Einblicke und Einsichten, Ausblicke und Forderungen vom 10. Deutschen Kongress Versorgungsforschung

Mehr Evidenz für politische Entscheidungen

Ob der Umgang mit Arzneimitteln, deren Sicherheit, die seit kurzem geforderte frühe Nutzenbewertung, das Verhältnis zum Arzt und dem System als solches, ob Medikation bei Multimorbidität, Arzneimittelrisiken- und Information oder personalisierte Medizin - Hunderte von Vorträgen und Postersessions bildeten auf dem 10. Deutschen Kongress Versorgungsforschung auf der einen Seite die Notwendigkeit der Patientenzentrierung ab, auf der anderen ein ebenso breites wie tiefes Spektrum rund um das Thema Arzneimittel, das im Fokus der in diesem Jahr als Kooperationspartner des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) auftretenden Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittelepidemiologie (GAA) steht.



Prof. Dr. Holger Pfaff, 1. Vorsitzender des DNVF



Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer, Stellvertretender Vorsitzender des DNVF



Prof. Dr. Gerd Glaeske, DNVF-Hauptgeschäftsführer



Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK

Foto: BARMER GEK (auch: Straub)

>> „Wir sehen im Gesundheitswesen ein Missmatch zwischen Arzt und Patient. Es ist nötig, diese beiden, eigentlich zentralen Player wieder zusammen zu führen“, erklärte der stellvertretende Vorsitzende des DNVF, Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer von der Universität Witten-Herdecke. Ihm ist indes absolut bewusst, dass der viel beschworene Patient in vielen Leitlinien zwar im Fokus, aber ebenso häufig den handelnden Akteuren immer noch im Weg steht. Neugebauer plädierte ebenso eindringlich wie emotional dafür, nach der Epoche des Halbgotts in Weiß und der derzeitigen der Ökonomie endlich in die Ära des Patienten einzutreten. Dies könne ein wichtiges Signal sein, das „von uns als Versorgungsforscher ausgehen“ könne und müsse, meinte Neugebauer. Er will sich dafür einsetzen, dass der Arzt endlich wieder Arzt sein kann und der Patient evidenzbasierte und interessenunabhängige Information erhält, damit dieser gemeinsam mit dem Arzt seines Vertrauens auf Augenhöhe die für ihn passende Therapie (mit-)entscheiden kann.

Selbstverständlich seien inzwischen in allen Leitlinien Patienten einbezogen. Doch - so Neugebauer - wüssten wir nicht, welche Patienten einbezogen werden sollen oder wie ein Arzt-Patienten-Gespräch ablaufen soll. Neugebauer: „Das Gespräch findet zwar statt, aber wenn man fragen würde, was der Patient tatsächlich verstanden hat, wird das relativ wenig sein.“ Also müsse man dafür Tools entwickeln, den Patienten vorher besser zu informieren, dann evidenzbasierte Entscheidungshilfen anbieten oder zumindest als Vorstufe davon evidenzbasierte Patienteninformationen.

Diese Einsichten vertiefte DNVF-Hauptgeschäftsführer Prof. Dr. Gerd Glaeske von der Universität Bremen, indem er die Beispiele der Antibiotikaversorgung bei Kindern sowie die Versorgung von Patienten mit Demenz anführte. Während im Falle von Antibiotika viel zu viel - vor allem von Allgemeinärzten - eingesetzt werde, was neben Verschwendung zu unnötigen Resistenzen führe, sei bei Demenz eine deutliche Fehlversorgung mit stark wirksamen Psychopharmaka sowie mit Neuroleptika feststellbar. Das gelte vor allen in Pflegeheimen und besonders bei Menschen mit der höchsten Pflegestufe, die also gar nicht mehr wirklich mitentscheiden könnten. Glaeske: „Wir wissen gleichzeitig, dass es bezogen auf den Nutzen längst Warnungen gibt, dass insbesondere bei Menschen mit Demenz solche Neuroleptika zu einer sogenannten Übersterblichkeit führen.“

Genau hier könne Versorgungsforschung dazu dienen, zum einen die Anwendungs- und -Therapiesicherheit zu stärken, zum Zweiten die Transparenz zu fördern und zum Dritten auch die Patientenorientierung in den Mittelpunkt zu setzen. Hier müsste im Bereich der Versorgungsforschung sehr viel stärker auch mit Sekundärdaten der Krankenkassen gearbeitet werden.

