

Ausschuss für Bildung, Forschung und
Technikfolgenabschätzung

**Wortprotokoll
76. Sitzung**

**Öffentliches Fachgespräch
zum Thema**

„Perspektiven der Versorgungsforschung“

(nicht korrigiert durch die Sachverständigen und Abgeordneten)

**Berlin, 13. Juni 2012, 9.30 Uhr
(Sitzungsaal E. 300, Paul-Löbe-Haus)**

Vorsitz: Ulla Burchardt, MdB

Vorlagen zum Fachgespräch:

- **BT-Drucksache 17/4243**
Unterrichtung durch die Bundesregierung
Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung

Stellungnahmen der eingeladenen Sachverständigen:

- **ADrs. 17(18) 279 a**
Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik
- **ADrs. 17(18) 279 b**
Prof. Dr. med. Matthias W. Beckmann, Frauenklinik Universitätsklinikum Erlangen, Fachausschuss "Versorgungsmaßnahmen und -forschung" der Deutschen Krebshilfe e. V.
- **ADrs. 17(18) 279 c**
Prof. Dr. Holger Pfaff, Zentrum der Versorgungsforschung Köln der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln
- **ADrs. 17(18) 279 d**
Prof. Dr. Birgit Babisch, Universität Osnabrück, Fachbereich Humanwissenschaften
- **ADrs. 17(18) 279 e**
Prof. Dr. Michael Ewers, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Human- und Gesundheitswissenschaften
- **ADrs. 17(18) 279 f**
Prof. Dr. Martin Scherer, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Sachverständige

	Seite
Prof. Dr. Birgit Babitsch Universität Osnabrück, Fachbereich Humanwissenschaften, Fachgebiet New Public Health	6, 24, 40
Prof. Dr. med. Matthias W. Beckmann Frauenklinik Universitätsklinikum Erlangen, Fachausschuss „Versorgungsmaßnahmen und -forschung“ der Deutschen Krebshilfe e. V.	7, 26, 42
Prof. Dr. Michael Ewers Charité Universitätsmedizin Berlin, Human- und Geisteswissenschaften	9, 44
Prof. Dr. Gerd Glaeske Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheits- Politik und Versorgungsforschung	11, 28, 46
Prof. Dr. Holger Pfaff Zentrum der Versorgungsforschung Köln der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln	14, 32, 50
Prof. Dr. Martin Scherer Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	17, 33, 51, 53

Ausschussmitglieder

	Seite
<u>CDU/CSU</u>	
Abg. Eberhard Gienger	20, 35
Abg. Michael Kretschmer	34
Abg. Uwe Schummer	35
 <u>SPD</u>	
Abg. René Röspel	21, 36
 <u>FDP</u>	
Abg. Dr. Martin Neumann (Lausitz)	38, 53
Abg. Dr. Peter Röhlinger	21, 37
 <u>DIE LINKE.</u>	
Abg. Dr. Petra Sitte	22, 39
 <u>BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN</u>	
Abg. Krista Sager	23, 39
 PSts Dr. Helge Braun (BMBF)	 54

Beginn der Sitzung: 9.33 Uhr

Vorsitzende:

Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen. Ich darf Sie alle ganz herzlich zu unserem heutigen öffentlichen Fachgespräch zum Thema „Perspektiven der Versorgungsforschung“ begrüßen. Ich begrüße besonders herzlich die Experten, die sich bereit erklärt haben, heute zu uns zu kommen und uns bereits vorab ihre Stellungnahmen zugeschickt haben. Das erleichterte die Vorbereitung auf das Fachgespräch. Ich begrüße auch die Gäste, die wir heute auf unserer Besuchertribüne haben.

Damit komme ich zum Verlauf des heutigen Fachgesprächs. Ich gebe Ihnen zunächst einige Hinweise, wie unsere Fachgespräche ablaufen. Die Fraktionen haben sich vorher über den Ablauf verständigt. Wir haben uns geeinigt, dass jeder Sachverständige zunächst ein fünfminütiges Statement abgibt, um die für ihn wichtigsten Punkte anzuschneiden. Wir werden das in alphabetischer Reihenfolge abhandeln. Danach kommen wir in eine erste Fragerunde. Es beginnt immer der Berichterstatter, die Berichterstatterin der stärksten Fraktion im Deutschen Bundestag. Dann wird es eine Antwortrunde geben, wieder in alphabetischer Reihenfolge. Danach hören wir alle anderen Kolleginnen und Kollegen, die noch Fragen haben, bis unser Zeitlimit erreicht ist. In der Regel ist der Informationsbedarf dann noch nicht gestillt, aber wir bemühen uns, möglichst viel in diesen Zeitraum hineinzupacken. Das Ende ist für 11.30 Uhr vorgesehen. Es wird ein Wortprotokoll erstellt, Sie können das Ganze also in absehbarer Zeit auch noch einmal als Bundestagsdrucksache nachlesen. Wir haben als Vorlagen für dieses Fachgespräch diverse Bundestagsdrucksachen vorliegen, die Unterrichtung der Bundesregierung zum „Rahmenprogramm Gesundheitsförderung“ und die Stellungnahmen der Expertinnen und Experten.

Ich glaube, ich muss zum Anlass und Inhalt des Fachgesprächs eingangs keine langen Erläuterungen machen. Die Versorgungsforschung ist ein Teilgebiet der Gesundheitssystemforschung und damit auch Aktionsfeld des „Rahmenpro-

gramms Gesundheitsforschung“ der Bundesregierung. Die haben wir schon einmal in diesem Ausschuss beraten und befunden, das Thema sei so wichtig, dass wir es noch einmal im Rahmen eines Fachgesprächs vertiefen sollten. Damit genug der einleitenden Worte, Frau Prof. Babitsch, Sie haben das Wort.

Prof. Dr. Birgit **Babitsch** (Universität Osnabrück, Fachbereich Humanwissenschaften, Fachgebiet New Public Health):

Ich freue mich sehr, dass Sie dieses Thema noch einmal aufgegriffen haben. Ich hatte in meiner Stellungnahme geschrieben, dass ich denke, wir müssen lobend zur Kenntnis nehmen, was die Versorgungsforschung bis dato erreicht hat. Auch wenn ich denke, und das ist sicherlich der Anlass dieses Gespräches, dass es noch viel zu tun gibt. Wenn es viel zu tun gibt, ist letztendlich immer die Frage, wie das finanziert wird. Das ist sicherlich auch ein Thema, das wir heute diskutieren sollten. Das leitet zu dem über, das ich Ihnen in sechs Punkten noch einmal deutlich machen will; wo ich in der Versorgungsforschung, aber auch in der Gesundheitsforschung insgesamt die Linie sehe.

Ich denke, wir müssen noch einmal darüber nachdenken, wie wir Gesundheitsforschung orientieren und darin auch die Versorgungsforschung orientieren. Wir haben mit Public Health angefangen. Public Health taucht namentlich nicht mehr auf, aber ist sicherlich ein Mantelkonzept, was auch für die Versorgungsforschung nutzbar ist. Ich denke, wenn man über nachhaltige, langfristige Finanzierung und Forschung nachdenkt, müsste man vielleicht auch noch einmal zurück zu den Ursprüngen. Mein Punkt ist, dass wir eine nachhaltige, langhaltige, an Public Health orientierte Gesundheitsforschung brauchen. Darin muss auch die Versorgungsforschung integriert sein. Aber ich denke, die Kontextbezogenheit und die Ausrichtung auf soziale, epidemiologische Fragestellungen fehlt. Auch die Komplexität, wie wir sie beispielsweise in Behandlungspfaden haben, ist bisher eher punktuell als umfassend bearbeitet worden.

Die Gesundheit ist ein Bereich, in dem sehr viele und verschiedene Fachberufe arbeiten. Ich denke, der Fokus liegt im Augenblick sehr stark auf medizinischen

Fragen. Wir haben aber viele Gesundheitsfachberufe, die sehr viel zur Gesunderhaltung und zur Wiederherstellung von Gesundheit beitragen. Ich denke, das ist eine Berufsgruppe, die bislang in der Versorgungsforschung unterrepräsentiert ist, genauso wie große Fragen der Ausbildung, die wir politisch diskutieren, aber wissenschaftlich eigentlich nicht begleiten. Wie müssen moderne Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen beschaffen sein?

Mein letzter Punkt, den ich gerne noch anfügen würde, ist, dass wir mit dem Gesundheitswesen einen Bereich haben, der sehr aktiv, sehr bewegt ist in Bezug auf viele kritische Diskussionen, in Bezug auf viele Fragen und Veränderungen. Diese orientieren sich zunächst erst einmal an der Kostendämpfung, setzen aber zunehmend auch neue Systemimpulse, beispielsweise die integrierte Versorgung. Wir begleiten das wissenschaftlich nicht. Wir setzen Impulse, ohne dass wir auf lange Sicht überprüfen können, ob diese Impulse tatsächlich richtig waren.

Vorsitzende:

Herzlichen Dank. Und nun Herr Prof. Beckmann.

Prof. Dr. med. Matthias W. **Beckmann** (Frauenklinik Universitätsklinikum Erlangen):

Sehr geehrte Frau Vorsitzende, meine Damen und Herren. Ich bin nicht so ein Experte, wie die anderen Experten hier am Tisch. Ich bin ein Kliniker. Ich arbeite noch jeden Tag am Patienten. Jetzt wundern Sie sich, warum ich heute hier bin. Ich bin hier, weil ich einer der Sprecher der medizinischen Gutachter im Nationalen Krebsplan gewesen bin. Deswegen möchte ich mich auch nicht zu dem Thema der politischen und strategischen Versorgungsforschung äußern. Das können Herr Prof. Glaeske und Herr Prof. Pfaff viel besser als ich. Aber ich möchte vielleicht das Hauptproblem für die ganzen Aktionsfelder, die Sie besprechen, ansprechen, welches mich als jemandem, der im Nationalen Krebsplan mitgearbeitet hat, beschäftigt hat, nämlich der Datenfluss und die Datenqualität. Ich möchte mich nicht über die politischen Dinge äußern, über die Ausbildung etc. Die Frage ist für

mich, woher wir die Informationen bekommen, wie wir Forschung betreiben können.

Es ist für mich in Deutschland im Augenblick eigentlich das größte Problem, dass wir datenschutzrechtliche Probleme haben, sodass wir – aus meiner Sicht – gar keine gute Versorgungsforschung liefern können. Sie haben verschiedene Aktionsfelder: Volkskrankheiten, die individualisierte Medizin, die Prävention und jetzt der Ausschuss „Versorgungsforschung“, der so oder so alle Gebiete umfasst. Wie wollen Sie zukünftig Volkskrankheiten dokumentieren, wenn Sie gar keine Daten erheben dürfen, longitudinal nicht messen, nicht vergleichen dürfen? Jeder hat in Deutschland seine Partikularinteressen, ob es die Krankenkassen, ob es die anderen klinischen Krebsregister sind. Das Problem ist aus meiner Sicht, dass wir keine gute Forschung machen können, weil wir keine gute Datenqualität in der Fläche bekommen und dadurch keine guten Informationen für das Gesundheitssystem zurückspiegeln können.

Ich darf es vielleicht an einem einzigen Beispiel deutlich machen. Mein Gebiet ist das Mamakarzinom, und ich habe vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Förderung zur Dokumentation des Mamakarzinoms bei einer Patientin im Laufe der zehnjährigen Geschichte der Erkrankung erhalten. Wer kann schätzen, wie häufig die Patientin dokumentiert wird? Es sind 476 Male, in zwölf verschiedenen Systemen, die nicht kompatibel sind. Jetzt fragen Sie mich mal, was Versorgungsforschung beim Mamakarzinom ist. Die gibt es nicht. Weil jeder seinen eigenen Versorgungsschlüssel hat mit eigenen Daten, mit seinem eigenen System, ohne Transparenz, ohne Kooperation, ohne Kommunikation.

Ich denke, wenn man über das Thema „Versorgungsforschung“ sprechen will, muss man eine konzertierte Aktion machen, dass man Datengrundlagen schafft, dass jeder, der auf dem Gebiet arbeiten möchte, entsprechende Daten zur Verfügung hat und dadurch auch entsprechende Nachbeobachtung, Langzeitbeobachtung und Langzeiteffekte bekommen kann.

Vorsitzende:

Herzlichen Dank. Nun Prof. Ewers bitte.

Prof. Dr. Michael **Ewers** (Charité Universitätsmedizin Berlin, Human- und Geisteswissenschaften):

Auch ich darf mich zunächst bedanken, eingeladen worden zu sein, um hier einige Überlegungen präsentieren zu können. Ich möchte dabei an Aktivitäten, die an anderer Stelle gelaufen sind, anknüpfen, zum Beispiel im Gesundheitsforschungsrat oder im Wissenschaftsrat, die sich beide in jüngster Zeit intensiv mit Gesundheitsberufen, insbesondere der Pflege, den Therapieberufen und den Hebammen auseinandergesetzt haben. Das scheint mir insofern für das heutige Thema bedeutsam, als dass sich die Versorgungsforschung darum bemüht, Versorgung unter Alltagsbedingungen zu untersuchen. Die Alltagsbedingungen sind in der Regel arbeitsteiliges Versorgungshandeln, die genannten Berufe sind also ein immanenter Bestandteil der Gesundheitsversorgung. Sie leiden allerdings unter dem Problem, dass sie häufig als „invisible work“, als unsichtbare Arbeit hinter verschlossenen Türen, wenig spektakulär und unter Alltagsbedingungen, manchmal eben auch sehr alltagsnah im eigenen Haus der Patienten, erfolgen. Hier haben wir das Problem, dass diese „invisible work“ schwer darzustellen ist, schwer argumentativ zu vertreten und damit auch in den Diskussionen über die Gestaltung unseres Versorgungssystems schwer einzubringen ist. Das zu ändern und im Rahmen der Versorgungsforschung das Handeln dieser Gesundheitsberufe besonders in den Blick zu rücken, scheint mir ein ganz wichtiger Punkt zu sein. Dabei wird man berücksichtigen müssen, dass in der Forschung in diesen Gesundheitsberufen ein erheblicher Entwicklungsbedarf besteht in der pflegerelevanten Grundlagenforschung, in der klinischen und patientenorientierten Forschung, in der pflegewissenschaftlichen Bildungsforschung, aber auch ganz besonders im Bereich der pflegerischen Versorgungsforschung oder der therapeutischen Versorgungsforschung, die international ein fester Bestandteil der Versorgungsforschung ist, hierzulande allerdings noch sehr in den Anfängen steckt.

Die Pflege- und die anderen Therapieberufe konzentrieren sich dabei im Wesentlichen auf die wachsende Zahl der chronisch Kranken, mehrfach Erkrankten, älteren Menschen – es ist die chronische Krankheitsversorgung, die hier im Vordergrund steht. Sie leisten dabei international eine ganze Menge an Beiträgen, sowohl zur direkten Versorgung, als auch zu Erkenntnisgewinnung in diesem Bereich.

Problematisch – und in der Versorgungsforschung besonders zu berücksichtigen – scheint mir die Frage der künftigen Rollenprofile und des arbeitsteiligen Versorgungshandelns in unserem Gesundheitswesen zu sein. Hier besteht erheblicher Optimierungsbedarf, und ich denke, hier liegt für die Versorgungsforschung eine ganze Reihe an Fragen und Forschungsthemen brach, die bisher noch nicht hinreichend beantwortet sind. Wie können wir tatsächlich eine anforderungsgerechte, dem Patienten entsprechende Gesundheitsversorgung im arbeitsteiligen Versorgungsgeschehen realisieren? Welche Potenziale haben die einzelnen Berufe, um ihren Beitrag komplementär zum Beitrag der Medizin zu leisten?

Ein weiterer Aspekt, der mir wichtig erscheint, ist, dass bislang insbesondere die pflegerische Langzeitversorgung noch viel zu wenig ins Blickfeld der Versorgungsforschung gerückt ist. Wir haben hier mit dem SGB XI einen eigenen Versorgungsbereich, der erhebliche Herausforderungen birgt. Der Problemdruck in diesen Bereichen ist, wie Sie alle wahrscheinlich wissen, enorm groß. Es scheint mir ganz besonders wichtig zu sein, hier sowohl zu neuen Versorgungskonzepten, als auch zu abgesicherten Interventionen zu kommen und Informationen über die Steuerung dieses Versorgungsanteils zu erhalten.

Wichtig ist noch ein weiterer Punkt, den ich betonen möchte, dass die Berufe, über die wir hier sprechen, sehr häufig versorgungssteuernde Funktionen übernehmen, meist indirekt und auch in dieser eher unsichtbaren Form. Die Auseinandersetzung mit Case-Management, DC-Management und ähnlichem ist hierzu lande vorwiegend auf den ärztlichen Behandlungsbereich fokussiert. Es scheint

mir wichtig zu sein, hier eine Änderung herbeizuführen und das Versorgungshandeln, nicht allein das Behandlungsgeschehen, in den Vordergrund zu rücken. Schließlich ist die Nachwuchsförderung ein wesentlicher Bestandteil. Wenn es gelingen soll, die von mir genannten Berufsgruppen und wissenschaftlichen Disziplinen adäquat in die künftige Versorgungsforschung einzubinden, brauchen sie eine besondere Unterstützung. Wir brauchen eine Disziplinentwicklung, eine gezielte Nachwuchsförderung. Der Gesundheitsforschungsrat und der Wissenschaftsrat haben dazu bereits Aussagen getroffen. Die Stellungnahme des Wissenschaftsrates wird in Kürze erwartet, und ich denke, dass hier tatsächlich interessante Synergieeffekte zu erwarten sind, wenn das im Kontext der Versorgungsforschung berücksichtigt wird.

Vorsitzende:

Vielen Dank. Herr Prof. Glaeske bitte.

Prof. Dr. Gerd **Glaeske** (Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik):

Ich möchte vorausschicken, dass ich aus der Diskussionsgeschichte des Sachverständigenrates zur Begutachtung und der Entwicklung im Gesundheitswesen komme, wo ich Gelegenheit hatte, über sieben Jahre lang auch an diesem Sachverständigenrat teilzunehmen. Wir haben uns in diesem Ratsgutachten seit 2001/2002 immer wieder über die Versorgungsforschung geäußert und auch deutlich gemacht, dass sie die mangelnde Evaluationskultur in unserem Gesundheitssystem wirklich überbrücken muss und kann. Das ist ein wichtiger Aspekt. Insofern kann es auch nicht erstaunen, dass wir die Versorgungsforschung von zwei Seiten betrachtet haben: Auf der einen Seite die klinische, evaluative Forschung, beispielsweise im Arzneimittelbereich vor der Zulassung und die Fragestellung der versorgungsrelevanten, der patientenrelevanten Versorgungsforschung nach der Zulassung. Das sind Dinge, die wir immer wieder gesehen haben, und insofern ergibt sich auch der Blickwinkel der Patientenorientierung in der Versorgungsforschung, also ein Blickwinkel, der sonst relativ kurz kommt. Die Patientenorientierung in den Mittelpunkt zu setzen und daraus auch die Fragestellung

nach Unter-, Über- und Vielversorgung zu klären, ist, denke ich, ein ganz wesentlicher Anlass.

Insofern ergeben sich für mich vier Punkte, die ich kurz erläutern möchte. Der erste Punkt knüpft an das an, was Herr Prof. Beckmann bereits geäußert hat, nämlich die Fragestellung der Zugänglichkeit von Daten. Es ist für mich schwer nachvollziehbar, dass wir seit dem Jahr 2000 den §§ 303 a-f SGB V haben, der im Prinzip immer noch nicht umgesetzt ist, wo es darum geht, epidemiologische Forschung auf der Basis von Routinedaten zu ermöglichen. Da sind die Selbstverwaltungen offensichtlich noch immer nicht in der Lage, sich zu verständigen. Es bedürfte aus meiner Sicht noch einmal des politischen Drucks, dass man hier zu einer Einigung kommt. Regeln und Möglichkeiten sind vorhanden, werden aber nicht genutzt. Sie wären aber notwendig, weil wir die vorliegenden Routinedaten aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, dem Bereich der sozialen Pflegeversicherung und der Rentenversicherung sehr gut für die Versorgungsforschung nutzen könnten, weil es darum geht, Effektivität und Effizienzanalysen zu machen, also Outcome messen zu können, was wir mit den Maßnahmen, die wir in der klinisch-evolutiven Forschung erreicht haben und die dann in den klinischen Alltag übertragen werden, bisher zu wenig tun. Wenn wir in diesem Gebiet „herumstochern“, werden wir unschwer erkennen, dass es einige Beispiele für interessante Ergebnisse gibt, ob das nun die Antibiotikaversorgung von Kindern ist, die bei uns viel zu hoch ist, ob das die risikoreichen Neuroleptika im Demenzbereich sind, ob es um die Fragestellung von fragwürdigen Kontrazeptiva geht. Wir finden eine Reihe von Problemen, die wir dann tatsächlich patientenorientierter darstellen könnten, bis hin zu der Fragestellung der Medikamentenabhängigkeit, die in der Zwischenzeit leider politisch nicht mehr den Stellenwert hat, wie es sein sollte. Auch das ist ein Punkt, den die Versorgungsforschung aufgedeckt hat.

