inside VERSORGUNGS FORSCHUNG

made in Dresden



Das Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV)

„From bedside to practise“

Das Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung der Dresdner Hochschulmedizin hat eine ganz wichtige Besonderheit: Das ZEGV wird nicht einfach als Add-on verstanden, das eben nun einmal Versorgungsforschung macht, sondern als integraler Bestandteil und Querschnittsbereich von Fakultät und Klinikum gefördert, weil erkannt worden ist, dass „ein weit größerer Impact ausgelöst wird, wenn Kliniker, Patienten und Versorgungsforscher zusammengebracht werden“.

>> Das Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) der Dresdner Hochschulmedizin ist einer der wenigen deutschen Standorte, an denen das in den 90er Jahren staatlich geförderte Pflänzchen Public Health nicht nur überlebt, sondern gediehen ist und sich bereits ab den 2000er Jahren in Richtung Versorgungsforschung weiterentwickelt hat. Das ist der Unterstützung der NBL-Förderinitiative zu verdanken, doch vor allem Prof. Dr. Dr. Wilhelm Kirch, dem Dekan (1997 bis 1999) der Medizinischen Fakultät und Prof. Albrecht, dem Medizinischen Vorstand des Universitätsklinikums,, das sich stolz und selbstbewusst „Die Dresdner“ nennt, und natürlich dem 2011 zum W2-Professor für Sozialmedizin und Versorgungsforschung berufenen Dr. Jochen Schmitt, der seit 2012 Direktor des ZEGV und seit März 2016 auch Geschäftsführender Direktor des Gesundheitsökonomischen Zentrums (GÖZ) an der TU Dresden ist.

Das vielleicht Einzigartige ist jedoch, dass im Gegensatz zu vielen anderen Standorten das Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung nicht nur als integraler Bestandteil, sondern auch als Querschnittsbereich von Fakultät und Klinikum verstanden wird, die gemeinsam die Dresdener Hochschulmedizin bilden. Während in der Hochschulmedizin vor allem onkologische, metabolische und neurologische Erkrankungen erforscht und behandelt werden, kümmert sich das ZEGV um die Translationsforschung, jedoch nicht um nur die von „bench to bedside“ (T1-Translation), sondern auch um die von „bedside to practise“ (T2-Translation). „Es ist erkannt worden“, gibt Prof. Schmitt zu Protokoll, „dass es nicht mehr ausreicht, sich nur auf ausschließlichen Wissenszuwachs qua Grundlagenforschung zu fokussieren, sondern ein weit größerer Impact ausgelöst wird, wenn Kliniker, Patienten und Versorgungsforscher zusammenge-



Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, MPH, ist seit 2012 Gründungsdirektor des Zentrums für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) des Universitätsklinikums und der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden. Seit 2011 ist er W2-Professor für Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Zuvor war Prof. Schmitt rund 10 Jahre klinisch als Dermatologe und Allergologe am Universitätsklinikum Dresden tätig, zuletzt als Oberarzt mit Zuständigkeit für Allergologie, Berufs- und Umweltdermatologie. 2009 hat er an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus im Fachgebiet Dermatologie und Venerologie zum Thema „Epidemiologie, medizinische Versorgung und gesundheitsökonomische Aspekte des atopischen Ekzems“ habilitiert.

* Ein Doppel-Interview mit Prof. Maria Eberlein-Gonska und Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, MPH lesen Sie in der MVF-Ausgabe 01/17

bracht werden." Nur das führe zu dem, was die Versorgung wirklich weiterbringe und mit dem dritten Translationsschritt gemeint ist: „Es geht nicht mehr unbedingt um die sogenannte Pfaffsche letzte Meile, sondern um die Frage, wie man von der klinischen Wirksamkeit in die qualitätsgesicherte Umsetzung im Kontext des Gesundheitssystems kommt." Nur dieser wirklich letzte, dritte Schritt von der klinischen zur populationsbezogenen Anwendung führe zu einem wirklichen Gesundheitszuwachs.

Hier arbeitet das ZEGV vor allem in der Qualitätsforschung. Unter anderem wird die Sicherheit der Leistungserbringung oder von komplexen Interventionen im Versorgungskontext analysiert, was weit über die reine Wirksamkeit oder Effectiveness unter Routinebedingungen hinausgeht, weil weit größere Kontexte hinzukommen – angefangen von Sicherheit, der Integration verschiedener Perspektiven und natürlich jener der Qualität an sich. Schmitt: „Letzten Endes geht es um die Nutzung der Methoden der evidenzbasierten Medizin und jene der Versorgungsforschung, um die politischen Ziele in der Qualitätsmedizin zu bewerten und letztlich auch erreichen zu können."