„Brückenbauer“

Diese Steilvorlage verpasste natürlich Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der BARMER GEK nicht, dessen Unternehmen Hauptsponsor des 10. Deutschen Kongresses Versorgungsforschung in Köln war. Nach seinen Worten sind die Kassen „Brückenbauer“, weil sie einerseits die zur Versorgungsforschung nötigen Routinedaten lieferten - siehe dazu das Titelinterview mit den beiden Kongress-Präsidenten, dem 1. Vorsitzenden des DNVF, Prof. Dr. Holger Pfaff, sowie dem 1. Vorsitzenden der GAA, Prof. Dr. Sebastian Harder. Doch andererseits könnten Kassen die Brücke dann „auch wieder zurück bauen“, wenn die daraus resultierende Versorgungsforschung Resultate erzielte, mit der Versorgung in Gestalt von Versorgungsprogrammen, Leistungen oder Verträgen verbessert werden könne. Dies sei die zentrale Funktion der Kassen, meinte Schlenker und lobte dabei explizit sein eigenes Unternehmen, das sich schon sehr frühzeitig auf den langen Weg zur Versorgungsforschung gemacht hat. Und hier insbesondere den Kassen-Teil, von dem Schlenker selbst stammt: die GEK.

„Wir wollen Über-, Unter-, Fehlversorgung im klassischen Sinne aufdecken und daraus Konsequenzen ziehen“, erklärte Schlenker. Dazu brauche es vor allem Transparenz, zum einen in Richtung der verantwortlichen Akteure (Ärzte, Kliniken, Leistungsanbieter und -erbringer), und zum anderen in Richtung der Patienten. „Wir wollen die Souveränität unserer Versicherten steigern“, dies sei die zentrale Botschaft. Dazu brauche man Patienteninformationen, aber zum Beispiel auch Klinik- und Arztbewertungsportale, auf denen der einzelne Patient seine konkreten Erfahrungen einstellen und seine Bewertung abgeben kann. Schlenker: „Davon versprechen wir uns ganz viel, weil auf der einen Seite die Datenanalyse und die klassische Versorgungsforschung mit Reporten steht, die dann auf der anderen Seite durch die Einschätzung der Patienten ergänzt werden kann.“ Das benötige natürlich eine objektive Datenauswertung und Mindeststandards, doch

nur so komme man mit dem Thema Patienten-Souveränität und -Empowerment voran.

In kasseneigener Sache formulierte Schlenker seinen Unmut darüber, dass die allgemeinen Codierrichtlinien nun doch nicht verbindlich eingeführt würden. Seine Forderung: „Wir brauchen einheitliche methodische Standards, nach denen dokumentiert wird." Das sei für die Versorgungsforschung wichtig, das sei aber insbesondere bedeutend für die Vergütungsfrage und Refinanzierung durch den Morbi-RSA. Zunächst war im GKV-VG-Entwurf geplant, dass diese allgemeinen Codierrichtlinien verpflichtend in das Gesetz kommen sollten, dann hätte das die Politik auf Druck von bestimmten Ärzteverbänden wieder herausgenommen; Codierung sei nun wieder freiwillig, was den Kassen aber nichts nützen würde. Schlenker: „Wir brauchen methodisch klare Standards." Seine zweite Forderung betraf die Finanzierung von Versorgungsforschung, die auch im Titelinterview angesprochen wird. Kassen hätten nach Meinung Schlenkers gerne einen eigenen Kostenteil für Forschung und Entwicklung, so wie jedes normale Industrieunternehmen auch. Schlenker: „Ich bin für die Versorgung, für Leistung und Verträge zuständig und verwalte einen Etat von 24 Milliarden Euro. Aber davon haben wir keine Gelder für Forschung und Entwicklung zur Verfügung." Es wäre schön, wenn die Gesellschaft von diesen Budgets ein kleines Stück für Versorgungsforschung investieren würde, wobei das Geld naheliegender Weise aus dem Gesundheitsfonds stammen könnte. Doch dann würde dieses Geld wieder im Bereich der Leistungen fehlen.

