

C: der-stadtfotograf-giessen.de

„Wir brauchen die strukturie fassung von Patientenerfahr

Im Interview: Prof. Dr. med. Max Geraedts, M. San., Leiter des Instituts für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg.

Seit vielen Jahren führt Prof. Dr. med. Max Geraedts, M. San., Leiter des Instituts für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg, auf der Basis von Primär- und Sekundärdaten qualitäts- und patientensicherheitsbezogene Gesundheitsversorgungsforschung im ambulanten, stationären und Pflegesektor durch – vor allem mit Unterstützung durch Ministerien, BMBF und mithilfe des Innovationsfonds. Als erfahrener Forscher weiß er genau, was einerseits möglich ist, aber andererseits möglich wäre, wenn die nötigen Daten zur Verfügung stünden. Mit Prof. Geraedts, dem Kongresspräsidenten des 22. DKVF, sprach „Monitor Versorgungsforschung" über das, was die Wissenschaftscommunity vom 4. bis 6.10.2023 erwartet.

>> Sie haben als Kongresspräsident das Motto des diesjährigen Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung maßgeblich mitbestimmt, das da heißt: „Gesundheitsbezogene Versorgungsforschung – Motor evidenzbasierter Gesundheitspolitik". Da fehlt doch entweder ein Fragezeichen oder die konkrete Einordnung, ob diese Aussage ein Postulat oder eine Vision ist?

Unser Motto ist ein Postulat, aber gleichzeitig auch eine Aufgabe für alle Versorgungsforscher:innen. Was Versorgungsforschung leisten kann, sieht man ganz aktuell und hautnah an der Arbeit der Regierungskommission für die Krankenhausreform. In deren Arbeit finden sich verschiedene Studien aus dem Bereich der Versorgungsforschung wieder, die die Grundlage für deren Empfehlungen bilden. Natürlich gibt es bei dem Versuch, eine möglichst evidenzbasierte Gesundheitspolitik zu etablieren, immer wieder auch Gegenwind, weil hier einfach zu viele und oft sehr gegensätzliche Interessenfelder aufeinanderprallen. Für mich ist jedoch in der Gesundheitspolitik der Weg von der Eminenz- hin zur Evidenzbasierung vorgezeichnet. Das ist auch genau das, was wir als Versorgungsforscher:innen wollen und zum Teil schon jetzt leisten können, wo wir jedoch in Zukunft sicher noch viel mehr leisten müssen.

Wenn denn ausreichend Gesundheitsdaten zur Verfügung ständen.

So ist es. Wir wissen, dass viele der Daten, die oft schon seit Langem vorhanden sind und mit denen wir Gesundheitsforschung weiter voranbringen könnten, noch nicht in der Form genutzt werden können, wie es eigentlich notwendig wäre, um eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik zu ermöglichen. Was aber nun nicht heißen soll, dass die Versorgungsforschung nicht schon jetzt Motor der Gesundheitspolitik ist, aber eben in Zukunft noch viel stärker sein will. Dazu braucht es jedoch die nötige Grundlage bestehender Daten, gepaart mit der konsequenten Nutzbarmachung neuer Datenquellen.

„Nur mit berichteten Patientenerfahrungen werden wir in der Lage sein, die Gesundheitsversorgung noch besser zu gestalten."

Welche Datenströme haben Sie vor allen Dingen im Sinn?

Der Link zwischen Register- und Abrechnungsdaten der Krankenkassen ist das eine. Eine riesige Datenquelle, die uns in Deutschland noch weitgehend fehlt, ist eine strukturierte Erfassung von Patientenerfahrungen und patientenberichteten Ergebnissen, die man gemeinhin mit PRO und PRE umschreibt. Da uns die Patientenperspektive hierzulande eigentlich größtenteils fehlt, kann sie auch nicht in die Versorgungsforschung, damit auch nicht in Gesundheitspolitik und letztendlich auch nicht in die Gesundheitsversorgung einfließen. Wenn wir diese aber nicht nur als patientenzentriert bezeichnen, sondern wirklich auch konsequent danach ausrichten wollen, benötigen wir hier einen neuen Datenzugang.

Brauchen wir für das Gesamtsystem Gesundheit eine Art strukturierte, patientenzentrierte Deutschland-Stichprobe?

