„Versorgungsforschung trifft Politik“ im Rahmen des 12. DKVF

Patientenorientierung als zentraler Prüfstein

Wer sich durch einige hundert Poster und nicht viel weniger Vortrag-Abstracts gearbeitet hat, die auf dem 12. Deutschen Kongress Versorgungsforschung (DKVF) in realiter präsentiert wurden, erkennt eines: Das Feld der Versorgungsforschung als Teilgebiet der Gesundheitssystemforschung ist ein höchst komplexes, aber ebenso ein höchst divergentes. Das reicht von Postern wie „Dann wirst du bekloppt, weil du von Nutella träumst“ (Palant et al.) und „Was hilft gegen Kater? - Ein systematischer Review zu Interventionen zur Vorbeugung und Linderung von Veisalgia“ (Messer et al.) bis hin zu vielen Qualitätsarbeiten, die unter anderem dafür den Posterpreis des Deutschen Netzwerks verliehen bekamen. Und hin zu diversen Vorträgen in vielen Tracks, die eigentlich viel zu schade sind, als dass sie nur ein paar Dutzend Zuhörer fanden, und deshalb hier in ganz kleiner Auswahl auszugsweise zitiert werden, indes ohne die nicht erwähnten damit schmälern zu wollen. Den krönenden Abschluss war indes die Veranstaltung „Versorgungsforschung trifft Politik“, zu der die Bertelsmann Stiftung und das Deutsche Netzwerk Versorgungforschung (DNVF) einluden.

>> Von der Veranstaltung „Versorgungsforschung trifft Politik“ ging anscheinend doch ein Impuls an die Politik aus, um die Stärkung der Versorgungsforschung ernsthaft auf die gesundheitspolitische Agenda der beginnenden 18. Legislaturperiode zu setzen. Im Zentrum des Abends, der durch einen Zeichner (Bild) live visualisert wurde, stand die Frage, welchen Beitrag die Versorgungsforschung leisten kann, um Versorgungsgerechtigkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen zu erhöhen. Genau das will die Politik anscheinend nun. Zumindest im Koalitionsvertrag steht die Absichtserklärung, dass die Regierungsparteien vorhaben, „die Versorgungsforschung zu stärken, um vor allem die Alltagsversorgung von Patienten zu verbessern“.

Zusätzlich formulierte der Vorsitzende des DNVF, Prof. Edmund Neugebauer (Universität Witten-Herdecke), in seinem Vortrag zur Patientenorientierung, die Frage, ob die Strukturen und Prozesse und Ergebnisse des derzeitigen Gesundheitssystems überhaupt auf die Wünsche und Bedürfnisse des Einzelnen angemessen ausgerichtet seien. Eine unbeantwortet gebliebene Frage, die er selbst mit der Anregung versah, dass gerade die Patientenorientierung der zentrale Prüfstein für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems werde. Dazu brauche es auch befähigte Patienten. Daher müsse es ein eigenes Versorgungsziel sein, unabhängige evidenzbasierte Patienteninformationen zur Verfügung zu stellen.

In seinem Vortrag zum Datenzugang referierte Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Universität Greifswald) über für einen Versorgungsforscher kardiologisch relevante Revolutionen. Denn gerade mit dem Versorgungsstrukturgesetz sei ein wahrer Durchbruch erzielt worden. Denn die Versorgungsforschung dürfte damit rechnen, über das DIMDI einen Datenstamm aus dem M-RSA zu bekommen, der alle gestellten Diagnosen, Verordnungen und Leistungsausgaben umfasse. Doch leider keine Regionalvarianten, ebenso keine Versicherungszeiten, Todeszeitpunkte und Prozedurparameter im Krankenhaus.

Ersteres will die Politik laut der aktuellen Koalitionsvereinbarung korrigieren, indem künftig Regionalkennzeichen der patientenbezogenen Ausgaben erhoben werden sollen.

