inside
VERSORGUNGS FORSCHUNG

made in Berlin



© Charité, Verena Materna

Serie (Teil 31): Charité beruft fünf neue Professuren, die die Plattform – Charité Versorgungsforschung stärken

Versorgungsforschung mit hoher translationaler Bedeutung

Seit der Installation der Charité-Versorgungsforschungskongresse ist die Versorgungsforschung an der bis dato stark der Grundlagenforschung – vor allem auch rund um Themen der Neurowissenschaft – verschriebenen Charité nicht nur ein sichtbarer Teil, sondern eine „sehr sichtbare Komponente der Forschungsstrategie an der Charité“ geworden, so Prof. Dr. Axel R. Pries (Dekan der Charité) in seinem Grußwort zum 2021er Kongress (s. MVF 02/21). Veranstalter dieser Kongresse ist die Plattform – Charité Versorgungsforschung, die wiederum auf eine Initiative des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (IMSR), des Instituts für Allgemeinmedizin, des Institut für Public Health und der Notfall- und Akutmedizin (CCM/CVK) zurückgeht (s. MVF 01/20). Dass das Wissenschaftsgebiet der Versorgungsforschung für die Charité eine zunehmende Bedeutung hat, zeigen nicht weniger als fünf Neuberufungen in diesem Fach.

>> Die Versorgungsforschung übernimmt – so Pries in seinem Grußwort – nicht nur eine aktive Rolle bei der Ausbildung und Förderung des Nachwuchses ein, sondern kümmert sich auch um wichtige inhaltliche Schwerpunkte wie die ambulante und sektorübergreifende Versorgung, die Versorgung von vulnerablen Gruppen und Personen mit chronischen Erkrankungen, die Notfall- und Akutversorgung, die Telemedizin bis hin zur Rheumatolgie und Oraler Diagnostik und digitaler Zahnheilkunde. Pries weiter: „Die Versorgungsforschung ist ein Bereich von extrem hoher translationaler Bedeutung. Sie kann und soll sehr patientennah die Dinge, die in der Medizin möglich sind, auch in eine Anwendung bringen, die den Rahmenbedingungen entspricht. Insofern ist die Plattform – Charité Versorgungsforschung für die strategische Entwicklung der Forschung und auch der Versorgung an der Charité von hoher Bedeutung.“

Die Versorgungsforschung kann wichtige Aspekte liefern, um die sechs Strategie-



Prof. Dr. Christoph Heintze
ist seit 2016 Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin sowie seit März 2021 Sprecher der Plattform – Charité Versorgungsforschung.

Weitere Stationen:
2012-2016 Kommissarischer Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin
2005 Master Public Health
2003 Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren
2001 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte
2001 Facharzt für Allgemeinmedizin
1995-2001 Weiterbildung Allgemeinmedizin in Heidelberg und Augsburg
1995 Promotion am Heidelberger Department of Tropical Hygiene and Public Health: „Behandlung der kutanen Leishmaniase mit Paramomycinmethylbenzetoniumchlorid in Ecuador“
1987-1995 Humanmedizinstudium an der Ruprechts Karls Universität Heidelberg und Valdivia/Chile

felder der Charité 2030 zu unterstützen." In „Wir denken Gesundheit neu – Charité 2030" ist festgehalten: „Translation ist zentrales Merkmal der Charité: Auf Basis ihrer einmaligen Struktur mit dem Berlin Institute of Health (BIH) als dritter Säule neben der Forschung und der Gesundheitsversorgung wird Translation zu einem zentralen Merkmal der Charité. Sie etabliert damit einen Kristallisationskern für das translationale Ökosystem der Wissenschafts- und Gesundheitsregion Berlin und verfolgt das Ziel, gemeinsam mit ihren Partnern eine treibende Kraft bei der Überführung wissenschaftlicher Erkenntnis in innovative Diagnostik und Therapie in Europa zu werden."

Dieser breite Fächerkanon, den die Versorgungsforschung an der Charité bereits jetzt abdeckt, ist durchaus einzigartig in Deutschland. „Das Ziel der Plattform – Charité Versorgungsforschung ist es, durch die Vernetzung der interprofessionellen Akteure sowie den systematischen Auf- und Ausbau von Strukturen und Angebote die Versorgungsforschung an der Charité zu fördern, damit alle Patienten zukünftig noch schneller und besser von wichtigen wissenschaftlichen Erkenntnissen profitieren können", erklärt hierzu Prof. Dr. Christoph Heintze, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin sowie Sprecher der Plattform – Charité Versorgungsforschung.

In der aktuellen strategischen Ausrichtung der Charité wird nach Worten Heintzes auf die wachsende Relevanz zur Etablierung guter Strukturen hingewiesen, um „Unmet Medical Needs in der Gesundheitsversorgung besser erkennen" zu können. Heintze: „Dieser Punkt ist mir besonders wichtig. In diesem Feld ist die Plattform aktiv und plant, weitere interdisziplinäre Projekte anzustoßen."

Konnte der erste Charité-Versorgungsforschungskongress schon mehr als 150 Projekte an der Charité vermelden, die der Versorgungsforschung zuzuordnen sind, sind inzwischen viele weitere hinzugekommen. Darunter sind sieben weitere Forschungsprojekte, die im Zuge der sechsten Förderwelle des beim G-BA angesiedelten Innovationsausschusses positiv beschlagt wurden. Drei Projekte unter Charité-Leitung widmen sich der Entwicklung und Erprobung innovativer Versorgungsformen im Gesundheitssektor, vier weitere beschäftigen sich mit neuen Ideen im Bereich der Versorgungsforschung. Die Charité ist darüber hinaus als Konsortialpartnerin an vier weiteren Projekten im Modul Neue Versorgungsformen beteiligt.

Insgesamt 28 Projekte mit Konsortialführung gibt es seit 2016, dem Start der Förderlinien durch den G-BA, nun an der Berliner Universitätsmedizin. Davon entfallen 13 Vorhaben auf den Bereich Neue Versorgungsformen und 15 auf den Bereich Versorgungsforschung. Während sieben neue Vorhaben in diesem Jahr ihre Arbeiten aufnehmen können, nähern sich Projekte der ersten Förderwelle bereits dem Abschluss und werden zu einer weiteren Verbesserung der deutschen Krankenversorgung beitragen.

„Wie wichtig und notwendig innovative Konzepte und Wissen aus Versorgungsprojekten sind, hat uns die Covid-19-Pandemie eindrücklich vor Augen geführt", sagt dazu Prof. Dr. Martin Möckel, Ärztlicher Leiter der Notfall- und Akutmedizin am Campus Charité Mitte und Campus Virchow-Klinikum und Boardmitglied der Plattform – Charité-Versorgungsforschung. „Auch das Voranschreiten der Digitalisierung im Gesundheitssektor schafft beständig neue Notwendigkeiten wie auch Möglichkeiten, die Versorgungslandschaft zu gestalten, intelligente Versorgungsformen zu entwickeln oder bestehende Konzepte weiterzuentwickeln", so Möckel weiter. <<

Die sechs Strategiefelder der Charité 2030

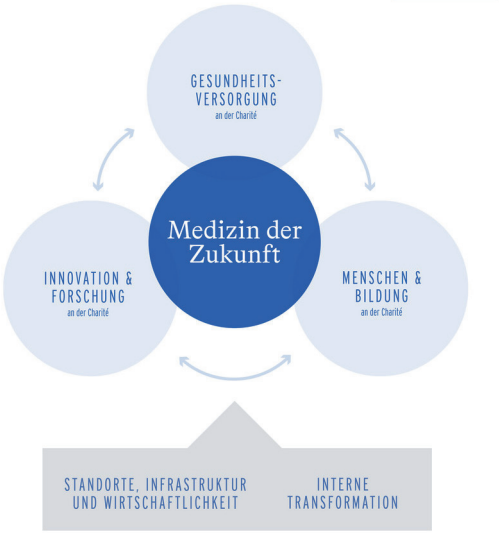


Abb. 1: Strategiefelder der Charité 2030.



Prof. Dr. Wolfram Herrmann
Professur für Allgemeinmedizin m. S. Versorgungsforschung

>> Im Oktober 2020 hat Prof. Herrmann die Professur für Allgemeinmedizin mit Schwerpunkt Versorgungsforschung an der Charité angetreten. Prof. Herrmann studierte Medizin an der Charité und der Universität Islands. Darüber hinaus studierte er Hochschuldidaktik (Higher Education) an der Universität Hamburg und Epidemiologie an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Er promovierte am Graduiertenkolleg Multimorbidität im Alter an der Charité mit Auslandsaufenthalten an der Universität Bergen und der Johns Hopkins University in Baltimore. „Diese internationalen Erfahrungen brachten mich dazu, unsere Versorgungsstrukturen zu hinterfragen", berichtet Prof. Herrmann. Daher nahm er 2010 an der 1. DFG Nachwuchsakademie Versorgungsforschung in Lübeck teil. „Die Nachwuchsakademie Versorgungsforschung in Lübeck war damals ein intensives Erlebnis und hat mich sehr geprägt", erzählt Prof. Herrmann. „Seitdem brenne ich für die Versorgungsforschung." Das wichtigste Post-Doc Projekt war ein DFG-gefördertes deutsch-norwegisches Forschungsprojekt zu den subjektiven Konzepten von Patienten zur Inanspruchnahme (haus-)ärztlicher Versorgung. Parallel zu seiner Forschungstätigkeit war Prof. Herrmann auch klinisch tätig, in der Geriatrie, Allgemeinmedizin, Orthopädie und ambulanten Rehabilitation. Nach Stationen an den Hochschulen in Furtwangen und Münster wurde er nun an die Charité berufen. „Mit dieser Professur ergab sich die Chance, in einem motivierenden wissenschaftlichen Umfeld an der Charité tätig zu werden, während

* Obwohl in dieser Serie die männliche Schreibweise verwandt wird, sind immer alle Geschlechter gemeint.

gleichzeitig in Berlin ein spannendes Umfeld mit den weiteren Universitäten der Berlin University Alliance und zahlreichen außeruniversitären Forschungseinrichtungen vorhanden ist. Darüber hinaus ist Berlin und die Charité ein guter Ort, um mit Kooperationspartnern aus aller Welt zusammen zu arbeiten", beschreibt er seine Motivation, die Professur mit Schwerpunkt Versorgungsforschung anzutreten. „Versorgungsforschung sehe ich als einen wichtigen Teil der Translation an. Dabei bedeutet – hausärztlich gedacht – Translation nicht von „Bench to Bedside", sondern von „Bench to Patient in the Setting". In keinem anderen Fachgebiet gelingt es so gut, das Lebensumfeld und Setting der Patienten mitzudenken wie in der Allgemeinmedizin. Als Arzt ist mir dabei die Verbesserung der hausärztlichen Versorgung durch Versorgungsforschung eine Herzensangelegenheit." Eine große Herausforderung sei es dabei, dass sowohl die Hausärzte als auch die Patienten sowie andere Gesundheitsprofessionen mit ins Boot geholt werden müssen, um die Primärversorgung vor Ort zu verbessern. „Dieses sich wandelnde Bild der Allgemeinmedizin, die viel breiter aufgestellt ist als Husten und Schnupfen, führt teilweise noch zu Widerstand", meint Prof. Herrmann, „aber international machen gerade die skandinavischen Länder vor, wie es geht, und ich hoffe auch das deutsche Gesundheitssystem wird dem Schritt für Schritt folgen."

„Eine wichtige Aufgabe für die Zukunft sehe ich darin, die Methoden der Versorgungsforschung weiterzuentwickeln. Als ersten Schritt haben wir dazu das Charité Forum ‚Methoden der Versorgungsforschung` an der Plattform – Charité Versorgungsforschung auf den Weg gebracht. Dies soll auch zukünftig dazu beitragen, Versorgungsforschung als Forschungsschwerpunkt an der Charité zu etablieren", so Prof. Herrmann. Das Forum werde einen methodischen Austausch auf hohem Niveau ermöglichen und so die bereits vorhandenen Angebote für Promovierende ergänzen.

Am Institut für Allgemeinmedizin baut er die Arbeitsgruppe Urban Primary Care auf. „Es geht dabei um Versorgungsforschung im urbanen Kontext. Häufig wird hausärztliche Versorgung mit dem Bild des Landarztes verbunden, jedoch wohnen die meisten Menschen in Deutschland in der Stadt. Die Verstädterung ist dabei kein ausschließlich deutsches Phänomen, sondern eine weltweite Entwicklung. Diese Entwicklung geht gleichzeitig mit dem demografischen Wandel einher. Die urbane hausärztliche Versorgung hat mit einer höheren Bevölkerungsdichte, einer größeren Heterogenität und Diversität der Bevölkerung und einer starken Fragmentierung der Gesundheitsversorgung spezifische Herausforderungen." Insbesondere die Berücksichtigung sozialer Aspekte und des Lebensumfeldes in der Primärversorgung sind dabei zentrale Punkte, denen sich Prof. Herrmann widmen möchte. Dazu arbeitet das Team um Prof. Herrmann auch mit den Bezirken und anderen innovativen Projekten vor Ort in Berlin, aber auch international zusammen. So führen sie gemeinsam mit der National University of Singapore gerade ein Projekt zu der Fragestellung durch, wie die Planung der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung besser an den Bedürfnissen älterer Menschen orientiert werden kann. Urban Primary Care ist also nicht nur in Deutschland ein Thema, sondern weltweit.