Was auf politischer Ebene nicht so einfach ist, wird in der Dresdner Hochschulmedizin gelebt. Als erstes Klinikum in ganz Deutschland hat das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus einen gemeinsamen Bereich Qualitätsforschung geschaffen, der strukturell die Versorgungsforschung des ZEGV mit Fragen der praktischen Umsetzung durch den Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement integriert, den Prof. Maria Eberlein-Gonska* leitet. Beide arbeiten eng zusammen, immer das Ziel vor Augen, die Methoden der Versorgungsforschung im Qualitätsmanagement zur Anwendung zu bringen. Wie das funktionieren kann, macht Schmitt am Beispiel des Dekubitus fest, der als eigentlich einziger medizinischer Qualitätsindikator in der Pflege gelten kann. Die im Klinikinformationssystem über rund vier Jahre erfassten Dekubitusdokumentationen wurden im Team des ZEGV ausgewertet. Heraus kam, dass sich das Risiko für einen Dekubitus in verschiedenen klinischen Bereichen sehr unterschiedlich darstellt, unbenommen davon, dass solche Fälle natürlicherweise mehr in der Altersmedizin denn in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auftreten. Auf Basis der Analyse wurden die Ergebnisse gemeinsam mit der Pflegeleitung diskutiert. Wobei im Konsens Szenarien entwickelt, berechnet und kritisch hinterfragt wurde, ob die der Analyse zu Grunde liegende 100-Prozent-Dokumentation wirklich Sinn macht. Wo das Risiko für einen Dekubitus kleiner 0,5 Prozent ist, wird wohl eine generelle Dekubitusdokumentation nicht sehr sinnreich sein, würde aber andererseits Dokumentationszeit und auch Kosten über minimierte Personenminuten sparen. „Dazu muss aber klar sein, welches Risiko mit weniger Dokumentation verbunden ist und auch, wie viele Fälle man durch ein nicht mehr generelles Screening verpassen könnte", erklärt Schmitt. Das wurde qua Versorgungsforschung in diversen Szenarien beschrieben und gemeinsam mit der Pflegeleitung und dem Qualitätsmanagement zum Vorstand gebracht. Im Ergebnis wurde von diesem entschieden, dass eine generelle Dekubitusdokumentation nur noch in Klinikbereichen mit mittlerem bis hohem Risiko durchgeführt wird, dies aber weiter evaluiert wird. „Das ist das Grandiose bei der Versorgungsforschung im Setting Klinik", freut sich Schmitt, „denn das, was wir erforschen, hat immer die Möglichkeit, schnell umgesetzt zu werden, um die Versorgung zu verbessern."

Zumindest am Standort Dresden und das auch nur im Universitätsklinikum, nicht aber in den vielen anderen Kliniken der Landeshauptstadt des Freistaates Sachsens oder gar im Freistaat selbst. „Nun müssen wir eben den nächsten Schritt machen", erteilt sich Schmitt selbst eine Aufgabe, denn unsere Erfahrungen in Dresden könnte man durchaus auf die Landes- und Bundesebene übertragen.

Dass die Translation im Universitätsklinikum Carl Gustav Carus zu Dresden so gut funktioniert, liegt nicht nur an den handelnden Personen, die sich gut verstehen, sondern auch an der Struktur an sich. Denn an der Gründung des ZEGV haben sich viele unterschiedliche Kliniken und Institute der „Dresdner" beteiligt, das jedoch nicht nur ideell, sondern mit Ausstattung und vor allem Personal – begonnen wurde mit immerhin vier Stellen. Nach der Gründungsphase, getrieben vom positiven Commitment aller Beteiligten, hat das ZEGV auch noch das Glück zwei große BMBF-Anträge mit Partnern aus der Anästhesiologie und der Neonatologie durchzubekommen. Schmitt: „So konnten wir gleich im ersten Jahr zwei ganz erfolgreiche Projekte starten, das war irgendwie wie im Märchen." Heute, nur vier Jahre später, arbeiten 28 Mitarbeiter – zur Mehrheit allerdings drittmittelfinanziert – am ZEGV, womit eine kritische Schwelle erreicht ist, die nicht nur Struktur- und Zukunftsfragen aufwirft, sondern auch jene nach einer weiteren Professur – doch das wird sicher eine andere Geschichte. <<



