Titelinterview mit Dr. Dominik Graf von Stillfried, Geschäftsführer des Zi Berlin

„Versorgungsforschung aus der Region für die Region“

Das KV-System möchte, erklärt Dr. Dominik Graf von Stillfried, Geschäftsführer des Zi Berlin, „ganz bewusst zur Transparenz der medizinischen Versorgung“ beitragen und mit gutem Beispiel vorangehen. Ein Beispiel dafür ist die Initiative des deutschen „Versorgungsatlas“, der nach der Idee des „Dartmouth Atlas of Health Care“ sukzessive eine solide Basis für regionale Versorgungsforschung und für die ambulante Versorgung schaffen soll.

>> Vor mehr als 40 Jahren haben Wennberg und Gittelsohn ihren vielbeachteten Artikel „Small Area Variations“ geschrieben, fast 20 Jahre später wurde in den USA der „Dartmouth Atlas of Health Care“ ins Leben gerufen. 2011, gut 15 Jahre später, folgte dann der „Versorgungsatlas“ des Zentralinstituts (Zi). Welcher Zusammenhang besteht da?

Unsere Initiative für einen deutschen Versorgungsatlas geht zurück auf das Jahr 2007. In dem Jahr wurde das Zi neu ausgerichtet. Es gab noch keine bundesweite Datengrundlage für die ambulante Versorgung und auch keine Transparenz über regionale Versorgungsunterschiede. Das Zi sollte zunächst eine solche Datengrundlage schaffen und auf dieser Basis eine Versorgungsforschung für und über die ambulante Versorgung entwickeln. Ein Versorgungsatlas war von Anfang an Teil des Konzepts. Im Jahr 2010 konnten wir uns erstmals mit systematischen räumlichen Mustern in der Risikostruktur der Versicherten und ihrer Versorgung befassen. Auf dieser Basis konnte der Versorgungsatlas konzipiert werden. Dabei ging es von Anfang an darum, den Vertragspartnern in den Regionen Anhaltspunkte für konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung zur Verfügung zu stellen. Hierfür haben wir viele Anregungen aus dem Ausland, insbesondere aber aus dem „Dartmouth Atlas“ und der englischen Right-Care-Initiative geprüft, um die jetzige Form des „Versorgungsatlas“ zu finden.

Worin unterscheidet sich der „Versorgungsatlas“ des Zi von seinen Vorbildern?

Der „Versorgungsatlas“ ist ausdrücklich nicht als Publikationsorgan des Zi konzipiert, sondern als Internetportal, das allen Versorgungsforschern offensteht, die ihre Erkenntnisse den Entscheidungsträgern in den Regionen auch in Form von Ergebnisdaten zur Verfügung stellen wollen. Wir sind davon ausgegangen, dass mit einem öffentlich zugänglichen Internetportal und der Aufbereitung der Ergebnisse in Form interaktiver Landkarten ein größerer Wirkungskreis erreicht werden kann als allein durch wissenschaftliche Fachpublikationen, und dass Versorgungsforscher neben den Impactpunkten aus wissenschaftlichen Publikationen auch Impactpunkte bei der Anwendung ihrer Erkenntnisse in der konkreten Versorgung sammeln wollen. Außerdem soll diese Konzeption dazu beitragen, schrittweise Datenlücken zu schließen, die in Deutschland für Versorgungsforscher bestehen.

Sind Sie neidisch auf die Datenfülle, die z.B. ihren US-Kollegen dank Medicare zur Verfügung steht?

Auch die Amerikaner beklagen erhebliche Datenlücken, denn Medicare versichert nur Menschen, die älter als 65 Jahre sind. Die beste Lösung haben meiner Kenntnis nach die Australier geschaffen. Mit dem Population Health Research Network steht der Wissenschaft dort eine Zusammenführung aller Abrechnungsdaten aus unterschiedlichen Quellen bis hin zu klinischen Daten für die gesamte australische Bevölkerung zur Verfügung. In Deutschland gibt es zwar alle Abrechnungsdaten aller GKV-Versicherten, nur nicht komplett an einem Ort, mit Regions- und Leistungsbezug. Jede in Deutschland veröffentlichte Studie enthält daher Erkenntnislücken. Da wir nicht erwartet haben, dass sich dies kurzfristig ändert, können die Ergebnisse aller im Versorgungsatlas veröffentlichten Studien als weiterverarbeitungsfähige Datensätze heruntergeladen werden. Das KV-System möchte hier ganz bewusst zur Transparenz der medizinischen Versorgung beitragen. Wir wollen hier mit gutem Beispiel voran gehen. Bis der Versorgungsforschung auf gesetzlicher Grundlage Zugang zu vollständigen Abrechnungsdaten nach australischem Vorbild eingeräumt wird, bedarf es auch solcher kleinen Schritte.

