Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH, Kongresspräsident des DKVF 2017

„Versorgungsforscher sind Translations-Enthusiasten“

Wenn es neben dem vom Saarland in Würdigung dessen Verdienste um Wissenschaft und Forschung zum Professor gekürten Josef Hecken im deutschen Gesundheitswesen überhaupt einen zweiten Redner und Vortragenden geben kann, der diese Aufgabe mit ebenso erlesener inhaltlicher wie humoristischer Expertise übernehmen kann, ist das Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH, obendrein ordentlicher W3-Professor und in diesem Jahr auch noch Präsident des Deutschen Kongress Versorgungsforschung (DKVF). „Monitor Versorgungsforschung“ sprach mit ihm über die Ziele und den Aufbau des nun schon zum 16. Mal stattfindenden Zentralkongresses der deutschen Versorgungsforschung, der – wie Hoffmann sagt – erneut, aber noch etwas stärker als die Jahre davor die Brücke von „Wissenschaftlichkeit zu Versorgungsrelevanz“ schlagen will.

>> Herr Prof. Hoffmann, was kann man sich denn unter einem Abstracts-Kongress vorstellen?

Dieses Format hat sich bei anderen Wissenschafts-Kongressen bewährt, weil man damit die teilnehmenden Wissenschaftler motiviert, ihren eigenen Beitrag konkret zu formulieren, und einer Begutachtung zugänglich zu machen. Aber das ist nicht die einzige Änderung, die sich gesamthaft auf den Kongress auswirkt. Zum ersten Mal haben wir auch die Einreichungssystematik geändert. In allen bisherigen Versorgungsforschungs-Kongressen mussten immer ganze Sessions eingereicht werden, in diesem Jahr konnten auch einzelne Vorträge eingereicht werden. Das hat den positiven Effekt, dass man nicht länger eine Session mit vier oder fünf Vorträgen voll bekommen muss, die manchmal nur deswegen dabei waren, weil eben nur die ganze Session angenommen oder abgelehnt werden konnte. Da hat nicht immer alles thematisch ganz so gut zusammengepasst. Wie bisher hat das Programmkommittee aber genau darauf geachtet, dass für die Annahme von Vorträgen neben dem Kriterium der Wissenschaftlichkeit auch die Versorgungsrelevanz mit ausschlaggebend war. An diesem Punkt bleiben wir ganz in der Tradition der Versorgungsforschungskongresse.

„Versorgungsforschung braucht immer die enge Verbindung zu den Akteuren in der Versorgung, von denen viele keine Wissenschaftler sind.“

Kritiker werden nun sicher sagen, dass dieses Vorgehen die reine Forschung verwässert.

Aber denen antworten wir, dass wir eben nicht „reine“ Wissenschaft – möglichst noch im Elfenbeinturm – machen wollen, weil Versorgungsforschung vor allem eines sein muss: praxisrelevant! Für diese Priorität haben wir einen sehr großen Konsens im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung; einen Konsens, der der Realität entspricht: Denn Versorgungsforschung braucht immer die ganz enge Verbindung zu den Akteuren in der Versorgung, von denen viele keine Wissenschaftler sind – die aber trotzdem intensiv mit uns, der Wissenschaft, zusammenarbeiten. Denn gemeinsam wollen wir die Versorgungsqualität erhöhen.

Ist das nach vielen Jahren sicher nötiger Methodenarbeit auch ein Stück weit Realorientierung?

Natürlich. Das Ziel der Versorgungsforschung ist es nicht, akademisch abgehobene Kreise zu bespielen, sondern letztlich, die Versorgung für unsere Patienten zu verbessern. Wir alle engagieren uns für diese Wissenschaft, um das Gesundheitssystem im Sinne eines lernenden Systems weiterzuentwickeln. Genau das erfordert aber nun einmal einen engen Kontakt mit den Praktikern, ob nun in der Politik, den Kassen, den Organen der Selbstverwaltung, den Verbänden und natürlich auch in der Pharmaindustrie und Medizintechnik.

Kann man sagen, dass die Versorgungsforschung in der Translation angekommen ist?

Wir waren schon immer Translations-Enthusiasten. Aber eines stimmt: Die Zahl der positiven Beispiele steigt!

Dennoch: So richtig rüber gekommen ist bislang doch ein bisschen zu wenig.

Wir nehmen natürlich kritische Bemerkungen – vor allen Dingen von Menschen, die die Szene gut kennen – gerne an. Doch generell gilt, dass das Gesundheitssystem aus sich heraus – sagen wir es einmal vorsichtig – nicht gerade darauf gewartet hat, verändert zu werden. Das liegt daran, dass es im Grunde ein inhärent-konservatives System ist, das Veränderungen gegenüber skeptisch reagiert. Das ändert sich aber mit der Zeit, wenn man es denn schafft, die veränderungswürdigen Dinge genauer zu identifizieren und Alternativen gut zu begründen. Als Versorgungsforscher muss man Geduld haben. Viel Geduld.