Finanzierung gefordert

Deshalb plädierte der BARMER GEK-Vorstand für eine Erweiterung des Gesundheitsfonds durch zusätzliche Gelder, zum Beispiel aus dem Bereich des Etats des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, was einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe auch angemessen wäre. Schlenker: „Wir wären mit 100 Millionen Euro zufrieden, damit könnte man schon etwas anfangen." Umgerechnet auf die in Deutschland versicherten Menschen wären das nicht viel mehr als 1 Euro pro Kopf, während Glaeske als ehemaliger Sachverständigenrat die schon lange vorliegende Forderung des Rats nach 0,1 % der GKV-Ausgaben wiederholte, was dann immerhin schon 170 Millionen wären - ein Klacks im Vergleich zu den Beträgen, die Amerika (siehe Titelinterview) investiert. In Deutschland herrsche eine mangelnden Evaluationskultur vor, wodurch niemand genau wisse, welche Auswirkungen Rabatt- und Selektivverträge, integrierter Versorgung, Disease-Management-Konzepte, das aktuelle AMNOG oder das kommende Versorgungsstrukturgesetz mit all ihren politischen Interventionen mit sich brächten. „Nirgendwo ist eine obligatorische Evaluation vorgesehen", warnte Glaeske vor solchen politischen Blindflügen, was für ein Gesundheitssystem, das immerhin 170 Milliarden Euro pro Jahr kosten würde, nicht akzeptabel, ja eigentlich eine Katastrophe sei.

Nicht nur deswegen ging das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung in der aktuellen Stellungnahme „Versorgungsforschung: unverzichtbar bei Allokationsentscheidungen" genau auf diesen Punkt ein. „Versorgungsforschung ist eben unverzichtbar bei Allokationsentscheidungen", verdeutlichte Prof. Dr. Holger Pfaff, der 1. Vorsitzender des DNVF. Deshalb müsse zum Beispiel bei der Nutzenbewertung Versorgungsforschung Pflicht werden. Gleiches gelte sowohl für die evidenzbasierte Medizin, die schon seit längerem im Fokus stünde, aber auch für die evidenzbasierte Gesundheitsversorgung. Pfaff: „Im Rahmen dieser evidenzbasierten Gesundheitsversorgung müssen Gelder zur Verfügung gestellt werden, damit deren Programme tatsächlich evaluiert werden können."

Als Beispiel für den hohen Bedarf in dem hier zu evaluierenden Kontext von Versorgung führte Glaeske die Tatsache an, dass es weltweit keine Evidenz dafür gebe, dass ein allgemein- oder auch hausarztzentriertes System wirklich das bessere wäre. Dennoch sei es politisch - nicht wettbewerblich, sondern verpflichtend - eingeführt worden. Glaeske: „Es gibt weltweit null Evidenz dafür. Insofern ist das eine nicht evidenzgestützte, rein politische Entscheidung gewesen." <<

„Wir wissen das alles nicht. Aber wir haben es."

Ein absolutes Highlight des Kongresses war neben unzähligen höchst interessanten (und leider durch ihre Fülle hier nicht dokumentierbaren) Vorträgen die von Prof. Dr. Gerd Glaeske moderierte Podiumsdiskussion „Versorgungsforschung: Agenda 2020", an der Barbara Steffens (Gesundheitsministerin NRW), Birgit Fischer (vfa), Dr. Rainer Hess (G-BA), Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer (DNVF), Dr. Christoph Straub (BARMER GEK), Dr. Frank Wissing (DFG) und Dr. Dominik Graf von Stillfried (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung) teilnahmen.