Wir bräuchten ein Gesundheitsversorgungs-Panel, das längsschnittlich die Erfahrungen der Patient:innen mit der Gesundheitsversorgung erhebt. Ein solches Panel benötigen wir zudem mit der Aussagekraft für das gesamte Bundesgebiet und über Regionen hinweg; und – wenn man es genau nimmt – bis hin zur kommunalen Versorgung. Dann könnten Versorgungsforscher:innen ganz genau analysieren, wo etwas besonders gut oder schlecht läuft oder wo es Best-Practice-Ansätze gibt, die man dann – bei vorhandener Evidenz und je nach den Gegebenheiten vor Ort – möglichst schnell skalieren könnte.

Wenn man dann auch noch eine Beschreibung des Ist-Zustands vor einer Intervention oder Gesetzesänderung hätte …

… könnten wir die Wirkungen von Innovationen und den Einfluss von Gesundheitspolitik auf die Realversorgung viel besser über die Zeit verfolgen und – bei möglichen Fehlentwicklungen, zum Beispiel bei Fehlsteuerungen – viel früher warnen.

Wobei hier auch wieder die Patientenerfahrung helfen würde.

Sogar in besonderem Maße. Was nützt es zum Beispiel, Struktur- oder Prozessinnovationen nur in Hinblick auf die Sterblichkeitsrate zu beurteilen, wo doch die von der Patientenschaft berichteten Erfahrungen und Ergebnisse in den meisten Versorgungsbereichen viel bessere und schnellere Indikatoren wären, die man nutzen könnte, um Systeme, die aus dem Ruder zu laufen drohen, fein- oder auch umzusteuern. Dies betrifft aber nicht nur die Versorgung erkrankter Menschen, sondern quasi den gesamten Lebenszyklus von Geburt bis Tod. Nur mit berichteten Patientenerfahrungen werden wir in der Lage sein, die Gesundheitsversorgung noch besser zu gestalten.

Gibt es hierzu Erfahrungen aus dem Ausland?

Alle angelsächsischen Länder, aber auch die Niederländer und Dänen sind schon viel weiter als wir. Auch wenn mich bei den Amerikanern schon wundert, dass sie sich bei den staatlich finanzierten Programmen zum Teil mit kleinen Stichproben zufriedengeben, während die Briten im Rahmen ihres Qualitätsmanagements auf sehr große Befragungen aus dem Bereich der Patientenerfahrungen zurückgreifen können, die sie dann auch zur Gestaltung ihrer Gesundheitssysteme nutzen. Was am Ende dabei herauskommt, steht auf einem anderen Blatt.

In anderen Ländern gibt es Bürgerparlamente und Mitentscheidungsrechte, die den Patient:innen bei uns – Stichwort G-BA – noch verweigert werden. Wahrscheinlich wollen die Stakeholder des Systems gar nicht, dass die Patient:innen mitbestimmen?

Immerhin wurde die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss mit einem Beteiligungsrecht versehen, doch könnte durchaus noch in dieser Legislaturperiode eine Änderung stattfinden, dass daraus ein Mitbestimmungsrecht wird.

Geben wir die Hoffnung nicht auf.

Ein Mitbestimmungsrecht im G-BA wäre sicher hilfreich, aber bei Weitem nicht ausreichend: Eine Patientenbeteiligung auf dieser Ebene ersetzt eben keine strukturierte Erfassung von Patientenerfahrungen, die es leider noch nicht gibt.

„Wir benötigen jenseits der klassischen Forschungsförderung eine Translationsförderung."

Vielleicht sollten wir das gemeinsam anregen.

Im Zuge der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements im deutschen Gesundheitssystem sollte das auf jeden Fall ein Teil des Forderungskatalogs sein.

Sie sprachen eben die Arbeit der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung an. Wenn man den daraus entstandenen Referentenentwurf und die politischen Diskussionen über das kommende Gesetz zur gesamtdeutschen Krankenhausplanung sieht, drängt sich wie so oft folgender Eindruck auf: Die Politik pickt aus einem Bündel an Studien genau immer nur jene Erkenntnisse heraus, die in die eigene Agenda oder für einen Minimalkonsens taugen, aber meilenweit von dem entfernt sind, was die Forscher:innen zufriedenstellen könnte, die die Studien mit viel Herzblut erarbeitet haben.

