



„Eine Allianz der evidenzb Entscheidenden gegen Popu

Im Doppel-Titelinterview: U Prof. Josef Hecken, G-BA, und Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, DNVF.

Im Doppel-Titelinterview zum Jahresstart 2024 mit „Monitor Versorgungsforschung“ diskutieren Prof. Josef Hecken, der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), und Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, der Vorsitzende des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF), über die künftige Rolle, den Stellenwert und auch die Stellung der inzwischen erwachsen gewordenen Versorgungsforschung. Der weht, je häufiger ihre Ergebnisse in weitreichende politische Entscheidungsprozesse – wie derzeit in die Bundeskrankenhausreform – einfließen, mehr und mehr Gegenwind entgegen. Damit muss die Versorgungsforschung umgehen lernen.

>> Ich darf Prof. Hoffmann, den Vorstandsvorsitzenden des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung, aus seiner Eröffnungsrede zum 22. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung zitieren: „Versorgungsforschung ist systemrelevant. Unsere Verantwortung wächst. Ergebnisse, Empfehlungen und Prioritäten führen mit höherer Wahrscheinlichkeit zu Konsequenzen, verschieben Gewichte, ändern Machtverhältnisse und Finanzen." Ein Blickwechsel zu Ihnen Herr Prof. Hecken: Ist das ein gebiastes oder realistisches Eigenbild, das Professor Hoffmann hier zeichnet? Welchen Stellenwert und vor allem welche Funktion hat Versorgungsforschung heute für Sie als unparteiischen Vorsitzenden des G-BA?

„Die Versorgungsforschung muss sich mit möglichst relevanten Fragestellungen beschäftigen."
Prof. Josef Hecken, G-BA

Hecken: Das ist sicherlich nicht nur die eigene systeminterne Sichtweise. Die Rolle der Versorgungsforschung hat sich geändert. Die Erkenntnisse dieser Wissenschaftsrichtung sind in den letzten Jahren mehr und mehr und auf sehr relevante Art und Weise in die Entscheidungen von Politik und Selbstverwaltung eingeflossen. Dadurch wird Versorgungsforschung per se bedeutsamer. Das ist auch richtig so, denn Versorgungsforschung hat unter anderem die Aufgabe zu analysieren, ob die bislang im System allokierten Mittel zumindest einigermaßen zielgenau eingesetzt werden und wie sie besser verwendet werden könnten.

Machen Sie das doch bitte an einem Beispiel fest.

Hecken: Das kann man an relativ wenigen Zahlen deutlich machen. Wir haben im Jahr 2022 in Deutschland 498 Milliarden Euro für Gesundheit ausgegeben, wenn die Ausgaben in GKV und PKV, der Pflegeversicherung sowie der Beihilfe zusammengerechnet werden. Alleine in der GKV werden wir in den nächsten Jahren knapp 320 Milliarden Euro ausgeben – pro Jahr. Und trotz dieser vielen Milliarden müssen wir feststellen, dass andere Staaten, die einen deutlich geringeren Anteil ihres Bruttoinlandsprodukts für Gesundheitsversorgung ausgeben, bessere Outcomedaten erzielen. Ich sehe den absoluten Wert und damit die ganz große Bedeutung der Versorgungsforschung darin, immer wieder mit Nachdruck und mit voller Energie auf Schwachstellen, Schnittstellenproblematiken und Fehlallokationen unseres Gesundheitssystems hinzuweisen – egal ob das den beteiligten Kreisen gefällt oder nicht. Diese Funktion kann sie jedoch nur mit hoher wissenschaftlicher Qualität einnehmen. Und Versorgungsforschung muss sich mit möglichst relevanten Fragestellungen beschäftigen – zweckfreie Forschungsprojekte nützen – außer vielleicht den jeweiligen Forschenden – überhaupt nichts.

basiert
ulismus"

Ihre Worte wird Professor Hoffmann gerne aufgreifen, der in seiner Eröffnungsrede zum 22. DKVF darauf hinwies, dass Versorgungsforschung erwachsen geworden sei und damit auch ihren Welpenschutz verloren habe. Das heißt auch: Sie wird angreifbar. Welche Rolle muss die adulte Versorgungsforschung einnehmen?

Hoffmann: Auf die Versorgungsforschung kommt in erster Linie eine große Verantwortung zu, die Herr Hecken eben formuliert hat; indes eine, die wir selbst gerne tragen wollen und auch tragen werden. Es geht gerade nicht darum, etwas zu untersuchen, was vielleicht interessant sein mag, aber nicht wirklich relevant ist. Es geht vielmehr darum, mit den besten Methoden und den besten Studiendesigns Schwachstellen und auch Stärken unseres Gesundheitssystems zu untersuchen – um Schwachstellen zu eliminieren, aber auch, um von ihnen zu lernen und Stärken zu identifizieren, die man im besten Fall zum Nutzen aller Patient:innen skalieren kann. Das ist oft Forschung gegen Widerstände, die solche Erkenntnisse immer auslösen werden. Das ist einerseits eine große Chance, aber eben auch eine Verpflichtung, Forschung zu machen, die wahrhaft relevant ist und dabei hilft, Antworten zu suchen und zu finden, die dem System tatsächlich helfen, sich besser auszurichten und an den Stellen, die noch unklar sind – und von diesen gibt es viele – Orientierung zu geben. Nur die Versorgungsforschung schafft es, die nötige Evidenz ins Gesundheitssystem zu bringen, die Politik und Selbstverwaltung dringend benötigen, um die richtigen Entscheidungen für die Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems treffen zu können. Gerade um Fehlversorgung und Fehlallokationen zu vermeiden und damit das System effektiver, gerechter, transparenter und evidenzbasierter zu machen, muss Versorgungsforschung viel streitbarer als bisher werden und ihre Ergebnisse aktiv einbringen. Dabei dürfen wir aber nicht vergessen, dass wir Versorgungsforscher:innen die nötige Evidenz liefern sollen und oft auch können, auf deren Basis dann Entscheidungen seitens der Politik und Selbstverwaltung getroffen werden müssen.

