Titelinterview mit Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer (BVOU/DGOOC) und Prof. Dr. Edmund A. M. Neugebauer (DNVF)

„Wir müssen neue Qualitätsstandards definieren“

Der 12. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) fand vom 23. bis 25. Oktober erstmals gemeinsam und auch parallel zum Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) in Berlin statt. Ausrichter waren die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC), die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU), der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU) zusammen mit dem Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF). „Monitor Versorgungsforschung“ sprach mit den Kongresspräsidenten und wissenschaftlichen Leitern Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer (BVOU und DGOOC) und Prof. Dr. Edmund A. M. Neugebauer (DNVF).

>> Sehr geehrte Herren Professoren Neugebauer und Dreinhöfer, wie ist der aktuelle Status der Versorgungsforschung in der Chirurgie?

Neugebauer: Es gibt inzwischen eine artikulierte Bereitschaft, Versorgungsforschung betreiben zu wollen, weil diese selbstverständlich auch der Qualitätskontrolle dienen kann. Doch Klinikern, allen voran den Chirurgen, scheint Versorgungsforschung nicht blutig genug zu sein, obwohl vielen längst klar ist, dass die Zukunft des Faches Chirurgie mit der Versorgungsforschung verbunden ist.

In einem Track wurde bemängelt, dass gerade Chirurgen nicht gut genug in Sachen Versorgungsforschung ausgebildet sind.

Neugebauer: Nicht nur in der Versorgungsforschung, sondern auch in der Klinischen Forschung. In der Klinischen Forschung hat sich das inzwischen schon erheblich gebessert. Das Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und das Chirurgische Studiennetzwerk (CHIR-Net) führen regelmäßig Fortbildungsmaßnahmen durch. Mit dem CHIR-Net, übrigens seit sechs Jahren BMBF-gefördert, ist der Aufbau einer deutschlandweiten fast flächendeckenden Forschungsinfrastruktur mit über 200 angeschlossenen Kliniken zur Durchführung klinischer Studien zu chirurgischen Fragestellungen entstanden. Eine absolute Erfolgsgeschichte, doch leider läuft die Förderung bald aus, weshalb wir derzeit dringend nach einer Anschlussfinanzierung suchen.

„In der Klinischen Forschung sind wir auf einem guten Weg, doch in der Versorgungsforschung stehen wir noch am Anfang.“ Neugebauer

Methodisch ist die Versorgungsforschung sehr viel anspruchsvoller als die Klinische Forschung, weil die Methodenvielfalt größer ist. Wir bieten seitens des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung sogenannte Pre-conference Seminare an, so auch hier auf dem DKOU-Kongress. Darüber hinaus gibt es seit dem letzten Jahr eine Springschool über vier Tage mit verschiedenen Modulen vom Einsteiger bis zum Profi. Zusätzlich finden themenbezogen Symposien auf den Jahrestagungen der Fachgesellschaften unter dem Motto Fachgesellschaft@dnvf.de statt.

Sind diese Maßnahmen und Aktionen auch angenommen worden?

Neugebauer: Summa summarum kann man sagen, dass wir in der Klinischen Forschung auf einem guten Weg sind, in der Versorgungsforschung aber noch am Anfang stehen. In der Klinischen Forschung schon alleine deshalb, weil inzwischen von jedem Arzt, der überhaupt an klinischen Studien teilnehmen möchte, ein Zertifikat als Prüfarzt gefordert ist. Also wird ein junger Arzt schon alleine aus diesem Grund die nötigen Scheine machen, selbst wenn vielleicht die Überzeugung noch etwas fehlen sollte. Andererseits muss man feststellen, dass Klinische Forschung im Vergleich zur Grundlagenforschung nur für diejenigen attraktiv ist, die in peripheren Kliniken arbeiten, nicht aber für deren Kollegen in universitären Häusern.

Weil es in peripheren Kliniken einfacher ist, Patienten in große Studien einzuschließen?

Neugebauer: Auch deshalb. Vor allem aber aus dem Grund, dass sich Schwerpunktzentren wie zum Beispiel die in Deutschland entstandenen Darmzentren nur durch Studien qualifizieren können, überhaupt zum Schwerpunktzentrum zu werden. Alleine darum werden hier Studien gemacht.

Forschung als Selbstzweck?