Die Versorgungsforschung müsse nun ebenso darüber diskutieren, wie sie sich vor dem Datenschutz schützen könne, meint Hoffmann. Hier spiele die Abwägung der hohen Güter des Datenschutzes gegenüber den Vorteilen einer transparenten Versorgung eine große Rolle, was nicht einfach sei. Denn hier gehe es um Abwägungsprozesse zwischen informationeller Selbstbestimmung und verbesserter Therapie. Hoffmann: „Da müssen wir im gesellschaftlichen Konsens weiterkommen.“ Anlässlich der Veranstaltung präsentierte das DNVF auch ein Papier als „Navigationshilfe für Gesundheitspolitik“, das gemeinsam mit der Bertelsmann Stiffung erarbeitet worden ist. Darin wurden Eckpunkte eines „Nationalen Aktionsplans für Versorgungsforschung“ dargestellt, von denen einige auch Eingang in die Koalitionsvereinbarung Eingang fanden. <<

Posterpreisträger

1. Platz: Zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patienten mit Vorhofflimmern: Psychometrische Analyse eines krankheitsspezifischen Fragebogens; Thomas Kohlmann (Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald), Stephanie Rosenfeld (Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, Berlin)

2. Platz: Arbeitssituation und -zufriedenheit des nichtärztlichen Personals in der ambulanten onkologischen Versorgung; Sandra Osburg, Kerstin Hermes, Walter Baumann (alle WINHO, Köln)

3.Platz: Projektdatenbank Versorgungsforschung Deutschland – Erste Einblicke
Katharina Dobrick (WINEG, Hamburg), Brigitte Grenz-Farenholtz (INEG, Hamburg), Anna Schmidt, Nadine Scholten (IMVR, Köln), D. Zach (freiberuflich, Graz), Frank Verheyen (INEG, Hamburg), Holger Pfaff (IMVR, Köln)

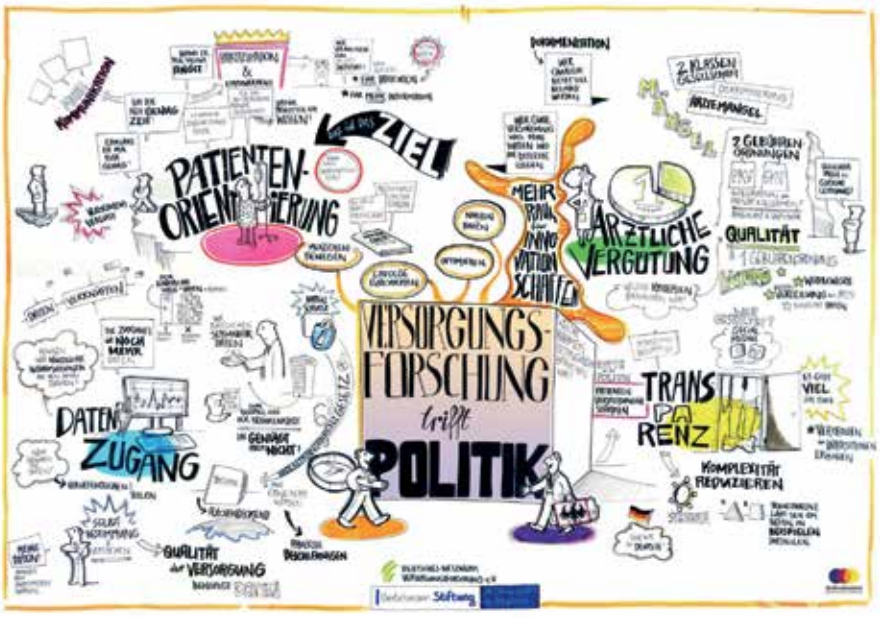


Bild: Christoph J. Kellner, www.animanova.de

Unterschiede zwischen kollektiver und individueller Logik



... Relevant für das Gesundheitssystem ist die Differenzierung zwischen individueller und kollektiver Logik. Erstere kennzeichnet z.B. die typische Arzt-Patientenbeziehung, letztere das Vorgehen bei Systementscheidungen. Die Aufnahme eines neuen Arzneimittels in den Leistungskatalog wird kollektiv-rational begründet. Die konkrete Behandlungsentscheidung ist individuell-rational normiert.