Wir leben in einer Demokratie, in der alle Stimmen zählen. Die Community der Versorgungsforschung kann ihren Beitrag dazu leisten, eine möglichst evidente Basis für vernünftige gesundheitspolitische Entscheidungen auf den Weg zu bringen. Dass diese im politischen Prozess nicht zu einhundert Prozent und 1:1 umgesetzt werden, liegt nun einmal daran, dass es viele andere Interessen gibt, die sich alle wiederfinden wollen. Unser Gesundheitswesen entwickelt sich eben evolutionär und nicht revolutionär und vielleicht ist es manchmal auch ganz gut, wenn Innovationen eine Zeit lang erprobt werden, bevor sie breit eingeführt werden.

Das sollten wir an einem Beispiel festmachen.

Wenn zum Beispiel in einer Region oder in einem kommunalen Setting festgestellt wird, dass eine bestimmte Versorgungsinnovation gut funktioniert, heißt das noch lange nicht, dass sie überall funktioniert. Zudem ist die Replizierung von in Forschungsstudien zutage tretenden Ergebnissen in anderen Settings alles andere als trivial. Darum benötigen wir jenseits der klassischen Forschungsförderung eine Translationsförderung, die uns in die Lage versetzen würde, die Skalierbarkeit und die dazu nötigen Parameter zu untersuchen. Was aber auch nicht heißen soll, dass irgendwann einmal nahezu alle Ergebnisse der Versorgungsforschung in die Realversorgung übertragen werden können, weil dem politische Abwägungsprozesse sowie soziale oder auch lokale Gegebenheiten einfach zuwiderlaufen.

Kürzlich wurden auf einer Pressekonferenz in Berlin 15-Jahresdaten zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg vorgelegt – mit beeindruckenden Ergebnissen (s. MVF 03/23). Wie viel Wissenschaft braucht es, bis eine Versorgungsinnovation, die gezeigt hat, dass sie funktioniert, zur Regelversorgung wird? Oder: Wann ist evident evident genug?

Die von den Kollegen Gerlach und Szecsenyi vorgestellten Ergebnisse sind eindrucksvoll und sollten politische Entscheider:innen tatsächlich davon überzeugen, dass es notwendig ist, unser Gesundheitssystem dahin gehend umzugestalten. Leider gibt es anscheinend insbesondere Widerstände einiger Akteure der Selbstverwaltung, die dazu führen, dass die erarbeitete Evidenz schlichtweg ignoriert wird. Weil dem so ist, braucht es nun eine mutige Entscheidung der Politik, da es doch nicht vom Wohnort abhängig sein darf, wie gut eine gesundheitliche Versorgung ist, wenn sie – eingedenk aller lokalen Strukturen – besser sein könnte. Das aber kann man den Forscher:innen nicht vorwerfen, die die Ergebnisse ihrer harten Arbeit mit vielen wissenschaftlichen Beiträgen, auf Kongressen und Pressekonferenzen präsentieren, aber darauf angewiesen sind, was Selbstverwaltung und schlussendlich die Politik daraus machen.

Wo ist die Lobby der Versorgungsforscher:innen?

Meines Erachtens haben wir keine etablierte Lobby.

Vielleicht müsste die Versorgungsforschung mutiger auf Missstände hinweisen?

Dem kann ich zustimmen, wenn das im Rahmen einer ordentlichen Wissenschaftskommunikation stattfindet, die dazu führt, dass die Ergebnisse der Versorgungsforschung deutlicher gemacht werden und bestenfalls in Aktivitäten münden, die wiederum zu einer besseren Versorgung führen. Wir haben in unserem Institut zum Beispiel eine vom Innovationsfonds geförderte Studie zur Patientensicherheit in der ambulanten Versorgung durchgeführt und zu Beginn der Pandemie international veröffentlicht. Eine positive Empfehlung des G-BA legte dann auch den Vertreter:innen einiger Bänke nahe, das Ergebnis zur Kenntnis zu nehmen.

Haben sie das?

Haben sie bisher nicht. Und das, obwohl in dieser Studie (1), bei der mehr als 10.000 Bundesbürger:innen über 40 Jahre befragt wurden, berichtet wurde, dass sie mindestens ein patientensicherheitsrelevantes Ereignis im ambulanten Sektor innerhalb des letzten Jahres erlebt haben. Wir konnten immerhin zeigen, dass jedes Jahr hochgerechnet etwa zweieinhalb Millionen Krankenhausaufenthalte aufgrund von patientensicherheitsrelevanten Ereignissen im ambulanten Sektor zu verzeichnen sind. Dennoch haben unserer Ergebnisse keinerlei politische Auswirkungen gezeitigt, die dazu geführt hätten, dass viel stärker als bisher ein Fehlermanagement auch im ambulanten Sektor implementiert wird. Klar, man kann das auf Corona schieben, weil unsere Studienergebnisse entweder nicht an der richtigen Stelle oder einfach zur falschen Zeit publiziert worden sind, aber so ganz kann ich das nicht glauben.

