber anderen Individuen und Organisationen, interkulturelle Kompetenz, Kommunikationsfähigkeit, Kooperationsfähigkeit, Kreativität, Kundensensibilität, Lernfähigkeit und -bereitschaft, Lösungsfähigkeit, Medienkompetenz, Netzwerkfähigkeit, Offenheit, (Selbst-)Organisationskompetenz, Problemlösekompetenz, Reflexionsfähigkeit, Resilienzfähigkeit, Risikobereitschaft, selbstständiges Arbeiten, soziales Verhalten, Team bilden, führen, motivieren, Teamfähigkeit, Umgang mit Scheitern, unternehmerisches Handeln und Veränderungsbereitschaft sowie die Übernahme von Verantwortung.

Auf folgende persönliche Kompetenzen ist gesondert einzugehen: Growth Mindset [16, 17] umfasst ein kontinuierliches Streben und Lernen für die Verbesserung des eigenen Handelns. Dieser Verbesserungsgedanke kann sich positiv auf das direkte individuelle Umfeld auswirken und die gesamte Organisation beeinflussen. Hierzu ist es erforderlich, dass Individuum sowie Organisation einen kontinuierlichen Verbesserungsgedanken unterstützen und realisieren. Daraus resultiert ein zyklischer Lernprozess, der es erlaubt, dass sich Individuum und Organisation stetig weiterentwickeln. Kommunikationsfähigkeit und Kooperationsfähigkeit der handelnden Personen sind von besonders hohem Interesse. Diese dienen dazu, Verbesserungspotenziale zielgerichtet zu kommunizieren und im jeweiligen Kontext korrekt zu verankern [18]. Kooperationsfähigkeit dient in diesem Zusammenhang auch dazu, die Rolle der Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragten korrekt einzuordnen [19]. Je nach Organisationskultur ist abzuwägen, welche Tätigkeiten selbst übernommen werden (können) und an welcher Stelle

das Netzwerk zu anderen Professionen (einer Organisation) gesucht wird. Andere Professionen stellen mit die ersten Kunden dar, denen gegenüber sensibel zu agieren ist, Erwartungen und Anforderungen zu erfragen sowie Vertrauen und Zufriedenheit herzustellen sind (Kundensensibilität) [20-22].

Um die einzelnen Kompetenzen innerhalb der Gruppe persönlicher Kompetenzen zu differenzieren, wurde sich für eine Unterteilung in „nach innen gerichtete Kompetenzen", „nach außen gerichtete Kompetenzen" und „zukunftsgerichtete Kompetenzen" entschieden (Tabelle 1).

Fachliche und methodische Kompetenzen [25-37]

Für Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragte wurden 38 fachliche und methodische Kompetenzen ermittelt. Dabei handelt es sich um das Wissen über Auditierung, Befragung von interessierten Parteien, Begriffe des Qualitäts- und Risikomanagements sowie der Patientensicherheit, Beschwerdemanagement, Critical Incidence Reporting System (CIRS), Diagnosefähigkeit, Dokumentenmanagement, Erstellung Managementreview, evidenzbasierte Entscheidungsunterstützung, Fehlermanagement, Grundlagen des Qualitäts- und Risikomanagements (wie bspw. Leitbilderstellung), Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen, Informationskompetenz (wissen, wann ein Bedarf an Informationen besteht, die Informationen valide und reliabel zu identifizieren und effektiv für ein vorliegendes Problem zu nutzen), Institutionen des Gesundheitswesens, Kennzahlenerstellung und Messung, klinisches Risikomanagement, Kompetenzmanagement, kontinuierliches Verbesserungsmanagement, Normen, Projektführungsfähigkeit, Prozessmanagementfähigkeiten, Qualitätssicherung, Regularien, strukturiertes Vorgehen, Umgang mit agilen Methoden, Wachsamkeit gegenüber Wandel in der Umgebung und Wertschöpfungskette, Wissen über agiles Arbeiten sowie Zertifizierungen.

Begriffe des Qualitäts- und Risikomanagements sowie der Patientensicherheit umfassen eine Vielzahl von Themen und stellen deren Grundlage dar. Diese Themen reichen von allgemeinen Begriffsbestimmungen, wie Qualität, Kunde oder Anbieter, bis hin zur Definition der unterschiedlichen Techniken und Instrumente des Qualitäts- und Risikomanagements [25]. Auditierung ist eines der ältesten fachlichen Instrumente des Qualitäts- und Risikomanagements und wurde unter verschiedenen Bezeichnungen, wie Clinical Audit, Medical Audit oder TQM-Audit, kontinuierlich eingesetzt. Dabei blieben die methodischen Grundzüge des Audits unverändert [26]. Mithilfe des Audits ist es möglich, mit unterschiedlichen Professionen in Kontakt zu kommen, Veränderungspotenziale gemeinschaftlich zu ermitteln und Lösungsansätze anzusprechen. Die gemeinschaftliche Erarbeitung schafft die Vertrauensbasis, Potenziale zu identifizieren und zu verstehen sowie die identifizierte Problematik ernst zu nehmen und die Relevanz des eigenen Handelns für die Organisation herzustellen. Auch wenn der zeitliche Aufwand höher als bei anderen Instrumenten ist, ist der Nutzen für das Individuum und die Organisation nachhaltig [27].

Ein weiteres Instrument, um mit vielen unterschiedlichen Stakeholdern in Kontakt zu treten, sind Befragungen. Die Befragung interessierter Parteien stellt vor allem im Rahmen der digitalen Transformation einen besonderen Stellenwert dar, da Versicherte und Patienten, Mitarbeitende und andere Interessengruppen relevante Rückmeldungen auf die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und -prozessen geben können [28-31]. Für die zielgerichtete Einführung (digitaler) Innovationen ist es für das Qualitäts- und Risikomanagement unverzichtbar, evidenzbasierte Entscheidungsfindung für Individuen und Organisationen zu unterstützen. Die Evaluationsmöglichkeiten des Qualitäts- und Risikomanagements können um Methoden von Forschungsbereichen, wie Versorgungsforschung, Epidemiologie, Public Health oder Gesundheitsökonomie, erweitert und kombiniert werden. Somit ist es möglich, einzelne Aspekte der Gesundheitsversorgung hinsichtlich deren Nutzen für den Patienten zu evaluieren und evidenzbasiert Entscheidung abzuleiten [32-34].

Aufgrund der Vielzahl unterschiedlicher fachlicher und methodischer Kompetenzen erfolgte eine Unterteilung der Kompetenzen in vier Untergruppen: „Qualitäts- und Risikomanagement", „Patientensicherheit", „Projekt- und Changemanagement" sowie „Wissenschaftliches Arbeiten" (Tab. 1).

Kompetenzen zur Förderung der digitalen Transformation [38-61]

Als digitale Kompetenzen wurden 20 Wissensbereiche identifiziert. Diese umfassen agiles Arbeiten, Data Analytics und Künstliche Intelligenz, Dialog- und Konfliktfähigkeit mit dem Wissen um digitale Innovationen, Digital Ethics, Digital Learning, Digital Literacy, digitale Kollaboration, Innovationskompetenz, Missionsorientierung, nutzerorientiertes Design, Nutzung des digitalen Arbeitsplatzes, Nutzung von Standardsoftware, Unterschiede verstehen zwischen Algorithmus und Künstlicher Intelligenz, Unterschiede verstehen zwischen Digitalisierung und digitaler Transformation sowie Urteilsfähigkeit und Veränderungskompetenz für die digitale Transformation.

Die Kompetenzen zur Förderung der digitalen Transformation umfassen unterschiedliche Konzepte und Wissen. Individuen und Organisationen müssen in die Lage versetzt werden, digitale Anwendungen zu konzipieren, zu verstehen und zu evaluieren (Digital Literacy) [38]. Aufbauend auf dieser digitalen Grundkompetenz sollte eine Strategie zum Umgang mit digitalen Innovationen existieren und diese kontinuierlich verfolgt werden (Missionsorientierung) [39,40]. Innerhalb dieser Strategie ist eine Abgrenzung zwischen den Formen der digitalen Transformation – Digitization, Digitalization und Digital Transformation [41] – hilfreich. Diese Abgrenzung hilft Anwendern zu verstehen, welche Unterschiede zwischen Digitalisierung und digitaler Transformation existieren und welche Formen von Veränderungen resultieren können [42]. Für den Nutzer ist die Bewertung der Veränderung am stärksten in der Gebrauchsfähigkeit digitaler Innovationen zu erfahren (nutzerorientiertes Design). Die Ermittlung, Eignung und Bewertung der Gebrauchsfähigkeit kann mithilfe unterschiedlicher Verfahren vorgenommen werden [43-46]. Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragte können diese Verfahren im Rahmen einer Evaluation anwenden, um Rückmeldungen zur Zufriedenheit mit weiteren Sichtweisen zu ergänzen. Weiterführende Möglichkeiten, um Ergebnisse jeglicher Erhebungsart auszuwerten, bieten Anwendungen aus den Bereichen Data Analytics und Künstliche Intelligenz [47,48]. Das erforderliche Wissen variiert je nach Anwendung und Organisation.

Auch für die Schulung neuer Inhalte stehen mit der digitalen

Transformation weitere Möglichkeiten zu Verfügung. Diese werden in den Begrifflichkeiten Digital Learning und Digital Kollaboration zusammengefasst. Der Vorteil dieser Ansätze ist die gesteigerte Interaktivität der Anwendungen mit den Lernenden, der asynchrone und permanente Zugriff auf Inhalte sowie die hohe Akzeptanz der Angebote [49-51].

Mit dem Einsatz digitaler Innovation sind in gleichem Maße auch Abwägungen für Individuen und Organisationen zu treffen. Diese Entscheidungen können Versicherte, Patienten und Mitarbeitende sowie die handelnde Organisation oder die Gesellschaft betreffen. Ethische Abwägungen im Einsatz digitaler Innovationen (Digital Ethics) [52-54] sind wie auch Sicherheitsmaßnahmen bei der Konzeption, Implementierung und Nutzung digitaler Innovationen zu berücksichtigen (Urteilsfähigkeit). Die Urteilsfähigkeit und Veränderungskompetenz zur Förderung der digitalen Transformation umfasst Themen aus den Bereichen Konzeption, Implementierung, Interoperabilität, Betrieb und auch Sicherheit in deren Umgang [55].

Die Kompetenzen der digitalen Transformation wurden in vier Untergruppen unterteilt. Dabei handelt es sich um „Digitale Grundkompetenzen“, „Technologische Kompetenzen“, „Digitale Schlüsselkompetenzen“ und „Transformative Kompetenzen“ (Tab. 1).

Übersicht der Kompetenzen

Nach Abschluss der Zuordnung der einzelnen Kompetenzen in die generischen Kompetenzcluster wurde sich dazu entschieden, die Bezeichnungen der Kompetenzcluster in operationalisierbare Größen umzubenennen. Die Gruppe persönliche Kompetenzen wurden in Persönliches Ich, die fachlichen und methodischen Kompetenzen in Fachliches Ich sowie die Kompetenzen zur Förderung der digitalen Transformation in Digitales Ich umbenannt (Tab. 1).

Literatur

[1] Möller, C., Popa, A. (2019). Herausforderung Zukunft: Das deutsche Gesundheitswesen im Wandel. In: Stich, V., Schumann, J., Beverungen, D., Gudergan, G., Jussen, P. (eds) Digitale Dienstleistungsinnovationen. Springer Vieweg, Berlin, Heidelberg.
[2] Becker, S. (2012). Demografische Herausforderungen. In: Bechtel, P., Smerdka-Arhelger, I. (eds) Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe. Springer, Berlin, Heidelberg.
[3] Nikendei C, Bugaj TJ, Nikendei F, Kühl SJ, Kühl M. Klimawandel: Ursachen, Folgen, Lösungsansätze und Implikationen für das Gesundheitswesen. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) 156–157 (2020) 59–67.
[4] Weber, S., Kuhn, J. Leitplanken statt Sperrbalken. Bundesgesundheitsbl 66, 103–104 (2023).
[5] Caumanns J. Zur Diskussion: Stand der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) 143 (2019) 22–29.
[6] Stachwitz, P., Debatin, J.F. Digitalisierung im Gesundheitswesen: heute und in Zukunft. Bundesgesundheitsbl 66, 105–113 (2023).
[7] Ryll, B. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA): Patientenzentrierte Gesundheitsversorgung mit disruptivem Potenzial. Bundesgesundheitsbl 64, 1207–1212 (2021).
[8] Schickhardt, C., Winkler, E., Sax, U. et al. Dateninfrastrukturen für die Gesundheitsforschung. Bundesgesundheitsbl 66, 160–167 (2023).
[9] Jansky, B., Machleid, F. & Wild, V. Mobile Gesundheitstechnologien, soziale Gerechtigkeit und populationsbezogene Vulnerabilitäten. Bundesgesundheitsbl 66, 168–175 (2023).
[10] Bundesministerium für Gesundheit. Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Laufendes Verfahren. Berlin. Abgerufen von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/D/Kabinettvorlage_Digital-Gesetz-DigiG.pdf Abgerufen am 22.02.2024
[11] Bundesministerium für Gesundheit. Gesetz zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten. Laufendes Verfahren. Berlin. Abgerufen von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/GDNG_Kabinett.pdf Abgerufen am 21.02.2024
[12] Bundesministerium für Gesundheit. Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung. Berlin. Abgerufen von https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl122s2793.pdf#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl122s2793.pdf%27%5D__1708596805103 Abgerufen am 11.02.2024
[13] Wißotzki, M., Sandkuhl, K., Wichmann, J. (2021). Digital Innovation and Transformation: Approach and Experiences. In: Zimmermann, A., Schmidt, R., Jain, L. (eds) Architecting the Digital Transformation. Intelligent Systems Reference Library, vol 188. Springer, Cham.
[14] Wiesböck, F., Hess, T. Digital innovations. Electron Markets 30, 75–86 (2020).
[15] Eberlein-Gonska, M. Was ist an Qualitätsmanagement evidenzbasiert?. Bundesgesundheitsbl. 54, 148–153 (2011).
[16] Han, S. J., & Stieha, V. (2020). Growth Mindset for Human Resource Development: A Scoping Review of the Literature with Recommended Interventions. Human Resource Development Review, 19(3), 309-331.
[17] Shelley Ross, Cassandra Pirraglia, Alexandra M. Aquilina & Rosslynn Zulla (2022) Effective competency-based medical education requires learning environments that promote a mastery goal orientation: A narrative review, Medical Teacher, 44:5, 527-534
[18] Spitzberg BH. (Re)Introducing Communication Competence to the Health Professions. Journal of Public Health Research. 2013;2(3).
[19] Horwitz SK, Horwitz IB, Barshes NR. Addressing Dysfunctional Relations Among Health Care Teams: Improving Team Cooperation through Applied Organizational Theories. Organization Development in Healthcare: Conversations on Research and Strategies
[20] Audet, M. and Roy, M. (2016), "Using strategic communities to foster inter-organizational collaboration", Journal of Organizational Change Management, Vol. 29 No. 6, pp. 878-888
[21] van der Schors W, Roos A-F, Kemp R, Varkevisser M. Inter-organizational collaboration between healthcare providers. Health Services Management Research. 2021;34(1):36-46
[22] Margareta Karlsson, Rickard Garvare, Karin Zingmark & Birgitta Nordström (2020) Organizing for sustainable inter-organizational collaboration in health care processes, Journal of Interprofessional Care, 34:2, 241-250
[23] Santos, G.; Sá, J.C.; Félix, M.J.; Barreto, L.; Carvalho, F.; Doiro, M.; Zgodavová, K.; Stefanovi´c, M. New Needed Quality Management Skills for Quality Managers 4.0. Sustainability 2021, 13, 6149.
[24] Future Skills in Medizin und Gesundheit, Matusiewicz, D., Werner, J. (Hrsg.), 2021
[25] Sens B, Pietsch B, Fischer B, Hart D, Kahla-Witsch HA, von Friedrichs V, Nothacker M, Schneider K, Paschen U, Rath S, Rode S, Schrappe M. Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements – 4. Auflage. GMS Med Inform Biom Epidemiol. 2018;14(1):Doc04.
[26] Walshe K. Pseudoinnovation: the development and spread of healthcare quality improvement methodologies, International Journal for Quality in Health Care, Volume 21, Issue 3, June 2009, 153–159
[27] Glenngård, A.H., Anell, A. The impact of audit and feedback to support change behaviour in healthcare organisations - a cross-sectional qualitative study of primary care centre managers. BMC Health Serv Res 21, 663 (2021).
[28] Lancaster, J., Braithwaite, J. and Greenfield, D. (2010), "Benefits of participating in accreditation surveying", International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 23 No. 2, pp. 141-152
[29] Raleigh VS, Hussey D, Seccombe I, et al. Do associations between staff and inpatient feedback have the potential for improving patient experience? An analysis of surveys in NHS acute trusts in England. BMJ Quality & Safety 2009;18:347-354.
[30] Petzold, T., Steidle, O. Digitale Transformation deutscher Gesundheitseinrichtungen. Bundesgesundheitsbl 66, 972–981 (2023).
[31] Herrmann M, Boehme P, Mondritzki T, Ehlers JP, Kavadias S, Truebel H. Digital Transformation and Disruption of the Health Care Sector: Internet-Based Observational Study, J Med Internet Res 2018;20(3):e104
[32] Shortell SM, Rundall TG, Hsu J. Improving Patient Care by Linking Evidence-Based Medicine and Evidence-Based Management. JAMA. 2007;298(6):673–676
[33] John T. Langell (2021) Evidence-based medicine: A data-driven approach to lean healthcare operations, International Journal of Healthcare Management, 14:1, 226-229
[34] Wahlen M. Chapter: Dissemination. In: Dang D et al. Johns Hopkins Evidence-Based Practice for Nurses and Healthcare Professionals. Models & Guidelines. 4th Edition. Baltimore. p207-217.

