



Lena Ansmann bekleidet die bundesweit erste Professur für Organisationsbezogene Versorgungsforschung.

Gesundheit gut organisiert

Wie gut das Ergebnis einer medizinischen Behandlung ist, hängt nicht allein vom Können der Ärzte ab, sondern auch davon, wie ihr Arbeitsumfeld organisiert ist. Mit diesem Faktor beschäftigen sich die Oldenburger Versorgungsforscherin Lena Ansmann und der niederländische Mikrobiologe Alexander Friedrich – mit ganz unterschiedlichen Forschungsansätzen

Am 13. Dezember 1973 erschien eine Studie im Wissenschaftsmagazin *Science*, die erhebliche Sprengkraft in sich trug. Unter dem Titel „Small Area Variations in Health Care Delivery“ (übersetzt etwa: „Kleinräumige Unterschiede in der Gesundheitsversorgung“) stellten US-Epidemiologen Erstaunliches fest: In einem Bezirk im Bundesstaat Vermont im Osten der USA wurden 15 Prozent aller Kin-

der bis zum Alter von 15 Jahren die Mandeln entfernt, im Nachbarbezirk waren es viermal so viele. Auch bei anderen Operationen, bei der Zahl der Krankenhaustage pro Kopf und bei den Kosten für Krankenhausaufenthalte zeigten sich auffallende Unterschiede. Anscheinend wurde umso mehr operiert, je mehr Krankenhausbetten es im jeweiligen Bezirk gab.

Dieses Ergebnis war feine gängige

Vorstellungen über die medizinische Versorgung über den Haufen; etwa, dass Ärzte ihre Entscheidungen ausschließlich am Stand des Wissens und am Wohl des Patienten ausrichten. Eine Schlussfolgerung aus der Studie lautete: Manche Unterschiede in der Gesundheitsversorgung lassen sich nicht medizinisch erklären, sondern beruhen offenbar auf anderen Faktoren. Zum Beispiel darauf, dass

Krankenhäuser unterschiedlich organisiert sind. Erst in den letzten Jahren sind diese organisationsbedingten Unterschiede verstärkt in den Blickpunkt der Forschung gerückt. Denn es gibt nach wie vor teils drastische regionale Variationen bei der Häufigkeit bestimmter Operationen – und es bleibt unklar, wodurch solche und ähnliche Besonderheiten verursacht werden. „Auch die Komplikationsrate oder die Sterblichkeit nach einer bestimmten OP können von Krankenhaus zu Krankenhaus variieren“, sagt Prof. Dr. Lena Ansmann vom Department für Versorgungsforschung der Universität Oldenburg. Die Wissenschaftlerin zählt zu den wenigen Forschern in Deutschland, die systematisch untersuchen, wie sich Unterschiede zwischen Organisationen auf die Patientenversorgung auswirken. Ansmanns Professur für Organisationsbezogene Versorgungsforschung wurde im November 2017 geschaffen und ist bundesweit die erste, die sich explizit dieser Materie widmet.

„Wir möchten die Forschungsaktivitäten intensivieren.“

„Genau genommen handelt es sich um eine Kombination aus Organisationsforschung und Versorgungsforschung“, erklärt die Wissenschaftlerin. Während Versorgungsforscher zum Beispiel untersuchen, wie sich verschiedene Behandlungsmethoden auf die Lebensqualität der Patienten auswirken oder welche Ursachen medizinische Fehler haben, blicken Organisationsforscher aus sozialwissenschaftlicher Perspektive auf Merkmale einer Organisation – etwa Führungskultur, Veränderungsbereitschaft oder auch den Spezialisierungsgrad. „Wir untersuchen dann, ob es einen Zusammenhang zwischen diesen Merkmalen und dem Ergebnis beim Patienten gibt, also wie gut die Patienten in einer Einrichtung versorgt werden“, erläutert Ansmann.