Nicht zuletzt spielt auch die Nachwuchsförderung eine wichtige Rolle. „Sowohl in der Versorgungsforschung als auch in der Allgemeinmedizin benötigen wir zukünftig zahlreiche engagierte und exzellente Nachwuchswissenschaftler. Mit meiner Arbeit möchte ich dazu beitragen, Studierenden und Promovierenden frühzeitig eine selbstständige und verantwortungsvolle Forschungstätigkeit zu ermöglichen und sie damit für die Wissenschaft zu begeistern." <<



Prof. Dr. Kirsten Minden
Professur für Versorgungsforschung in der Rheumatologie an der Charité Universitätsmedizin Berlin und am Deutschen Rheuma-Forschungszentrum Berlin

>> Die Professur für Versorgungsforschung in der Rheumatologie wurde von der Deutschen Rheumastiftung ins Leben gerufen, der ersten gemeinnützigen Stiftung in Deutschland, die gemeinsam von einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V., und einer Patientenselbsthilfeorganisation, der Deutschen Rheuma-Liga, getragen wird. Die Charité – Universitätsmedizin Berlin und das Deutsche Rheuma-Forschungszentrum Berlin (DRFZ), ein Institut der Leibniz-Gemeinschaft, bewarben sich gemeinsam um die Einrichtung dieser Professur. Zu den konzeptionell vorgeschlagenen Entwicklungslinien der vorgesehenen Forschung gehörten die Evaluierung der Versorgungssituation in der Kinder- und Erwachsenenrheumatologie sowie die Entwicklung und wissenschaftliche Begleitung innovativer Versorgungskonzepte, wie z. B. von Modellen zur Verbesserung des Frühzugangs zum Rheumatologen, der Transition zwischen Kinder- und Erwachsenenrheumatologie und der Stärkung der Rolle der Patienten im Versorgungsprozess. Dieses Konzept überzeugte unter den verschiedenen eingereichten Anträgen, sodass die Professur durch die Charité ausgeschrieben werden konnte.
„Zu dieser Zeit war ich neben meiner klinischen Arbeit als Kinderrheumatologin im Sozialpädiatrischen Zentrum der Charité als Leiterin der Arbeitsgruppe Pädiatrische Rheumatologie im Programmbereich Epidemiologie des DRFZ tätig. In meiner Arbeitsgruppe untersuchten wir die Versorgungssituation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit rheumatischen Erkrankungen und wie sich neue Versorgungskonzepte auf die Gesundheit und Langzeitprognose der Betroffenen auswirken", beschreibt Prof. Minden die damalige Situation. „Außerdem analysierten wir Probleme an der Schnittstelle von der Kinder- in die Erwachsenenrheumatologie und suchten nach neuen Ansätzen zur Verbesserung der Versorgung junger Rheumatiker. Um diese Forschung in der Kinderrheumatologie weiterentwickeln und nachhaltig am DRFZ verankern zu können, habe ich mich um die Professur beworben und diese im Mai 2015 angetreten. Die Professur bot die großartige Möglichkeit, in einem personell verstärkten Team neue Forschungsideen aufgreifen, neue Datenquellen erschließen und durch eine enge Kooperation mit der Deutschen Rheuma-Liga eine noch stärker patientenorientierte alltagsnahe Forschung umsetzen zu können."

Die Forschungsaktivität im Rahmen der Professur, aber auch generell im Programmbereich Epidemiologie und Versorgungsforschung des DRFZ, richtet sich

grundsätzlich darauf, die Versorgung und damit die Lebenssituation rheumakranker Menschen zu verbessern. Mit der Untersuchung klinischer, sozialer und biologischer Einflussfaktoren auf den Verlauf rheumatischer Krankheiten, des komplexen Zusammenspiels von krankheits- und behandlungsbedingten Risiken und der Qualität der rheumatologischen Versorgung möchte das Team um Prof. Minden dazu beitragen, die Behandlung von Rheumapatienten sicherer und effektiver zu machen und Lücken in der Versorgung zu schließen. Eine wesentliche Grundlage ihrer Forschung bilden große Beobachtungsstudien, die derzeit über 30.000 Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen aller Altersgruppen einschließen, wobei besonders vulnerable Gruppen, wie Kinder, Jugendliche und Schwangere, gezielt berücksichtigt werden. Daten aus diesen Kohortenstudien, aber auch Sekundärdaten (z. B. Krankenkassendaten) helfen, Antworten auf Fragen zu finden, die weder die Grundlagenforschung noch die klassische klinische Forschung geben können, wie z. B. wie Patienten mit bestimmten Erkrankungen behandelt werden und wie es ihnen dabei geht, ob bestimmte Therapien bei den Patienten ankommen und falls nicht, warum dies so ist, oder auch zur Frage, ob bestimmte Medikamente im Alltag genauso sicher wie in klinischen Studien sind.

„Mit versorgungsrelevanten Fragen beschäftigen wir uns thematisch fokussiert auf die Rheumatologie in einer schnell wachsenden und fachlich sehr breit aufgestellten, uns umgebenden Versorgungsforschungslandschaft an der Charité“, berichtet Prof. Minden weiter zum Forschungsumfeld. „Fachliche Beziehungen bestehen zu benachbarten Instituten und Kliniken der Charité mit dem Schwerpunkt Versorgungsforschung. Die Plattform – Charité Versorgungsforschung befördert unsere Vernetzung mit diesen Einrichtungen, die gemeinsame Weiterentwicklung von Methoden und Konzepten sowie die Optimierung der Nachwuchsförderung. Die Professur für Versorgungsforschung in der Rheumatologie bietet durch ihre Anbindung an DRFZ und Charité enormes Gestaltungspotenzial.“ Die gegebenen Möglichkeiten zur Forschung und interdisziplinären Vernetzung möchte Prof. Minden nutzen, um Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit relativ seltenen, lebenslangen Erkrankungen eine bedarfsgerechte Versorgung zukommen zu lassen und ihnen eine bestmögliche Lebensperspektive zu geben. „Eine erfolgreiche Forschung auf kinderrheumatologischem Gebiet setzt voraus, Fragen der Zeit zu erkennen, Kinderrheumatologen und Betroffene für eine gemeinsame alltagsnahe Forschung zu gewinnen und aus strukturiert erfassten Daten des klinischen Alltags klinisch relevante Erkenntnisse ableiten und kommunizieren zu können. Dieses Vorhaben treibt uns an“, so Prof. Minden. Erfolgreiche Schritte in diese Richtung wurden mit neuen, in den letzten Monaten initiierten Forschungsinitiativen unternommen (z. B. den von Innovationsfonds, BMBF oder DLR geförderten Projekten InfoTrans, Kick COVID, ProKind, TARISMA). „Natürlich wollen wir auch die Begeisterung für Forschung und Wissenschaft mit jungen Kollegen teilen und diese bei ihrer wissenschaftlichen Arbeit unterstützen und fördern.“ <<



Prof. Dr. Liane Schenk
Professur Versorgungsforschung m. S. Vulnerable Gruppen

>> Seit 2006 leitet Prof. Schenk den Bereich „Medizinische und pflegerische Versorgungsforschung“ am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité und forscht hier gemeinsam mit ihrem Team u. a. zu Versorgungsbedarfen vulnerabler Gruppen in unserem Gesundheitssystem. 2020 trat sie die speziell mit diesem Schwerpunkt eingerichtete Professur an. „Diese populationsbasierte Perspektive entspricht meiner Forschungsausrichtung und gibt mir Gelegenheit, diese auch weiter zu verfolgen“, beschreibt Prof. Schenk ihre Beweggründe, diese Professur anzutreten.

Der Begriff Vulnerabilität meint hierbei keine festgeschriebenen Eigenschaften von Personen oder Personengruppen, sondern zielt auf eine erhöhte gesundheitliche Verletzlichkeit infolge struktureller Benachteiligungen oder Gefährdungen. Das können bspw. eine Fluchterfahrung und eine ungesicherte Aufenthaltsperspektive, eine prekäre Lebenslage in Wohnungslosigkeit, die Lebenszyklusphase der Hochaltrigkeit oder auch fortgeschrittene Krankheitsstadien sein, die das Risiko auf eine höhere Verwundbarkeit bei gleichzeitig reduzierten Abwehrpotenzialen implizieren. Vulnerable Gruppen werden häufig aus Beobachtungs- und Interventionsstudien ausgeklammert, da sie schwerer bzw. nur mit einem größeren Aufwand erreichbar sind. „Vulnerabilität wirkt im Versorgungsgeschehen oftmals als Brennglas virulenter Themen, was nicht zuletzt diesen Fokus für mich zu einer relevanten und erkenntnisreichen Forschungsperspektive macht. In unseren Studien untersuchen wir, inwieweit Versorgungsbedingungen Ressourcen und Potenziale vulnerabler Gruppen stärken oder auch Vulnerabilität verschärfen. Außerdem verbindet sich das Konzept der Vulnerabilität mit theoretischen und methodischen Fragestellungen, die für die Versorgungsforschung von generellem Interesse sind“, berichtet Prof. Schenk zur Bedeutung dieses Forschungsschwerpunktes und zu ihrer Motivation. „Überdies freue ich mich über die Professur, da Frauen nach wie vor selten in dieser akademischen Position vertreten sind. Ich hoffe, hier Kollegen, die eine solche Laufbahnperspektive für sich als nicht erreichbar ansehen, gleichwohl sie über alle erforderlichen Voraussetzungen verfügen, als Beispiel zu dienen. Es ist mir in diesem Zusammenhang eine Herzensangelegenheit, den Mantel meiner Professur dafür zu nutzen, Graduierungen zu unterstützen und für die oftmals prekär beschäftigten Mitarbeitenden Forschungsperspektiven mit abzusichern.“

Die Versorgungsforschung ist ein stark interdisziplinäres und interprofessionelles Forschungsgebiet, in dem die Medizinsoziologie wertvolle theoretische und methodische Impulse geben. „Das skizzierte Forschungsfeld möchte ich hierbei gern theoretisch-konzeptionell und methodisch weiter vorantreiben, eingebettet in die Ausgestaltung einer diversitätssensiblen Versorgungsforschung“, so Prof. Schenk zu weiteren Zielen ihrer Arbeit.

Methodisch gibt es zahlreiche Herausforderungen, die es zu meistern gilt. Neben der schwierigen Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen für wissenschaftliche Betrachtungen im Versorgungskontext, nimmt die

Komplexität von Interventionen immer mehr zu, so dass die Messung der sich ergebenden Effekte unter Umständen weniger eindeutig wird. Hier möchte das Team um Prof. Schenk dazu beitragen, methodische Designs weiterzuentwickeln, die nicht nur Effekte messen, sondern auch helfen, die zugrundeliegenden Wirkmechanismen zu verstehen und zu erklären. Voraussetzung für die Bearbeitung dieser konzeptionellen und methodischen Fragestellungen sind immer auch inhaltliche Forschungsergebnisse. „Unsere aktuellen Analysen nehmen verschiedene Versorgungssettings wie die Notfallversorgung, die ambulante und stationäre Langzeitpflege, aber auch sektorenübergreifende Versorgungsverläufe in den Blick", berichtet Prof. Schenk weiter zu den derzeitigen Forschungsaktivitäten. Ergänzend zur Patientenperspektive werden die Perspektive der Gesundheitsprofessionen sowie Versorgungsstrukturen systematisch in die Forschung einbezogen. Zielpopulationen, die im Mittelpunkt aktueller Forschungsprojekte stehen, sind u. a. ältere und hochbetagte Notfallpatienten, Schlaganfallbetroffene, zugewanderte Patienten sowie Wohnungslose. Hier bieten sich an der Charité sowie im Forschungsumfeld Berlin und Brandenburg zahlreiche Möglichkeiten, relevante Fragestellungen anzugehen und zu beantworten.

„Mit der Plattform – Charité Versorgungsforschung wurde nun auch ein institutioneller Rahmen geschaffen, der die Vernetzung zwischen theoretischen und klinischen Fächern und auch den wissenschaftlichen Nachwuchs fördert. Dies gibt uns die Chance, u. a. durch eine sinnvolle Vernetzung den Zeitraum zwischen Erkenntnis und Implementation in die Regelversorgung zu verkürzen. Durch meine Mitarbeit im Board der Plattform und durch meine Forschungen möchte ich einen Beitrag dazu leisten, die Versorgungsforschung als weiteren Forschungsschwerpunkt an der Charité dauerhaft zu verankern.

Eine konkrete Vision, die ich in diesem Kontext verfolgen möchte, ist die Entwicklung eines diversitätssensiblen Versorgungsmonitorings an der Charité. Optimierte Versorgungsbedingungen sollten dabei nicht nur Patienten zugutekommen, sondern ebenso den in der Versorgung Tätigen. Wir möchten mit unseren Konzepten sowohl Krankenhäuser als auch Pflegeeinrichtungen auf dem Weg zu kultursensiblem Handeln unterstützen. Es ist mir darüber hinaus ein Anliegen, dass die soziokulturelle Diversität systematisch in der Konzeption von Studien, in ihrer Umsetzung, in den Analysen und der Translation der Ergebnisse Berücksichtigung findet", berichtet Prof. Schenk zu den anstehenden Aufgaben und Zielen. <<


© Charité, Simone Baar

Prof. Dr. Anna Slagman
Professur für Notfallmedizinische Versorgungsforschung

>> Die Notfall- und Akutmedizin ist in Deutschland, im Vergleich zu vielen anderen Ländern, akademisch betrachtet noch in den Kinderschuhen und die von Prof. Anna Slagman besetzte Professur „Notfallmedizinische Versorgungsforschung" ist die zweite Professur im Bereich Notfallmedizin in Deutschland. Im deutschen Gesundheitssystem bilden die Notaufnahmen eine wichtige Schnittstelle zwischen der ambulanten und stationären Versorgung. Durch diese besondere Stellung im Gesundheitssystem ist die Inanspruchnahme von Notaufnahmen ein wichtiger Indikator für Versorgungsqualität und -angebot in den oben genannten Sektoren einerseits und sich wandelnde Bedürfnisse sowie Veränderungen im Erkrankungsgeschehen auf gesellschaftlicher Seite andererseits. „Aus diesem Grund ist die Notaufnahmeinanspruchnahme und die Erforschung der entsprechenden Einflussfaktoren ein wichtiger Schwerpunkt unserer Forschungsprojekte", so Prof. Slagman.