Freya Trautmann

>> Der wissenschaftlichen Mitarbeiterin Freya Trautmann wird es sicher nicht langweilig. Wenn sie sich nicht gerade mit der Häufigkeit von Sarkomen in Sachsen – und hier dem durch die Krebshilfe geförderten Aufbau eines nationalen Versorgungsnetzwerkes und einer prospektiven Kohortenstudie zur Versorgungssituation von Patienten mit Sarkom in Deutschland – kümmert, analysiert sie die Inanspruchnahme und Effekte des gesetzlichen Hautkrebsscreenings in Sachsen, erforscht die Wirksamkeit von Behandlungen in zertifizierten Krebszentren und arbeitet mit an der Erfassung von Patient-Reported Outcomes in der ambulanten Routineversorgung oder am Linkage von Klinikdaten (TDS, KIS) mit Daten des Klinischen Krebsregisters. Das ist jede Menge Arbeit für eine junge Frau, aber eine, die ihr viel Spaß macht.

Das vor allem, weil sie im ZEGV trotz ihres Alters nicht nur ein gerüttelt Maß an Mitspracherecht und Gestaltungsfreiheit hat, sondern auch, weil hier das vorhanden ist, was der Versorgungsforschung anderswo oft fehlt: Daten! „Dass wir mit Sekundär- und Primärdaten arbeiten können, ist ein enormer Vorteil", sagt Freya Trautmann, die gerade ihre Promotion über versorgungsepidemiologische Analysen aus Sekundärdaten angemeldet hat.

Ein Teil ihrer Promotion wird sich sicher mit dem Thema Hautkrebsscreening beschäftigen; und hier unter anderem mit der Frage, welchen Sinn solche Screenings überhaupt machen. Da es meist signifikante Unterschiede in der Mortalität zwischen den Screening-Teilnehmern und den Nichtteilnehmern gibt, führen Screening-Kritiker oft sehr schnell den sogenannten „Healthy Screening Bias" ins Feld und entwerten damit Screenings per se. „Doch das verrät uns

nichts über andere Faktoren", erklärt sie und weist auf unterschiedliche Inanspruchnahmen aber auch auf diverse Facharztgruppen hin, deren Teilnahmeanteil ebenso unterschiedlich ist – mit durchaus beschreibbaren Effekten. So sind ersten Analysen zufolge Melanome prognostisch etwas ungünstiger bei jenen Patienten, die ein derartiges Screening nicht in Anspruch genommen haben, was ein „leichtes, schwaches", doch immerhin als ein „schwaches positives Signal" gelten könne. Aber auch tendenziell seltener seien Metastasierungen und Interferontherapien zu erkennen, was wiederum ein Marker für schwerere Erkrankungen sei. Wenn man diese Erkenntnis nun mit Registerdaten und einer größeren Fallzahl abklären könnte? Die Arbeit beim ZEGV geht eben nie aus. <<



Dr. Anne Neumann, MPH

>> Die frisch gebackene Doktorin Anne Neumann beschäftigt sich als Studienkoordinatorin mit EVA64, der bundesweit einheitlichen wissenschaftlichen Evaluation von Modellvorhaben nach §64b SGB V, die das ZEGV gemeinsam mit den Konsortialpartnern ISMG (Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie in Magdeburg) sowie WIG2 in Leipzig im Auftrag von immerhin 97 beteiligten Krankenkassen betreut – das nach einer immerhin europaweiten Ausschreibung, die die drei Partner für sich entscheiden konnten. Zu beweisen ist, dass – so zumindest die Hypothese – Verträge zu innovativen Versorgungssystemen gemäß §64b SGB V zu einer kosteneffektiveren Verwendung der vorhandenen finanziellen Mittel zur psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur Regelversorgung führen.

Um diese Hypothese zu beweisen oder zu widerlegen, wurde eine komplexes Studienprogramm erarbeitet. Basierend auf Kassendaten, die durch ISMG geprüft, vereinheitlicht, aufbereitet und pseudonymisiert werden, führen das ZEGV und WIG2 eine Kosten-Effektivitätsanalyse (KEA) durch.

Das tut auch not, denn bereits seit längerem werden psychiatrische Versorgungsmodelle erprobt, die über Änderungen des Anreizsystems sowohl zu qualitativen Verbesserungen der Patientenversorgung als auch zu einem ökonomischeren Ressourceneinsatz führen sollen. „Sollen", betont die Epidemiologin, die eben ihren PhD in Schweden gemacht hat, denn bewiesen ist das eben noch nicht. „Retro- und prospektiv schauen wir uns darum in dieser sekundärdatenbasierten, nicht-randomisierten Parallelgruppenstudie mit Interventions- und Nichtinterventionsgruppe an, wie sich die derzeit 16 Modellprojekte im Vergleich zur Regelversorgung unterscheiden.