Sie begreifen Versorgungsforschung sicher als eigenständige Wissenschaftsrichtung – aber ist sie eher Dienstleister des Systems oder außenstehendes Korrektiv?

Hoffmann: Der wichtigste Aspekt ist die wissenschaftliche Position, die per se objektiv sein muss. Wir sind eben nicht Lobby, außer für Wahrheit und Evidenz. Aber gerade nicht für eine bestimmte Richtung im Gesundheitssystem oder Bank im G-BA. Die primäre Position der Versorgungsforschung ist direkt neben dem System, aber sie ist nicht Teil des Systems oder gar Teil der Selbstverwaltung oder Teil eines Ministeriums. Was aber nun nicht heißt, dass wir nicht Fragen aller dieser Akteur:innen aufgreifen. Wir engagieren uns dafür, die an uns gestellten Fragen zu beantworten. Von daher müssen wir dicht an den Akteuren dran sein und das wollen wir auch sein – im Elfenbeinturm kommen wir nicht weiter. Deshalb ist Versorgungsforschung manchmal eine Gratwanderung zwischen der objektiven Außensicht und dem nötigen Eingebundensein im System. Und natürlich gibt es immer wieder Versuche, uns zu vereinnahmen oder auch zu manipu-

lieren. Ebenso gibt es unter Versorgungsforscher:innen auch solche, die die eben beschriebene Grenze vielleicht nicht immer ganz so sauber ziehen, wie wir sie im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung als offizielle Vertretung der wissenschaftlichen Community der deutschen Versorgungsforschung definieren.

Hecken: Häufig wird die sogenannte Dienstleisterdebatte geführt. Für mich ist es ganz selbstverständlich, dass wir hier unterscheiden müssen zwischen der Versorgungsforschung, die aus Hochschulmitteln finanziert wird, und jener, die durch den Innovationsfonds gefördert wird. Beiden Fördertöpfen ist gemein, dass selbstverständlich die Freiheit der Wissenschaft und der Forschung zu wahren ist. Beim Innovationsfonds gilt allerdings die Einschränkung dergestalt, dass die von ihm definierte Forschungsfrage bearbeitet werden muss. Das ist für mich selbstverständlich, weil hier Versichertengelder eingesetzt werden. Was jedoch nicht bedeuten soll, dass damit die Forschungsfreiheit oder gar der damit verbundene Prozess der Erkenntnisgewinnung berührt werden soll, die jeder Wissenschaftsrichtung immanent sind. Dennoch werden uns von Antragstellern gelegentlich die transparenten Förderbedingungen des Innovationsfonds vorgehalten. Sie argumentieren, man würde sich damit zu Bütteln des Innovationsfonds machen. Dabei ist der Innovationsausschuss weit davon entfernt, Ergebnisse präjudizieren zu wollen. Nur weil aus Mitteln der Versichertengemeinschaft Forschungsprojekte finanziert werden, darf in keiner Weise ein bestimmtes Ergebnis getriggert werden. Damit wäre für mich der Rubikon überschritten.

Hoffmann: Das Thema einer Auftragsforschung wird immer vom Auftraggeber festgelegt. Was danach passiert, ist der Freiheit der Forschung unterworfen. Bei aller Freiheit muss die Forschung darauf achten, dass ihre Ergebnisse Bestand haben, auch und gerade dann, wenn sie kritisch betrachtet werden. Das ist eine Frage der wissenschaftlichen Qualität – und dazu gab es über mehr als 15 Jahre in der Versorgungsforschung eine systematische Fachentwicklung, beginnend bei Theoriebildung, über die Erarbeitung einer stringenten Methodik bis hin zur Verpflichtung a priori Studienpläne und Auswertungskonzepte zu erstellen, Studien zu registrieren und zuletzt alle Ergebnisse zu publizieren – unabhängig davon, ob sie im Sinne der Hypothese ausfallen oder eben nicht.

„Unser aller Ziel muss es sein, dass die Ergebnisse, die wir erzeugen und publizieren, im nächsten, das jeweilige Thema betreffende IQWiG-Review zitiert werden und damit der Evidenzgenerierung dienen."
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, DNVF

Ganz natürlich wird es aber immer auch Versuche geben, gerade bei Innovationsfondsprojekten vonseiten der Stakeholder – sagen wir einmal – bestimmte Prioritäten zu setzen oder genehmere Endpunkte.

Hoffmann: Hier muss man als Forscher:in standhaft widerstehen. Wir sind zuerst und vor allem anderen der Wissenschaft verpflichtet! Und am Ende steht jeder Forscher und jede Forscherin mit seiner und ihrer Reputation dafür gerade. Das meine ich mit erwachsen werden – nicht mehr so ganz niedlich und nicht Everybody's Darling – sondern professionell und manchmal in heftiger und auch nicht immer sachlicher Kritik. Aber damit sind wir in der Versorgungsforschung genau an demselben Punkt, an dem andere Forschungs- und Wissenschaftsbereiche sich schon seit Jahrzehnten behaupten müssen. Wenn die Fragen die richtigen, die Methoden angemessen und die Ergebnisse valide und belastbar sind, lohnt sich jeder Einsatz.

Hecken: Gerade im Bereich der Arzneimittelbewertung, den ich beim G-BA verantworte, kennt man den wunderbaren Begriff der Mietmäuler. Sie geraten – ohne nun jemandem persönlich zu nahe treten zu wollen – bei der Einordnung von Ergebnissen tendenziell in Versuchung, allzu sehr die Position des Auftraggebers einzunehmen, solange diese wissenschaftlich noch irgendwie vertretbar ist. Dagegen kämpfen wir massiv an.