Die Unterschiede zwischen individueller und kollektiver Logik sind beachtlich. Zur Beschreibung der Unterschiede wird wissenschaftstheoretisch der Begriff inkommensurabel verwandt. Am Beispiel des spieltheoretischen Modells des Gefangenen-Dilemmas werden diese Differenzen generell illustriert ...

Hardy Müller - TK/APS, Hamburg, Deutschland

Über-, Unter-, Fehlversorgung - Beispiele a.d. Versorgungsepidemiologie



... Ein wichtiges Thema in dünnbesiedelten Regionen ist die mittelfristige Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung. Auf der Basis von Patientenzahlen, Daten zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Bevölkerungsprognosen kann eine Prognose für die zukünftig notwendige Anzahl von niedergelassenen Ärzten verschiedener Fachrichtungen erstellt werden. Wo Lücken in der Versorgung entstehen, sollten innovative, regionale Versorgungskonzepte entwickelt werden. Ein Beispiel hierfür ist die Entwicklung eines Konzeptes für ein Gesundheitshaus im Grenzgebiet zwischen Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg. Für eine hausärztlich bereits unterversorgte Region mit etwa 9.000 Einwohnern (Bevölkerungsdichte 25 Einwohner/ km²) wurde in einer kleinräumigen Analyse der Bedarf an Leistungserbringern im ambulanten Bereich bestimmt, z.B. 5 Hausärzte, 0,26 Internisten, 0,33 Augenärzte und 0,29 Psychotherapeuten. Das Konzept sah u.a. vor, Praxen für eine gemeinsame Nutzung durch verschiedene Ärzte einzurichten. Parallel wurde ein Konzept für die Erreichbarkeit des Gesundheitshauses mit ÖPNV erarbeitet. Die Finanzierung wurde inzwischen gesichert und das Konzept soll in 2014 umgesetzt werden.
...
Diese Untersuchungen zeigen einige ausgewählte Beispiele für versorgungsepidemiologische Analysen. Mit Hilfe der Versorgungsepidemiologie kann eine Evidenzbasis für Entscheidungen der Politik und der Selbstverwaltung zur zukünftigen Gestaltung des Versorgungssystems geschaffen werden. ...

Wolfgang Hoffmann - Universitätsmedizin Greifswald KöR, Institut für Community Medicine, Versorgungsepidemiologie und Community Health, Greifswald, Deutschland

Möglichkeiten und Grenzen der Versorgungsforschung mit Routinedaten



... Die Krankenkassen stellen ihre Daten heute abhängig vom Sponsor und weniger von einer Fragestellung einer Studie zur Verfügung. Vorgaben hinsichtlich der Analysemöglichkeiten bzw. Untersuchungseinschränkungen für bestimmte Zwecke oder mit bestimmten Fragestellungen sind an der Tagesordnung. Argumente des Datenschutzes spielen häufig eine Rolle, erscheinen aber häufig vorgeschoben, um Angaben über die Zusammensetzung, Morbidität und Versorgung der eigenen Versicherten nicht veröffentlichen zu müssen. Oft werden daher nur Teilmengen der Versichertenpopulation einer bestimmten Indikation, keine tagesgenauen Leistungsdaten oder keine räumlichen Variablen unter der Bundeslands- bzw. KV-Ebene zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus hat ein Großteil der Krankenkassen mit eingeschränkten Ressourcen hinsichtlich der Datenverarbeitungskapazitäten zu kämpfen. Ein Nachteil von Daten aus Einzelkassen ist zuletzt, dass auch nach einer Alters- und Geschlechtsstandardisierung Unterschiede zur Allgemein- oder GKV-Bevölkerung hinsichtlich des sozialen Status bestehen bleiben.
Aus diesen Gründen ist ein - über den vom DIMDI hinausgehenden - Public Use File erforderlich, der unabhängig von Fragestellung und Sponsor von wissenschaftlichen Einrichtungen verwendet werden kann.
Die Versorgungsforschung mit Routinedaten könnte zukünftig ihren Impact auf eine Verbesserung der Versorgung und zur Evaluation von Versorgungsinterventionen erhöhen, wenn entsprechende Datensätze geschaffen bzw. die Probleme des Datenzugangs und der -verfügbarkeit überwunden würden. Gegenwärtig steht der Generierung weniger, ausgewählter Ergebnisse ein insgesamt erheblicher Aufwand gegenüber. Die Realität der Versorgungsforschung mit Routinedaten hinkt den Möglichkeiten und auch den Erwartungen, zusätzlich zu den Ergebnissen klinischer bzw. experimenteller Studien Outcomes aus der Alltagsversorgung zu generieren, hinterher. ...