>> Nach Statements der Diskutanten drehte sich die von Glaeske geleitete Diskussion vor allem um die Themenbereiche des AMNOG, der hier geforderten Frühbewertung, der möglicherweise nicht ausreichenden Daten bei Frühbewertungen sowie um den von der Politik eingebrachten Begriff der „Versorgungsstudien", der - so Glaeske - die Wissenschaft ärgere, weil das Wortbestandteil „Forschung" darin nicht vorkommt.

„Ein Dauerprozess"

Zunächst müsse festgestellt werden, dass das AMNOG andere Zielsetzungen als endgültige Entscheidungen über den Wert von Arzneimitteln zu treffen habe, verdeutlichte zu Beginn der Diskussion Dr. Rainer Hess, seit 2004 Unparteiischer Vorsitzender des G-BA.



Dr. Rainer Hess, Unparteiischer Vorsitzender des G-BA

Von daher seien die Daten zwangsläufig unzureichend für eine abschließende Bewertung des Arzneimittels. Doch muss nach Meinung von Hess schon bei dieser Frühbewertung darauf geachtet werden, dass Präparate, die später vielleicht einen großen Nutzen haben könnten, in der Anfangsphase nicht zu schlecht bewertet würden. Hess: „Das Ganze ist ein Dauer-Prozess." Jedes Jahr bestehe die Möglichkeit, die Bewertung zu überprüfen, neue Studien einzubringen, zudem hätte die Industrie die Möglichkeit und aus seiner Sicht den Vorteil, auch neue Studien mit dem G-BA vereinbaren zu können. Allerdings erst in einer Phase, in der zunächst ein Schiedsspruch einen Erstat-

tungspreis festsetzen wird, den keiner akzeptiert, das - so Hess - „ist ein Fehler im Gesetz." Nicht zielführend sei es, dass die gemeinsame Vereinbarung von Versorgungsstudien (siehe Pfaff/Glaeske) an ein Scheitern von Verhandlung und einen Schiedsspruch geknüpft seien, statt diese schon zu Beginn veranlassen zu können, aber - so Pragmatiker Hess - „das ist nun mal so".

Die Frage wird sein, ob diese Chance für Versorgungforschungs- und nicht nur Versorgungsstudien - wie Moderator Glaeske betonte - von den pharmazeutischen Herstellern so konstruktiv aufgenommen wird, wie es möglich sei, und ob nicht gar das Prinzip Versorgungsforschung zur Strategie der pharmazeutischen Industrie werden müsse.

„Gemeinsame Strategie"



Birgit Fischer, Hauptgeschäftsführerin des vfa

Darauf antwortete Birgit Fischer, seit kurzem die Hauptgeschäftsführerin des Verbands forschender Arzneimittelhersteller (vfa) und davor Vorstandsvorsitzende der BARMER GEK. Sie glaubt durchaus, dass Versorgungsforschung zumindest zu einem Teil zur Strategie der forschenden Arzneimittelhersteller werden muss; nur zu einem Teil deshalb, weil „sie das alleine gar nicht kann". Fischer: „Wir brauchen dringend Versorgungsforschung unter Einbeziehung auch der Industrie und deren Möglichkeiten, aber ebenso der Kassen und der Ärzteschaft." Nur so kämen Daten und Finanzierung zusammen.

Wer über Nutzen für Patienten spreche, müsse dafür sorgen, dass aus einem sehr sektoral gegliederten Gesundheitswesen, in dem es nur Geschäftsbeziehungen zwischen den Playern und Sektoren gebe, Kooperationen entstünden. Hier seien mögliche Verhandlungen und letzten Endes auch die Nutzen-Bewertung des AMNOG erste Schritte, die weiterentwickelt werden müssten. Fischer: „Ich glaube, dass man hier wirklich eine gemeinsame Strategie braucht, um die Effizienzlücke gemeinsam auch auszufüllen." Damit könne man aber nun nicht das AMNOG überfrachten, sondern brauche unabhängig davon einen intensiveren Einstieg in die Versorgungsforschung. Hier seien wichtige Schritte, dass das Bundesforschungsministerium oder auch das Land Nordrhein-Westfalen finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt hätte.