Besonders interessiert sich die Expertin für das Miteinander der Menschen innerhalb einer Organisation. Teilweise reichen ihre Forschungsprojekte in die Heilpädagogik und die soziale Arbeit hinein. Einen weiteren Schwerpunkt bildet die onkologische Versorgung. In der von der Deutschen Krebshilfe geförderten Studie PINTU (Patient involvement in multidisciplinary tumor conferences in breast cancer care) etwa, die Ansmann zusammen mit ihrer Kollegin Nicole Ernstmann von der Universitätsklinik Bonn leitet, stehen sogenannte Tumorkonferenzen im Mittelpunkt. Das sind Fallbesprechungen, bei denen zumeist Ärzte unterschiedlicher Fachrichtung vor oder nach einer Krebsoperation über die Prognose und die weitere Behandlung eines Patienten diskutieren – etwa, ob eine Bestrahlung oder eine Chemotherapie nötig ist. Normalerweise sind die Experten dabei unter sich, doch in einigen wenigen auf Brustkrebs spezialisierten Krankenhäusern nehmen die Patientinnen an den Tumorkonferenzen teil. „Wir wissen bislang aber nicht, ob das eine gute Idee ist“, sagt Ansmann. Schließlich unterhielten sich die Ärzte meist in Fachsprache, was die oft sehr nervösen Patientinnen zusätzlich beunruhigen oder überfordern könnte. Ob es für die Ärzte praktikabel ist, die Patientinnen zu beteiligen, sei ebenfalls unklar. Für eine Beteiligung der Patientinnen spreche, dass sie so genauer über das Für und Wider aller Optionen informiert würden und besser entscheiden könnten, welche Therapie für sie angemessen ist.

Um offene Fragen wie diese zu untersuchen, haben Ansmann und ihre Kollegen Ärzte in verschiedenen Brustzentren interviewt. Sie wollen herausfinden, welche Vor- und Nachteile die Mediziner sehen und wie sie die Patientinnen konkret in die Gespräche einbinden. „Es gibt Ärzte, die sagen: Das ist eine super Idee, das sollte man überall so machen, die Patientinnen sind total zufrieden damit“, berichtet Ansmann. Andere sähen eher

die Nachteile – etwa, dass weniger offen diskutiert werden könne oder sich die Tumorkonferenzen unnötig in die Länge zögen. „Wenn wir das mit Klinikern diskutieren, ist das immer recht kontrovers, was ich sehr spannend finde“, sagt die Forscherin. Im nächsten Schritt wird Ansmann mit ihrem Team Patientinnen vor und nach den Konferenzen interviewen und Videoaufnahmen auswerten. So wollen sie ermitteln, wie sich die Patientinnen in den Tumorkonferenzen verhalten und wie es ihnen danach geht.

In ihrem neuen Forschungsfeld engagiert sich Ansmann dafür, Wissenschaftler mit ähnlichem Schwerpunkt zusammenzubringen und zu vernetzen. Im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNV) leitet sie die Arbeitsgruppe „Organisationsbezogene Versorgungsforschung“ und hat so in den vergangenen zwei Jahren daran mitgewirkt, Standards für Methoden zu überarbeiten, die für ihr Fachgebiet wichtig sind. Ein Memorandum mit den Ergebnissen erscheint demnächst. Zudem ist sie am Projekt NWOB („Organisationales Verhalten in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland“) beteiligt, das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert wird: In einem Buch geben 20 Forscher aus verschiedenen Fachbereichen – von der Allgemeinmedizin bis zur Volkswirtschaft – einen systematischen Überblick über den Stand der organisationsbezogenen Versorgungsforschung in Deutschland. „Wir möchten dieses neue Feld weiter etablieren und die Forschungsaktivitäten intensivieren“, berichtet Ansmann.