Der Zuschlag für das Projekt erfolgte schon im Mai 2015, doch seitdem mussten das Feinkonzept, die Datensatzbeschreibung sowie die Analyse und Berichtsalgorythmen festgelegt werden. Zur Zeit läuft die erste Datenaufbereitung in Magdeburg, doch schon Mitte kommenden Jahres soll der erste Zwischenbericht von vielen weiteren stehen.

Auch hier: viel, viel Arbeit. Und das einige Jahre lang. Da der Evaluationszeitraum nicht nur die ersten vier Jahre des Modellvorhabens umfasst, sondern auch noch fünf weitere Jahre des Follow-up dauern wird, weiß Anne Neumann schon ziemlich genau, was auf sie in den kommenden noch neun Jahren zukommen wird. Denn bleiben will sie in Dresden auf jeden Fall. „Ich gehe stark davon aus, dass ich bis 2025 da bin", lautet ihr persönliches Commitment, nicht nur an das Projekt, sondern besonders an das ZEGV und ein wenig sicher auch an die Stadt Dresden, deren Image eben nicht nur von dummen Glatzköpfen, sondern von intelligenten Menschen geprägt wird – die „guten Dresdner" eben. <<

Internationale Initiative zur Outcome-Standardisierung in der Dermatologie unter der Leitung des ZEGV

In Studien ist die Wahl von adäquaten Outcome-Parametern und Instrumenten ausschlaggebend, um aussagekräftige und vergleichbare Ergebnisse zu erhalten. Doch die Heterogenität bezogen auf die Outcome-Messung in Studien für Hauterkrankungen macht es häufig unmöglich, Meta-Analysen durchzuführen und klinische Empfehlungen abzuleiten. Eine Strategie, diesem Problem entgegenzutreten, ist die Entwicklung von sogenannten Core Outcome Sets, wobei diese eine bestimmte Anzahl an Outcome-Parametern und Messinstrumenten beinhalten, die einheitlich in allen klinischen Studien zu einer Krankheit/Studienpopulation erhoben und berichtet werden sollen. Damit wird das Poolen von Studienergebnissen in Meta-Analysen ermöglicht und damit die Nutzung von Studienevidenz für valide Behandlungsempfehlungen in Leitlinien verbessert. Zusätzlich können abhängig von der spezifischen Forschungsfrage weitere Outcomes gemessen werden. Für den Bereich der Dermatologie haben Prof. Jochen Schmitt und Prof. Hywel Williams (Professor für Dermato-Epidemiologie, Direktor der Evidence Based Dermatology an der Nottingham University und co-ordinating Editor der Cochrane Skin Group) im Jahre 2014 die **C**ochrane **S**kin **G**roup – **C**ore **Ou**tcome **S**et **In**itiative, kurz CSG-COUSIN, gegründet. Diese Initiative

- ist eine internationale, multidisziplinäre Arbeitsgruppe mit dem Ziel der Entwicklung und Implementierung von qualitativ hochwertigen COS in der Dermatologie, um die Outcome-Messung in klinischen Studien zu standardisieren und zu verbessern, wodurch gesicherte Empfehlungen zur klinischen Entscheidungsfindung abgeleitet werden können.
- besteht aus verschiedenen Teams, die sich in ihrer Arbeit unterstützen und ergänzen.

Die Initiative wird vom Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) koordiniert. Das dort angesiedelte Management-Team wird von der Cochrane Skin Group unterstützt und bietet neben der Koordination technische und organisatorische Beratung für die Methoden- und Projektgruppen. Neben einem Informations-Management werden z.B. Unterstützung bei der systematischen Literatursuche und die Bereitstellung von Software-Tools angeboten. Die Methodengruppe bearbeitet eigene Projekte wie z.B. die geplante Studie zum optimalen Einbezug von Patienten und berät die COS-Projektgruppen durch Peer-Review-Verfahren. Die einzelnen Projektgruppen entwickeln qualitativ hochwertige, krankheitsspezifische COS und sorgen für deren Verbreitung und Anwendung.

Save the date: Das zweite CSG-COUSIN Meeting wird zusammen mit dem „Annual Cochrane Skin Group Meeting 2017" am 9. und 10. Januar kommenden Jahres in Berlin an der Charité-Universitätsmedizin stattfinden.

Weitere Infos: https://www.uniklinikum-dresden.de/COUSIN