Bertram Häussler et al - IGES Institut, Berlin, Deutschland

Versorgungsforschung als Grundlage für Allokationsentscheidungen?



... Komplexe Verfahren der Versorgungsforschung erscheinen derzeit nur bedingt geeignet, bei widersprüchlichen Interessenlagen im Rahmen der bisherigen Verhandlungsverfahren zu einer Lösung beizutragen. Somit steigen die Anforderungen an Schiedsämter und ggf. Gerichte, die dann im Streitfall Vertragsinhalte festzusetzen haben.
Praktisch ist jedoch zu beobachten, dass Verhandlungslösungen grundsätzlich vom Ergebnis her definiert werden, und dass auch Schiedsentscheidungen meist von einer Einschätzung der Angemessenheit des Ergebnisses bestimmt sind. Deshalb muss mit Blick auf die Eingangsfrage diskutiert werden, ob im deutschen Gesundheitswesen eine Verhandlungs- und Entscheidungskultur möglich wäre, in der die Entscheidungsträger methodenbasiert und ergebnisoffen Verfahrensbeschlüsse treffen bzgl. der konkreten Verfahrensergebnisse, um deren Ergebnisse dann - ggf. nach Anwendung der Methoden durch Dritte - gegen sich gelten zu lassen (vgl. „Schleiers des Nichtwissens“ im Theorieansatz von John Rawls).
...

Dominik von Stillfried - ZI für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin, Deutschland

Outcome-Orientierung als Gestaltungsaufgabe des Gesetzgebers



... Einen großen Schwerpunkt legt die Kommission auf die sektorübergreifende Budgetmitverantwortung, um damit den mittel- bzw. langfristig effizientesten Mitteleinsatz zur ökonomischen Zielgröße werden zu lassen. Ein solches sektorübergreifendes Budget - das auch ein virtuelles sein kann - kommt einer Anreizumkehr gleich: Die Aktivierung der Patienten, die rechtzeitige Sekundärprävention und die Vermeidung von Entgleisungen werden damit wirtschaftlich lohnend. Die Integrierte Versorgung im Gesunden Kinzigtal zeigt mit seinen Partnern im niedergelassenen und im stationären Sektor, dass dies bei guten Gesundheitsergebnissen auch wirtschaftlich funktioniert.

Um einen Ausgleich zwischen den berechtigten wirtschaftlichen Interessen der Praxis oder Klinik und den Interessen der Versicherten an der besten Versorgung zu erreichen, sollte das Gesundheitswesen neu ausgerichtet werden. Die Stichworte hierzu lauten Budgetmitverantwortung, Orientierung der Vergütungen an Qualitätsindikatoren und mehr Datentransparenz - eine Aufgabenliste für die Gesundheitspolitik der kommenden Bundesregierung. ...

Helmut Hildebrandt - Gesundes Kinzigtal, Haslach, Deutschland