Der zweite Punkt ist die Politikfolgenforschung. Auch das wurde bereits angesprochen. Wir haben in diesem Zusammenhang eine ganze Reihe von Veränderungen im SGB V, die nie evaluiert worden sind. Wir haben nur in den §§ 63, 65

SGB V die obligatorische Notwendigkeit, diese neuen Versorgungskonzepte zu begleiten. Dort haben wir dementsprechend nicht einmal Daten. Beim Disease-Management-Programm (DMP), bei den §§ 140 a -f SGB V, also integrierter Versorgung nicht einmal bei Rabattverträgen sind jemals Evaluationen vorgeschrieben gewesen. Es ist ein großes Defizit, dass wir überhaupt nicht erkennen können, was aus diesen neuen Strukturen geworden ist. Diese Politikfolgenforschung ist natürlich nicht nur am SGB V ableitbar, sondern auch am Bereich der sozialen Pflegeversicherung. Das SGB XI wurde bereits genannt, insofern gibt es sicherlich die Notwendigkeit, darüber nachzudenken, wie wir in diesen Bereich mehr Licht in das Dunkel bringen können. Wir haben nun – Gott sei Dank – in der Zwischenzeit so etwas wie einen „Professionen-Mix“ zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen. Wir haben nicht ohne Grund im Sachverständigenrat darauf hingewiesen, dass die Effizienzdefizite in unserem System zum Teil auch an der Ärztezentrierung liegen, dass wir uns klar machen müssen, wie neue Strukturen wirken und wie sich entsprechende Ergebnisse darstellen lassen.

Der dritte Punkt, der für mich sehr wichtig ist, ist die Versorgungsforschung als Basis für Allokationsentscheidungen. Wir müssten uns fragen, wie wir Versorgungsstrukturen und auch bestimmte Dinge im Rahmen der Versorgung allozieren müssen, wie wir möglicherweise auch Kenntnis davon bekommen müssen, wo Barrieren sind, Barrieren für Innovationen, Barrieren für die notwendige Implementierung von Maßnahmen. Wir sehen immer wieder, dass Rahmenbedingungen große Barrieren sind, auch die sektoralen Rahmenbedingungen. Wir müssen intersektoral erkennen, wie Organisationen aufgestellt sein müssten, damit auch Innovationen – die wir ja im System haben, die wir brauchen, die auch sinnvollerweise angewendet werden sollten – tatsächlich auch an die Patientinnen und Patienten gelangen.

Der letzte Punkt, den Frau Prof. Babitsch schon erwähnt hat, ich möchte ihn konkretisieren, ist die Finanzierung. Die Finanzierung der Versorgungsforschung ist für mich deshalb ein ganz wichtiger Punkt, weil wir uns fragen müssen, wem die Ergebnisse der Versorgungsforschung nutzen sollen. Ich sehe wiederum die Pati-

entinnen und Patienten im Mittelpunkt. Wenn dem aber so ist, glaube ich, dass insbesondere die Organisationen, die Patientenagenturen, zum Beispiel die Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), auch die Chance bekommen sollten, eine Versorgungsforschung mitzufinanzieren. Wir haben im Sachverständigenrat deutlich gemacht, dass 0,1 Prozent der Leistungsausgaben eine Summe wäre, die reichen würde, jedenfalls für den Anfang. Das wären 170 Millionen Euro, sicherlich eine Summe, die man für den Anfang in die Versorgungsforschung hineinstecken sollte. Ich denke, dass es sich auch unter Prioritätsaspekten lohnen würde, ganz bestimmte Projekte, ganz bestimmte Fragestellungen aufzuwerfen und dann in die Finanzierungen auch einzuspielen. Es wird immer wieder gesagt, die GKV seien nur 60 Prozent derer, die einen Nutzen davon hätten. Dann muss man dafür Sorge tragen, dass auch andere Möglichkeiten ausgeschöpft werden oder möglicherweise wie bei der InEK GmbH Heine Finanzierung zu schaffen, die dann insgesamt über die Versichertengemeinschaften läuft. Das ist der Punkt, den ich noch einmal besonders herausstellen möchte. Die Finanzierung deutet immer an, dass die Gesellschaft, die Öffentlichkeit einen Forschungsgegenstand ernst nimmt. Insofern bedeutet es auch, dass die Finanzierung auf Dauer sicherstellen muss, dass Versorgungsforschung einerseits funktioniert, dass andererseits der Nachwuchs auch Interesse an dieser hat und dass letztlich die Versorgungsforschung auch zur universitären Einrichtung, zur universitären Disziplin werden muss.

Vorsitzende:

Vielen Dank. Herr Prof. Pfaff bitte.

Prof. Dr. Holger **Pfaff** (Zentrum der Versorgungsforschung Köln der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln):

Ich war Vorsitzender des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V. und bin jetzt stellvertretender Vorsitzender. Man muss sich erst einmal fragen, was Versorgungsforschung denn leisten kann. Es geht in der Versorgungsforschung

nicht so sehr um Medizin, es geht um Verhalten, Verhalten von einzelnen Personen, von Ärzten, Pflegekräften, von Patienten. Es geht aber auch um das Verhalten von Organisationen, also Krankenhäusern, Kliniken, Arztpraxen, neue medizinische Versorgungszentren usw. Das heißt, wir brauchen die Sozial- und Verhaltenswissenschaften, um das genau zu untersuchen, nicht in erster Linie eine medizinische Disziplin. Das ist ein wichtiger Punkt. Dadurch können wir Grundlagen erarbeiten, um das System besser starten zu können. Wie Sie bereits sagten, geht es um Gesundheitssystemforschung. Es geht also letztendlich auch um die Steuerung des Systems, und Sie müssen Verhalten steuern. Deswegen brauchen Sie Experten auf dem Gebiet der Verhaltenswissenschaft, der Soziologie und Psychologie. Deswegen brauchen wir eine Stärkung der Grundlagenfächer in diesem Bereich. Das ist deshalb relevant, weil die Steuerung auf der Universitätsebene läuft, wo diese Fächer „abgewickelt“ werden. Es besteht eine ganz konkrete Gefahr, dass es am Schluss darauf hinaus läuft, dass man Daten sammelt, aber mit den Daten nichts mehr anfangen kann, weil keine Theorie, keine Forschung darüber herrscht, wie das Ganze zustande kommt.

Herr Prof. Beckmann und Herr Prof. Glaeske haben vollkommen recht, man muss den Datenzugang klären. Es ist eine Schande, wie das in Deutschland läuft. Wir haben einfach nicht die Daten wie die Amerikaner. Es muss sich schleunigst etwas ändern, damit wir überhaupt die Daten haben. Wir brauchen aber auch die Leute, die das auswerten können – ein wichtiger Punkt. Wir müssen den Nachwuchs fördern, selbst wenn wir viele Finanzen fordern, müssen wir auch Leute haben, die das letztendlich bearbeiten können. Die große Frage ist, was das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) machen kann, was andere Akteure in diesem Bereich machen können, was die Universitäten machen können. Der Punkt ist, dass wir mehr Licht ins Dunkel bringen müssen. Dazu müssen Sie wissen, dass wir in der Versorgungsforschung einmal die Gesundheitsleistungsforschung, das geht in Richtung Medikamentenforschung, die gruppierte Gesundheitstechnologie unterscheiden und wie sie sich auswirkt. Das ist der eine Punkt. Der andere wichtige Punkt aber ist, dass wir auch den Kontext dieser Leistungserbringung betrachten müssen. Wir müssen betrachten, wie der Arzt mit

dem Patient umgeht, wie viel Empathie in diesem Gespräch, in der Interaktion steckt. Es geht auch darum, wie das Versorgungsteam, zum Beispiel das Palliativteam, mit dem Schwerkranken umgeht. Es geht auch darum, wie das Krankenhaus organisiert ist, wie es zum Beispiel Organisationswandel mitmacht, wie die Leute umlernen, wenn sie patientenorientiert tätig werden müssen. Das sind alles Fragen, die völlig ungeklärt sind. Wir wissen nicht, wie die Ärzte und Pflegekräfte „ticken“. Wir wissen zum Teil auch nicht, wie die Patienten „ticken“. Wir müssen es aber wissen, um praktisch und konkret eingreifen zu können. Sonst greifen wir in Dunkelheit ein. Das ist der wesentliche Punkt, und deswegen ist die Forderung, Strukturen zu schaffen, die es uns erlauben, das Ganze zu machen.

Mein zweiter Punkt ist, dass es ein nationales Versorgungszentrum geben muss, genauso wie es ein vom BMBF gefördertes Gesundheitszentrum gibt. Wir müssen diese Querschnitte, die bisher immer links liegen gelassen wurden, stärken. Wir müssen eine kritische Masse an Forschung schaffen, die das bewältigen kann. Das ist ein ganz wichtiger Punkt. In Holland existiert ein nationales Versorgungsforschungszentrum für ganz Holland. Was wir brauchen ist das, was die Amerikaner haben, das sog. AHRQ, das am BMG angegliedert wäre. Die haben ein Budget von 400 Millionen US-Dollar, geben also allein im BMG-Bereich einen Euro pro Bürger aus. Das erreichen wir nicht, das ist nur das BMG, nicht Forschung. Der andere Punkt ist, dass wir auf Universitätsebene sogenannte Koordinierungszentren für Versorgungsforschung brauchen, genauso, wie es Koordinierungszentren für klinische Studien gibt, damit wir in den Universitäten eine Basis für die Forschung haben. Und wir brauchen eigentlich auch ein nationales Versorgungsforschungsregister, wo sich jeder, der Versorgungsforschung betreibt, eintragen muss, damit man überprüfen kann, ob dort etwas herausgekommen ist.

Unsere Gesellschaft gibt – glaube ich, Sie sind bessere Experten – mindestens zwei bis drei Prozent für Forschung und Entwicklung aus. So viel müssen wir auch in diesem Bereich ausgeben. Die Kassen müssen ran! Ich habe sogar ein Prozent des Haushalts gefordert. Um praktisch-soziale Innovation voranzubringen, ist es zu wenig. Das muss dann extern gemacht werden, aber natürlich auch mit dem

Ziel, dass konkrete Ergebnisse herauskommen. Ich habe noch andere Punkte angesprochen, aber ich glaube, das ist das Wichtigste. Wir brauchen letztendlich eine Infrastruktur in Deutschland, die es erlaubt, diese wertvolle Forschung voranzutreiben.

Vorsitzende:

Herzlichen Dank. Nun Prof. Scherer bitte.

Prof. Dr. Martin **Scherer** (Institut für Allgemeinmedizin Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf):

In meiner Stellungnahme möchte ich drei Punkte ansprechen. Diese drei Punkte haben mit den drei Rollen zu tun, die ich im Hinblick auf die Versorgungsforschung habe. Ich hatte ehemals eine Professur für Methoden der Versorgungsforschung. Jetzt bin ich Allgemeinmediziner. Die dritte Rolle ist, dass ich zweimal eine DFG-Nachwuchsakademie „Versorgungsforschung“ ausrichten durfte. Aus diesen drei Perspektiven habe ich auf das Rahmenprogramm geschaut.

„Systemherausforderung, Versorgungsforschung, Qualitätsförderung, Herausforderung“ habe ich mit dem Blick eines Methodenforschers angeschaut und mir überlegt, welcher Grundgedanke von Qualitätsförderung dem Ganzen zu Grunde liegt. Jegliche Versorgungsforschung zielt natürlich auf die Verbesserung der Qualität der vorgefundenen Versorgung. Ich habe daher in meiner schriftlichen Stellungnahme ein Schema integriert, das nicht das Hauptqualitätsmodell ist, aber meines Erachtens ein ganz wesentliches und umfassendes, weil es die Qualitätsdimensionen aufteilt in die Bereiche Effektivität, Sicherheit und Patientenorientierung. Das sind wichtige Dimensionen der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems, auch der Zugang der Versorgung. Dabei spielt die Gerechtigkeit eine ganz entscheidende Rolle. Das Rahmenprogramm hat für mich zwei Bedeutungsaspekte. Der erste Aspekt ist, dass es ein Programm ist. Der zweite Aspekt ist, dass schon sehr viel davon umgesetzt wurde. Und in diesem insgesamt sehr guten Programm heißt es auf Seite 13: „Ziel der Forschungsförderung der Bundesregierung zur Versorgungsforschung ist es, wissenschaftliche Evidenz für die Verbesserung

von Qualität und Sicherheit, des Nutzens und der Nachhaltigkeit der gesundheitlichen Versorgung zu erbringen. So werden die Grundlagen für neue Lösungsstrategien zur Gestaltung, Organisation und Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens geschaffen. Dabei stehen in der Versorgungsforschung in besonderem Maße Patientenorientierung und Patientensicherheit im Mittelpunkt.“ Gerade dabei muss man ein solches komplexes Qualitätsmodell zumindest im Kopf, den Zugang zur Versorgung und die Fragen der Gerechtigkeit mit im Blick haben. Fragen der Bedarfs- und Verteilungsgerechtigkeit im Aktionsfeld 4, wie sie im § 70 SGB V nahegelegt sind, werden bislang noch nicht thematisiert. Da gibt es möglicherweise Ergänzungsbedarf. Und der Zugang zur Versorgung ist ebenfalls eine wichtige Dimension der Leistungsfähigkeit.

Versorgungsforschung ist – wie mein Kollege Prof. Pfaff sagte – keine rein medizinische Disziplin, sondern interdisziplinär: Mediziner zusammen mit Gesundheitswissenschaftlern, Psychologen, Soziologen, mit Ethikern und Juristen im Zusammenwirken der vielen verschiedenen Disziplinen. So kann man auch darauf achten, und muss auch darauf achten, dass man ethische und juristische Problemlagen der Versorgung thematisiert, insbesondere die Versorgung besonderer sozialer Gruppen – Interkulturalität und Migration im Versorgungskontext. Migration und Interkulturalität sind in dem Rahmenprogramm thematisiert, allerdings im Aktionsfeld 2 und 3 und noch nicht dort, wo es meines Erachtens wichtig wäre, im Aktionsfeld 4.

Der zweite Punkt – und da habe ich mehr den „allgemeinmedizinischen Hut“ auf – ist, dass auf Seite 13 des Rahmenprogrammes die Allgemeinmedizin erwähnt ist. Es wurde für die Allgemeinmedizin viel getan. Wir wissen aber auch, dass sich die akademische Allgemeinmedizin sehr stark entwickelt hat und immer noch haben wir ein Problem, was die Sicherstellung in der hausärztlichen Grundversorgung der Bevölkerung anbelangt. Wir wissen auch, dass der Bundesrat kürzlich über ein mögliches Pflichtquartal in der Allgemeinmedizin zu entscheiden hatte. Das wäre möglicherweise eine Chance gewesen, den Nachwuchs in der Allgemeinmedizin zu verbessern. Man entschied sich dagegen. Aber die Frage ist,

wie man die Strukturqualität im hausärztlichen, ländlichen Raum sicher stellen kann, wie das gesellschaftliche Ziel dieser Sicherstellung durch Versorgungsforschung begleitet werden kann. Diese Art von Versorgungsforschung hat zum einen konzeptionelle, aber auch evaluative Anteile.

Der dritte Punkt, auf den ich noch eingehen möchte, ist der, den Herr Prof. Dr. Pfaff schon angesprochen hat, die Förderung des Nachwuchses, nicht nur in der Allgemeinmedizin, sondern auch in der Versorgungsforschung. Wir wissen, dass Versorgungsforschung zunehmend an Bedeutung gewinnt. Der Problemdruck im System nimmt beständig zu. Im Vergleich zur internationalen Forschungsszene hat Deutschland noch einen gewissen Aufhol- und Nachholbedarf. Wir brauchen junge Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftler. Es gab bis jetzt zwei strukturierte Programme. Bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), die wir einmal von Lübeck und einmal von Hamburg aus begleiten durften, ist es uns mit einem gemeinsamen Projekt gelungen, 40 Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftler auf ein Karrieregleis zu setzen und zu fördern. Auch die Nachwuchsförderung ist von Ihnen angesprochen worden, aber das Problem ist, dass sich die DFG zu dieser Form der Förderung zumindest nicht auf Dauer verpflichten möchte. Vielmehr gibt sie die Verantwortung zur weiteren Förderung des Nachwuchses an die Fakultäten weiter. Die Universitäten werden diese Aufgabe nicht allein stemmen können. Da wird es wichtig sein, die Fakultäten mit einer gewissen Förderung auszustatten, um strukturierte Nachwuchsprogramme für junge Versorgungsforscherinnen und Versorgungsforscher auflegen zu können.

Vorsitzende:

Vielen Dank. Wir kommen damit zu unserer ersten Beratungsrunde. Als Berichterstatter für die CDU/CSU-Fraktion beginnt der Kollege Gienger.

Abg. Eberhard **Gienger** (CDU/CSU):

Vielen Dank, zunächst einmal zu den Ausführungen, die Sie uns heute hier dargeboten haben. Was Sie uns zu sagen hatten, fand ich hochinteressant. Wenn man Sie so hört, stellt man fest, dass es offensichtlich doch am Geld hängt, beziehungsweise zu wenig Geld da ist.

Herr Prof. Pfaff hat von 400 Millionen US-Dollar gesprochen, die die Amerikaner in ihr System einbringen. Ist eine Summe von 400 Millionen in Deutschland auch wünschenswert, oder kommt man mit weniger aus? Braucht man mehr?

Herr Prof. Pfaff hat auch von den Strukturen gesprochen, die wünschenswert wären, die Versorgungsforschung in Deutschland zu verankern. Ich habe da die Punkte „Datenzugänge sichern“, „nationales Versorgungszentrum schaffen“, „Koordinierungszentren schaffen“ notiert. Glauben Sie, dass man – wenn wir ein solches System aufbauen würden – mit einer Summe von 400 Millionen Dollar überhaupt auskommen würde? Ich kann mir vorstellen, dass das durchaus etwas mehr sein müsste.

Die Versorgungsforschung ist auch ein Thema in der Notfallmedizin. Glauben Sie, dass das ebenfalls in dieses Programm mit einbezogen werden müsste?

Mir ist auch das Thema „Daten und Datenfluss“ aufgefallen. Da haben Sie – Herr Prof. Beckmann – auf der einen Seite davon gesprochen, dass Datenfluss und Datenqualität mehr zum Tragen kommen müssten. Auf der anderen Seite höre ich dann von Herrn Prof. Glaeske, dass es Regeln gibt, die nicht genutzt werden. Jetzt stelle ich mir die Frage, wie wir etwas dazu beitragen können, wenn es bereits Regeln gibt, aber die Nutzung fehlt. Es liegt doch bei den Protagonisten, die Regeln entsprechend zu nutzen. Oder welche Möglichkeiten sehen Sie von Seiten der Politik, hier einzuwirken und Verbesserungen vorzunehmen?

Dann wüsste ich noch gerne von Frau Prof. Babitsch, ob die Versorgungsforschung für Männer und Frauen Ihrer Meinung nach gleich gut ausgestattet ist, oder kann man diesbezüglich auch noch von unserer Seite einwirken?

Vorsitzende:

Vielen Dank. Wir beenden erst die Fragerunde und kommen dann anschließend zur Antwortrunde. Das Wort hat nun der Kollege René Röspel für die SPD-Fraktion.

Abg. René **Röspel** (SPD):

Ich habe zwei Fragen an Herrn Prof. Beckmann. Wir haben Sie bewusst als Kliniker eingeladen. Die Aussagen zu der Datenproblematik fanden wir schon sehr spannend. Die liegen auch schriftlich vor. Für uns ist es einfach interessant, was denn eigentlich getan werden kann, damit zum Beispiel die Behandlung Krebskranker besser wird. Was kann, über das sicherlich wichtige Maß an medizinisch-technischer Grundlagenforschung und klinischer Forschung hinaus, im Bereich der Versorgung von Krebskranken getan werden? Wird das eigentlich durch das heutige System konkret abgedeckt? Kommt das bei Ihnen als Kliniker an? Umgekehrt, wenn Sie in der so wichtigen interprofessionellen Behandlung und Versorgung Erfahrungen machen, also nicht nur die Ärzte, sondern eben die Pflegenden, die nachsorgenden Mediziner, wohin wenden die sich dann? Wie funktioniert das System, und wird das abgedeckt, oder gibt es bei den Gesundheitsforschungszentren, die jetzt auch eingerichtet worden sind, ein Defizit?

Vorsitzende:

Herzlichen Dank, und nun für die FDP-Fraktion der Kollege Dr. Röhlinger.