Hoffmann: Wie überall gibt es natürlich auch in der Versorgungsforschung schwarze Schafe. Damit müssen wir als Scientific Community umgehen und tun es auch. Wenn wir Leute dabei erwischen, hagelt es Kritik allenthalben. Unser aller Ziel muss es sein, dass die Ergebnisse, die wir erzeugen und publizieren, im nächsten, das jeweilige Thema betreffende IQWiG-Review zitiert werden und damit der Evidenzgenerierung dienen. Dann haben unsere Ergebnisse Bestand und werden für anstehende Entscheidungen im Gesundheitssystem genutzt. Das werden sie aber nur dann, wenn sie objektiv, ungebiased und mit der besten Methodik in höchster wissenschaftlicher Qualität erzielt worden sind. Das gilt für alle Anwendungen, ob nun ein Medikament zugelassen oder eine neue Versorgungsmodalität eingeführt werden soll. Dem Anspruch stellen wir uns. Wenn jemand dagegen verstößt, dann sind wir als Fachgesellschaft aufgerufen, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Dazu muss man aber auch sagen, dass diese eben beschriebene Problematik bei der Forschung nur in sehr geringem Maße auftritt und eher bei Gutachten angesiedelt ist, die von darauf spezialisierten Instituten erstellt werden, die sich vorwiegend über Gutachten finanzieren und damit womöglich in Abhängigkeiten von bestimmten Auftraggebern begeben.

Die Versorgungsforschung erzeugt unbestritten jedes Jahr Hunderte, wenn nicht Tausende Erkenntnisse. Das Problem ist seit Jahr und Tag die Umsetzung, die Translation. Der Grund dafür ist, dass es – anders als bei Medikamenten oder Medizinprodukten – keinen klar definierten und konsentierten Weg gibt, Versorgungsinnovationen in die Regelversorgung zu bringen. Herr Prof. Hecken: Wollen Sie diesen Weg nicht definieren oder können Sie nicht, weil die Bänke des G-BA Sie hindern?

Hecken: Gerade bei der Translation sind dem G-BA die Hände gebunden. In den einzelnen Regelungsbereichen ist vom Gesetzgeber vorgeschrieben, wer hier wie zuständig ist. Im Arzneimittelbereich gibt es die Zulassung und bei neuen ambulanten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren die Methodenbewertung. Das Problem bei den neuen Versorgungsformen besteht darin, dass es aufgrund der oft komplexen Ansätze auch entsprechend vielgestaltige Veränderungsnotwendigkeiten gibt.

Nehmen wir doch als Beispiel eine aktuelle Erkenntnis der Versorgungsforschung, die lautet, dass Patient:innen mit Behandlungen in zertifizierten Zentren im Vergleich zu nicht zertifizierten Krankenhäusern bessere Überlebenschancen haben.

Hecken: Das ist in der Tat eine Frage, die wir in einer Qualitätssicherungsrichtlinie regeln könnten.

Könnten?

Hecken: Exakt. Ungeachtet dessen, ob der G-BA das will oder dessen Bänke, erleben wir doch im Augenblick durch die Diskussion um das Krankenhausreformgesetz einen Totalabbruch der kompletten Qualitätssicherung. Dabei hat man sich nach dem jetzigen Stand der Dinge im Gesetzgebungsverfahren auf Leistungsgruppen mit mehr oder weniger anspruchsvollen Anforderungen geeinigt, welche die bisherigen Qualitätsanforderungen des G-BA ersetzen sollen. Wenn es so kommt, wie aktuell diskutiert, wäre das ein Verlust für die Qualitätssicherung, die wir bisher erreicht haben.

Kommen wir auf die grundlegende Problematik der Translation bei neuen Versorgungsformen zurück.

Hecken: Unser entscheidendes Problem war bisher, dass der Innovationsausschuss bei positiven Projektergebnissen lediglich Empfehlungen in seinen Beschlüssen aussprechen konnte. Bislang lag es sogar im Ermessen der Adressaten, ob sie darauf überhaupt reagieren und uns mitteilen, wie nun weiter vorgegangen wird – das hat schon etwas von einem gnadenvollen Moment. Das wurde übrigens auf dem letzten Versorgungsforschungskongress sehr genau analysiert. Entscheidend geändert hat sich das nun mit dem kürzlich beschlossenen Digitalgesetz. Künftig müssen die Adressaten, die der Innovationsausschuss bei der Abnahme der Projekte in seinem Beschluss benennt, innerhalb von zwölf Monaten über die Umsetzung der Empfehlung berichten und diese Rückmeldung werden wir auf der Website transparent machen. Diese Änderung habe ich als Vorsitzender des Innovationsausschusses in die Diskussion um das Gesetz eingebracht. Bisher gab es diese Rückmeldepflicht nur für den G-BA. Das heißt, künftig sind alle verpflichtet zu berichten, was sie mit den Empfehlungen zur Überführung in die Regelversorgung getan haben; und wenn sie nichts getan haben, zu sagen, wieso sie nichts unternommen haben. Ich werde diese Berichte einmal im Jahr in einem eigenen Bericht an das BMG zusammenführen und diesen Bericht voraussichtlich auch an den Gesundheitsausschuss des Bundestages schicken, um die Stellen klar zu benennen, die nichts tun. Nicht weil ich die Adressaten ärgern will, sondern weil eine unbegründete Nichtüberführung in die Regelversorgung pure Verschwendung ist. Wenn wir mit den Erkenntnissen der Versorgungsforschung nichts verbessern wollen und können, brauchen wir auch keine Versichertengelder dafür auszugeben. Wenn es aber Erkenntnisgewinne gibt und wir eine Transfermöglichkeit haben, müssen wir den Druck auf diejenigen erhöhen, die es tun könnten.



