Titelinterview mit Prof. Dr. Johanna Wanka, Bundesministerin für Bildung und Forschung (BMBF)

„Forschung kann Brücken bauen“

Seit Februar 2013 ist Johanna Wanka Bundesministerin für Bildung und Forschung und Mitglied der Bundesregierung von Bundeskanzlerin Angela Merkel. Neun Jahre lang, von 2000 bis 2009, war sie Ministerin für Wissenschaft, Forschung und Kultur in Brandenburg, von 2010 bis 2013 diente sie im gleichen Ressort als Ministerin in Niedersachsen. Davor wirkte sie viele Jahre in Forschung und Lehre.

>> Als Bundesforschungsministerin sind Sie für die gesamte Forschung in Deutschland zuständig. Was ist bei der Gesundheitsforschung besonders?

Von den Ergebnissen der Gesundheitsforschung profitieren wir alle unmittelbar. Bei allen Diskussionen zur Frage der Lebensqualität, bei der politischen Planung, auch beispielsweise bei den Verhandlungen zur diesjährigen deutschen G7-Präsidentschaft – überall ist das Thema Gesundheit, und dabei auch die Forschung präsent. Auch unser Koalitionsvertrag gibt der Gesundheitsforschung einen herausgehobenen Stellenwert. Die Gesundheitsforschung ist für mich übrigens auch ein wichtiges Modell, um den Bürgerinnen und Bürgern zu zeigen, warum die Forschung so wichtig ist. Der Nutzen von Wissenschaft und Forschung bei der Aufklärung von Krankheitsursachen, bei der Entwicklung von neuen Diagnosemethoden und besseren Therapien, oder auch bei der Ausarbeitung von wirksamen Präventionsmethoden ist sehr offensichtlich.

Und bei der Versorgungsforschung?

Das Besondere bei der Versorgungsforschung ist, dass es hier über einzelne Diagnose- und Therapieelemente hinaus um das breite Feld der Versorgungspraxis geht. Oft ist diese Frage entscheidend. Mit der PRISCUS-Liste haben beispielsweise Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler erstmals für Deutschland eine Übersicht von Medikamenten vorgelegt, die für ältere Menschen ungeeignet sein können. Sie beschreibt mehr als 80 Wirkstoffe, deren häufigste Nebenwirkungen und gibt darüber hinaus Hinweise zu therapeutischen Alternativen. So ist diese Liste und die auf ihr basierende Broschüre des Bundesforschungsministeriums „Medikamente im Alter: Welche Wirkstoffe sind geeignet?“ ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Therapie, aber vor allem zum Schutz älterer Menschen vor unerwünschten Medikamentenwirkungen. Die Versorgungsforschung hilft in ganz unterschiedlichen Bereichen, Patientinnen und Patienten im medizinischen Alltag bestmöglich zu behandeln. Auf der Basis verlässlicher Daten liefert sie genaue Analysen, schafft neue Erkenntnisse und erprobt vor allem auch Lösungen.

„Auf der Basis verlässlicher Daten liefert Versorgungsforschung genaue Analysen, schafft neue Erkenntnisse und erprobt vor allem auch Lösungen.“

Was haben Sie in diesem Bereich bereits auf den Weg bringen können? Was wollen Sie in den nächsten Jahren tun? Wo haben Sie bereits Enttäuschungen erlebt?