Abg. Dr. Peter **Röhlinger** (FDP):

Schönen Dank für Ihre Vorträge. Ich empfinde Ihre Beiträge zum Teil als Hilferuf, als Alarmsignal und nehme das wirklich sehr ernst. Ich stelle mir aber andererseits die Frage, welche Signale unsere Vorgänger von Ihnen bekommen haben,

wenn im Jahre 2012 ein solcher Hilferuf kommt? Sind die nicht gehört worden oder fehlte es an solchen Alarmsignalen? Vielleicht kann einer von Ihnen das einmal zusammenfassend darstellen. Denn ich habe auch den Eindruck, dass Sie untereinander nicht so vernetzt sind, dass Sie den Eindruck haben, wenn der Kollege oder die Kollegin aus Osnabrück vorträgt, ist das kompatibel, die kennen mein Anliegen, auch wenn ich aus Hamburg komme.

Deswegen habe ich eine Frage an Herrn Prof. Beckmann. Bei Ihnen war dieser Hilferuf besonders dramatisch. Wie stellen Sie sich denn die Umsetzung Ihres Hilferufes vor? Was kann der Bundestag auf diesem Gebiet tun, um dem abzuhelpfen? Meine zweite Frage geht an die Allgemeinmediziner, speziell an Herrn Prof. Scheerer. Die Versorgung mit Allgemeinmedizinern war in den vergangenen zehn Jahren dramatisch. Ich hatte diesen Eindruck und hoffe, dass sich das gebessert hat. Die Zusammenarbeit mit Allgemeinmedizinern und den Spezialisten kann natürlich nur so gut sein, wie es der Datenfluss ist. Das sage ich als Patient und als Mitglied des Deutschen Bundestages in einem Ausschuss der sich mit Bildung und Forschung auskennt und verantwortlich ist. Wie sehen Sie die Verantwortung unseres Ausschusses, gerade die Zusammenarbeit bezüglich der Allgemeinmediziner und der Forschungseinrichtungen zu verbessern?

Vorsitzende:

Vielen Dank. Für die Fraktion DIE LINKE., Frau Dr. Sitte.

Abg. Dr. Petra **Sitte** (DIE LINKE.):

Man merkt bei den Stellungnahmen, dass das Thema unglaublich komplex ist. Man hätte jetzt viele Fragen, die man aber heute nicht alle stellen kann. Ich möchte mich zunächst an Herrn Prof. Glaeske und Frau Prof. Babitsch wenden. Auch in Ihren Stellungnahmen ist das Problem der verstärkten Forschung in sozialwissenschaftlichen Grundlagen, zum Zugang, zum sozialen Umfeld und zu den organisatorischen Umständen in der Versorgung aufgetaucht. Sie haben das in Ihren Stellungnahmen nochmal einmal ausdrücklich gefordert. Arzt, Patient, Palliativmedizin, Kollektiv, Krankenhaus-Organisation, ethische und juristische Fragen

für besondere Gruppen in der Gesellschaft waren schon wichtige Stichpunkte. Können Sie noch einmal für uns ein bisschen systematischer zusammentragen, welche Fragestellungen wir hier besonders in den Fokus nehmen müssten und Ihre Ideen, wie der Bund dazu beitragen könnte, diese Forschungen zu unterstützen?

Vorsitzende:

Vielen Dank. Nun Frau Sager für die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Abg. Krista **Sager** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):

Ich habe zwei Fragen an Herrn Prof. Glaeske. Sie hatten im Zusammenhang mit dem Thema „Daten“ auf die Möglichkeiten des § 303 SGB V hingewiesen, was Herr Prof. Beckmann auch angesprochen hatte. Soweit ich informiert bin, hat es noch einmal eine Anpassung der Vorgaben der Bundesregierung durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz gegeben. Es ist wohl vorgesehen, dass auf die Daten des Risikostrukturausgleichs zurückgegriffen werden soll. Wie beurteilen Sie das für die Fragen, die in der Versorgungsforschung anstehen, und halten Sie das für eine hinreichende Regelung, und wo ist da eigentlich noch der zusätzliche Handlungsbedarf?

Ich habe noch eine zweite Frage. Sie haben sehr deutlich gesagt, die Kassen müssten „ran“. Das ist auch plausibel, die wollen auch wissen, wie man mit möglichst geringen Mitteln optimale Versorgung herstellt. Nun haben wir aber auch immer das Prinzip „Wer zahlt, bestellt“. Wie kann man eine Struktur in die Versorgungsforschung einziehen? Ich will gar nicht bezweifeln, dass es eine ganz wichtige Frage ist, wie wir unser Gesundheitssystem bezahlbar halten. Aber wie kann man verhindern, dass die Fragen, die Herr Prof. Scherer angesprochen hat und die im Rahmenprogramm schon unzureichend adressiert sind, dabei nicht unter die Räder kommen. Fragen, bei denen es wirklich um Gerechtigkeitsfragen, ethische Fragen, Qualitätsfragen geht und wir nicht nur eine reine Ausrichtung auf Kostenfragen haben.

Vorsitzende:

Vielen Dank. Das war die erste Fragerunde. Wir kommen nun zu den Antworten. Es beginnt wieder Frau Prof. Babitsch.

Prof. Dr. Birgit **Babitsch** (Universität Osnabrück, Fachbereich Humanwissenschaften, Fachgebiet New Public Health):

Die erste Frage, auf die ich eingehen möchte, ist die Frage nach Geschlecht, Frauen- und Männerforschung in der Gesundheitswissenschaft oder in der Medizin. Ich denke, dass sich die Forschung in beiden Richtungen etablieren konnte, wobei in den letzten Jahren die Gender-Forschung stärker in der Medizin gefördert worden ist. Da gab es eine große Lücke. Wir haben eigentlich kaum verstanden, wenn wir beim Herzinfarkt klinische Unterschiede gesehen haben, wo das biologisch herkommt. Da wurde in den letzten Jahren relativ viel getan, nicht nur in Deutschland, auch international. Dort hat sich ein relativ großes Netzwerk etabliert. Parallel hat sich die Männerforschung in der Gesundheit etabliert. Es gibt dort eher Parallelbewegungen, und das wäre auch der Punkt, an dem ich ansetzen würde. Ich denke, es bringt eigentlich wenig. Letztendlich sollte man noch einmal – aus der Geschlechter-Perspektive kommend – betrachten, welche Fragen ich im Bezug auf Männer- und auf Frauengesundheit bearbeiten soll.

Manche Themen – wie zum Beispiel Selbst-Management – sind für beide Geschlechter relevant, jedoch für Männer ein bisschen anders konnotiert als für Frauen. Wir haben mittlerweile in allen Ausschreibungen die Auflage, das „Gender“ zu berücksichtigen ist. Das steht nicht irgendwo im Kleingedruckten, das wird auch gefordert. Es wird aber nicht überprüft, was am Ende dabei herauskommt. Das heißt, es kommt vom Gender-Mainstreaming, es ist sozusagen eine Auflage. Ich denke, es ist ein Pfund, das wir verschenken. Wir fordern an der Stelle noch einmal mehr, dass diese Geschlechterperspektive auch tatsächlich nicht nur dahingehend berücksichtigt wird, dass man Frauen und Männer in zwei Gruppen steckt und vergleicht, sondern auch theoretisch lanciert überlegt, was das eigentlich heißt. Ein Punkt könnte sein, und das nicht nur bezogen auf Gender, sondern auch auf andere soziale Merkmale, die relevant sind, wie Migrationshintergrund, dass man in Begutachtungsverfahren Expertinnen und Experten

hinein nimmt, die genau diesen Blick haben, nicht nur empirisch, sondern auch theoretisch fundiert. Es könnte vielleicht helfen, dass die Forderung dann insgesamt besser umgesetzt wird.

Sie hatten weiter nach der allgemeinen Vernetzung gefragt. Dazu möchte ich gar nicht so viel sagen, denn wir haben zwei Personen hier im Raum, die in diesem Bereich jahrelang gearbeitet haben. Aber ich denke, dass die Versorgungsfor- schung – ob es „Best-Practice“ ist, weiß ich nicht – ein gutes Beispiel dafür ist, dass die Forschung sehr stark durch den Austausch flankiert wurde. Es sind sehr viele Memoranden entstanden, die die Forschungslandschaft, wie auch die Förde- rung geprägt haben; das haben wir in keinem Bereich so gehabt. Ich glaube, wir arbeiten ganz gut zusammen. Wir haben auch ein DFG-Netzwerk für Nachwuchs- wissenschaftlerinnen, in dem wir uns noch einmal die Inanspruchnahme in Deutschland anschauen, in dem wir – die ein wenig Jüngeren – noch einmal in- tensiv zusammenarbeiten. Ich glaube, es funktioniert ganz gut. Auch wenn Ko- operationen meistens nicht gefördert werden, obgleich sie ein wichtiges Thema sind. Das machen wir alle noch zusätzlich.

Sie hatten nach sozialwissenschaftlicher Forschung gefragt. Ich habe mir noch einmal die ganzen Förderungen angeschaut. Im Augenblick haben wir in den Ver- einigten Staaten in der Gesundheitsforschung eine starke medizinisch- naturwis- senschaftliche Prägung. Das widerspricht eigentlich dem Umstand, dass man weiß, was die Determinanten für Gesundheit sind. Die WHO sagt nicht umsonst, die sozialen Determinanten seien die Determinanten, die wir angehen müssten. Alle Regierungen sind hierzu in Rio gewesen und haben auch ein sehr gutes Pro- gramm entwickelt. Es geht eigentlich nicht an, dass wir das in der Forschung ver- nachlässigen. Das heißt, wir müssen nach sozialer Benachteiligung fragen, wo wir sehr substantielle Forschungsergebnisse auch für Deutschland haben. Die rücken dann aber nicht so sehr ins Zentrum, wenn wir in anderen Forschungsbereichen arbeiten. Ich glaube, das ist auch eine Folge davon, dass wir sehr fokussiert in die Forschungsförderung gegangen sind, was einerseits gut war, weil wir dadurch sehr viel Anschub hatten. Wir haben Public-Case gestartet, dann kam Reha, Pflie- ge, jetzt sind wir bei der Versorgungsforschung, Gesundheitsökonomie. Aber es

führt natürlich dazu, dass auch eine starke Fokussierung gefordert wird. Schauen Sie sich die Projekte an. Die erlauben es nicht, das in einem größeren Rahmen einzubetten.

Ein wichtiger Punkt sind beispielsweise auch Patientenpfade. Wir müssen überlegen, ob unsere Vorgehensweise für alle Bevölkerungsgruppen funktioniert, ob alle Bevölkerungsgruppen den gleichen Zugang zur Information haben, ob alle Bevölkerungsgruppen mit Information gleich gut umgehen können. Da gibt es vereinzelte Projekte. Dort haben wir vereinzelt Wissen, aber es ist punktuell und ohne strukturelle, systematische Perspektive. Ich denke, wenn wir da weiter machen, sollten wir das einbeziehen. Ich denke, dann sind wir international auch anschlussfähig.

Vorsitzende:

Vielen Dank. Nun Herr Prof. Beckmann bitte.

Prof. Dr. med. Matthias W. **Beckmann** (Frauenklinik Universitätsklinikum Erlangen):

Frau Vorsitzende, ich möchte das fraktionsübergreifend beantworten. Sowohl Herr Gienger, Herr Röspel, als auch Herr Dr. Röhlinger haben das gleiche Thema angeschnitten. Bitte erlauben Sie mir zwei Minuten, um Ihnen kurz zu sagen, warum ich so denke. Wir haben im Augenblick ein System, das interprofessionell, intersektoral und interdisziplinär ist – verschiedene Ärzte, verschiedene Berufsgruppen und „ambulant-stationär“. Ich zeige es Ihnen ganz konkret am Beispiel einer Patientin auf, dann können Sie sich das vorstellen. Bei einer Patientin wird im Mammographie-Screening in Bayern beim niedergelassenen Kardiologen ein Mamakarzinom diagnostiziert. Dann geht sie zum niedergelassenen Pathologen, da wird sie gestanz, da ist das Stanzergebnis „desto“. Dann kommt sie in ein zertifiziertes Brustzentrum. Dort wird sie von sechs oder zehn Disziplinen behandelt. Danach wird sie wieder entlassen, geht zurück in die ambulante Strahlentherapie, geht dann eventuell in die ambulante Onkologie, dann in die Reha, in die Nachsorge und bleibt dann die nächsten fünf Jahre beim niedergelassenen Gynäkologen, damit wir fünf Jahre Überlebensraten haben. Jeder dokumentiert an irgendei-

nen Zeitpunkt irgendetwas. Jeder hat seinen eigenen Datensatz. Die Rententräger, DMP-Mamakarzinom, das DRG-System, das Krankenhausinformationssystem, das Mammographie-Screening; alle haben ihren eigenen Datensatz. Jeder dokumentiert etwas in seinem Datensatz – ob das Schwestern im Krankenhaus sind, Arzthelferinnen in der Praxis oder die Ärzte in der Pathologie. Die Datensätze dieser Frau werden nie zusammengeführt.

Herr Dr. Röhlinger, Sie fragen, was die Politik tun kann? Wir haben die Instrumente, Herr Prof. Glaeske hat es vollkommen richtig gesagt, aber die Politik in Deutschland weigert sich, die Sache einmal wirklich in die Hand zu nehmen und zu sagen, dass es so wirklich nicht weitergeht. Da muss man jetzt einmal ganz konkret werden. Es kann nicht sein, dass wir in sieben Systemen dokumentieren.

Jetzt komme ich zu dem Punkt „Leistung“, Frau Sager, etwas, das Sie angesprochen haben. Wir haben Leitlinien, das heißt, jeder Patient hat einen Standard. Ein Standard ist für mich positiv. Wenn er gut eingehalten wird, ist das die beste Überlebensrate. Ich kann nicht sagen, wie der Standard in Deutschland ist. Das kann Herr Prof. Pfaff sagen, er hat eine Umfrage für die Brustzentren in Deutschland gemacht, damit hatte ihn die Deutsche Krebsgesellschaft beauftragt. Jetzt haben wir eine Idee. Aber ich kann nicht sagen, ob die Patientin mit Brustkrebs in Hamburg besser überlebt als die bei mir in Erlangen. Diese Daten gibt es in Deutschland nicht. Es ist beschämend. Wir haben die Daten, weil wir dem selbst nachgehen, klinische Krebsregister usw. Aber de facto können wir die Behandlungsqualität, die die Basis der Versorgungsforschung ist, nicht flächendeckend nachweisen, weil jeder sein „eigenes Süppchen kocht“. Es gibt keinen Koordinationsausschuss. Deswegen – wie es Herr Prof. Pfaff vorhin gesagt hat – brauchen wir eine zentrale Koordinationsstelle, die „die Bremse Reinhaut“ und sagt, dass wir das jetzt einmal zusammen machen wollen.

Aber ich sage Ihnen jetzt schon, was dann Ihr nächstes Problem ist: Ihr Bundesdatenschutzbeauftragter. Ich bin jetzt in dem Ausschuss, der in Bayern gerade das neue Krebsregisterdatenschutzgesetz macht. Wir arbeiten bereits zweieinhalb Jah-

re daran. Das politische Problem ist, dass wir keine personenbezogenen Daten einer Einzelperson über deren Leben hinweg verfolgen können. Wir müssen die Patientin immer nach einer Genehmigung fragen, dass ich die Daten überhaupt von dem niedergelassenen Kollegen sammeln darf, um zu sehen, ob sie noch lebt, ob sie ein Rezidiv hat. Aus meiner Sicht haben wir ein strukturelles Problem. Wir haben kein Qualitätsproblem, Frau Sager. Durch die Leitlinien wird festgelegt, wie eine Behandlung zu sein hat, nur muss man das auch umsetzen. Dann muss man nachweisen, dass es umgesetzt worden ist, damit nicht im „Spiegel“ oder der „Bild“-Zeitung auf der ersten Seite steht „Brustkrebs in Deutschland 2004 – Wir sind die Schlechtesten in Europa“, als Frau Ulla Schmidt noch Ministerin war. Nach den Daten, die wir derzeit haben, sind wir die Nummer 3 in Europa. Wir sind besser als sehr viele andere Länder, weil wir die Daten eben nicht flächendeckend, sondern aus einzelnen Krebsregistern zusammengetan haben und jetzt können wir das beweisen. Das haben Sie nirgendwo gelesen, nicht im „Spiegel“, der „Bild“-Zeitung oder im „Focus“. Um das jetzt fraktionsübergreifend zu beantworten: Wir brauchen eine Regulierung, obwohl ich jemand bin, der wirklich nicht für Regeln ist. Aber wir brauchen hier ein Regulation, aus meiner Sicht ein Institut oder eine Kommission oder ein Gremium, das die Daten zusammenführt. Selbst Herr Hess, der völlig dagegen war, Sachen aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) abzugeben, hat letztens auf der Abschiedsrede gesagt, dass er sich auch vorstellen kann, dass Register für den Gemeinsamen Bundesausschuss Daten liefern. Das war eine ganz neue Vision, die ich überhaupt noch nie vom ihm gehört hatte. Das ist das Problem. Wir haben die gesetzlichen Maßgaben, sie werden nicht umgesetzt.

Vorsitzende:

Herr Prof. Glaeske bitte.

Prof. Dr. Gerd **Glaeske** (Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik):

Es kamen unterschiedliche Fragen zustande. Ich möchte gleich bei dem anknüpfen, was Herr Prof. Beckmann gerade so plastisch dargestellt hat. Ich möchte noch einmal darauf eingehen, wie das mit den §§ 303 a- f SGB V ist. Herr Gienger hatte

das gefragt und auch Frau Sager hatte das angesprochen. Mit der Fragestellung, ob nun eine neue Kohorte, der Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbidity-Risk-Stratification, Morbi-RSA) und diese Daten ausreichen würden. Sie reichen bei weitem nicht aus. Wir haben leider immer wieder das Problem, dass diese Daten, die da zur Verfügung gestellt werden sollen, weder sozioökonomische Daten sind, noch haben wir Hinweise darauf, wie die Bildungsstände sind, noch haben wir Hinweise darauf, wie die einzelnen Personen in diesem System verankert sind. Wir wissen nichts über vulnerable Gruppen, wir wissen nichts über Migrationshintergründe, nichts darüber, wie die medizinischen Strukturen im Zugänglichkeitsbereich in Vororten sind – „Accessibility“ ist ein ganz wesentlicher Aspekt in diesem Zusammenhang. Insofern reicht dieser Datensatz überhaupt nicht aus. Das heißt, wir brauchen nach wie vor eigentlich die Regelung in §§ 303 a - f SGB V a.F., die gar nicht falsch war. Dort hat man gesagt, dass wir zur Darstellung epidemiologischer Analysen gemeinsame Daten zum Beispiel aus den Krankenkassenbereichen brauchen, die dann pseudonymisiert werden. Wir haben längst die Methodik, wie man Sie, Frau Burchardt, durch das System verfolgen kann. Wir wissen nicht, dass Sie Burchardt heißen, aber wir wissen, dass Sie die Nummer 4711 tragen. Insofern könnte man auch über die Zeit deutlich machen, welche Stationen und welche Möglichkeiten der Versorgung Sie angelaufen haben, um dann im medizinischen Versorgungssystem entsprechend bewertet werden zu können, bezogen auf Ihr Outcome.

Es war zum Beispiel ein großes Drama, dass zwar auf der einen Seite das Krebsregister in Schleswig-Holstein relativ rasch feststellen konnte, dass die Inzidenz des Mamakarzinoms sank, nachdem wir die Hormonkombinationen für die Wechseljahre reduziert hatten. Aber wir konnten im Prinzip zu einzelnen Frauen keine Verbindung schaffen. Wir konnten nicht deutlich machen, wer hier profitiert hat und wie diese Darstellung, die Analyse weitergeht. Wir haben die Chance. Eigentlich müssten die Menschen politisch getreten werden, die in den Selbstverwaltungsgremien auf ihren Daten hocken, weil Versorgungsforschung auch immer aufdeckende Forschung ist. Versorgungsforschung hat immer einen Aspekt, dass man erkennen kann, wo es Über-, Viel- und Unterversorgung gibt. Ich glaube, das

wird gefürchtet wie „der Teufel das Weihwasser“. Insofern ist der Hilferuf schon richtig, Herr Dr. Röhlinger. Das hängt auch mit Ihrem Koalitionsvertrag zusammen. Es hat nie so eine wunderschöne Passage gegeben wie auf Seite 93 des Koalitionsvertrages, auf der sie endlich gesagt haben, dass die Versorgungsforschung jetzt gefördert werden muss. Bitte, machen Sie es! Das ist der Rahmen, in dem wir uns befinden und wo Sie zum ersten Mal – dankbarer Weise – den Hilferuf aufgenommen haben, wo man jetzt sagt, wie es mit den Instrumenten im System aussieht. Die Instrumente gibt es in der Tat, sie müssen allerdings vereinheitlicht werden. Was Herr Prof. Beckmann gesagt hat, ist völlig richtig, dass kein Wust an unterschiedlichen Datenkörpern entsteht, sondern dass ich eine Koordinierungsstelle, eine Treuhandstelle habe. Das ist das Wesentliche. Ich brauche eine Treuhandstelle, die all diese kodierten Daten zusammenführt, eine bestimmte Kodierung wiederum auf ein Pseudonym zusammenführt, damit man auch die Möglichkeiten der Auswertung hat. Das schafft der Morbi-RSA-Datensatz überhaupt nicht, bei weitem nicht. Ich war lange Zeit Vorsitzender dieses wissenschaftlichen Wahlrates, ich weiß, was dort drin steht, und das reicht überhaupt nicht aus.