Neugebauer: Das ist böse formuliert, aber im Grunde ist etwas Richtiges dran. Denn Forschung um der Forschung willen wird auch in diesen Zentren leider viel zu wenig honoriert und bleibt damit immer auch eine Art Feigenblatt. Vielleicht sollte man mal öffentlich darüber nachdenken, ob ein Arzt, der an einem nichtuniversitären Haus arbeitet, überhaupt promovieren oder gar habilitieren muss, also unbedingt einen Doktortitel oder PD haben muss. Andererseits ist der Erwerb eines akademischen Titels für reine Kliniker die einzige Möglichkeit, sich kritisch zweifelnd mit Fragestellungen aus der Versorgungsrealität auseinanderzusetzen, was letztlich wieder der Patientenversorgung zugutekommt. Diese Frage ist aber noch lange nicht ausdiskutiert, daher bin ich noch sehr ambivalent in meiner persönlichen Einschätzung.

Reicht denn die derzeit bei den Chirurgen real existente Studienkultur in der Versorgungsforschung aus?

Dreinhöfer: Zunächst einmal lässt sich sagen, dass zumindest bei den Orthopäden und Unfallchirurgen ein deutlich steigendes Interesse zu verzeichnen ist. So ist insbesondere in der Registerforschung bereits viel geschaffen bzw. aktuell losgetreten worden. Das Traumaregister über die Versorgung der Schwerstverletzten existiert bereits seit 20 Jahren und bietet weltweit einmalige Daten, das Endoprothesenregister wurde in diesem Jahr als gemeinsame Aktivität von Fachgesellschaften, Kostenträgern und Industrie initiiert. Wenn ich mir zudem die entsprechenden Vortragsblöcke zur Versorgungsforschung auf dem DKOU, der parallel zum DKVF stattfand, betrachte, sehe ich mit Freude, dass 80 bis 100 Ärzte daran teilnehmen. Daneben gibt es viele vor allem jüngere Kollegen, die die angebotenen Methodenseminare besuchen. Dieser Bereich ist zwar lange Zeit vernachlässigt worden, doch das Interesse ist erwacht.

Neugebauer: Findest Du denn die Umgebungsbedingungen für dieses erwachte Interesse ausreichend abgebildet? Bekommen die jungen Kollegen ausreichend Zeit, Geld und Anerkennung für diese Zusatzarbeit?

Dreinhöfer: Das ist wie so oft eine Frage der lokalen Organisation an den jeweiligen Universitäten. Wir stellen doch an allen Unikliniken – unabhängig von der Fachspezifität – eine Verknappung an Mitarbei-


Prof. Dr. Edmund A. M. Neugebauer (DNVF)

tern, Arbeitszeiten und Freistellung für Forschung fest. Die heute klinisch Tätigen haben doch ganz andere Zeitressourcen, die ihnen für Studien zur Verfügung stehen, als noch vor 5, 10 oder 15 Jahren. Das führt zu dem Problem, dass man in der Versorgungsforschung leider nur noch wenige Kliniker erlebt, wobei das für alle klinische Bereiche gilt. Dafür gibt es in der Versorgungsforschung viele nicht-klinisch Tätige oder solche, die lediglich in der Vergangenheit klinisch tätig waren. Das kann eine Stärke sein, weil sich diese Personen fokussiert mit der Thematik auseinandersetzen können. Das kann aber auch eine Gefahr sein, weil diese Forscher nicht wirklich in ein Team integriert sind. So gibt es derzeit auf der einen Seite die aktiven Kliniker, auf der anderen diejenigen, die die klinische Tätigkeit und die Versorgungsrealität er- und beforschen.

Neugebauer: Die zunehmende Ökonomisierung macht zwei Dinge kaputt. Zum einen kann der Arzt nicht mehr Arzt sein, weil ihm die notwendige Zeit für den Patienten fehlt und damit die nötige Patientenorientierung immer mehr zurückgedrängt wird, was aber auch ein Produkt der immer höher werdenden Technisierung ist. Und zum zweiten geht die Forschung vor allem in den klinischen Fächern völlig verloren. Daher mahne ich ein absolutes Umdenken in diesem Bereich an.

Vielleicht muss sich der Arzt gegen Überökonomisierung wehren.