Vor dem Hintergrund stetig steigender Fallzahlen in der Notaufnahme und damit einhergehenden Überfüllungssituationen liegt dabei ein besonderer Fokus auf der Identifikation von vermeidbaren Fällen in der Notaufnahme, wie auch von Fällen, welche adäquat durch andere Leistungserbringer versorgt werden könnten. Ein wichtiges Projekt, das in Zusammenarbeit mit dem Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (Zi) durchgeführt wird, beschäftigt sich mit der Optimierung und Evaluation des zur Patientensteuerung in der Notfallversorgung entwickelten Instrumentes SmED zur strukturierten medizinische Ersteinschätzung in Deutschland.

Notaufnahmen fungieren darüber hinaus auch als eine der primären Anlaufstellen für Menschen in psychosozialen Notlagen. „Die Identifikation solcher Fälle in der Notaufnahme durch entsprechende Screening-Instrumente und die adäquate Versorgung und Weiterleitung in angemessene Versorgungsstrukturen stellen einen weiteren wichtigen Schwerpunkt unserer Forschungen dar", berichtet Prof. Slagman weiter.

Eine wichtige methodische Herausforderung der letzten Jahre bestand in der Nutzbarmachung von Routinedaten aus Notaufnahmen. Die Notaufnahmeversorgung lässt sich bisher in Abrechnungsdaten nur schwerlich abbilden, so dass der Datenextraktion, -aufbereitung und -analyse von Daten aus den Notaufnahmeinformationssystemen ein hoher Stellenwert zukommt. Prof. Slagman konnte hier einen wichtigen methodischen Beitrag leisten und ihre Kenntnisse in diesem Bereich durch einen Forschungsaufenthalt in Australien, der durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft gefördert wurde, vertiefen und nach Deutschland transferieren.

Die oben genannten Projekte profitieren, neben der engen Zusammenarbeit mit den in der klinischen Notaufnahmeversorgung tätigen Berufsgruppen, insbesondere durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den anderen Gründungsinstituten der Plattform – Charité Versorgungsforschung, sowie projektbezogen auch mit den anderen Charité-Instituten und -Kliniken.

Ein Ziel ist es, die bisher in Deutschland nicht etablierte Gesundheitsberichterstattung zur Notaufnahmeversorgung mit aufzubauen. Hierzu beteiligt sich Prof. Slagman, zusammen mit dem Robert Koch-Institut, an der Definition eines Mindestdatensatzes zur Notaufnahmeversorgung.

Ein nächstes Ziel ist die Mitarbeit an der Definition von Kennzahlen und Qualitätsindikatoren für die Notaufnahmeversorgung aus Notaufnahmeroutinedaten.

Einen weiteren Forschungsschwerpunkt setzt Prof. Slagman im Bereich der Verbesserung der Versorgung von vulnerablen Gruppen in der Notaufnahme, wie psychosozialen Notfällen, aber auch älteren Patienten. Die Bedeutung dieses Forschungsgebietes

ist nicht zuletzt wegen des demografischen Wandels und aktuellen Pandemie-Situation immer mehr gewachsen.

In enger Zusammenarbeit mit der klinischen Notfall- und Akutmedizin in Deutschland und an der Charité werden zahlreiche verschiedene Fragestellungen zur Verbesserung der Versorgung in Notaufnahmen bearbeitet. Hier ist Prof. Slagman über verschiedene Symptom- und Diagnosegruppen hinweg die methodisch verantwortliche Person für die Planung, Umsetzung und Analyse einer Vielzahl von Forschungsprojekten in der Notfall- und Akutmedizin.

Die Aus-, Fort- und Weiterbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses liegt Prof. Slagman besonders am Herzen. So hat sie im Modellstudiengang Medizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin Modulverantwortung für ein vertiefendes Modul im wissenschaftlichen Arbeiten im 6. Fachsemester übernommen und ist weiterhin als Lehrende in allen Wissenschaftsmodulen des Modellstudienganges eingebunden. Sowohl in der studentischen Lehre, als auch in dem von Prof. Slagman geleiteten, jährlich stattfinden „Young Investigator Workshop" zur Notfallmedizinischen Versorgungsforschung, liegt der Fokus auf der Vermittlung von Methodenkenntnissen, ebenso wie auf der Vernetzung von klinisch Tätigen und Wissenschaftlern zu Themen der Notfallmedizinischen Versorgung. Das bewährte Format des „Young Investigator Workshops" konnte sich inzwischen auch im Rahmen der Europäischen Gesellschaft für Notfallmedizin (European Society of Emergency Medicine - EUSEM) durchsetzen, in welchem Prof. Slagman ebenfalls mitwirkt. Sie ist weiterhin Mitglied und Country Principal Investigator des „EUSEM Research Network", welches im letzten Jahr erstmalig zwei europaweite Studien zur Versorgung älterer Patienten in der Notaufnahme und zur Versorgung von Patienten mit Verdacht auf eine Sars-CoV2-Infektion in der Notaufnahme umsetzen konnte. Die Auswirkungen der Pandemie auf die Notaufnahmeinanspruchnahme war und ist ein wichtiges aktuelles Forschungsthema von Prof. Slagman. „Auf Grund der Beeinflussung der Notaufnahmeinanspruchnahme durch Veränderungen im Gesundheitssystem, wie auch auf gesellschaftlicher Ebene, sehen wir die Notaufnahmen einerseits als Indikator für bestehende und entstehende Versorgungsengpässe und -lücken, andererseits als „safety nets" für Patienten vulnerabler Subgruppen." <<



© Charité, Wiebke Peitz

Prof. Dr. Falk Schwendicke Professur für Orale Diagnostik, digitale Zahnheilkunde und Versorgungsforschung

>> Diese Professur ist in deutschlandweit einzigartig. Die Charité und auch alle Kollegen am CC3 können und sollten stolz darauf sein, dass es gelungen ist, eine so innovative Abteilung und einen zugeordneten Lehrstuhl hier zu etablieren. Aus meiner Sicht ist der Standort Berlin exzellent positioniert und gerade die Zahnmedizin in Berlin gut aufgestellt, um erfolgreich die Themen Diagnostik, Digitalisierung und Versorgungsforschung in Forschung, Lehre und Krankenversorgung vorantreiben zu können. Wir haben langjährige Expertise, ein großes Netzwerk und die notwendigen methodischen Kompetenzen", so Prof. Schwendicke.

Die Abteilung um Prof. Schwendicke verfolgt eine Reihe von Zielen, die sich sogar schon aus dem Abteilungsnamen ableiten. Da ist zum einen der Ausbau der zahnmedizinischen Diagnostik in Lehre, Krankenversorgung und Forschung. Wie in anderen medizinischen Feldern wird auch in der Zahnmedizin die Diagnostik eine immer größere Rolle spielen, wobei dies eng verwoben sein wird mit der Nutzung digitaler und datengetriebener Technologien, z. B. unter Rückgriff auf KI. „Dies wäre dann auch schon unser zweiter Schwerpunkt - eine datengetriebene Zahnmedizin! Diese beiden Felder wollen wir mit Versorgungsforschungsfragen, vor allem im Bereich der Pflege- und Telezahnmedizin, ‚verheiraten´ und dabei auch eng mit der Plattform – Charité Versorgungsforschung zusammenarbeiten", beschreibt Prof. Schwendicke die angestrebten Ziele. „Die Abteilung und die Zahnmedizin hier an der Charité sollen **der** Ansprechpartner für Fragen von Versorgungsforschung und digitaler Zahnheilkunde in Deutschland und Europa werden. Gerade beim Thema KI ist uns dies bereits gelungen – wir sind weltweit Vorreiter und arbeiten mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO), dem Weltverband der Zahnärzte (FDI), der Internationen Fernmeldeunion (ITU) und diversen nationalen Akteuren zusammen, unsere Forschung in diesem Bereich ist richtungsweisend." Neben dem Schwerpunkt KI in der Zahnmedizin, das u. a. auch das Thema Maschinelles Sehen umfasst, werden auch die datengestützte Präzisionszahnmedizin und der Bereich der integrativen Versorgungsforschung in den Fokus der Forschungen gestellt. In seiner neuen Position hat sich Prof. Schwendicke zahlreiche Ziele gesetzt. „Ich möchte zum Ersten die Rolle der Diagnostik in der zahnmedizinischen Lehre und Krankenversorgung ausbauen und dies durch Forschung untermauern. Der Zahnarzt von morgen wird sich vielmehr mit Diagnostik, Monitoring und Therapiebegleitung als mit der eigentlichen Therapie beschäftigen. Zum Zweiten möchte ich mich dafür einsetzen, dass KI und andere digitale Technologien in der Zahnmedizin Verbreitung finden und dies andererseits auch verdienen!

Wir brauchen robuste, generalisierbare und an Standards ausgerichtete KI. Zudem müssen wir die Zahnmediziner von morgen fit machen, mit diesen Technologien umzugehen. Das Thema ‚digital and data literacy` wird uns mehr beschäftigen. Zum Dritten sind wir stark daran interessiert, den demografischen Wandel auch in der Zahnmedizin zu begleiten. Zurzeit sind unsere Versorgungsansätze, gerade was die aufsuchende Betreuung in Pflegeheimen oder gar zu Hause angeht, nur bedingt wirksam. Wir wollen hier Konzepte entwickeln, erproben und zeitnah in die Versorgung übertragen." Zu diesem Zweck etabliert Professor Schwendicke gerade eine eigene Versorgungseinheit am CharitéCentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Diese soll sich schwerpunktmäßig mit pflegezahnmedizinischen Fragestellungen auseinandersetzen.

„Durch die klinische Zusammenarbeit mit einem Kooperationsnetzwerk aus Pflegeheimen wird es uns gelingen, Forschungsansätze in die Versorgung zu überführen, zu erproben und dort unter reellen Bedingungen zu verbessern. Zugleich erbringen wir sinnstiftende Versorgungsleistung – die Mundgesundheit von Pflegeheimbewohnern ist oft dürftig. Das Interesse der Pflegeheime an einem solchen Konzept ist groß." <<

Besserer Zugang zu KI-basierten Lösungen

>> Im Rahmen des EU-Programms „Horizon 2020“ begann bereits Anfang 2021 das Hospital Smart Development based on AI-Projekt. HosmartAI stellt eine übergreifende Plattform bereit, die das Entwerfen, Entwickeln, Darstellen und Bereitstellen von KI-Lösungen für das Gesundheitswesen ermöglicht und so die Realität einer europäischen KI als „Ökosystem des Vertrauens und der Exzellenz“ vorantreiben soll.

HosmartAI soll die Integrationsmöglichkeit von Digital- und Robotertechnologien in neue Gesundheitsumgebungen gewährleisten und bietet die Möglichkeit, ihre Vorteile zu analysieren. Darüber hinaus fördert das Projekt die Idee und die Prinzipien von „Responsible Research and Innovation (RRI)“ während der Projektlaufzeit. Mit der Plattform wird ein benutzerzentrierter, interdisziplinärer Ansatz verfolgt und es werden Stakeholder und Bürger in die Methodik einbezogen. Auf diese Weise soll ein Gesundheitssystem entstehen, das die neuen Möglichkeiten voll ausschöpft und dabei von den Endnutzern akzeptiert wird.

Eine Bedingung hierfür ist, dass das HosmartAI-System in neuen Gesundheitseinrichtungen wie Arztpraxen, Kliniken etc. Anwendung findet und innovative Technologien darin integriert werden. Hierfür werden zwei offene Aufrufe an die Wissenschaft und das Forschungspublikum mit dem Schwerpunkt auf Tech-Start-ups und KMUs (kleine und mittelständische Unternehmen) gerichtet: Sie sollen bestimmte HosmartAI-Herausforderungen lösen oder neue Technologien in die HosmartAI-Plattform integrieren, neue Pilotprojekte entwickeln, die HosmartAI-Technologien einsetzen und neue Anwendungen und Nutzergruppen erkunden.

HosmartAI wird zunächst acht großangelegte Pilotprojekte einbinden. Diese werden 3.000 Patienten, 300 Angehörige der Gesundheitsberufe und 600 Interessengruppen beteiligen, darunter Gesundheitsmanager in fünf verschiedenen europäischen Regionen (Belgien, Italien, Griechenland, Slowenien und Spanien). Der Fokus liegt hierbei auf abgegrenzte medizinische Aspekte und Krankheitsmanifestationen. Dazu gehören Krebs, Magen-Darm-Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Thoraxerkrankungen, neurologische Erkrankungen, Altenpflege sowie neuropsychologische Rehabilitation, Einschränkungen des fetalen Wachstums und Frühgeburt.

