Interview mit PD Dr. med. Dipl.-Theol. Monika Klinkhammer-Schalke

„Wir brauchen nun klare Umsetzungs-Strategien“

Zum 15. Mal fand der Deutsche Kongress für Versorgungforschung statt, zum zweiten Mal in der Urania, zudem in Eigenregie des Deutschen Netzwerks für Versorgngsforschung (DNVF) und zum ersten Mal unter der Führung einer Frau: PD Dr. med. Dipl.-Theol. Monika Klinkhammer-Schalke. „Monitor Versorchungsforschung“ sprach mit ihr über den erneut gut besuchten Kongress, der unter dem Motto „Wissen schaf(f)t Nutzen“ stand und der einige Neuerungen im Vergleich zu den bisher stattgefundenen aufwies.

>> Sehr geehrte Frau Dr. Monika Klinkhammer-Schalke, im Oktober war mit Ihnen erstmals eine Frau Kongresspräsidentin des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung. Wird nach der Ärzteschaft nun (endlich) auch die Versorgungsforschung weiblicher?

Die Versorgungsforscher waren schon immer auch weiblich, schauen Sie allein die beiden Forschergruppen der Preisträgerinnen des Wilfried Lorenz Preises für Versorgungsforschung der letzten beiden Jahre an. Zudem kommt es ja auf die Qualität der Versorgungsforschung an und nicht auf das Geschlecht.

Der 15. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung und damit der zweite in Eigenregie des DNVF fand unter dem Motto „Wissen schaf(f)t Nutzen“ statt. Muss die deutsche Versorgungsforschung nach den Jahren der Selbstfindung und Selbstdefinition mit diversen Memoranden nun zeigen, was sie kann und welchen Nutzen sie für Gesellschaft und Gesundheitssystem hat?

Die Memoranden des DNVF waren und sind eine sehr wichtige Grundlage, um einheitliche Standards zu entwickeln und zusammenzuführen. Sie haben auch die Mitglieder enger miteinander verbunden und mit einer einheitlichen Sprache sprechen lassen. Parallel sind viele Studien und Projekte mit signifikanten Ergebnissen durchgeführt worden und die gilt es jetzt in den Vordergrund zu stellen. Wie der Titel des Kongress schon sagt: Wir müssen uns der Wissenschaft bedienen und vor allem viel stärker die Umsetzung der erlangten Ergebnisse in die Versorgung betreiben.

Versorgungsforschung kann ja nicht nur als Pfaff'sche „Letzte Meile“, sondern als vor allem wahrer Anwalt des Patientennutzens (was ja oft Kassen und auch Ärzte für sich reklamieren) wirken, wenn ihre Ergebnisse tatsächlich genutzt werden, um das System im Sinne des Patienten qualitativ besser zu gestalten. Ist die Versorgungsforschung in Deutschland denn schon so weit?

Ganz sicher ist sie soweit. Was uns fehlt sind klare Strategien, wie die Umsetzung von Studienergebnissen erfolgen kann. Denken Sie an die Einführung neuer Arzneimittel. Hier ist klar geregelt, dass eine Nutzenbewertung erfolgen muss, bevor sie eingesetzt werden können. Dieser Mechanismus fehlt bisher bei signifikanten Ergebnissen der Versorgungsforschung und dies zu entwickeln, muss das Ziel der nahen Zukunft sein.

Ihnen ist bekanntlich die Lebensqualität der Patienten besonders wichtig, was ein sehr komplexer Begriff mit vielen Dimensionen ist. Wie kann die Versorgungsforschung denn die Lebensqualität erfassen und was verstehen Sie unter krankheitsbezogener Lebensqualität?