Mal abgesehen vom Thema Datenverfügbarkeit – Was können wir von den Machern der Versorgungsatlanten im Ausland lernen?

Ein ständiger Austausch hilft allen! Die Analysemethoden und die Erfahrungen mit der Kommunikation bzw. Implementierung der Erkenntnisse entwickeln sich dauernd weiter. Manchmal hilft es auch zu sehen, dass in allen Ländern vergleichbare Schwierigkeiten bestehen. Lernen können wir dabei auch aus Rückschlägen unserer Kollegen in anderen Ländern. Der internationale Austausch hat sowohl eine inhaltliche wie auch eine motivationale Katalysatorfunktion für die deutsche Versorgungsforschung. Darum haben wir ja im Juni 2015 die „Wennberg International Collaborative Policy Conference“ in Berlin veranstaltet. Das Ergebnis war ein außerordentlich fruchtbarer Austausch und das gute Gefühl, dass wir uns mit unseren Arbeiten in Deutschland international nicht verstecken müssen.

„Der internationale Austausch hat sowohl eine inhaltliche wie auch eine motivationale Katalysatorfunktion für die deutsche Versorgungsforschung.“

Können Sie das an einem Beispiel veranschaulichen?

Denken wir einmal an den neuen Forschungsansatz der virtuellen Versorgungsgemeinschaften. So bezeichnen wir die Arztnetze, die spontan und ohne zwingende Kooperationsabsicht der Praxen einfach dadurch entstehen, dass bestimmte Patienten diese Praxen in Anspruch genommen haben. Die Versorgungsergebnisse für die unterschiedlichen Patientenpopulationen können für verschiedene Fragen der Versorgungsforschung verglichen werden. Diesen Ansatz haben wir angeregt durch Vorarbeiten der Dartmouth-Gruppe auf Deutschland übertragen. Mittlerweile wird das methodische Vorgehen in Deutschland an drei oder vier Stellen individuell weiterentwickelt. Die Diskussion dieser Ergebnisse bei der internationalen Konferenz in Berlin hat nun ihrerseits Impulse bei unseren internationalen Kollegen gesetzt. Zu diesem Thema gab es die intensivste Diskussion, weil damit die Erkenntnisse der Forschung am wirksamsten in die Praxis eingebracht werden können.



Welche Idee steckt hinter den sogenannten „virtuellen Versorgungsgemeinschaften“ oder „virtuellen Arztnetzen“?

Die regionalisierte Versorgungsforschung wird von dem Leitbild beflügelt, dass man anhand der regionalen Unterschiede realisierbare Möglichkeiten für eine bessere medizinische Versorgung innerhalb des eigenen Systems erkennen kann. Dazu kann das Konzept virtueller Versorgungsgemeinschaften erheblich beitragen. Um das zu erklären, muss ich etwas technisch werden: Werden die regionalen Unterschiede analysiert, so wird damit implizit oder explizit die Frage gestellt, warum die Versorgung in der einen Region besser bzw. anders ist als in der anderen, obwohl die Rahmenbedingungen zunächst weitgehend einheitlich erscheinen. Auf der räumlichen Ebene von Landkreisen fällt es aber oft schwer, konkrete Erklärungen zu finden. In den vergangenen Jahren wurde daher geschlussfolgert, dass der Wohnort schicksalhafte Bedeutung für das Leben eines Patienten habe: Je nachdem, wo man wohnt, hat man eben das Glück oder Pech, gut oder schlecht versorgt zu werden. Damit werden die Methoden der Versorgungsforschung aber nicht ausgeschöpft. Wenn wir regionale Versorgungsunterschiede etwa allein anhand der Mittelwerte einer Indikatorausprägung, z.B. der Anzahl der chirurgischen Eingriffe je Einwohner, je Landkreis diskutieren, können wir weder sagen, ob dieser Wert repräsentativ für die konkreten Erfahrungen von Patienten und Ärzten in der Region ist, noch wer eigentlich in der Lage ist, an einer unerwünschten Situation etwas zu verändern. Wir sind daher zum nächsten Schritt übergegangen und untersuchen, wie unterschiedlich Patientengruppen jeweils innerhalb der Region, also z.B. innerhalb der Landkreise behandelt werden. Dazu dient die Betrachtung der virtuellen Versorgungsgemeinschaften.