Geleitet wird das HosmartAI-Projekt von einem durch INTRASOFT International koordinierten Konsortium. Zu diesem gehören 24 leitende Instanzen der Bereiche Forschung, Gesundheitswesen, Innovation und Wirtschaft aus 12 europäischen Ländern. Neben EIT Health Germany sind das Universitäten und Forschungszentren, KMUs, Verbände, Krankenhäuser und Gesundheitszentren sowie Großunternehmen. Durch diese interdisziplinäre Zusammenarbeit vereinen sich viele unterschiedliche Blickwinkel und bilden optimale Voraussetzungen, um eine umfangreiche Wirkung des Projektes zu gewährleisten.

EIT Health Germany wiederum ist eines von insgesamt sieben EIT Health-Zentren in Europa und betreut in Deutschland, Österreich und der Schweiz zurzeit 35 Partner aus Industrie, Forschung und Lehre, u. a. Roche, Abbvie, das Karlsruher Institut für Technologie (KIT), die Universität Heidelberg, aber auch Start-ups und KMUs. <<

Weitere Infomationen: https://www.hosmartai.eu/

Trendumkehr im Notfallbereich

>> Die Kernergebnisse einer vom Zi veröffentlichten Studie zur Entwicklung der ambulanten Notfallversorgung 2009 bis 2020: Die Zahl der insgesamt an Krankenhäusern in Deutschland ambulant oder stationär behandelten Notfallpatienten ist seit 2016 rückläufig. Bis 2019 ist die Gesamtzahl der Notfallbehandlungen dort um rund 265.000 Fälle auf 19 Mio. Fälle gesunken. Der Grund hierfür ist der Rückgang der ambulant im Krankenhaus behandelten Notfälle. Waren es 2016 noch 10,67 Mio. Behandlungsfälle, ist diese Zahl bis 2019 auf 10,27 Millionen zurückgegangen. Von 2018 auf 2019 haben die Gesamtfallzahlen auf 19 Millionen ambulante Notfälle pro Jahr nachgegeben. Der Gesamtfallzahlrückgang verstärkte sich im Covid-19-Pandemiejahr 2020 noch weiter. So ist in den ersten drei Quartal 2020 ein Rückgang an ambulanten Notfällen von -13 % im Vergleich zum Vorjahr zu beobachten. Demgegenüber ist die Anzahl stationärer Notfälle von 2009 bis 2019 von 6,6 auf 8,7 Mio. Fälle gestiegen. <<

1,4 Millionen Euro für bessere Wissenschaftskommunikation

>> Die Stärkung der Wissenschaftskommunikation in Deutschland ist für Bundesforschungsministerin Anja Karliczek ein wichtiges Ziel der laufenden Legislaturperiode. Hierzu entwickelt die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) initiierte Denkfabrik #FactoryWisskomm Maßnahmen zum besseren Austausch zwischen Wissenschaft und Gesellschaft. Seit September 2020 erarbeiten dabei rund 150 Experten aus Wissenschaft und Medien in 6 Arbeitsgruppen Handlungsempfehlungen. Ziel ist, die Wissenschaftskommunikation in Deutschland strukturell zu stärken.

Als ein Ergebnis dieses Prozesses wird das BMBF in den kommenden drei Jahren am Nationalen Institut für Wissenschaftskommunikation (NaWik) den Aufbau eines modularen E-Learning-Angebots für Wissenschaftskommunikation mit rund 1,4 Millionen Euro fördern. Hierzu erklärt Bundesforschungsministerin Anja Karliczek: „Die Covid-19-Pandemie zeigt uns sehr deutlich, wie wichtig und zugleich herausfordernd eine gute Wissenschaftskommunikation ist.“ Es ginge jedoch nicht nur darum, exzellente Forschung zu betreiben, da gerade in einer Pandemie für die Gesellschaft viel von den Fortschritten und Erfolgen der Wissenschaft abhänge. Deswegen sei es für Forschende zunehmend wichtig geworden, ihre wissenschaftliche Arbeit den Menschen auch gut und verständlich vermitteln zu können. Karliczek: „Dies gilt gerade mit Blick darauf, dass es gesellschaftliche Strömungen gibt, die in der Pandemie ganz bewusst Fakten ignorieren.“

Doch sei nach Karlizceks Meinung das Können, Forschungsinhalte mit diesem Anspruch zu vermitteln und ihre Relevanz einer breiteren Öffentlichkeit zu verdeutlichen, nicht jedem Forschenden in die Wiege gelegt. Mit einem neuen Online-Lernangebot am renommierten Nationalen Institut für Wissenschaftskommunikation in Karlsruhe sollen Wissenschaftler deshalb darin unterstützt werden, ihren Blick auf die öffentliche Kommunikation ihrer Forschung zu schärfen. Damit solle eine wichtige Lücke in der Weiterbildung für Forschende geschlossen werden. Karliczek: „Wissenschaftskommunikation will gelernt sein!“

Hintergrund: Die #FactoryWisskomm ist eine zentrale Maßnahme des BMBF, um den öffentlichen Diskurs über Wissenschaftsthemen und den Austausch zwischen Wissenschaft und Gesellschaft in all seinen Facetten zu stärken. Bei der Auftaktveranstaltung am 28. September 2020 wurden sechs Arbeitsgruppen gebildet. Jede Arbeitsgruppe arbeitete für ihr Handlungsfeld eigene Empfehlungen und Vorschläge für konkrete Maßnahmen aus. <<

Link: https://www.nawik.de

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

8. DNVF Forum Versorgungsforschung

Forschungsinfrastruktur und Daten für relevante Fragestellungen

Im 8. DNVF-Forum Versorgungsforschung wurde diskutiert, wie zielgerichtet für verschiedene Fragestellungen aus wissenschaftlicher Sicht Empfehlungen für spezifische Vorgehensweisen aufgezeigt werden können. An praktischen Beispielen wurde gezeigt, wie vorhandene Datenquellen versorgungsnaher Daten besser für die Forschung und die Verbesserung der Versorgung auch schon jetzt genutzt werden. Es wurde ein Ausblick gegeben, was zu tun ist, um das Potenzial versorgungsnaher Daten auszubauen. Konkret vereinbarten die Referierenden, in einer Publikation ein Plädoyer für eine Forschungsinfrastruktur zu verfassen.

>> Prof. Monika Klinkhammer-Schalke (DNVF, Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung, Universität Regensburg) und Dr. Thomas Kaiser (IQWiG) begrüßten die 120 Teilnehmer und die Referenten des Forums herzlich. Im kurzen Überblick über das Programm wurde deutlich, dass das Thema „Versorgungsnahe Daten – methodische Voraussetzungen und Nutzen" aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet wird und am Ende konkrete Schritte stehen sollen, was getan werden kann, um die Nutzung versorgungsnaher Daten voran zu bringen.

Prof. Holger Schünemann (McMaster University, Cochrane Center Canada) sprach live aus Kanada in seiner Keynote zur Anwendbarkeit und Evidenzqualität versorgungsnaher Daten. Er zeigte an drei konkreten Fragestellungen, wie die Nutzung versorgungsnaher Daten aus Beobachtungstudien auch im Zusammenspiel mit RCTs in die Entscheidungsfindung z.B. hinsichtlich einer prophylaktischen Antikoagulation bei Covid-19-Erkrankten einfließt. Die Einordnung der Relevanz der Studien folgt dabei der Systematik des GRADE Evidenz-Assessments. GRADE ist ein strukturierter Ansatz, der es erlaubt, die Evidenzqualität einer Studie zu beurteilen. Dabei werden Faktoren wie Risk of Bias, Datenqualität etc. betrachtet. Die Einschätzung der Evidenz fließt dann in eine GRADE-basierte Empfehlung und Entscheidungsfindung. Eine wichtige Perspektive ist neben dem Abwägen von Nutzen und Schaden, Wirtschaftlichkeit, Machbarkeit auch die Relevanz der Wirkung der Endpunkte, bezogen auf die Patienten. Prof. Schünemann betonte, dass die Bezeichnung Real-World-Evidence für Daten aus der Versorgung dazu führen kann, dass diese Daten für reeller gehalten werden als beispielweise Daten aus klinischen Studien. Das ist nicht der Fall, da auch Daten aus klinischen Studien real sind. Er appellierte ausdrücklich je



Prof. Monika Klinkhammer-Schalke und Dr. Thomas Kaiser.

Kommentar



Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke
Vorsitzende des DNVF e.V.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das ehrenamtliche und sehr starke Engagement unserer Mitglieder und aller Funktionsträger ist die Basis der Arbeit des DNVF. Das sind neben dem Vorstand 22 Arbeits- und Fachgruppen, die seit Jahren zu zentralen Themen der Versorgungsforschung Memoranden, Positionspapiere und Stellungnahmen erstellen, Module für die Spring School organisieren und im Programmkomitee des DKVF mitwirken.

Die Ad-hoc-Kommission Innovationsfonds hat ihre erste Publikation „Charakteristika von durch den Innovationsfonds geförderten Interventionsstudien" veröffentlicht. Die Studie zeigt einen relevanten methodischen Verbesserungs- und Beratungsbedarf zu aktuellen und zukünftigen Innovationsfonds-Projekten. Die Ad-hoc-Kommission Versorgungsnahe Daten hat das zweite Kapitel „Versorgungsnahe Daten zur Evaluation von Interventionseffekten" publiziert.

Das Angebot der Spring School des DNVF vom 25. – 28. Mai 2021 wurde von unterschiedlichen Professionen und Akteuren im Gesundheitswesen ausgezeichnet angenommen. Über 170 Teilnehmer waren dabei. Ein gutes Diskussionsklima und namhafte Referenten sowie der Vortragsabend von Prof. Holger Pfaff zum Thema „Werdegang des DNVF und Zukunftsperspektiven der Versorgungsforschung" haben zum Erfolg beigetragen. Ich möchte mich an dieser Stelle ganz herzlich bei der wissenschaftlichen Leitung, Prof. F. Hoffmann und Prof. J. Köberlein-Neu, allen Referenten und der Geschäftsstelle des DNVF für die tolle Vorbereitung und Durchführung bedanken.

Ebenfalls sehr gut besucht und geprägt vom internationalen fachlichen Austausch auf hohem Niveau und einer lebendigen Diskussion erlebten wir am 12. Mai das 8. Forum Versorgungsforschung zum Thema Versorgungsnahe Daten – methodische Voraussetzung und Nutzen.

Ebenfalls freuen wir uns sehr über die 506 eingereichten Abstracts für den 20. DKVF, die im Moment begutachtet werden. Das lässt einen spannenden und vielfältigen Kongress erwarten. Ich möchte Ihnen den Besuch des 20. Kongress für Versorgungsforschung mit der Thematik „Versorgungskontext verstehen – Praxistransfer befördern" nochmal sehr ans Herz legen.

Ihnen allen eine gute Zeit in allem und geben Sie gut auf sich acht!

Ihre Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke
Vorsitzende DNVF e.V.

nach Fragestellung zu entscheiden, welche Datenressourcen nutzbar sind und auch dass sich RCTs und nicht randomisierte Studien mit versorgungsnahen Daten gut ergänzen können. Entscheidend ist letztlich die Datenqualität passend zur Fragestellung.

Prof. Monika Klinkhammer-Schalke nahm den Ball ihres Vorredners auf und erklärte, dass die Ad-hoc-Kommission des DNVF nicht den Begriff der Real-World-Daten nutzt, sondern von versorgungsnahen Daten spricht.

Sie zeigte in ihrem Vortrag, dass mit qualitativ hochwertigen Krebsregisterdaten auch evidenzbasiertes Wissen für die Versorgung generiert werden und so eine Vielzahl von Fragestellungen aus Leitlinien und der Krebsforschung beantwortet werden können. Register müssen sich dabei an den Internationalen Qualitätsanforderungen [1] für Register orientieren. Das ermöglicht dann auch RCTs mit Registerdaten durchzuführen. Beispielhaft wurde eine Registerauswertung im Bereich Brustkrebs gezeigt mit einer deutlich geringeren Mortalität bei einer Behandlung mit Trastuzumab bei einer HER2-Überexpression. Auch im Rahmen der Covid-19-Pandemie konnte mittels der Register nachgewiesen werden, dass Vorsorgeuntersuchungen und operative Eingriffe in frühen Krebsstadien (Brust und Darmkrebs) signifikant zurückgegangen sind. Prof. Monika Klinkhammer-Schalke betonte, dass mit vorhandenen Registerdaten schon viel machbar ist. Dr. Thomas Kaiser nahm diesen Aspekt in der anschließenden Diskussion auf, indem er fragte, was noch zu tun sei, um auch in Deutschland eine Kultur randomisierter registerbasierter Studien zu etablieren. Wichtig ist es dazu, dass relevante Fragestellungen am Anfang stehen und geprüft wird, welche Daten aus bestehenden Regi-stern für die Beantwortung der Frage genutzt werden können, sowie welche Daten noch zusätzlich erhoben werden müssen.

Bessere Behandlungsoutcomes?

Prof. Jochen Schmitt (Zentrum für evidenzbasierte Medizin, TU Dresden) stellte das Projekt WiZen – Verknüpfung von Krankenkassen- und Registerdaten vor. Durch die Verknüpfung von Daten aus vier Krebsregistern mit Routinedaten der AOK soll die Hypothese geprüft werden, ob Patienten mit Behandlung in zertifizierten Zentren bessere Behandlungsoutcomes im Vergleich zu nicht zertifizierten Kliniken haben.