20 Jahre oder so ...

Schnell war das deutsche Gesundheitssystem mit seiner Selbstverwaltung sicherlich noch nie. Was aber durchaus nicht nur Nachteile, sondern auch manche Vorteile hat. Denn die Wissenschaft als solche ist natürlich immer ungeduldig. Das ist auch wichtig, weil sich nur so etwas verändern kann. Andererseits aber darf das System auch nicht jedem Trend hinterherlaufen und diesen – bevor eine belastbare Evidenz vorliegt – schon umsetzen, womöglich auch noch gleich bundesweit.

Damit bringen Sie einen wichtigen Stichpunkt: bundesweite Umsetzung gleich bundesweite Pilotversuche anstatt sinnvoller Weise zuerst Politikfolgenforschung zu betreiben.

Letzteres würden Versorgungsforscher natürlich immer gerne machen, was aber sehr oft an die Grenze des politisch Mach- und Umsetzbaren stößt. Darum ist es angeraten, möglichst in der Versorgungsrealität oder zumindest realitätsnah zu zeigen, welche Erfolgs- und Misserfolgsfaktoren vorhanden sind und welche Schritte zum nachhaltigen Erfolg nötig sind. Erst wenn man das alles genügend genau analysiert hat, kann man abschätzen, ob es überhaupt Sinn macht, ein kleineres Projekt höher zu skalieren. Auch das kann

man durchaus in mehreren Detailschritten machen – zum Beispiel von einer Stadt zu einem größeren Gebiet, von einem Selektiv- zu einem größeren IV-Vertrag oder zu einem regionalen Modellprojekt – bevor man letztlich in die Regelversorgung gehen muss. Die Translation ist das erklärte Ziel des Innovationsfonds, der vorsieht, dass gut evaluierte Projekte in die Regelversorgung übernommen werden sollen.

Nur wie ist die große Frage.

Wie dieser Prozess aussehen soll, ist noch nicht ganz klar. Übrigens auch nicht, was genau unter Regelversorgung zu verstehen ist und wer bestimmt, was bereits „Regel" ist und was nicht – heißt denn Regelversorgung, dass alle Patienten einen Anspruch darauf haben? Das ist beispielsweise bei Selektivverträgen ja nicht der Fall.

Bringt sich das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung da ein?

Das tun wir ganz intensiv. Wir arbeiten daran mit, die Kriterien für eine „positive Evaluation" zu definieren. Aber auch daran, wie der vom Innovationsfonds vorgesehene Übergang von positiv evaluierten Projekten operationalisiert werden soll. Ich bin optimistisch, dass wir das gemeinsam mit der Politik und der Selbstverwaltung schaffen – denn dort gibt es im Moment eine große Bereitschaft – und auch, dass die Entwicklungsgeschwindigkeit im deutschen Versorgungssystem weiter zunehmen wird. Man sieht das übrigens ein wenig auch am Deutschen Ärztetag in Freiburg, der sich in diesem Jahr erstmalig in seiner Geschichte mit großer Mehrheit für die Digitalisierung im Gesundheitswesen ausgesprochen hat.

KBV-Chef Gassen! Man denkt, man träumt!

Das sind sehr positive Entwicklungen in der Selbstverwaltung, die eben nicht mehr nur politisch verbohrt ist. Wenn eine der Bänke im Gemeinsamen Bundesausschuss merkt, dass sich der Wind gedreht hat, kann sie auf einmal sehr flexibel werden. Das hat man gesehen bei der Delegation medizinischer Tätigkeiten an andere Gesundheitsberufe, aber auch bei vielen Strukturgesetzen der vergangenen Jahre, wo der sonst so übliche Widerstand der Selbstverwaltung wirklich nur verhalten war – manchmal sogar schon früh ein sehr breiter Konsens bestand. Was auch ein bisschen an dem guten Gespür und der Dynamik unseres aktuellen Gesundheitsministers liegen mag – aber eben auch an der sensibler gewordenen Wahrnehmung des Zeitgeistes durch die Organe der Selbstverwaltung – da sind ja durchaus viele nachdenkliche KollegInnen dabei. So ist das System im Kern zwar konservativ, aber dennoch wollen Viele heute nicht mehr die „Ewiggestrigen" sein, was sich besonders an der größeren Offenheit gegenüber der Digitalisierung zeigt. Oder wie es der zum Deutschen Ärztetag 2017 eingeladene Blogger Sascha Lobo formulierte: „Digitalisierung lässt sich nicht klein hoffen." Will heißen: Die kommt sowieso, ob man nun selbst mitmacht oder nicht. Genau das hat die verfasste Ärzteschaft jetzt endlich verstanden: Die Digitalisierung findet, wenn sie sich weiterhin verweigern, eben ohne sie statt.

Jetzt brauchen wir noch die Apotheker.