Wie kann die Methode jetzt praktisch genutzt werden?

Die Methode besteht aus drei Elementen: Wir fassen alle Leistungen zusammen, die die Patienten von unterschiedlichen Ärzten – und ggf. von Krankenhäusern – erhalten haben. Alle an der Versorgung einer konkreten Gruppe von Patienten (wir sagen Patientenpopulation) beteiligten Ärzte bilden eine virtuelle Versorgungsgemeinschaft. In deren Zentrum stellen wir diejenige Praxis aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich, die den größten Anteil hausärztlicher Leistungen für diese Patienten erbracht hat. Diese drei Elemente sind wichtig. Weil Patienten in Deutschland freie Arztwahl haben, können wir die Versorgungsqualität für eine Patentenpopulation nur abbilden, wenn wir alle Leistungen zusammentragen, die ggf. bei diversen Praxen in Anspruch genommen worden sind. Die Versorgung der unterschiedlichen Patientenpopulationen können wir unter Gesichtspunkten der Inanspruchnahme bzw. der Behandlungsstile vergleichen. Dabei zeigen sich sehr unterschiedliche Versorgungssituationen. Es lässt sich erkennen, welche Populationen besonders von einer Verbesserung der Versorgung profitieren würden und welche Praxisinhaber hierfür ihr Verhalten eventuell überprüfen müssten, wenn es sich um behandlungsstilbezogene Ursachen der Versorgungsunterschiede handeln sollte. Werden die Patientenpopulationen jeweils nach ihrem Wohnort z.B. dem jeweiligen Landkreis zugeordnet, zeigt dieser Ansatz vereinfacht gesagt, wen man genau ansprechen muss, um den Durchschnittswert einer Region zu verbessern. Ebenso wird ersichtlich, wer bereits dazu beiträgt, dass eine Region bei bestimmten Indikatoren sehr gut abschneidet.

Haben Sie auf diese Weise bereits konkrete Ansätze zur Qualitätsbeurteilung der Versorgung herausgefunden?

Ja und Nein. Ja, weil wir beispielsweise die Regionen identifiziert haben, die sich durch eine hervorragende Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung auszeichnen. Eine geringe Anzahl vermeidbarer Krankenhausaufenthalte ist ein wesentlicher Qualitätsparameter für die ambulante Versorgung. Das „Nein“ erfordert noch einmal einen Blick auf die verfügbaren Datengrundlagen. Auf Bundesebene haben wir nur vollständig pseudonymisierte Daten. Das heißt, wir können auf der Bundesebene etwas über die statistischen Muster sagen, aber nichts darüber, welche konkreten Personen oder Praxen dahinterstehen. Das schließt aus, mithilfe dieser Daten von der Bundesebene aus einen Veränderungsprozess in einer konkreten Region einzuleiten.

Das gilt aber nicht für die Länderebene.