Der zweite Punkt war die Frage nach den Möglichkeiten, die die Sozialwissenschaft in diesem Rahmen „Versorgungsforschung“ zu stellen hat, was Frau Dr. Sitte angesprochen hat. Wir sind nach wie vor in der Situation, dass wir nicht genau erkennen können, wie die sozioökonomischen Bedingungen auf der einen Seite zu Krankheiten und zu epidemiologischen Auffälligkeiten auf der anderen Seite führen. Wir haben gerade eine Studie mit der Bertelsmann-Stiftung zu der Fragestellung gemacht, welche Kinder von welchen Eltern besonders viel Antibiotika und welche Kinder wenig bekommen. Interessanterweise bekommen solche Kinder wenig Antibiotika, deren Eltern irgendwie im Gesundheitssystem beschäftigt sind. Diese Eltern wissen nämlich, dass nicht bei jeder Mittelohrentzündung oder bei jeder Infektion ein Antibiotikum erforderlich ist. Aber es wird umso mehr Antibiotika gegeben, je niedriger der Bildungsstand ist. Gesundheit ist ohne Bildung nicht machbar. Das bilden aber all diese Daten nicht ab. Ich brauche an der Stelle sozialwissenschaftliche Daten und zum Beispiel die Ergänzung von Sekundärdaten mit Primärdaten, um darüber Auskunft geben zu können und ver-

nünftige Analysen machen zu können, um deutlich zu machen, wo es Nachholbedarf gibt und wo wir insbesondere eingreifen müssen. Wir wissen doch, dass in Deutschland von den zwölf wesentlichen chronischen Krankheiten elf in den unteren Sozialschichten besonders häufig vorkommen. In der Mittelschicht gibt es eine, bei uns allen, nämlich die Allergie. Alle anderen Krankheiten, alle Herz-Kreislaufferkrankungen, Stoffwechselerkrankungen sind im Bereich der unteren Sozialschichten angesiedelt und wir wissen nicht, bisher jedenfalls nicht genau, auch nicht im Präventionsbereich, nicht bei gezielten Aktionen, wie wir dort auch besser voran kommen.

Damit hängt natürlich wiederum die Fragestellung zusammen, wie wir das koordinieren können. Wir haben einmal vorgeschlagen, ob es nicht so etwas wie ein „Clearing“-Haus geben sollte, also – Herr Pfaff hat noch einmal darauf hingewiesen – ein nationales Zentrum.

Herr Gienger hat nach den 400 Millionen gefragt. Für das Demenzinstitut in Bonn wurden zumindest schon einmal 200 Millionen Euro ausgegeben. Das ist auch schon einmal ein Anfang. Im Prinzip haben wir hier die Chance, in diesem Bereich auch eine Forschung durch eine gute finanzielle Basis zu fördern. Die Rahmenbedingungen sind da, und ich glaube, wenn man hier stärker auf Koordination setzt, wenn die Politik auch stärker die Selbstverwaltung drückt, die Regeln überhaupt einzuhalten, die die Politik längst gegeben hat, wenn man einmal fragt, wo denn die Vereinbarungen auf Grund der §§ 303 a - f SGB V sind, dann könnte Bewegung in diesen Bereich kommen. Die Instrumente sind da, da gebe ich Herrn Prof. Beckmann völlig recht. Man sieht aber leider, dass es zu viel, Egoismen in diesem System gibt, die offensichtlich nicht gerne und bereitwillig die Daten abgeben und sie gemeinsam zur Analyse zur Verfügung stellen. Ich glaube, das ist ein ganz wesentlicher Punkt, der dahinter schwingt – „Ich will nicht meine eigenen Daten zur Verfügung stellen, um dann möglicherweise Kritik für die Versorgung einzufangen, die ich in meinem Bereich betreibe.“ Das müssen wir überwinden. Wir brauchen eine gemeinsame Darstellung der Versorgungsleistungen,

und ich glaube, das ist das Wesentliche, was Versorgungsforschung auch leisten muss.

Vorsitzende:

Vielen Dank. Es meldet sich Herr Prof. Pfaff in dieser Runde, der zwar nicht gefragt war, aber wir haben Zeit.

Prof. Dr. Holger **Pfaff** (Zentrum der Versorgungsforschung Köln der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln):

Herr Prof. Glaeske hat gesagt, dass Versorgungsforschung aufdeckende Forschung ist. Wir brauchen dazu aber konkrete Strukturen. Herr Gienger hatte noch einmal gefragt, ob 400 Millionen ausreichen würden. Um es noch einmal deutlich zu machen: In Amerika, im Rahmen dessen, was das Deutsche BMG dort ist, haben sie praktisch eine eigene Einrichtung, die permanent Forschungsgelder bekommt, immerhin in Höhe von 380 Millionen Dollar. Das wäre jetzt nur das BMG. Die Entsprechung wären 80 Millionen für das BMG, nicht das BMBF. Da gibt es also eine zentrale Einrichtung, und genau die ist in Deutschland notwendig, weil das BMBF eigentlich nur Impulsforschung macht, also Impulse setzt und dann „raus geht“. Die Forscher, die sich dann auf das Thema gestürzt haben, haben nach zehn Jahren kein Geld mehr. Dann wissen wir nicht mehr, wo wir mit unseren Forschungen hingehen sollen. Was kommt, nachdem sich das BMBF wieder zurückzieht; oder wenn sich die DFG aus der Nachwuchsarbeit zurückzieht? Wir brauchen dauerhafte Strukturen, die uns ein systematisches Abarbeiten der Probleme ermöglicht. Das wären eigene Förderinstitutionen, damit das Geld nicht jedes Mal dem biomedizinischen Zugriff verfällt. Das ist das Hauptproblem. Wir konkurrieren mit der Biomedizin und verlieren regelmäßig. Deswegen muss das Geld separat zur Verfügung gestellt werden. In Amerika wird insgesamt – glaube ich – eine Milliarde ausgegeben. Wenn man das anpasst, dann sind es bei uns vielleicht etwa 300/400 Millionen – aber in Strukturen, die bleiben, also eine Förderinstitution, auch ein nationales Zentrum. Das Eine wäre also eine Einrich-

tung, die die Gelder verteilt und auch regelmäßig und systematisch Geld bekommt und dann auch Programme auflegt. Das Andere wäre ein nationales Versorgungsforschungszentrum, das zum Beispiel als Treuhandstelle fungieren könnte. Da sind Sie als Bund gefragt. Wir brauchen nationale Institutionen, die dauerhaft eine Struktur schaffen, sodass wir nicht immer „rein- und wieder rausspringen“ müssen. Und wir brauchen ein nationales Institut, das diese zentralen, notwendigen Aufgaben bewältigt. Und wichtig ist natürlich auch, dass Sie auch letztendlich über das BMG, BMBF Einfluss nehmen. Der BMG-Fördersatz müsste viel höher sein, das ist praktisch nichts, was das BMG zur Verfügung hat, um in diesem Bereich Forschung zu fördern. Dann kann man diese inhaltlichen Fragestellungen auf Dauer bearbeiten. Das wäre meine Antwort.

Vorsitzende:

Herzlichen Dank. Nun Prof. Scherer bitte.

Prof. Dr. Martin **Scherer** (Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf):

Herr Dr. Röhlinger hat mich gefragt, wie man die Zusammenarbeit zwischen der Allgemeinmedizin und den Forschungseinrichtungen verbessern kann. Das ist eine Frage, die uns sehr drückt und die uns täglich drückt. Wir haben 38 medizinische Fakultäten und an neun Fakultäten haben wir Institute für Allgemeinmedizin. Es gibt 55.000 Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland, und wir haben unsere „Schäfchen“ – wenn ich das einmal so nennen darf – lange nicht beisammen. Wir laufen täglich herum und versuchen Forschungspraxen zu finden, denen wir aber nicht viel anbieten können, höchstens, dass er sich die Urkunde „Akkreditierte Forschungspraxis“ ins Wartezimmer hängen kann. Das ist das Problem. Wir müssen eine Form der Incentivierung für die Praxen anbieten können, auch da geht es wieder um das Geld. Wenn Sie den Austausch zwischen Allgemeinmedizin und Spezialisten erwähnen, dann habe ich eine ganz andere Assoziation, diese Fußnote sei mir erlaubt. Das Miteinanderreden ist, besonders im ambulanten Bereich zwischen Allgemeinmedizinern und Spezialisten, überhaupt nicht incentiviert. Ich rede jetzt von der Versorgung. Das fällt uns immer wieder

auf. Wir brauchen auch die Möglichkeiten, die Sekundärdaten, die Routedaten, die wir haben, durch Primärdaten zu ergänzen, wie Herr Prof. Glaeske gerade sagte. Schauen Sie, wenn Sie so einen Routedatensatz haben und Sie schauen sich an, ob jemand mit Asthma oder chronisch abortiver Lungenerkrankung leitliniengerecht behandelt worden ist, dann können Sie die Diagnose des Patienten, Alter, Geschlecht und die Medikation sehen. Dann können Sie auch sehen, ob das „halbwegs passt“ und leitlinienadhärent ist. Aber Sie wissen nicht, was in der Praxis überhaupt abgelaufen ist, wie die Kommunikation war, ob der Doktor oder die Doktorin so mit dem Patienten reden konnte, dass die Medikamente auch richtig eingenommen werden. Wir haben also eine dokumentierte Qualität der Versorgung. Aber für das, was dann wirklich passiert, brauchen wir Primärdaten. Dazu braucht man wieder Forschungspraxen, und wir müssen schauen, dass wir die Forschungspraxen-Netze etablieren. Es gibt 55.000 Hausärzte, neun Institute, und jedes Institut hat ein paar 100 Forschungspraxen an der Hand. Da gibt es noch sehr viel zu tun.

Vorsitzende:

Herzlichen Dank. Wir kommen damit in die zweite Fragerunde. Ich habe zunächst Herrn Kretschmer, Herrn Röspel, Herrn Dr. Röhlinger, Frau Sager und Frau Dr. Sitte auf meiner Liste. Dann haben sich noch Herr Schummer, Herr Gienger und Herr Prof. Neumann gemeldet.

Abg. Michael **Kretschmer** (CDU/CSU):

Vielen Dank den Sachverständigen. Es gibt wirklich eine beeindruckende Anzahl von Anregungen und Informationen zu diesem Thema. Die Versorgungsforschung liegt uns schon seit langem am Herzen, nicht nur in diesem Koalitionsvertrag, sondern es gibt auch einen sehr weitreichenden Antrag des Kollegen Röspel und von mir aus dem Jahr 2007, der das Thema auch im Übrigen schon aufgreift, auch diese „0,1 Prozent“. Wir haben schön beschrieben, wie die Widerstände aus den verschiedenen Bereichen beschaffen sind. Umso wichtiger ist es, dass man sich hier noch einmal darüber verständigt, und wir wollen auch in Zukunft noch einmal etwas mehr erreichen.

Ich würde gerne die Bundesregierung noch einmal fragen, was jetzt – auch als Erfüllung für das, was wir im Koalitionsvertrag angesprochen haben – auf den Weg gebracht worden ist?

Und vielleicht können wir noch einmal von den Sachverständigen hören, ich weiß nicht, wer sich da am ehesten in der Lage sieht, welche gesetzlichen Möglichkeiten wir haben, um tatsächlich einen schlagkräftigen Durchgriff zu bekommen, um die Krankenkassen und verschiedenen Akteure dazu zu bewegen, zu zwingen, bei dem Projekt auch mitzumachen. Sie sagten, wir bräuchten eine neue Struktur, eine gemeinsame Datenbank, eine rechtliche Grundlage dafür. Wie kann man die aufstellen?

Vorsitzende:

Herr Schummer bitte.

Abg. Uwe **Schummer** (CDU/CSU):

Wir haben Erfahrung, was das Sammeln von Daten angeht, nämlich mit der elektronischen Gesundheitskarte und was für ein Popanz aufgebaut wird, auch was den Datenschutz angeht. Diese Themen sind also immer sehr sensibel. Ich wäre demnach dankbar, von Ihnen Informationen zu bekommen, wie das Thema „Datenschutz“ auf der einen Seite und effektive Datenverwertung im Sinne des Menschen, der betroffen ist, und künftiger Patientengenerationen auf der anderen Seite organisiert werden können. Sie haben auch von Beispielen gesprochen, den USA und den Niederlanden, wo es zu der Finanzierung einer solchen Forschung und den zugrunde liegenden Daten eine Berechnung gibt, wie viel Effizienz im Gesundheitswesen dadurch erreicht werden konnte, was auf der anderen Seite dann die Berechnung sein müsste.

Vorsitzende:

Herr Gienger bitte.

Abg. Eberhard **Gienger** (CDU/CSU):

Ich habe eine Nachfrage zum Thema der Nachwuchsförderung, das wurde von Herrn Prof. Ewers angesprochen und auch von Herrn Prof. Pfaff, glaube ich. Sie haben davon gesprochen, dass sich die DFG da eingebracht und dann wieder herausgezogen hat. Wir haben gerade von Herrn Prof. Pfaff gehört, dass eine Beständigkeit wünschenswert wäre, die Universitäten, die Fakultäten wollten es aber nicht. Wo müssten wir mit der Nachwuchsförderung ansetzen, um das Ganze eventuell auch auf internationale Ebene zu bringen?

Die zweite Frage geht auch an Herrn Prof. Ewers. Die Pflegewissenschaften sind verhältnismäßig jung, haben aber doch einen festen Platz in der Versorgungsforschung. Mich würde interessieren, wie Sie da die Möglichkeit der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsfachberufen und der Medizin, beziehungsweise anderen Disziplinen, sehen.

Vorsitzende:

Nun Herr Röspel bitte.

Abg. René **Röspel** (SPD):

Ich habe zunächst eine Frage an Herr Prof. Pfaff. Mir hat der Begriff der Kontextforschung ganz gut gefallen. Meine Frage ist, ob die Politik vielleicht mutiger werden muss. Ich fand es sehr richtig und unterstützenswert und noch nicht hart genug, einen Nichtraucherschutz einzuführen. Das war sicherlich viel effektiver, als ein paar Millionen in die Krebsforschung zu investieren, ohne etwas gegen Krebsforschung sagen zu wollen. Muss Politik in einigen Bereichen nicht mutiger sein? Müssen wir nicht auch die Prioritäten aus der biomedizinischen Forschung in die Versorgungsforschung verschieben? Ist das richtig gesetzt? Müssen wir dort nicht ein paar Punkte verändern und auch Mittel umschichten?

Dann habe ich noch eine Frage an die, die es anbelangt. Ich habe die Sache mit dem Datenschutz verstanden. Meine Frage ist, welche Rolle Sie in dieser Frage der Helmholtz-Kohorte zumessen, über die wir – mit viel Geld – diskutieren, de-

ren Sinn sicherlich auch nachvollziehbar ist. Gibt es da Kontakt? Gibt es möglicherweise eine Veränderung des Aufbaus?

Meine letzte Frage richtet sich an Herrn Prof. Scherer. Als Sie gerade sagten, dass es eigentlich keine Kenntnisse gibt, was in der Praxis so abläuft, kommt mir das Bild vor Augen, das uns allen begegnet, wenn wir in ein Senioren- oder Pflegeheim gehen und dort die Beschwerden über die hohen Dokumentationspflichten hören. Wie schafft man es, weil ich die Sinnhaftigkeit verstehe, Compliance herzustellen und bei den Beteiligten auf der Seite der Versorger zu sagen, dass es wichtig ist, dass Dokumentation, in welchem Umfang auch immer, erfolgt und dass man, sobald man als Politik einen solchen Vorschlag nicht einführt, direkt wieder vor eine Wand der bürokratischen Hürden gestellt wird?

Vorsitzende:

Herr Dr. Röhlinger bitte.

Abg. Dr. Peter **Röhlinger** (FDP):

Ich möchte mich noch einmal bei dem Thema „Dokumentation und Information“ festbeißen. Ich nehme Bezug auf eine Informationsveranstaltung in Heidelberg. Dort wurde mir zugesagt, man sei längst an einem Chip „dran“, und wenn ich in ein paar Jahren wieder zu ihnen käme, würde man anhand des Chips die genetische Konstruktion, die Vorbehandlung, die Anamnese, die Prognose – und zwar im Verlauf der Krankheitsgeschichte – abfragen können. Mit dieser Sicherheit und Zuversicht gehe ich hier in die Beratungen und verspreche allen, dass es so kommen wird. Wir sind noch nicht ganz so weit. Politiker sind dann so, dass sie sagen, es sei fürchterlich, was sie da gehört haben. Das würde ich niemals sagen.

Wird zwischen den Einrichtungen auch ein unterschiedliches Bild vermittelt? Ich persönlich gehe davon aus, dass meine Daten nicht nur dem behandelnden praktizierenden Allgemeinmediziner, sondern den dazugehörigen Universitätskliniken, den verschiedenen Abteilungen bekannt sind. Wenn ich dorthin gehe, bekomme ich das auch bestätigt. Nun mag es vielleicht daran liegen, dass es eine

überschaubare, kleine Stadt ist und man sich dort einfach kennt. Aber ich gehe davon aus, genau das ist die Hoffnung, die ein Patient hat. Wenn ich mir vorstelle, dass ein Mamakarzinom so „herumgereicht“ wird, wie Sie das gerade geschildert haben, dann erwartet doch die gute Frau, dass das in den Brustzentrum – deswegen freue ich mich sehr über diese Bildung von Nieren-, Lungen- und Brustzentren – irgendwie zusammen läuft. Ein zweiter Gedanke, auch zur Beruhigung meinerseits: Ohne Dokumentation oder Information gebe es gar keine wissenschaftliche Arbeit. Der Staat mag dort vielleicht nicht so sehr „hinterher“ sein, aber ich bin ganz sicher, dass alle, die hier sitzen, an wissenschaftlichen Aufgaben interessiert sind und ohne eine vernünftige Dokumentation gar nicht arbeiten können. Ich hoffe, dass da jetzt ein Eindruck entsteht, den ich für mich persönlich mitnehmen kann. Ganz so schlimm kann es nicht sein.

Vorsitzende:

Der Blick in die Expertenrunde war von dieser Seite aus sehr erhellend. Der Kollege hat eine gewisse Fassungslosigkeit über den Stand des Datenthemas zum Ausdruck gebracht, glaube ich. Die Fassungslosigkeit kann man teilen, gleichwohl scheint es der Kern des Problems zu sein, wenn ich es richtig verstanden habe. Ich gehe davon aus, dass die Herren gleich noch einmal intensiver darauf eingehen werden. Das Wort hat Herr Prof. Neumann.

Abg. Dr. Martin **Neumann** (Lausitz) (FDP):

Ich habe zwei kurze Fragen. Wir haben die Situation in Deutschland relativ eindrucksvoll beschrieben bekommen. Wie sieht das international aus? Gibt es da irgendetwas, das man möglicherweise im Dialog klären kann? Wie ist der Blick dorthin?

Meine zweite Frage: Sie haben das System sehr eindrucksvoll beschrieben. Wo ist das Scharnier zur Verbesserung und setzt das nicht bereits bei der Ausbildung von Allgemeinmedizinern an, also den Hausärzten? Denn dort liegt, glaube ich, der Schlüssel, oder irre ich mich? Müsste man an der Stelle in der Ausbildung nicht das Ein oder Andere anpassen, ändern oder einführen?

Vorsitzende:

Vielen Dank. Und nun Frau Dr. Sitte und anschließend Frau Sager.

Abg. Dr. Petra **Sitte** (DIE LINKE.):

Wir haben jetzt alle noch einmal die Datenproblematik aufgegriffen. Aber ich glaube, das führt zu einem hochsensiblen Problem, mit dem wir uns beschäftigen oder dem wir ins Auge blicken müssen. Damit hat sich der Deutsche Ethikrat schon einmal vorsichtig beschäftigt. Das ist nämlich die Allokationsproblematik im Gesundheitswesen mit dessen Ressourcen. Einige Länder in Europa gehen mit der Zuteilung von Leistungen des Gesundheitswesens gegenüber ihrer Bevölkerung sehr viel stringenter um. Das können sie aber nicht im luftleeren Raum tun, sondern dort sind natürlich Vorleistungen notwendig. Ich möchte das so nicht, das sage ich ganz klar. Ich bin sehr dafür, eine systematische Versorgungsforschung zu betreiben, die Ergebnisse und die Schlussfolgerungen dann auch entsprechend in der klinischen Praxis im Sinne der Patienten zu etablieren. Gehen Sie davon aus, dass wir dabei im Gesundheitswesen so viel Effektivitätsressourcen freisetzen können, dass es uns am Ende die Frage „Wer bekommt noch was aus dem Gesundheitswesen?“ eher ersparen könnte?