International validierte Instrumente zur Lebensqualitätsmessung stehen seit langem zur Verfügung beispielsweise von der EORTC und können für fast alle Tumorentitäten detailliert genutzt werden. Ergebnisse komplexer Interventionen für diesen Bereich stehen zur Verfügung und sollten in der Praxis verwendet werden. Der anstehende notwendige Schritt ist die Entscheidung für ein Instrument, was aber folgen muss. ist die spezifische Therapie bei Einbrüchen in der Lebensqualität. Es geht bei unterschiedlichen Krankheiten ja nicht primär um die Steigerung der Lebensqualität durch z.B. einen wundervollen Urlaub, wie wir Gesunden vielleicht denken würden. Bei krankheitsspezifischer Lebensqualität geht es um Belastungen und Probleme, die mit einer Krankheit verbunden sind, wie z.B. Beschwerden im Armbereich nach operierter Achselhöhle beim Brustkrebs, auftretendes Lymphödem oder finanzielle Nöte, die durch die Langzeitbehandlung eines Tumors und dadurch lange Krankheitszeiten und z.B. auch Arbeitsunfähigkeitszeiten entstehen können. Für diese Probleme gilt es Lösungen zu finden und dem Erkrankten auch in diesen Bereichen Spezialisten an die Seite zu stellen, genauso wie im medizinischen Bereich. Wichtig ist es also, aus bereits vorhandenen Strukturen Netzwerke um den Erkrankten herum zu schaffen.

„Der Veränderungsdruck kommt zunehmend aus dem System selbst, auch von informierten Patientenvertretern, Patientinnen und Patienten.

Doch zurück zum Stichwort Translation. Hier hat Prof. Wensing aus Heidelberg den Status Quo der „Implementation Science“ in Deutschland vorgetragen und auf den Unterschied zwischen „Barrieren erkennen“ und „Verhalten verändern“ hingewiesen. Wer will denn wirklich etwas verändern, wo sich doch viele ganz gut mit dem System arrangiert haben und daran gut verdienen?

Dies ist sicher ein wesentliches Problem. Ich glaube aber, der Druck dies zu verändern, kommt zunehmend aus dem System selbst und auch von informierten Patientenvertretern und Patientinnen und Patienten. Vor zwanzig Jahren zum Beispiel hat die Implementierung von neuen Leitlinienempfehlungen in die medizinische Versorgung mindestens fünf Jahre gedauert. Heute wird beispielsweise eine onkologische Leitlinie verabschiedet, in zertifizierte Krebszentren umgesetzt und das Ergebnis der Umsetzung durch externe Audits gemessen. Das dauert maximal ein Jahr, bis das Ergebnis auch nach außen sichtbar ist. Sie können sich vorstellen, dass keine behandelnde Einrichtung schlechter als eine andere in der Außendarstellung sein möchte. Zudem gibt es häufiger Patientenleitlinien, die Menschen allgemeinverständliches medizinisches Wissen zur Verfügung stellen.

Der Transfer der Ergebnisse von Versorgungsforschung in die Versorgungspraxis sollte möglichst umfassend angestrebt werden und hierzu gehören laut Stellungnahme der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) klinische Praxis, Politik, Verbände, Krankenkassen

und Verwaltung. Inzwischen gebe es, so die DFG, „zwar ein breites Bewusstsein für die Notwendigkeit des Transfers, gleichzeitig bestehen aber nach wie vor zentrale Transferhemmnisse wie zum Beispiel fehlende Anreize und mangelndes Wissen um Transferstrategien." Was ist seitens des DNVF zu tun?

Sie benennen es ja schon in Ihrer Frage. Genau um die Entwicklung von Transferstrategien und Anreize zu deren Nutzung, genau darum muss sich das DNVF kümmern. Es ist ja nicht so, dass wir bei Null anfangen müssen, denn national und international gibt es Beispiele. Nehmen Sie zum Beispiel die Leeds Castle-Konferenz, die bereits 2001 stattgefunden hat. Schon damals wurde international empfohlen, wie Implementierung am besten vorangebracht wird: Benennung von Opinionleadern, outreach visits, Qualitätszirkel und Vor-Ort-Besuche. Alles keine einfachen Strategien, aber eben wirkungsvoll.

Wo sehen Sie die größten Hindernisse für eine erfolgreiche Translation der Ergebnisse der Versorgungsforschung? Und was stimmt Sie optimistisch?