Exakt. Ein Beispiel: Mitte Juni 2015 hat die KV Hamburg ihren ersten Versorgungsforschungstag durchgeführt. Es handelt sich um eine Initiative zur Förderung der Versorgungsforschung mit Bedeutung für die Versorgungspraxis in Hamburg. Dabei wurde diskutiert, wie ein für Hamburg besonders relevantes Problem angegangen werden kann. Bei sehr niedriger Einweisungsrate existiert in Hamburg eine überdurchschnittliche Inanspruchnahme der Notfallambulanzen. Hieraus resultieren überdurchschnittlich viele Krankenhausaufnahmen in den sogenannten ambulant-sensitiven Indikationsbereichen, für die stationäre Behandlungen grundsätzlich als vermeidbar gelten. Nun gibt es aus internationalen Studien – etwa aus Kanada - Hinweise, dass solche vermeidbaren Krankenhausinanspruchnahme nicht gleichmäßig über funktionale Patientenpopulationen verteilt

sind. Dies eröffnet Möglichkeiten, den Ursachen der nicht erwünschten Krankenhausinanspruchnahme auf den Grund zu gehen. Erhalten die behandelnden Ärzte die Informationen über die tatsächlichen Versorgungsabläufe ihrer Patienten, können diese aktiv an der Ursachenanalyse und an Maßnahmen zur Verringerung unerwünschter Krankenhausbehandlungen beteiligt werden. Dabei ist zu prüfen, ob und wie ggf. aus Best-Practice-Beispielen gelernt werden kann. Nicht nur die KV Hamburg ist bereit, solche innovativen Wege zu gehen. Wir diskutieren mit allen KVen, wie sie die Ergebnisse der Versorgungsforschung für den „Praxisbetrieb" nutzen können. Mit solchen Projekten werden wir sehr viel mehr darüber lernen können, ob und wie dieser methodische Ansatz tatsächlich Versorgung gestalten kann.

Bei allem Optimismus schwingen da Zweifel mit? Welche konkreten Vorbehalte bestehen aus Ihrer Sicht?

Die Versorgungsforschung basiert bislang fast ausschließlich auf den Routinedaten, d.h. den Daten der Leistungsabrechnung. Die Routinedaten sind in Deutschland weder an einem Ort noch in ausreichender Qualität zusammengeführt. Das Zi kann zwar die Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung auswerten, die Daten zur stationären Inanspruchnahme liegen aber bei den einzelnen Krankenkassen. Das Statistische Bundesamt gibt sie nur in aggregierter Form heraus. Auf Ebene pseudonymisierter Daten existiert zwar inzwischen beim DIMDI eine Kopie der Daten des Morbi-RSA. Darin können aber z.B. keine ärztlichen Leistungen differenziert werden. Das sind für die Versorgungsforschung große Einschränkungen, die uns als Forschern sofort vorgehalten werden, wenn wir mit unseren Studien auf die Praxis treffen.

„Anhand der Routinedaten sind wir auf viele Fragen gestoßen, die einer weiteren analytischen Bearbeitung bedürfen."

Nennen Sie uns ein Beispiel?

Wenn wir der Frage nachgehen, inwiefern eine leitliniengerechte ambulante Diagnostik und Arzneimitteltherapie tatsächlich geeignet ist, die vermeidbaren Krankenhauseinweisungen für Patienten mit Herzinsuffizienz zu reduzieren, können wir derzeit die ambulante und die stationäre Behandlung nicht auf Ebene einzelner Patientenpseudonyme zusammenführen. Anhand aggregierter Daten können wir aber das Rätsel nicht lösen, warum bei der Behandlung der Herzinsuffizienzpatienten ausgerechnet in Regionen der neuen Bundesländer, in denen bei den Ärzten eine hohe Leitlinienakzeptanz festzustellen ist, überdurchschnittlich häufige Krankenhausaufenthalte auftreten.

Zur Situation der Herzinsuffizienzpatienten in Deutschland hat das ZI eine sehr ausführliche Studie erstellt und auf dem „Versorgungsatlas" veröffentlicht. Welcher Handlungsbedarf ergibt sich daraus?

Anhand der Routinedaten sind wir auf viele Fragen gestoßen, die einer weiteren analytischen Bearbeitung bedürfen. Unter anderem ist es nach wie vor ungeklärt, warum Frauen offenbar systematisch anders behandelt werden als Männer.

Eine Benachteiligung der Frauen?