Werfen Sie Ihr geschätztes Auge noch einmal auf die internationalen Entwicklungen, Herr Prof. Neumann hatte das eben angedeutet. Was ist denn gerade unter dem Blickwinkel „Versorgungsforschung“ in den anderen Ländern, die es so praktizieren, gelaufen, dass man davon ausgehen kann, dass es eine solide Forschungsgrundlage gibt? Meine Frage richtet sich insbesondere an Herrn Prof. Glaeske und an Frau Prof. Babitsch.

Vorsitzende:

Frau Sager bitte.

Abg. Krista **Sager** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):

Meine erste Frage geht an Herrn Prof. Scherer. Wir haben von allen Experten und Expertinnen gehört, dass im Bereich der Versorgungsforschung die Interdisziplinarität eine besonders große Rolle spielt. Das heißt, hier müsste sich ein Problem besonders verschärft stellen, das wir im interdisziplinären Bereich sowieso haben, nämlich, dass sich der Weg der wissenschaftlichen Reputation und die Entwicklung der Karrierewege quer zur Interdisziplinarität, also nach den Disziplinen, orientiert. Welche Möglichkeiten sehen Sie, dort die Anreizstrukturen zu verbessern, um dort fördernd – um dieser Tendenz entgegenzuwirken – in die interdisziplinäre Richtung zu wirken.

Meine zweite Frage geht an Frau Prof. Babitsch. Sie kommen aus dem Fachgebiet New Public Health, das ist nicht exakt das Gleiche wie Versorgungsforschung. Können Sie uns sagen, welche Bedeutung die New-Public-Health-Perspektive innerhalb der Versorgungsforschung hat? Gibt es da so etwas wie einen Trend?

Vorsitzende:

Wir kommen damit in die Antwortrunde, und es beginnt wieder Frau Prof. Babitsch.

Prof. Dr. Birgit **Babitsch** (Universität Osnabrück, Fachbereich Humanwissenschaften, Fachgebiet New Public Health):

Ich fange mit den Punkten an, bei denen ich direkt angesprochen wurde. Ich verrete das Fachgebiet New Public Health. Mit der New-Public-Health-Förderung ist in Deutschland begonnen worden, das „Old“-New-Public-Health, das medizinisch orientiert war, abzulösen und multiprofessionell, interdisziplinär aufzustellen. Soziale Determinanten spielten eine große Rolle. Die Frage ist, ob das, was wir unter Versorgungsforschung fassen, ganz weit weg ist. Ist das jetzt ein neues Forschungsgebiet oder ist das ein Teilgebiet von Public Health? Da könnten wir trefflich streiten. Ich würde sagen, die Versorgungsforschung gehört unter das Dach von Public Health in dem Sinne, wie ich Public Health verstehe, nämlich als Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit. Da gehört einerseits die Perspektive mit hinein, dass man auch auf die Gesunden blickt, dass man überlegt, wie man Lebensbedingungen schaffen kann, die dazu beitragen, dass Menschen nicht erkranken-

ken oder nicht frühzeitig erkranken. Das ist das ganze Feld der Gesundheitsförderung, der Prävention. Wenn man das andere Ende anschaut, sind wir in der Kuration und vielleicht auch in der Palliativversorgung. Auch da müssen wir überlegen, wie wir Menschen, die erkrankt sind, so begleiten können, und dort „linkt“ sich auch die Versorgungsforschung mit hinein, dass es bestmöglich ist, sowohl qualitativ, aber auch im Hinblick auf die Ressourcenallokation. Setzen wir unsere Mittel an den richtigen Stellen ein? Damit habe ich ein weiteres Feld, und auch dort gibt es eine starke Verbindung, die Gesundheitssystemanalyse. Versorgungsforschung – und ich glaube, ich befinde mich nicht im Widerspruch zu Herrn Prof. Pfaff – kann man natürlich nicht von der kleinen Zelle, von der kleinen Arzt-Patienten-Interaktion aus betrachten, sondern muss das System betrachten.

Es ist grundsätzlich ein kleineres Problem, Studien international zu vergleichen, weil wir sehr unterschiedliche Gesundheitssysteme haben. Es heißt, das amerikanische System oder amerikanische Ergebnisse könne man nur begrenzt mit dem vergleichen, was wir in Deutschland so finden. Versorgungsforschung ist damit auch immer ein Stück lokal, muss sich aber natürlich nach internationalen Standards richten. Sie hatten auch gefragt, wo eigentlich die Bezüge in der internationalen Ausrichtung sind. Ich denke, wir haben es geschafft, dass Health-Services-Research eigentlich in vielen anderen Ländern sehr gut etabliert ist. Es läuft aber nicht nur auf der Basis der sogenannten Routinedaten, sondern es werden auch immer Studien, große Kuraten durchgeführt, um über Versorgungsfaktoren berichten zu können. Ich nenne jetzt zum Beispiel die große „Human-Health-Initiative“, bei der noch einmal Ersatztherapie, Einfluss und andere präventive Einflüsse im wirklich großen Maßstab in Amerika untersucht worden sind. Es gibt viele andere Beispiele. So etwas haben wir nicht. Wir haben auch Bereiche wie die Gesundheitssystemanalyse. Dort haben wir wenige Vertreter, die in Deutschland sehr exponiert sind. Auch Gesundheitspolitik als Forschungsgebiet ist in Deutschland eigentlich kaum etabliert. Das wären aber Bereiche, wo ich denke, die, wenn man an ein Zentrum denkt, flankierend hinzu kommen müssen. Da gibt es sicherlich Bereiche, bei denen wir international schlechter dastehen. In der Versorgungsfor-

schung haben wir es – denke ich – geschafft, uns in relativ kurzer Zeit ein Plätzchen auf der internationalen Plattform zu erarbeiten. Aber wir haben dort natürlich noch viele Lücken, sonst hätten wir das heute nicht so deutlich gemacht.

Vorsitzende:

Vielen Dank. Herr Prof. Beckmann bitte.

Prof. Dr. med. Matthias W. **Beckmann** (Frauenklinik Universitätsklinikum Erlangen):

Ich würde gerne auf Herrn Schummer, Herrn Röspel, Herrn Dr. Röhlinger und Herrn Prof. Neumann eingehen.

Herr Schummer, wir haben derzeit keine gute Regulation, wie eine Person im Verlauf einer Erkrankung dokumentiert werden kann. Das verbietet uns der Datenschutz. Ich bin „von Haus aus“ Frauenarzt. Jetzt sage ich Ihnen einen Punkt, den Sie vielleicht in zehn Jahren hören und dann denken, dass man das schon einmal irgendwo gehört hat. In meiner Philosophie legen sich Erkrankungen so oder so nicht im späteren Leben an, sondern die Anlage zur Entwicklung von Erkrankungen wird im Mutterleib gestellt. Der sozioökonomische Effekt der Schwangerschaft auf die Entwicklung und Ausprägung des noch nicht Geborenen hinsichtlich späterer Entwicklungen von chronischen Erkrankungen ist in meinem Gebiet derzeit das, was am meisten in der Forschung „geht“. Das große Problem ist nur, dass wir das nicht gut nachweisen können, weil Sie den Menschen 30 Jahre später mit der Allergie sehen müssen und dann noch wissen müssen, wie die Schwangerschaft der Mutter vor 30 Jahren war. Aber es gibt eben Kohorten, wo das jetzt so ist. Wenn Sie diese Art der Forschung betreiben wollen, haben wir im Augenblick ein ganz klares Datenschutzproblem. Herr Dr. Röhlinger, ich weiß nicht, wo die Universität bei Ihnen in der Nähe ist. Sie sprechen über Jena, dann kommen Sie aus den Ostländern, dann kommen Sie aus klinischen Krebsregistern, dann kommen Sie aus einer Welt des „anderen“ Datenschutzes. Wir haben den Osten immer beneidet, das sage ich Ihnen als Krebsforscher. Das ist unser

Vorbild gewesen. Sie haben immer gute Dokumentationen gehabt. Deswegen gibt es bei Ihnen auch ein anderes Gefühl. Das würde ich auch sofort unterstreichen. Bei uns in Bayern zum Beispiel ist es nicht möglich, die Daten ohne die Einwilligung der Patientin zu bekommen, und das ist genau das Problem. Es ist nicht so, dass die Daten zwischen Hausärzten, Fachärzten und Kliniken hin und her geschoben werden. Die Patientin muss schriftlich einwilligen. Das ist eine Sisypusarbeit. Wenn Sie nicht nachweisen können, dass Sie die Einwilligung haben, sagt der Landesdatenschutzbeauftragte, die Daten seien nicht relevant und Sie müssen sie im klinischen Krebsregister löschen, und damit sind Sie eigentlich am Ende, weil Sie eine so hohe Defizitrate haben, dass es nicht funktioniert.

Da komme ich auf die Helmholtz-Kohorte zu sprechen. Das ist eine selektive Einzelkohorte, die nicht voll umfänglich repräsentativ abbildet. Ich gebe Ihnen ein anderes Beispiel. Alle Studien haben immer selektive Patientinnen. Um die Effekte aus selektiven Studien nachzuweisen, müssen Sie das erst einmal aus der täglichen Praxis nehmen. Personen mit dem Zustand Herzinfarkt, mit Hypertonus oder ein Diabetiker sind in allen Krebsstudien ausgeschlossen. Das ist keine Indikation zur Zulassung eines Medikamentes. In der Praxis sind das 40 bis 50 Prozent der Patienten, die Sie versorgen. Deswegen werden die Ergebnisse aus der Kohorte – aus meiner Sicht – nicht voll umfänglich repräsentativ sein.

Als letztes zu dem Chip: Die Jenenser haben auch so einen Chip entwickelt, es dauert 15 bis 20 Jahre, bis wir soweit sind. Diese Sorge oder Probleme gibt es aus meiner Sicht im Augenblick noch gar nicht. In der Routine ist es in Deutschland sicherlich nicht so. Wenn Sie mich als Kliniker zur angesprochenen Gesundheitskarte fragen würden, was ich mir wünschen würde, würde ich sagen, dass Sie es gesetzlich regeln, wie, weiß ich nicht, das kann ich nicht sagen. Die Gesundheitskarte, wer eine hat, hat auch eine Einwilligung dafür, dass man es macht, transportiert man von Arzt zu Arzt, von Palliativschwester zu Palliativschwester. Dann hat man immer seine eigenen Daten. Man kann auf sie zurückgreifen, man kann seine Ergebnisse erstellen. Für mich wäre so eine personenbezogene Gesundheitskarte, die für die Dokumentation der Versorgung genutzt werden kann, und

zwar Daten, auf die alle zurückgreifen können, um dann zu sehen, wer gut und wer schlecht versorgt, der beste Ansatz, um optimale Versorgungsforschung zu machen.

Vorsitzende:

Vielen Dank. Prof. Ewers bitte.

Prof. Dr. Michael **Ewers** (Charité – Universitätsmedizin Berlin, Human- und Geisteswissenschaften):

Ich würde gerne mit Blick auf den Daten-Diskurs, den wir jetzt die ganze Zeit führen, noch einmal eine etwas andere Ebene fokussieren. Versorgungsforschung versucht eine „Darauf-Schau“ auf das, was im System passiert. Ich fand es sehr interessant. Wir hatten jetzt drei Spezialbereiche benannt: Die Notfallversorgung, die onkologische Spezialversorgung und die Palliativversorgung. Für uns interessant ist die Frage der Zusammenhänge, zum Beispiel dieser unterschiedlichen Versorgungsbereiche. Genau darüber wissen wir eigentlich fast nichts. Welchen Weg geht eigentlich ein Patient durch diese unterschiedlichen Stationen? Wie kann ich zum Beispiel verhindern, dass er überhaupt in Anspruch nehmen muss, was in der Notfallversorgung an Ressourcen bereitgehalten wird, und wie kann ich ermöglichen, dass gezielt die richtige Versorgung, zur richtigen Zeit, auf dem richtigen Niveau und im richtigen Umfang tatsächlich an diesen Patienten herangeführt wird? Das ist die spannende Frage. Dazu brauche ich diese Informationen, was in den einzelnen „Silos“ passiert, und ich muss sie zusammenführen können, um dann diese Wege der Patienten adäquat verfolgen zu können. Ich bin davon überzeugt, dass wir in diesen einzelnen „Silos“, auch in diesem Land, eine hervorragende Versorgung haben. Das Problem ist, die Patienten fallen zwischen diese „Silos“, und hier haben wir erhebliche Versorgungsmängel. Was mit dieser Patientin passiert, die bei dem Kollegen in der Onkologie versorgt wird, wenn sie in die Nachsorge, in die Rehabilitation geht, wenn sie dann möglicherweise ein Rezidiv bekommt und dann doch vielleicht in der Pflege, in der Palliativversorgung landet, sind Fragen, die uns mit Blick auf die Interprofessionalität interessieren.

In der Notfallversorgung geht es nicht nur um Mediziner. Da sind zum Beispiel Rettungsassistenten in erheblichem Umfang beteiligt. Über deren Versorgungshandeln wissen wir nichts. In der onkologischen Versorgung sind die Onkologiepflege und andere Professionen beteiligt. In der Rehabilitation sind es die Physio- oder die Ergotherapeuten, über deren Versorgungshandeln – und es ist mir ein Anliegen, noch einmal darauf hinzuweisen – wir sehr, sehr wenig wissen. Wir wissen auch sehr wenig über die Frage, wie wir sinnvollerweise das Zusammenspiel der unterschiedlichen Akteure in den jeweiligen Einrichtungen realisieren können, wie wir das verändern können, und zwar bedarfsgerecht. Da haben wir erhebliche Probleme.

Ein Blick auf die Frage der Dokumentation: Solange ein professioneller Akteur, Sie haben die Pflege angesprochen, die Sinnhaftigkeit von Dokumentationen nicht versteht und auch nicht weiß, was eigentlich mit diesen Daten passiert, ist es kein Wunder, wenn man feststellt, dass diese Dokumentationen eher nachlässig geführt werden. Bislang dienen Dokumentationen – insbesondere im Pflegebereich – vor allem der Abrechnung, also kleinteiligen, bürokratischen Abrechnungsprozessen und eben nicht der Nachverfolgung oder der Erkenntnisgewinnung, was zum Beispiel in der Pflege tatsächlich passiert.

Zudem stellt sich die Frage, inwieweit das in der Regel vorakademisch qualifizierte Personal die Sinnhaftigkeit von Datengenerierung und den Umgang mit Daten nachvollziehen kann, ob wir hier nicht eine grundsätzliche Veränderung brauchen und die Qualifikationsniveaus anheben müssen.

Damit komme ich dann zur Frage der Nachwuchsförderung, der letzte Punkt. Hier ist auf die DFG-Nachwuchsakademien hingewiesen. Ich weiß nicht, wie viele Gesundheitsfachberufe, also Pflegewissenschaftler, Therapiewissenschaftler oder Hebammenwissenschaftler darin involviert waren. Ich glaube, die Zahl ist eher verschwindend gering. Das hat damit zu tun, dass wir gerade in diesen Berufen, die einen erheblichen Anteil des Versorgungsgeschehens übernehmen, – Pflege ist

die größte Berufsgruppe im Gesundheitssystem –, erhebliche Probleme haben, akademische Nachwuchswege zu gestalten. Wir sind erst jetzt sehr vorsichtig dabei, die Akademisierung dieser Berufe zu ermöglichen und sind – das muss man sagen – weder international noch national wirklich wettbewerbsfähig. Hier brauchen wir sicherlich stützende Maßnahmen, die in diesen Bereich gehen, und ich verweise noch einmal auf die anderen Gremien, die das sehr stark unterstrichen haben.

Interdisziplinarität – Frau Sager – setzt immer Disziplinarität voraus, und wenn wir wollen, dass sich in der Versorgungsforschung Disziplinen mit ihren jeweils unterschiedlichen Perspektiven auf Augenhöhe begegnen, müssen manche Disziplinen, die schwachen Disziplinen, zunächst einmal entwickelt und befähigt werden, um dann den Überfremdungsprozessen, von denen wir jetzt auch schon gehört haben, biomedizinische, biowissenschaftliche Überfremdungsprozesse, tatsächlich auch etwas entgegen halten zu können und andere Perspektiven in die Forschung einbringen.

Die Frage, die im Wissenschaftsrat intensiv diskutiert wird, ist eine kritische. Wo ist eigentlich der Ort für die künftige Qualifizierung der Gesundheitsberufe? Werden das die medizinischen Fakultäten sein, oder wird es fernab der medizinischen Fakultäten an den Fachhochschulen passieren? Diese Frage ist kritisch, weil das gemeinsame Lernen, das gemeinsame Studieren sicherlich ein wesentlicher Faktor ist, damit die Disziplinen etwas wie Interdisziplinarität lernen und letztlich dann auch in der Versorgungsforschung realisieren können.

Vorsitzende:

Vielen Dank. Nun Prof. Glaeske bitte.

Prof. Dr. Gerd **Glaeske** (Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik):

Ich würde mir auch gerne einige Stichworte herausnehmen, die von unterschiedlichen Kolleginnen und Kollegen genannt worden sind.

Ich fange mit der Helmholtz-Kohorte an, weil sie angesprochen worden ist. Wir haben es mit äußerster Mühe und persönlichsten Bekanntschaften geschafft, zwei, drei Fragen aus der Sicht der Versorgungsforschung in die Helmholtz-Kohorte einzubringen, um diesen Aspekt überhaupt zu berücksichtigen: Sozioökonomie, Schichtspezifität und dergleichen. Die Helmholtz-Kohorte – das sage ich ganz deutlich – ist von biomedizinischen Fragestellungen völlig überlagert. 40.000 Magnetresonanztomographien (MRT) kosten viel Geld, und man weiß noch nicht wirklich, was daraus entstehen soll. Mir scheint es so zu sein, dass erst einmal auf die Daten geschaut wird, um dann vielleicht auf Dauer einmal etwas damit anfangen zu können. Eine wirkliche Theorie dahinter sehe ich nicht, und diese Kritik wird von allen, die die Helmholtz-Kohorte im MRT-Bereich wirklich kennen, auch geteilt. Das muss man sich sicherlich noch einmal genauer anschauen.

Ich möchte noch zwei Aspekte aus dem Bereich der Onkologie einbringen, wo wir sehen, dass Versorgungsforschung dringend notwendig gewesen wäre – das ist auch im Sinne der Allokationsfrage, Frau Dr. Sitte. Die HPV-Impfung wurde unter großem öffentlichem Druck eingeführt. Es gibt überhaupt keine Verpflichtung bei denjenigen, die es eingeführt haben, auch nicht bei denen, die es bezahlen, überhaupt einmal zu dokumentieren, was die HPV eigentlich bringt. Wie Herr Prof. Beckmann vorhin gesagt hat, werden wir in 30 Jahren dastehen und fragen, was es nun gebracht hat. Haben wir überhaupt eine Chance zu erkennen, was sich im Rahmen dieser Krebserkrankung, Gebärmutterhalskrebs, verändert hat? Haben wir eine Begleitung? Nein, wir haben keine Begleitforschung. Wir haben niemanden auffordern können, auch die Hersteller nicht, ein Register zu schaffen. Wir haben niemanden auffordern können, vielleicht aus der Versorgungsforschung heraus einen Aspekt zu wählen, den ich seinerzeit vorgeschlagen hatte, dass man zumindest einmal die Konisationsrate einmal vergleicht und fragt, ob sich dort etwas getan hat? Das wird ohne große Fragestellungen mit einem riesen Kostenaufwand eingeführt, und man weiß letzten Endes nicht, was dabei entsteht. Und wir sind darauf angewiesen, möglicherweise wieder Daten aus dem Ausland zu übernehmen, die dort in großen Kohorten gesammelt werden, wie zum Beispiel auch bei einem Arzneimittel, vielleicht Avastin, wo wir in den USA eine Zulassung

hatten. Die Zulassung wird im Moment wieder zurückgenommen, weil man sagt, es ist als Kombinationstherapie in der Brustkrebsbehandlung weder sicher noch effektiv. Wir haben solche Kohorten nicht. Wir haben also eine Situation, in der wir immer auf die Ergebnisse von anderen internationalen Versorgungsforschungsaktivitäten angewiesen sind und daraus Patientensicherheitsaspekte und Patienteneffektivitätsaspekte ableiten müssen. Das ist sicherlich ein ganz wesentlicher Punkt.