Diskussion

Die ermittelten Kompetenzen für die Berufsgruppe der Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragten spiegeln deren umfangreiches Tätigkeitsfeld wider, das mit der digitalen Transformation um weitere Kompetenzen ergänzt wird. Mit den neuen Kompetenzen werden die neuen Wirkungs- und Unterstützungsbereiche, Tätigkeitsinhalte und Arbeitsgebiete unterlegt. Dabei stellen Kompetenzen zunächst Anknüpfungspunkte dar, um Wissensvermittlung zu steuern. Die Anwendung des Wissens ist ebenso wichtig, um zieldienliche Entscheidungen auf Basis von theoretischem und Erfahrungswissen zu treffen.

In welchem Umfang und in welcher Tiefe die ermittelten Kompetenzen Anwendung bei Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragten finden, ist von deren Handlungsrahmen, insbesondere der Organisationsgröße und deren Kultur, abhängig. Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragte sind aufgefordert zu prüfen, welche der Kompetenzen durch andere Berufsgruppen vertieft wahrgenommen werden (Kooperationsfähigkeit). Um diese Kompetenzen nachhaltig für die Organisation zu nutzen, sind entsprechende interne Netzwerke zu bilden. Mithilfe dieser Netzwerke können Sachverhalte umfassend analysiert und eine weitreichende Entscheidungsgrundlage geschaffen werden. Organisationen sind aufgefordert, die Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen mit entsprechenden Kompetenzen zu fördern und dies in ihrer Organisations- und Führungskultur zu verankern.

Der Nachweis über den Nutzen der vorhandenen Kompetenzen ist von hoher Relevanz, um deren Wirksamkeit für die Organisation sicherzustellen. Es existieren Konzepte und Modelle, mit deren Hilfe Kompetenznachweise geführt werden können und Potenziale für die Stärkung einzelner Kompetenzbereiche identifiziert werden können [62]. Diese Nachweisführung übersteigt bspw. eine Schulungseva-

Literatur

[35] Antony, J & Sony, M 2023, An Empirical Study Into Qualifications and Skills of Quality Management Practitioners in Contemporary Organizations: Results From a Global Survey and Agenda for Future Research, IEEE Transactions on Engineering Management, vol. 70, no. 2, pp. 478-494.
[36] Wischet W, Eitzinger C. Qualitätsmanagement und Sicherheitskultur in der Medizin: Kontext und Konzepte. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) 103 (2009) 530–535.
[37] Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser – QM-RL Berlin. Abgerufen von https://www.g-ba.de/richtlinien/87/ Abgerufen am 10.02.2024
[38] Brommeyer M, Liang Z. A Systematic Approach in Developing Management Workforce Readiness for Digital Health Transformation in Healthcare. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022; 19(21):13843.
[39] Ziadlou, D. (2021), "Strategies during digital transformation to make progress in achievement of sustainable development by 2030", Leadership in Health Services, Vol. 34 No. 4, pp. 375-391.
[40] Denicolai S, Previtali P. Innovation strategy and digital transformation execution in healthcare: The role of the general manager, Technovation, Volume 121, 2023, 102555.
[41] Verhoef, P.C., Broekhuizen, T.L., Bart, Y., Bhattacharya, A., Qi Dong, J., Fabian, N.E., & Haenlein, M. (2021). Digital transformation: A multidisciplinary reflection and research agenda. Journal of Business Research, 122, 889-901.
[42] Steidle O, Rego K, Petzold T. Digitale Gesundheitsversorgung. Anforderungen an eine erfolgreiche Transformation. Gesu. epub ahaed of print. DOI: 10.1055/a-2184-5572
[43] DIN EN ISO 9241-110:2020. Ergonomie der Mensch-System-Interaktion: Interaktionsprinzipien. DIN Deutsches Institut für Normung e.V. Berlin. Beuth Verlag GmbH.
[44] DIN EN ISO 9241-112:2017. Ergonomie der Mensch-System-Interaktion: Grundsätze der Informationsdarstellung. DIN Deutsches Institut für Normung e.V. Berlin. Beuth Verlag GmbH.
[45] Applying Human Factors and Usability Engineering to Medical Devices. Food and Drug Administration (FDA). 5630 Fishers Lane, Rm 1061. Rockville, MD 20852. Abger. von https://www.fda.gov/media/80481/download
[46] Dzida, W.; Hofmann, B.; Freitag, R.; Redtenbacher, W.; Baggen, R.; Geis,T.; Beimel, J.; Zurheiden, C.; Hampe-Neteler, W.; Hartwig, R.; Peters, H.:Gebrauchstauglichkeit von Software Ergo Norm. Ein Verfahren zur Konformitätsprüfung von Software auf der Grundlage von DIN EN ISO 9241 Teile 10 und 11; 1. Auflage. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH 2001. (Schriftenreihe der BAUA: Forschungsbericht, Fb 921)
[47] Russell, Regina G. PhD, MA, MEd1; Lovett Novak, Laurie PhD2; Patel, Mehool MD3; Garvey, Kim V. PhD, MS, MLIS4; Craig, Kelly Jean Thomas PhD5; Jackson, Gretchen P. MD, PhD6; Moore, Don PhD7; Miller, Bonnie M. MD, MMHC8. Competencies for the Use of Artificial Intelligence–Based Tools by Health Care Professionals. Academic Medicine 98(3):p 348-356, March 2023.
[48] Mehta N, Pandit A, Shukla S. Transforming healthcare with big data analytics and artificial intelligence: A systematic mapping study, Journal of Biomedical Informatics, Volume 100, 2019, 103311.
[49] Tudor Car, L., Soong, A., Kyaw, B.M. et al. Health professions digital education on clinical practice guidelines: a systematic review by Digital Health Education collaboration. BMC Med 17, 139 (2019)
[50] Männistö, M., Mikkonen, K., Kuivila, H.-M., Koskinen, C., Koivula, M., Sjögren, T., Salminen, L., Saaranen, T., Kyngäs, H., & Kääriäinen, M. (2020). Health and Social Care Educators' Competence in Digital Collaborative Learning: A Cross-Sectional Survey. SAGE Open, 10(4).
[51] Longhini J, Rossettini G, Palese A. Digital Health Competencies Among Health Care Professionals: Systematic Review. J Med Internet Res 2022;24(8):e36414
[52] Andersson, H., Svensson, A., Frank, C. et al. Ethics education to support ethical competence learning in healthcare: an integrative systematic review. BMC Med Ethics 23, 29 (2022).
[53] Martins, V.S.M., Santos, C.M.N.C., Bataglia, P.U.R. et al. The Teaching of Ethics and the Moral Competence of Medical and Nursing Students. Health Care Anal 29, 113–126 (2021).
[54] Deutscher Ethikrat. Mensch und Maschine – Herausforderungen durch Künstliche Intelligenz. Berlin. 2023.195-218.
[55] Wright, J. B. (2023). Examining Factors That Contribute to the Planning Fallacy in Healthcare Cybersecurity Business Continuity Planning. In D. Burrell (Ed.), Applied Research Approaches to Technology, Healthcare, and Business (pp. 73-88). IGI Global.
[56] Navarro Martínez, O.; Igual García, J.; Traver Salcedo, V. Transferring Healthcare Professional's Digital Competencies to the Workplace and Patients: A Pilot Study. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022, 19, 13187.
[57] Longhini J, Rossettini G, Palese A. Digital Health Competencies Among Health Care Professionals: Systematic Review. J Med Internet Res 2022;24(8):e36414
[58] Fonseca P, Picoto WN. The competencies needed for digital transformation. Online Journal of Applied Knowledge Management. 8(2): 2020, 53-70
[59] Geronimo Jimenez, Pier Spinazze, David Matchar, Gerald Koh Choon Huat, Rianne M.J.J. van der Kleij, Niels H. Chavannes, Josip Car. Digital health competencies for primary healthcare professionals: A scoping review, International Journal of Medical Informatics (143)2020, 104260.
[60] Nilufar Foadi & Julian Varghese (2022) Digital competence – A Key Competence for Todays and Future Physicians, Journal of European CME, 11:1
[61] Long D, Magerko B. 2020. What is AI Literacy? Competencies and Design Considerations. In Proceedings of the 2020 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems (CHI '20). Association for Computing Machinery, New York, NY, USA, 1–16.
[62] Reixach E, Andrés E, Sallent Ribes J, Gea-Sánchez M, Àvila López A, Cruañas B, González Abad A, Faura R, Guitert M, Romeu T, Hernández-Encuentra E, Bravo-Ramirez S, Saigi-Rubió F. Measuring the Digital Skills of Catalan Health Care Professionals as a Key Step Toward a Strategic Training Plan: Digital Competence Test Validation Study. J Med Internet Res 2022;24(11):e38347
[63] Ilskens K, Behler A, Palmdorf S. Digitale Kompetenz entwickeln. Projekt Digital Future Skills in Nursing. Die Schwester, der Pfleger. 01/23: 68-71.
[64] Lehmann L, Engelhardt D, Wilke W. Kompetenzen für die digitale Transformation 2020. Digitalisierung der Arbeit. Springer. Berlin, Heidelberg.
[65] Hall A, Maier T, Helmrich R, Zika G. IT-Berufe und IT-Kompetenzen in der Industrie 4.0. Bundesinstitut für Berufsbildung. Bonn.
[66] Mergel I. Kompetenzen für die digitale Transformation der Verwaltung. innovative Verwaltung. 04/20: 34-36.
[67] Mergel I, Kattel R, Lember V, McBride K. 2018. Citizen-oriented digital transformation in the public sector. In Proceedings of the 19th Annual International Conference on Digital Government Research: Governance in the Data Age (dg.o '18). Association for Computing Machinery, New York, NY, USA, Article 122, 1–3.

Kompetenzprofil für Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragte		
Persönliches Ich	**Fachliches Ich**	**Digitales Ich**
Nach innen gerichtete Kompetenzen (Growth Mindset, selbstständiges Arbeiten, Verantwortung, Umgang mit Scheitern, (Selbst-) Organisationskompetenz, Reflexionsfähigkeit, Resilienzfähigkeit)	**Qualitätsmanagement** (Grundlagen Qualitätsmanagement (inkl. Begrifflichkeiten, KVP, Institutionen, Regularien (gesetzliche, nicht-gesetzliche) und Normen, Kompetenzmanagement und Kommunikation), Beschwerdemanagement, Qualitätssicherung, Prozessmanagementfähigkeiten, Implementierung QMS, Auditierung, Erstellung Managementreview, Befragung von interessierten Parteien, Kennzahlenerstellung und Messung, Dokumentenmanagement, Fachzertifizierungen	**Digitale Grundkompetenzen** (Nutzung des digitalen Arbeitsplatzes, Nutzung von Standardsoftware, Unterschiede verstehen zwischen Digitalisierung und digitale Transformation, Unterschiede verstehen zwischen Algorithmus und Künstlicher Intelligenz)
Nach außen gerichtete Kompetenzen (Flexibilität, Interesse gegenüber anderen, Kundensensibilität, Medienkompetenz, soziales Verhalten, Teamfähigkeit, Kooperationsfähigkeit, Netzwerkfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, interkulturelle Kompetenz	**Patientensicherheit** (klinisches Risikomanagement, Fehlermanagement)	**Technologische Kompetenzen** (Data Analytics und Künstliche Intelligenz, nutzerorientiertes Design)
Zukunftsgerichtete Kompetenzen (Lösungsfähigkeit, Kreativität, unternehmerisches Handeln und Eigeninitiative, Entscheidungsfähigkeit, Risikobereitschaft, Lernfähigkeit und -bereitschaft, Offenheit, Problemlösekompetenz, Veränderungsbereitschaft)	**Projekt-/ Changemanagement** (Diagnosefähigkeit, Projektführungsfähigkeit, strukturiertes Vorgehen, Umgang mit agilen Methoden, Wachsamkeit gegenüber Wandel in der Umgebung und Wertschöpfungskette, Wissen über agiles Arbeiten)	**Digitale Schlüsselkompetenzen** (Digital Literacy, Digital Ethics, digitale Kollaboration, Digital Learning, agiles Arbeiten
	Wissenschaftliches Arbeiten (evidenzbasierte Entscheidungsunterstützung, Informationskompetenz (wissen, wann ein Bedarf an Informationen besteht, die Informationen zu identifizieren und effektiv für ein vorliegendes Problem zu nutzen))	**Transformative Kompetenzen** (Urteilsfähigkeit, Innovationskompetenz, Missionsorientierung, Veränderungskompetenz, Dialog- und Konfliktfähigkeit)

Tab. 1: *Kompetenzprofil für Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragte.*

luation in Form eines Tests, ist sehr umfangreich und erfordert ein hohes Ausmaß an zeitlichen und personellen Ressourcen. Inwiefern dies für einzelne Organisationen adaptiert oder ganzheitlich angewandt werden kann, muss innerhalb der Organisationen selbst geprüft werden.

Andere Berufsgruppen analysieren ihr Kompetenzprofil im Hinblick auf die digitale Transformation in gleichem Maße [63-66]. Die Ergebnisse sind vergleichbar mit dem Kompetenzprofil der Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragten. Es findet eine Ausweitung von Kompetenzen zur Förderung der digitalen Transformation statt. Ein Wegfall bestehender Kompetenzen wird, wie auch im Qualitäts- und Risikomanagement, nicht beobachtet. In der Synthese aller Ergebnisse wird deutlich, dass jede Berufsgruppe gleiche Kompetenzen für die Förderung der digitalen Transformation erwerben muss. Dies ist nachvollziehbar, da die digitale Transformation alle Wirtschaftsbereiche und Berufsgruppen beeinflusst. Gleichartige Kompetenzgrundlagen über Berufsgruppen hinweg sind erforderlich, um valide und gleichförmig Erwartungen und Anforderungen zu kommunizieren. Die Detailtiefe der Kompetenzen variiert dabei je nach Individuum und Organisation.

Mit der digitalen Transformation wird die Erwartung verbunden, dass Versorgungsstrukturen und -prozesse für den Anwender vereinfacht und Bürokratie reduziert werden können [67]. Mit dem Erwerb gleicher Kompetenzen in unterschiedlichen Berufsgruppen besteht diese Möglichkeit, da gleiche Wissensgrundlagen existieren und genutzt werden können. Das Auflösen von sogenannten „Wissenssilos“ stellt für die Gesundheitsversorgung eine große Chance dar. Versorgungsstrukturen und -prozesse können so konzipiert werden, dass erforderliche Informationen kontinuierlich zur Verfügung stehen und (kurzfristige) Ergebnisse für den folgenden Teilprozess bereits genutzt werden.