Die kriegen wir auch noch mit ins Boot. Die Apothekerschaft als solche hat sich ja traditionell nicht unbedingt durch revolutionäre Ideen oder gar Umsturzbestrebungen im Gesundheitssystem ausgezeichnet. Fairerweise muss man aber auch sagen, dass den Apothekern in den letzten Jahren gehörig zu Leibe gerückt wurde – Privilegien gingen verloren und durch die Gesundheitsstrukturgesetze der Vergangenheit haben Apotheker viele Verdienstmöglichkeiten



eingebüßt. Das ist ein Grund, warum sie sich aktuell so vehement gegen Versandapotheken wehren – für die Offizin-Apotheke gibt es allerdings auch gute Argumente aus Sicht der Versorgung.

Anstatt dass die Apothekerschaft einmal ihren Platz im Versorgungssystem evident begründen würde.

Das liegt aber nicht nur an den Apothekern, sondern am System und häufig auch an Ärzten, die noch eine gewisse Skepsis und Zurückhaltung gegenüber den Apothekern als Partner im Gesundheitswesen haben. Dabei sind Apotheker ganz wichtige Player in der Versorgung, denn wenn man sich ansieht, wo die großen Probleme im Gesundheitswesen liegen – Unter-, Über- und Fehlversorgung –, ist man ganz schnell bei den Medikamenten. Und von denen verstehen die Apotheker nun einmal am meisten.

Wenn man alleine eine Multimedikation nimmt, wer will die Folgen denn sonst abschätzen können?

Die Wissenschaft geht davon aus, dass die vermeidbaren Krankenhausaufnahmen nur durch arzneimittelbezogene Probleme im siebenstelligen Bereich angesiedelt sind. Darum wäre eine natürliche Kooperation zwischen Ärzten und Apothekern absolut sinnvoll, die übrigens vor Ort auch vielfach stattfindet: Die meisten Hausärzte telefonieren mindestens einmal am Tag mit „ihrem" Apotheker über ganz konkrete Probleme.

Bei der verfassten Apotheker- und Ärzteschaft ist das anscheinend noch nicht so richtig angekommen.

Das ist auch ein Problem der Selbstverwaltungen – auf der verordnenden und auf der versorgenden Ebene funktioniert die Kooperation an vielen Stellen, darauf kommt es an und das zählt für den einzelnen Patienten. Womit wir wieder in der Versorgungsrealität angekommen

sind – hier genau liegt die Domäne der Versorgungsforschung, und hier ist sie unverzichtbar.

Spiegelt sich das im Versorgungsforschungskongress 2017 wider?

Das tut es und muss es auch, ganz unbedingt. Genau darum binden wir alle Systempartner in den Kongress aktiv ein. Auch wenn man hinter manchen erst einmal hinterherlaufen muss, um sie zu motivieren. Aber das machen wir gerne, weil wir glauben, dass mit dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung ein Forum besteht, auf dem sich alle relevanten Akteure austauschen können – und das muss in jedem Jahr immer weiter ausgebaut werden. Dazu gehören natürlich schon immer die Ärzte, Psychotherapeuten und Apotheker, aber auch die Pflege, die Physiotherapie, Ergo- und Logotherapie, die Hebammen und viele andere Berufsgruppen mehr. Alle diese Berufsgruppen sind im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung vertreten.

„Wir dürfen als Forscher nicht abheben von den Akteuren der Versorgung, und uns schon gar nicht von den Patienten entfernen."

Ein wirklich multiprofessioneller Ansatz, der im Kongress abgebildet wird.

Nur so funktioniert Versorgung, wie Gesundheitsminister Gröhe jüngst sagte: „ein Teamspiel". Dabei darf man natürlich nicht die Patienten vergessen, darum werden in einigen Sessions auch Patientenvertreter sprechen.

Ist das ein Stück weit Erdung?

Wir dürfen als Forscher nicht abheben von den Akteuren der Versorgung, und uns schon gar nicht von den Patienten entfernen, für deren gute Versorgung das Gesundheitssystem verantwortlich ist. Der Megatrend in der Versorgung – die Patientenzentrierung – heißt doch auch, das die Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen in Zukunft über Kriterien bemessen wird, die sehr viel näher an den Patienten dran sind als die meisten der bisher existenten Erfolgsparameter. Diese grundsätzliche Einsicht ist zwar inzwischen Mainstream, aber noch fast nirgendwo tatsächlich umgesetzt. Hier sind wir als Versorgungsforscher natürlich gefragt, denn wer sonst soll erklären, wie man Erfolg und wie man Qualität misst?

Besonders, wenn Qualität zunehmend wichtiger auch für Allokationsentscheidungen wird …

… dann muss man zuallererst definieren, was mit Qualität genau gemeint ist. Die Erreichung dessen, was der Patient und der Arzt im Gespräch als Therapieziel gemeinsam vereinbart haben – das ist für mich die Qualität, auf die es ankommt. Das Ganze ist leider sehr komplex, ist aber mit den neuen Möglichkeiten, die wir insbesondere durch die Digitalisierung, aber auch durch die bessere Vernetzung zwischen den medizinischen Berufsgruppen in die Hände bekommen, ein heute erreichbares Ziel.

Wenn man das alt bekannte Throughput-Modell betrachtet, fehlt da nicht ganz hinten der Patientenwert, der Value?