„Substanziell verändern"



Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MdL/Grüne).

Diese zaghaften Schritte sind Barbara Steffens, der Gesundheitsministerin von NRW (siehe auch S. 15), viel zu wenig. Sie betonte, dass „uns die Zeit davon läuft". Steffens: „Wir sind an einem Punkt, an dem wir, wenn wir nicht jetzt anfangen, an bestimmten Stellen wirklich ganz substanziell Strukturen im Gesundheitssystem zu verändern, in Versorgungsengpässe kommen." Hier könnten ihrer Ansicht nach auch mal kleinere Studien als Grundlage von Entscheidungen dienen, was Hess vom G-BA ganz anders sieht. Man müsse unterscheiden zwischen der Landes- und der Bundesebene, sagte Hess. Auf der Bundesebene bestehe die Aufgabe, normative Entscheidungen zu treffen, wofür man schon Daten benötige, die etwas breiter angelegt seien als regionale Daten.

Andererseits könne man zum Beispiel bei der Bedarfsplanung sehr viel mehr regionalisieren, man solle aber auch Ländern und Regionen die Möglichkeit geben, bestimmte Strategien selbst zu entwickeln und umzusetzen - arbeitsteilig mit der Ärzteschaft, Krankenhäusern und Kassen.

„Äußerst skeptisch"



Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BarmerGEK

Zu letzteren beiden kann besonders Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK, einiges erzählen. Und das, was er sagt, ist ernüchternd. „Wenn Frau Ministerin Steffens nun fordert, dass über Versorgungsforschung ganz schnell die Datenbasis geschaffen werden soll, um Strukturen zu verändern, bin ich äußerst skeptisch", sagte Straub, vor seiner Berufung in den Vorstand der BARMER GEK im Vorstand der Rhön-Kliniken. Sein nüchternes Fazit, das nun kein Vorwurf sein solle, sei, dass die Politik bei Veränderungen von Strukturen im Gesundheitswesen wissenschaftliche Evidenz, egal welcher Art, nicht mit einbeziehe. Das gelte aktuell für die im GKV-VG geschaffene Einführung der ambulant-spezialärztlichen Versorgung oder für Pflegeberatungsstellen und für vieles mehr. Straub: „In aller Regel findet man, wenn man denn überhaupt Evidenz hat, mehr Hinweise, dass man das nicht so machen soll, wie der politische Wille es gestaltet."

Seine Meinung als Mitakteur in diesem Feld sei, dass man den Korb nicht ganz so hoch hängen solle, um ganze Strukturen nach verfügbarer Evidenz ändern zu wollen, sondern in kleineren Einheiten anfangen sollte, das verfügbare Wissen einzusetzen. Und da wäre er schon froh, wenn das gelänge.

Versorgungsforschung sei bei der BARMER GEK das Erbe des kleineren Partners, der GEK, die dieses Thema über viele Jahre vorangetrieben und in den neue gemeinsame Unternehmung eingebracht hat. Straub: „Wir setzen mit großer Überzeugung, aber auch mit großen Schwierigkeiten die Erkenntnisse um, die in diesen vielen einzelnen Studien entstehen." Er, der nicht vor allzu langer Zeit von der Kassen- zur Leistungsanbieterseite und wieder zurück gewechselt war, könne mit größerer Überzeugung als vorher sagen, dass die „ungeheure Macht ökonomischer Interessen durch Studien sehr schwer zu bündeln oder zu bändigen oder auch nur in eine bestimmte Richtung zu lenken" sei.

„Nur Sekundärdaten"?



