Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Hager: ‚Die große Leerstelle in diesem Land'", in „Monitor Versorgungsforschung" (06/23), S. 28. http://doi.org/10.24945/MVF.06.23.1866-0533.2557

BMC-Symposium auf dem DKVF: „Gesundheitsregionen evaluieren"

Hager: „Die große Leerstelle in diesem Land"

„Better Evidence, better Decisions, better Health". Dieses Motto, das am ersten Tag des 22. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung die Runde machte, stellte Prof. Dr. Lutz Hager, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbands Managed Care e. V., an den Beginn seiner Einleitung zum BMC-Symposium „Gesundheitsregionen evaluieren: Auf welche Qualitätsindikatoren müssen wir schauen?" Dieses Trio ist nach Hager „genau das, was uns an der Verbindung zwischen Theorie und Praxis zusammenführt", da Versorgungsforschung auch Grundlagen für die Gesundheitsversorgung und für deren weitere Entwicklung liefer. Das sei auch das „großes Thema beim BMC". Hager: „Wir reden von einer Transformation, einer umfassenden Veränderung der Gesundheitsversorgung." gerade das Großprojekt Transformation lasse schon erkennen, dass „die Versorgungsforschung und Versorgungswissenschaft nicht nur mit einbezogen, sondern auch mit gefordert ist".

>> Mit großer Freude hätten die im BMC versammelten Akteure natürlich den Koalitionsvertrag gelesen, weil dort zum ersten Mal seit vielen Jahren auch Strukturreformen in der Versorgung angekündigt waren. Nun könne man in der Halbzeit der Legislaturperiode zumindest in Umrissen erkennen, was das Gesundheitsministerium und der Gesetzgeber sich darunter vorstellt. Allen voran nannte er die Krankenhausreform und verband das mit einer Warnung: „Statt einen neuen, sektorübergreifenden Sektor zu schaffen, sollten wir aufpassen, dass Level-1i-Krankenhäuser als regionale Gesundheitszentren entwickelt werden." Dies könne den Aufbruch auf der Seite der Primärversorgung unterstützen, bei der auch eine Strukturöffnung geschaffen werden müsse, beispielsweise mit hausärztlichen Versorgungszentren, die ergänzend zu Gesundheitskiosken fungierten; ein Versorgungselement, das „stark favorisiert, aber auch kontrovers diskutiert" werde.

Das wichtigste Element bei allen sind Hagers Worten zufolge jedoch die Gesundheitsregionen des § 140 SGB V. Hager: „Sie erlauben es, regional Verträge zu schließen und damit einen Einstieg auch in eine populationsbasierte Versorgung zu initiieren, die sich an regionalen Angeboten und regionalen Bedarfen orientiert." Der vorliegende Gesetzesentwurf des BMG sehe vor, dass Kommunen und Krankenkassen und Leistungserbringer einen dreiseitigen Vertrag schließen sollen, um Versorgungskooperationen in einer Region zu ermöglichen. Doch gehe nach Hager die aktuelle Formulierung noch nicht weit genug. Auch wenn sie, das sei überaus positiv, auch schon jetzt ein neues Handlungsfeld erkennbar werden lasse, auf regionaler Ebene Versorgung zu organisieren und auch zu vergüten. „Am Ende ist es immer ein Follow the Money", meinte Hager. Nur Versorgung regional zu organisieren, werde nichts ändern, wenn allerdings Vergütungsströme ebenso regional organisiert werden, sei das etwas anderes. Hier sei es jedoch wichtig, Evidenzerkenntnisse aus der Versorgungsforschung zu nutzen, damit Qualitäts- und Ergebnisorientierung im Mittelpunkt der Transformation stehen. Gerade das Thema Qualität habe eine neue und auch erweiterte Diskussion verdient. Der Qualitätsbegriff habe einerseits eine deskriptive Komponente, andererseits aber auch eine normative Komponente, die sich in der Auseinandersetzung mit den Bedarfen entwickelt. Darum sei gerade das Matching zwischen in einer Region real vorhandenen Versorgungsstrukturen und dem tatsächlichen Bedarf der dort lebenden Bevölkerung mit all ihren Krankheitsleistung anerkennenden Gesundheitsrisiken, aber auch Potenzialen ausschlaggebend für den Erfolg regionaler Konzepte.