Das ist nicht so klar, wie es auf den ersten Blick erscheint. Bei genauer Betrachtung gibt es verschiedene und durchaus plausible Gründe für geschlechtsspezifische Behandlungsmuster. Zum Beispiel haben Frauen häufiger eine diastolische Herzinsuffizienz als Männer. Bei Frauen treten auch häufiger Arzneimittelunverträglichkeiten auf. In den Leitlinien finden wir dazu keine Referenzwerte, an denen wir mit Routinedaten die Angemessenheit von Behandlungsunterschieden überprüfen könnten. Am Rande bemerkt, besteht dieses Problem nicht nur bei Herzinsuffizienz: Neue geschlechtsspezifische Erkenntnisse zu Arzneimittelunverträglichkeiten werden bisher kaum systematisch rezipiert.

Nun wissen wir also, was wir nicht wissen. Wie soll es jetzt weiter gehen?

Noch fehlt die Erkenntnis, in welchem Umfang die genannten Gründe regionale Unterschiede in den geschlechtsspezifi-schen Therapiemustern erklären können. Bemerkenswert sind diese regionalen Unterschiede aber schon, denn sie weisen auf einen hohen Gestaltungsspielraum hin. Obwohl die Leitlinien-Empfehlungen in allen Regionen Deutschlands für Männer häufiger umgesetzt werden als für Frauen, gibt es Regionen in Deutschland, wo der Anteil leitliniengerecht therapierter Frauen höher ist als in anderen Regionen der Anteil leitliniengerecht therapierter Männer. Es gibt also keinen Goldstandard. Die Antwort auf die Frage, in welchem Umfang die Versorgung verändert werden kann, muss daher in den Regionen entwickelt werden. Einige KVen haben die Ergebnisse aktiv aufgegriffen und in den Mitgliederzeitschriften adressiert. Zunächst bestand die Befürchtung, dass der Hinweis auf geschlechtsspezifische Versorgungsunterschiede einen öffentlichen Aufschrei und entsprechend defensive Reaktionen bei den niedergelassenen Ärzten nach sich ziehen würde. Beides ist erfreulicherweise nicht eingetreten, so dass diese Art der Kommunikation zur Förderung der ärztlichen Diskussion vor Ort weiterentwickelt werden kann. Wir würden uns freuen, wenn unsere Themen von dort den Weg in Qualitätszirkel und andere konkrete Instrumente des Qualitätsmanagements finden.

Welche Bedeutung haben Unterschiede in der Sozialstruktur der Patienten?

Soziale Ursachen der beobachteten Versorgungsunterschiede lassen sich derzeit nicht gut analysieren. Im Versorgungsatlas haben wir zwar einen Sozialstrukturindex für die Kreisebene veröffentlicht. Es handelt sich dabei aber um ein relativ grobes räumliches Aggregationsniveau. Der Grund ist, dass entsprechende Daten bislang nicht kleinräumiger vorliegen. In den Abrechnungsdaten finden sich auch keine Sozialstrukturmerkmale. Entsprechende Daten müssten erst durch aufwendiges Data-Linkage z.B. aus Primärerhebungen oder anderen Sekundärdatenquellen generiert werden.

Haben Sie damit bereits Erfahrungen?

Wir sammeln erste Erfahrungen als Partner der Nationalen Kohorte. An anderer Stelle, nämlich bei der Zusammenführung von Daten an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, sind wir schon aktiv. Da die Routinedaten der Krankenhäuser keine Daten zur Arzneimittelverordnung während der stationären Behandlung enthalten, kommt man um ein Data-Linkage nicht herum, wenn man wissen will, was in der Arzneimittelversorgung passiert, wenn Patienten stationär aufgenommen und entlassen werden. Grundsätzlich wissen wir seit langem, dass es erhebliche Brüche zwischen der ambulanten und stationären Versorgung gibt. Konkrete


AOK
Die Gesundheitskasse.
Kommunikation - Koordination - Kooperation
Mein AOK-Gesundheitsnetz®
Eine Kooperation der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse mit regionalen Arztnetzen zur Optimierung der ambulanten Versorgung in den Regionen Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern.
Gesundheit in besten Händen
mein-aok-gesundheitsnetz.de

Verbesserungsvorschläge lassen sich jedoch nur entwickeln, wenn versorgungs- oder qualitätsrelevante Diskontinuitäten für eine größere Anzahl von Patienten nachvollzogen werden können.