Die Ergebnisse zeigen für acht verschiedene Krebsarten ein signifikant höheres Überleben in zertifizierten Häusern. Dabei ist es gelungen, die Stärken der Routinedaten (hohe Fallzahlen) und der Daten aus Krebsregistern (Längsschnittdaten) zusammenzuführen. Da jedoch keine Randomisierung und unbekannte Faktoren bestehen (z.B. keine Histologie) können aus den Ergebnissen keine kausalen Schlussfolgerungen gezogen werden.

Zum Datenlinkage führte Prof. Jochen Schmitt aus, dass es über die Krankenkassennummer sehr zuverlässig ist (fast 100 %), diese jedoch nicht über den Zeitraum der Studie 2009 bis 2017 in den Daten vollständig vorhanden war. Jedoch auch das Linkage über die Variablen Alter, Geschlecht, PLZ gelingt mit sehr hoher Zuverlässigkeit. Die Studie erlaubt Aussagen zur Wirksamkeit einer Zertifizierung und eine detaillierte Darstellung der Versorgungssituation von Tumorpatienten. Langfristig kann sie Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Primärversorgern, Sekundärversorgern und Zentren, der Unterstützung der Patienten bei der Wahl der Kliniken beitragen und die Basis für eine effektive und qualitativ hochwertige Patientenversorgung für die wichtigsten Tumorentitäten sein.

Datenbereitstellung und -nutzung

Dr. Alina Brandes (Bundesministerium für Gesundheit) skizzierte nationale und internationale Rahmen für Forschungsdaten, die Leitungen und Regeln des Forschungsdatenzentrums und Bedingungen der Datenfreigabe. Ziel ist es, innerhalb des Europäischen Gesundheitsdatenraums – European Health Data Space (EHDS), die Datenbereitstellung und Datennutzung insbesondere in Deutschland und Europa signifikant zu erhöhen. Es sind eine Vielzahl von Maßnahmen auf europäischer Ebene in Gang gesetzt, um bis 2025 interoperable Datenzugangsinfrastrukturen für eine sichere grenzüberschreitende Sekundärdatennutzung bereit zu stellen. Am Anfang werden im deutschen Forschungsdatenzentrum, in einem geschützten Raum Abrechnungs- und Verwaltungsdaten der GKV zur Verfügung gestellt.

Es ist eine schrittweise Erweiterung des Datenangebots geplant und neben der Verkürzung des Verfahrens zum Forschungsdatenzentrum sollen auf Dauer aktuellere Daten zur Verfügung gestellt werden. Erste Anträge können Anfang 2022 gestellt werden. Es ist eine zweistufige Pseudonymisierung vorgesehen und ab 2023 sollen Daten aus der elektronischen Patientenakte zur Verfügung gestellt werden. Dr. Alina Brandes betonte, dass das BMG sehr interessiert an einem Austausch mit der Versorgungswissenschaft ist, gerade was das Thema der Verknüpfung von Daten betrifft.

Dr. Monika Lelgemann (unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)) erläuterte in einem ersten Schritt die gesetzlichen Rahmenbedingungen von Erprobungsstudien für nicht-medikamentöse Interventionen. Der Gesetzgeber beauftragt in diesem Zusammenhang den G-BA selbst Studien durchzuführen. Dabei unterstrich sie, dass die gleichzeitige Anwendung der Leistung und parallele Erkundung des Nutzens in Erprobungsstudien ein schwieriger Balanceakt ist, da der uneingeschränkte Zugang zur Leistung die Rekrutierung der Erprobungsstudie stark behindere. Dr. Monika Lelgemann zeigte eine große Anzahl Beispiele laufender und aktuell geplanter Erprobungsstudien. Sie stellte am Ende die Frage, ob es nicht sinnvoll ist, die Erbringbarkeit von Erprobungsstudien auf einige Innovationszentren zu beschränken und über anwendungsbegleitende Datenerhebungen in Registern zu versuchen, schneller und kostengünstiger ausreichend Erkenntnisse zu gewinnen. Ein wie schon lange vom DNVF gefordertes Meta-Register zur Identifikation geeigneter Indikationsregister wäre hier sicherlich von Nutzen.

Prof. Sabine Siesling (Netherlands Comprehensive Cancer Organisation (IKNL), Utrecht, University of Twente, Enschede) zeigte anhand aktueller Registerdaten (März 2021) die Folgen der Pandemie für die Krebsversorgung in den Niederlanden. Das IKNL hat seit 1989 eine nationale Abdeckung und Verträge mit allen Krankenhäusern (90) in den Niederlanden. Die Datensammlung, -kodierung und -validierung geschieht durch IKNL-Mitarbeiter.

Die Zahlen zeigen für 13 Krebskrankheiten signifikant geringere Diagnosezahlen für die jeweiligen Pandemiewellen. Anfang 2021 sind fast alle Krebsarten bis auf Darm und Brustkrebs wieder auf dem Niveau der Vorjahre. Weniger Krebsdiagnosen bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Krankheit später entdeckt wird und zu schwereren Verläufen führen kann. Im September 2020 wurde ein Projekt gestartet, konkrete Empfehlungen für die Politik und Kommunikation mit der Allgemeinbevölkerung sowie

der Primär- und Sekundärversorgung hinsichtlich der Aufrechterhaltung einer wirksamen Diagnostik und der Versorgung von Krebspatienten zu formulieren.

Podiumsdiskussion

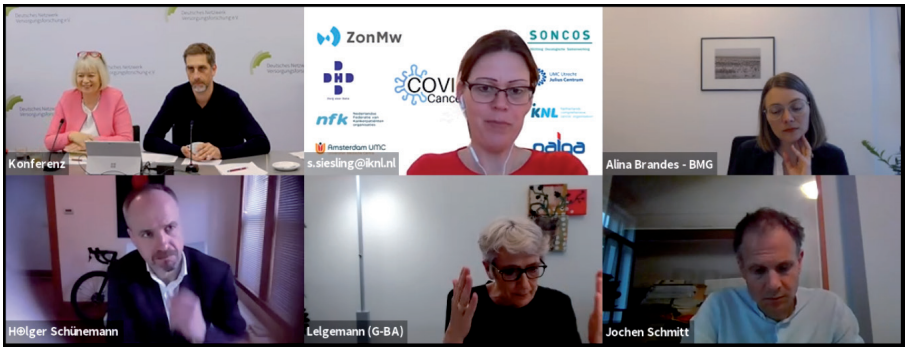
Es bestand Einigkeit, dass Ergebnisse von Studien international besser abgesprochen und verknüpft werden, um so Ressourcen zu schonen und nicht unnötig redundante Studien durchzuführen. Dazu wäre es gut, Daten international zusammenführen zu können und zu bewerten. Dabei sind bürokratische und logistische Hürden abzubauen.

Im Moment gibt es in Deutschland durch die Pandemie die Beschleunigung des Datenflusses von den Krankenkassen zur Forschung. Die Nationale Initiative Universitätsmedizin (NUM) will ermöglichen, Fragen methodisch und technisch koordiniert zu beantworten. Gleichzeitig sollten vorhandene qualitative Daten genutzt werden und schnelle Wege bei brisanten Fragestellungen mit einer zeitnahen Implementierung in der klinischen und ambulanten Versorgung geschaffen werden. Leitlinien, Versorgungsforschung und klinische Register müssen zusammengeführt und offene Fragestellungen transparent und übersichtlich kommuniziert werden, wie das jetzt auf der ersten Seite bei onkologischen Leitlinien praktiziert wird.

Wir brauchen mehr als eine Dateninfrastruktur, nämlich eine Forschungsinfrastruktur, und Datenstrukturen müssen international anschlussfähig sein. Das Forschungsdatenzentrum ist ein erster wichtiger Puzzlestein, aber gute Forschung benötigt mehr. Erfolgsfaktoren für die Forschung sind dabei:

- gute Fragen zu stellen (Fragenkatalog)
- die Erfassung der relevanten Daten
- die Sicherstellung einer hohen Datenqualität
- Daten gut auswerten
- Schlussfolgerungen und Konsequenzen aus den Ergebnissen ziehen

Dabei sollten Fragestellungen katalogisiert, priorisiert und Datenressourcen an den priorisierten Fragestellungen entlang aufgebaut (Fragen-getriggerte Datenstruktur) werden. Wenn es einen solchen Fragenkatalog gibt, können Patienten auch besser darüber informiert werden, wozu ihre Daten gebraucht werden. Eine Forschungsinfrastruktur sollte die Entwicklung von Fragestellungen, die Wege zur Beantwortung und Implementierung skizzieren. Als Ergebnis der Podiumsdiskussion beschließt das Podium zeitnah eine Publikation zu Anforderungen an eine Forschungsinfrastruktur gemeinsam zu verfassen. <<



v.l.n.r.: Prof. Monika Klinkhammer-Schalke, Dr. Thomas Kaiser, Prof. Sabine Siesling, Dr. Alina Brandes, Prof. Dr. Holger Schünemann, Monika Lelgemann und Prof. Dr. Jochen Schmitt.

News

>> 29. DNVF-Mitgliederversammlung

Zum zweiten Mal fand am 12.05.2021 die 29. Mitgliederversammlung des DNVF digital statt. Die Vorsitzende Prof. M. Klinkhammer-Schalke begrüßte herzlich die 120 anwesenden Mitglieder. Nach der Begrüßung und Vorstellung der neuen Mitglieder berichtet der Vorstand über die aktuellen Kommissionen des DNVF. Die Ad-hoc-Kommissionen Versorgungsnahe Daten und Innovationsfonds wiesen auf ihre aktuellen Publikationen hin. Auch die neue Datenbank der Ad-hoc-Kommission Innovationsfonds wurde präsentiert. Prof. M. Härter stellte die Aktivitäten und nächsten Schritte der Zukunftskommission vor. Dr. T. Bierbaum und Prof. W. Hoffmann berichteten über die Beteiligung des DNVF im Kompetenznetzwerk Public Health. Prof. Jochen Schmitt und Prof. Neugebauer erläuterten die Ziele der neuen Ad-hoc-Kommission Versorgungsziele. Der Vorstand wurde für das Geschäftsjahr 2020 mit großer Zustimmung entlastet. Den Berichten der Arbeits- und Fachgruppen und der Gruppe der Hochschullehrer folgte die Abstimmung über eine Satzungsänderung zur Preisverleihung und Ehrenmitgliedschaft. Ebenfalls wurde eine neue Beitragsordnung verabschiedet. Studierenden wird jetzt eine kostenlose Mitgliedschaft im DNVF angeboten. Die Mitgliederversammlung war ein Spiegel der breiten und durch ehrenamtliches Engagement getragenen Aktivitäten des DNVF. Prof. M. Klinkhammer-Schalke bedankte sich bei allen Mitgliedern ganz herzlich für ihre Verbundenheit und aktive Unterstützung des DNVF.

News

>> Versorgungsnahe Daten zur Evaluation von Interventionseffekten

Die Evaluation von Interventionseffekten ist eine wichtige Domäne der Versorgungsforschung. Die vom Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) ins Leben gerufene Ad-hoc-Kommission zur Nutzung versorgungsnaher Daten beschäftigt sich in diesem zweiten Teil des Manuals deshalb mit der Nutzung dieser Daten zur Evaluation von Interventionseffekten. Zunächst erfolgt dabei eine Aufarbeitung der Begriffsbestimmung und Diskussion zur Bedeutung von Kontextfaktoren. Anschließend werden sowohl allgemeine Anforderungen an Planung, Datenerhebung und Auswertung sowie konkrete Beispiele zur Evaluation von Interventionseffekten für die drei Anwendungsfelder Arzneimitteltherapie, nicht-medikamentöse Maßnahmen sowie komplexe Interventionen herausgearbeitet. Dabei werden sowohl Szenarien betrachtet, bei denen bisher keine Informationen aus direkt vergleichenden randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) vorliegen bzw. bereits RCTs vorhanden sind, jedoch eine Erweiterung der Fragestellung erforderlich ist. Im Zentrum steht bei allen Beispielen an erster Stelle immer die Frage, ob die Datenquelle für die entsprechende Forschungsfrage geeignet ist und zwar unabhängig davon, ob eine Studie mit oder ohne Randomisierung durchgeführt wird. Die gewählten Beispiele stammen größtenteils aus der Onkologie, weil die hierfür notwendigen Daten zumindest in Ansätzen bereits für Deutschland vorliegen. Abschließend diskutiert das Manual mögliche Herausforderungen für eine zukünftige Nutzung dieser Daten.

Link zum Free Access:
https://bit.ly/3bRKWjG

Presseerklärung des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung

Relevanter methodischer Verbesserungs- und Beratungsbedarf bei Innovationsfonds-Projekten

Aus Sicht des Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) bietet der Innovationsfonds für unser Gesundheitssystem eine einmalige Chance, die Gesundheitsversorgung zukunftsfähig und evidenzgeleitet weiterzuentwickeln.

>> Das DNVF hat sich seit der Ankündigung des Innovationsfonds im Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) im Jahr 2015 kontinuierlich engagiert, um einen möglichst effektiven, effizienten, gerechten, transparenten und nachhaltigen Einsatz der Mittel des Innovationsfonds zu unterstützen. Vor diesem Hintergrund hat das DNVF 2019 eine Ad-hoc-Kommission gegründet, die die laufenden und abgeschlossenen Projekte des Innovationsfonds konstruktiv und methodenkritisch begleitet. Ziel dabei ist es, den Status quo der bisher geförderten Projekte aus dem Innovationsfonds hinsichtlich der Themenschwerpunkte, der methodischen Qualität, der Berichterstattung und des Verwertungspotenzials für die Regelversorgung, die Wissenschaft und Gesundheitspolitik zu analysieren und einzuordnen.