Die Versorgungsforschung unterstützt das Bundesforschungsministerium bereits seit mehr als 15 Jahren mit rund 150 Millionen Euro. Wir haben über 210 Vorhaben gefördert. Begonnen haben wir 1998 mit dem Förderschwerpunkt Rehabilitationsforschung gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Bund. Kurz danach startete im Jahr 2001 die gemeinsame Förderung der Versorgungsforschung mit den Krankenkassen. Auch die Allgemeinmedizin und die Pflegeforschung wurden mit gezielten Maßnahmen unterstützt und etabliert. Heute ist die Versorgungsforschung ein Forschungsfeld mit Querschnittscharakter. Im Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung ist ihr ein eigenes Aktionsfeld gewidmet. Der im letzten Dezember veröffentlichte Aktionsplan Versorgungsforschung bündelt und erläutert die Maßnahmen, die wir jetzt und in den nächsten Jahren umsetzen. Auch in der Arbeit der neu gegründeten Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung ist die Versorgungsforschung wichtig. So beschäftigt sich beispielsweise das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) am Standort Witten mit der Forschung zur Versorgung von Menschen mit Demenz. Die Förderung der Versorgungsforschung ist mir ein besonderes Anliegen. Ich sehe hierin eine Erfolgsgeschichte, bei der jede gewonnene Erkenntnis zählt.

Warum engagiert sich Ihr Forschungsministerium in der Gesundheits- und Versorgungsforschung zusätzlich zum federführenden Gesundheitsministerium, anderen Institutionen und den Akteuren?

Ärztinnen und Ärzte oder andere Akteure im Gesundheitswesen, aber auch die Politikerinnen und Politiker benötigen als Grundlage für ihre Entscheidungen zuverlässige Studien, Analysen und Lösungskonzepte. Die Projektförderung des Bundesforschungsministeriums hat mit ihren inhaltlichen und strukturellen Ansätzen und mit der Förderung von Nachwuchswissenschaftlern den Kapazitätsaufbau der Versorgungsforschung in Deutschland maßgeblich vorangebracht.

Die Versorgungsforschung muss Hinweise auf Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitssystem geben. Dazu gehören auch regionale Unterschiede. Wie fördern Sie Forschung zu diesem Thema?

Inzwischen liegen aus vielfältigen Quellen Daten zu den von Ihnen angesprochenen regionalen Unterschieden vor. Auch vom Bundesforschungsministerium geförderte Projekte nutzen diese Daten in Sekundärdatenanalysen. Ich denke zum Beispiel an ein Projekt aus Bremen zur Untersuchung der regionalen Ungleichheit in der Versorgung von Kindern mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. In einigen Gegenden Deutschlands vergeht mehr Zeit bis zur korrekten Diagnosestellung als in anderen. Eine rasche Diagnosestellung ist wichtig, um rechtzeitig therapeutische Maßnahmen einleiten zu können. Die Projektbeteiligten analysieren die Ursachen mit dem Ziel, eine Grundlage zur Verbesserung der Situation zu schaffen.

Die Versorgungsforschung umfasst auch die Ökonomie der Gesundheitsversorgung und die Finanzierung des Gesundheitssystems. Wie wollen Sie dieses Thema voranbringen?

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert vier „Zentren der gesundheitsökonomischen Forschung“ in Berlin,

Duisburg/Essen, Hamburg und Hannover. Diese Zentren haben wir 2012 auf den Weg gebracht und finanzieren sie in einer ersten Förderphase von vier Jahren mit rund 9 Millionen Euro. Die erfolgreichen Zentren werden eine nochmals vierjährige Anschlussförderung erhalten. Ein wichtiges Ziel ist neben der Weiterentwicklung der deutschen Gesundheitsökonomie auch die gezielte Förderung des akademischen Nachwuchses, um auch die Zukunft der Gesundheitsökonomie in Deutschland sicherzustellen.

Inhaltlich orientieren sich die vier Zentren an drängenden gesundheitspolitischen Herausforderungen. Das Zentrum in Duisburg/Essen widmet sich der Frage: Wie wirkt sich der Wettbewerb auf die Versorgungsstrukturen in unserem Gesundheitssystem aus? Das Zentrum in Berlin untersucht den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Versorgung. In Hamburg wird die übergeordnete Frage analysiert: Wie bleibt unser Gesundheitssystem auch in Zukunft finanzierbar? Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler am gesundheitsökonomischen Zentrum in Hannover beschäftigen sich mit der Optimierung von Versorgungsstrukturen und nehmen dabei besonders Patientenpräferenzen in den Blick. Auch in weiteren Maßnahmen des Bundesforschungsministeriums, wie etwa im Förderschwerpunkt „Präventionsforschung", werden gesundheitsökonomische Fragestellungen bearbeitet.