Prof. Josef Hecken

ist seit Juli 2012 unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses und seit Oktober 2015 Vorsitzender des beim G-BA angesiedelten Innovationsausschusses. Ebenfalls 2015 wurde ihm der Professoren-titel durch die Regierung des Saarlandes in Würdigung seiner Verdienste in Wissenschaft und Forschung verliehen. Seit 2018 übernimmt er Lehraufträge an der Leibniz-Universität Hannover sowie der Medizinischen Fakultät Heidelberg und ist Dozent im Masterstudiengang Pharmarecht an der Juristischen Fakultät der Universität Marburg.
Vor seiner Berufung zum unparteiischen Vorsitzenden des G-BA war Hecken u.a. Präsident des Bundesversicherungsamtes (2008–2009), Minister für Justiz, Gesundheit und Soziales des Saarlandes (2004–2008) sowie ab 2008 auch für Arbeit und gleichzeitig Vorsitzender des Gesundheitsausschusses und Stv. Vorsitzender des Rechtsausschusses des Bundesrates.

Hoffmann: Die Neuregelung des Digitalgesetzes wird sicherlich etwas helfen. Doch gibt es damit immer noch keinen festen Pfad von Projekterkenntnissen der Neuen Versorgungsformen in die Regelversorgung. Das wird auch nicht so einfach werden.

Was Sie sicherlich gerne erklären.

Hoffmann: Immer gern. Es ist nun einmal so, dass es durchaus sein kann, dass ein erfolgreiches Innovationsfondsprojekt in Baden-Württemberg beispielsweise in Schleswig-Holstein nicht so gut funktioniert, weil dort ganz einfach der Kontext der handelnden Akteur:innen anders ist. Auch wird es wenig Nutzen stiften, wenn man versuchen würde, alle erfolgreichen Lotsenprojekte, von denen es inzwischen rund 50 gibt, in die Regelversorgung zu überführen. Dann kämen multimorbide ältere Menschen vor lauter Lotsenbesuchen zu gar nichts anderem mehr.

Was wäre die Lösung jenseits der damit verbundenen Sozialkontakte?

Hoffmann: Der Innovationsfonds sollte dahin gehend erweitert werden, dass es möglich sein kann, alle Lotsenprojekte in einer Art Metasicht gemeinsam analysieren zu können. Dann wird man sehen, wie man tatsächlich denjenigen Patient:innen gerecht werden kann, die gleichzeitig an mehreren von Lotsen zu managenden Krankheiten leiden. Oder zu erforschen, wie das, was in Baden-Württemberg gut funktioniert hat, auch in einem anderen Bundesland implementiert werden kann. Derartige Erkenntnisse werden dazu führen, eine bundesweite Einführung in die Regelversorgung erheblich zu erleichtern. Wenn der Innovationsausschuss darüber hinaus auch noch bereit wäre, die in die Regelversorgung implementierten Projekte während der Implementationsphase evaluatorisch zwei Jahre und, wenn nötig, noch länger zu begleiten, könnte man ganz genau

sagen, ob das, was ursprünglich im Forschungskontext gezeigt wurde, auch wirklich in der Realität ankommt. Ganz grundsätzlich darf aus unserer Sicht jedoch nicht der G-BA alleine dafür zuständig sein, weil hier noch viele andere Akteure jenseits des Bundesausschusses zu beteiligen sind. Diesen Ansatz würden wir gerne zusammen mit den Kolleg:innen im G-BA weiterentwickeln, um auf dieser Basis gemeinsam auf die Politik einzuwirken, bestimmte Regelungslücken gesetzlich neu zu definieren.

„Oft fahren Projekte trotz vorhandener Evidenz, die aus Projekten der Versorgungsforschung oder der Neuen Versorgungsformen gewonnen wurden, gegen die Wand, weil falsche oder überhastete politische Entscheidungen getroffen werden."
Prof. Josef Hecken, G-BA

Hecken: Es unterliegt unserer gemeinsamen Verantwortung gegenüber den Versicherten und Beitragszahler:innen, vor allem aber gegenüber den kranken Menschen, die Fördermittel so optimal wie möglich einzusetzen. Es gab auch bereits mehrere Projekte – sowohl aus dem Bereich der Neuen Versorgungsformen als auch aus dem der Versorgungsforschung –, bei denen man wirklich wichtige Impulse für eine bessere Versorgung gesehen hat. Sie adressieren das absolut richtig. Wir müssen uns aufmachen, Erkenntnisse über verschiedene Projekte hinweg zu gewinnen und diese mit einer thematischen oder inhaltlichen Klammer zu verbinden. Unsere gemeinsame Frage muss lauten: Was kann man tun, um Best Practice aus dem jeweiligen Modell zu generieren?

Um beim Beispiel der Lotsen zu bleiben …

Hecken: … kann die Frage lauten, ob es eine Art generischen Lotsen geben kann, der vielleicht nicht spezialisiert im jeweiligen Krankheitsbild ist, der aber dafür Berührungspunkte zu anderen krankheitsbedingten Bedarfen besser abdecken kann. Das wäre absolut zielführend, sonst brauchen wir am Ende einen Lotsen, der die Lotsen lotst. Hier muss es und hier kann es Erweiterungen geben. Wenn ein Projekt vom G-BA in die Regelversorgung überführt wird, haben wir ohnehin eine Beobachtungspflicht. Was mir noch fehlt, ist eine Verlängerung des Projektzeitraums bis hin zur Translation. Auch hier gibt es sicherlich noch Möglichkeiten der Nachschärfung. Doch alles in allem bin ich dem Bundesgesundheitsminister und der Mehrheit der Fraktion im Deutschen Bundestag dankbar, dass sie sich trotz mancher Kritik, die ich in Teilen nachvollziehen kann, dazu entschlossen haben, den Innovationsfonds zu verstetigen. Wir wissen doch alle, dass es von einzelnen Bundesländern den Vorschlag gab, den Innovationsfonds in einer Art Länderfonds aufgehen zu lassen. Solche Länderfonds, mit dem jeder in seinem Land irgendetwas erproben kann, wird der Versorgungsqualität in der Bundesrepublik insgesamt recht wenig nutzen – vor allem nicht angesichts der knappen Mittel in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Herr Professor Hoffmann, ist die Versorgungsforschung methodisch und theoretisch gut genug aufgestellt, diese Komplexfragen auch wirklich so beantworten zu können, dass die Evidenz nachher nicht angreifbar ist?