Transformation und Modernisierung lauten nach Hager hier die Stichworte, denn Regionalisierung sei deswegen so wertvoll, weil nur sie es erlaube, „Zusammenarbeit vor Ort neu zu finden, um damit Versorgung endlich integriert und vernetzt organisieren zu können". Es sei „die große Leerstelle und das große uneingelöste Versprechen der Gesundheitsversorgung in diesem Land", dass Versorgung „eben nicht an den Grenzen der Institutionen aufhört. Hager: „Das ist wieder die Brücke zwischen Theorie und Praxis, weil nur die Versorgungsforschung solche Vorhaben begleiten kann." Einerseits begleite sie solche Projekte in der Evaluation, liefere aber auch die Grundlagen – zum Beispiel über die Definition von Indikatoren, anhand derer man die Qualität regionaler Versorgung messen und entwickeln kann: das Thema des Symposiums anlässlich des DKVF. <<

101 Indikatoren für 19 Krankheitskategorien

Ingo Meyer MA, seit 2019 Leiter der PMV-Forschungsgruppe, eines interdisziplinären, wissenschaftlich arbeitenden Teams an der medizinischen Fakultät der Universität zu Köln, schaffte in seinem Vortrag eine Verbindung zwischen der Evaluation des „Gesunden Kinzigtals", u. a. durchgeführt von der PMV, und der Kölner Forschungsplattform CoRe-Net-Datenbank (CoRe-Dat) her. Den Grund dafür benannte Meyer gleich zu Beginn seiner Ausführung: „Als Evaluator:in muss ich drei Fragen beantworten: Was müssen wir eigentlich wissen, um Regionalverantwortung zu evaluieren? Wie können wir das, was wir wissen wollen, herausfinden? Und wie können wir diese Art von Evaluation verstetigen?" Und wenn man etwas evaluieren will, braucht man Indikatoren, Designs und Datenquellen – genau das sei das Thema der Kölner Datenbank, die regionale Daten der Sozialstatistik, die Qualitätsberichte der in Köln ansässigen Krankenhäuser, Befragungsdaten und Screening-Ergebnisse von Studienteilnehmer:innen aus den CoRe-Net-Forschungsprojekten LYOL-C, MenDis-CHD und OrgValue sowie versichertenbezogene, pseudonymisierte GKV-Routinedaten von aktuell vier kooperierenden Krankenkassen (AOK Rheinland/Hamburg, BARMER, DAK-Gesundheit, Pronova BKK) verbinde. Evaluation, so Meyer weiter, verstehe man oft als On-off-Aufgabe, doch sei ihm vor allem der „Verstetigungsaspekt wichtig", da meist ein kontinuierlicher Prozess zu evaluieren sei. Meyer: „Da sind wir in der Forschung noch schlecht aufgestellt, weil summative Evaluationen immer noch als Goldstandard verstanden werden."
Ebenso ging Meyer auf die Evaluation des „Gesunden Kinzigtals" (OptiMedis) nach fünf und zehn Jahren ein, wobei er vor seiner Berufung nach Köln Abteilungsleiter Gesundheits- und Versorgungsmanagement bei der integrierten Versorgung „Gesundes Kinzigtal" gewesen war. Hier seien ausschließlich Qualitätsindikatoren auf Basis von Routinedaten der AOK Baden-Württemberg genutzt worden: immerhin 101 Indikatoren, die 19 Krankheitskategorien abdeckten. Davon seien 11 mit Routinedaten nicht operationalisierbar gewesen, weil sich beispielsweise zwischenzeitlich Vergütungsregeln verändert hätten oder EBM-Ziffern erst nach der Beobachtungszeit eingeführt worden seien. Meyer: „Es gibt eine ganze Reihe von Zielsetzungen, die man sich auch anschauen hätte können, aber keine Chance hat, diese mit Routinedaten abzubilden."