Das wäre doch ein Argument für die elektronische Gesundheitskarte.

Entscheidend ist, dass die Daten jeweils zweifelsfrei einem Patientenpseudonym zugeordnet werden können. Dies ist mittlerweile durch die lebenslange Versichertennummer gegeben. Auf dieser Basis könnte die Aussagefähigkeit von Routinedaten dadurch bestimmte klinische Informationen erhöht werden. Hierfür werden wir einen geschützten Rahmen benötigen. Dies könnte etwa in Forschungspraxennetzen erfolgen. Damit könnten wir beispielsweise der Frage nachgehen, aus welchen Gründen bestimmte Patienten eine leitlinienkonforme diagnostische Maßnahme oder Verordnung nicht erhalten haben.

Sind Routinedaten also nicht verlässlich, weil sie primär zur Abrechnung gesammelt werden?

Das glaube ich nicht. Um dem Vorwurf auf den Grund zu gehen, fördert das Zi ein Projekt der Uni Greifswald, in welchem die Routinedaten mit Primärdaten aus einer epidemiologischen Studie – der sogenannten SHIP-Studie – für konkrete Personen verglichen werden. Die Daten der SHIP-Studie basieren auf einer Primärdiagnostik der Patienten. Natürlich ist auch dieser Datensatz wiederum mit einem gewissen Bias behaftet, weil dafür jeder Proband unabhängig von einer Symptomatik mit einem Ganzkörper-MRT untersucht wird. Dabei ergeben sich auch Befunde, die im Behandlungsalltag nie Praxisrelevanz erreicht hätten. Somit gibt es keinen Goldstandard.

Sie erwarten also erhebliche Widersprüche?

Aus der Summe vieler Untersuchungen zu dieser Frage habe ich den Eindruck, dass die Abrechnungsdaten in der Masse besser sind als ihr Ruf. Dazu ein aktuelles Beispiel aus dem Bereich der Demenzversorgung: Bei der Analyse haben wir stark abweichende Behandlungsmuster zwischen Praxen gefunden, die viele und Praxen die weniger Demenzpatienten behandeln. Als wir die Befunde dann mit Ärzten vor Ort besprochen haben, stellte sich heraus, dass es für die Abweichungen nicht nur gute fachliche, sondern auch aus dem Alltag abgeleitete Erklärungen gab, die das, was wir in den Daten bezüglich der Diagnostik als auch der Verordnungsmuster gesehen haben, sehr plausibel erscheinen ließ. Routinedaten sind daher sehr wohl geeignet, uns an die relevanten Fragestellungen heranzuführen.

„Der Ansatz, dass die Krankenhäuser den Part der Ärzte übernehmen könnten, führt in die Irre."

Lassen Sie uns auf aktuelle gesundheitspolitische Implikationen regionaler Unterschiede kommen. Nehmen wir die Bedarfsplanung. Hier ringt die Gesundheitspolitik um eine sinnvolle Balance zwischen einheitlichen Vorgaben und der Berücksichtigung regionaler Besonderheiten. Kann das Zi hierzu Empfehlungen vorlegen?

Wir konnten mit unseren Analysen zeigen, dass die Aufspaltung der Bedarfsplanung in eine Planung für Vertragsärzte und eine Planung für Krankenhäuser aus inhaltlichen Gründen nicht sinnvoll ist. Die Gründe für diese Gliederung ergeben sich aus politischen Entscheidungen über Finanzierung und Zuständigkeit für die jeweiligen Versorgungsbereiche. Deshalb beziehen die jeweiligen Regelwerke auch nur Daten aus dem jeweils eigenen Sektor ein. Erst der regionale Vergleich auf Basis sektorenübergreifender Daten offenbart die Substitutionswirkung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung. Entscheidungen ohne Berücksichtigung des jeweils anderen Versorgungsbereichs können daher an sich gewollte Entwicklungen vor allem in der ambulanten Versorgung behindern.

Sie stellen damit die seit vielen, vielen Jahren diskutierte Überversorgung der Städte in Frage?