Müssten Sie sich nicht an die eigene Nase fassen und fordern, dass das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung, dem Sie als Vorstandsmitglied angehören, viel mehr als bisher Wissenschaftskommunikation betreibt?

Das ist sicherlich ein wichtiger Punkt. Wir haben im DNVF eine Arbeitsgruppe dazu gegründet, doch machen wir all diese Arbeit ehrenamtlich. Wir brauchen Kommunikationsprofis, um die vielen Versorgungsforschungsergebnisse, die meine Kolleg:innen und ich ständig produzieren, so zu verbreiten, dass sie rezipiert und verstanden werden – adäquat aufbereitet für Politik, Gesellschaft und vor allem auch die Publikumsmedien.

Und das in möglichst leichter Sprache für alle genannten?

Da sagen Sie etwas. Die Informationen für Patient:innen und generell alle Bundesbürger:innen sollen in leichter Sprache zur Verfügung gestellt werden. Bisher nahm man beispielsweise in den USA an, dass dafür das Sprachniveau passend sei, das dem der achten Schulkasse entspricht. Heute schätzen Forscher:innen in den USA ein, dass das sechste Schulklassen-Sprachniveau zielführender sei, wenn man so viele wie möglich erreichen will, ob das nun Gesundheitsinformationen und Patientenleitlinien oder andere, für das Leben wichtige Informationen in verständlicher Form sind.

Was jedoch eine Aufgabe ist, für die Wissenschaftler:innen überhaupt nicht ausgebildet sind.

Wir können das nicht, weil wir es nicht lernen. Ich hoffe, dass uns hier die künstliche Intelligenz weiterhilft. Die kann jetzt schon ein 800 Worte umfassendes Abstract auf beispielsweise 500 kürzen, ohne groß den Sinnzusammenhang zu verändern. Gleiches wird sicher bald mit leichter Sprache möglich sein.

Nun gehen wir bald in den Kongress, dem Sie als Präsident vorstehen. Dieser wurde in drei Stränge aufgeteilt, erstens die Beschreibung der Versorgungsrealität, zweitens die der Evaluationen und drittens der Translation. Gehen wir doch näher auf die einzelnen Stränge ein.

Wir wissen natürlich, wie viele Einreichungen es zu den unterschiedlichen Strängen gibt. Auf den ersten Strang, bei dem es um die Beschreibung und Analyse der aktuellen Gesundheitsversorgung geht, entfällt mit 290 Beiträgen von über 600 der Großteil der Einreichungen. Auf den zweiten Strang, der die Evaluation von Versorgungsergebnissen im Fokus hat, und den dritten, der sich mit der Implementierung von positiv evaluierten Versorgungsinnovationen in die Routineversorgung beschäftigt, entfallen rund 60 und 140 Beiträge. Dazu kommen noch etwa 120 zum Thema der Methodenweiterentwicklung.

Das Gros also zur Frage: Wer versorgt wen, wann und womit? Und: Wie und warum wird versorgt?

Richtig. Denn die Beschreibung und Analyse von Gesundheitsversorgung ist meines Erachtens ein absoluter Schwerpunkt unseres Tuns und Handelns.

Obwohl es nur allzu oft heißt, wir wüssten schon alles und hätten lediglich ein Umsetzungsproblem.

Wir haben immer noch sowohl ein Erkenntnis- als auch ein Umsetzungsdefizit, wobei ich der Meinung bin, dass – je länger ich mich mit der Materie beschäftige – wir ganz viele Dinge nicht wissen.

Ein Detail dazu?

Wir wissen zum Beispiel nicht, welcher Subpopulation wirklich mit Impfungen während der Corona-Pandemie geholfen wurde. Und welche vulnerablen Gruppen vielleicht nicht gut genug erfasst worden sind. Und wie auf lange Sicht die Folgen von Post Covid aussehen. Da existiert ein riesiges Wissensdefizit.

Was auch dadurch verursacht wurde, dass nicht zur richtigen Zeit die nötigen Daten erfasst wurden, die hätten erfasst werden müssen, um ordentliche Schlussfolgerungen ziehen zu können.