Wie entscheidend Fragen der Organisation für die medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten sind, zeigt auch ein Blick über die Grenze in die benachbarten Niederlande. „Die beiden Länder unterscheiden sich in der Krankenversorgung in vielerlei Hinsicht“, sagt Prof. Dr. Alexander Friedrich, Leiter der Abteilung für Medizinische Mikrobiologie und Infektionsprävention am Universitäts-



In den Niederlanden hat fast jedes Krankenhaus ein eigenes Labor und seinen eigenen klinischen Mikrobiologen. Alexander Friedrich leitet die Abteilung für Medizinische Mikrobiologie und Infektionsprävention am Universitätsklinikum Groningen (UMCG).

klinikum Groningen. Das betrifft insbesondere Friedrichs Fachgebiet, die Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene. Deutschland hat ein Problem mit sogenannten Krankenhauskeimen, unter anderem mit multiresistenten Staphylokokken (MRSA). Dabei handelt es sich um eine Variante einer weitverbreiteten Mikrobenart, gegen die fast kein Antibiotikum mehr wirkt. In Deutschland kommen MRSA-Infektionen zehnmal so häufig vor wie in den Niederlanden. „Diesen immensen Unterschied würde man vielleicht zwischen Nord- und Südeuropa erwarten, aber nicht zwischen Deutschland und den Niederlanden“, sagt Friedrich, der lange dem Wissenschaftlichen Beirat der European Medical School Groningen-Oldenburg angehörte und eng mit der Oldenburger Universitätsmedizin zusammenarbeitet. Die Ursache für die größere Verbreitung der MRSA-Keime liegt weniger darin, dass man in Deutschland weniger über Desinfektion oder den richtigen Einsatz von Antibiotika wisse. „Auch den deutschen Ärzten ist natürlich klar, wie man Hygiene einsetzt oder ein Screening durchführt. Es muss also Faktoren jenseits des medizinischen

Fachwissens geben“, folgert Friedrich.

Welche Faktoren das sind und wie man in deutschen Kliniken den niederländischen Standard erreichen kann, untersucht das von Friedrich geleitete deutsch-niederländische Kooperationsprogramm EurHealth-iHealth, an dem auch die Universität Oldenburg beteiligt ist. Einige organisatorische Unterschiede zwischen den beiden Ländern fallen sofort ins Auge: In den Niederlanden gibt es zum Beispiel in fast jedem Krankenhaus einen Medizinischen Mikrobiologen, der innerhalb kürzester Zeit das geeignete Antibiotikum in der richtigen Konzentration für Patienten mit einer bakteriellen Infektion bestimmt. Um eine Verbreitung von Erregern zu verhindern, leitet dieser Arzt gegebenenfalls selbständig präventive mikrobiologische Untersuchungen ein. In Deutschland sind solche Spezialisten hingegen rar. In beiden Ländern werden zwar Risikopatienten – etwa Landwirte oder Fernreisende – bei der Aufnahme in ein Krankenhaus auf resistente Keime getestet. In den Niederlanden werden zusätzlich alle Patienten gescreent, die auf eine Risikoabteilung, zum Beispiel eine Intensivstation aufgenommen

werden. „Vor allem dann, wenn ein Patient aus einem Krankenhaus oder Pflegeheim kommt, in dem ein Ausbruch bekannt ist, werden die Screenings teilweise wöchentlich wiederholt“, berichtet Friedrich.

Lernen von den Niederlanden

Bis die Abstriche negativ sind, bleiben die Patienten im Nachbarland vorsorglich in einem Einzelzimmer isoliert. „Diese prophylaktische Isolierpflege wird in deutschen Krankenhäusern sehr selten umgesetzt“, sagt Friedrich. Das liege daran, dass aus wirtschaftlichen Gründen meist so viele Betten belegt werden müssten, dass Patienten gar nicht ohne Weiteres isoliert werden können. Das niederländische Gesundheitssystem sei hingegen so ausgelegt, dass lediglich 60 Prozent der Betten belegt werden müssen. „Somit ist genug Platz für Isolationspflege vorhanden“, so Friedrich. Ob ein Patient isoliert werden kann oder nicht, werde somit durch die jeweilige Vergütungsstruktur bestimmt und weniger durch medizinische Gründe.