Erste Ergebnisse der Ad-hoc-Kommission liegen durch eine aktuelle Publikation nun vor und sind online abrufbar (siehe Link). Das prospektiv registrierte Review charakterisiert 50 Interventionsstudien der ersten Förderwelle des Innovationsfonds auf Grundlage von publizierten Studienprotokollen oder Originalartikeln. Die mehrheitlich randomisierten kontrollierten Interventionsstudien bezogen überwiegend Erwachsene bzw. Senioren in ambulanter Versorgung ohne regionalen Fokus ein und analysierten Behandlungsprozesse mit heterogenen klinischen bzw. patientenberichteten Zielgrößen.

Positiv hervorzuheben ist, dass 40 Studien klar als randomisierte bzw. kontrollierte Studien zu überwiegend komplexen Interventionen zu klassifizieren sind. Kritisch ist allerdings der Befund, dass bei 12 Projekten Angaben zur Fallzahlplanung und bei 7 Studien Angaben zu Vergleichsgruppen fehlten. Allein das Fehlen registrierter Studienprotokolle bei 18 der untersuchten Projekte führt zu mangelnder Transparenz, indem wichtige Studiendetails nicht ermittelt werden können. Eine zentrale Forderung (u. a. des DNVF) nach mehr Transparenz in Form einer verpflichtenden Registrierung öffentlich geförderter Forschungsvorhaben ist daher nicht ausreichend im Innovationsfonds umgesetzt worden.

Studien verlieren aufgrund mangelhafter Transparenz und/oder fehlender Studienregistrierungen an wissenschaftlicher Aussagekraft und Publikationspotenzial, und die generelle Verwertbarkeit und Transferrelevanz steht ebenso in Frage. „Wenngleich für eine abschließende Bewertung der Projekte noch Abschlussberichte und Ergebnispublikationen fehlen, zeigt sich bereits ein sichtbarer methodischer Verbesserungs- und Beratungsbedarf zu zahlreichen gegenwärtigen und zukünftigen Innovationsfonds-Projekten“, so das Fazit des Sprechers der Ad-hoc-Kommission Prof. Jochen Schmitt (TU Dresden).

Das DNVF bietet hier seine Unterstützung an und empfiehlt dringend eine verpflichtende Studienregistrierung sowie bereits bei der Antragstellung stärker die Machbarkeit (Fallzahlen) und eine auf die Fragestellung abgestimmte Methodik zu beachten. Wird diesen Empfehlungen gefolgt, kann das enorme Potenzial des Innovationsfonds zukünftig noch besser und effizienter genutzt werden. <<

Studie: „Charakteristika von durch den Innovationsfonds geförderten Interventionsstudien: Review und Dokumentenanalyse von Studienprotokollen, Publikationen und Abschlussberichten“; Heike Heytens, Felix Walther, Laura Keßler, Daniel Bremer, Elisa Frenz, Martin Härter, Max Geraedts, Thomas Bierbaum, Christian Apfelbacher, Jochen Schmitt für die Ad–hoc-Kommission Innovationsfonds des DNVF.

Link: https://bit.ly/3oLvCKK

News

>> Ad-hoc-Kommission Versorgungsziele gegründet

Der DNVF gründet eine Ad-hoc-Kommission Versorgungsziele. Es soll eine agile Gruppe sein, die je nach Fachrichtung Experten aus dem Netzwerk einbindet und konsentierte übergreifende Versorgungsziele entwickelt. Die Herausforderung dabei ist es, von Versorgungszielen auf System-/Meta-Ebene zu sehr konkreten, spezifischen und messbaren Zielen für definierbare Patientengruppen zu kommen. Die Operationalisierung übergreifender Versorgungsziele für definierte Personengruppen ist dazu notwendig. Daher suchen wir in der Gruppe eine enge Beteiligung von Fachgruppen und Klinikern. Auch Verbindungen zu Leitlinien-Gruppen der AWMF sind angestrebt. Die Kommission wird eng mit der Arbeitsgruppe Qualität und Patientensicherheit zusammenarbeiten. Die Sprecher der Gruppe sind Prof. J. Schmitt und Prof. E.A.M. Neugebauer.

Termine

06.10. – 08.10.2021, digital
20. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF)

Veranstaltungen unserer Mitglieder

16.06.-18.06.2021, Berlin
Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

25.06.-27.06.2021, Würzburg
Konsultationstreffen der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie

26.06.-30.06.2021, Kolding (DK)
11. International Shared Decision Making Conference 2021

DNVF

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

eMail: info@dnvf.de

Dr. oec. publ. Wiebke Schüttig MSc MBR
Prof. Dr. oec. Leonie Sundmacher MSc

Wie lassen sich potenziell vermeidbare Fälle in Notaufnahmen systematisieren und analysieren?

Ergebnisse einer Delphi-Befragung und retrospektiven Datenanalyse

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Zahl der ambulanten Notfälle in deutschen Krankenhäusern ist in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Diese Entwicklung lässt sich teilweise durch das steigende Durchschnittsalter der Bevölkerung bedingt durch den demografischen Wandel erklären. Allerdings ist auch eine Veränderung der behandelten Erkrankungen zu beobachten. So wird angenommen, dass der Anteil der Bagatellkrankheiten, welche in Notaufnahmen behandelt wurden, in den letzten Jahren deutlich zunahm.

Ziele: Ziel der Arbeit war es, eine konsentierte Liste ambulant-sensitiver Diagnosen zu entwickeln, welche häufig in Notaufnahmen behandelt werden und durch den ambulanten Bereich potenziell behandelbar wären. Weiterhin sollten Prädiktoren der Inanspruchnahme bei diesen Diagnosen identifiziert werden.

Methoden: Basierend auf einer Delphi-Befragung mit 30 Ärzten wurde eine Liste an ambulant-sensitiven Notfalldiagnosen erstellt. Zusätzlich identifizierte die Gruppe mögliche Gründe, warum Patienten mit den ausgewählten Diagnosen eher die Notaufnahme als den ambulanten Bereich aufsuchen. Die gewonnenen Erkenntnisse wurden für räumliche Regressionsanalysen verwendet, um auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte Assoziationen mit Patienteneigenschaften und ambulanter Versorgung zu untersuchen.

Ergebnisse: Unsere Studie bietet eine erste Liste an ambulant-sensitiven Diagnosen für den Kontext deutscher Notaufnahmen. Deskriptive Ergebnisse zeigen, dass Notaufnahmen mit den ausgewählten Diagnosen insbesondere durch jüngere Patienten in Anspruch genommen werden. Das Einschätzen von Dringlichkeit durch Patienten sowie Patientenpräferenzen wurden als Hauptgründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen bei ambulant-sensitiven Diagnosen identifiziert. Ergebnisse der Regressionsanalysen deuten darauf hin, dass ambulant-sensitive Notfallraten signifikant höher in Kreisen mit geringerer Arztdichte sind.

Diskussion: Die Liste ambulant-sensitiver Diagnosen kann als Monitoringinstrument und für weitere Analysen auf Basis von Routinedaten genutzt werden.

Schlüsselwörter

ambulante Versorgung, Notfallversorgung, Notfall, Krankenhaus, Kontinuität

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2317

Es ließ sich in Deutschland in den letzten Jahren eine zunehmende Inanspruchnahme von Notaufnahmen verzeichnen. Beispielsweise stieg die Anzahl von Fällen in Notfallaufnahmen zwischen 2009 und 2015 um etwa 34 Prozent an (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), 2017). Dieser Anstieg lässt sich einerseits durch die Altersstruktur der Bevölkerung und Multimorbidität von zunehmend älteren Personen erklären, andererseits durch eine Änderung des Behandlungsspektrums von Notaufnahmen. Erste Untersuchungen weisen darauf hin, dass Patienten zunehmend Notaufnahmen aufsuchen, die auch im ambulanten Bereich eine adäquate Behandlung erhalten hätten (Carret, Fassa & Domingues, 2009). Diese somit nicht bedarfsgerechte Inanspruchnahme resultiert in überfüllten Notaufnahmen, langen Wartezeiten für Patienten, überlastetem Gesundheitspersonal und höheren Kosten auf höheren Versorgungsebenen (Haas et al., 2015; Köster, C., Wrede, S., Herrmann, T., Meyer, S., Willms, G., Broge, B., Szecsenyi, J., 2016). Die Situation spitzt sich in Deutschland aufgrund der Besonderheiten des deutschen Gesundheitssystems zu: Strukturen der Notfallversorgung existieren parallel im ambulanten und stationären Sektor. Eine Abstimmung der beiden Versorgungsangebote über die Sektoren hinweg erfolgt noch nicht regelmäßig. Die Sektorengrenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wird als eine Ursache von Versorgungsbrüchen und mangelnder Koordination vermutet. Dies lässt sich nicht zuletzt auf die Parallelität in Planung, Finanzierung und Leistungserbringung zurückführen, die im Rahmen der Reform der Notfallversorgung geändert werden soll.

>> Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind bislang in Deutschland für die Sicherstellung eines flächendeckenden, vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes verantwortlich. Angebote dieser Bereitschaftsdienste sind regional sehr unterschiedlich ausgestaltet und variieren von telefonischen Rufbereitschaften über Fahrdienste und Notfallpraxen. Parallel zu diesen Versorgungsangeboten existieren Notaufnahmen in Krankenhäusern. Die Verantwortlichkeiten im Gesundheitswesen sind Patienten häufig nicht verständlich. Ihnen fehlt es regelmäßig an Informationen über die jeweiligen Zuständigkeiten und geeigneten Anlaufstellen (Somasundaram, Geissler, Leidel & Wrede, 2018). Die Wahl des Versorgungsbereichs in Fällen außerhalb von Sprechstundenzeiten wird somit häufig durch die vorhandenen Informationen sowie die eigene Wahrnehmung von Schmerzen und Dringlichkeit getrieben (vgl. auch Schmiedhofer, Searle, Slagman & Möckel, 2017). Patientenseitig entstehen keine zusätzlichen Kosten für die Inanspruchnahme von Bereitschaftsdiensten oder Notaufnahmen. Patienten sind häufig dazu verleitet, die für sie bestmögliche und effizienteste Leistung in Anspruch zu nehmen. Der Besuch einer Notaufnahme verspricht eine Behandlung am selben Tag, einer kurzfristigen Behandlung sowie umfassenden Diagnostik (z.B. Röntgen- oder Computertomographieuntersuchungen) unabhängig von Facharztdisziplinen (vgl. auch Schmiedhofer et al., 2017). Häufig bietet ein Besuch in der Notaufnahme eine Alternative im Fall von Wartezeiten auf Facharzttermine und Diagnostik im ambulanten Bereich und der Behandlung außerhalb regulärer Sprechzeiten, was einen Besuch außerhalb der Zeiten der Erwerbstätigkeiten ermöglicht.

Untersuchung von vermeidbaren Fällen in Notaufnahmen

In einer aktuellen Studie von Schüttig und Sundmacher wurde ein Instrument entwickelt, mit dem sich potenziell vermeidbare Fälle in der Notaufnahme, sogenannte ambulant-sensitive Notfälle, in Routinedaten identifizieren lassen (Schuettig & Sundmacher, 2019). Es wurden somit Diagnosen klassifiziert, mit denen eine Behandlung potenziell auch durch Vertragsärzte in der Regelversorgung erfolgen konnte. Es lassen sich damit Rückschlüsse auf das Ausmaß vermeidbarer Fälle in Notaufnahmen ziehen. Das Konzept ambulant-sensitiver Notfälle lehnt sich an das der ambulant-sensitiven Kran-

kenhausfälle an (Purdy, Griffin, Salisbury & Sharp, 2009; Sundmacher et al., 2015; Weissman, Gatsonis, & Epstein, 1992). Die Konzepte der ambulant-sensitiven Notfälle und der ambulant-sensitiven Krankenhausfälle erlauben die Untersuchung potenzieller Implikationen eines limitierten Zugangs oder mangelnder Inanspruchnahme im ambulanten Sektor. In Abgrenzung zu den ambulant-sensitiven Krankenhausfällen werden durch ambulant-sensitive Notfälle lediglich Fälle in Notaufnahmen betrachtet. Im Vergleich zu stationären Hospitalisierungen beschränkt sich der Analyseansatz der ambulant-sensitiven Notfälle auf ambulante Notfälle im Krankenhaus.

Die Studie hatte somit das Ziel, das Ausmaß an Fällen abzuschätzen, welches in Notaufnahmen behandelt wird, potenziell aber auch ambulant von Vertragsärzten in der Regelversorgung behandelbar wäre. Zu diesem Zweck wurde ein Panel von 30 Ärzten, hälftig aus ambulanten und stationären Ärzten rekrutiert. In einem mehrstufigen Befragungsprozess wurde das Expertenpanel befragt, um Meinungen in Gruppenkonsens zu überführen (Hasson, Keeney & McKenna, 2000). Die gewählte Delphi-Methode ist ein etabliertes Verfahren, welches beispielsweise auch bei der Konsentierung von Leitlinienempfehlungen Anwendung findet (Campbell, Braspenning, Hutchinson & Marshall, 2003). Basierend auf diesem Prozess konnte eine Liste ambulant-sensitiver Notfalldiagnosen und Gründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen bei den ausgewählten Symptomen und Erkrankungen konkretisiert werden. Das Ärztepanel wurde zusätzlich befragt, ob die konsentierte Diagnose auch durch den Bereitschaftsdienst behandelbar wäre. Das Expertenpanel schätzte darüber hinaus basierend auf seinen Erfahrungen den Anteil an Fällen einer Diagnosegruppe ein, welcher durch ambulante Versorgung behandelbar und somit in der Notaufnahme potenziell vermeidbar wäre.