Das Modell ist ein Schema, das die Abfolge von Versorgungsprozessen verdeutlicht. Aber natürlich müssen wir an all diesen Punkten arbeiten, wobei das heutige Throughput schon lange nicht mehr das Throughput ist, das es war, als das Schema einmal erfunden wurde. Es gibt inzwischen allerlei Interaktionsschleifen zwischen Patienten und ihren Behandlern, und zwischen den verschiedenen Behandlern in einer Region, weil ja alle an der Versorgung beteiligt sind. In der aktuellen Neuauflage des Lehrbuches Versorgungsforschung wird das traditionelle Input-Throughput-Output-Schema erweitert und in seiner doppelten Komplexität sehr detailliert diskutiert – lesenswert!

Und selbst die Ärzte haben inzwischen gelernt, dass sie so etwas wie Delegation zulassen müssen.

Die Ärzte in den Regionen lieben die Delegation. Es gibt inzwischen viele Evaluationen aus verschiedenen Bundesländern, die enthusiastische Zustimmungsraten zeigen. Wenn man sich noch erinnert, wie das vor acht oder neun Jahren war … damals hatten wir mit der AGnES, der Arztentlastenden gemeindenahen systemischen Intervention, das erste dieser Modelle entwickelt und erprobten es in großen Implementierungsstudien in mehreren Bundesländern. Wir wurden heftig, und nicht immer sachlich, kritisiert, teilweise regelrecht beschimpft und rundheraus verdächtigt, die Ärzteschaft abschaffen zu wollen. Was natürlich ganz verrückt ist, weil es genau umgekehrt ist: Die Rolle des Arztes wird durch die Delegation gestärkt, weil er sein Team optimal einsetzen kann und mehr Zeit für seine eigentlichen Aufgaben gewinnt.

Also sich auf das Wesentliche seiner diagnostischen und therapeutischen Arbeit fokussieren kann.

Warten Sie ab, wir kriegen genau darum zusätzlich zur Delegation auch noch die Substitution ins System, was auch so ein böses Kampfwort aus der Vergangenheit ist. Dabei bedeutet Substitution nichts anderes als eine neue, rationale und evidenzbasierte Arbeitsteilung im Gesundheitssystem. Wobei alle diejenigen, die Aufgaben in der Versorgung in eigener Verantwortung übernehmen sollen, dafür angemessen und ausreichend qualifiziert werden müssen. Das tun wir noch nicht gut genug, was man gerade an der Reform der Pflegeausbildung sieht, die zwar große Fortschritte gemacht hat, aber leider immer noch nicht konsequent vereinheitlicht ist.

Die Probleme der Generalisierung und Akademisierung.

Beides sind wichtige Schritte. Natürlich gibt es hier noch offene Fragen. Die wurden aber auch von Einigen hoffnungslos aufgebauscht, wenn beispielsweise gleich von einer drohenden Total-Akademisierung der Pflege gesprochen wird – als würden am Kranken- oder Altenbett nur noch Pflege-Doktoren und -Professoren stehen und auf besondere akademische Weise die Bettpfannen wechseln. Das ist völliger Humbug. Tatsächlich sollen etwa 10 bis 20 Prozent der Krankenpflegerinnen akademisiert werden. Dieser Anteil wird dringend gebraucht, weil viele hochkomplexe Management-Aufgaben, die diese Menschen stemmen müssen, einfach nicht mehr auf Basis einer Ausbildung in einer Berufsfachschule gemeistert werden können. Diese Jobs erfordern eine hohe Problemlösekompetenz: also Analyse, Planung, Strategie, Management und interprofessionelle Kooperationen. Das heißt Professionalisierung, die man eben nur auf einer Universität und am besten an einer medizinischen Fakultät lernt.

Wird auch das im Kongress angesprochen werden?

Wir werden eine große Zahl ganz unterschiedlicher Projekte sehen, die zwischen Ärzten und Pflege, teilweise auch weiteren Gesundheitsberufen, eine Arbeitsteilung entwickeln und forcieren. Viele zeigen, dass eine flexiblere Arbeitsteilung im Sinne des Patienten absolut vernünftig ist.


Die Techniker
10 Billionen Rechenoperationen pro Sekunde.
Dein Gehirn.
Weil die beste Technik menschlich ist.
Und falls doch mal etwas ist, ermöglichen wir für unsere Versicherten moderne Tumorbehandlung.
dietechniker.de

Also kann man sagen, dass der Versorgungsforschungs-Kongress 2017 die Versorgungsrealität abbildet, indem er verstärkt Wissenschaft und Praxis zusammenbringt.

Das ist das Ziel! Und auch, indem er ein bisschen über den Tellerrand hinausschaut, sowohl international als auch zeitlich. Der DKVF 2017 hat sich durchaus vorgenommen, die Tendenzen und Trends der Zeit aufzunehmen und ein bisschen auch darauf einzuwirken. Darüber hinaus will er Module und Lösungen aufzeigen, die in den nächsten Jahren gebraucht werden. Das kann das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung schon lange recht gut, und es wird inzwischen zunehmend – auch durch das BMG – in perspektivisch wichtige Prozesse eingebunden.