Qualitäts- und Risikomanagement ist nicht ausschließlich eine Tätigkeit innerhalb einer Organisation, sondern kann auch einen Steuerungscharakter innerhalb und über Versorgungsregionen aufweisen. Mithilfe digitaler Innovationen, der Neugestaltung von Versorgungsstrukturen und dem vorliegenden Kompetenzprofil werden Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragte in die Lage versetzt, über die Grenzen von Organisationen hinweg Leistungserbringer und andere Berufsgruppen zu unterstützen, Versorgungsprozesse für Patienten nutzorientiert auszugestalten.

Stärken und Limitationen

Die vorliegende Arbeit bietet einen weitreichenden Überblick auf das Kompetenzprofil im Qualitäts- und Risikomanagement. Dabei werden erstmals die Anforderungen aus der digitalen Transformation an diese Berufsgruppe analysiert und operationalisiert. Die Erarbeitung der Inhalte durch die Arbeitsgruppe Digitalisierung und Qualitätsmanagement der GQMG stellt eine Stärke der Arbeit dar, da Einblicke unterschiedlicher Institutionen der Gesundheitsversorgung, Organisationsgröße und Organisationskultur berücksichtigt werden konnten. Dies ist von hoher Relevanz, um ein umfangreiches und gleichzeitig zielgerichtetes Kompetenzpro-

fil für Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragte zu ermitteln. Eine weitere Stärke ist das Vorgehen der Zuordnung der jeweiligen Kompetenzen zum generischen Kompetenzcluster. Die Zuordnung erfolgte im Konsens aller Autoren, sodass die Inhalte jeder Kompetenz gemeinschaftlich diskutiert und ein gleiches Verständnis über deren Inhalt hergestellt wurde.

Eine Limitation der vorliegenden Arbeit liegt im Studiendesign. Mit Durchführung eines systematischen Reviews hätte eine breitere Publikationsbasis zugrunde gelegt werden können. Ob durch ein anderes methodisches Vorgehen weitere Kompetenzen identifiziert werden könnten, kann nicht ausgeschlossen werden. Eine weitere Limitation beruht in der Bezeichnung der einzelnen Kompetenzcluster. Hier wurden Namen durch die Autoren gewählt. Alternativ hätte in einem stärker induktiven Verfahren ein Name aus den einzelnen Kompetenzen eines Clusters gebildet werden können. Als einschränkend für die Arbeit kann ergänzend aufgeführt werden, dass ausschließlich Kompetenz und damit assoziierte Anforderungen herangezogen wurden. Bestehende Wissensbereiche einzelner Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragter wurde nicht herangezogen, da für diesen Zweck keine durchsuchbaren Datenbanken existieren.

Weitere Fragestellungen für die Forschung

Das ermittelte Kompetenzprofil stellt eine erste Grundlage dar, um Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragte den Zugang zu erforderlichem Wissen zu ermöglichen. Mithilfe der vorliegenden Ergebnisse kann die Adaption des Kompetenzprofils auf unterschiedliche Formen von Gesundheitseinrichtungen überprüft werden. Zusätzlich können die Formen und der Umfang der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen für die Förderung der digitalen Transformation untersucht werden. Hierzu können Netzwerke (innerhalb) einer Organisation hinsichtlich deren syntaktischer Beziehungen analysiert und geprüft werden. Eine weitere Forschungsfrage umfasst, ob und in welchem Ausmaß die Inhalte des vorliegenden Kompetenzprofils bei den Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragten der Gesundheitseinrichtungen existieren. Hierzu sind die einzelnen Kompetenzen und deren Zusammenwirken für eine Befragung aufzubereiten, sodass diese für Organisationen, Regionen und/oder den flächendeckenden Einsatz aller Gesundheitseinrichtungen genutzt werden kann.

Implikationen für die Praxis

Mithilfe der Ergebnisse können Gesundheitseinrichtungen prüfen, welche Kompetenzen für die Organisation zu Verfügung stehen und inwiefern Anpassungen oder Erweiterung erforderlich sind. Zusätzlich bietet das ermittelte Kompetenzprofil die Möglichkeit, operationalisiert als Lernzielkatalog für die Fort- und Weiterbildung im Qualitäts- und Risikomanagement sowie im Bereich der Patientensicherheit angewendet zu werden.

Fazit

Die Analyse des Kompetenzprofils von Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragten stellt eine kritische Bestandsaufnahme des eigenen Handelns und die Standortbestimmung zwischen den Berufsgruppen dar. Der Zuwachs an Kompetenzen verdeutlicht die Notwendigkeit, auch für die digitale Transformation separates und spezielles Wissen zu erwerben. Die identifizierten Kompetenzen liefern eine Grundlage, um alle beteiligten Interessengruppen bei der digitalen Transformation zu unterstützen, Synergien zu identifizieren und zu fördern sowie eine nutzenorientierte Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung für die Patienten zu ermöglichen. <<

Autorenerklärung

Die Autor:innen geben an, dass keine Interessenskonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Petzold et al.: „Förderung der digitalen Transformation im Gesundheitswesen – Analyse des Kompetenzprofils aus der Perspektive des Qualitäts- und Risikomanagements“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (02/25), S. 71–78. http://doi.org/10.24945/MVF.02.25.1866-0533.2708

Promoting digital transformation in the healthcare sector. Analysis of the skills profile from the perspective of quality and risk management

Introduction: Healthcare is confronted with various challenges. The digital transformation represents both a challenge and an opportunity. Various expectations are associated with the digital transformation, which can only be achieved through high financial and personnel expenditure. Existing healthcare employees must be qualified in order to exploit the potential of digital transformation and meet expectations. However, it is unclear what qualifications healthcare employees need. The aim of this work is to analyze the skills profile from the perspective of quality and risk management and to identify further skills to promote digital transformation.

Methods: A semi-structured literature search was carried out in scientific and practioner-related databases and specialist journals. In addition, books and websites were included in the analysis in order to provide a broad publication base for the research. The competences were selected by one person and the identified competence and its assignment to the generic competence cluster was agreed with the participation of all authors.

Results: A total of 89 competencies were identified for quality and risk management, which were assigned to the three generic competency clusters of personal competencies, technical and methodological competencies and competencies for promoting digital transformation. For the competence cluster of digital transformation, 20 competencies were identified, which cover topics such as digital literacy, potential uses of data analytics and artificial intelligence, the ability to make judgments about digital innovations, and will develop further facets with increased use in healthcare.

Discussion: The identified competencies expand the skills profile of quality and risk management officers and reflect their central role in managing and supporting healthcare facilities. The scope and level of detail of all listed competencies can vary depending on the organization, which is most often associated with its size and culture. In order to achieve the goals of digital transformation, personnel must be sufficiently qualified. Building on this, the present skills profile offers the opportunity to target the relevant personnel with further and advanced training courses. The extent to which quality and risk management officers qualify themselves with regard to the competencies identified should be coordinated depending on existing professional groups with detailed specialist knowledge and a culture of exchange between all professional groups should be promoted.

Keywords

Digital transformation, quality of care, competencies, quality management, risk management

Dr. rer. medic. Thomas Petzold ORCID: 0009-0005-1486-5990
ist als Referent Unternehmensentwicklung und IT-Koordination beim Medizinischen Dienst Sachsen tätig. Er engagiert sich in der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG) für Digitalisierung und Qualitätsmanagement.
Kontakt: Thomas.Petzold@md-sachsen.de



Katharina Ille MA
ist Koordinatorin der Hautklinik und des Hauttumorzentrums am Universitätsklinikum Halle (Saale). Ihr Masterstudium der Politikwissenschaft schloss sie 2015 ab. Schwerpunkte ihrer Tätigkeit sind u.a. Qualitäts- und Risikomanagement, Personalbudgetverwaltung und Projektmanagement.
Kontakt: Katharina.Ille@uk-halle.de



Pauline Effenberger MSc
arbeitet als Produktmanagerin bei BITWORKS EDV-Dienstleistungs-GmbH an der Weiterentwicklung der Qualitätsmanagement-Software BITqms. Zudem ist sie dort für den Bereich Recruiting verantwortlich.

Kontakt: Pauline.Efenberger@bitworks.net



Dr. rer. pol. Kerstin Rego
Consultant für Software, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Regensburg
Kontakt: Kerstin.Rego@ur.de
ORCID: 0000-0001-6991-0799



Dipl.-Biol. Heike Beschmann
Stabsstelle für Patientensicherheit und Qualität
Universitätsklinikum Frankfurt
Kontakt: Heike.Beschmann@ukffm.de



Jörg Siebert
Unternehmensentwicklung
Marienkrankenhaus Kassel gGmbH
Kontakt: J.Siebert@marienkrankenhaus-kassel.de



Dipl.-B.w. (FH) Oliver Steidle MA
Leiter der Stabsstelle Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement
Universitätsklinik Essen
Kontakt: Oliver.Steidle@uk-essen.de
ORCID: 0009-0003-9180-8741



Prof. em. Dr. phil. habil. Johann Behrens

Der EbM+Theory Ansatz

Eine Würdigung seiner 6 Annahmen und seiner Risiken und Nebenwirkungen

Die Community der Versorgungsforschung bemüht sich um Evidence, um die Unsicherheit unserer alltäglichen Entscheidungen in Ökonomie, Politik, Behandlung bei Krankheit und in gesundheitsförderlicher Pflege zu verringern (Soziale Welt Behrens 2015). Holger Pfaff und Jochen Schmitt legten hierzu 2023 und 2021 einen „EbM+Theory Approach" vor. Wie ihr Schaubild (2023, S.3, Figure 1) zeigt, gehen sie davon aus, es gäbe zwei trennbare Gütehierarchien wissenschaftlicher Studien: eine für „theory-based knowledge" und eine für „evidence-based knowledge". „Scientific knowledge" sei das Resultat der Kombination beider unabhängiger Wissenshierarchien.

>> Den Beiträgen von Pfaff und Schmitt* kommt das Verdienst zu, Errungenschaften, die die Selbstreflexion der evidence-based Nursing, der evidence-based Medicine und andere Bewegungen von Praktikerinnen vor einem Vierteljahrhundert, also am Endes des letzten Jahrtausends erreicht und z. B. als „Methoden und Ethik der Pflegepraxis und der Versorgungsforschung" publiziert hatten (zusammengefasst in Behrens & Langer 2004 und 2022, Behrens 2019), ausschnittsweise zu übernehmen und für die Versorgungsforschung zu diskutieren. Einige wenige der zahlreichen Erkenntnisprobleme evidencegestützten** Handelns, die Ende des letzten Jahrtausends theoretisch zu bewältigen waren, sprechen sie wieder an. Sie übernehmen zumindest programmatisch die Abkehr von einem mechanistischem Zugang zur Handlungs- und Interventionsforschung und die Zuwendung zu einem systemtheoretischen Zugang, der die Welt nicht mehr nach dem Modell einer Uhr analysiert, deren Räderwerk dem Uhrmacher völlig offenliegt – wie dem allwissenden „Uhrmacher"-Gott bei Leibniz und Bourdieu (Behrens & Zimmermann 2017). Das ist zweifellos ein großes Verdienst.

Der vorgeschlagene „EbM+Theory Approach" basiert auf weitgehenden Annahmen, darunter der Annahme, es könne überhaupt ein „evidence-based knowledge" geben, das nicht „theory-based" sei. Der Vorschlag, die empirische Evidence** durch eine theoretische Evidence und weiter durch „Experience und Context-based knowledge", wie sie eminente Experten haben, zu einem EbM+Theory Approach zu ergänzen, beruht allerdings auf sechs Annahmen, die womöglich leider für Menschen nicht realisierbar sein können und daher mit einer anthropologisch begründbaren, also bescheiden gewordenen Erkenntnistheorie nicht konsistent sind. Das ist in diesem Aufsatz zu prüfen. (Die Hoffnung auf Eminenzen, die nicht an anthropologische Grenzen der Erkenntnis gebunden sind, wird selbstverständlich nie aussterben. Die Hoffnung ist zu schön.) Die Annahmen, die Pfaff und Schmitt für ihren Vorschlag eines EbM+Theory-Approaches brauchen, sind: 1) Es gäbe einen riesigen Bereich in der Krankenbehandlung und Gesundheitsförderung, in dem man aus (RCT)-Studien (Be)Handlungsentscheidungen direkt generalisierend ableiten könne – und daher die ganze Kritik, die die EbP-Bewegung seit dem vorigen Jahrtausend an dieser viel zu naiven Annahme über RCTs erarbeitete, ruhig ignorieren dürfe. Mit dieser ersten Annahme verfehlen sie die häufigste Standardsituation Evidencebasierten professionellen Handelns. Mit der zweite Annahme versuchen die Autoren die These von der Verbreitung „noncomplexer" Interventionen zu retten – wobei sie Luhmann als Zeugen in Anspruch nehmen: Es gäbe ein organisches, ein psychisches und ein soziales System, in das das „Healthcare"-System jeweils getrennt intervenieren könne, was man z. B. an der Wirkung „Drugs" und „surgical interventions" erkenne. Unabhängig davon, ob die Luhmann'sche Systemtheorie diese Annahme beinhaltet, verdient sie Erörterung, weil sie folgenreich verbreitet ist.

Die dritte Annahme scheint zu sein, bei Kollektiven sei das Generalisierungsproblem gering und man müsse keine zusätzliche interne Evidence der individuellen natürlichen oder juristischen Person aufbauen. Die vierte Annahme ist, RCTs bewältigen alle wesentlichen Verzerrungen externer Evidence. Die fünfte Annahme ist, es könne eine theoriefreie empirische Studie geben. Die sechste Annahme ist, es gäbe eminente Theorie-Experten, die die bloß empirische Evidence ergänzen könnten – optimalerweise gestützt auf eine „Generally Accepted Theory". Alle diese sechs Annahmen verdienen eine sorgfältige Erörterung – nicht nur aus Dankbarkeit gegenüber Pfaff und Schmitt, sondern auch wegen ihrer weiten Verbreitung und ihrer hochriskanten Folgen. Ein Fazit geht auf die Risiken und Nebenwirkungen des EbM+Theory Approaches ein und macht eine Prognose zur ewigen Überlebensdauer dieses Approachs.

Zusammenfassung

Holger Pfaff und Jochen Schmitt greifen in ihrem „EbM+Theory Approach" (2021 und 2023) Fragen der Evidencebasierung von Entscheidungen auf, die die evidenzbasierte Versorgungsforschung vor 30 Jahren bearbeitete. Ihr EbM+Theory Approach beruht mindestens auf sechs Annahmen, deren praktisch-empirische Haltbarkeit geprüft wird. Ein Fazit geht auf die Risiken und Nebenwirkungen des EbM+Theory Approachs ein und prognostiziert diesem Approach, da Eminenz basierend, ein ewiges Überleben.

Schlüsselwörter

Wissenschaftstheorie, anthropologisch bescheidene Erkenntnistheorie, evidence-basierte Versorgungsforschung, EbM+Theory Approach, Systemtheorie

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.02.25.1866-0533.2710

1. Verbreitet sei ein Bereich stabiler „noncomplexer" Interventionen, bei denen man das richtige Handeln direkt aus RCTs generalisieren könne.

Es gäbe tatsächlich einen Bereich pflegerischen, ärztlichen und therapeutischen Handelns, für den die „traditional form of standardized, burocratic knowledge production, review, and transfer

– – – – – –

* Für Holger Pfaff zum 14. März 2025 in Dankbarkeit.

** Der Autor verwendet den Begriff Evidence immer in der englischen Schreibweise, weil Evidence im Englischen Indizien-Beweis bedeutet. „Evidenz" im Deutschen heißt seit der Romantik ein Evidenzerlebnis: eine Offenbarung, die einem wie Schuppen von den Augen fällt und keines empirischen Beweises bedarf. Also das Gegenteil von Evidence.