© Presse- und Informationsamt der Bundesregierung

Ein großes Problem ist die langsame Translation von Forschungsergebnissen und neuem Wissen in die Alltagsversorgung. Wie wollen Sie zu einer Beschleunigung der Umsetzung von Innovationen in der Gesundheitsversorgung beitragen?

Tatsächlich steht ganz oben auf unserer forschungspolitischen Agenda, den Prozess der Translation zu beschleunigen. Das ist der Leitgedanke des Rahmenprogramms Gesundheitsforschung; auch die Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung haben sich dieser Zielsetzung verschrieben. Verbindung und Vernetzung, oder auch das Miteinander von Forschung und Versorgung unter einem Dach sind entscheidende Punkte, um den langen Weg von der wissenschaftlichen Idee bis zur Praxiseinführung zu verkürzen. Die Versorgungsforschung ist unmittelbar auf die medizinische Praxis ausgerichtet und kann zweierlei leisten: Zum einen liefert sie Kenntnisse über die konkrete Realität der Versorgung, die unabdingbar sind, um Innovationen in den medizinischen Alltag einzuführen. Zum anderen hilft sie bei alternativen Therapieansätzen, Nützliches von weniger Nützlichem zu unterscheiden.

Sie wollen Kooperationsnetze fördern, u.a. regionale Arzt-Netze. Was haben Sie genau vor?

Im Rahmen des Aktionsplans Versorgungsforschung haben wir eine neue Förderbekanntmachung veröffentlicht: die „Richtlinien zur Förderung des Strukturaufbaus in der Versorgungsforschung". Unsere Idee ist, Kooperationsnetze zwischen wissenschaftlichen Akteuren, Ärztinnen und Ärzten sowie Versicherungsträgern auf den Weg zu bringen: Regionale Forschungskapazitäten sollen gebündelt und mit Partnern dauerhaft vernetzt werden, so dass eine tragfähige Basis für gemeinsame Forschungsprojekte entsteht. Es geht uns nicht nur um regionale Ärztenetze, wir wollen mehr. Ich denke dabei an Kooperationsnetze, die neben ärztlicher und pflegerischer Expertise alle wesentlichen Partner einbeziehen wie z.B. Pflegeeinrichtungen, Patientenorganisationen, Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen und die Rentenversicherung.

Übrigens enthält auch diese Förderbekanntmachung ein Modul zur Nachwuchsförderung für junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler.

Ein großes Problem in unserem Gesundheitssystem ist die mangelnde interdisziplinäre, sektor-übergreifende Zusammenarbeit über Fachgrenzen hinweg. Sehen Sie hier Möglichkeiten, voran zu kommen?

Ich halte es für wichtig, an diesem Punkt zu arbeiten. Forschung kann, wie gerade bei den Kooperationsnetzen beschrieben, hier Brücken bauen. Ich möchte ein Beispiel nennen um zu verdeutlichen, dass Forschungsförderung Lösungen unterstützt. Das Bundesforschungsministerium finanziert einen im Jahr 2008 gestarteten Wettbewerb zur Bildung von „Gesundheitsregionen der Zukunft". Die Gesundheitsregion „HiCare Ostseeküste" hat multiresistente Erreger im Fokus. Hier werden interdisziplinär und sektorenübergreifend alle Ebenen einbezogen: Grundlagenforschung, Diagnostik und Therapie, Epidemiologie bis hin zur gesundheitsökonomischen Analyse. Alle Akteure aus Forschung, Entwicklung und Versorgung haben ein gemeinsames Ziel: Die Ausbreitung von multiresistenten Keimen in der Region zu verhindern.