Dr. Dominik Graf von Stillfried, Geschäftsführer des ZI

Einer der auf Seiten der Leistungserbringer seit Jahren für Evidenz zuständig ist, ist Dr. Dominik Graf von Stillfried, Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI); einem Forschungsinstitut in der Rechtsform einer Stiftung des bürgerlichen Rechts. Er ging in seiner Replik auf das Beispiel der Morbiditätsorientierung ein. Nur wenn der Bedarf den Morbiditäten einer definierten Population folge, könnten bestimmte Versorgungsnotwendigkeiten festgemacht werden. Der nächste Schritt sei dann die Unterstützung regionalisierter Verträge. Dies sei umso wichtiger, als dass die Entmischung der Bevölkerung, die schon heute zwischen Ost und West im Gang sei, zu ganz unterschiedlichen Versorgungsschwerpunkten führen würde, die sich bis auf Kreisebene hinab

sehr unterschiedlich ausdifferenzieren werden, was das ZI mit Daten unterstützen werde. Von Stillfried: „Ich nehme den Vorwurf mit, dass wir hier nur mit Sekundärdaten arbeiten und vielleicht nicht den tatsächlichen Bedarf abbilden, aber ich glaube, es wäre zunächst einmal ein Näherungsweg, sich zumindest an diesen Sekundärdaten zu orientieren."

Die auch hier sichtbaren Unterschiede, die in der Versorgung - zum Beispiel im vom ZI aufgelegten Versorgungsatlas - beobachtbar sind, könnte man dann zum Anlass nehmen, sich noch intensiver mit der Versorgung in der jeweiligen Region auseinanderzusetzen. Wer hier etwas erreichen will, muss nach von Stillfried nicht nur kollektive Vertrags-Partner, sondern den Arzt vor Ort einbinden. „Wichtig ist ein Feedback-Mechanismus, der die einzelne Praxis einbindet und ihr zeigt, wie sie in Bezug auf bestimmte Versorgungsindikatoren steht."

„Aber auf hohem Niveau"



Dr. Frank Wissing, Programmdirektor in der DFG

All das braucht Geld. Und einer der auf dem Geld sitzt, ist Dr. Frank Wissing, Programmdirektor „Gruppe Lebenswissenschaften" der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG). Er betonte, dass die Versorgungsforschung inzwischen mit allen anderen Forschungsfeldern gleichgestellt sei, es auch keinen Malus Versorgungsforschung mehr gebe, was ja durchaus mal so gewesen sei, als Studien nicht gefördert wurden, nur weil Versorgungsforschung darauf stand. Wissing: „Versorgungsforschung ist, wenn sie denn wissenschaftlich auf hohem Niveau betrieben wird, durch die DFG genauso förderungswürdig wie alle anderen Bereiche auch." Immer wieder eine Herausforderung sei es dennoch, dass die DFG schon die Notwendigkeit sehe, gewisse Dinge auch mal in ihrer grundlegenden Fragestellung untersuchen zu wollen, um Mechanismen und Prinzipien verstehen zu können. Dazu brauche man Grundlagenforschung in der Versorgungsforschung und genau die finanziere dann die DFG - wenn sie denn „wissenschaftlich hochwertig" ist - womit man auch die Bemerkungen von Pfaff und Glaeske zu „Versorgungstudien" besser versteht. Das sei jedoch nicht immer so, wie Wissing betont: „Es gibt gute Versorgungsforschung in Deutschland, aber es gibt sie noch nicht in der notwendigen Breite, um wirklich alle Fragestellungen, die eigentlich beantwortet werden müssen, adäquat bearbeiten zu können." Dazu würden gute Wissenschaftler in Deutschland benötigt, deren Förderung eine wichtige Aufgabe auch der DFG sei, die wissenschaftsgeleitete Forschung im Fokus hat. Damit werde der Wissenschaft die Möglichkeit gegeben, jederzeit auch an einem selbst gewählten Thema zu forschen und Anträge an die DFG zu richten.