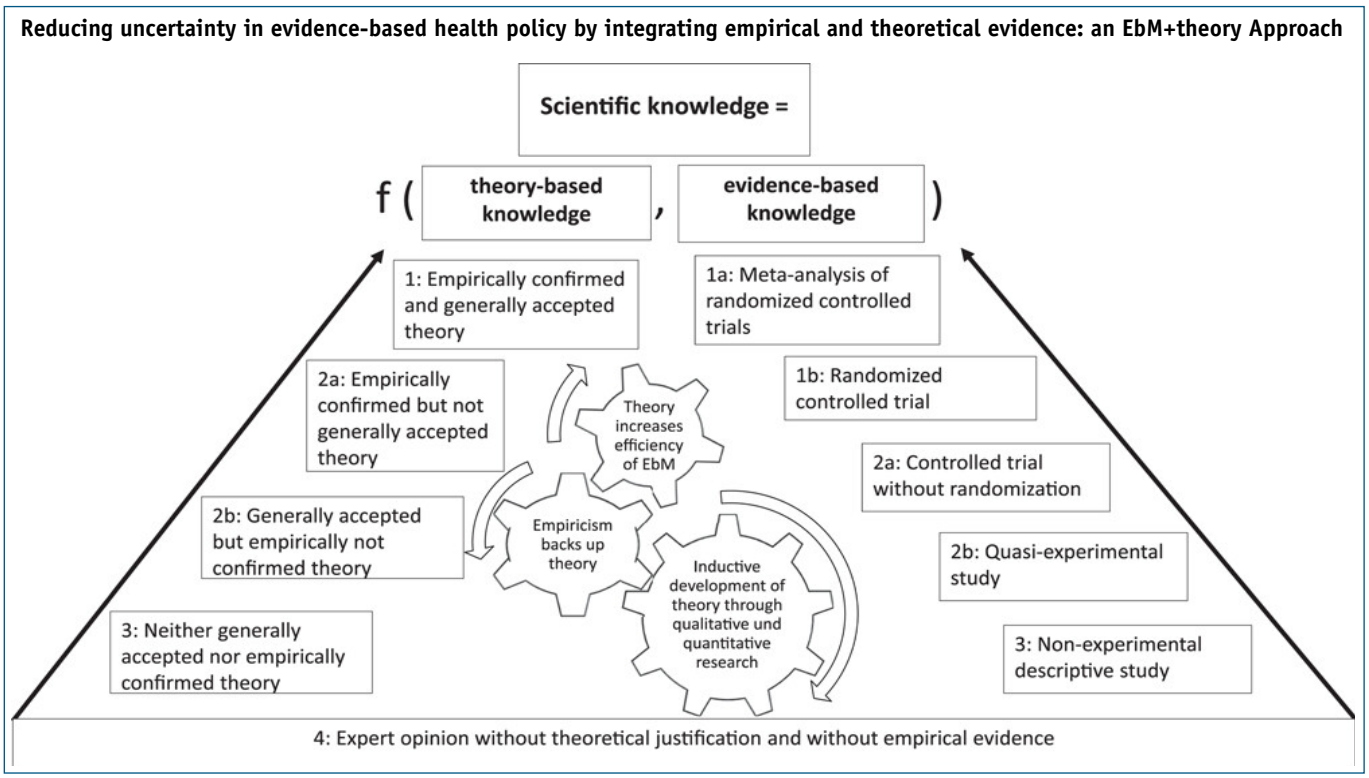


Abb. 1: Pyramide des wissenschaftlichen Wissens: Wissenschaftliches Wissen als Ergebnis der Kombination von evidencebasiertem und theoriebasiertem Wissen. Quelle: Pfaff H, Schmitt J, Reducing uncertainty in evidence-based health policy by integrating empirical and theoretical evidence: an EBM+Theory approach. J Eval Clin Pract 2023;1-15, hier: S. 3, Figure 1.

(knowledge processing) is suitable for stable environments, but not for unstable environments" (Pfaff & Schmitt 2021, S. 2). Einen solchen Bereich eines „stable environments" kann man sich ausdenken. In der Realität gibt es ihn höchstens ausnahmsweise.

Dass man aus Studien, und seien es RCTs, die richtige pflegerische, ärztliche und therapeutische Handlung im Einzelfall ableiten könne, diese Behauptung würde alle in diesen Behandlungen tatsächlich Praktizierenden weltweit äußerst überraschen. Für die Falsifikation dieser ersten Annahme gibt es einen systematischen Grund. Wer immer sich als Jugendlicher mit Statistik in der Schule beschäftigt hat, kennt den systematischen Grund: Unser Wissen aus Studien liegt weitgehend in der Gestalt von Häufigkeitsaussagen vor. Von 100 Personen, die eine bestimmte Behandlung nutzen, hilft fast nie allen diese Behandlung, sondern meist nur einem Teil, z. B. 76 von 100. Diese Häufigkeitsaussage wird gern im Konstrukt eines „average man" zusammengefasst. Von einer Häufigkeitsaussage kann man aber nie genügend sicher auf den Einzelfall schließen. Man kann im Vorhinein nie sicher sein, ob eine Person zu den 76 Personen gehört, die von der Behandlung einen großen Nutzen haben, oder zu den 24, bei denen die unerwünschten Wirkungen den Nutzen erheblich einschränken.

Für einen Viehzüchter-König mag diese Häufigkeitszahl hinreichend für die Behandlung seiner Herde erscheinen (siehe aber unten Annahme 3). In Public Health, Medizin, Pflege und Therapie behandeln wir aber den Einzelfall einer natürlichen oder juristischen Person (z. B. Kommune oder Land), nicht den konstruierten Durchschnittsfall. Dieses Dilemma wird auch nicht durch die Randomisierung im Zugang zu Interventions- oder Kontrollgruppe gelöst. Denn diese Randomisierung mag den Auswahl-Bias bewältigen und damit die unbeobachtete Heterogenität all der Faktoren (Kontexte, Ressourcen, Dispositionen, Handlungsweisen) ausgleichen, die zusammen mit unserer Intervention auf das Handlungsergebnis einwirken. Aber die Randomisierung gleicht diese unterschiedlichen Faktoren nur für die Gesamtgruppe aus, keinesfalls für eine einzelne natürliche oder juristische Person. Bereits diese einfache Tatsache widerlegt, dass das Ergebnis von Häufigkeitverteilungen – also im besten Fall wohldokumentierter externer Evidence aus Studien – allein für eine Handlungsentscheidung genügen kann. Es muss immer die interne Evidence der natürlichen oder juristischen Person aufgebaut werden. Schon deswegen gibt es das „stable environment", das Pfaff und Schmitt für große Bereiche der Versorgung voraussetzen, kaum.

Im Einzelfall einer natürlichen oder juristischen Person ist nahezu jede Handlung komplex und in einem „unstable environment". Das gilt auch, wie wir belegen werden, für Interventionen mit Pharmaka. Kontinuierlicher Aufbau interner Evidence ist unverzichtbar.

Fast jede Behandlungsentscheidung – ob Selbstbehandlung oder Behandlung anderer – ist eine Entscheidung unter Unsicherheit in einem durch diese Unsicherheit „unstable environment". Auch die größten und bestdokumentierten Studien heben diese Unsicherheit des Einzelfalls nicht auf. Es bleibt immer eine existenzielle Entscheidung unter Unsicherheit zu treffen. (Nur im Fall einer vorher nicht abzusehenden number needed to treat = 1, wenn alle Behandelten von einer Behandlung in gleicher Weise profitieren, wäre eine Entscheidung überflüssig.) Ende des letzten Jahrtausends ist daher die Standardsituation *Evidencebasierten professionellen Han-*

delns so definiert worden:

Medizin, die therapeutischen Wissenschaften und die Pflegewissenschaft sind alle – wie die beratenden Politik-, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (Behrens und Langer 2004 und 2022, Soziale Welt 2015) – **Handlungswissenschaften** mit einem spezifischen, von den kontemplativen Wissenschaften der Biologie und Soziologie u. a. trennbaren Gegenstand:

Ihr Gegenstand ist die zukunftsunsichere, aber vernünftige innovative Krisenentscheidung im jeweiligen einzigartigen Fall – unter Handlungsdruck und Begründungszwang gemeinsam mit den je einzigartigen Klienten.

Sie als „Künste" statt als Handlungswissenschaften zu bezeichnen, wie das Gross und Löffler (1997, S. 8) tun, macht ihre Praxis als „vernünftige" undiskutierbar, unkritisierbar, unerforschbar.

Diese Entscheidung soll keinesfalls durch Münzwurf gefällt werden, sondern gerade unter Reflexion aller Unsicherheit vernünftig begründbar sein. Deswegen lehnten wir Ende des vorigen Jahrtausends die Aufteilung in der „Theorie der Medizin" ab, die Forschung sei Wissenschaft, die Praxis mehr Kunst (Gross und Löffler 1997, S.8). Denn dann wäre eine Behandlungsentscheidung gar nicht mehr vernünftig kritisierbar und zu rechtfertigen. Sie würde beliebig. „Ut aliquid fiat"– also eine beliebige Handlung, um irgendetwas zu tun – ist aber in den Gesundheitswissenschaften zu Recht seit Jahrtausenden verpönt.

Wer muss sich in die Lage versetzen, diese existenzielle, nicht aus Studien ableitbare Entscheidung zu fällen?

Offenbar die, die die Folgen dieser Entscheidung tragen. Das sind nur bei grober Fahrlässigkeit oder Vorsatz die pflegerisch, ärztlich oder therapeutisch Behandelnden allein. Es sind in aller Regel die „Behandelten" oder „Beratenen". Deshalb müssen sie „interne Evidence" aufbauen können. Interne Evidence umfasst alles, was man nur von der zu behandelnden Person wissen kann. Sie wählt die für sie relevanten outcomes einer Behandlung, also jene Teilhabe am Leben , die sie selbstbestimmt unter Restriktionen erreichen will (vgl. die UN BRK, in Deutschland § 1 Sozialgesetzbuch IX). Nur diese natürliche oder juristische Person nimmt die Unbill und Schmerzen, aber auch Erleichterungen wahr. Nur von dieser Person sind individuelle Ressourcen und Kontexte zu erkennen. All diese höchstpersönlichen Eigenschaften und Informationen kann man aus keiner Studie erschließen – auch nicht, siehe unten, wenn man die „Diagnose" kennt. Nur von der Person selbst sind diese höchstpersönlichen Eigenschaften, die „interne Evidence" zu erfahren. Typischerweise kennt eine natürliche oder juristische Person ihre interne Evidence nicht, bevor sie krank, beratungsbedürftig oder pflegebedürftig wird. Man kann sie daher nicht wie „Präferenzen" in der ökonomischen Konsumtheorie abfragen. Denn Personen haben ‚Präferenzen' für oder gegen Mohnbrötchen oder Sahnetorte. Aber höchst selten, bevor sie krank, beratungs- oder pflegebedürftig werden, für oder gegen Amputationen oder nebenwirkungsreiche Eingriffe.

Die interne Evidence dafür müssen sich Personen in der Krise erst erarbeiten – manche Personen schätzen es, wenn sich ein Professionsmitglied für ihren Aufbau interner Evidence mit ihnen niedersetzt, mit dem sie alle Optionen und ihre Bedürfnisse offen besprechen und ihre interne Evidence aufbauen können (Behrens & Langer 2004, 2022, Behrens 2019). Wenn sie ihre interne Evidence aufgebaut haben, ist für sie eine existenzielle Entscheidung zumutbar. Der Aufbau interner Evidence ist also etwas ganz Anderes, als die Zustimmung (die Unterschrift) zu einer Entscheidung zu erlangen, die pflegerisch, ärztlich oder therapeutisch Behandelnde – fürsorglich bevormundend – für diese Person für richtig halten.

Der Aufbau interner Evidence für eine Entscheidung kann in der Realität nicht nur einmal, z. B. am Anfang einer Behandlung, erarbeitet werden. Da sich im Genesungsprozess oder in der Krise die Situation, also das entscheidungsrelevante „environment" ändert – manchmal täglich – ist es mit einer einmaligen Entscheidung nicht getan. Es muss immer wieder entschieden werden. Immer wieder muss interne Evidence als Entscheidungsgrundlage aufgebaut werden. Dazu ist fast nie viel Zeit.

Daher ist das „environment" fast jeder Behandlung oder Beratung doppelt „instable". Einerseits ändert sich die verfügbare externe Evidence. Andererseits und oft viel schneller ändert sich die Situation, in der entschieden werden muss, und damit die aufzubauende interne Evidence. Aus der internen Evidence ergeben sich regelmäßig neue Fragen an die verfügbare externe Evidence. Aber die externe Evidence reicht aus den genannten systematischen statistischen Gründen so gut wie nie ganz aus. Es bleibt immer eine Entscheidung unter Unsicherheit zu treffen. Von einem „stable environment" kann keine Rede sein. Man kann sich selbstverständlich die Utopie eines „stable environment" ausdenken. Vorzufinden ist sie damit noch nicht.

2. Annahme, man könne in Organismus und Psyche getrennt eingreifen

Mit einer zweiten, womöglich utopischen Unterstellung versuchen die Autoren ihre These von der Verbreitung noncomplexer Interventionen zu retten. Sie schreiben, es gäbe

„interventions in healthcare, if noncomplex, often intervene in one of these subsystems of the healthcare system, for example, the organisme (e.g., drugs and surgical intervention). In contrast, complex interventions occur in more then one subsystem, for example, in organisms and psychic systems"

(Pfaff and Schmitt 2023, S. 8).

Komplexe Interventionen sind bei ihnen also dadurch definiert, dass sie in Organismus und Psyche zugleich intervenieren. Gibt es denn Interventionen, die das nicht tun? Die Vorstellung der getrennten Intervention in Organismus und Psyche ist weitverbreitet, seit „Psychologen" das Leib-Seele-Thema von Theologie und Philosophie dazu nutzten, sich einen eigenständigen Arbeitsbereich neben der Medizin zu schaffen. In der Folge schienen Seelen ohne Körper und Körper ohne Seelen behandelbar. Diese Konstruktion verdient Klärung. In der Tat wäre es ein Traum nicht nur vieler Behandelnder, sondern auch ihrer Patienten, man könne Organe unabhängig von Personen behandeln, z. B. durch Medikamente oder Operationen. Wie bei modernen Autos könne man Teile aus Personen entnehmen und Organe und Gewebe in Ruhe reparieren, um sie dann runderneuert wieder einzusetzen oder durch neu gefertigte zu ersetzen. Leider (?) ist das weitgehend eine Utopie. Organe hängen an der Person und sind von ihr nicht dauerhaft erfolgreich

zu trennen. Organisches, psychisches und soziales System einer Person lassen sich nicht genügend dauerhaft getrennt behandeln. Eine Intervention in einen Organismus ohne Psyche ist so utopisch wie eine Intervention in eine Psyche ohne Körper. Unter Vollnarkose kann man operieren und Drugs injizieren, aber die Vollnarkose kann nie so lange währen, bis die Genesung völlig abgeschlossen ist. Nur handelnde Personen können völlig gesunden. Jedes Medikament wirkt auch psychisch, und jede Psychotherapie löst organische Reaktionen aus.

Sieben Wirkfaktoren einer Medikamentenverschreibung:

Von der Utopie, es ließen sich Organismen ohne Psyche behandeln, hat sich die Pharmazie seit Langem verabschieden müssen. Die Wirkung fast jedes Medikaments wird seitdem am Vergleich mit einem Placebo gemessen. Sie wird also mit der Wirkung der psychosozialen Beziehung ohne die zu untersuchende Substanz verglichen. Die psychosoziale Beziehung ist zweifellos ein Haupteffekt medizinischer Behandlung überhaupt, wenn nicht ihr größter Effekt. Eine Substanz muss schon sehr stark wirken, um den Placeboeffekt zu übertreffen.

Bei jeder verschriebenen oder empfohlenen Tablette wirken mindestens 7 Faktoren:

1. Eine schöne Ärztin oder pharmazeutisch-technische Assistentin
2. im weißen Kittel
3. sieht einem fest in die Augen
4. und spricht mit freundlicher Stimme
5. „Nehmen Sie das morgens, mittags und abends"
6. „und es wir Ihnen bald besser gehen"
7. Wirkt die Substanz.