Hoffmann: Wissenschaft sollte immer besser werden wollen. Doch sind wir schon sehr gut in dem, was wir tun. Und wenn wir das, was wir machen können, auch noch mit den dafür am besten geeigneten Daten machen dürfen, dann werden wir noch viel besser. Generell hat sich die Versorgungsforschung in Methodik und Theorie in den letzten Jahren derart weiterentwickelt, dass man auf der Basis von Versorgungsforschungsergebnissen belastbar Veränderungen im Gesundheitssystem gestalten kann. Dennoch haben wir es in unserem Wissenschaftsfeld eigentlich fast immer mit komplexen Systemen und Kontexten und ebenso komplexen Interventionen zu tun. Demzufolge wird es immer so sein, dass in Praxis wie im richtigen Leben immer wieder auch neue Aspekte auftreten, die in der vorher gelaufenen Forschung entweder nicht berücksichtigt wurden oder die aufgrund bestimmter Einschränkungen, bspw. bei der Verfügbarkeit von Daten, nicht abgebildet und ausgewertet werden konnten. Das wird nie ganz zu vermeiden sein, weil sich unser Forschungsbereich mit der Realversorgung beschäftigt, die anders als klinische Forschung kein weitgehend inertes System ist, das mit naturwissenschaftlichen Parametern exakt zu definieren ist. In der Realversorgung gibt es immer verschiedene Sichtweisen der beteiligten Akteure, Interessenskonflikte, dazu Beharrungstendenzen und Usancen, weil es eben jedem unendlich schwerfällt, auf einmal etwas anderes zu tun, weil man es ja bisher schon immer so gemacht hat – aber in vielen Fällen nie hinterfragt oder gar mit Evidenz hinterlegt hat.

Dazu kommt dann die Frage, wie viel Evidenz eigentlich nötig ist.

Hoffmann: Die Frage ist doch eher die, wann die Evidenzbasis ausreicht, etwas verändern zu wollen oder zu können. Bisher wird meist gewartet, bis es fast schon zu spät ist, um dann im Krisenmodus etwas ändern zu müssen, was man schon lange hätte anpacken können, wenn man nur früher gewollt hätte. Noch haben wir hierzulande – aber auch nicht mehr allzu lange – die Chance, auf Basis von Fakten und Daten weitreichende strukturelle Entscheidungen zu treffen. Wenn wir das allerdings nicht tun, wird das System irgendwann an Stellen instabil, an denen es dann nur noch geflickt werden kann, anstelle es ebenso zukunftsfähig wie resilient weiterzuentwickeln.

Hecken: An der Stelle muss ich einschreiten und sagen, dass es eben oft nicht nur an der jeweiligen Beharrungstendenz bestimmter Akteure oder am Bewahrungsvermögen des Gesamtsystems liegt. Oft fahren Projekte trotz vorhandener Evidenz, die aus Projekten der Versorgungsforschung oder der Neuen Versorgungsformen gewonnen wurden, gegen die Wand, weil falsche oder überhastete politische Entscheidungen getroffen werden.

Ein Beispiel?

Hecken: Nehmen wir das auch über den Innovationsfonds geförderte Projekt IGiB-StimMT in Templin, das bekanntermaßen eine wechselvolle Geschichte hatte. Hier wurde nachgewiesen, was eigentlich jeder ahnte, dass es gigantische Ambulantisierungspotenziale gibt, weil einfach zu viele Leute stationär in Krankenhäusern behandelt werden, obwohl das nicht notwendig wäre. Was unter anderem dazu führt, dass es anderswo zu wenig Pflegepersonal gibt. Mittlerweile ist der Fachkräftemangel so groß, dass die Deutsche

Krankenhausgesellschaft als eigentlich beharrendes Momentum pro Ambulantisierung argumentiert. Sie haben erkannt, dass ansonsten das Personal hinten und vorne nicht reichen wird und die dafür nötigen Prozesse auch nicht mehr rentabel sind. Die zweite große, in das Thema involvierte Bank – der GKV-Spitzenverband – ist ohnehin dafür, weil ambulantes Operieren kostengünstiger ist. Nun will die Politik Level-1i-Kliniken implementieren, die perfekt in die Ambulantisierung passen würden. Sie sagt aber nicht, wie die Krankenhäuser das schaffen sollen, wenn man sie dafür nicht entsprechend ausstattet. Weil die Länder über Jahre zu wenig Investitionsmittel zur Verfügung gestellt haben, reicht es eben nicht, ein wenig am EBM zu schrauben oder Hybrid-DRGs einzuführen. Wenn Krankenhäuser Strukturen komplett umbauen müssen, um außerhalb der heutigen Prozesse Patientinnen und Patienten für weniger Geld bei gleicher oder besserer Qualität ambulant versorgen zu können, kostet das Geld, das sie derzeit einfach nicht haben. Darum wurden sowohl Herr Gaß von der DKG als auch ich beim Bundesgesundheitsminister vorstellig, um für eine Übergangsregelung zu argumentieren. Mit ihr kann die Vergütung langsam angeglichen werden, um die Krankenhäuser in die Lage zu versetzen, ihre Strukturen entsprechend umbauen zu können. Und dann kam das Urteil des Bundesverfassungsgerichts, das mit der derzeitigen Defizitproblematik der GKV zusammenfällt. Damit haben wir den Status quo, dass das, was wir gemeinsam für richtig erkannt haben, finanztechnisch nicht mehr darstellbar ist. Es gibt nicht nur die Guten, die Halbguten und die mit dem Messer zwischen den Zähnen auftretenden Bösen, die versuchen, ihre Claims abzustecken, sondern eben auch profane Sach- und Finanzierungszwänge.