Was das Deutsche Netzwerk für Versorgungsforschung fast seit Beginn der Pandemie gefordert hat. Wir haben immer wieder darauf hingewiesen, wie wichtig es wäre, begleitend zu evaluieren, und vor allem, welche Daten dazu notwendig sind. Wir haben hier durchaus versucht, aktiv auf die Politik einzuwirken, sind aber nicht gehört worden. Darum haben wir jetzt diese Erkenntnisdefizite. Was freilich nicht nur für Corona, sondern für viele andere Bereiche des Gesundheitswesens auch gilt. Ich komme gerade vom US-amerikanischen Versorgungsforschungskongress in Seattle, bei dem eines der Hauptthemen der Einfluss von sozialen Determinanten auf die Gesundheitsversorgung ist. In Deutschland stehen wir – trotz des etablierten Kongresses „Armut und Gesundheit" – bei der Berücksichtigung dieser Determinanten bei der Gesundheitsversorgung und deren Erforschung noch ganz am Anfang, obwohl wichtige Themen wie Zugangsgerechtigkeit und Health Literacy enorm viel mit sozialen Faktoren zu tun haben.

Oder ganz einfach dem Geschlecht oder dem Alter.

Exakt. Unser Institut hat beispielsweise eine Studie (2), vom Innovationsfonds gefördert, im Schlaganfallbereich durchgeführt und herausgefunden, dass ältere Menschen und Frauen in Deutschland weniger Zugang zu einer guten Versorgung haben als Jüngere und Männer. Gleichzeitig konnten wir zeigen, dass Frauen und Ältere genauso von einer entsprechenden Behandlung – vor allem in Zentren mit Stroke Units – profitieren. Was wir noch



Prof. Dr. med. Max Geraedts, M. San.

ist seit 2016 Leiter des Instituts für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg. Vormals hatte er den Lehrstuhl für Gesundheitssystemforschung an der Universität Witten/Herdecke (ab 2009) und eine Professur für Public Health an der Universität Düsseldorf inne (ab 2000). Nach dem Medizin- und Public-Health-Studium sowie einem DFG-Forschungsstipendium am Institute for Health Policy Studies der UCSF und einem dort absolvierten Postdoctoral Fellowship in Health Services Research festigten sich seine Forschungsschwerpunkte im Bereich der Qualitätsbewertung und Evaluation von gesundheitspolitischen Maßnahmen. Er berät seit vielen Jahren die Partner der Selbstverwaltung zu Fragen der Qualitätssicherung und -bewertung und ist Mitglied des wissenschaftlichen Beirats des IQTIG. Seit 2018 ist Prof. Geraedts Vorstandsmitglied beim DNVF.

nicht wissen, ist, warum es diese Unterschiede überhaupt gibt. Da gibt es noch allerhand zu beforschen.

Um bei diesem Beispiel zu bleiben: Was müsste getan werden, um dieser Gruppe, die anscheinend in Stroke Units unterrepräsentiert ist, zu einer besseren Versorgung zu verhelfen?

Ganz einfach: gleicher Zugang für alle, unabhängig von Alter und Geschlecht. Und wenn man es noch weiterführen will: unabhängig von sozialer Herkunft und Schicht. Vor allem aber müssen wir die an der Versorgung Beteiligten – von den Angehörigen über das Personal in Pflegeeinrichtungen, den Rettungsdiensten bis zur Ärzteschaft – dafür sensibilisieren, dass zwar naturgemäß ältere Menschen weniger Chancen haben, einen Schlaganfall zu überleben, diese aber von einer exzellenten und leitliniengerechten Versorgung in spezialisierten Einrichtungen genauso profitieren können.

Wenn Bundesgesundheitsminister Lauterbach irgendwann einmal mit seiner Krankenhausreform fertig ist, gibt es vielleicht 20 bis 30 Prozent weniger Krankenhäuser und es trifft dann hoffentlich genau diejenigen, die schon bisher eine ungenügende Qualität abgeliefert haben.

Komplexe Behandlungen können einfach nicht in Einrichtungen gewährleistet werden, die zu klein sind, um ausreichend Fälle zu behandeln, um die nötige Erfahrung aufzubauen, oder denen schlichtweg die ebenfalls nötige Sachausstattung fehlt. Das ist aber Allgemeinwissen und längst evident belegt, dafür benötigt man keine neue Studien.