Die Ergebnisse der Studie lassen eine retrospektive Betrachtung des Versorgungsgeschehens sowie die Analyse über Faktoren zu, welche die Inanspruchnahme bei potenziell vermeidbaren Fällen in der Notaufnahme begünstigen. Ambulant-sensitive Diagnosen lassen sich nur teilweise durch verbesserten Zugang und effektive Versorgung vermeiden (Sanderson & Dixon, 2000). Patientenpräferenzen, Sozioökonomie, Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem und weitere Faktoren besitzen einen Einfluss auf die Entscheidung über den Besuch einer Notaufnahme (Boushy & Dubinsky, 1999). In Regressionsmodellen untersuchten die Autorinnen zusätzlich Faktoren, welche die Inanspruchnahme von Notaufnahmen bei den identifizierten ambulant-sensitiven Diagnosen begünstigten. Angebotsseitige Faktoren der Gesundheitsversorgung und Patientencharakteristika wurden auf Basis von räumlichen Regressionsmodellen untersucht.

Abschätzung des Ausmaßes potenziell vermeidbarer Fälle in Notaufnahmen

Durch die zweistufige Delphi-Befragung wurden ICD-Diagnosen identifiziert, welche durch mindestens 65% der teilnehmenden Ärzte als ambulant behandelbar eingeschätzt wurden. Die insgesamt 135 ausgewählten Diagnosen wurden analog der ICD-Systematik in 31 Diagnosegruppen zusammengefasst (Tab. 1). Hierzu zählten beispielsweise Allgemeinsymptome, Rückenbeschwerden und Hypertonie. In der Befragung wurden deutliche Unterschiede in der Einschätzung zur Behandelbarkeit von Diagnosen durch Bereitschaftsdienste deutlich. Während 100% der Befragten beispielsweise die Diagnose akute Nasopharyngitis als ambulant behandelbar bewerteten, bewerteten nur 42% der Befragten die Diagnose als durch den Bereitschaftsdienst behandelbar.

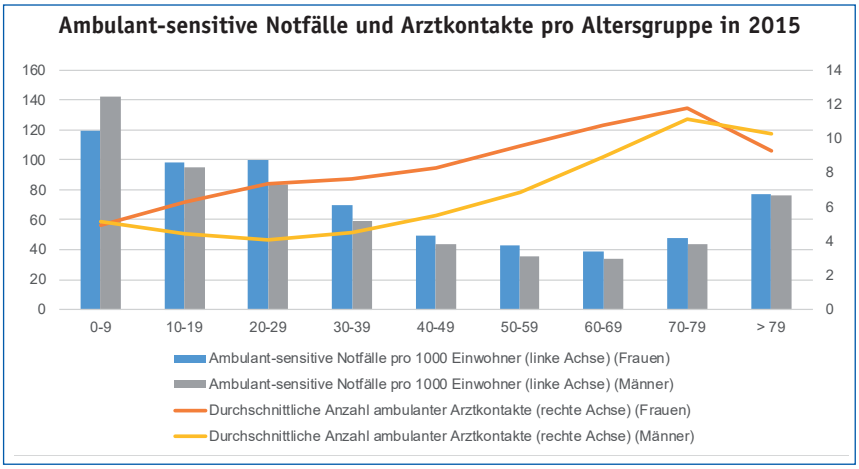


Abb. 1: Alters- und Geschlechtsverteilung der ambulant-sensitiven Notfälle und ambulanten Kontakte (Quelle: KBV).

Einschätzungen der Experten über die potenzielle Vermeidbarkeit von Fällen in Notaufnahmen variierten über die 31 Diagnosegruppen hinweg zwischen 29% und 87% (Tab. 1). Im Jahr 2015 wurden 4,4 Mio. Patienten mit mindestens einer ambulant-sensitiven Diagnose in einer Notaufnahme behandelt. PKV-Versicherte sind in diese Betrachtungen nicht eingeschlossen, ebenso keine GKV-Versicherten aus den Bundesländern Bremen, Hessen und Rheinland-Pfalz. Da die Kodierung von Diagnosen in Notaufnahmen keine Rückschlüsse auf Haupt- und Nebendiagnose zulässt, würde diese Summe die Anzahl an potenziell vermeidbaren Fällen allerdings überschätzen. Nicht immer stellt die jeweilige Diagnose den eigentlichen Behandlungsanlass dar. Die Anzahl an Fällen stellt somit einen groben Orientierungswert für das Ausmaß potenziell vermeidbarer Fälle dar. In Abbildung 1 ist die Alters- und Geschlechtsverteilung der Inanspruchnahme in Jahr 2015 dargestellt. Insbesondere Patienten jüngeren Alters suchten die Notaufnahmen mit ambulant-sensitiven Diagnosen auf. Bei beiden Geschlechtern ist mit steigendem Alter bis zur Altersgruppe der 70-Jährigen und Älteren sinkende Raten ambulant-sensitiver Notfälle zu beobachten. Zusätzlich lässt sich feststellen, dass Altersgruppen mit höherer Inanspruchnahme von Notaufnahmen mit ambulant-sensitiven Diagnosen tendenziell weniger ambulante Arztkontakte zu verzeichnen hatten und tendenziell weniger morbide waren. In Regressionsmodellen auf Basis von Daten auf Ebene von Kreisen und kreisfreien Städten wurden weitere Faktoren untersucht: Der Einfluss von Charakteristika des ambulanten Sektors und der Patienten wurden auf alters- und geschlechtsstandardisierte Raten ambulant-sensitiver Fälle in Notaufnahmen empirisch geschätzt. Die Analysen zeigen einen negativen Zusammenhang der Anzahl an Arztkontakten und Ärztedichte in einer Region und der Rate ambulant-sensitiver Notfälle. Je häufiger Patienten ambulant behandelt wurden und sich potenziell in kontinuierlicher ambulanter Behandlung befanden, desto unwahrscheinlicher war ein Besuch in der Notaufnahme aufgrund einer ambulant-sensitiven Diagnose. Auch zeigte sich, dass je höher die Ärztedichte in einer Re-

gion war, desto geringer fiel die Rate ambulant-sensitiver Notfälle aus. Es konnte auch ein negativer Zusammenhang zwischen der Wahlbeteiligung in einem Kreis oder kreisfreien Stadt, und den Raten ambulant-sensitiver Notfälle bestätigt werden. Die Wahlbeteiligung einer Region lässt sich als Indikator für soziale Partizipation und der Einstellung gegenüber öffentlichen Leistungen interpretieren.

Die konsentierten ambulant-sensitiven Diagnosen wurden in zusätzlichen Analysen nach allgemeinmedizinischem und chirurgischem Behandlungsspektrum unterschieden, um der besonderen Versorgungssituation im Falle von Verletzungen Rechnung zu tragen. Der Anteil an Personen mit Migrationshintergrund zeigte hier einen signifikanten positiven Einfluss auf Raten in Summe und die Raten allgemeinmedizinischer Diagnosen. Bei den chirurgischen Diagnosen war dieser Zusammenhang hingegen negativ und nicht signifikant. Dieses Ergebnis kann darauf zurückzuführen sein, dass kulturelle Unterschiede und eine Vertrautheit mit dem hiesigen Gesundheitssystem insbesondere bei allgemeinmedizinischen Symptomen einen Einfluss auf ambulant-sensitive Notfälle besitzen.

Beweggründe für Besuche von Notaufnahmen mit ambulant-sensitiven Diagnosen

In der Studie wurden weiterhin Beweggründe von Patienten für Besuche von Notaufnahmen mit den konsentierten Diagnosegruppen identifiziert. Basierend auf Ergebnissen in der Literatur und Interviews mit Notärzten wurden somit potenzielle Gründe für den Besuch einer Notaufnahme mit ambulant-

31 ambulant-sensitive Diagnosegruppen und ihre Behandelbarkeit durch den ambulanten Sektor

Ambulant-sensitive Notfalldiagnosegruppe	Anteil der Experten, die die Diagnosegruppe als ambulant behandelbar bewerteten	Durch das Expertenpanel geschätzer Anteil durch ambulante Behandlung vermeidbarer Fälle	Häufigst genannter Grund für den Besuch einer Notaufnahme
1. Personen mit potenziellen Gesundheitsrisiken hinsichtlich übertragbarer Krankheiten	95%	74%	Präferenz
2. Dermatitis, Ekzem, Hautausschlag und sonstige unspezifische Hauteruptionen	93%	86%	Wahrnehmung
3. Biomechanische Funktionsstörungen	91%	76%	Präferenz
4. Bronchitis	91%	76%	Wahrnehmung
5. Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen	91%	87%	Präferenz
6. Krankheiten der Sehnen und Weichteilgewebe	91%	73%	Wahrnehmung
7. Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	90%	72%	Wahrnehmung
8. Arthropathien	89%	81%	Präferenz
9. HNO-Infektionen	88%	78%	Wahrnehmung
10. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	88%	74%	Wahrnehmung
11. Infektiöse und parasitäre Krankheiten	87%	69%	Wahrnehmung
12. Rückenbeschwerden	87%	75%	Wahrnehmung
13. Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes	87%	67%	Wahrnehmung
14. Diabetes mellitus	87%	70%	Komorbiditäten
15. Krankheiten und Symptome des Harnsystems	87%	66%	Wahrnehmung
16. Personen mit potenziellen Gesundheitsrisiken aufgrund sozioökon. o. psychosozialer Umstände	87%	76%	Präferenz
17. Allgemeinsymptome	83%	75%	Wahrnehmung
18. Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und des Kiefers	81%	80%	Wahrnehmung
19. Krankheiten des Ohres	80%	78%	Wahrnehmung
20. Schäden durch sonstige äußere Ursachen	77%	55%	Wahrnehmung
21. Infektiöse Darmkrankheiten	77%	68%	Wahrnehmung
22. Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	76%	58%	Wahrnehmung
23. Oberflächliche Verletzungen	76%	69%	Wahrnehmung
24. Affektive Störungen	75%	62%	Ambulante Erreichbarkeit
25. Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen	73%	59%	Wahrnehmung
26. Krankheiten der männlichen Genitalorgane	73%	73%	Wahrnehmung
27. Krankheiten der Niere und des Ureters	73%	64%	Wahrnehmung
28. Krankheiten des Nervensystems	71%	59%	Wahrnehmung
29. Luxation, Verstauchung und Zerrungen	69%	67%	Wahrnehmung
30. Offene Wunden und Frakturen	68%	29%	Diagnostik
31. Infektionen der Haut und der Unterhaut	68%	78%	Wahrnehmung

Tab. 1: Liste der 31 ambulant-sensitiven Diagnosegruppen, Behandelbarkeit durch den ambulanten Sektor, Geschätzter Anteil der Vermeidbarkeit, Häufigst genannter Grund für den Besuch der Notaufnahme (ICD-10 Kodes zu den Diagnosegruppen finden sich in Schüttig/Sundmacher, 2019).

sensitiven Diagnosen identifiziert (Steffen, Tempka & Klute, 2007; Uscher-Pines, Pines, Kellermann, Gillen & Mehrotra, 2013). Sieben Beweggründe für den Besuch der Notaufnahme wurden dem Expertenpanel somit vorgeschlagen:

- notwendige Diagnostik zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen
- Komorbiditäten und der Gesamtzustand von Patienten
- das Notfallempfinden von Patienten
- der Patientenwunsch eher die Notaufnahme aufzusuchen als den ambulanten Sektor
- eine Weiterüberweisung durch niedergelassene Ärzte
- keine zuständigen ambulanten Ärzte in erreichbarer Nähe
- fehlende Informationen von Patienten über Zuständigkeiten und Auflaufstellen im Gesundheitswesen

Neben diesen Gründen konnten die Experten weitere Gründe ergänzen.

In der Befragung wurde am häufigsten das Notfallempfinden von Patienten als Beweggrund für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen ausgewählt. Die Patientenpräferenz, lieber in der Notaufnahme als im ambulanten Bereich versorgt zu werden, wurde als zweithäufigster Grund für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen bei den ambulant-sensitiven Diagnosegruppen gewählt. Die fehlende Verfügbarkeit von ambulanten Ärzten in erreichbarer Nähe wurde insbesondere bei Erkrankungen der Haut und psychologischen Erkrankungen als ursächlich gewählt. Komorbiditäten und der Gesamtzustand von Patienten wurde von den Experten lediglich für eine Diagnosegruppe (Diabetes mellitus) als häufigster Grund ausgewählt. Für die Diagnosegruppe „offene Wunden und Frakturen" wurde die Notwendigkeit von Diagnostik zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen mehrheitlich als Grund für einen Besuch in der Notaufnahme identifiziert. Zusammenfassend wurden demnach insbesondere patientenseitige Faktoren der Selbsteinschätzung, Bequemlichkeit und Vorteile der Krankenhausbehandlung im Vergleich zur Behandlung im niedergelassenen Bereich als Gründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen bei ambulant-sensitiven Diagnosen identifiziert.