Hoffmann: An der Stelle bin ich nicht mehr hundertprozentig mit Ihren Ausführungen einverstanden. Mir fehlt der Fakt, dass die Hauptakteure des Gesundheitssystems über die letzten 15 bis 20 Jahre alle Warnungen ignoriert haben und immer wieder noch mal ein Jahr so weitergemacht haben wie vorher auch. Hier hat man die Beharrungskräfte über Dekaden gewähren lassen; und erst bestimmte, durch eine Pensionierungswelle ausgelöste personelle Veränderungen haben dazu geführt, dass endlich ein wenig Bewegung in Gang kommt. Das aber nur deshalb, weil inzwischen unheimlich viel



Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann MPH

ist seit 2007 Geschäftsführender Direktor des Instituts für Community Medicine und hat seit Dezember 2011 die W3-Professur für Bevölkerungsbezogene Versorgungsepidemiologie und Community Health der Universitätsmedizin Greifswald inne. Seit 12/2009 ist er zudem Leiter des Teilstandorts Greifswald des Partnerzentrums Rostock/Greifswald des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Krankheiten e. V. (DZNE) und seit 12/2012 Sprecher des Part-nerzentrums Rostock/Greifswald. Im Mai 2012 wurde er in den Vorstand des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung e. V. (DNVF), im Juni 2016 zum Hauptgeschäftsführer und im Mai 2018 zum Stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Im Oktober 2022 wurde er zum Vorsitzenden des DNVF gewählt.

Druck von außen zu spüren ist, ob das nun die Auswirkungen der doppelten Demografie oder die inzwischen vor Ort teilweise bereits real spürbare Unterversorgung ist. Es ist doch nun mal so, dass sich kein System aus sich heraus strategisch verändern will. Warum sollte es das auch tun? In solchen beharrenden Systemen braucht es Regulative – und die kann die Versorgungsforschung unterstützen. Wir selbst haben natürlich nicht die Lösungen für alles, aber wir können zumindest herausfinden, wo die zu finden wären. Wenn wir damit vor zehn Jahren angefangen hätten, wären wir inzwischen viel weiter. Daraus müssen wir lernen. Zum Beispiel, dass nicht alles der Selbstverwaltung überlassen werden kann, weil die ohne entsprechende Rahmenänderungen der Politik blockiert ist. Die für eine rationale Strategie nötigen Parameter müssen aus der Evidenz kommen, und die wiederum muss die Versorgungsforschung schaffen.

Hecken: Ich brauche die Hilfe der Versorgungsforschung derzeit vor allem bei der Diskussion um die Krankenhausreform. Auch wenn die Krankenhausplanung an sich gar nicht mein Job ist, blicke ich doch mit großer Sorge darauf, weil – wie bereits angedeutet – die über viele Jahre hinweg mit viel Mühe und Geld aufgebaute Qualitätssicherung im Orkus der Geschichte zu verschwinden droht. Geplant ist derzeit die gesetzliche Konstruktion – und die wird von den Ländern noch als zu weitgehend empfunden –, dass man sich über eine zustimmungsbedürftige Rechtsverordnung auf ein paar recht anspruchslose Strukturqualitätsanforderungen einigt, die dann die gesamte outcomeorientierte Qualitätssicherung ersetzen sollen. Damit sind auch die Mindestmengen bedroht.

Wobei sicher allen Versorgungsforscher:innen der Zusammenhang zwischen Menge und Qualität eingängig ist, aber leider nicht auch jeder Politiker:in.

Hecken: Das ist in der Tat seltsam, wenn ich in der Gesundheitsministerkonferenz dafür angegriffen werde, weil der G-BA die Mindestmenge für die Behandlung von Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1.250 Gramm seit dem 1. Januar dieses Jahres auf 25 angehoben hat.

Dabei gilt die Mindestmenge von 25 statt bisher 14 schon als recht niedrig und ist als politischer Kompromiss zu betrachten.

Hecken: Und schon da wird mir ins Gesicht gesagt, dass damit die Sterbequote Frühgeborener in Deutschland ins Unermessliche gesteigert würde, weil die flächendeckende Versorgung zusammenzubrechen droht. Dabei ist es doch genau andersherum: Die Mortalitätsrate sinkt durch die erhöhte Mindestmenge um 5 Prozent ab. Seitens mancher Landespolitiker werden schreckliche Versorgungsszenarien an die Wand gemalt. Und es wird so getan, als ob Mindestmengen ein unbotmäßiger Eingriff in die Planungshoheit der Länder wären. Aber es gibt eben nicht nur die Planungshoheit der Bundesländer, sondern auch das bundesweite Qualitätsgebot aus dem Fünften Sozialgesetzbuch. Und die Planungshoheit endet dort, wo das Qualitätsgebot des SGB V berührt ist. Schließlich hat jeder Versicherte den gleichen Anspruch auf eine gleich gute und sichere Gesundheitsversorgung, egal ob er oder sie in Bayern lebt oder in Schleswig-Holstein.

Wo brauchen Sie die Hilfe der Versorgungsforschung?

Hecken: Ich wünsche mir Versorgungsforscherinnen und Versorgungsforscher, die mir helfen, die bei den Mindestmengen vollkommen richtigen Entscheidungen des G-BA mit noch mehr Evidenz zu unterfüttern. Ich habe so manche Veranstaltungen erlebt, auf der ich mich sehr einsam gefühlt habe.

Hoffmann: Die Versorgungsforschung ist bei Mindestmengen auf der Seite der Evidenz, wie übrigens auch in vielen der anderen Bereichen, die Sie angesprochen haben. Wir brauchen Versorgungsforschung immer gerade dann zur Schaffung und Lieferung von Evidenz, wenn solche Diskussionen von Bauchgefühlen und Ängsten dominiert werden oder durch eher populistische Argumente zu kippen drohen. Im Moment sind wir alle, die die Evidenz vertreten, in der Opposition. Aber das ist nicht von langer Dauer, denn irgendwann werden die Beharrer:innen und Evidenz-Ignorierer:innen angezählt.