Es wurde ganz konkret gefragt, was wir beim SGB V tun können. Wir haben im SGB V Hinweise, die §§ 63 – 65 SGB V, dass die Kassenforschung finanzieren darf, wenn es um neue Strukturen geht. Das muss evaluiert werden, es darf auch geforscht werden. Das wäre also ein kurzer Passus, den man ergänzen könnte. Man könnte sagen, dass die Kassen auch versorgungsrelevante Fragestellungen finanzieren dürfen, zum Beispiel in der Forschung. Es muss klar sein, dass man für diesen Bereich auch Finanzmittel nutzen darf. Das wäre eine kleine Ergänzung an der Stelle der §§ 63 – 65 SGB V. Es würde auch gleichzeitig bedeuten, dass man sich die §§ 267, 268 SGB V noch einmal anschaut, in denen es um den Datenschutz innerhalb der GKV geht, und die Fragestellung beantworten, wann Daten unter welchen Aspekten zusammengeführt werden dürfen. Auch das ist etwas, das die Kassen natürlich mit gutem Recht sehr intensiv beobachten. Wir machen sehr oft Kassenforschungen mit Sekundärdaten. Wir haben natürlich viel Kontakt mit den jeweiligen Datenschützern, und man findet immer Lösungen, aber nur solche Lösungen, die wir auch in unserer Forschung haben: Zusammenführung von Daten aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, der sozialen Pflegeversicherung, des medizinischen Dienstes, also aus drei Datenkörben, um zu klären, ist das, was in den Gutachten des medizinischen Dienstes vorgeschlagen worden ist, überhaupt umgesetzt worden. Das bedingt auch eine große Anstrengung. Es funktioniert mit Treuhandstellen, die im Prinzip dann personenbezogen – also tatsächlich namensbezogen – Pseudonyme ausstellen, mit denen man forschen kann. Es ist möglich. Es soll nur erleichtert werden. Das Instrument muss noch einmal geschärft werden.

Drittens finde ich es richtig, auf die Internationalisierung hinzuweisen und zu fragen, was in den anderen Ländern gemacht wird. Versorgungsforschung ist aber auch immer national bedingt. Es ist unser System, in dem die Versorgung stattfindet. Wir können Ergebnisse aus der Versorgungsforschung aus Großbritannien, einem steuerfinanzierten System, oder aus den USA, einem leider noch immer desaströsen Gesundheitsversorgungssystem, nicht einfach übernehmen. Wir brauchen eine Gesundheitsforschung, eine Versorgungsforschung, die in diesem System stattfindet, um in diesem System die Strukturen und auch die Beteiligten in ihren Entscheidungen entsprechend analysieren zu können. Ich glaube, das ist etwas ganz Wesentliches. Insofern meine ich, dass zum Schluss noch einmal darauf hinzuweisen ist, dass auch die Fragestellung der Rationalisierung, der Rationierung, all das, was Frau Dr. Sitte noch einmal angesprochen und Frau Sager hat anklingen lassen, sicherlich etwas ganz Wesentliches ist.

Ich glaube in der Tat, dass Versorgungsforschung die Allokation von Gesundheitsleistungen gerechter machen kann. Ob sie auf Dauer dazu führt, dass wir Einsparungen haben, die es uns ersparen, über Priorisierung und nicht über Rationierung nachzudenken, wage ich zu bezweifeln. Denn wir sehen, dass auch therapeutischer Fortschritt oder neue Möglichkeiten der Behandlung im Arzneimittelbereich ausgesprochen kostenintensiv werden. Aber in der Allokation würde mehr Gerechtigkeit möglich werden. Das ist ein Gesichtspunkt, der mir sehr wichtig ist. Neben einem großen Bereich von Über- und Fehlversorgung, haben wir immer noch Unterversorgung. Wir haben das im Sachverständigenrat einmal untersucht. Wenn wir das gegeneinander aufrechnen würden, würden wir heute sicherlich in diesem System noch, wie in den letzten Jahren, etwa 10 bis 15 Prozent Effizienzreserven feststellen können. Diese Zahl wird sich verschlanken, weil wir andere Notwendigkeiten haben, auch der Finanzierung. Aber Versorgungsforschung kann eben ganz deutlich dazu beitragen, Unter-, Über- und Fehlversorgung abzubauen und die Allokationsgerechtigkeit, auch die Zugangsgerechtigkeit in dem Sinne verbessern, und letzten Endes auch Strukturen empfehlen, unter denen eine andere Form der Versorgung möglich ist; also mehr Kooperation, mehr Koordination, mehr Integration. Das sind die Stichworte, die eine Rolle spielen

und die schon jetzt aus den Analysen, die die Versorgungsforschung geliefert hat, als Quintessenz erkennbar werden. Insofern hat es direkten Einfluss auf das System und darauf, wie in diesem System die Patientenorientierung optimiert werden kann.

Vorsitzende:

Herzlichen Dank. Herr Prof. Pfaff bitte.

Prof. Dr. Holger **Pfaff** (Zentrum der Versorgungsforschung Köln der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln):

Koordination ist wichtig, aber wir sind in Deutschland ein – ich sage mal – „Schmarotzerland“. Die anderen machen die Forschung. Wir machen die Forschung nicht. Was ich auf den Tisch bekomme, ist alles internationale Forschung, kaum in Deutschland gemacht. Wir sind ein Schmarotzerland. Wir nehmen das, was die anderen untersuchen und werten es aus, aber wir machen keine eigene Forschung. Das geht nicht. Der Punkt „mutiger werden“, Herr Röspel, ist aus meiner Sicht ganz wichtig. Aber wir müssen eine Änderung der Priorisierung in der Politik hinbekommen. Wenn Sie das Ganze noch steuern wollen, müssen Sie mehr Wissen darüber haben, wie die individuellen und sozialen Akteure funktionieren und was sie denken, was sie fühlen, wie sie handeln.

Ich war Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie. Wir wollten auf die nationale Kohorte Einfluss haben. Wir wurden nicht einmal gehört. Sie tropfen wie Wasser am Cortex ab. Wir brauchen eine nationale Versorgungsforschungskohorte. Wir können nicht immer Anhängsel und Bittsteller sein. So bekommen wir keine systematische Forschung zustande. Das ist ein ganz wichtiger Punkt. Als Bittsteller können Sie vielleicht in einem Gesundheitsforschungszentrum ein bisschen Versorgungsforschung machen. Das gibt keine kritische Masse. Wir werden leider ein Schmarotzerland bleiben.

Herr Gienger, zur Nachwuchsförderung: Ich war letztens Gastdozent an der University of Michigan. Die größte Public-Health-Fakultät hat acht Professoren. Die ist in Bielefeld, vielleicht auch in Bremen. An der University of Michigan gibt es alleine 128 Professoren, und davon gibt es in den USA mindestens 10 bis 20 Universitäten. Es ist unvorstellbar, was da reingesteckt wird. Sie müssen einmal die Proportionen ansehen. Man könnte fast schon sagen, wir seien in Deutschland wahnsinnig effizient. Wir machen aus wenig viel. Aber so kann es auf Dauer nicht weitergehen. Wir brauchen stabile Förderung. Ich muss den Nachwuchskräften ja etwas versprechen. Wenn die sehen, dass es keine Stellen gibt, wieso sollen sie dann bei mir forschen. Ich brauche die Wurst, die vorne hängt. Sie brauchen diese stabilen Strukturen, damit die Würste da sind.

Vorsitzende:

Vielen Dank. Herr Prof. Scherer bitte.

Prof. Dr. Martin **Scherer** (Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf):

Bevor ich zu den Fragen komme, muss ich sagen, dass sich doch einiges zusammenfügt, finde ich. Die Forschungsaktivitäten auszubauen, wir können uns nicht nur darauf verlassen, dass es im Ausland gemacht wird, hängt auch mit der Datengrundlage, die thematisiert wurde, zusammen. Es hängt auch mit der Nachwuchsförderung zusammen, und ich finde es schön, dass sich hier ein Kreis schließt.

Herr Gienger hatte bei der Nachwuchsförderung nachgefragt. Wo müsste man ansetzen, um die Nachwuchsförderung auf eine internationale Ebene zu heben? Was müsste man da tun? Es trifft natürlich zu, was Herr Prof. Glaeske sagte, dass wir eine Gesundheitsforschung brauchen, die hier loziert ist und die in unserem System stattfindet. Aber wir brauchen dann in den Nachwuchsprogrammen auch internationales Flair. Das heißt, wir müssen internationale Experten und Referenten einladen, und wir müssen natürlich versuchen, Nachwuchsforschungsprojekte aufzusetzen, bei denen wir attraktive internationale Vernetzungen haben. Das wä-

re der Weg. Aber ich denke schon, dass sich der Forschungsgegenstand auf unser System beziehen müsste. Was brauchen wir für die Nachwuchsförderung noch? Wir brauchen nicht viel. Die DFG hat jetzt zweimal eine Million Euro hereingegeben, vielleicht kommt noch eine dritte oder vierte Nachwuchsakademie, dann aber ist irgendwann Schluss. Man kann mit eine Million Euro immerhin 20 Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftler soweit unterstützen, dass sie ein Projekt bekommen, was auch attraktiv für den Lebenslauf ist und das sie ausbauen können.

Den Punkt Nachwuchsakademie beziehungsweise Nachwuchsförderung hat auch Frau Sager mit dem „Touch“ Interdisziplinarität angesprochen. Wie kann man da Anreize setzen, also Anreizstrukturen zur Karriereförderung? Es ist schön, dass heute rübergekommen ist, dass die Versorgungsforschung interdisziplinär ist und ich denke, dass sich die Versorgungsforschung überhaupt nicht vereinnahmen lassen darf. Sie gehört gar keiner Disziplin, sie gehört nicht der Public-Health-Forschung an. Sie ist ein eigenständiger Bereich. Sie hat durchlässige Grenzen zur klinischen Forschung, und ich denke, es ist wichtig, dass man wirklich alle beteiligten Gruppen auch integriert, wie es Herr Prof. Ewers thematisiert hat. Das hängt dann auch davon ab, dass die betreffenden Berufsgruppen eine Akademisierung erfahren, wie es auch zunehmend der Fall ist. Es ist wichtig, Nachwuchsprogramme zu haben, die zweiteilig sind, sodass man eine intensive Woche hat, eine intensive Trainingseinheit, in der viele Vertreter unterschiedlicher Disziplinen zusammen kommen, sodass sich die einzelnen Nachwuchswissenschaftler der Disziplinen dort auch abgebildet sehen und Identifikationspersonen haben. Es wurden heute schon viele solcher Disziplinen genannt. Zweitens muss man konkret an so einem Folgeprojekt arbeiten, und drittens, was Herr Prof. Pfaff sagte, muss es auch eine Perspektive geben. Man muss auf etwas hinarbeiten können – die Karotte für Vegetarier oder die Wurst für Nicht-Vegetarier.

Dann noch zu einem Punkt, der mir sehr am Herzen liegt, den Herr Röspel angesprochen hat: Dokumentation. Wie schafft man es mit der Compliance der Beteiligten? Das ist ein ganz entscheidender Punkt. Die Qualitätsforschung, die man

durchaus der Versorgungsforschung zuordnen kann, kommt mir manchmal doch recht „verbrannt“ vor. Denn wenn man in der Praxis „Qualität“ sagt, wird häufig „Bürokratie“ gehört, und wenn man sich die ganzen Umfragen zur Zufriedenheit der Ärzte anschaut, dann ist der „Renner“ in der Unzufriedenheit seit 15 Jahren derselbe: die Bürokratie. Nun kommen wir und sagen, dass wir mit Euch Forschung machen wollen – „Geld haben wir zwar keines, aber dokumentiert einmal schön!“ Dort haben wir immer Schwierigkeiten. Wie kann man das lösen? Ich glaube, man kann es nur durch eine Einstellungsänderungsarbeit lösen. Ich kann das hauptsächlich für den ambulanten Sektor sagen, man braucht eine Identifikation der beteiligten Akteure in der Forschung, in diesem Fall also der Forschungspraxen. Man braucht ein Networking, eine Identifikation der Praxen untereinander, dass man ein eingeschworenes Netzwerk hat, das die sich mit dem Forschungsgegenstand identifizieren können. Das ist ganz entscheidend. Wenn die den Eindruck haben, wir forschen „über die, aber nicht für sie“, ist das ein Problem. Ich habe immer die Erfahrung gemacht, dass sie gerne mitmachen und dokumentieren, wenn Fragen thematisiert werden, die für die tägliche Praxis auch wirklich wichtig sind. England ist natürlich ein Vorbild. Denn dort gibt es dieses Cures-Research-Network oder auch Sentinel-Praxen, Praxen, die in großen Datenbanken verbunden sind, bei denen die Daten der Patienten direkt für die Forschung verwertbar sind.

Herr Prof. Neumann hatte noch den Punkt „Ausbildungsverbesserung in der Allgemeinmedizin“ angesprochen. Aber da weiß ich nicht mehr, was genau die Frage war.

Abg. Dr. Martin **Neumann** (Lausitz) (FDP):

Mir ging es darum, inwieweit man die Ausbildung von Allgemeinmedizinern als Scharnier begreifen oder zumindest entwickeln kann, um bei der Ausbildung entsprechend darauf hinzuwirken, dass sich die Dinge dort zum Positiven ändern können. Was wäre notwendig, um das Thema „Versorgungsforschung“ in der Ausbildung stärker zu etablieren?

Prof. Dr. Martin **Scherer** (Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf):

Wir haben gerade in Hamburg einen Reformstudiengang, in dem wir versuchen, die Forschung mehr in das Studium zu integrieren, und ich glaube, das ist auch eine Botschaft für alle Fakultäten. Die Lehre an den Fakultäten darf nicht im luftleeren Raum schweben, sondern muss einen starken Bezug zur Forschung haben. Wir haben auch longitudinale Tracks, bei denen die Versorgungsforschung das Thema ist. Aber das ist in Hamburg erst einmal modellhaft. Das müsste sich auch auf andere Fakultäten ausweiten.

Vorsitzende:

Abschließend hat für die Bundesregierung Herr Staatssekretär Dr. Braun das Wort.

PSts Dr. Helge **Braun** (BMBF):

Vielen Dank auch von meiner Seite für die Diskussion, wenn ich auch nicht verhehlen möchte, dass ich glaube, dass zu solch großer Klage, die zum Teil geführt wurde, kein Anlass besteht, weil ich schon sehe, dass wir uns in den letzten Jahren sehr positiv entwickeln. Wir haben mit den Gesundheitsregionen angefangen, wo wir auch punktuell, beispielsweise beim Thema „Telemedizin, Antibiotikaresistenz, Management“, zu zeigen versuchen, dass in der Versorgungsstruktur deutliche Verbesserungen möglich sind. Darüber hinaus hatten wir mit unseren Ausschreibungen zu den Studien der Versorgungsforschung eine sehr gute Resonanz. Wir haben natürlich ein Strukturproblem, das wir in Deutschland immer sehen. Solange die Versorgungsforschung bei der Bundesärztekammer, dem BMG und bei den Kassen liegt, ist die Frage der Kosteneffizienz – nicht nur der Qualitätssteigerung – eine der überwiegenden. Gerade deshalb ist das BMBF mit dem neuen Forschungsrahmenprogramm stark in das Thema „Versorgungsforschung“ eingestiegen, weil wir eine Stärkung der erkenntnisorientierten Versorgungsforschung in Deutschland wollen, die nicht immer nur eine Kostenoptimierungsforschung ist, sondern wirklich den Patienten in den Blick nimmt. Da sind wir, glaube ich, eine Institution, die in der Hinsicht auch glaubwürdig ist.

Die nächste Ebene – in der Arbeitsstruktur unseres Ministeriums nach dem Rahmenprogramm – ist der Aktionsplan „Versorgungsforschung“, der den Schwerpunkt konkret ausgestaltet. Wir arbeiten daran, und wir wollen ihn am Anfang des nächsten Jahres öffentlich präsentieren. Wir haben natürlich mit den Studien der Versorgungsforschung und mit der Gründung der vier gesundheitsökonomischen Zentren schon vorab Schritte eingeleitet, die das Ganze vorantreiben. Ich bin auch fest davon überzeugt, dass man im komplexen System immer zwischen einem halben und einem Prozent für die Gesamtsystemevaluation braucht. Nur die Aufgabe – auch die des BMBF – ist es nicht, nur darüber zu diskutieren, wie viel mehr Geld wir brauchen, sondern die Strukturprobleme zu lösen, die eminent sind. Wir haben den Versuch unternommen, mit der Technologie- und Methodenplattform (TMF) als Institution, mit den Interoperationalitätsforen und anderen Initiativen, die von uns auch unterstützt werden, die lernen „Datenkonsistenz, Datenqualität, Interoperabilität und Standardisierung“ voranzutreiben, und es geht eindeutig zu langsam. Das muss man klar sagen.

Wir haben auch ein Versorgungsstrukturgesetz, wofür ich mich sehr eingesetzt habe. Jetzt ist auch dafür gesorgt, dass die Kassen nicht nur grundsätzlich zur Herausgabe der Daten verpflichtet sind, sondern auch die Verantwortung zum Aufbau der Schnittstelle haben, welche die Sekundärdaten auch der freien Wissenschaft zur Verfügung stellt. Das Ganze krankt momentan nicht am Unwillen, sondern es mangelt daran, dass wir in der Frage des Datenstandards und in der Frage, was dort alles drinsteckt und wie wir es organisieren, es noch zu viele Unsicherheiten gibt. Es ist nicht nur ein reines Aufbauproblem, es ist auch die Frage nach der Erarbeitung des Ganzen. Ich glaube, wir müssen in der nächsten Zeit einfach weiter im Gespräch bleiben. Ich möchte, dass wir das Problem innerhalb der nächsten zwei Jahre gelöst haben. Das brauchen wir dringend, glaube ich.

Das Thema „klinische Routinedaten, Primärdaten“ ist auch aus meiner Sicht wichtig. Wir haben eigentlich das Ziel, dass wir mit den Primärdaten von der präklinischen Notfallversorgung bis zum Abschluss rehabilitativer Nachsorgeversorgung eine Kette hinbekommen. Ich glaube, die Pseudonymisierung ist im Kon-

text unseres Datenschutzrechts grundsätzlich möglich. Natürlich muss man es in einem großen, konzertierten Prozess besprechen. Aber auch an der Stelle brauchen wir einen strukturierten Diskussionsprozess, weil wir momentan für die Interoperabilität der komplexen Systeme so viel Energie verwenden, dass wir nie alle zusammenbekommen. Wir müssen über das Thema „Standardisierung“ reden. Wir wollen das Ganze mit der methodischen Forschung, die wir anstoßen wollen und mit den Institutionen, die wir fördern, auch nächstes Jahr im neuen Aktionsplan stärker verankern. Ich glaube, dass damit deutlich wird, dass die Versorgungsforschung in Deutschland an Bedeutung zunimmt. Ich glaube unsere vier gesundheitsökonomischen Zentren in Hamburg, Hannover, Berlin, Duisburg/Essen sind mit der Ausbildung einer stärkeren Nachwuchsbasis betraut, insofern ist mir auch das wichtig.

Zur Frage der „nationalen Kohorte“: Ich bin erst einmal traurig, dass ich heute zum ersten Mal von dieser Kritik höre. Es ist ein sehr später Zeitpunkt, damit auf uns zuzukommen, weil ich die Frage richtig finde. Ob wir uns damit auseinandersetzen, uns die Daten aus der Routineversorgung zu eigen machen oder über eigene Kohorten reden, oder ob man nicht stärker weitere Register in der klinischen Routineversorgung aufbaut, ist eine Grundsatzfrage, über die intensiv diskutiert werden muss. Das wird auch Gegenstand unseres neuen Aktionsplans sein. Insofern glaube ich, dass wir momentan in Deutschland auf diesem Feld aufholen. Viele der hier Anwesenden leisten dazu einen guten Beitrag, und das BMBF wird mit der starken Patientenorientierung nicht nur das tun, was wir jetzt schon tun, sondern im nächsten Jahr noch einen Akzent setzen.

Vorsitzende:

Damit sind wir am Ende unseres heutigen Fachgespräches angekommen. Ich habe den Eindruck, dass alle Anwesenden viele neue Erkenntnisse gewonnen haben. Es hat sich als richtig erwiesen, zu diesem Thema ein Fachgespräch zu veranstalten. Ich darf mich im Namen meiner Kolleginnen und Kollegen sehr herzlich für die umfänglichen Informationen bedanken, vor allem für die große Offenheit und die deutlichen Worte. Wenn Sie heute mitnehmen, dass sich der Aufwand ge-

lohnt hat, dass Sie gekommen sind und offene Ohren gefunden haben, dass viele der Anliegen weitergetragen werden, würde es mich sehr freuen. Ich bin sicher, dass sich die einen oder anderen Kontakte mit den einzelnen Kolleginnen oder Kollegen fortsetzen werden.