Die Wirkung der Faktoren 1 – 6 kann so stark sein, dass der 7. Faktor, die Substanz des Medikaments, selbst wirkungslos oder sogar eher schädlich sein kann: Die Wirkung des 7. Faktors kann übertroffen werden von den 6 anderen Faktoren. Besonders interessant ist der 5. Faktor: Chronobiologisch mag es Unsinn sein, die gleiche Dosis morgens, mittags und abends zu nehmen, weil die Substanzen je nach Tageszeit unterschiedlich wirken. Aber das „morgens, mittags und abends" ruft Zeiten des (Tisch-)Gebets auf oder zumindest Zeiten verstärkter Selbstsorge in Pausen fürs Essen und Trinken. Darum liegt in Faktor 6 eine große rituelle Prophezeiung.

Der vorige Präsident des für die Zulassung von Medikamenten durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bedeutenden IQWiG, Windeler, hat den Verfasser auf einem Kongress einmal gefragt, was er denn mache, wenn nicht eine schöne PTA oder Ärztin ihm in die Augen sähe, sondern ein griesgrämiger Arzt (Faktor 1). „Shit happens. Thats life" war die Antwort, in seinem Alter sei man Kummer gewohnt. Die systematisch korrekte Antwort ist selbstverständlich, dass die Schönheit der PTA oder der Ärztin nur einer von 7 Wirkfaktoren ist, dessen Mangel von den anderen 6 Wirkfaktoren kompensiert werden muss und zuweilen sogar kann.

Was die von Pfaff und Schmitt angeführten scheinbar nur organischen chirurgischen Eingriffe angeht, so gilt für sie: Es gibt wohl fast keine psychisch beeindruckendere Behandlung, als sich unters Messer zu legen. Die These, dass chirurgische Operationen nur in den Organismus, nicht aber in die Psyche eingriffen, müsste genauer belegt werden, als die Autoren das tun.

Nun könnte man entgegnen: Sind nicht alle diese begleitenden Wirkfaktoren einer Tabletten-Verschreibung, diese ganze unbeobachtete Heterogenität vielfältiger mitwirkender Faktoren durch die Randomisierung statistisch ausgeglichen, sodass nur die Wirkung der Tablettensubstanz rein als Ergebnis übrig bleibt? Ja, in der Häufigkeitsverteilung einer großen Studie vielleicht, die die externe Evidence bildet. Aber selbstverständlich nicht für den Einzelfall. Denn, wie oben begründet, man kann nicht von einer Häufigkeitsverteilung auf den Einzelfall schließen. Und: In der alltäglichen Praxis oder Beratung wird nie eine ganze Studienpopulation insgesamt behandelt, sondern immer eine spezifische natürliche oder juristische Person nach der anderen. Auf die scheinbare Ausnahme der Viehzüchter-Könige, die nur Interesse an der Herde, nicht am Einzelnen haben, kommen wir unter der dritten Annahme.

Gewährsmann Luhmann für getrennte Intervenierbarkeit in das organische, psychische und soziale Systeme?

Pfaff und Schmitt berufen sich für ihre Trennung des organischen, psychischen, sozialen und Maschinen-„healthcare subsystems" auf Luhmann (Pfaff & Schmitt 2023, S. 7). Daraus, dass es psychologisch oder ärztlich Behandelnde (Interaction), psychologische oder ärztliche Praxen und Kliniken (organization) und Berufsordnungen (society) gibt, scheinen sie zu schließen, dass tatsächlich der Mensch in getrennt zu behandelnde Organe und Psyche zerfiele. Das halte ich für eine zu weit gehende Biologisierung von Kommunikationssystemen. So weit würde ich keineswegs gehen, die Profession Pflege auch nicht und Luhmann wohl erst recht nicht. Luhmann (Luhmann 1975, 1981, 1993, Behrens 2019) untersucht die Ausdifferenzierung von Kommunikationssystemen. Kommunikationssysteme kann man sich grob als Zuständigkeiten für Fragen vergegenwärtigen. Personen (Menschen) gehen nicht als Personen in diesen Zuständigkeitssystemen auf, sondern bilden deren „unmarked space", von dem man nicht mehr weiß und nicht mehr wissen muss, als dass er nicht zum Kommunikationssystem gehört. So ist die Wissenschaft in modernen Gesellschaften für die Unterscheidung von wahr und nicht wahr zuständig, auch wenn die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sich als Personen noch für ganz andere Unterscheidungen interessieren mögen. Das (kapitalistische) Wirtschaftssystem ist auf die Unterscheidung Geld/mehr Geld ausgerichtet, auch wenn Manager und Erwerbstätige als Personen noch ganz andere Interessen haben mögen als nur „mehr Geld".

Richter und Anwälte, zuständig für die Unterscheidung Recht/Unrecht, können als Personen in ihrer Freizeit die Folgen ihrer Unterscheidungen tief bedauern, als Richter und Anwälte müssen sie sich an sie halten. Ein Richter, der auf seinem Richterstuhl das persönliche Interesse an mehr Geld verfolgt, ist korrupt und agiert nicht mehr im Kommunikationssystem Recht. Ebenso sind Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die das persönliche Interesse an mehr Geld oder an der Rechtfertigung des Rechts über die Unterscheidung wahr/nicht wahr stellen, kein Teil des Kommunikationssystems Wissenschaft mehr, auch wenn sie noch Gehalt aus einer Forschungseinrichtung beziehen und das Gehalt nicht zurücküberweisen. Psychologen sind in dem Sinne kommunikativ für das psychische System zuständig, indem sie Seelen ohne Körper behandeln. Sozialarbeiter und Soziologen sind kommunikativ für das soziale System zuständig, auch wenn die Abgrenzung dieser

Systeme schwerfällt. Und Ärztinnen und Ärzte, sind sie zuständig für das organische System? Sie sind bei Luhmann für „Krankheit" zuständig in der Unterscheidung zum unmarked space „ohne Befund". So gibt es für Luhmanns Mediziner Tausende von Krankheiten, aber nur eine Gesundheit, über die sich medizinisch nicht mehr sagen lässt, als dass (noch) kein Krankheitsbefund zu diagnostizieren ist. Gesunde sind für das Kommunikationssystem der Krankenbehandlung (noch) nicht als krank Diagnostizierte (Luhmann 1975,1981,1993). Daher gibt es für Luhmann eigentlich kein Gesundheitssystem, sondern nur ein System der Behandlung von Krankheiten. Ein Kommunikationssystem, das auf Gesundheit und Schönheit ausgerichtet ist und in das Personen täglich viel Mühe investieren, ist das – von Luhmann nicht untersuchte – Pflegesystem mit dem Code ‚gesundheitsförderlich gepflegt/ungepflegt' (siehe Behrens 2009 und 2019).

Das Problem des Kommunikationssystems der Krankenbehandlung liegt offensichtlich darin, dass Krankheiten zu behandeln so schwer von erkrankten Personen zu trennen ist. Das ist in anderen Kommunikationssystemen ganz anders. Ein Gerichtsurteil kann juristisch richtig oder falsch sein, unabhängig von der Person der Richtenden wie vor allem der Gerichteten. Eine Kapitalanlage kann erkennbar mehr Geld gebracht oder aber verloren haben, ohne dass man zu dieser Feststellung die Personen kennen muss, denen das Kapital gehört oder die für die Kapitalvermehrung beschäftigt waren. Aber im System der Behandlung von Krankheiten werden bekanntlich Personen behandelt, nicht Krankheiten. Eine Krankheit kann nicht geheilt oder auch nur bewältigt werden, ohne entscheidende Mitwirkung der Person. „Operation gelungen, Patient tot" gilt nicht als hinreichender Erfolgsindikator einer Krankenbehandlung. „Fiat justitia et pereat mundus" dagegen beweist einen Erfolg im Rechtssystem. Recht kann gültig gesprochen sein, ohne dass Beklagte und Kläger überleben. Aber Krankheiten sind nicht zu behandeln ohne die Personen, die erkrankten.

In Luhmanns riesigem Gesamtwerk finden sich nur drei kurze Schriften zum System der Krankenbehandlung, obwohl das Interesse des Publikums an diesem Thema – gemessen an Zitierungen der drei kurzen Aufsätze – enorm war und Luhmann selbst in etwa 90 Anmerkungen einige Male auf das System der Krankenbehandlung zurückkam (Der Co-Herausgeber von Luhmanns inzwischen fünf Bänden „Schriften zur Organisation", Ernst Lukas, hat alle diese 90 Anmerkungen und Fußnoten identifiziert, siehe Luhmann 2019–2022). Luhmann hat aber im Gegensatz zu allen anderen Kommunikationssystemen der Gesellschaft das System der Krankenbehandlung nie in einem Buch systematisch dargestellt. Das Buch „Die Krankenbehandlung der Gesellschaft" gibt es nicht, obwohl mehr Menschen darauf warteten als auf das Buch „Die Kunst der Gesellschaft". Womöglich war es bei dem System der Krankenbehandlung zu unplausibel, die Person im „unmarked space" des Kommunikationssystems zu verorten. Deswegen kam Luhmann auf das Thema trotz größtem Interesse des Publikums nie systematisch zurück. Das ist wenigstens unsere Vermutung.

Für ihre weitreichende Behauptung, es seien tatsächlich getrennte Interventionen in „organische, psychische und soziale healthcare-Subsysteme" (Pfaff & Schmitt 2023, S. 7) möglich, können sich Pfaff und Schmitt nicht auf Luhmann berufen, so viel ist sicher.

3. Die scheinbare Unsicherheitsreduktion der Viehzüchter-Könige: das Generalisierungsproblem

Aber erlaubt die externe Evidence aus Häufigkeitsverteilungen nicht wenigstens den Schluss auf die richtige Behandlung von Kollektiven, wenn der Schluss auch nicht auf Individuen möglich ist? Kann man bei der Behandlung von Kollektiven auf den Aufbau interner Evidence verzichten? In der Tat haben Besitzer großer Herden kaum den Anspruch, dem einzelnen Individuum gerecht werden zu müssen. Dass sie aus einer Häufigkeitsverteilung nicht auf das einzelne Individuum statistisch schließen können, muss Besitzer großer Herden nicht extrem beunruhigen. Vielmehr scheint eine epidemiologische Häufigkeitsverteilung genau ihrem Interesse an der ganzen Herde zu entsprechen und nicht, wie bei pflegerisch, ärztlich oder therapeutisch Behandelnden, an den Individuen. Daher reduzieren Häufigkeitsverteilungen die Unsicherheit bei Viehzüchtern viel mehr als bei pflegerisch, ärztlich oder therapeutisch Behandelnden. Spätestens mit dem Absolutismus der „Viehzüchter-Könige" Englands und Frankreichs war der Blick des Königs auf das Volk – beraten vom Arzt Quesnay – der Blick eines Viehzüchters, der sich um die Gesundheit seiner Herde, des Volkes, sorgt, um das meiste aus ihm herauszuholen. Der gute Hirte weidet seine Schafe und führt sie, wenn die Zeit gekommen ist, in die Schlacht(bank). Dazu scheint die Kenntnis von Häufigkeitsverteilungen zu reichen. Das gilt aber nur scheinbar. Denn ein methodische Problem bleibt, auch wenn man sich mit Häufigkeitsverteilungen zufriedengibt: Der Schluss von einem Studienergebnis (Häufigkeitsverteilung) auf eine nächste Situation, in der man zu handeln hat, bleibt herausfordernd. Generationen von Soziologinnen und Soziologen, Psychologinnen und Psychologen haben dieses Problem zu lösen versucht.

Es überrascht, dass Pfaff und Schmitt dies Problem gar nicht erwähnen. Dabei ist es quälend. Der große Cronbach (1982) hat sich jahrzehntelang heroisch bemüht, es zu lösen, und die Bedingungen formuliert, unter der ich von einer Feldstudie auf die Situation schließe, in der ich handeln muss: Das Ergebnis einer Feldstudie auf ein nächstes Feld zu übertragen ist nach Cronbach (1982) nur möglich, wenn man sich vom Vorliegen vierer Bedingungen überzeugt hat: Die Units (Probanden), Treatments (intervenierende Behandlungen), Observing Operations (Beobachtungen, Messungen) und das Setting (Kontext) müssen in beiden Feldern übereinstimmen (Cronbach 1982, S. 78 ff.).

Nach den Anfangsbuchstaben dieser vier notwendigen Übereinstimmungen spricht Cronbach von „UTOS". Wenn auch nur eine diese vier Übereinstimmungen nicht nachweislich erfüllt ist, ist nach Cronbach eine Übertragung nicht möglich. Aber wie kann man wissen, ob diese vier Übereinstimmungen gegeben sind? Offensichtlich kann man gar nicht erkennen, ob diese Bedingungen gegeben sind oder nicht, ohne die Situation, für die man Schlüsse ziehen will, neu und gründlich zu untersuchen, also die interne Evidence dieser Situation aufzubauen. (Soziale Welt 2015, Behrens 2019, S. 99). Folglich muss auch der Viehzüchter-König, der nur am Schicksal seiner Herde bzw. seines Volkes interessiert ist und nicht am einzelnen Individuum, interne Evidence aufbauen, sobald er von heute auf morgen schließen will oder von einer Herde auf eine andere.

Womöglich erwähnen Pfaff und Schmitt das Übertragungs- oder Generalisierungsproblem bei der Evidencebasierung gar nicht, weil

sie einen Deus ex Machina kennen, der das Generalisierungs- oder Übertragungsproblem für sie löst: den Theorieexperten (siehe Annahme 6).

4. Annahme: RCTs bewältigen alle wesentlichen Verzerrungen externer Evidence

Pfaff und Schmitt (2021 und 2022) sind erstaunlich unkritisch, was Randomized Controlled Trials in ihrer Hierarchie Evidencebasierten Wissens angeht (Pfaff und Schmitt 2023, S. 3 und Figure 1; 2021, S. 8, Figure 2). In ihrer Grafik gibt es eine eindimensionale Hierarchie der Evidence, in der RCTs ganz allein oben stehen. Darin hängen sie fast 30 Jahre hinter der Selbstreflexion der verschiedenen Netzwerke für Evidencebasierte Praxis und damit der Versorgungsforschung hinterher. Schon Ende des letzten Jahrtausends hatte es sich dort herumgesprochen, dass Randomisierung des Zugangs zur Interventions- und Kontrollgruppe nur eine der vielen Verzerrungsgefahren („Bias") von Studien bewältigt. Diese eine Verzerrung ist die Auswahl-Verzerrung, der sogenannte Selection-Bias. Die Auswahl-Verzerrung bewirkt, dass Interventions- und Kontrollgruppe nicht vergleichbar zusammengesetzt sind, vor allem auch, weil man die Heterogenität der Gruppen vorher nicht beobachten konnte. Randomisierung bewältigt bei genügend großer Gruppengröße vorher unbeobachtete Heterogenität. Aber die Auswahl-Verzerrung ist nur eine von vielen Verzerrungsgefahren.