Auch die Patientenorientierung im Gesundheitssystem ist oft nicht so einflussreich, wie sie sein müsste. Wie kann die Patienten-

beteiligung auch in der Versorgungsforschung stärker verwirklicht werden?

Voraussetzung für ein bedarfsgerechtes und leistungsstarkes Gesundheitswesen ist, dass die Patientinnen und Patienten im Vordergrund stehen. Alle beteiligten Akteure sollten ihr Handeln danach ausrichten. Es gibt Bereiche, in denen es wichtig ist, die Situation und Belange der Patientinnen und Patienten sehr genau zu kennen. Hier ist die Patientenbeteiligung in der Forschung wichtig. Vertreterinnen und Vertreter von Patientenorganisationen werden daher regelmäßig auch als Gäste in die Gutachtersitzungen eingeladen. Ich denke zum Beispiel an die Seltenen Erkrankungen, bei denen die Patientenorganisationen in enger Verbindung zur Forschung stehen, oder auch an die chronischen Krankheiten. Im Jahr 2006 hat das Bundesforschungsministerium eine Fördermaßnahme aufgelegt, bei der die Wirksamkeit von Therapien durch die aktive Beteiligung chronisch kranker Menschen in ihre Versorgung im Fokus steht.



Ein oft wenig geförderter Bereich ist die Pflegeforschung. Gibt es dazu Initiativen aus Ihrem Ministerium?

Das Bundesforschungsministerium hat zur Etablierung der Pflegeforschung in Deutschland zwischen 2004 und 2011 rund zehn Millionen Euro im Schwerpunkt „Anwendungsorientierte Pflegeforschung“ investiert. Wir haben thematisch und regional gegliederte Forschungsverbünde gefördert, deren Ergebnisse den Forschungsbereich entscheidend vorangebracht haben. Inzwischen hat sich die Pflegewissenschaft etabliert und wirbt in vielen Bereichen erfolgreich Drittmittel ein. Mehrere angesehene Lehrstühle an Universitäten und Fachhochschulen wurden eingerichtet.

Dabei gehen die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler unterschiedlichen Fragen nach: Wie ist die Versorgung in Pflegeheimen? Wie kann die Versorgung durch pflegende Angehörige verbessert werden? Wie kann die Gesundheit und Selbständigkeit älterer Menschen möglichst lange erhalten werden? Eine an den Standorten Witten und Leipzig geförderte Studie hat beispielsweise gezeigt, dass Hausbesuche von Pflegefachkräften dazu beitragen können, Stürze zu verringern. Sie haben Stolperfallen ausfindig und Vorschläge gemacht, wie diese beseitigt werden können. Meist ist es möglich, Stürze schon mit ganz einfachen Mitteln zu verhindern. Auch in dem aktuellen Förderschwerpunkt „Studien in der Versorgungsforschung“ geht es in mehreren Projekte um Themen der Pflege.

Sehen Sie durch Big Data große Chancen für die Versorgungsforschung?

„Big Data ist ein großes Thema auch für das Gesundheitswesen. Es bieten sich auch Chancen für die Nutzung von Big Data in der Versorgungsforschung.“

Big Data ist ein großes Thema auch für das Gesundheitswesen. Es bieten sich auch Chancen für die Nutzung von Big Data in der Versorgungsforschung. Diese liegen auch in neuen Wegen für einen Wissenstransfer von der Wissenschaft hin zur Praxis und in auf Patientinnen und Patienten individuell zugeschnittenen Versorgungskonzepten. Andererseits gilt es, insbesondere im Gesundheitsbereich hohe Standards von Datensicherheit und Datenschutz einzuhalten.

Wird durch Gesundheits-Apps und die Datenerhebung, die viele Bürger und Patienten selbst betreiben, nach und nach das Empowerment der Versicherten und Patienten gestärkt? Oder sehen Sie hier eher Risiken?