Ist das DNVF bereit dazu?

Aber ganz sicher! Wir sind immer sehr gerne dazu bereit, zu diskutieren, unsere eigenen Vorstellungen weiter zu entwickeln, Vorschläge zu machen, Papiere mitzuschreiben und auch Vorlagen zu kommentieren. Diese Arbeit hilft, so manche Rückwärtsschleife zu vermeiden, die wir im Versorgungssystem in den vergangenen Jahrzehnten immer wieder mal durchlaufen haben. Im Sinne eines wirklich langfristig strategischen Planes müssen wir allerdings genauer wissen, wo wir eigentlich hin wollen.

„Mit Deskription alleine ändern sich Dinge nicht, das tun sie nur mit und durch analytische Forschung."

Gibt es denn konsentierte Versorgungsziele?

Nur in Ansätzen. Darum müssen wir endlich die schon länger entwickelten Gesundheitsziele in Versorgungsziele umsetzen. Aber auch da sind wir als Netzwerk aktiv dran und stehen gerade in ganz enger Abstimmung mit den Patienten, mit den anderen Akteuren und mit den Kassen. Konsentierte Versorgungsziele werden eine große Rolle spielen, weil sie gerade in der regionalen Versorgung – der sich der kommende DKVF ja in einem Schwerpunkt widmen wird – ganz entscheidend sind. Was aber auch logisch ist, denn man kann eine sinnvolle Zusammenarbeit letztendlich nur dann vertragsrelevant und abrechnungstechnisch tragfähig organisieren, wenn die Ziele klar formuliert sind und von allen Beteiligten mitgetragen werden.

Das ist ungefähr so, als wenn man ein RCT aufsetzt, ohne vorher den primären Endpunkt zu kennen.

Stimmt. Allerdings muss auch die Versorgungsforschung selbstkritisch sagen, dass in der Vergangenheit mitunter die wissenschaftlichen Fragestellungen nicht immer ausreichend präzise formuliert worden sind. Was mit daran lag, dass hauptsächlich deskriptive Forschung gemacht wurde. Das ist wichtig, um sich der Versorgungsrealität zu nähern, führt aber nicht automatisch zu neuen Erkenntnissen, wenn nicht vorher ganz klar definiert wurde, was genau man eigentlich wissen wollte.

Weil man es nicht besser wusste oder konnte?

In unserer Wissenschaft unterscheiden wir in deskriptive und analytische Forschung, und wir haben halt zu wenig analytische Forschung gemacht. Anstatt Hypothesen zu testen, haben wir meist nur hypothesengenerierende Forschung betrieben. Darum hat uns die DFG schon vor Jahren und auch ganz zu Recht aufgefordert, theoriebasierter zu arbeiten und mehr kontrollierte Interventionsstudien aufzulegen.

Also ganz konkret vorher festzulegen, wie die konkrete Forschungsfrage lautet, weil man nur diese anschließend auch evident beantworten kann.

Genau. Aber dann geht es weiter: Wenn ich keine klare Frage stelle, bekomme ich keine klare Antwort, und in vielen Fällen weiß man dann gar nicht so richtig, was man mit einem Ergebnis eigentlich anfangen soll. Das hat dann Geld gekostet, Frust erzeugt und Zeit und Mühe nicht optimal genutzt.

Darum muss sich die Versorgungsforscherszene darauf konzentrieren, hauptsächlich – und natürlich auf Basis angemessener Fragestellung, Studiendesigns, Instrumente und Methoden – zu erforschen, was am besten in der Lage ist, das System zu verbessern.

Das wäre das Optimum. Forschung wird umso relevanter, je mehr man weiß, was genau man addressieren will. Das war ein wichtiges Motiv für die Umstellung des Kongresses auf Abstracts, weil dieses Format neben der darzustellenden Methodik immer eine beantwortbare Fragestellung beinhaltet.

Man könnte aber auch befürchten, dass alles noch mehr verkürzt wird.

Nein, gar nicht. In einem Abstractkongress wird der Forscher dazu aufgerufen, das eigene Projekt zu durchdenken und zu strukturieren, und das Ganze in einer einfachen, knappen und verdichteten Form darzustellen.

Also quasi eine Art „Aufzug-Challenge": Ein Forscher ist dann so richtig gut, wenn er in der Dauer eines Aufzugsfahrt erklären kann, wie die Frage lautet und was bei der Studie rauskommt.

Einverstanden. Aber das Hochhaus muss dafür hoch genug sein. Für mich geht es nämlich gar nicht so sehr um die Zeit, sondern darum, dass dadurch ein höchst strukturiertes Denken gefördert wird. Was wir in der Versorgungsforschung bisher eben nicht überall hatten.

Was aber durchaus auch wichtig war.

Aus dem rein deskriptiven Stadium ist die deutsche Versorgungsforschung schon lange herausgewachsen. Was aber auch notwendig ist, denn mit Deskription alleine ändern sich Dinge nicht, das tun sie nur mit und durch analytische Forschung.