All die vielen anderen Verzerrungsgefahren können durch Randomisierung allein nicht bewältigt werden. Wie in Kapitel 4 von Behrens & Langer schon 2004 und 2022 (dort S. 155–304) belegt , gibt es (leider) keine einzige Methode, die auch nur alle relevantesten Verzerrungsgefahren zugleich bewältigt. Daher kann es logisch auch keine eindimensionale Gütehierarchie der Studien geben, wie Pfaff und Schmitt sie 2021 und 2023 referieren, da jeder Studientyp nur bestimmte Verzerrungsgefahren bewältigt. Eine „Meta-Analysis of randomised controlled trials", bei Pfaff und Schmitt 2021 und 2023 angeblich die höchste Stufe des „evidence-based konwledge", kann in der Aussagekraft völlig irrelevant sein, wenn der Wirkungsmechanismus der Intervention nicht vergleichbar durchgeführt, die Repräsentativität der Grundgesamtheit unbekannt oder das Outcome nicht angemessen, also den Bedürfnissen nach selbstbestimmter Teilhabe i. S. der UNO und des § 1 Sozialgesetzbuch IX entsprechend bestimmt wurden. Viele RCTs sind völlig irrelevant und auch nicht übertragbar. Spätestens im 4. Semester erwarteten die Mitglieder der Netzwerke für evidencebasierte Praxis und Versorgungsforschung von allen Studierenden der verschiedenen Gesundheitswissenschaften, dass sie die Stärken und Schwächen jeder Studienmethode abwägen können. Beobachtungsstudien und repräsentative Panelstudien haben Stärken, die von realen RCTs nie zu erwarten sind, und umgekehrt. Jeder Studientyp bewältigt eine Verzerrungsgefahr am besten. Wer eine Studie unternimmt, muss sich entscheiden, welche Verzerrung er oder sie am meisten fürchtet. Und wer Studien für sich auswertet oder bewertet, muss sich auch über seine eigenen Prioritäten bei der Bewältigung von Verzerrungsgefahren klar werden. Das ist im Einzelnen in Kapitel 4 von Behrens und Langer 2004 und 2022 dargelegt. (Die Aussagekraft aller Studien beruht auf hermeneutisch-interpretativen (vulgo: qualitativen) Verfahren .

Die Erwartungen an die Studierenden der Gesundheits-, Pflege- und Therapiewissenschaften, die einzelnen Studienmethoden unterschiedlichen Verzerrungsgefahren zuordnen zu können, wurden nie enttäuscht. Im vierten Semester konnten fast alle Studierenden kompetent Stärken und Schwächen jeder Methode abwägen und wussten, dass statistische „quantitative" Studien nur Sinn haben auf der Basis interpretativ-hermeneutischer „qualitativer" Untersuchungen. .

Pfaff und Schmitt 2021 und 2023 kennen aber merkwürdigerweise keine anderen „High-Quality"-Studien zur Erzeugung externer Evidence, des „evidence-based knowledge", als Meta-Analysis of randomized controlled trials. Noch viel merkwürdiger: Sie kennen nur eine Hauptschwäche von RCTs: ihren Zeitbedarf. So optimistisch, was RCTs angeht, war bereits vor fast 30 Jahren niemand in den Netzwerken von EbM, EbN und EbP. Der Zeitbedarf ist zweifellos nur ein und nicht das größte Problem.

5. Annahme: es gäbe ein „Evidence based knowledge", das nicht theoriebasiert sei

Die Lösung sehen Pfaff und Schmitt 2021 und 2023 (Figure 1 bzw. 2) darin, dem „evidence-based knowledge" ein „theory-based knowledge" zur Seite zu stellen. Der Vorschlag basiert auf der überraschenden Unterstellung, es gäbe überhaupt ein „evidence-based knowledge", das nicht „theory-based" sei. Ohne eine Theorie ist, anthropologisch gesprochen, ein Mensch gar nicht fähig, irgendetwas zu sehen, zu beobachten, zu verstehen, zu erklären oder zu behandeln (Singer 2017, Behrens und Langer 2004 und 2022). Niemand hebt auch nur eine Hand zu einer geplanten Handlung, ohne eine (zumindest implizite) Theorie zu haben, was mit dieser Handlung bewirkt werden könne (Singer 2017, Behrens & Langer 2004, Behrens 2019). Die jeweilige Theorie kann sich als falsch erweisen und erweist sich oft als falsch. Dann berichtigen Menschen ihre theoretischen Erwartungen und bilden eine neue theoretische Erwartung, die sie ihren Handlungen zugrunde legen und die sich wieder als falsch erweisen können. Sie verfeinern ihre Theorien und werden immer seltener enttäuscht.

Nur eins ist den Menschen nicht gegeben: die Objektivität der Welt sich in Menschen direkt wie auf ein unbeschriebenes Blatt Papier einschreiben zu lassen. Das hatten Locke (1670) und Hume (1748) gehofft. Zuletzt haben Lenin (in der Kritik an Mach) und Stalin diese Vorstellung von Objektivität vertreten. Aber die Hoffnung auf eine Objektivität der Welt, die sich in uns wie auf ein unbeschriebenes Blatt einschreibt, ist vergebens. Wir nähern uns der Objektivität der Welt, auch dem gestirnten Himmel über uns, ausschließlich als Subjekte, die subjektiv-theoretische Erwartungen konstruieren und sie bei jeder Enttäuschung neu bilden. Das ist im Alltag nicht anders als in der Wissenschaft (Behrens & Langer 2004, 2022, Behrens 2019).

Nur Subjekte bilden Theorien und können ohne subjektive Theorien weder wahrnehmen noch handeln noch theoretische Erwartungen, die sich als falsch herausstellten, zu neuen Theoriekonstruktionen nutzen. Charles S. Peirce (2008) hat das vor fast 200 Jahren begründet. Rudolf Carnap (1966) hat Anfang des 20. Jahrhunderts als Letzter eine induktive Theoriebildung versucht. Als er scheiterte, verlegte er sich auf eine Theorie der Entscheidung unter Unsicherheit und Nichtwissen. Es sind Peirce, der späte Carnap (1966) nach dem Scheitern des Induktivismus und der Kunsthisto-

riker und Kriminalist Carlo Ginzburg, (1983), auf denen die – individuellen natürlichen und juristischen Personen verpflichtete, „Indizienbeweise" (Evidence) nutzende und interne Evidence in der Begegnung aufbauende – evidencebasierte Praxis meist gründet.

Wenn dem Menschen ein Wahrnehmen und Handeln ohne theoretische Erwartungen anthropologisch gar nicht möglich ist, ist völlig auszuschließen, dass ausgerechnet die komplizierten Handlungen zur Erzeugung von evidence-based knowledge ohne theoretische Erwartungen auskommen. Die Theorien können falsch sein und sind es oft. Aber theorieloses evidence-based knowledge kann es anthropologisch gar nicht geben. Daher kann theory-based knowledge keine Ergänzung von evidence-based knowledge sein, weil eine mangelhafte oder fruchtbare Theorie bereits Grundlage jeder Studie ist, auch wenn sie den Forschenden wenig bewusst ist und von ihnen daher nicht expliziert wird.

Die Fiktion eines theoriefreien evidence-based knowledge führt dazu – insbesondere wenn man solche Überzeugungen hat wie die geschilderten Annahmen 1 bis 5 –, dass die impliziten und expliziten Theorien jeder Studie gar nicht mehr wahrgenommen und kritisch analysiert werden. Das ist ein großes Risiko und eine erhebliche unerwünschte Wirkung. Die Ergebnisse des evidence-based knowledge erscheinen als „Daten und Fakten", ohne zu untersuchen, mit welchen theoretischen Erwartungen die „Fakten" gemacht (lateinisch facere) und jedes „Datum" gegeben (lateinisch dare) wurde.

6. Experten einer „Generally-accepted Theory" gegenüber „evidence-based knowledge" – „generally-accepted" Eminenzen, ihre Risiken und Nebenwirkungen

Sieht man sich die beiden Aufsätze von Pfaff und Schmitt genauer an, steckt hinter dem Vorschlag, „evidence-based knowledge" um „theory-based knowledge" zu ergänzen, auch gar nicht der Nachweis, es gäbe theoriefreies evidence-based knowledge. Vielmehr geht es ihnen explizit darum, „Experten" und ihre „generally accepted" Aussagen (expert opinions) gegen evidence based knowledge in Stellung zu bringen und zu verteidigen (Pfaff und Schmitt 2021). Systematisch deutlich wird das in ihrer oben zitierten Hierarchie des „theory-based knowledge". Als eigenständiges Merkmal neben „empirical confirmed" steht „generally accepted". Damit haben der Konsens und die Zitierkartelle der Ordinarien neben der empirischen Bestätigung ein eigenes Gewicht. Eine empirisch bestätigte, aber nicht generell von den Ordinarien und ähnlichen Experten akzeptierte Theorie darf nicht als Spitze des „theory-based knowledge" angesehen werden. Sie erweist sich dieses Platzes erst als würdig, wenn sie „generally accepted" wurde (Pfaff und Schmidt 2023 und 2021, S. 3.). Sei eine Theorie erst einmal auf diesem Spitzenplatz, könnten ihre Experten nahezu unverzüglich, ohne zeitraubende Studien der EbM, ohne zeitraubenden Aufbau interner Evidence und ohne weitere empirische Bestätigung die Politik beraten, die unter Zeit- und Entscheidungsdruck steht.

Um die Geschichte der eminenten Experten für die Bewegung der evidence-based Praxis zu verstehen, lohnt es sich, auf die Entstehung dieser Eb-Bewegungen in antiautoritären Studierendenbewegungen zurückzublicken. An der McMaster-Uni in Kanada forderten die Studierenden, ächzend unter der Menge des Lehr- und Prüfungsstoffs, nur noch solche Theorien lernen zu müssen, deren Evidence erwiesen sei. Professoren hatten in ihren Vorlesungen zu oft erklärt, die Evidence der Theorien kennten sie auch nicht. Sie wüssten nur, dass sie im Lehrstoff vorgeschrieben seien und die Behandlung nach diesen Theorien in Kanada vergütet würde. Die antiautoritären Studierenden dachten, wenn sie all diese Theorien nicht mehr pauken und nur noch Evidencebasierte Theorien lernen müssten, verringere sich der Prüfungsstoff erheblich. (Das war, wie wir heute wissen, falsch: Das problem-based Learning, das mit der Forderung nach Evidencebasierung aufkam, macht viel mehr Arbeit, als einfach im Frontalunterricht mitzuschreiben, welche Antwort auf eine Multiple-Choice-Prüfungsfrage angekreuzt werden muss (Them et al., 2002). Die Kritik der Studierenden an eminenten Experten richtete sich also gegen die von ihnen aufgerufenen mangelhaften Grundlagen. Eine Expert-Opinion, deren empirische Evidence nicht angebbar ihre Theorie begründete, sollte das Allerletzte sein. Die Vertrauenswürdigkeit einer Eminenz-Expertise sollte nicht mehr durch ihre Gehaltsklasse (C 4 bzw. W 3) oder durch ihre im Dienst verbrachten Jahre (= Erfahrung) bestimmt sein. Sondern allein durch die von ihr intersubjektiv nachprüfbar vorgelegten Belege. Für Cochrane Reviews ist es z. B. völlig unerheblich, in welcher Gehaltsklasse ihre Autoren arbeiten. Es zählt im Sinne von Habermas das Argument – nicht die Person, die das Argument vorträgt, ob sie nun eine Pflegeschülerin mit Hauptschulabschluss oder eine Chefärztin ist. Selbstverständlich haben Autorinnen und Autoren von Cochrane Reviews „Expertise" – aber ihre persönliche Meinung ist weitgehend irrelevant. Es überrascht nicht, dass die EbM-Bewegungen enorme narzisstische Kränkungen auslösten, als seien altgediente Chefärzt:innen nicht mehr besonders vertrauenswürdig. Eine Gegenbewegung war und ist nur zu verständlich. Heute geht es gar nicht mehr um den persönlichen Expertenstatus, sondern allein um die Expertise, auf der dieser Status nachprüfbar beruht.

Hier ist das von Pfaff und Schmitt 2023, S. 3 betonte Kriterium einer „Generally-accepted Theory" höchst problematisch.

In ihrer Pyramide theoretischen Wissens ist die „generally accepted theory" das Höchste an Vertrauenswürdigkeit, genau wie in ihrer Pyramide des „evidence-based knowledge" merkwürdigerweise die Meta-Analyse von RCTs. Die Gefährlichkeit des Kriteriums genereller Akzeptanz unter Theorieexperten ist vielfach offensichtlich geworden. So z. B. bei der Behandlung des Druckgeschwürs, unter dem fast alle Menschen, die bettlägerig sind, bald leiden – also viele Millionen Menschen. Die von Professuren und Experten „generally accepted theory" der modernen Behandlung und Vorbeugung des Druckgeschwürs („Dekubitus") war Föhnen und Eisen. Es entsprach der physiologischen Theorie, nach der Hautreizung abwechselnd durch Wärme (Föhnen) und Kälte (Eisen) zur besseren Durchblutung der Haut führe. Föhnen und Eisen war eine extrem zeitaufwändige und teure Behandlung. Dennoch wurde sie mit Liebe und Zuwendung praktiziert. So sehr entsprach sie der Theorie, der Erfahrung und der Intuition aller Experten, dass so gut wie niemand es ethisch verantwortbar oder sogar nötig fand, die Wirkung von Föhnen und Eisen an einer Kontrollgruppe zu messen, denen diese liebevolle und teure Behandlung mit Föhnen und Eisen versagt wurde. Dass sich nach Föhnen und Eisen das Druckgeschwür oft nicht zurückbildete oder sogar schlimmer wurde, führte fast

niemand auf Föhnen und Eisen zurück. Es schien in der Entwicklung dieser Erkrankung zu liegen. Fast kein Experte war davon auch nur im Mindesten überrascht. Es entsprach der Theorie, der Erfahrung und der Intuition. Bei mehr Dekubitus schien eher noch mehr Föhnen und Eisen nötig als weniger. Erst als mehr oder weniger zufällig doch ein Vergleich zwischen zwei Gruppen Dekubitus-Kranker mit und ohne Föhnen und Eisen stattfand – mit eher primitiven als raffinierten Methoden –, verbreitete sich allmählich die Erkenntnis, dass Föhnen und Eisen eine zwar liebevoll erbrachte, aber doch besonders quälende und schädigende Behandlung von Dekubitus war. Wem als Dekubitus-Erkranktem aus ökonomischem Geiz und Lieblosigkeit die Behandlung mit Föhnen und Eisen verweigert worden war, hatte Glück gehabt. Allmählich wurde Föhnen und Eisen mit derselben theoretischen Gewissheit, mit der diese Methode vorher für theoretisch alternativlos erklärt worden war, als Folter bezeichnet. Der Ausdruck Folter ist aber unangemessen. Denn Folter setzt Vorsatz voraus: Es werden vorsätzlich Menschen gequält. In diesem Fall liegt aber Schuld nicht im Vorsatz, sondern im grob fahrlässigen Vertrauen auf eine „generally accepted theory" (Behrens und Langer 2004 und 2022, Kapitel G1 und G2).

Aus welcher Zeit stammt die Trennung von Theory und empirischer Evidence?

Heute wissen wir, es kann anthropologisch keine empirische Evidence geben ohne Theorie (Behrens & Langer 2004, 2022, Singer 2017, Behrens 2019). Das war Jahrhunderte lang völlig anders. Denn es gab die Unterscheidung von menschlichem empirischem und göttlichem theoretischem Wissen. Wie man noch in Kants ausgesprochen witziger Schrift „Über den Streit der Fakultäten" (Kant 1995, S. 5–140) nachlesen kann, beruhten die höheren Fakultäten auf den Offenbarungen Gottes oder der von Gott eingesetzten Fürsten, während die niedere Fakultät, die „philosophische", auf menschlicher Empirie und Räsonnement beruhte. Privilegierten Zugang zum göttlichen Wissen vermittelten theologische Priesterweihen, die Erkenntniszugänge der Priester und später etwas eingeschränkt der Pfarrer waren definitiv von denen der Laien unterschieden. Privilegierten Zugang zum göttlich begnadeten Fürstenwissen vermittelte die fürstliche Berufung in die juristische Fakultät oder ins Richteramt. Für beide Fakultäten galt, „Du glaubst, was Dein Chef sagt" (so die nicht allzu freie Übersetzung von „cuius regio, eius religio"). Kant bemüht sich, die niedere Fakultät möglichst autonom von Ansprüchen der höheren Fakultäten zu halten. In der niederen philosophischen Fakultät soll allein menschliche Vernunft gelten. Akademische Weihen sollen in der niederen Fakultät keine Priesterweihen sein. „Daher schöpft der biblische Theolog (als zur oberen Fakultät gehörig) seine Lehren nicht aus der Vernunft, sondern aus der Bibel, der Rechtslehrer nicht aus dem Naturrecht, sondern aus dem Landrecht, der Arzneigelehrte seine ins Publicum gehende Heilmethode nicht aus der Physik des menschlichen Körpers, sondern aus der Medicinalordnung.... Daher müssen die oberen Fakultäten am meisten darauf bedacht sein, sich mit der unteren ja nicht in Mißheirat einzulassen, sondern sie fein weit von sich abzuhalten, damit das Ansehen ihrer Statute nicht durch die freien Vernünfteleien der letzteren Abbruch leide" (Kant 1995, S. 27 f., Randnote 23, fette Hervorhebungen von jb).