Ende der Sitzung: 11.35 Uhr

Ulla Burchardt, MdB

Bearbeiter:
Friedhelm Kappenstein, Fritz Zelta

Prof. Dr. Gerd Glaeske
Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

Stellungnahme

Öffentliches Fachgespräch

zum Thema

„Perspektiven der Versorgungsforschung“

am 13. Juni 2012

*Prof. Dr. Gerd Glaeske
Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen
Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung
UNICOM-Gebäude
Mary-Somerville-Straße 5
28359 Bremen*

Stellungnahme für ein Fachgespräch des Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung am 13. Juni 2012 zum Thema

Perspektiven der Versorgungsforschung

1. Begriffsbestimmung

Die Versorgungsforschung ist eine wichtige Ergänzung der klinischen Forschung, sie kann diese aber nicht ersetzen. Gute Versorgung ist immer evidenzbasiert, insofern prüft Versorgungsforschung die Übertragung der Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin im Alltag der Medizin vor allem unter dem Aspekt der Patientenorientierung und der Unter-, Über- und Fehlversorgung (Glaeske et al. 2009; Ernstmann 2011). Wegen der bei der Einführung von neuen medizinischen Methoden, Behandlungsstrategien oder Strukturen oftmals fehlenden Evidenz zum Nutzen bzw. zum Zusatznutzen solcher neuen Maßnahmen empfehlen Chalkidou et al. (2008), dass Entscheidungen zur Bewertung und zur Finanzierung von neuen Technologien im Gesundheitswesen in einen breiteren Kontext der Forschungspolitik eingegliedert werden sollten. In diesem Zusammenhang gewinnt auch die Versorgungsforschung an Bedeutung. Im Koalitionsvertrag der CDU/CSU/FDP-Regierung wird sie explizit unter dem Titel „Mehr Forschung in der Versorgung“ erwähnt: „Die Gesundheitsforschung trägt dazu bei, mit Innovationen die Lebensqualität von Menschen aller Lebenslagen zu erhöhen und gleichzeitig die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems zu sichern. Erkenntnisse über das Versorgungsgeschehen unter Alltagsbedingungen sind dabei besonders wichtig, damit die Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung bei begrenzten Ressourcen weiter steigt. Daher werden wir die Versorgungsforschung systematisch ausbauen.“ (Koalitionsvertrag 2009, S. 93). Nach Pfaff ist Versorgungsforschung „eine grundlagen- und problemorientierte fachübergreifende Forschung, welche die Kranken- und Gesundheitsversorgung [in den Krankenhäusern, Arztpraxen und sonstigen Gesundheitseinrichtungen] in ihren Rahmenbedingungen [real life] beschreibt, kausal erklärt und aufbauend darauf Versorgungskonzepte entwickelt, deren Umsetzung begleitend erforscht und/oder unter Alltagsbedingungen evaluiert“ (Pfaff 2005). Im Fokus der Versorgungsforschung stehen daher der Bedarf, die Qualität (Prozess, Ergebnis) und die Verbesserung der im Alltag des Systems erbrachten Versorgung (Donner-Banzhoff et al. 2007). Sie evaluiert und fördert somit den Innovationstransfer aus klinischen Studien (efficacy) in die klinische Praxis (effectiveness) (Schrappe & Scriba 2006).

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (früher Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) hat in seinen Gutachten aus den Jahren 1995, 1997, 2001, 2007 und zuletzt im Jahre 2009 (Ziffer 1219) eine Aktivierung der defizitären Versorgungsforschung in Deutschland

angemahnt. Dieser Mahnung hat sich der außerordentliche Deutsche Ärztetag im Februar 2003 angeschlossen. Im Jahr 2005 beschloss der Deutsche Ärztetag ein eigenes Förderprogramm für Versorgungsforschung, das gezielt Themenbereiche adressiert, in denen aktuell Forschungsdefizite bestehen.

Hinsichtlich der Gesundheits- und Krankenversorgung sowie deren Rahmenbedingungen ergeben sich folgende Aufgaben:

- Beschreibung und Analyse der Versorgungssituation,
- hierauf aufbauend Entwicklung von Versorgungskonzepten,
- wissenschaftliche Begleitung der Umsetzung (Implementierung) neuer Versorgungskonzepte,
- Evaluierung neuer und alter Versorgungskonzepte unter realen Bedingungen („medizinischer Alltag“) auf der Ebene der Gesamtbevölkerung oder definierter relevanter Populationen.

Versorgungsforschung kann in diesem Zusammenhang unterschiedliche Blickrichtungen einnehmen und die Versorgung z.B. aus Sicht

- der Nutzerinnen und Nutzer,
- der Anbieter (Ärzte, Apotheker, Krankenhäuser, pharmazeutische Hersteller etc.),
- der Organisatoren (gesetzliche Kranken- oder Pflegekassen (GKV, GPV) oder private Kranken- und Pflegeversicherung (PKV, PPV) oder
- der Politik
- der Gesundheitsökonomie

analysieren.

2. Aktuelle Themenfelder der Versorgungsforschung

Zu den derzeit vordringlich bearbeiteten und zu bearbeitenden Fragestellungen und Themenbereichen der Versorgungsforschung gehören:

- Analysen auf der Ebene des Gesundheitssystems, Organisationsforschung.
- Nutzenmessung diagnostischer, therapeutischer, rehabilitativer und präventiver Maßnahmen
- Fragen des Zugang und Inanspruchnahme aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer
- Leistungsmessung und Leistungsbewertung im Gesundheitswesen einschließlich der Frage der Effizienz (Benchmarking Kosten-Nutzen-Verhältnis etc.)
- Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement
- Innovationen in der Versorgung
- Patientensouveränität, Patientenrechte, Patienteninformation. (informed consent, Patientensouveränität, Partizipation bei der Wahl der diagnostischen und therapeutischen Strategie und der Definition des Behandlungsziels, sowohl aus Sicht der Akteure wie aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer)

Versorgungsforschung ist nicht an spezifische Versorgungssektoren oder –schwerpunkte gebunden. Häufig ist gerade die transsektorale Betrachtung von Behandlungsabläufen erforderlich. Diese steht in Deutschland noch immer viel zu wenig im Mittelpunkt, die sektorale Betrachtung der Versorgung (ambulant, stationär, rehabilitativ) herrscht noch immer vor. Die Konsequenz aus solchen sektororientierten Versorgungsformen sind aber häufig Ineffizienzen und Belastungen für die Patientinnen und Patienten, die z.B. durch eine defizitäre Kooperation und Kommunikation zwischen den verschiedenen Sektoren zustande kommen (Schnittstellenprobleme). Aus den Ergebnissen der Versorgungsforschung können solche Defizite aufgedeckt und, wenn es erforderlich erscheint, Vorschläge für optimierte Abläufe abgeleitet werden. Die Inanspruchnahme innerhalb eines Systems ist nachgewiesenermaßen vom sozialökonomischen Status der Versicherten abhängig, Angehörigen der mittleren und oberen Schichten haben häufig einen besseren Zugang zu den Angeboten des Gesundheitssystems und besitzen größere Gesundheitschancen als Versicherte aus

den unteren sozialen Schichten oder Angehörige vulnerabler Gruppen (Migrantinnen und Migranten, Obdachlose, arme ältere Menschen usw.)

3. Aufgaben der Versorgungsforschung

Es ist Aufgabe der Versorgungsforschung, den Zusammenhang zwischen erreichten Therapieergebnissen und den eingesetzten Ressourcen zu analysieren und daraus Aussagen über die Effektivität und Effizienz sowie über Verteilungs- und Zugangsgerechtigkeit abzuleiten (Pfaff et al., 2011). Analysiert wird die Beziehung zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, und deren Folgen, z.B. bezüglich der Honorierungs- oder Entgeltsysteme, der Bedarfsplanung und -steuerung auf Unter-, Über- und Fehlversorgung. Untersucht werden der Einfluss neuer Kooperations- oder Professionskonzepte („Professionenmix“ und Delegationsverfahren bei der Behandlung, z.B. mit Blick auf die Pflege- oder Heilmittelberufe).

In vielen Fällen haben Ergebnisse aus der Versorgungsforschung direkte oder indirekte Auswirkungen auf die Versorgung der Bevölkerung:

- Sie können bei erkannten Defiziten in der Qualität und Organisation der medizinischen Versorgung Optimierungsprozesse anregen und die Evidenzbasis für deren Ausgestaltung liefern (z.B. Über- und Fehlversorgung in der Antibiotkatherapie für Kinder oder in der Anwendung von Neuroleptika bei Menschen mit Demenz abbauen, Unterversorgung in der Sekundärprophylaxe von Frauen nach Herzinfarkt oder in der Therapie mit inhalierbaren Corticoosteroiden bei Patientinnen und Patienten mit Asthma ausgleichen)
- Sie können zur Definition von Anreizen für eine verbesserte Versorgung führen, die z.B. im Rahmen selektiver Verträge, Konzepten der integrierten Versorgung oder Medizinischen Versorgungszentren eingesetzt werden (z.B. in einer besser abgestimmten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen)
- Sie können Anforderungen für bessere Produkte oder Verfahren, für Produkt- und Verfahrensalternativen oder Vorschläge für neue Behandlungswege aufzeigen, und dadurch der klinischen Forschung neue Impulse geben

- Sie können Bewertungen von Behandlungsabläufen innerhalb der Sektoren und unter gemeinsamer Betrachtung aller Sektoren ermöglichen, um Optimierungsprozesse einzuleiten
- Sie können Hinweise dafür liefern, welche Leistungen z.B. aus dem stationären Bereich in den ambulanten verlagert werden können, und gleichzeitig Parameter zum Monitoring der Qualität aufzeigen (z.B. im Hinblick auf stationär und ambulant durchzuführende Operationen).
- Sie können helfen, die ökonomischen Konsequenzen unterschiedlicher medizinischer Versorgungsstrategien abzubilden und damit effizienzoptimierend zu wirken.

Insgesamt fördert eine aktive Versorgungsforschung eine Evaluationskultur, die im deutschen Gesundheitswesen noch immer wenig entwickelt ist. Insbesondere in Bereichen, in denen eine Evaluation nicht gesetzlich vorgeschrieben ist, die aber wegen ihrer Versorgungsrelevanz und / oder neuen Organisations- und Anreizstrukturen dringend im Bezug auf die Prozess- und Ergebnisqualität einer Begleitforschung bedürften, sollten angemessene Evaluationsstrategien in Zukunft obligat werden. Versorgungsforschung kann daneben auch aus eigener Initiative weitere und speziellere Studien in Gang setzen, die mit geeigneten Studiendesigns ganz bestimmte Fragestellungen und Hypothesen deskriptiv oder konfirmatorisch prüfen.

4. Methoden der Versorgungsforschung

Die Versorgungsforschung bedarf keiner neuen und schon gar keiner eigenen theoretischen oder methodischen Grundlagen (Glaeske et al, 2009). Versorgungsforschung definiert sich über ihre Fragestellungen. Ihre Aufgabe ist es, Forschungsbedarfe zu identifizieren, zu priorisieren und geeignete Studiendesigns zur Beantwortung der Fragen zu anzuwenden. Eigens erhobene Primärdaten und / oder bereits vorhandene Daten (Sekundärdaten, Registerdaten usw.) werden mit einer angemessenen Methodik ausgewertet. Die Auswahl der Methodik ist dabei abhängig von den Fragestellungen, vom Studiendesign, den verfügbaren Daten und einer Vielzahl weiterer Randbedingungen (Zeitraumen, Zugänglichkeit der Datenquellen, Akzep-

tanz bei den Teilnehmern und betroffenen Akteuren im Versorgungssystem, Verfügbarkeit von Förderung, datenschutzrechtliche und gesetzliche Rahmenbedingungen etc.).

Das Methodenspektrum der Versorgungsforschung ist sehr breit und umfasst Methoden der klinischen Epidemiologie, der deskriptiven und analytischen Versorgungsepidemiologie, der Sozialwissenschaften, der Psychologie und der Ökonomie. Neben quantitativen Forschungsmethoden sind wesentlich auch qualitative Ansätze relevant. Einer spezifischen Forschungsmethodik der Versorgungsforschung bedarf es nicht. Allerdings können spezifische Fragen der Versorgungsforschung Anlässe für methodische Weiterentwicklungen sein.

Studien zur Evaluation neuer Versorgungskonzepte in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind zudem im Hinblick auf die Finanzierung abzusichern. Da die Ergebnisse für die Weiterentwicklung der GKV von besonderer Wichtigkeit sind, sollte den Kassen gesetzlich die Möglichkeit eingeräumt werden, solche Studien mit einem festen prozentualen Anteil der Leistungsausgaben zu finanzieren (z. B. mit 0,1% pro Jahr) (Glaeske 2008; Glaeske et al, 2010). Solche Studien müssen aber auch Eingang in die Förderung der Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) finden, die bislang vor allem Grundlagen-, aber keine Anwendungs-orientierte Forschung gefördert hat.

5. Qualifikationen und Anforderungen in der wissenschaftlichen Disziplin „Versorgungsforschung“

Während meiner Mitgliedschaft im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-Gesundheit) von 2003 bis 2009 wurde in den drei zuletzt publizierten Gutachten 2005, 2007 und 2009 zusammen mit den Kolleginnen und Kollegen immer wieder auf die Notwendigkeit hingewiesen, die Versorgungsforschung zu fördern und im Forschungs- und Lehrbereich der Universitäten zu verankern. Im Gutachten 2009 haben wir in Ziffer 1219 unsere Vorstellungen noch einmal zusammengefasst:

„Der Rat hat in den vergangenen Jahren immer wieder die Intensivierung der Versorgungsforschung angemahnt, insbesondere dann, wenn neugefasste gesetzliche

Rahmenbedingungen in der GKV innovative Vertrags- oder Versorgungsmöglichkeiten ermöglichten, deren Folgen schwer abschätzbar waren („Politikfolgenforschung“). Eine obligatorische Evaluation ist nach wie vor nur bei Modellvorhaben nach §§ 63-65 SGB V vorgesehen, nicht aber im Zusammenhang mit der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V, mit den Rabattverträgen für Arzneimittel nach § 130a Abs. 8 oder mit der Integrierten Versorgung nach § 140a ff SGB V. Auch für die bereits seit langem angebotenen DMPs fehlen weitgehend adäquate Evaluationsvorhaben, die im Rahmen eines kontrollierten Designs eine valide Aussage über Nutzen und Wirtschaftlichkeit zulassen. Dies ist umso unverständlicher, als der Gesetzgeber bereits im Jahre 2000 mit den §§ 303a ff SGB V Rahmenbedingungen für eine wissenschaftliche Evaluation in der GKV ermöglicht hat. Bisher konnten sich die mit der Umsetzung beauftragten Gremien der Kassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jedoch nicht auf ein Konzept zur Nutzung, zur Zusammenführung der Daten aus dem Bereich der Ärzte und Kassen sowie zu Auswertungsschwerpunkten einigen. In diesem Zusammenhang mag es ein Mangel sein, dass in dieser gesetzlichen Regelung die Mitwirkung von Sachverständigen aus dem Bereich der Wissenschaft nicht vorgesehen ist und auch die Datenschutzbestimmungen einen sinnvollen Umgang mit den vorhandenen Daten nur bedingt ermöglichen, obwohl in der Zwischenzeit Konzepte vorliegen, die unter Beachtung des Datenschutzes personenbezogene Auswertungen mittels Pseudonymisierung ermöglichen. Hier sollten auch praktikable Wege ermöglicht werden, die eine vereinfachte Zusammenführung von Versorgungsinformationen für wissenschaftliche Zwecke erlauben.

In diesem Gutachten werden weit reichende Veränderungen für unser Gesundheitssystem vorgeschlagen. Daher sollten solche Entwicklungen wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden müssen, um die Konsequenzen für die Versicherten, für die Leistungserbringer, für die Kostenträger und für das gesamte System erkennen und bewerten zu können. Nur auf dieser Basis kann entschieden werden, ob neue Versorgungskonzepte weiter verfolgt und breit implementiert werden sollten. Studien zur Evaluation neuer Versorgungskonzepte sind zudem im Hinblick auf die Finanzierung abzusichern. Da die Ergebnisse für die Weiterentwicklung der GKV von besonderer Wichtigkeit sind, sollte den Kassen gesetzlich die Möglichkeit eingeräumt werden, solche Studien mit einem festen prozentualen Anteil der Leistungsausgaben zu finanzieren (z. B. 0,1%).“

Diese angesprochenen Schwerpunkte (allgemeine Evaluation bis hin zur „Politikfolgeforschung“ und der Etablierung einer „Gegenöffentlichkeit“ gegen die Dominanz des positivistisch und individualistisch orientierten medizinisch-industriellen Komplex), die sicherlich nicht den gesamten Bereich der Versorgungsforschung darstellen, lassen aber einige der wichtigsten Qualifikationen erkennen, die als unentbehrlich angesehen und in die Lehre integriert werden müssen, wenn die Versorgungsforschung auf Dauer im Wissenschaftsbereich Bestand und Erfolg haben soll.

- Die Versorgungsforschung wird sich vor allem über eine Allokationsforschung in unserem Gesundheitswesen etablieren können. Es müssen Fragen nach dem patientenorientierten Nutzen aller geplanten Maßnahmen ebenso beantwortet werden wie Fragen der Kosten-Nutzen-Bewertung. In diesem Bereich ist die Versorgungsforschung derzeit besonders gefragt, in allen aktuellen Gesetzesvorhaben (AMNOG; Versorgungsstrukturgesetz) geht es um solche Fragestellungen. Der Bezug zu unserem Versorgungssystem sollte in allen Forschungs- Anwendungsfeldern eine Rolle spielen, daher sind intime Kenntnisse unseres Versorgungssystems und methodische Kompetenz in allen Feldern zu berücksichtigen. Die „richtigen“ Kriterien sollten sich daher immer auch an der Patienten- und Systemorientierung messen lassen. In diesem Zusammenhang sind gesundheitswissenschaftliche, gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Kompetenzen neben einer qualifizierten Kenntnis der methodischen Instrumentarien der Epidemiologie von besonderer Bedeutung, die sich auch im universitären Angebot der Versorgungsforschung wiederfinden sollten.
- In den Bereichen Medizinische Informatik oder im Bereich Medizinische Statistik und Biometrie muss auch die Qualitätssicherung der Daten eine Rolle spielen, die im Rahmen der Versorgungsforschung genutzt werden (insbesondere ein Thema bei der weitverbreiteten Sekundärdatenforschung). Hier gibt es immer wieder unangenehme Überraschungen im Hinblick auf Defizite und Limitationen, die im Hinblick auf die Aussagen bewertet werden müssen.

- Hinzu kommen Kompetenzen in der Medizinsoziologie, um Strukturen und Organisationen in unserem Gesundheitssystem auf der Basis soziologischer Theorien erkennen, analysieren und interpretieren und dort, wo es notwendig erscheint, Veränderungen anregen zu können. So sind Z.B. die Theorien von Niklas Luhmann zur Analyse von Organisationen ohne Zweifel auch für die Organisationen im Gesundheitswesen (Krankenhäuser, Krankenkassen usw.) von besonderer Bedeutung. Die Medizinsoziologie ist unerlässlich für die Theorie- und Methodenbildung. Das Gesundheitssystem basiert auf Organisationen, die in ihrer Bedeutung, ihrem Verhinderungswillen und in ihren Förderungsmöglichkeiten erkannt und gekannt werden müssen – die Medizinsoziologie hilft in diesem Bereich sicherlich weiter. Dies ergibt sich m.E. auch aus dem von Pfaff, Neugebauer, Schrappe und mir herausgegebenen „Lehrbuch Versorgungsforschung“. (Pfaff, Neugebauer, Glaeske, Schrappe, 2011)

6. Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF)

Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e.V. besteht seit dem Mai 2006 und hat sich zur Aufgabe gesetzt, die derzeitigen Forschergruppen in der Versorgungsforschung zu vernetzen, die Fortbildung der Forscher und des wissenschaftlichen Nachwuchses konsequent zu fördern und die methodischen Grundlagen für dieses neue Fach zu definieren und für deren Beachtung und Umsetzung zu sorgen. Aus diesem Grunde wurden Memoranden publiziert, die vor allem die methodischen Grundlagen und Konzepte zum Inhalt hatten. Aus dem gleichen Grunde wurde von Mitgliedern des Vorstandes des DNVF das „Lehrbuch Versorgungsforschung“ publiziert. Die 54 Mitglieder des Netzwerkes (klinische Fachgesellschaften, wissenschaftliche Institute einzelne Persönlichkeiten u.a.) beschäftigen sich in unterschiedlicher Weise mit Themen der Versorgungsforschung und tragen die Ergebnisse auf den jährlich stattfindenden Kongressen für Versorgungsforschung vor. Damit wird die Versorgungsforschung mehr und mehr in den wissenschaftlichen und den öffentlichen Bereich getragen. Eine Förderinitiative ähnlich denen im Bereich Public Health oder der Allgemeinmedizin könnte aber dazu beitragen, eine wissenschaftliche Basis der Versorgungsforschung ähnlich der von „Health Care Research“ in den USA zu entwickeln.