Neugebauer: Exakt. Und sich endlich ehrlich fragen, für was man denn überhaupt mal Arzt geworden ist! Nämlich um den Patienten zu helfen, danach erst für Lehre und Forschung. Heute ist es doch so, dass Lehre gerade noch nebenbei erledigt wird, und Forschung – sagen wir es mal so – unter noch erschwerteren Bedingungen stattfindet. Die Patientenorientierung wird zunehmend in den Hintergrund gedrängt; das ist eine Entwicklung, der man ganz entschieden entgegentreten muss.

Dreinhöfer: Das kann doch kaum der einzelne Arzt tun. Hier sind die Fachgesellschaften und die politischen Kräfte gefragt.

Was kann man denn tun, um einen Aufbruch nicht nur in eine neue Studienkultur, sondern in eine neue, zukunftsorientierte Versorgungskultur zu wagen, in der endlich die Qualität an oberster Stelle steht, indem sich alle anderen Faktoren wie Honorierung und Struktur nach der Maxime der bestmöglichen Output-Qualität orientieren?

Dreinhöfer: Dazu muss man eine politische und gesellschaftlich-kulturelle Diskussion führen, die endlich die Frage beantwortet, wie sich Deutschland, Europa, aber auch alle anderen entwickelten Gesellschaften in der patientenorientierten Versorgung weiterentwickeln wollen. Doch eigentlich mache ich mir keine großen Sorgen, dass über kurz oder lang eine solche Diskussion und eine Art „kultureller Wandel" stattfinden wird. Wenn erst einmal die Generation Y oder Z in den Arbeitsprozess kommt, regelt sich das fast von alleine. Denn diese Generationen setzen ganz andere Prioritäten als wir sie noch gesetzt haben, sie lassen sich auch von ökonomischen Anreizen viel weniger führen oder auch verführen als unsere Generation.

Was für Patient wie für den Arzt gilt.

Neugebauer: In der Ärzteschaft würde eine Revolution eintreten, Geld ist hier doch immer noch eines der wesentlichen Anreizsysteme.

Dreinhöfer: Grundsätzlich ist ein monetärer Anreiz in unserem gegenwärtigen gesellschaftlichen Wertesystem auch nicht schlecht – unter anderem, um die besten eines Jahrganges für ein Fach zu begeistern und damit weiterhin auf höchster Qualität Medizin anbieten zu können.

Allerdings deutet vieles, was man über diese neuen Generationen hört, darauf hin, dass es große Schwierigkeiten gibt, diese Personen mit irgendwelchen materiellen Vorteilen anreizen zu können. Denen ist eine vernünftige Balance zwischen Spaß bei der Arbeit und Freizeit extrem wichtig.

Neugebauer: Und vielleicht auch die Art und Weise, wie sie wieder Arzt sein wollen?

Dreinhöfer: Doch dabei wollen sie auch gut leben. Die Arbeitsweisen, mit der wir Chirurgen klassisch groß geworden sind, sind vorbei. Die Zeiten, in denen zwei Nächte nacheinander durchoperiert wurde, auch um hohe OP-Frequenzen aufweisen zu können, in denen man aber auch sein Handwerk gut gelernt hat, sind passé. Alleine schon aufgrund der gesetzlichen Arbeitszeitenregelung. Doch schon jetzt ist teilweise spürbar, dass sich manche Kollegen nach dem Ende der offiziellen Arbeitszeiten schwertun, die teilweise notwendigen Maßnahmen einzuleiten.

Neugebauer: Und wie bekommen die ihre Prüfungskataloge voll?

Dreinhöfer: Darüber machen sich viele junge Chirurgen primär keine großen Gedanken, das dauert dann halt ein bisschen länger.

Neugebauer: Na, ich möchte von keinem unerfahrenen Arzt operiert werden.

Dreinhöfer: Das wird das Problem sein.

Auch ein Problem innerhalb der Mindestmengendiskussion.

Dreinhöfer: Wir müssen darum neue Qualitätsstandards definieren. Die Frage, ob eine Mindestmenge der richtige Qualitätsstandard ist, ist mehr als fraglich. Es gibt Ärzte, die 500 Hüften operiert haben und es immer noch nicht richtig beherrschen, während es andere schon nach 50 recht gut gelernt haben.

Neugebauer: Dazu bedarf es auch anderer Ausbildungsformen als bisher. Das Zuschauen und Zuhören alleine reicht nicht mehr. Ein Ausweg wäre die Anerkennung von Simulatoren seitens der Ärztekammern. Wenn ein Arzt 100 fehlerfrei durchgeführte OP-Simulationen auf Level 10 vorweisen kann, hat das doch einen Wert für sich.