Um diese Autonomie der niederen philosophischen Fakultät zu erhalten, ist Kant zu weitgehenden Kompromissen bereit, um Überschneidungen zu regeln. Eine offensichtliche Überschneidung ist, dass die offenbarten Heiligen Schriften und Gesetzesbücher eben auch Texte sind. Und als Texte sind sie philologisch, also logisch-menschlicher Auslegung fähig, wie sie die niedere Fakultät betreibt. Kants Abgrenzungskompromiss ist, dass Pfarrer und Juristen, die sich bei der Textinterpretation menschlicher Philologie bedienen, ihre philologischen Interpretationen keinesfalls von der Kanzel oder im Gerichtssaal vortragen dürfen. Von der Kanzel und im Gerichtssaal soll Wissen nur als göttlich oder durch die von Gott begnadete Obrigkeit offenbartes Wissens verkündet werdet. Nur so ist zu vermeiden, dass die niedere Fakultät mit den höheren Fakultäten in Konflikt gerät und darüber einen Eingriff der Obrigkeit in ihre Autonomie provoziert. Am schwersten fällt Kant diese Abgrenzung bei der Medizin. Denn die Medizin gehört traditionell zu den höheren Fakultäten. Gleichzeitig beruhen aber ihre Methoden zum erheblichen Teil auf empirischer Naturbeobachtung der niedrigen philosophischen Fakultät und nicht nur auf obrigkeitlicher Offenbarung. Hier sucht Kant einen Formelkompromiss. Er behauptet, die von Gott begnadete Obrigkeit habe nur ein Interesse an der medizinischen „Polizey" („Medicinalordnung"). Details, mit der sich die Naturbeobachtung der philosophischen Fakultät befasse, kümmerten die Obrigkeit angeblich gar nicht. (Heute fühlt sich die Medizinische Fakultät in der „Missheirat" im Bett mit der alten niederen, der empirisch orientierten Fakultät wohl, zumindest am Platze.)

Mit dieser Aufteilung von göttlich-theoretischem und menschlich-empirischem Wissen hatte sich im 13. Jahrhundert schon der Theologe Albertus Magnus abgemüht, der danach 700 Jahre auf seine Heiligsprechung warten musste. Er kritisierte scharf, wenn in Vegetabilibus (Pflegewissenschaft der Landwirtschaft, also agrikulturelles Pflanzenwissen) theoretische Offenbarung der Heiligen Schriften gelten solle statt die menschliche empirische Evidence des Experiments:

„Ein Grundsatz, der mit der experimentellen Sinneswahrnehmung nicht übereinstimmt, ist in Wirklichkeit kein Grundsatz, sondern ein fundamentaler Fehler"

(Magnus, 1981, S. 144).

Besser kann man auch heute Methoden externer Evidence nicht begründen.

Heute sieht die bescheiden gewordene historische Anthropologie in jeder Empirie die Theorie. Die Theorie ist nicht mehr göttliches Offenbarungswissen. Theorie ist menschlich. Akademische Weihen sind für sie keine Priesterweihen mehr.

7. Fazit und Prognose

Den Beiträgen von Pfaff und Schmitt kommt das Verdienst zu, Errungenschaften, die die Selbstreflexion der evidence-based Praktizierenden vor einem Vierteljahrhundert, am Ende des letzten Jahrtausends erreicht und publiziert hatte, ausschnittsweise zu übernehmen. Dazu zählt die programmatische Abkehr von einem mechanistische Zugang und die Zuwendung zu einem systemtheoretischen, der die Welt nicht mehr nach dem Modell einer Uhr analysiert, deren Räderwerk dem Uhrmacher völlig offenliegt – wie einem allwissenden „Uhrmacher"-Gott bei Leibniz und Bourdieu. Auch ei-

nige wenige der zahlreichen Erkenntnisprobleme evidencegestützten Handelns, die Ende des letzten Jahrtausends theoretisch zu bewältigen waren, sprechen sie wieder an. Das ist zweifellos ein großes Verdienst. Ihr Lösungsvorschlag, die empirische Evidence durch eine theoretische „Justification" per „generally accepted theory" und weiter durch Experience und context-based knowledge zu einem EbM+Theory-Approach zu ergänzen, beruht allerdings auf 6 Annahmen, die leider für Menschen nicht realisierbar sind und daher mit einer anthropologisch begründbaren, also bescheiden gewordenen Erkenntnistheorie nicht vereinbar sind. Wie die Ausführungen von Pfaff und Schmitt belegten, führte ihre Unterscheidung von „theory-based Knowledge" und „evidence-based Knowledge" (Pfaff und Schmitt 2021, S. 6) bzw. sogar von „empirical and theoretical evidence" (Pfaff und Schmitt 2023, S. 1) dazu, extrem kritiklos eine seit 30 Jahren überwundene Version von „EbM" zu tradieren. Pfaff und Schmitt entlasten „EbM" völlig von der seit 30 Jahren herausfordernden Pflicht, bei jeder Studie deren implizite Theorien zu explizieren, zu analysieren und die meist nicht durch eine einzige Methode zu bewältigenden Verzerrungs-Risiken zu priorisieren: Pfaff und Schmitt stellen einfach eine davon unabhängige „theoretical evidence" daneben. Das Phänomen kennt man vom Hausbau. Anstatt ein altes Haus instand zu setzen und zu renovieren, wird einfach ein neuer, etwas wackeliger Anbau angefügt. Nach einiger Zeit fallen beide zusammen, das Haus und der Anbau. Zweifellos hätte eine Studie, die behauptet, theoriefrei empirische evidente Beiträge leisten und generalisieren zu können, mit Evidencebasierung nichts zu tun. Theoriefreie Wahrnehmung ist Menschen – im Unterschied zum allwissenden Gott – nicht möglich – auch wenn sich nicht wenige Menschen darauf berufen, durch eine persönliche Procura des allwissenden Gottes als Prokuristen Gottes an seiner Allwissenheit teilzuhaben. Die Bewegungen der Evidencebasierten Praxis entfalteten sich als theorieorientierte Bewältigungsversuche allfälliger Risiken verzerrter Wahrnehmungen und theoretischer Fehlschlüsse.

Prognose zur Ewigkeit und zu Risiken und Nebenwirkungen des „Ebm+Theory Approach"

Eine Prognose ist nicht schwer: Die Grenzen der Evidence-Basierung sind eine solche Zumutung, dass Menschen immer wieder ihre Hoffnung auf Theorie-Eminenzen setzen werden, die ihnen unter Berufung auf „Theorie" – oder auf ihnen exklusiv offenbarten Anteilen am Wissen des übermenschlich allmächtigen Gottes – die Begrenztheit menschlichen Wissens zu reduzieren versprechen. Solange es Menschen gibt, werden Eminenzen wohl nicht vergehen. Einige werden vielleicht in den Ruhestand gehen, andere vertrieben werden, aber immer wieder neue Eminenzen werden entstehen. Die Begrenzung menschlicher Erkenntnis ist einfach zu schwer auszuhalten. Sie zwingt zu existenziellen Entscheidungen unter Ungewissheit, Entscheidungen, die bei aller Ungewissheit als „vernünftig" den Mitmenschen zu begründen und zu verantworten sind. Diese Last an scheinbar eminente Experten abgeben zu können, wird immer eine höchst attraktive Versuchung bleiben. Was ist so schlimm an dieser so verständlichen Coping-Strategy? Dass die Berufung auf Theorie als Ergänzung und Relativierung von Evidence die Lernfähigkeit menschlicher Gesellschaften behindert und menschliches Leid verlängert, weil ihre zu naive Vorstellung von evidence-based knowledge den notwendigen Aufbau interner Evidence für überflüssig ansieht und sich stattdessen Eminenzen der „general-accepted theory" ausliefert.

Gerade am Umgang mit der Covid-19-Pandemie lässt sich die Differenz von externer Evidence und Entscheidung erkennen, die auf Pressekonferenzen oft legitimatorisch verdeckt wurde. Neben einem zuständigen, parlamentarisch gewählten Minister oder Amtsleiter stand meist schweigend eine Wissenschaftlerin oder

Literatur

Behrens J 2019. Theorie der Pflege und der Therapie. Bern usw.: Hogrefe

Behrens J & Langer G 2004. Evidence based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft" Bern: Huber

Behrens J & Langer G 2022. Evidence based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung V, Göttingen usw.: Hogrefe

Carnap R 1966, An introduction to the philosophy of science. New York: Basis Books

Cronbach L J 1982, Designing Evaluations of Educational and Social Programs. San Francisco: University Press

Ginzburg C 1983, Spurensicherung, Berlin: Wagenbach

Gross R & Löffler M, 1997. Prinzipien der Medizin: Eine Übersicht ihrer Grundlagen und Methoden, Berlin: Springer

Hume J [1748] 1993, Untersuchung über den menschlichen Verstand, Hamburg: Meiner

Kant I 1995, Der Streit der Facultäten, Köln: Könemann. Klemperer D unter Mitarbeit von Kuhn J und Robra B-P, www.corona-verstehen.de, Version 78 vom 9.3.2024

Locke J 1670, An Essay Concerning Human Understanding, London: T. Basset

Luhmann N 1975, Soziologische Aufklärung 2. Aufsätze zur Theorie der Gesellschaft, Opladen: Westdeutscher Verlag

Luhmann N 1981, Soziologische Aufklärung 3. Soziales System, Gesellschaft, Organisation, Opladen: Westdeutscher Verlag

Luhmann N 1993, Soziologische Aufklärung 5: Konstruktivistische Perspektiven, Opladen: Westdeutscher Verlag

Luhmann N 2019 -2022, Schriften zur Organisation. Herausgegeben von Ernst Lukas und Veronika Tacke, Bände 1–5, Wiesbaden: Springer VS

Magnus A 1981. Zum 700. Todestag [Auszüge der Schriften De Vegetabilibus, Ethica u. a.]. (Ausstellungskatalog des Historischen Archivs der Stadt Köln)

Peirce C S 2009, The logic of interdisciplinarity, Berlin: Akademie-Verlag

Pfaff H, Schmitt J 2023, Reducing uncertainty in evidence-based health policy by integrating empirical and theoretical evidence: an EbM+theory approach. J Eval Clin Pract. 2023;1-15. doi:10.1111/jep.13890

Pfaff H and 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. Front. Public Health 9:727427. doi: 10.3389/fpubh.2021.727427.

Raspe H 2015, Standpunkt: „Der Nächste bitte". Anmerkungen zur Indikationsstellung in der klinischen Medizin. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 109(1), 46–50

Singer W (2017) Zur Hirnforschung und Willensfreiheit. Frankfurter Rundschau 73(159), S. 27

Them, C.; Behrens J, 2003 Comparison of frontal teaching vs. problem-oriented learning at the school of healthcare and nursing: nursing neurological patients in: International Journal of Medical Informatics; Reference: IJB1911, 46–50.

ein Wissenschaftler, als seien externe Evidence und Entscheidung eins. Akademien empfahlen, was Politik dringend zu machen habe. Die Differenzierung zwischen (begrenzter) empirischer externer Evidence und parlamentarisch zu treffender Entscheidung schien eingeebnet, der Aufbau interner Evidence nicht mehr nötig. Bekanntlich war die verfügbare externe Evidence zu Beginn der Covid-19-Pandemie sehr begrenzt. Entscheidungen, die sich nachträglich als falsch herausstellen würden, waren weder zu vermeiden noch vorzuwerfen. Vorzuwerfen, weil leicht zu vermeiden, war das Versäumnis, von Anfang an methodisch gute Studien außer zur Wirkung auch zu „Risiken und Nebenwirkungen" der Entscheidungen zu unternehmen, z. B. bei stationär Pflegebedürftigen und jüngeren Schülern, aber auch vielen anderen Gruppen. Die externe und interne Evidence hätte sich schneller vermehren und damit Entscheidungen eine bessere Grundlage geben können. Für die nächste Pandemie, die sicher kommen wird, wäre einiges mehr an externer Evidence bereitgestellt worden. Positiv ist auf das erst alle 14 Tage, dann monatlich aktualisierte (inzwischen 78. Version) Buch von David Klemperer unter Mitarbeit von Joseph Kuhn und Bernt-Peter Robra hinzuweisen „www.corona-verstehen", das den jeweils neuesten Stand des Wissens zusammenfasste und sicher zu ergänzen ist.

Es war in den letzten 30 Jahren, seit der Bewegung der antiautoritären Studierenden der McMaster University, immer zu erwarten: Die Eminenzen schlagen zurück. Sie werden mit utopischen Hoffnungen empfangen werden und gefeiert. So gefeiert, werden nur wenige Eminenzen zur – in der Tat langwierigen und wenig glanzvollen – Arbeit zurückkehren, die Theorien und Methoden in den EbP-Studien externer Evidence kritisch zu analysieren und individuellen Klienten bei deren Aufbau interner Evidence zur Verfügung zu stehen. <<

The EbM+Theory Approach – an appreciation of its 6 assumptions and its risks and side effects

In their "EbM+Theory approach" (2021 and 2023), Holger Pfaff and Jochen Schmitt address questions of evidence-based decisions that evidence-based health services research worked on 30 years ago. Their EbM+Theory approach is based on at least six assumptions, the practical-empirical validity of which is examined. A conclusion deals with the risks and side effects of the EbM+Theory approach and predicts eternal survival for this approach, since it supports Eminence.

Keywords

Philosophy of science, anthropologically modest epistemology, evidence-based health services research, EbM+Theory approach, Systems Theory

Autorenerklärung

Der Autor erklärt, dass keine finanziellen Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Behrens, J.: „Der EbM+Theory Ansatz – eine Würdigung seiner 6 Annahmen und seiner Risiken und Nebenwirkungen", in: „Monitor Versorgungsforschung" (02/25), S. 79–88. http://doi.org/10.24945/MVF.02.25.1866-0533.2710

Prof. em. Dr. phil. habil. Johann Behrens
war Gründungsdirektor des ersten Instituts für Gesundheits-, Therapie- und Pflegewissenschaften an einer öffentlichen Medizinischen Fakultät in den deutschsprachigen Ländern (D-A-CH), der Universität Halle-Wittenberg. Er war Vorstandsmitglied der auch in der Versorgungsforschung aktiven DFG-Sonderforschungsbereiche 186 (Bremen 1988–2000) und 580 (Halle/Jena 2000–2012) sowie der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft. Zudem war er Gründungsmitglied des German Centers for Evidence based Nursing „sapere aude". Kontakt: Johann.Behrens@medizin.uni-halle.de



Wir bringen Licht ins Dunkel



„Das wäre eine armselige Wissenschaft, die die große, tiefe, geheiligte Unendlichkeit des Nichtwissens vor uns verbergen wollte, über welcher alle Wissenschaft wie bloßer oberflächlicher Nebel schwimmt."

Thomas Carlyle
schottischer Philosoph und Historiker
(1795 - 1881)

Am besten, Sie abonnieren gleich*:

Kurzlink: https://t1p.de/dnovh

oder per Mail: abo@m-vf.de

monitor VERSORGUNGS FORSCHUNG

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

AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

„Schnittstelle Notaufnahme: Strukturierte Patientenübergabe zur Erhöhung der Patientensicherheit“

Täglich werden mehr als 30.000 Mal Patient:innen, die akut medizinische Hilfe benötigen, von einem Behandlungsteam des Rettungsdienstes (RD) an ein anderes Team übergeben. Übergaben in der Zentralen Notaufnahme (ZNA) sind häufig mit einem hohen Stresslevel und Zeitdruck assoziiert, insbesondere bei kritisch Kranken bzw. Verletzten. Darüber hinaus ist die Übergabe von der präklinischen Versorgung in die ZNA immer auch eine interprofessionelle Übergabe, an der mindestens zwei Berufsgruppen, nämlich Rettungsdienst und Pflege, sowie häufig eine dritte Berufsgruppe, Ärztinnen und Ärzte, beteiligt sind. Unterschiedliche Erwartungen und fachliche Voraussetzungen, der verschiedenen Berufsgruppen bieten Potential für Missverständnisse und Fehler (1,2).