Vergleicht man einfach die Zahl der Ärzte pro Einwohner in Großstädten mit der Arztdichte in ländlichen Regionen, erscheint die ländliche Region unterversorgt, die städtische Region hingegen überversorgt. Wenn wir aber nun die stationäre Versorgung mit dazu nehmen, sehen wir, dass in den Städten durch die intensivere ambulante Versorgung weniger Krankenhausaufnahmen stattfinden als in ländlichen Regionen.

Wer also fordert, man müsse die ambulante Versorgung in den Städten abbauen …

… stellt den im SGB V verankerten Grundsatz des Vorrangs der ambulanten vor der stationären Behandlung auf den Kopf. Wir fordern daher, dass die Bedarfsplanung für Vertragsärzte auch das ambulante Potenzial der Krankenhausleistungen berücksichtigen muss.

Wie soll das praktisch gehen?

Zi und Barmer GEK haben das kürzlich gemeinsam durch das Beratungsunternehmen Agenon untersuchen lassen. Das Gutachten liegt vor. Die Budgets der Krankenhäuser – die prospektive Mengenvereinbarungen zur Steuerung der Leistungsentwicklung enthalten sollen – richten sich aber nach dem Vorjahreswert und der Leistungsstruktur des Krankenhauses. Die Bedarfsplanung wiederum orientiert sich eher an vorhandenen Strukturen als am langfristig rückläufigen stationären Versorgungsbedarf der Bevölkerung. Das ambulante Potenzial und die Möglichkeiten der vertragsärztlichen Versorgung vor Ort bleiben unberücksichtigt. Im Gegensatz dazu gehen die Gutachter von der Hypothese aus, dass zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung immer populationsbezogen vorzugehen ist. Hierbei hilft der regionale Vergleich, plausible Referenzwerte für die Versorgung der Wohnbevölkerung einer Region und den erreichbaren ambulanten Versorgungsanteil festzulegen. Hieraus können Zielwerte für die Leistungsmengen der Krankenhäuser und spiegelbildlich für die Vertragsärzte der Region entwickelt werden. Nach diesem Muster beschreibt das Gutachten am Beispiel ausgewählter Regionen, wie der Grundsatz ambulant vor stationär sowohl in den Vergütungsverhandlungen als auch in der Bedarfsplanung zu implementieren wäre.

Glauben Sie mit Blick auf die Stakeholder wirklich daran, dass das je funktionieren wird?

In der geplanten Krankenhausreform spielt diese Überlegung derzeit keine Rolle. Es gibt aber Zielformulierungen, die man durchaus in dem Sinne verstehen könnte, wenn denn die Gesundheitspolitik das wollte. Zudem ist der G-BA aufgefordert, die Bedarfsplanung für die niedergelassenen Ärzte noch einmal unter die Lupe zu nehmen. Zumindest von dieser Seite dürfte die Diskussion um eine sektorenübergreifende Perspektive noch einmal angestoßen werden. Diese könnte dann auch für die Krankenhausreform eine Rolle spielen.

Eine gemeinsame Planung wäre doch schon deshalb sinnvoll, weil

in ländlichen Regionen schon in naher Zukunft die Ärzte immer weniger werden und die Krankenhäuser die Aufgaben zum Teil mit übernehmen sollen.

Das ist im Grundsatz richtig. Der Ansatz, dass die Krankenhäuser den Part der Ärzte übernehmen könnten, führt aber in die Irre.

Und auch dazu hat das Zi ein Gutachten veröffentlicht?

Das stimmt. In den ländlichen Krankenhäusern existiert doch in der Regel nur eine allgemein-internistische und allgemein-chirurgische ärztliche Versorgung. Das, was in der fachärztlichen Versorgung Grundversorgung darstellt, gehört im Krankenhaus eigentlich zur hoch spezialisierten Versorgung, etwa die Augenklinik. Viele nötige Fachrichtungen sind in den ländlichen Krankenhäusern überhaupt nicht vertreten und wenn, dann durch Belegärzte. Das bedeutet, die Krankenhäuser in ländlichen Regionen benötigten niedergelassene Ärzte, um die stationäre Versorgung zu sichern. Wie die Krankenhäuser auf einmal bisher nicht vorhandene Funktionen übernehmen könnten, ist mir schleierhaft. Etwas anderes wäre die räumliche Konzentration von Facharztsitzen in unmittelbarer Nähe von stationären Einrichtungen. Das wird sich aber nicht allein durch Planung erreichen lassen. Es erfordert die richtigen Anreize.



