Verständigung zwischen den unterschiedlichen Disziplinen in der Versorgungsforschung

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 Ak-

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) (1). 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 Kosten-Nutzwert-Analysen 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 (2). 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. Fußnoten: 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.*

tivitäten und Teilhabe gemäß International 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

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

zwischen ambulantem, stationärem und 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. Angélique Herrler[1]
ORCID: 0000-0002-8551-5091
Prof. Dr. jur. Andreas Hänlein[2]
Dr. med. et med. univ. Michael Eichinger[3,4]
ORCID: 0000-0003-0064-7640
Dipl.-Volksw. Christian Jesberger[5]
Dipl.-Ges.Wirt (FH) Stefanie Wobbe-Ribinski[6]
ORCID:0009-0001-5734-5339
Prof. Dr. med. Freia De Bock[1,7]
ORCID: 0000-0002-7089-8106

1: Klinik für Allgemeine Pädiatrie, Neonatologie und Kinderkardiologie, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
2: Fachgebiet für Wirtschafts-, Arbeits- und Sozialrecht, Institut für Wirtschaftsrecht am Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Universität Kassel
3: Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
4: Zentrum für Präventivmedizin und Digitale Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim,Universität Heidelberg
5: Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Hochschule Fulda
6: DAK-Gesundheit, Hamburg
7: Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft am Centrum für Prävention, Human- und Gesundheitswissenschaften (CC1) der Charité Universitätsmedizin Berlin, gemeinsame medizinische Fakultät von Freier Universität Berlin und Humboldt-Universität zu Berlin

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.