Auch hier muss gelten: Die Ausbildung muss sich künftig der Outcome-Qualität unterordnen.

Dreinhöfer: Das ist eines der angedachten Ziele der Novelle der Muster-Weiterbildungsordnung, also der Grundlage der ärztlichen Weiterbildung. Die sollte nach einem Beschluss des 115. Deutschen Ärztetags im Jahre 2012 um eine inhaltliche Neuausrichtung hin zu einer kompetenzbasierten Weiterbildung ergänzt, damit eigentlich auf ganz neue Beine gestellt werden, weil es künftig eben eher um Kompetenzen, denn um Zeiten und Zahlen geht. Diese Novelle, die eigentlich schon nächstes Jahr hätte fertig werden sollen, ist dann jedoch leider auf dem diesjährigen Ärztetag geblockt oder zumindest zurückgestellt worden und soll nun ggf. auf dem 117. Deutschen Ärztetag im Jahr 2014 vorgelegt werden. Wünschenswert wäre dies allemal, denn dieser Ansatz wäre dann endlich

auch hier Outcome-orientiert.


Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer (BVOU/DGOOC)

Eine Parallele zu Pay-per-Performance?

Dreinhöfer: Sicher gibt es die, aber erst in zweiter Linie. Hier geht es erst einmal nur um die Aus- und Weiterbildung vor allem von klinisch tätigen Ärzten, die mehr Kompetenzen entwickeln sollen. In der Parallelentwicklung müssen diese Kompetenzen natürlich irgendwann einmal vergütungsrelevant werden. Das Schwierige dabei ist jedoch, dass gar nicht klar ist, welche Qualitätsindikatoren für uns relevant sind und als Grundlage eines wie auch immer gearteten P4P-Modells dienen können.

Neugebauer: Diese Qualitätsindikatoren sollen doch nicht für uns, sondern für die Patienten relevant sein.

Dreinhöfer: Erst einmal stellt sich doch die Frage, welches die relevanten Kriterien überhaupt sind. Das werden immer welche sein, die von verschiedenen Agierenden im System bestimmt werden, nicht nur vom Patienten, aber sicher auch nicht nur vom Arzt. Das ist ja nichts Neues. Schon im Jahr 1986 haben Forscher der RAND Corporation – einer US-Denkfabrik, die übrigens nach Ende des Zweiten Weltkriegs gegründet worden war, um die Streitkräfte der USA zu beraten – und der University of California in Los Angeles wirklich zukunftsweisende Kriterien für die Beurteilung der Angemessenheit von diagnostischen und chirurgischen Verfahren entwickelt, wobei sie eine systematische Überprüfung der klinischen Forschungsliteratur mit den Ergebnissen eines multidisziplinären Gremiums von erfahrenen Klinikern kombiniert haben. Damit sind im Prinzip alle Partizipierenden im System gefragt, sich zu beteiligen – angefangen beim Patienten, über die Payer bis hin zu uns – den „Produzenten im Gesundheitssystem".

Neugebauer: Ich würde priorisieren. Uns Ärzte brauchte es nicht, wenn es die Patienten nicht gäbe. Darum muss der Patient ein sehr viel stärkeres Gewicht in der Festlegung von guter Qualität als bisher bekommen, um formulieren und definieren zu können, was ihm wichtig ist und was nicht.

„Für unser Gesundheitswesen und den Einzelnen sollten unabhängige Patienteninformationsstellen künftig einen institutionellen Ort im deutschen Gesundheitssystem erhalten." Dreinhöfer

Herr Neugebauer, wie können Sie sich ein solches patientendefiniertes Qualitätsraster vorstellen? Was wäre zu tun, um den Patienten nicht nur in den Fokus zu stellen, sondern wahrhaft zu befähigen?

Neugebauer: Das fängt ganz vorne an. Für mich gehört die Erstellung, Verbreitung und Evaluation von evidenzbasierten Patienteninformationen für den Großteil der elektiven Maßnahmen und Eingriffe an die erste Stelle. So kann man die Patientenorientierung, -beteiligung und -souveränität stärken. Ein Qualitätsmerkmal könnte die Erhöhung der Patientenbeteiligung bei Gesundheitsentscheidungen und der Nachweis einer verständlichen Darstellung des Nutzens und möglichen Schadens für den Einzelnen und die Bevölkerung sein.