Studien von Schmiedhofer et al. (2016) und Somasundaram, Geissler, Leidel & Wrede (2018), die Patienten in Notaufnahmen in persönlichen und ergebnisoffenen Interviews oder anhand von Fragebögen erreichten, identifizierten ähnliche Gründe von Patienten für Besuche in der Notaufnahme. Die Autoren nennen zusätzlich die Unkenntnis über Behandlungsstrukturen und Sektorengrenzen sowie Sorgen über den Gesundheitszustand als häufige Gründe für einen Besuch in der Notaufnahme.

Schlussfolgerungen, Limitationen der Studie und gesundheitspolitische Relevanz

Auf Grundlage der Ergebnisse der beschriebenen Studie lassen sich potenziell vermeidbare Fälle in Notaufnahme klassifizieren und analysieren. Basierend auf einem Delphi-Konsentierungsprozess mit einem Panel von 30 Ärzten konnte eine erste Liste ambulant-sensitiver Diagnosen erstellt werden. Die Liste stellt dabei keine vollumfängliche Liste von potenziell vermeidbaren Diagnosen dar, sondern basierte in einem ersten Schritt auf besonders häufig behandelten Diagnosen in Notaufnahmen. Auf Basis der Liste lassen sich regionale Raten ambulant-sensitiver Notfallraten als erster Indikator für regionale Unterschiede berechnen und in weiteren Analysen untersuchen. Diese Unterschiede in der Inanspruchnahme von Notaufnahmen lassen sich auf Basis von Routinedaten identifizieren. Daten werden routinemäßig erhoben und unterliegen nicht etwaiger

Literatur

Boushy, D., & Dubinsky, I. (1999). Primary care physician and patient factors that result in patients seeking emergency care in a hospital setting: the patient's perspective. The Journal of Emergency Medicine, 17(3), 405–412.

Campbell, S. M., Braspenning, J., Hutchinson, A., & Marshall, M. N. (2003). Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. BMJ (Clinical Research Ed.), 326(7393), 816–819. https://doi.org/10.1136/bmj.326.7393.816

Carret, M. L. V., Fassa, A. C. G., & Domingues, M. R. (2009). Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. Cadernos de Saude Publica, 25(1), 7–28. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Haas, C., Larbig, M., Schöpke, T., Schmidt, K.-D., Lübke-Naberhaus, C., Dodt, M., & Brachmann, C. (2015). Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus - Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse. Retrieved from http://www.dkgev.de/media/file/19401.2015-02-17_Gutachten_zur_ambulanten_Notfallversorgung_im_Krankenhaus_2015.pdf

Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. Journal of Advanced Nursing, 32(4), 1008–1015. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01567.x

Köster, C., Wrede, S., Herrmann, T., Meyer, S., Willms, G., Broge, B., Szecsenyi, J. (2016). Ambulante Notfallversorgung: Analyse und Handlungsempfehlungen. Retrieved from https://www.aqua-institut.de/de/projekte/evaluation-forschung/ambulante-notfallversorgung.html

Purdy, S., Griffin, T., Salisbury, C., & Sharp, D. (2009). Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. Public Health, 123(2), 169–173. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2008.11.001

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). (2017). Die Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland Die Notfallversorgung in Deutschland – Status quo. Werkstattgespräch, (September).

Sanderson, C., & Dixon, J. (2000). Conditions for which onset or hospital admission is potentially preventable by timely and effective ambulatory care. Journal of Health Services Research & Policy, 5(4), 222–230.

Schmiedhofer, M., Searle, J., Slagman, A., & Möckel, M. (2017). Inanspruchnahme zentraler Notaufnahmen: Qualitative Erhebung der Motivation von Patientinnen und Patienten mit nichtdringlichem Behandlungsbedarf. Das Gesundheitswesen, 79(10), 835–844. https://doi.org/10.1055/s-0042-100729

Schmiedhofer, Martina, Möckel, M., Slagman, A., Frick, J., Ruhla, S., & Searle, J. (2016). Patient motives behind low-acuity visits to the emergency department in Germany: a qualitative study comparing urban and rural sites. BMJ Open, 6(11), e013323. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013323

Schuettig, W., & Sundmacher, L. (2019). Ambulatory care-sensitive emergency department cases: a mixed methods approach to systemize and analyze cases in Germany. European Journal of Public Health. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz081

Somasundaram, R., Geissler, A., Leidel, B., & Wrede, C. (2018). Beweggründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen – Ergebnisse einer Patientenbefragung. Das Gesundheitswesen, 80(07), 621–627. https://doi.org/10.1055/s-0042-112459

Steffen, W., Tempka, A., & Klute, G. (2007). Unhelpful Incentives in Hospital Emergency Departments. Deutsches Ärzteblatt, 104(16)(April), 1088–1091.

Sundmacher, L., Fischbach, D., Schüttig, W., Naumann, C., Augustin, U., & Faisst, C. (2015). Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study with German providers. Health Policy (Amsterdam, Netherlands), 119(11), 1415–1423. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.007

Uscher-Pines, L., Pines, J., Kellermann, A., Gillen, E., & Mehrotra, A. (2013). Emergency department visits for nonurgent conditions: systematic literature review. The American Journal of Managed Care, 19(1), 47–59.

Weissman, J. S., Gatsonis, C., & Epstein, A. M. (1992). Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. JAMA, 268(17), 2388–2394.

Verzerrung durch patientenseitige Selbsteinschätzung.

Die Studienergebnisse weisen darauf hin, dass ein Zusammenhang zwischen dem Zugang zu ambulanter Versorgung sowie einer Arztbindung und der Inanspruchnahme von Notaufnahmen bei ambulant-sensitiven Diagnosen besteht. Wir finden insbesondere bei jüngeren Altersgruppen mit wenigen Arztkontakten vergleichsweise hohe Raten ambulant-sensitiver Notfälle. Grund hierfür kann eine geringere Arztbindung insbesondere bei den jüngeren Altersgruppen sein. Verbesserte Patientenergebnisse und vermiedene Versorgungsbrüche lassen sich insbesondere durch eine kontinuierliche Behandlung realisieren. Diese ist im Falle einer Inanspruchnahme von Notaufnahmen häufig nicht gegeben.

Die Ergebnisse der Regressionsanalysen zeigen weiterhin einen positiven Zusammenhang des Anteils an Personen mit Migrationshintergrund und Raten ambulant-sensitiver Notfälle. Dieser kann durch kulturelle Unterschiede in der Inanspruchnahme von Notaufnahmen und Sprachbarrieren erklärt werden. Das Ergebnis kann aber auch auf fehlende Kenntnis über die Verantwortungsbereiche im deutschen Gesundheitssystem hinweisen. Sollte dies der Fall sein, könnte das Bereitstellen von Informationsbroschüren über geeignete Anlaufstellen und Ansprechpartner mit Fremdsprachenkenntnissen eine geeignete Maßnahme zur Begegnung dieser Problematik darstellen. Auch in der weiteren Bevölkerung scheinen Kenntnisse über die Zuständigkeiten und Anlaufstellen im Gesundheitswesen nicht flächendeckend gegeben zu sein.

In den Regressionsanalysen zeigte sich weiterhin eine negative Assoziation von Wahlbeteiligung in einer Region und der ambulant-sensitiven Notfallrate. Da die Wahlbeteiligung in einer Region häufig als Proxy für das Sozialkapital verwendet wird, kann vermutet werden, dass in Regionen mit geringem Sozialkapital Initiativen zur Navigation durch das Gesundheitssystem besonders relevant sind. Auch das Expertenpanel nahm an, dass die Patientenpräferenz eher die Notaufnahme aufzusuchen als den ambulanten Sektor einer der häufigsten Gründe für Inanspruchnahme von Notaufnahmen darstellt, welcher durch eine Patientensteuerung begegnet werden könnte. Hier kann die Reform der Notfallversorgung dazu beitragen, dass Patienten zukünftig besser durch ein integriertes System geleitet werden. Laut aktuellem Referentenentwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung wird u.a. ein gemeinsames Notfallleitsystem angestrebt und sollen integrierte Notfallzentren in Krankenhäusern eingerichtet und so die Versorgungsebenen besser verzahnt werden.

In Regionen mit besonders hohen Raten ambulant-sensitiver Notfälle ist zu prüfen, ob ein Zugang zum ambulanten Sektor nicht zeitgerecht möglich ist, ob lange Wartezeiten eine ambulante Versorgung verhindern und wie diesen potenziellen Versorgungslücken begegnet werden könnte. Das Ärztepanel wählte insbesondere die fehlende Zuständigkeit von Ärzten in erreichbarer Nähe und Wartezeiten im ambulanten Bereich bei Erkrankungen der Haut und psychologischen Erkrankungen. Es ist zu analysieren, ob das Terminservice- und Versorgungsgesetz eine effektive Maßnahme darstellt, um Patienten zeitgerecht Facharzttermine zu gewähren und sich somit Änderungen in den Notfallraten mit diesen Diagnosen ergeben.

Die Ergebnisse der Expertenbefragung ergaben, dass als Beweggrund für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen sehr häufig das Notfallempfinden von Patienten als entscheidend für einen Besuch in der Notaufnahme beurteilt wurde. Obwohl die teilnehmenden Ärzte mehrere Gründe angeben konnten, wurde in den meisten Fällen eine notwendige Diagnostik zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen nicht als Grund für einen Besuch der Notaufnahme ausgewählt. Es lässt vermuten, dass es bei den genannten Diagnosen einer übergeordneten Steuerung von Patienten bedarf, um diese zu den geeigneten Ebenen der Versorgung weiterzuleiten.

Die vorliegende Studie weist Limitationen auf: Die erstelle Liste ambulant-sensitiver Notfälle basierte auf den häufigsten Diagnosen in Notaufnahmen und Bereitschaftsdiensten sowie weiteren Vorschlägen des Ärztepanels. Die Autorinnen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit der Liste an Diagnosen. Die Diagnosen stellen keine eindeutige Liste an Diagnosen dar, die nicht durch Notaufnahmen behandelt werden sollten, sondern Diagnosen, bei denen eine ambulante Behandlung potenziell möglich gewesen wäre. Schlussfolgerungen in Bezug auf Behandlung von individuellen Patienten lassen sich somit nicht ziehen. Die Validität der Ergebnisse hängt maßgeblich mit der Zusammensetzung des Ärztepanels ab. Zukünftige Studien könnten die Ergebnisse durch ein größeres Panel unter Einschluss eines breiteren Spektrums an Facharztgruppen ergänzen. Dennoch bleibt das Ergebnis von Konsensverfahren immer subjektiv und basierend auf den Erfahrungen und dem Wissen des Panels.

Die berichtete Studie bietet eine Grundlage für die retrospektive Analyse der Inanspruchnahme von Notaufnahmen. Auf Basis der ambulant-sensitiven Notfallraten lassen sich Auffälligkeiten identifizieren und Versorgungsmuster analysieren, die Maßnahmen begründen können, um Patienten bedarfsgerecht durch das Gesundheitssystem zu führen. <<

How can potentially preventable emergency cases be systemized and analyzed? Results of a Delphi consensus and data analyses

Background: The number of patients seeking health care in German emergency departments has increased significantly in recent years. This development can be partly explained by the increasing average age of the population due to the demographic change. However, there has also been a change in treated diseases. It is believed that the proportion of minor diseases treated in emergency rooms has increased in recent years.

Objectives: The aim of our study was to develop a list of ambulatory care sensitive diagnoses, which are often treated in emergency rooms and could be treated by the outpatient area. Furthermore, predictors of use in these diagnoses were to be identified.

Methods: Based on a Delphi survey with 30 physicians, a list of ambulatory care sensitive emergency diagnoses was compiled. In addition, the group identified possible reasons why patients with the selected diagnoses are more likely to visit the emergency room than the outpatient area. The findings were used for spatial regression analyses to investigate associations with patient characteristics and outpatient care at the level of German districts.

Results: Our study provides an initial list of ambulatory care sensitive diagnoses for the context of German emergency care. Descriptive results show that emergency rooms with the selected diagnoses are used, especially by younger patients. Patients' perception of urgency and patient preferences were identified as the main reasons for using emergency rooms for ambulatory care sensitive diagnoses. Results of regression analyses suggest that ambulatory care sensitive emergency rates are significantly higher in districts with lower physician density.

Discussion: The list of ambulatory care sensitive diagnoses can be used as a monitoring tool and for further analyses based on routine data.

Keywords

outpatient care, emergency care, emergency, hospital, continuity

Zitationshinweis

Schüttig, W., Sundmacher, L.: „Wie lassen sich potenziell vermeidbare Fälle in Notaufnahmen systematisieren und analysieren?", in: „Monitor Versorgungsforschung" (03/21), S. 55-60. http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2317

Autorenerklärung

Die Autorinnen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Dr. oec. publ. Wiebke Schüttig MSc MBR
ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachbereich Health Services Management an der Ludwig-Maximilians-Universität und arbeitet in den Bereichen Qualitätsmanagement und regionale Versorgungsforschung. Zuvor studierte sie Economics und Industrial and Network Economics an der Technischen Universität Berlin, sowie Business Research an der Ludwig-Maximilians-Universität, wo sie im Jahr 2020 promovierte. Kontakt: schuettig@bwl.lmu.de



Prof. Dr. oec. Leonie Sundmacher MSc
leitet seit September 2020 den Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie an der Technischen Universität München. Sie studierte Volkswirtschaftslehre, Gesundheitsökonomie und Politikwissenschaft an der University of York und an der Freien Universität Berlin und promovierte an der Technischen Universität Berlin. Von 2013 bis 2020 hatte sie die Professur für Health Services Management an der Ludwig-Maximilians-Universität inne. Kontakt: leonie.sundmacher@tum.de