„Jede vom Innovationsfonds geförderte Evaluation von neuen Versorgungsformen müsste die attributablen Faktoren mitliefern."

Im zweiten Strang beschäftigt sich der DKVF vor allen Dingen mit der Evaluation von Versorgungsergebnissen.

Und hier kommen wir auch wieder auf das Thema der systematischen Erfassung patientenberichteter Ergebnisse und Erfahrungen. Auch hier herrscht ein großes Erkenntnisdefizit, weil wir bisher Versorgungsinnovationen danach beurteilen, ob sie klinisch relevant Morbidität und Mortalität beeinflussen können. Dabei bleiben wichtige Parameter wie Lebensqualität, soziale Teilhabe oder auch Funktionalität nach einer Versorgung außen vor. Was nützt es zu wissen, wie bei einer Kniegelenksendoprothetik die Sterblichkeit aussieht, die – sagen wir einmal – bei 2 von 100.000 liegen wird, aber wir Beweglichkeit, Schmerzfreiheit und andere funktionelle und soziale Langzeitfaktoren sowie poststationäre Komplikationsraten und Rehospitalisierungen nicht erfassen. Weil wir das nicht tun, kann irgendwo in der Versorgungskette irgendetwas schieflaufen, aber wir wissen das gar nicht – und können demzufolge auch nicht gegensteuern.

Hier könnte unsere Forderung lauten, dass jeder, der aus einem Krankenhaus entlassen worden ist, in eine Studie eingeschrieben wird, die nach ein oder zwei Jahren den wirklichen Outcome verdeutlicht.

Ich glaube, dass es notwendig sein wird, genau diese Art von Outcomes-Research-Langzeitstudien durchzuführen, allerdings nicht unbedingt bei allen Patient:innen, sondern zumindest bei einer aussagekräftigen Stichprobe genau derjenigen, bei denen man annehmen kann, dass negative Langzeiteffekte auftreten werden. Nur so werden wir profunde Aussagen über die Qualität der Versorgung über verschiedene Versorgungssettings und deren Organisationen oder Formen treffen können.

Demnach eine Art Deutschland-Kohorte Realversorgung.

Eine nationale Kohorte für Erfahrungen und langfristige Ergebnisse der Gesundheitsversorgung, die damit einen anderen Fokus hat als die bereits existenten, die vor allem indikationsgetrieben aufgesetzt worden sind. So etwas Ähnliches gab es ab 2001 mit dem Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung, der leider 2016 beendet wurde, den man aber wieder aktivieren könnte. Wenn wir das in den nächsten Jahren schaffen könnten, würde mich das sehr freuen, weil man damit wirklich die Versorgung verbessern kann.

Dann lassen Sie uns auch daran arbeiten!

Das sollten wir tun. Wir haben zum Beispiel im Deutschen Netzwerk für Versorgungsforschung eine Arbeitsgruppe für regionales Gesundheitsmonitoring auf den Weg gebracht – eine solche Realversorgungskohorte würde gut dazu passen.

Nun geht es im zweiten Strang noch um die Frage, welche Faktoren für die Zielerreichung besonders wirksam oder bedeutsam sind. Das ist etwas, was wir bereits bei den Empfehlungen des G-BA angesprochen haben, die keine sichtbaren Ergebnisse nach sich ziehen.

Auch hier muss die Versorgungsforschung dazulernen. Die Art solcher Empfehlungen hängt neben der politischen Meinungsbildung auch davon ab, ob die begleitende Prozessevaluation aussagekräftig genug war. Wenn eine Evaluation zeigt, dass durch eine Intervention gleich welcher Art zwar bestimmte Ergebnisse erzielt werden konnten, aber nicht deutlich herausgearbeitet und allgemeinverständlich beschrieben wird, was die treibenden attributablen Faktoren waren, deutet das auf ein Manko der Studiendurchführung hin. Ich weiß, dass das bei komplexen Evaluationen alles andere als trivial ist, doch müsste das meines Erachtens jede vom Innovationsfonds geförderte Evaluation von neuen Versorgungsformen mitliefern. Wenn das so gemacht würde, wäre auch der nachfolgende Part der Transformation oder Translation in die Regelversorgung etwas leichter zu schaffen. Etwas, weil da ja auch andere Faktoren, vor allem Kontextfaktoren, mit hineinspielen.

Und auch eine gesonderte Förderung nötig wäre.