Wir beobachten den Trend, dass immer mehr Menschen technische Innovationen dazu verwenden, ihre Ernährung, ihre Fitness, ihre Gesundheit zu dokumentieren. Darin zeigt sich das Interesse der Bürgerinnen und Bürger, ihren Körper bewusster wahrzunehmen und das individuelle Verhalten auch zu verändern, um das eigene Wohlergehen zu steigern. Zunächst begrüße ich es, wenn Menschen sich mit ihrer Gesundheit beschäftigen. Wie häufig gibt es aber auch hier zwei Seiten einer Medaille. Neben dem Nutzen sind auch mögliche Risiken zu berücksichtigen, zum Beispiel wenn Dritte Zugriff auf diese Daten erhalten. Daher benötigen wir alle aktuelles Wissen über die rasanten Entwicklungen in diesem Bereich. Darüber hinaus ist es erforderlich, einen gesellschaftlichen Diskurs zu den damit verbundenen Herausforderungen zu führen.

Diese Art von Fragestellungen werden vom Bundesforschungsministerium im Förderschwerpunkt „Ethische, rechtliche und soziale Aspekte der modernen Lebenswissenschaften“ behandelt. Dabei wird ein breites Spektrum an unterschiedlichsten Themen fächerübergreifend gefördert, unter anderem auch Vorhaben zu den vielfältigen Herausforderungen die durch technische Innovationen entstehen können. Das Bundesforschungsministerium wird im kommenden Herbst in einem Zukunftsforum das Thema „Selbstoptimierung“ aufgreifen. Wir wollen im Rahmen der Regierungsstrategie „Gut leben“ mit den Bürgerinnen und Bürgern ins Gespräch kommen.

Frau Bundesministerin, wir danken Ihnen herzlich für das Gespräch.

Das Interview führten MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Versorgungscockpit

für Ärztenetze und Krankenkassen



Alle Leistungen auf einen Blick

Das Potenzial Ihrer Versorgungsdaten ist groß: Medizinische Versorgung ist dann besonders erfolgreich, wenn sie analysiert und immer wieder angepasst wird. Mit unserem Versorgungscockpit haben Krankenkassen, Ärzte und Netzmanager alle Leistungen im Blick und können an den richtigen Stellen optimieren.

Ähnlich wie die Instrumententafel im Cockpit eines Flugzeugs gibt das Versorgungscockpit wichtige Informationen zu Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen einer einzelnen Praxis oder des Ärztenetzes insgesamt.

Für die Analyse nutzen wir Indikatoren wie zum Beispiel:

- Entwicklung der Antibiotika-Verordnungen
- morbiditätsadjustierte Entwicklung der Arbeitsunfähigkeiten pro Praxis
- Teilnahme von Patienten am Disease Management
- Anteil von Patienten ab 65 Jahren mit potenziell inadäquaten Arzneimittel-Verordnungen

Alle Ergebnisse im Versorgungscockpit sind grafisch so dargestellt, dass sie schnell erfassbar sind. Detaillierte Informationen sind durch wenige Klicks erreichbar.

	Qualitätsindikatoren und relevante Kennzahlen	Entwicklung und Benchmark eigene Praxis	Ø-Hausärzte (regional)	Min/ Max
Ausgewählte Indikatoren	Gesamtkosten pro Patient	826,54	917,89	668,74
	KH-Fälle pro 1.000 Patienten (risikoadj.)	68,01	91,39	59,41
	AU-Dauer pro erwerbsfähiger Patient	2,71	2,48	1,76
	Patienten mit Antibiotika-VO %	13,1%	10,7%	4,4%
	Patienten >= 65 mit VO (FORTA D) %	10,2%	9,0%	5,5%
	DMP-Eingeschr. mit Potenzialdiagn. %	71,0%	54,9%	80,1%

2013 Best Practice Award Business Intelligence und Datenmanagement