Ist die deutsche Versorgungsforschung so weit?

Das zeigt alleine die Anzahl der zum Kongress eingereichten Abstracts: 426 an der Zahl, was viel mehr ist als in den vergangenen Jahren. Man sieht daran, dass man unsere Forscherszene durchaus motivieren kann, wenn man sie ein bisschen fordert.

Wie steht es denn um die Qualität dieser 426 Einreichungen?

Die meisten sind wirklich gut. Wir hatten natürlich auch welche dabei, die aus Sicht der Gutachter – sagen wir – grenzwertig waren. Die Begründung der Forschungsfrage, die Wahl des Studiendesigns, verwendete Methoden und Instrumente sollten schon nachvollziehbar beschrieben werden. Andererseits gibt es ein breites Spektrum unter den Versorgungsforschern, nicht alle kommen mit einer klaren Richtung und einem fundierten Methodenarsenal. Auch das ist eben Realität.

Zum Beispiel?

Wir hatten einige Einreichungen, die sehr stark in Richtung kli-



DNVF-Vorstand (V) und Geschäftsführung (v.l.): Prof. Dr. Karsten E. Dreinhöfer (V-Mitglied), Dr. Gisela Nellessen-Martens (Geschäftsführerin nach §30 BGB), PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (Stellvertretende Vorsitzende), Prof. Dr. Prof. h.c. Edmund A.M. Neugebauer (Vorsitzender), Prof. Dr. Jochen Schmitt (V-Mitglied), Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH (Hauptgeschäftsführer), Dr. Felix Hoffmann (V-Mitglied) und Prof. Dr. Matthias Schrappe (V-Mitglied). Nicht auf dem Bild: Prof. Dr. Holger Pfaff (V-Mitglied), Prof. Dr. Nicole Ernstmann (V-Mitglied) und Prof. Dr. Peter G. Falkai (Kooptiertes Vorstandsmitglied der AWMF).

nische Forschung orientiert waren. Es waren sogar Tierversuche dabei. Dann wird man langsam schon etwas skeptisch, ob das wirklich noch Versorgungsforschung ist. Obwohl wir uns natürlich freuen, dass sich auch klinische Forscher der Versorgungsforschung zuwenden, weil es ja nicht unser Ziel sein kann, andere Forschungsrichtungen auszugrenzen. Im Gegenteil: Wir wollen alle anregen, mit uns Versorgungsforschern zu diskutieren und zusammenzuarbeiten.

Wäre es nicht sinnvoll, ein Qualitäts-Unterlevel einzuziehen?

Das wird perspektivisch sicher auch gemacht werden. Wenn jemand gar nicht beschreibt, was er gemacht hat, dann bekam er aber auch schon früher das Abstract retour und kann es, wenn er denn will, verbessert im nächsten Jahr noch einmal einreichen. Aber bei allem wissenschaftlichen Anspruch waren wir bisher mit Ablehnungen eher noch ein bisschen zurückhaltend.

Welche neuen Formate sollen denn jüngere Versorgungsforscher ansprechen? Ist die deutsche Versorgungsforschung nicht eigentlich auch schon so ziemlich jung?

Zum großen Glück ist sie das. Aufgrund der verschiedenen Studienangebote haben wir inzwischen eine wirklich solide Nachwuchsbildung.

Auch eine ausreichende?

Noch nicht. Das muss noch mehr werden, weil wir ja zunehmend auch mehr Aufgaben bekommen und die Förderung steigt. Dabei ist die Qualität noch lange nicht auf einem Stand, auf dem wir uns ausruhen könnten. Wir müssen ganz stark daran arbeiten, angefangen bei den Theorien, den Methoden, und ebenso bei der Feldarbeitskompetenz und der Vernetzung.

Kommt die nicht von alleine?

Sicher, weil eine Forschergeneration nachwächst, die sowieso vernetzt ist und darum später gemeinsam eine hoffentlich noch bessere Versorgungsforschung machen kann. Das war doch bei uns Älteren völlig anders: Die meisten von uns waren Quereinsteiger und hatten damit unsere manchmal hindernden Herkunftsbezüge und auch Findungsprobleme in dem neuen Fach.

Aus welcher Wissenschaftsrichtung stammen denn Sie?

In der Epidemiologie, aus der ich stamme, wurden die ersten Versuche der Versorgungsforschung durchaus kritisch beäugt und teilweise auch belächelt, vor allem natürlich, weil anfangs die Studienqualität in der Versorgungsforschung im Vergleich mit den Standards der Epidemiologie noch recht ausbaufähig war. Inzwischen aber hat sich die enge Verbindung zwischen Epidemiologie und Versorgungsforschung sehr kollegial entwickelt und die beiden Fächer sich durchaus gegenseitig befruchtet.

Die Epidemiologie ist doch zum Teil in Gebiete abgedriftet, die zwar super methodisch, aber von der Relevanz her eher übersichtlich waren.