Dr. Dominik Graf von Stillfried

ist seit 2008 Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Davor war er (2006-2008) Leiter der Stabsstelle Versorgungsforschung bei der Kassenärztliche Bundesvereinigung und von 1998-2006 Leiter der Stabsstelle Versorgungsforschung bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Von 1996-1998 war er Sachgebietsleiter Managed Care bei der BARMER Ersatzkasse, von 1995-1996 wissenschaftlicher Mitarbeiter des VdAK, Abteilung Gesundheitswissenschaften und Grundsatzfragen der medizinischen Versorgung. 1996 hat er an den Universitäten Bayreuth und Tübingen promoviert.

Welche wären das konkret?

Dazu muss man sich mit der Frage befassen, warum in der jeweiligen Region die Versorgungsstruktur schwach ausgeprägt ist. Ein Grund dafür ist meist ein allgemeines Infrastrukturproblem, das auch durch mehr Bedarfsplanung nicht gelöst werden wird. Für den Ausgleich fehlender Infrastruktur kann man nicht die Ärzte verantwortlich machen. Mit gezielten Fördermaßnahmen lassen sich Ärzte aber ansprechen. Es handelt sich um ein breites Spektrum an Möglichkeiten, das ggf. individuell differenziert werden muss. Eine Tätigkeit auf Zeit in KV-eigenen Einrichtungen kann den Weg bereiten. Es geht nicht allein um Geld, sondern vielmehr darum, Risiken der Entscheidung zu mindern und Zeit zum Kennenlernen zu geben. Nicht selten finden Ärzte dann die Herausforderungen auf dem Land spannend.

Welche Rolle spielen die Lebenspartner dabei?

Oft sind beide Partner von Inflexibilitäten bisheriger Bedarfsplanungsvorgaben betroffen. In dünn besiedelten Regionen können die Versorgungsgrade allein durch den Wechsel von ein bis zwei Ärzten schnell zwischen Über- und Unterversorgung ausschlagen. Deshalb sollte man sich fragen, wie viele Praxen perspektivisch aufrechterhalten werden müssen, um die nötige Versorgung zu ermöglichen – auch müsste es möglich sein, dass sich Versorgungsgebiete überlappen dürfen. Zur Weiterentwicklung der Versorgung ist daher auch eine flexible Anwendung der Bedarfsplanungsrichtlinie notwendig.

Wie könnte sich nach die Versorgungsforschung den Fragen der regionalen Unterschiede in Deutschland noch intensiver widmen?

Aus unserer Sicht könnte ein stärkerer lokaler Bezug frischen Wind bringen. Versorgungsforschung sozusagen aus der Region für die Region. Wir werben deshalb dafür, dass Kassenärztliche Vereinigungen Förderprogramme etablieren, in denen sie ihre Fragestellungen aus der Praxis platzieren können. An den Universitäten müssen die Forscher nach Fachveröffentlichungen mit hohem Impactfaktor streben. Da wird nach Themen gesucht, die weltweit Beachtung finden. Wer Impact aber nicht nur in Fachzeitschriften, sondern für die Versorgung haben möchte, muss den Fokus verändern. Regionale Versorgungsforschungstage könnten hierfür Impulse setzen. Einige KVen sind schon dabei, die Idee aufzugreifen. Wir brauchen einfach eine bessere Vernetzung der Versorgungsforschung mit den Akteuren vor Ort und eine Verstetigung der Forschung für die jeweilige Region. Das ist wichtig, weil ein dauernder Feedback- und Diskussionsprozess notwendig ist, um die Versorgung in einer Region nachhaltig zu verbessern. Eine enge Vernetzung zwischen Forschung und Praxis wäre ein absolutes Prä für Deutschland. Durch unsere dezentralen Strukturen haben wir dafür hierzulande relativ gute Voraussetzungen und könnten damit in der Versorgungsforschung weltweit Beachtung finden.

Herr von Stillfried, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski, Bearbeitung durch MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.