Das größte Hindernis ist meiner Meinung nach, dass wir zwar viele Strategien haben, die auch Herr Wensing in der Eröffnungsveranstaltung des DKVF hervorragend dargestellt hat, aber an der wirklichen effizienten Umsetzung mangelt es noch. Ein Aspekt ist sicher, dass Forschungsergebnisse mutiprofessionell aufgegriffen werden müssen. Ein wichtiger Fokus für die Zukunft. Optimistisch stimmt mich, dass wir schon so weit sind, dass wir über die Umsetzung der Ergebnisse sprechen können. Lange Zeit standen die Methoden und die Definitionen von Versorgungsforschung fast ausschließlich im Mittelpunkt. Wir sind also schon einen großen Schritt weiter!

Haben Sie vielleicht Beispiele für Erfolge? Und vielleicht auch Beispiele, wo es nicht gut geklappt hat?

Die Umsetzung von Leitlinienempfehlungen in die direkte Versorgung zertifizierter Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft ist ein positives Bespiel. Durch diese selbstverpflichtenden Strukturen und die enge Zusammenarbeit mit regionalen Klinischen Krebsregistern zur Darstellung der Ergebnisqualität, ist es gelungen, z.B. das Überleben von Menschen mit Darmkrebs durch die leitliniengerechte Gabe von Chemotherapie in einem bestimmten Stadium um mehr als 10 Prozent zu verbessern. Erste Analysen durch bevölkerungsbezogene klinische Krebsregister zeigten eine Umsetzung dieser Therapie von nur 55 Prozent. Nach Einführung der Zertifizierungen und direkter Übernahme dieser Empfehlung in die Versorgung liegt die Umsetzung bei 75 bis 80 Prozent. Dies entspricht der Leitlinienempfehlung. Am Beispiel Diabetes sieht man, dass es dringend notwendig ist, Programme und Aktivitäten in diesem Bereich zusammenzuführen. Es fehlt eine einheitliche Datengrundlage zur Erfassung und Zusammenführung spezifischer Behandlungen und damit auch umfassende Analysen.

Der Innovationsfonds ist sicher eine große Chance, aber vielleicht auch ein Risiko für die Versorgungsforschung, weil er so große Erwartungen enthält. Kann denn die deutsche Versorgungsforschung die in sie gesetzten Erwartungen erfüllen?

Ich glaube ja, das kann sie erfüllen. So eine Chance hatte die Versorgungsforschung noch nie und sie ist bereit. Wichtig ist, dass die Projekte evaluiert und dann auch in die Regelversorgung weiter umgesetzt werden. Deshalb sind ja von Anfang an auch Krankenkassen mit beteiligt, was hoffen lässt, dass die Ergebnisse uns weiter voranbringen, wenn sie eine klare Verbesserung der Versorgung für die Bevölkerung bringen.



„Was erwartet die Versorgungsforschung von der Politik?", fragte Dr. Edmund Neugebauer, der Vorsitzender des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V., bei der Pressekonferenz. Was erwarten denn Sie jenseits des Innovationsfonds?

Die Versorgungsforschung erwartet Nachhaltigkeit und gemeinsame Strategien seitens der Politik. Eine Evaluationskultur, wie sie die Versorgungs- und Implementierungsforschung benötigt, ist in Deutschland noch nicht ausreichend entwickelt. Hier bedarf es auch entsprechender unterstützender Maßnahmen in den Studiengängen aller Gesundheitsberufe. Selber zu forschen und selbst beforscht zu werden, um aus den Forschungsergebnissen für die Optimierung der Versorgung zu lernen, ist noch nicht fester Bestandteil im Selbstverständnis der Leistungserbringer im deutschen Gesundheitswesen. Die Versorgungsforschung erwartet weiterhin Unterstützung der Poli-



Blick ins Plenum des 15. DKVF



Die Professoren Dr. Holger Pfaff, Dr. Wolfgang Hoffmann (Kongresspräsident des DKVF 2017) und Dr. Matthias Schrappe.



PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke im Gespräch mit Prof. Dr. Michael Wensing.

tik beim Datenzugang. Aus Sicht der Versorgungsforschung muss die Transparenz der Daten und der Zugang zu Daten für Forschungsprojekte verbessert werden.