Was sicher sinnvoll ist, aber weit weg ist von einem konzertierten Ansatz, der einem Masterplan für Versorgungsforschung auch nur nahe käme. Wer es denn versucht, wird ausgebremst, wie selbst Hess erfahren musste, dessen G-BA ja beauftragt ist, im Zuge des AMNOG Methoden, aber keine Versorgungsstrukturen zu bewerten. Hess: „Ich habe versucht, über die Versorgungsanalyse zum Thema Depression einen Bericht mit genau diesem Ansatz zu verfolgen, der ist bei der letzten Sitzung kläglich gescheitert." Schuld sei ein Methodenstreit und eine „gewisse Abneigung, sich wirklich intensiv mit diesem Thema auseinandersetzen" zu wollen. Und auch weil im Wettbewerb stehende Kassen nicht bereit sind, ihre Daten zu publizieren. So wisse man heute noch nicht, ob Disease Management wirklich funktioniere, hausarztzentrierte Versorgung wirklich besser oder die doppelte Facharztschiene nötig sei. Hess: „Wir wissen das alles nicht. Aber wir haben es." <<

Die Abstracts des 10. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung und der 18. GAA-Jahrestagung wurden bei German Medical Science veröffentlicht. Link: http://www.egms.de/static/resources/meetings/dkvf2011/Abstractband.pdf

„Wir müssen die wirklichen Bedarfe herausfinden"



Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MdL/Grüne).

Nordrhein-Westfalen ist nach Worten von Barbara Steffens, der Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter von NRW, das ihrer Kenntnis nach einzige Bundesland, das die Versorgungsforschung jedes Jahr mit rund zwei Millionen Euro unterstützt. Die Versorgungsforschung wird koordiniert vom Strategiezentrum auf dem Gesundheitscampus in Bochum, das als „weit ins Land hinein wirkender" Kristallisations- und Organisationspunkt fungieren soll. Natürlich sei auch der Bundesregierung Versorgungsforschung wichtig, zum einem um die Lebensqualität der Menschen zu verbessern, zum anderen um die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems zu sichern. Für ein Bundesland wie NRW stehe dagegen vor allem die Versorgungsplanung im Fokus. Steffens: „Letztendlich ist es so, dass die Menschen, die in einem Land versorgt werden wollen, nicht an die abstrakte und weit entfernte Bundesebene herantreten, sondern von ihrem Bundesland eine adäquate Versorgung erwarten."
So kämen Beschwerden zu unzureichenden gesundheitlichen Vesorgungsstrukturen, aber auch zu Über-, Fehl- und Falschentwicklungen als Erstes auf der Landesebene auf - „egal, ob wir nun die richtige Beschwerdestelle sind oder nicht, weil sich Menschen nun einmal immer an die erste, ihnen naheliegende Adresse wenden". Ebenso kämen bei den Bundesländern Veränderungsbedarfe aus Sicht der Betroffenen auf. Steffens Kritik an der Bundesregierung: „Versorgungsforschung muss den Menschen stärker in den Mittelpunkt stellen und nicht nur systemische Fragen der Gesundheitsversorgung." Das Einzige, was derzeit auf dem Tisch liege, sei das Versorgungsstrukturgesetz. Durch das bestehe zwar die Möglichkeit, ein sektorenübergreifendes Landesgremium einzuführen, aber - so Steffens - „weich gespült ohne Ende", das sei kein Gremium, das verlässlich planen könne.
Genau das brauche aber ein Land wie NRW, das die Auswirkungen des demografischen Wandels voll zu spüren bekommen wird. Mit der derzeitigen Versorgungsstruktur, aber auch mit der flächendeckenden doppelten Facharztschiene seien die auf das Land zukommenden Bedarfe weder in der gesundheitlichen noch in der pflegerischen Versorgung auch nur irgendwie abdeckbar. Steffens: „Darum müssen wir unsere Strukturen analysieren und sie an den Erfordernissen einer sich demographisch veränderten Gesellschaft im Konsens mit allen Akteurinnen und Akteuren ausrichten. Heutige Strukturen mit Sekundärdaten hochzurechnen, reicht alleine nicht aus."
Genau das sei ihr Wunsch an die Versorgungsforschung, denn „die wirklichen Bedarfe der Menschen unseres Landes zeigen sich nicht in den Abrechnungsdaten". Daher sei endlich eine reale Berechnung dessen angesagt, was Menschen wirklich an gesundheitlicher Versorgung brauchen.