

„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

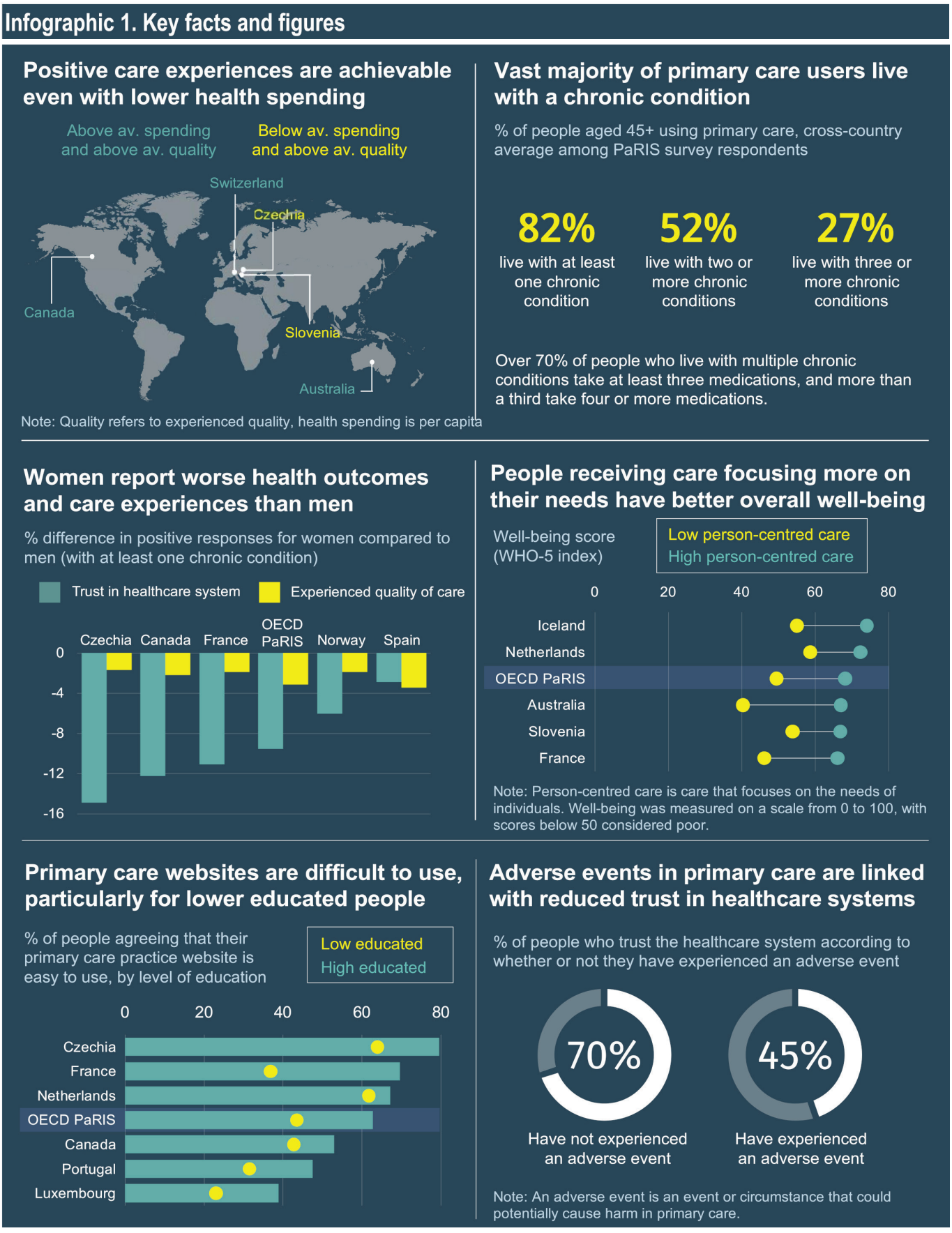


Abb. 1: Infografik 1: Wichtige Fakten und Zahlen. Quelle: OECD-Flagship-Report „Does Healthcare Deliver?", S. 18.