Wirklich?

Hoffmann: Viel Evidenz spricht dafür, dass die Mindestmengenregelung die Überlebenschancen der besonders kleinen Frühgeborenen verbessert. In unserem Bundesland wurde dennoch eine Unterschriftensammlung organisiert mit dem Ziel, dass ein ganz bestimmtes Krankenhaus weiterhin Frühgeborene behandeln darf, obwohl die Mindestmenge dort deutlich unterschritten wird. Solche Diskussionen muss die Politik aushalten – denn im Zweifel ist Qualität wichtiger als Wohnortnähe.

Hecken: Dazu muss man wissen, dass sich unlängst der Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages mit einer Petition befasst hatte, die dazu aufforderte, die Inkraftsetzung der Pränatalmindestmenge zum 1. Januar 2024 zu unterbinden. Gott sei Dank tut der Bundesgesundheitsminister das nicht, weil ihm der Zusammenhang zwischen Menge und Qualität durchaus bewusst ist. Das wäre ein klassischer Fall gewesen, an dem sich der G-BA und die wissenschaftliche Community hätten zusammensetzen können, um gemeinsam mit wissenschaftlich fundierten Argumenten gegen politischen Populismus zu argumentieren. Wir wollen doch gemeinsam das Leben von Frühgeborenen schützen. Eine solche Unterstützung könnten wir gleich vereinbaren, denn in diesem Jahr kommt sicher die gleiche Diskussion bei der Anhebung der Mindestmenge beim Mammakarzinom auf uns zu. Damit versuchen wir, die Mammakarzinomoperationen auf Krankenhäuser zu beschränken, die im nächsten Jahr mindestens 50 Interventionen aufweisen, ab dem Jahr 2025 müssen es mindestens 100 Interventionen sein. Derzeit ist es leider so, dass es zu viele Krankenhäuser gibt, die derartige Operationen seltener als zehnmal pro Jahr durchführen – was ich als „experimentelle Chirurgie" bezeichnen will. Das Hochsetzen der Mindestmenge wird sicher wieder für Empörung sorgen, anstatt eine sachliche Diskussion zu führen. Dabei muss uns doch allen das Wohl der hier operierten Frauen – ganz selten sind auch Männer erkrankt – am Herzen liegen. Bei derartigen Operationen gibt es genau ein einziges Mal im Leben die Chance, in einem kurativen Setting behandelt zu werden. Beim zweiten Mal wird es mit hoher Wahrscheinlichkeit in einer Palliativsituation enden, auch wenn der finale Endpunkt vielleicht erst später eintreten wird. Doch gilt: Palliativpatientin ist Palliativpatientin. Das müssen wir mit geeinten Kräften den Leuten sehr deutlich klarmachen. Ebenso das, was eigentlich jeder aus eigener Lebenserfahrung kennt: Übung macht den Meister. Derartige Operationen sind mittlerweile so komplex, dass es schon ein hohes Maß an Professionalität des ganzen Teams braucht. Seitens der Bundesländer kommt immer wieder die Forderung, von unseren Minimalanforderungen an Strukturen und Prozessen zeitlich unbefristet und ohne Begründung abweichen zu können. Das nenne ich Patientengefährdung. Auch dagegen müssen wir mit hoher Evidenz argumentieren und alle betroffenen Fachgesellschaften einbinden.

Wenn denn alle mitmachen.

Hecken: Bei der gerade erwähnten Mindestmenge für Frühgeborene ist die Deutsche Gesellschaft für Pränatal- und Geburtsmedizin auf meiner Seite. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin hingegen nicht, weil die ihre Claims abstecken will. Wenn man in einer solchen Diskussion bestehen will, hilft nur Evidenz und ein Beharren auf deren Bedeutung für die gesundheitliche Versorgung. Da sind wir wechselseitig aufeinander angewiesen.

Hoffmann: Hier stimmen wir als Community der Versorgungsforschung völlig mit dem G-BA überein. Aufgabe des G-BA ist es, die Anforderungen an die Qualität der Versorgung hoch zu halten und immer weiter zu verbessern. Wir Versorgungsforscher:innen müssen sicherstellen, dass die Qualität unserer Forschung so hoch ist, dass die Evidenz, die wir erzeugen, belastbar ist; nur so werden wir gemeinsam langandauernde und weitreichende Veränderungen hin zum Besseren erreichen.

Auch hier ein Beispiel?

Hoffmann: Schmerzhafte Zwischenphasen, die man durchstehen muss, gibt es immer wieder. Denken wir an die Delegation von ärztlichen Aufgaben an medizinische Fachkräfte, die wir 2008 maßgeblich mit durchgesetzt haben. Das war damals wahrlich keine leichte Zeit. Mein Team und ich wurden teilweise wüst beschimpft. Aber heute finden das alle richtig. So ändern sich die Zeiten. Versorgungsforschung ist manchmal kein Job für Weicheier oder Feiglinge. Wenn man etwas verändern will, muss man dafür einstehen und kämpfen.

Hecken: Je tiefer die Kugeln fliegen, desto mehr fühle ich mich motiviert, den Leuten Paroli zu bieten und weiterzumachen. Denn ab einem gewissen Lebensalter ist man relativ frei in seiner Entscheidungsfindung *(lacht)*. Solange gleichmäßig von allen Seiten die Kritik kommt, spricht doch einiges dafür, dass man seine Aufgabe richtig zu machen scheint.

Hoffmann: Ein ähnliches Phänomen gilt für die Versorgungsforschung. Besonders heftige Kritik aus dem System kann ein Hinweis darauf sein, dass man an der richtigen Stelle gebohrt hat.

„Besonders heftige Kritik aus dem System, kann ein Hinweis darauf sein, dass man an der richtigen Stelle gebohrt hat."
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, DNVF

Um recht zu haben, braucht man aber auch die richtigen Daten und Datenzugänge.