Auf der Ebene des Gesundheitssystems existieren viele weitere Unterschiede: In Deutschland ist die Zahl der Krankenhäuser relativ zur Einwohnerzahl drei- bis viermal so hoch und die der Krankenhausbetten doppelt so hoch wie in den Niederlanden, wo es zudem keine niedergelassenen Fachärzte gibt. „Ob und wie diese Unterschiede den Einsatz von Antibiotika und die Verbreitung resistenter Keime beeinflussen, hat sich bislang noch niemand genau angeschaut“, sagt Friedrich. Im Cross-border Institute for HealthCare and Prevention, einer im Aufbau befindlichen gemeinsamen Einrichtung der Universität Oldenburg und der Aletta Jacobs School of Public Health der Universität Groningen, will man die beiden Gesundheitssysteme in Zukunft strukturiert vergleichen – und so vielleicht auch die besten Stellschrauben finden, um das Keimproblem in den Griff zu bekommen. Die niedersächsische Landesregierung räumt dieser grenzüberschreitenden Forschung eine hohe Priorität ein.

Die niederländischen Strategien einfach auf Deutschland zu übertragen, ist aus Friedrichs Sicht nicht sinnvoll. „Es gibt zu viele landesspezifische Unterschiede, die man erst einmal

verstehen muss. Daher können Maßnahmen nicht eins zu eins übertragen werden, sondern müssen an den richtigen Stellen implementiert werden“, erläutert er. In einer Region mit viel Landwirtschaft können Nutztiere eine Quelle resistenter Keime sein, in einer anderen Region ist vielleicht eher die Verlegung von Patienten aus einer bestimmten Klinik in andere Krankenhäuser der wichtigste Verbreitungsweg.

Drehscheibe für resistente Erreger

Tatsächlich konnte Friedrich 2015 zusammen mit Kollegen in einer Studie zeigen, dass antibiotikaresistente Erreger häufig den Patientenströmen folgen. Gibt es einen Ausbruch in einem Krankenhaus einer Region, dann verbreitet sich der resistente Keim durch die Verlegung von Patienten rasend schnell auch in anderen Kliniken in der Umgebung. Die Untersuchung ergab, dass diese Verlegungen nicht beliebig in alle Richtungen passieren. Sondern dass bestimmte Krankenhäuser – manchmal auch nur einzelne

Stationen wie zum Beispiel Intensivstationen – eine Art Drehscheibe bilden und Erreger in die ganze Region verteilen. „Diese Knotenpunkte wollen wir finden. Wenn dort die Antibiotikatherapie und die Krankenhaushygiene perfekt umgesetzt werden, profitieren alle davon – unserer Meinung nach sogar diejenigen Häuser, in denen es nicht gut läuft“, sagt Friedrich.

Für Forscher in Groningen wie in Oldenburg gibt es zahlreiche Ansätze, um das Gesundheitswesen mitsamt seinen Organisationen in Deutschland und den Niederlanden zu erforschen und zu vergleichen. Das Projekt EurHealth-1Health hat bereits Veränderungen angestoßen: Die Ausbildung für Hygienefachkräfte soll in Deutschland und den Niederlanden langfristig angeglichen und erstmals gegenseitig anerkannt werden – ein Projekt, dem sich die Universität Oldenburg gemeinsam mit dem Oldenburger Klinikum widmet. Alexander Friedrich wird außerdem beginnen, mit Mitarbeitern an der Universität Oldenburg die Wege der multiresistenten Keime auch in Deutschland genauer zu erforschen. Denn eines sei klar: „Es ist kein Zufall, wie sich die Erreger verbreiten.“ (uk)



Gegen multiresistente Bakterien der Art *Staphylococcus aureus* sind viele Antibiotika machtlos. Mit gezielten Screenings werden Ausbrüche solcher Keime in den Niederlanden erfolgreich verhindert.