Sicher. Wer Translation möchte, muss eine hinreichende Übergangsfinanzierung schaffen, die den Prozess des Wegs vom Projekt in die Regelversorgung ermöglicht. Ansonsten besteht die Gefahr, dass das aufgebaute Wissen nach Projektende schlichtweg verloren geht.

Da sind wir doch auf eine ganz schlaue Weise schon im dritten Strang des kommenden DKVF angekommen, der sich mit der Implementierung von positiv evaluierten Versorgungsinnovationen in die Routineversorgung auseinandersetzt.

Eine der zu beantwortenden Hauptfragen lautet hier, welche Barrieren der Implementierung von Versorgungsinnovationen entgegenstehen. Um sich der Frage zu nähern, ist zuallererst wieder eine bessere Verfügbarkeit von Daten notwendig.

Zitationshinweis

Geraedts, M., Stegmaier, P.: „Wir brauchen die strukturierte Erfassung von Patientenerfahrungen“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/23), S. 6–11. http://doi.org/10.24945/MVF.04.23.1866-0533.2518

Nun hört man immer wieder den wunderbaren Satz, dass eigentlich alle Daten verfügbar sind, wir sie nur nicht nutzen können. Wenn ich mich an den Beginn unseres Gesprächs erinnere, sollten wir fragen: Haben wir wirklich die richtigen Daten?

Erstens: Wir haben viele Daten, die uns zum Teil nicht zugänglich sind. Zweitens: Wenn wir beispielsweise Krankenkassendaten übergreifend analysieren wollen, ist das problematisch, weil einige, für die Forschung wichtige Bestandteile im Datenkörper fehlen und auch die Kompatibilität nur eingeschränkt gegeben ist. Das wird sich aber hoffentlich mit dem Start des Forschungsdatenzentrums ändern. Für übergreifende Versorgungsanalysen brauchen wir dazu eine Zusammenführung vieler anderer Daten, auch die aus Registern und – wie bereits angesprochen – bisher nicht strukturiert vorhandener PROMs und PREMs.

Ein wissenschaftlicher Kongress wäre doch nichts ohne einen vierten Strang, bei dem es um die Weiterentwicklung von Methoden der gesundheitsbezogenen Versorgungsforschung geht.

Richtig. Dazu gehört jedoch auch der Umgang mit Routinedaten. Hier lautet eine der Fragestellungen, wie man verschiedene Datenkörper miteinander verknüpfen kann, wozu auch versorgungsnahe Datenströme gehören, wie die aus Registern, Kohorten etc. Ebenso benötigen wir die Weiterentwicklung von Methoden für die Gesundheitsversorgungsforschung noch viel stärker, als wie wir das bisher machen. Nur mit den richtigen Methoden werden wir es schaffen, das Richtige zu messen, um unser Gesundheitssystem in eine zukunftsfähige Richtung zu entwickeln.

Ihre Vision?

Die ist gar nicht einmal so weit weg. Ich bescheide mich mit einer funktionierenden, tatsächlich professions- und sektorübergreifenden elektronischen Patientenakte. Diese muss den Datenzugriff der verschiedenen Leistungserbringenden in den unterschiedlichen Sektoren und den unterschiedlichen Professionen ermöglichen, wenn denn die Patient:in der Datennutzung nicht ausdrücklich widerspricht. Wenn dann auch noch das, was in die elektronischen Akten eingegeben wird, wenigstens halbwegs plausibel ist, wäre ich schon sehr zufrieden. Dazu gehört auch, dass alle Leistungserbringenden gleich codieren, wovon wir noch meilenweit entfernt sind, weil es eine je nach Profession höchst unterschiedliche Dokumentationsqualität und vor allem eine höchst differente Dokumentationskultur gibt. Nur mit einer Dokumentationsschulung und Harmonisierung wird die Vision einer professions- und sektorübergreifenden Dokumentation von medizinischen Befunden und der Gesundheitsversorgung als Basis einer darauf aufbauenden Gesundheitsversorgungsforschung irgendwann einmal Realität. <<

Herr Professor Geraedts, danke für das Gespräch.