Hoffmann: Das ist ganz entscheidend. Das am 14.12.2023 verabschiedete Gesundheitsdatennutzungsgesetz ist zwar leider gegenüber dem ursprünglichen Entwurf an wesentlichen Punkten abgeschwächt worden, die wir dringend gebraucht hätten – zum Beispiel die Streichung des §-75-SGB-X-Verfahrens für die Forschung mit Kassendaten, wenn die Patient:innen eingewilligt haben. Doch immerhin ist es ein Schritt in die richtige Richtung. Je mehr Daten schneller und einfacher verfügbar werden, desto schneller können wir Evidenz zu offenen Fragen schaffen, die für die Versorgung vor Ort wichtig sind. Ein großer Teil des Systembeharrens liegt darin begründet, dass wir manches noch nicht beweisen oder noch nicht genügend gut beweisen können. Wenn die Forschung die Daten, die sie braucht, nicht bekommt, kostet das Zeit, die gespart werden kann. Das neue Forschungsdatenzentrum am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) brauchen wir deshalb in einer Form, mit der die Versorgungsforschung arbeiten kann. Dort müssen nicht nur die Kassendaten besser erschlossen werden, sondern auch weitere Datenquellen verknüpft werden – ob das nun Sozial- oder Registerdaten sind. Forschungsfreundliche Regelungen für das FDZ sind ein Schlüssel für besseren Datenzugang. Und diese Daten müssen dann – mindestens im Einwilligungsfall, aber in pseudonymisierter Form auch sonst – auch an die Forscher:innen herausgegeben werden dürfen. Die ePA ist dazu keine Alternative, sie wird in absehbarer Zeit noch keine wesentliche Forschungsressource werden.

Eine Schlussfrage an Sie beide, die die ganze Diskussion so wunderbar fast alleine geführt haben. Danke dafür. Wenn man an das Beharren der Länder auf nahezu jeden einzelnen Krankenhausstandort fast jenseits aller Qualität denkt: Sollte man nicht wirklich vonseiten des G-BA und auch der Versorgungsforschung lautstark erklären: „Ihr gefährdet damit Patientenleben!"?

Hoffmann: Die Versorgungsforschung macht das durchaus. Wir haben zum Beispiel eine Studie publiziert, für die wir auch einen Preis bekommen haben (1), die zeigt, dass es absolut notwendig war, die stationäre Pädiatrie im Kreiskrankenhaus Wolgast im Landkreis Vorpommern-Greifswald in Mecklenburg-Vorpommern zu schließen – und die Versorgung nicht zusammengebrochen ist (2). So etwas ist deutschlandweit bisher noch nirgendwo anders gemacht worden, weil das System dafür zu intransparent ist. Doch müssten solche Fälle viel systematischer untersucht werden, als das bisher der Fall ist. Dazu brauchen wir vor allem einen besseren Datenzugang im Gesundheitssystem. Darüber hinaus braucht die Versorgungsforschung die Möglichkeit, Interventionen auch gegeneinander zu testen – in einer Art experimentellem Freiraum. Das ist etwas, was es im Moment in Deutschland überhaupt nicht gibt, weil alles immer im ganz engen gesetzlichen Rahmen der SGB-V-Regeln ablaufen muss. Wenn wir ein derartiges Experimentalfeld, ein „Reallabor", hätten, könnten wir sehr viel besser untersuchen als bisher, ob Menschen mit einer bestimmten neuen Form der Versorgung besser oder länger leben als mit der bisherigen. Das sind dann die wirklich großen Fragen, die jenseits der Qualität und des Nutzens für die Patient:innen Milliarden an Euro im Versorgungssystem neu allokieren werden. Deswegen würde ich es für vernünftig halten, dass man uns diese Forschungsmöglichkeiten zugesteht und Experimentalräume schafft – sowohl bundes- als auch landesrechtlich.

Hecken: Ich beantworte die Frage ganz klar mit einem Ja! Wir müssen laut sagen, viel lauter als bisher: Ihr gefährdet damit Patientenleben! Dazu benötigen wir eine Allianz der evidenzbasiert Entscheidenden gegen populistische Aussagen in der Öffentlichkeit. Das wäre ein guter Schulterschluss, weil der Weg, der im Augenblick eingeschlagen wird, nicht im Sinne der Patient;innen sein kann. Wir brauchen wieder mehr Vernunft in der ganzen Diskussion – ich hoffe, dass wir die nächsten Monate dafür nutzen können.

Hoffmann: In einer Allianz der evidenzbasiert Agierenden ist das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung unbedingt dabei. Da stehen wir mit dem G-BA auf derselben Seite. Insofern hoffen wir sehr, dass Sie Ihre Vorstellungen weiter durchsetzen können und sich der G-BA konsequent in Richtung Evidenz positioniert. <<

Die Herren Professores, danke für das Gespräch.

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Literatur:

1: van den Berg N, Radicke F, Stentzel U, Hoffmann W, Flessa S. Economic efficiency versus accessibility: Planning of the hospital landscape in rural regions using a linear model on the example of paediatric and obstetric wards in the northeast of Germany. BMC Health Serv Res. 2019 Apr 24;19(1):245. doi: 10.1186/s12913-019-4016-2. PMID: 31018844; PMCID: PMC6480868.

2: Tischler L, Beyer A, Moon K, Hoffmann W, van den Berg N. Effects of Closure of the Paediatric Department of a District Hospital on Regional Care: Analysis of Patient Flows. Gesundheitswesen. 2023 Sep;85(S 03):S205-S211. doi: 10.1055/a-2130-2479. Epub 2023 Sep 26. PMID: 37751757; PMCID: PMC10662054.

Zitationshinweis

Hecken, J., Hoffmann, W., Stegmaier, P.: „Eine Allianz der evidenzbasiert Entscheidenden gegen Populismus", in „Monitor Versorgungsforschung" (01/24), S. 6–13. http://doi.org/10.24945/MVF.01.24.1866-0533.2570