Da gibt es tatsächlich Beispiele. Genau das Problem hat die Versorgungsforschung nie! Alles, was wir untersuchen, ist relevant und darum wichtig. Auch wenn die Forschungsqualität an vielen Punkten noch besser werden muss.

Nun könnte man sagen, dass der forschergetriebene Ansatz zwar wichtig ist, aber wo bitte bleibt der konzeptionelle Ansatz?

Beides ist wichtig, da gibt es kein Entweder-Oder. Obwohl Sie schon recht haben: Bei der Konzeption, beim Agenda-Setting ist die Versorgungsforschung noch in der Bringschuld. Das müssen, können wir aber auch noch besser als bisher hinbekommen. Beispielsweise dadurch, dass wir auf dem DKVF intensiv mit Akteuren, Playern und Payern sowie der Politik reden. Und auch mit den Rezipienten, also den engagierten Patienten. Unsere Aufgabe ist es dann immer wieder, das, was die Patienten brauchen und wollen, in messbare Instrumente und ebenso messbare Endpunkte zu verwandeln.

Man darf sich eben nicht damit begnügen, rein subjektive Zufriedenheitsskalen zu verwenden.

Die sind wichtig, aber sollten nicht alleine und ausschließlich verwendet werden. Über diesen Status müssen wir hinaus, was aber auch ganz verständlich ist, weil Politik wie Krankenkassen mit Recht nach objektivierbaren Maßstäben fragen. Auch hier sind wir als Versorgungsforscher in der Pflicht. Unser sportlicher Herausforderer ist hier oft das IQWiG. Dessen Leiter, Prof. Windeler, vertritt die Position, dass Versorgungsforschung für die Nutzenbewertung nicht relevant ist. Das sehen wir völlig anders. Einfach ist es aber nicht, hier überzeugende Belege zu finden. Genau darum dürfen wir die methodische Arbeit – zum Beispiel mit den Registern – niemals vernachlässigen.

Was nützt das, wenn das IQWiG in der Nutzenbewertung Register einfach nicht zulassen will?

Das wird Professor Windeler nicht verhindern können. Andererseits hat er natürlich recht, wenn er sagt, dass bisher so manche Register noch nicht die nötige Qualität haben, die man für eine belastbare Nutzenbewertung einfach braucht. Das ist aber vor allem ein Ansporn für uns. Wir nehmen die Herausforderung, die nötige Qualität zu schaffen, gern an. Und mit immer besserer Qualität werden ganz selbstverständlich auch Register nutzenrelevant werden.

Stichwort: Externe Relevanz, für die Register unter anderem stehen.

Aus Sicht der Versorgungsforschung ist die externe Evidenz genauso wichtig wie die interne, das ist auch seit vielen Jahren die

Position des Netzwerks. Um diesen Ansatz zu stärken, muss man aber in der Versorgungsforschung mehr kontrollierte Interventionsstudien als bisher durchführen, mit – natürlich so weit und so gut es geht – auch randomisierten Designs, weil das die Validität der Ergebnisse verbessert. Doch darf man vor lauter RCT nicht vergessen, dass es viele andere Designs, Forschungsformate und -methoden gibt, die ebenfalls relevante Aussagen für die Versorgung liefern können. Diesen Spannungsbogen müssen wir noch viel genauer beschreiben.

Mit dem Innovationsfonds kann doch die Versorgungsforschung in die Ära der Interventionsstudien eintreten.

Es gab vorher auch schon kontrollierte Interventionsstudien in der Versorgungsforschung. Wobei man leider sagen muss, dass aus strukturellen Gründen gegenwärtig nur einige wenige Institute Interventionsstudien machen können. Dazu braucht man schon eine gewisse Ausstattung, Personal, Ressourcen und ein gehöriges Maß an Expertise, Erfahrung und Feldzugang. Die dafür nötige Größe können bisher nur recht wenige Versorgungsforschungsinstitute in Deutschland vorhalten. Bei deren Aufbau unterstützen jetzt aber große BMBF-Programme und seit 2015 auch der Innovationsfonds.

Zumindest mit dem kleineren Budgetanteil von 75 Millionen Euro pro Jahr für die Versorgungsforschung.

Der Part wird von Vielen vollkommen unterschätzt! Für mich ist dieser Teil der entscheidende Teil des Innovationsfonds. Im anderen, größeren und oft publikumswirksameren Teil mag es möglicherweise große Durchbrüche geben, aber auch einige Projekte, die scheitern werden, weil sie einfach nicht das erbringen, was sie erbringen wollen. Zwar wird auch damit viel Wissen generiert, und schon deshalb ist das Geld gut angelegt. Doch im Part Versorgungsforschung gilt: Da entsteht Wissen pur!

Wird das auch ein Teil des kommenden Kongresses?