Ich denke, dass Patienteninformation und -mitentscheidung künftig ein eigenes Versorgungsziel im deutschen Gesundheitswesen sein muss. Die Patientenorientierung sollte als Qualitätsmerkmal der Versorgung etabliert werden. Einzelne Kliniken und Klinikverbünde haben damit auch schon begonnen. Für unser Gesundheitswesen und den Einzelnen sollten unabhängige Patienteninformationsstellen künftig einen institutionellen Ort im deutschen Gesundheitssystem erhalten. Das IQWiG wäre eine solche Institution, sie wird aber noch zu wenig von der nichtwissenschaftlichen Öffentlichkeit wahrgenommen.

Herr Dreinhöfer, wenn Sie aus Ihrer Sicht auf diese Frage antworten wollen?

Zunächst einmal wünsche ich mir persönlich als hypothetischer Patient genau diese Information und Einbindung in die Entscheidungsfindung. Ob ich allerdings eines Tages als realer Patient nicht vielmehr einen kompetenten Arzt suchen werde, dem ich einfach vertrauen kann und dem ich mich anvertrauen kann – vermag ich momentan nicht wirklich zu sagen.

Und genau so sehe ich auch diese Entwicklung: zum einen ist es unzweifelhaft wichtig, dass wir eine breit aufgestellte unabhängige Patienteninformation im deutschen Gesundheitswesen vorhalten und anbieten können, zum anderen müssen wir uns aber auch ehrlich fragen, ob wir selber als Experten im System selbst bei großer Kompetenz wirklich wissen, was gut für uns ist – und ob wir dies auch tatsächlich immer selber entscheiden wollen und können.

Die Komplexität vieler medizinischer Entscheidungsfindungen kann Patienten auch überfordern: Oft wird mir von Patienten zu verstehen gegeben, dass sie einfach einen Arzt suchen, dem sie vertrauen können, der sie adäquat berät, begleitet und unterstützt – von dem sie aber auch erwarten, dass er die „richtige" Entscheidung für sie trifft.

Es gibt meines Erachtens zum einen verschiedene Menschentypen, zum anderen verschiedene Phasen in dem Leben der meisten Menschen und Patienten – und in einigen möchte man alles kontrollieren und selbst bestimmen, in anderen wünscht man sich jemanden, der einem gerade dieses abnimmt. Diese Freiheit sollte erhalten bleiben, um jeden Patienten tatsächlich als Individuum behandeln zu können.

Herr Neugebauer, freuen Sie sich, dass es die Regierungsparteien zumindest in Ihrem Koalitionsvertrag vorhaben, die Versorgungsforschung zu stärken und sogar einen Innovationsfonds zu schaffen, der ja eine alte Forderung Ihres Netzwerks ist?

Erstmal ja! Die Überlegungen zur Gesundheit und Pflege beginnen mit der Aussage: „Im Zentrum unserer Gesundheitspolitik stehen die Patientinnen und Patienten und die Qualität ihrer medizinischen Versorgung." Die Versorgungsforschung verfolgt genau dieses Ziel, die Realität sieht leider noch anders aus. In einem Bündel von Absichtserklärungen wird dann ausgeführt was alles vorgesehen ist. Allerdings, nicht alles was auf den ersten Blick logisch erscheint, ist auch snnvoll. Ich erinnere nur an die wissenschaftlich nicht begleitete Einführung und dann Wiederabschaffung der Praxisgebühr. Die Versorgungsforschung möchte in Zukunft sehr viel stärker als bisher möglich für Politikentscheidungen im Gesundheitssystem die wissenschaftlichen Grundlagen liefern. Wir wollen weg von der Politikfolgenforschung hin zu einer Politikentscheidungsforschung. Insofern halten wir die Aussage, dass zur Förderung innovativer sektorübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung ein Innovationsfonds geschaffen werden soll für einen sehr guten Schritt in die richtige Richtung. Für die Vergabe der Mittel soll der G-BA zuständig sein. Bei der Festlegung der Kriterein zur Mittelvergabe würde sich das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung gerne mit einbringen. Wir werden deshalb sehr bald das Gespräch mit dem G-BA suchen.

Die Herren Professoren, vielen Dank für das Gespräch. <<