Im Sinne einer Staffelstabübergabe besteht für die Übergabe bzw. die Weitergabe patientenrelevanter Informationen in der ZNA nur eine einmalige Gelegenheit. Unwirksame Übergaben haben negative Auswirkungen auf die Patient:innen-Versorgung. Dies umfasst: Fehldiagnosen, Diagnose- und Behandlungsverzögerungen, fehlerhafte Behandlung oder Medikation. Unzureichende, falsche oder fehlinterpretierte Informationen über die vorangegangene Behandlungsphase gefährden somit die Patient:innen. Fehler bei der Übergabe zwischen Rettungsdienst und Zentraler Notaufnahme (ZNA) kommen bis zum heutigen Tage häufig vor und es ist deswegen notwendig den Übergabeprozess zu standardisieren und strukturierte Übergabeprotokolle anzuwenden (3,4,5). Seit der Veröffentlichung der Übergabemerkhilfe „SINNHAFT“ im Juni 2023 existiert in Deutschland erstmalig ein wissenschaftlich entwickelter Standard für die Übergabe des RD an das Team der ZNA (5). „SINNHAFT“ ist unter Einbeziehung aller notfallmedizinischer Fachgesellschaften durch ein Delphi-Verfahren, das sich an den Regularien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) orientiert, entwickelt worden.

Das Akronym steht für: Start, Identifikation, Notfallereignis und Notfallpriorität, Handlung, Anamnese, Fazit und Teamfragen.

Im Vergleich zu anderen Merkhilfen weist „SINNHAFT“ einige Besonderheiten auf, hierzu zählt die feste Verankerung von Crew Ressource Management Aspekten (CRM). „SINNHAFT“ überprüft die Anwesenheit aller Teammitglieder, vermeidet Manipulationen an Patient:innen während der Übergabe, fokussiert auf eine „Sender-Empfänger“ Beziehung und setzt ein klares Startzeichen. Aus kommunikationspsychologischer Sicht sieht die Merkhilfe einen stakkatoartigen Übergabestil vor, bei dem jeder Teilaspekt durch die übergebende Person angekündigt wird. Ebenso verknüpft „SINNHAFT“ die „Notfallpriorität“ fest mit der „Handlung“, so dass zu jedem „cABCDE-Problem“ direkt die präklinischen Handlungen kommuniziert werden. Anamnesebestandteile wie z.B. Allergien, Medikation und Vorerkrankungen sind mündlich zu übermitteln, wenn sie in direktem Zusammenhang mit der/den Behandlungspriorität(en) (cABCDE) stehen und für die unmittelbare/lebensrettende Versorgung von Bedeutung sind. Das „Fazit“ umfasst die Rekapitulation des Notfallereignisses, der Notfallpriorität (ohne Vitalparameter), gekoppelt an die Handlung (ohne Wirkung). Um einen sogenannten Framing-Effekt für das aufnehmende Team zu verhindern, werden die Vitalparameter und die Wirkung der durchgeführten Maßnahmen bewusst nicht wiederholt.

Am Ende der Übergabe wird dem aufnehmenden Team unter dem Punkt „Teamfragen“ die Möglichkeit eingeräumt, Fragen zu stellen (5). Darüber hinaus definiert „SINNHAFT“ auch Sachverhalte wie den Umgang mit fehlenden Informationen oder bewusst unterlassenen Maßnahmen und erlaubt zusammenfassende Aussagen bei Normalbefunden, sodass die Merkhilfe gut auf den individuellen Übergabefall und dessen Besonderheiten Rücksicht nehmen kann (5). Aus Sicht des Autors gibt es derzeit für keine andere Merkhilfe für den Einsatz im Rettungsdienst bzw. an der Nahtstelle zur ZNA eine vergleichbare wissenschaftliche Evidenz. Insofern kann und sollte „SINNHAFT“ für den sofortigen Einsatz genutzt werden. Sowohl für den Rettungsdienst als auch die Mitarbeiter:innen der Zentralen Notaufnahme steht zur Anwenderschulung ein kostenfreies Lernmodul zur Verfügung (https://notfall-campus.de/sinnhaft).

Erfreulicherweise ist eine hohe Akzeptanz beim Rettungsdienst und den ZNA von „SINNHAFT“ zu verzeichnen. Einzelne Landesrettungsdienstschulen haben „SINNHAFT“ bereits in ihren Lehrplan aufgenommen. Die Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA) empfiehlt „SINNHAFT“ als Übergabemerkhilfe in der ZNA, ebenso das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) sowie die Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands e.V. (BAND e.V.). Bayern hat über den Rettungsdienstausschuss, die Übergabemerkhilfe flächendeckend eingeführt.

Perspektivisch wäre es wünschenswert, „SINNHAFT“ bundesweit als verbindliche Merkhilfe zu etablieren. Konsekutiv würden sich hieraus eine Vielzahl von Vorteilen ergeben. Die Standardisierung würde flächendeckend eine sog. „Common Language of Hand Over” mit sich bringen und parallel würde eine zentral (bundesweit) gesteuerte wissenschaftliche Begleitung und Evaluation neben der Generierung von validen Daten (z.B. Outcomeparameter) auch die kontinuierliche Modifikation / Weiterentwicklung der Übergabeinhalte ermöglichen. Alle Beteiligten sind hier aufgefordert aktiv an der flächendeckenden Standardisierung mitzuwirken, denn nachweislich würde sich dadurch die Patient:innenversorgung und Patient:innensicherheit verbessern.

Wenn Übergabe, dann „SINNHAFT“

Literatur: 1 Clin Teach 10(4):219–223. doi:10.1111/tct.12018 **2** Emerg Med Australas 21(2):102–107. doi:10.1111/j.1742-6723.2009.01168.x **3** International Emergency Nursing 18(4):210–220. doi:10.1016/j.ienj.2009.11.006 **4** Annals of Emergency Medicine 49(2):196–205. doi:10.1016/j.annemergmed.2006.06.035 **5** Notfall Rettungsmed 27(1):19–24. doi:10.1007/s10049-023-01167-4

Korrespondierender Autor: Prof. Dr. med. Ingo Gräff, DESA | Abteilung Klinische Akut- und Notfallmedizin | Universitätsklinikum Bonn | ingo.graeff@ukbonn.de

Grußwort

Liebe Kolleg:innen, liebe Leser:innen,

die Patientensicherheit steht im Mittelpunkt unseres Handelns - insbesondere an den sensiblen Schnittstellen der Versorgung wie Notaufnahme und Intensivstation. Eine strukturierte Patientenübergabe in der Notaufnahme kann entscheidend dazu beitragen, Informationsverluste zu vermeiden und die Behandlungsqualität zu verbessern. Ebenso ist ein gezieltes Intensivpatientenmanagement unerlässlich, um sowohl die Patientensicherheit als auch einen effizienten Ressourceneinsatz zu gewährleisten. Diese wichtigen Themen wollen wir in dieser Ausgabe beleuchten und gemeinsam daran arbeiten, Strukturen und Prozesse weiter zu optimieren. Lassen Sie uns gemeinsam für eine sichere Patientenversorgung eintreten!

Prof. Dr. med. Stefan Schröder, MHBA
Klinik für Anästhesiologie, Artemed-Krankenhaus Düren
Vorstand Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS)

„Schnittstelle Intensivstation: Strukturierte Patientensteuerung zur Optimierung von Patientensicherheit & Ressourcennutzung“

Den richtigen Patienten zur richtigen Zeit in der richtigen Versorgungstruktur zu behandeln ist ein wichtiges Ziel für eine effiziente Gesundheitsversorgung. In der Akutmedizin fungiert die Intensivstation (ITS) oft als Schnittstelle zwischen Notaufnahme, OP und nachsorgenden Einheiten. Stauungen im Zu- oder Abfluss von Patienten führen zu verspäteten oder abgesagten OPs, vermeidbaren Wartezeiten und möglichen Patientenzustandsverschlechterungen in der Notaufnahme, sowie auf ihre Verlegung wartende Patienten auf den Intensiv- und Normalstationen. Auf Grund von komplexen Behandlungsanforderungen an Personal und Ausstattung, sowie hoher Kosten bei knappen Ressourcen sind ITS-Kapazitätsauslastungen von >85% häufig und können zu Patientengefährdungen führen, wenn kritisch-kranke Patienten nicht zeitnah aufgenommen oder noch instabile Patienten zu früh auf eine niedrigere Versorgungsstufe verlegt werden. Jedoch auch vermeidbar lange Liegezeiten auf der ITS mangels koordinierter Visiten und Entscheidungsprozesse, Betten- oder Personalknappheit beim Patiententransfer oder in den nachsorgenden Einheiten führen zu ineffizienter Ressourcennutzung und erhöhen Patientenrisiko und Krankenhausverweildauer durch z.B. im Krankenhaus erworbene Infektionen, Übertherapie, mangelnde Mobilisation oder Delirium. Das sogenannte Care-Gap zwischen einem sehr hohen Betreuungsschlüssel und kontinuierlicher Vitalparameter-Überwachung auf der ITS gegenüber einem deutlich niedrigeren Pflegeschlüssel sowie nur punktueller Zustandsüberwachung auf der Normalstation stellt ein weiteres Patientenrisiko dar. Zudem erhalten zuständige Teams der nachgelagerten Versorgungseinheiten wichtige Therapieinformationen oft verspätet oder unvollständig. Eine interdisziplinär ausgerichtete Patientenflusssteuerung, ein proaktives Ressourcenmanagement, die Verknüpfung notwendiger Daten und Etablierung abteilungsübergreifender Kommunikationswege können helfen, Kapazitätsengpässe zu reduzieren und die Patientensicherheit zu erhöhen. In diesem Kontext werden nachstehend geeignete Maßnahmen aufgezeigt [1-3].

Instrumente zur Patienteneinschätzung

Für eine bessere Ressourcenallokation und zur Vermeidung von Fehlbelegungen, sollten objektivierbare Aufnahme- und Entlassungskriterien für unterschiedliche Bereiche der Akutmedizin im interdisziplinären Konsens festgelegt werden. Zudem ist eine frühzeitige Therapiezielfestlegung in der Notaufnahme und der ITS unter Beachtung des Patientenwillens zur Vermeidung nicht indizierter Intensivtherapie empfohlen. Eine gezielte, kapazitätsabhängige Patientensteuerung kann auch durch eine Wichtigkeits-Dringlichkeits-Gewichtung des Versorgungsbedarfs gelingen.

Prozesssynchronisation der Versorgungskette

Eine Prozesssynchronisation und proaktive Patientenflusssteuerung entlang der Versorgungskette können durch eine gute Auslastungstransparenz der einzelnen Versorgungsstufen mittels abteilungsübergreifend verfügbarer Ressourcennutzungsdaten in Echtzeit, eine abgestimmte und interdisziplinäre Visite, einen standardisierten Aufnahme- und Verlegungsprozess, sowie abteilungsübergreifende Kommunikationswege realisiert werden.

Schließung des Care-Gaps

Strukturierte Übergabeprotokolle, Liaison Nurses oder Reach-out Teams seitens der Intensivstation, sowie ein mobileres Patientenmonitoring und Frühwarnsysteme wie Early Warning Scores auf den niedrigeren Versorgungsstufen können helfen, das Care-Gap zu schließen, sowie die Pflegequalität und die Patientensicherheit entlang des Versorgungspfades zu verbessern. Auch die Etablierung oder flexible Erhöhung von Intermediate Care-Kapazitäten kann helfen, die ITS zu entlasten und Patienten mit erhöhtem Überwachungs- oder Therapiebedarf noch weiter zu stabilisieren.

Flexible Kapazitätsallokation

Konzepte der abgestuften Versorgung innerhalb zusammenhängender Räumlichkeiten können an den sich ändernden patienten-individuellen Versorgungsbedarf flexibler angepasst werden. Die Bildung von Personalpools mittels entsprechender Schulungskonzepte als Personalausfalls- und Personalaufstockungskonzept in Spitzenbelegungssituationen dient dazu, Kapazitäten dort kurzfristig zu allokieren, wo sie benötigt werden. Unablässig ist zudem eine sich wiederholende Ist-Analyse der genutzten Kapazitäten entlang der Patientenpfade mit geeigneten Kennzahlen (z.B. Hauptbeleger/ -abnehmer, Auslastung, Schweregrad, Pflegeaufwand/-Schlüssel, Verweildauer) und daraus resultierend gegebenenfalls eine Reallokation von Betten, Personal und Patientenmix.

Ganzheitliche Systemoptimierung

Generell kann die Erhebung geeigneter Kennzahlen zur Bewertung von Patientenfluss und Ressourcennutzung helfen, Engpässe und ihre Auswirkungen auf angrenzende Bereiche zu identifizieren, Potenziale für eine effizientere Ressourcennutzung aufzuzeigen und Verbesserungsmaßnahmen zu evaluieren. Für eine optimale Realisierung im Klinikalltag bedarf es einer breiteren Vernetzung und Analyse von Patienten- und Kapazitätsauslastungsdaten, sodass zeitnah objektiv Entscheidungen getroffen und die medizinische Versorgung nachhaltig gestaltet werden können.

Fazit

Geeignete Maßnahmen zur Optimierung von Patientensteuerung und Ressourcennutzung sollten zum einen die bestmögliche Versorgung des individuellen Patienten, aber auch einen gerechten Zugang zu optimaler Versorgung aller Patienten im Fokus haben. Es gilt den Versorgungsbedarf jedes Patienten objektiv und zeitnah einzuschätzen und die Einstufung engmaschig zu überprüfen und anzupassen. Prozesse sollten über die Abteilungsgrenzen hinweg gedacht, gestaltet und synchronisiert werden. Idealerweise werden die vorhandenen Kapazitäten dann flexibel dem Versorgungsbedarf angepasst und nicht starr innerhalb der Abteilungsgrenzen verwaltet. Um positive Veränderungen im Bereich Ressourcennutzung und Patientensicherheit in der Intensivmedizin zu realisieren, müssen Stakeholder entlang der gesamten Versorgungskette eingebunden, geeignete Kennzahlen zur Erfolgsmessung gewählt und die Effekte auf alle Versorgungsbereiche beobachtet werden.

Literatur:

1. Rutherford PA, Anderson A, Kotagal UR, Luther K, Provost LP, Ryckman FC, Taylor J: **Achieving hospital-wide patient flow (second edition) The right care, in the right place, at the right time.** In: IHI White Paper. Edited by Improvement IfH. Boston Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2020: 72.

2. Spohn K, Schütte JK, Hiller M, Aymaz S, Schröder S: **Engpass Intensivmedizin - Bedarf an Intensivbetten muss interdisziplinär gesteuert werden.** In: Jahrbuch Intensivmedizin 2020. Edited by Böttiger BW, Kuckelt W. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2020: 65 - 80.

3. Hiller M, Spohn K, Hering R, Hohn A, Lahm A, Bergrath S, Schütte JK, Aymaz S, Cremer S, Milde M et al: **Multi-professional and interdisciplinary solutions for the sustainable optimisation of intensive care capacity use.** Anästhesie und Intensivmedizin 2021, 62:385-395.

Korrespondierende Autorin: Maike Hiller [1,2] (m.hiller@erasmusmc.nl)
1 Abteilung für Intensivmedizin, Erasmus MC University Medical Center, Rotterdam, Niederlande
2 Bereich Hospital Patient Monitoring, Philips Medizin Systeme Böblingen GmbH, Böblingen, Deutschland

V.i.S.d.P.: Dr. Ruth Hecker



Wir nehmen Gesundheit persönlich.

Deshalb erforschen und entwickeln wir Therapien, mit denen wir Krankheiten immer gezielter behandeln, heilen oder sogar verhindern können.

Unser Anspruch: Leading where medicine is going.

Erfahren Sie mehr darüber, wie wir medizinischen Fortschritt gestalten:
innovativemedicine.jnj.com/germany

Johnson&Johnson