Aber sicher. Das nennen wir Data-Café, in dem Innovationsfondsprojekte aus beiden Förderschienen vorgestellt werden. Immerhin hat deutlich mehr als die Hälfte zugesagt, was den Kongressteilnehmern einen einzigartigen Überblick über die bisher positiv beschiedenen Projekte verschafft. Aber auch hier gilt: Es gibt insbesondere im Bereich neuer Versorgungsformen Konsortien, die eher forschungsfern sind und die oft keine klaren Forschungsfragen formuliert und nicht deutlich definiert haben, wie sie ihren Erfolg wirklich messen wollen. Aber auch das ist ein lernendes System – und wir Versorgungsforscher im Deutschen Netzwerk stehen als Dialogpartner bereit und gerne zur Verfügung.

Da wundert es eigentlich, wie es da überhaupt zu einem Projektzuschlag gekommen ist.

Der Innovationsfonds ist kein klassisches wissenschaftliches Förderprogramm, das per se eine streng wissenschaftliche Evaluation involviert, wie das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft oder auch vom BMBF, geleistet wird. Es ist doch ein offenes Geheimnis, dass der Innovationsausschuss längst nicht in allen Fällen dem Rat des Expertenbeirats gefolgt ist, und manche Förderentscheidungen eher die Folge einer Mixtur aus politischem Willen und Forderungen der Bänke gewesen sind. Doch wie auch immer: Das Ziel der Versorgungsforschung muss es sein, dass möglichst viele der geförderten Projekte gelingen. Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung möchte aktiv dazu beitragen, möglichst viele relevante Versorgungsforschungsaspekte in möglichst hoher methodischer Qualität zu verwirklichen, weil wir glauben, dass nur so die Nachhaltigkeit dieser Förderung garantiert werden kann.

Hat der Innovationsfonds eine Zukunft nach 2019?

Wir setzen alles daran, dass der Innovationsfonds weitergeht. Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung hat immer gesagt, dass ein Promille aus dem gesetzlichen Krankenversicherungsbudget ausreicht, um einen Riesenschub in der Versorgungsforschung auszulösen – und gleichzeitig eine Planungssicherheit herzustellen, die beispielsweise für unsere Nachwuchswissenschaftler ganz entscheidend ist. Als DNVF-Vorstandsmitglied und auch als Kongresspräsident sage ich: Die zur Verfügung gestellte Summe sparen wir durch klügere Versorgung wieder ein! Der Innovationsfonds ist eine Investition, die sich auch unter wirtschaftlichen Aspekten wirklich lohnen wird.

Würden Sie darauf eine Wette eingehen wollen?

Würde ich machen, wenn der Topf herausgelöst wird aus dem direkten Zugriff der Kassen und des G-BA. Obwohl es – das muss man fairerweise einräumen – ohne G-BA-Chef Prof. Hecken den Innovationsfonds sicher nicht gegeben hätte! Sein großes Engagement war extrem mutig und muss ihm wirklich verdienstvoll angerechnet werden. Dennoch muss nun nach Welle 2 und 3 mehr Wissenschaft und mehr Transparenz in den Fonds.

Damit sich diese Förderart noch mehr der hoch qualitativen Förderung aus anderen Bereichen annähern kann.

Richtig. Doch sind die bisher entscheidenden Gremien einfach nicht diejenigen, die ein formales Begutachtungsverfahren und damit auch ein Mehr an Wissenschaftlichkeit zulassen würden.

Das sind wir wieder beim Thema: Ein Projekt ohne klare Fragestellung wird nicht gelingen.

Solche Projekte sind schon aufgrund ihres Designs begrenzt in ihrer Aussagekraft und damit auch ihrer translationalen Wirksamkeit. In Förderentscheidungen, mit diesem Budget aus der GKV und dem daraus resultierenden Erfolgsdruck, sollte man unabhängige Experten stärker einbeziehen. Auch daran müssen wir weiter arbeiten – das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung versteht sich auch hier als Partner, der jederzeit seine Hilfe und Unterstützung anbietet. Auch dafür ist ein Kongress wie der DKVF 2017 da: in Kommunikation und Austausch zu treten, Vertrauen zu stärken und Kooperationsbeziehungen zu vertiefen.

Herr Prof. Hoffmann, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Versorgungsforscher sind Translations-Enthusiasten“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/17), S. 06-12; doi: 10.24945/MVF.04.17.1866-0533.2030

Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH

hat seit 01/2012 die W3-Professur für Bevölkerungsbezogene Versorgungsepidemiologie und Community Health an der Universitätsmedizin Greifswald inne. Seit 02/2012: Leiter der Zentralstelle der Krebsregistrierung des Klinischen Krebsregisters Mecklenburg-Vorpommern. Seit 12/2009: Leiter des Teilstandortes Greifswald des Partnerzentrums Rostock/Greifswald des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE). Seit 07/2007: Geschäftsführender Direktor des Instituts für Community Medicine. 12/2004-12/2011: Ordentliche C3-Professur „Versorgungsepidemiologie und Community Health“ an der Med. Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. 11/2002-11/2004: C3-Stiftungsprofessur des BMBF für „Versorgungsepidemiologie und Community Health“ an der Med. Fakultät der Ernst- Moritz-Arndt-Universität Greifswald. 10/2000: Venia legendi für Epidemiologie und Public Health am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften (FB 11) der Uni Bremen.