Zum ersten Mal fand auf dem DKVF eine Sondersitzung unter dem Thema „Herausforderung Diabetes – Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung im Dialog" statt, wobei die Indikation Diabetes recht schwierig zu fassen ist. Mit dafür verantwortlich ist, dass trotz vieler Einzeldaten und -erkenntnisse gerade die politisch gewollte breite und schnelle Einführung strukturierter komplexer Versorgungsmodelle wie Disease Management Programme (ohne vorher einen Nullpunkt bestimmt zu haben) daran schuld war, dass auch noch zehn Jahre nach der Einführung an dem Nutzen des ganzen Vorhabens gezweifelt wird. Wie könnte denn ein DMP 2.0 aussehen?

Ich würde lieber fragen, wie sieht die Diabetesversorgung 2020 aus? Sie haben die derzeitigen Schwierigkeiten ja schon in der Frage beschrieben, viele Einzelprojekte, unterschiedliche Datenerhebungen uvm. Die Probleme werden im Rahmen der Diabetes Surveillance vom Robert Koch-Institut angegangen. Zu schaffen sind eine einheitliche Datenbasis mit spezifischen Modulen für unterschiedliche Versorgungsmodelle und Fragestellungen, klar benannte Ziele, Zusammenarbeit aller Beteiligten, auch mit Krankenkassen und Politik. Und auch die Entwicklung von Versorgungszielen muss vordringlich auf der Agenda stehen.

Was war für Sie persönlich bei diesem Kongress das wichtigste?

Die Verbindung und Nutzung der vielfachen Kompetenz unterschiedlicher Fachgesellschaften war und ist mir ein großes Anliegen. Die Zeit der reinen Einzelaktivitäten muss übergehen in Interdisziplinarität und Multiprofessionalität. Über alle Sitzungen hinweg wurde dieses Prinzip von den Moderatoren und Sitzungsleitern der 20 Poster- und 62 Vortragssessions dem Kongressmotto entsprechend die Diskussion der Implikationen für die Forschung und Praxis umgesetzt. Die Vortragenden nutzten die Diskussionsplattform, die aufgrund der Zusammenstellung von Wissenschaftlern, Methodikern, Praktikern und im Versorgungsmanagement tätigen, ein besonders wertvolles Forum zum Austausch der Methoden, Ergebnisse, und Umsetzungsstrategien dargestellt hat. Dass dieses Vorhaben auch bei den Teilnehmern positiv angekommen und genutzt wurde, freut mich sehr. Ein entscheidender Satz kam für mich in der letzten Plenarsitzung von Frau Hilde Schulte, Ehrenvorsitzende der Frauenselbsthilfe nach Krebs, Bundesverband e.V.: Zur Entwicklung von Fragestellungen für die Versorgungsforschung müssen Erkrankte und/oder deren Vertreter involviert sein, denn sie erleben die Probleme in der direkten Versorgung. Wir können nur gemeinsam wirklich vorankommen!

Frau Dr. Klinkhammer-Schalke, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

PD Dr. med. Dipl.-Theol. Monika Klinkhammer-Schalke

ist Direktorin des Tumorzentrum Regensburg, Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung der Universität Regensburg, Stellvertretende Vorsitzende Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF), Köln, sowie Geschäftsführender Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT), Berlin. 2013 hat sie im Fach Versorgungsforschung mit der Arbeit „Bedeutung klinischer Krebsregister für die Qualitätssicherung und Versorgungsverbesserung in der Onkologie" habilitiert.

MEDICAL : CONTACT AG



Mein Coach & ich
unterstützt Ihre Versicherten konkret im Alltag. Medizinisch qualifiziert, 1-zu-1 und Schritt für Schritt. Bei chronischer Erkrankung, psychischen Beschwerden und belastendem Schmerz.

AUCH ALS DMP

Casaplus
Medizinische Begleitung zuhause.
Für Mehrfacherkrankte.

Spezial

Mein Coach & ich
Konkrete Unterstützung im Alltag.
Für Chroniker.

Intensiv

Extra-Services
- ME:CO DMP
- ME:CO Pflegeberatung

g wie gesund
Sofortberatung jederzeit & überall.
Für alle Versicherten.

Basis

www.medical-contact.de **Gesundheits-Coaching mit System.**