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Literatur:

1: Geraedts M, Krause S, Schneider M, Ortwein, Leinert J, de Cruppé W. Patient safety in ambulatory care from the patient's perspective – A retrospective, representative telephone survey. BMJ Open 2020; 10–e034617. doi:10.1136/bmjopen-2019-034617

2: Geraedts M, Ebbeler D, Timmesfeld N, Kaps M, Berger K, Misselwitz B, Günster C, Dröge P, Schneider M. Long-term outcomes of stroke unit care in older stroke patients: A retrospective cohort study. Age and Ageing 2022;51: 1–7. doi: 10.1093/ageing/afac197

EU macht Videosprechstunden und Clouddienste möglich

>> Die Europäische Kommission hat Anfang Juli dieses Jahres einen neuen Angemessenheitsbeschluss für einen sicheren und vertrauenswürdigen Datenschutzrahmen zwischen der EU und den USA angenommen. In dem Beschluss wird festgelegt, dass die Vereinigten Staaten ein angemessenes Schutzniveau – vergleichbar mit dem der Europäischen Union – für personenbezogene Daten gewährleisten, die innerhalb des neuen Rahmens aus der EU an US-Unternehmen übermittelt werden. Nun können auf der Grundlage des neuen Angemessenheitsbeschlusses personenbezogene Daten sicher aus der EU an US-Unternehmen übermittelt werden, die am Datenschutzrahmen teilnehmen, ohne dass zusätzliche Datenschutzgarantien eingeführt werden müssen. Präsidentin Ursula von der Leyen erklärte: „Der neue Datenschutzrahmen EU-USA wird einen sicheren Datenverkehr für die Europäerinnen und Europäer gewährleisten und den Unternehmen auf beiden Seiten des Atlantiks Rechtssicherheit bieten. Nach der grundsätzlichen Einigung, die ich im vergangenen Jahr mit Präsident Biden erzielt habe, haben die USA beispiellose Zusagen zur Schaffung des neuen Rahmens gemacht. Heute kommen wir einen wichtigen Schritt dabei voran, den Bürgerinnen und Bürgern Vertrauen in die Sicherheit ihrer Daten zu geben, unsere wirtschaftlichen Beziehungen zwischen der EU und den USA zu vertiefen und gleichzeitig unsere gemeinsamen Werte zu stärken.“ Im Gesundheitsbereich ist dieser Beschluss deshalb so wichtig, weil damit eine zeitgemäße Datenverarbeitung auch in jenen Fällen möglich wird, wo deutsche Behörden und Gesetzgeber den Art. 46 DSGVO bisher nicht wahrhaben wollten – was beispielsweise Videosprechstunde oder Clouddienste etc. betrifft. <<

Link: https://commission.europa.eu/document/fa09cbad-dd7d-4684-ae60-be03fcb0fddf_en

Keine Hinweise auf „strategische Berichterstattung“

>> „Berichterstattung über Krankenhauskapazitäten in Deutschland während Covid-19“ überschrieben Simon Reif (ZEW Mannheim) und Sabrina Schubert (ZEW Mannheim/FAU Erlangen-Nürnberg) ihre Analyse. Mit der prüften sie die Reaktionen von Krankenhäusern bezüglich von Notfallfinanzierungsmaßnahmen, die ihre – durch den Wegfall elektiver Behandlungen entstandenen – finanziellen Probleme während der Pandemie mindern sollten. Da insgesamt über sieben Milliarden Euro an die Krankenhäuser verteilt worden seien und die finanzielle Unterstützung von einer Maßnahme (ICU-Belegungsrate) abhing, die die Krankenhäuser direkt beeinflussen konnten, wurde oft vermutet, dass Klinikchefs damit womöglich etwas kreativ umgingen. Eine strategische Meldung liege dann vor, wenn Krankenhäuser mit einer tatsächlichen Belegung der Intensivstation-Auslastung knapp unter dem Schwellenwert für die Zusatzfinanzierung (75% Auslastung) eine geringfügig höhere Belegung der Intensivstation ausweisen würden, indem sie entweder die Anzahl der Betten oder eine längere Verweildauer bestehender Patient:innen auf der Intensivstation angäben. Diesen Verdacht konnten die beiden Forscher:innen jedoch widerlegen. Sie schreiben in ihrem Bericht: „Wir finden keine Hinweise auf eine strategische Berichterstattung in einem wirtschaftlich sinnvollen und daher empirisch nachweisbaren Umfang.“ Im Rahmen einer Ereignisstudie hätten sie die gemeldete Anzahl von Intensivbetten und den Anteil der freien Intensivbetten um den Schwellenwert herum verglichen, aber keine Diskontinuität gefunden. <<

Link: https://www.zew.de/publikationen/hospital-capacity-reporting-in-germany-during-covid-19s