7. Literatur

- Chalkidou C, Lord J, Fischer A, Littlejohns P (2008) Evidence-based Decision-making: when should we wait for more information? *Health Affairs*. 27 (6): 1642-1653.
- Donner-Banzhoff N, Schrappe M, Lelgemann M (2007) Studien zur Versorgungsforschung. Eine Hilfe zur kritischen Rezeption. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 101 (7):463-471.
- Ernstmann E (2011) Zur Bedeutung der Versorgungsforschung. Ein Überblick. *Urologe* 50:673-677
- Glaeske G, Augustin M, Abholz H et al (2009) Epidemiologische Methoden für die Versorgungsforschung. *Gesundheitswesen* 71(10):685-693
- Glaeske G (2008), Mehr Sicherheit und Gerechtigkeit bei Behandlungsentscheidungen. Kosten-Nutzen-Analysen im Gesundheitssystem unter besonderer Berücksichtigung der Onkologie, in: *Der Onkologe* 7: 660-668.
- Glaeske G, Höffken K, Ludwig WD, Schrappe M, Weißbach L, Wille E (2010) Sicherstellung einer effizienten Arzneimittelversorgung in der Onkologie. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bremen. August 2010.
- Pfaff H, Abholz H, Glaeske G, Icks A, Klinkhammer-Schalke M, Nellessen-Martens G, Neugebauer EAM, Ohmann C, Schrappe M, Selbmann HK, Stemmer R. für den Vorstand des Deutschen Netzwerkes Versorgungsforschung (2011) Stellungnahme: Versorgungsforschung: unverzichtbar bei Allokationsentscheidungen. DMW 2011
- Pfaff H, Neugebauer EAM, Glaeske G, Schrappe M (2011) Lehrbuch Versorgungsforschung. Schattauer. Stuttgart.
- Koalitionsvertrag der CDU/ CSU und FDP (2009), www.cducsu.de/upload/koavertrag0509.pdf, zuletzt besucht am 20.1.2012.
- Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Baden-Baden: Nomos; 2001.
- Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit : Band II Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Baden-Baden: Nomos; 2001.
- Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung III. 1: Grundlagen, Übersichten, Versorgung chronisch Kranker. Nomos: Baden-Baden; 2002.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Band I. Baden-Baden: Nomos; 2008.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Band II. Baden-Baden: Nomos; 2008

Sachverständigenrat zur Begutachtung des Gesundheitssystems (2009), Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, www.svr.de, zuletzt besucht am 20.1.2012 (Kurzfassung und Bundestagsdrucksache).

Schrapppe M, Scriba PC (2006) Versorgungsforschung: Innovationstransfer in der Klinischen Forschung. Z ärztl Fortbild Qual Gesundheitswes. 100: 571-580.

Prof. Dr. med. Matthias W. Beckmann
Frauenklinik Universitätsklinikum Erlangen
Fachausschuss „Versorgungsmaßnahmen und
-forschung der Deutschen Krebshilfe e. V.

Stellungnahme

Öffentliches Fachgespräch

zum Thema

„Perspektiven der Versorgungsforschung“

am 13. Juni 2012

Perspektiven der Versorgungsforschung

Im Bereich des Rahmenprogramms Gesundheitsforschung der Bundesregierung werden vier direkte Aktionsfelder definiert. Eines der Problemfelder, welches übergreifend alle Aktionsfelder beeinflusst, ist die Verfügbarkeit und Nutzbarkeit von Versorgungsdaten. Sowohl für die großen Volkskrankheiten, wie aber auch für Präventions- und Ernährungsforschung sind die Erhebung von Basisdaten, sowie krankheitsspezifische Daten eine unabdingbare Voraussetzung, um entsprechende spätere Auswertungen zu machen. Die Erhebung von Daten ist derzeit vielfältig, unkoordiniert und ineffektiv. Jede Gruppierung im Gesundheitssystem hat ihre eigene Zielsetzung und damit ihr eigenes Datenset. Fehlende Abfrage im Rahmen der transsektoralen, interdisziplinären und interprofessionellen Versorgung führen zu inakzeptablen Mehrfachdokumentationen, Inkompatibilität der Datensysteme beziehungsweise Erhebungssysteme und einer enormen Ressourcenverschwendung. Ob die Daten überhaupt spezifisch genutzt werden beziehungsweise ob die Daten nur zur Unterstützung spezifischer Aussagen genutzt werden, ist darüber hinaus zu hinterfragen.

Verfügbarkeit und Nutzbarkeit von Versorgungsdaten sind die Grundlage für Versorgungsforschungsprojekte, die nicht nochmals auf eine Neuerhebung von Daten zurückgreifen müssen, sondern auf die Daten zurückgreifen sollten, die im Rahmen der Versorgung erhoben werden. Hierzu müssen Absprachen im Hinblick auf die Koordination der verschiedenen Datensätze und Datensysteme erfolgen. Im Hinblick auf die individualisierte Medizin ist dieses Problem umso größer, da sehr unterschiedliche Diagnostik- und Therapie- beziehungsweise Nachsorgeansätze verfolgt werden und somit die zu erhebenden Daten unterschiedlich sind. Im Rahmen der Krebsmedizin hat sich hier durch die Arbeitsgruppe „Daten-Sparsamkeit und Dokumentation“, die im Rahmen des Nationalen Krebsplans gegründet worden ist, ein erster Ansatz ergeben, der diese Ziele verfolgt. Ein abgestimmter Datensatz, Zugriff von allen Beteiligten auf diesen Datensatz und routinemäßige Auswertungen, die im Sinne von Benchmarking allen Anforderern zur Verfügung stehen, sind die Grundvoraussetzung, um hier entsprechende Ansätze zur Erreichen der Ziele der Versorgungsforschung zu gewährleisten.

Das Vorhaben der Einführung klinischer Krebsregister kann in seiner Bedeutung für die Versorgungsrealität nicht genug gewürdigt werden. Der Nationale Krebsplan hat hierfür durch das große Engagement seiner Unterstützer und der langfristigen Mitwirkung von mehr als 100 Sachverständigen ein Fundament gelegt, das nicht nur als beispielhaft für den Umgang mit anderen Volkskrankheiten gelten kann, sondern auch die aktive Unterstützung der Politik verlangt. Das Bundesgesundheitsministerium hat seine Prioritäten zugunsten der klinischen Krebsregistrierung eindeutig gesetzt und will einen

entsprechenden Gesetzentwurf vorlegen. Daran anschließend ist auf der Grundlage einer flächendeckenden klinischen Krebsregistrierung adäquate Versorgungsforschung durch die Unterstützung der Länder notwendig.

Wichtig wäre es zudem, den wissenschaftlichen Nachwuchs für die Versorgungsforschung zu begeistern, weil dieses Forschungsgebiet – aufgrund z. T. fehlender Voraussetzungen – derzeit noch nicht mit dem der Grundlagenforschung oder der klinischen Forschung konkurrieren kann. Es scheint sich aus wissenschaftlicher Sicht nicht zu lohnen, die berufliche Perspektive auf die Versorgungsforschung auszurichten, obwohl ihre Sinnhaftigkeit bezüglich der nachhaltigen Qualitätssicherung medizinischer Versorgung außer Zweifel steht.

Versorgungsforschung, die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellt, kann – ungeachtet des Fachgebietes – neben einer angemessenen finanziellen Förderung nur über eine bessere Verfügbarkeit und Nutzbarkeit wissenschaftlicher Daten in Deutschland etabliert werden.

Prof. Dr. med. Matthias W. Beckmann

Prof. Dr. Holger Pfaff
Zentrum der Versorgungsforschung Köln der
Humanwissenschaftlichen Fakultät und der
Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln

Stellungnahme

Öffentliches Fachgespräch

zum Thema

„Perspektiven der Versorgungsforschung“

am 13. Juni 2012

7 PUNKTE-PROGRAMM

ZUR STÄRKUNG DER VERSORGUNGSFORSCHUNG IN DEUTSCHLAND

Stellungnahme für das öffentliche Fachgespräch „Perspektiven der Versorgungsforschung“, Deutscher Bundestag, Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung, Berlin, 13.Juni 2012

von

*Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff, Universität zu Köln
Köln, den 8.6.2012*

1. **Gesundheitsleistungs- und Kontextforschung gleichgewichtig fördern:** Sowohl die Forschung über Kernleistungen der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsleistungsforschung) als auch die Forschung über den sozialen und organisationalen Kontext der Erbringung der Kernleistung (Kontextforschung) müssen gleichgewichtig gefördert werden.
2. **Sozialwissenschaftliche Grundlagenfächer der Versorgungsforschung stärken:** Gesundheitsversorgung kommt durch Verhalten von individuellen und sozialen Akteuren zustande. Daher müssen die Grundlagenfächer Medizinische Soziologie und Medizinische Psychologie obligater Bestandteil von universitären und landesweiten Versorgungsforschungszentren und -strukturen sein. Zudem ist es nötig, eigene Versorgungsforschungslehrstühle zu schaffen, damit das Fach eine Identität entwickelt.
3. **Versorgungsforschungsergebnisse sollten verpflichtend in die Kosten-Nutzen-Bewertung und die Allokationsentscheidungen eingebaut werden:** Für die alltagsnahe Ressourcenallokation ist Versorgungsforschung unverzichtbar. Daher sollte sie auch in den Prozess der Allokationsentscheidung auf allen Politikebenen (z.B. IQWiG, G-BA) eingebaut werden.
4. **Nationale Förderorganisation und nationales Zentrum für Versorgungsforschung schaffen:** Die Versorgungsforschung benötigt eine zentrale Einrichtung auf nationaler Ebene, die zur Aufgabe hat, die Versorgungsforschung national zu fördern. Vorbild ist die AHRQ (<http://www.ahrq.gov/>) in den USA. Zudem ist es notwendig, parallel zu den nationalen Gesundheitszentren ein nationales Versorgungsforschungszentrum (Vorbild: NIVEL: <http://www.nivel.nl/>) zu gründen. Dies soll die gegründeten Gesundheitszentren ergänzen und unterstützen sowie eine kritische „Forschungsmasse“ schaffen.
5. **Quantensprung in der Finanzierung der Versorgungsforschung ist nötig:** Erfolgt kein finanzieller Quantensprung, wird die Versorgungsforschung den Erwartungen, die in sie gesetzt werden, auf Dauer nicht gerecht. Sie ist, da sie hohen wissenschaftlichen Standards genügen muss, nicht billig. Zur Abdeckung der Finanzierungslücke bietet sich eine Dreifach-Strategie an: 1) Verschieben der BMBF-Forschungsprioritäten zugunsten der Versorgungsforschung; 2) Erhöhung des BMG-Budgets für Gesundheitsforschung; 3) Verpflichtung der Kassen, ein Prozent ihres Haushaltes für Versorgungsforschung auszugeben, die Hälfte davon zweckgebunden zur Finanzierung der BMBF- und BMG-Versorgungsforschungsprogramme.
6. **Der Ausbildung von Versorgungsforschern Priorität einräumen:** Es ist eine nationale Aufgabe, heute die Versorgungsforscher für morgen auszubilden. Da dies Landes- und Hochschulaufgabe ist, könnte es Aufgabe des Bundes sein, diesen Prozess anzustoßen, einheitlich zu strukturieren, zu überwachen und den Anschub zu finanzieren.
7. **Offener Zugang zu flächendeckenden Sekundärdaten ist unabdingbar:** Wissenschaftlern muss unbedingt – unter Wahrung des Datenschutzes - ungehindert Zugang zu den nicht aggregierten Daten des InEK und des Statistischen Bundesamtes gewährt werden. Zudem muss es gesetzlich ermöglicht werden, die Sekundärdaten mit anderen Daten zu verknüpfen. Weiter ist zu fordern, den kassenübergreifenden Datenpool „endlich“ zu realisieren. Ohne qualitätsgeprüfte, flächendeckende Sekundärdaten kann keine wissenschaftlich solide Versorgungsforschung betrieben werden und keine fundierte Politikberatung erfolgen.

Prof. Dr. Birgit Babitsch
Universität Osnabrück
Fachbereich Humanwissenschaften

Stellungnahme

Öffentliches Fachgespräch

zum Thema

„Perspektiven der Versorgungsforschung“

am 13. Juni 2012

Deutscher Bundestag

Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung

Öffentliches Fachgespräch „Perspektiven der Versorgungsforschung“

13. Juni 2012

Stellungnahme

Prof. Dr. Birgit Babitsch, MPH

Universität Osnabrück

Fachbereich Humanwissenschaften

Fachgebiet New Public Health

Die Versorgungsforschung ist im Vergleich zu anderen Themenfelder in Public Health eine eher junge Forschungsrichtung, die sich mit der Gesundheitsversorgung unter Alltagsbedingungen befasst. Ihr ist wie allen anderen Public Health orientierten Forschungsrichtungen gemein, dass neben wissenschaftlichen Erkenntnissen, die zum einen besseren Verständnis des Versorgungsgeschehens und damit letztlich zu einer besseren Versorgungsqualität beitragen sollen, auch eine enge Verbindung zur Praxis besteht, die in der Regel zu einer raschen Umsetzung der Forschungserkenntnisse führt.

Hervorzuheben ist in diesem Forschungszweig, dass gemäß der konzeptionellen Ausrichtung, insbesondere der Multidisziplinarität, die Etablierung der Forschung stets durch eine intensive und konsensorientierte Standortbestimmung begleitet war. Zu nennen ist hier vor allem das Deutsche Netzwerk für Versorgungsforschung (DNVF, <http://www.netzwerk-versorgungsforschung.de/>) und daraus hervorgehend der Versorgungsforschungskongress und die Memoranden zur Versorgungsforschung.

Seitens des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) und der Gesetzlichen Krankenversicherung bzw. weiterer Träger sowie der Bundesärztekammer erfolgte in den letzten Jahren im überwiegenden Maße die Forschungsförderung in der Versorgungsforschung. Aktivitäten fanden sich auch bei anderen Einrichtungen, wie bspw. der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG). Die Quantität der Anträge überschritt bei weitem die zur Verfügung stehenden Mittel; die Förderquote lag bei erstgenannter Förderung deutlich unter 20 % (Raspe et al. 2010). Den Ausschreibungen dieser Förderer war eine thematische Fokussierung gemein, die wichtige Themenbereiche, die bspw. in den Memoranden skizziert waren, aufgriffen. Die darin explizite Einforderung der Alters- und Geschlechterdifferenzierung sowie die Berücksichtigung sozialer Benachteiligung und die Patientenorientierung sind sehr zu begrüßen.

Kennzeichnend für die bis dato geförderte Versorgungsforschung ist, dass eine große Bandbreite des Versorgungsgeschehens und dabei meist kleinere Teilbereiche analysiert wurden (BMBF 2008; BMBF 2012).

Eine weitere Ausrichtung der Versorgungsforschung kann damit sowohl auf einen theoretisch-konzeptuellen Rahmen und erste wichtige Forschungserkenntnisse zurückgreifen. Eine zukünftige Versorgungsforschung ist in einen langfristigen Masterplan zur Gesundheitsforschung einzugliedern, dem als wesentliches Gestaltungsprinzip die Public Health-Orientierung zugrunde liegt.

Im Einzelnen würde das bedeuten:

1. Entwurf für ein langfristiges und Public Health-orientiertes Gesundheitsforschungsprogramm

Die Gesundheitsforschung weist bis heute eine starke medizinisch-naturwissenschaftliche Orientierung auf. Dies spiegelt sich sowohl bei den Forschungsschwerpunkten als auch bei den zur Verfügung stehenden Fördermitteln wider. Zugleich entspricht dies auch der im Gesundheitssystem gültigen Fokussierung. Eine stärkere Public Health Orientierung ist im Gesundheitssystem selbst und in der Gesundheitsforschung unter den bereits vorhandenen und zukünftig sich verstärkenden Herausforderungen im Gesundheitssystem unausweichlich. Einer langfristigen und an den Anforderungen der Gesundheit der Bevölkerung orien-

tierten Forschung und Versorgung müsste stärker Rechnung getragen werden. Entsprechend wären sowohl bei der Gestaltung eines solchen Forschungsprogramms als auch bei der Konkretisierung einzelner Forschungsausschreibung sowie bei der Vergabe von Forschungsprojekten Public Health Experten und Expertinnen mit einem angemessenen Anteil einzubeziehen.

2. Ausrichtung der Versorgungsforschung auf den kompletten Behandlungsprozess

Die Versorgungsforschung ist derzeit durch die Fokussierung auf einzelne Behandlungsabschnitte begrenzt. Ein besseres Verständnis der Versorgung unter Alltagsbedingungen bedarf jedoch der Berücksichtigung des gesamten Behandlungsprozesses einschließlich anderer nicht unbedingt im medizinischen System liegender Versorgungsbereiche (wie z. B. Eigenbehandlung, Selbsthilfe, Angehörige). Entsprechend wären auch verstärkt, Fragen der Organisationsgestaltung in der Schnittstelle zur Gesundheitssystemgestaltung zu bearbeiten.

3. Förderung von Grundlagenforschung in der Versorgungsforschung

Die Mehrzahl der Forschungsprojekte zielte auf die Untersuchung eines definierten Versorgungsbereiches und die Generierung von empirischen Ergebnissen. In der Forschungsförderung dominieren quantitative Forschungsmethoden; explizit wurden in einer Ausschreibung auch qualitative Forschungsprojekte gefördert.

Grundlagenforschung im Sinne einer sozialwissenschaftlichen und Public Health-orientierten Forschung fehlt, wäre jedoch zur Entwicklung von theoretischen Erklärungsmodellen wie auch zur Entwicklung von qualitativ hochwertigen Instrumenten unabdingbar. Insbesondere sollte hier ein Schwerpunkt auf soziale Determinanten, Fragen des Zugangs zur Gesundheitsversorgung (access) und Diversity gelegt werden.

4. Einbeziehung der Gesundheitsfachberufe in die Forschung bzw. als eigenständiger Forschungsgegenstand

Das Gesundheitswesen ist einer der größten Beschäftigungssektoren in Deutschland. Insgesamt waren in 2010 4,8 Millionen Menschen in der Gesundheitsversorgung beschäftigt, darunter 334.000 Ärzte und Ärztinnen

(Statistisches Bundesamt 2012). Forschung zu den Gesundheitsfachberufen an sich, zu ihrem Beitrag im Versorgungsalltag und zu Fragen der Kooperation fehlen gänzlich. Bei einem zukünftigen Gesundheits- bzw. Versorgungsforschungsprogramm sollten Schwerpunkte hierauf gelegt und einschlägige Experten und Expertinnen in die Ausgestaltung einbezogen werden.

5. Entwicklung einer Ausbildungsforschung

Dem Gesundheitswesen wird ein großes und immer größer werdendes Nachwuchsproblem bescheinigt. Intensiv werden Fragen im Zusammenhang mit der Akademisierung bzw. der bisherigen Ausbildung diskutiert bzw. wurden durch Neuregelungen bereits Veränderungen im System etabliert. Diese Systemimpulse sind jedoch kein Gegenstand in der Forschung; auch die Ausrichtung der einzelnen Ausbildungsinhalte wird aus Systemperspektive nicht untersucht. Eine langfristige Etablierung einer Ausbildungsforschung für das Gesundheitssystem wäre damit eine sehr lohnende Investition, die nicht zuletzt zu einer verbesserten Passung der Ausbildungen an die steigenden Anforderungen im Gesundheitswesen selbst und zu einer höheren Berufszufriedenheit beitragen könnte.

6. Etablierung einer Politikfolgenabschätzung und eines Monitorings

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist durch zahlreiche Änderungen und intensive, z. T. sehr kontroverse Diskussionen, gekennzeichnet. Obgleich die Frage der Finanzierbarkeit zunehmend in den Mittelpunkt vieler Entscheidungen rückt, ist der Anspruch an Versorgungsgerechtigkeit unbestritten. Gleichwohl zielten alle Reformen auf Maßnahmen der Kostendämpfung, die sich u. a. in Leistungsausgrenzungen bzw. in einer Erhöhung von Zuzahlungen ausdrückten. Jüngste Reformen setzten zudem deutliche Systemimpulse, in dem sie bspw. neuen Versorgungsformen, wie u. a. integrierte Versorgung, einführten. Die individuellen und gesellschaftlichen Folgen der Reformen im Gesundheitswesen einerseits bzw. der langfristigen Entwicklungen in der Bevölkerung (Stichwort: Demographie) andererseits sind indes wissenschaftlich nicht zu beurteilen, sollten jedoch einem kontinuierlichen Monitoring-Prozess unterstellt werden.

Referenzen:

BÄK - Bundesärztekammer (2011): Rahmenkonzept zur Förderung der Versorgungsforschung.
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.6.3289>

BMBF - Bundesministerium für Bildung und Forschung (2008): Versorgungsforschung. Ergebnisse der gemeinsamen Förderung durch das BMBF und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (2000 – 2008). Bonn, Berlin.

BMBF - Bundesministerium für Bildung und Forschung (2012): Versorgungsforschung.
<http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/435.php>

DFG - Deutsche Forschungsgemeinschaft (2012): Versorgungsforschung und Public-Health-Forschung in der DFG. www.dfg.de/versorgungsforschung

Raspe H.; Pfaff H.; Härter M. et al. (2010): Versorgungsforschung in Deutschland: Stand – Perspektiven – Förderung. Stellungnahme.
http://www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/reden_stellungnahmen/2010/stellungnahme_versorgungsforschung.pdf

Statistisches Bundesamt (2012): Gesundheitspersonal.
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Aktuell.html>

Prof. Dr. Michael Ewers
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Human- und Gesundheitswissenschaften

Stellungnahme

Öffentliches Fachgespräch

zum Thema

„Perspektiven der Versorgungsforschung“

am 13. Juni 2012



Campus Benjamin Franklin | Campus Berlin Buch | Campus Mitte | Campus Virchow-Klinikum

Charité | Campus Virchow-Klinikum | 13353 Berlin

An das
Sekretariat des
Ausschusses für Bildung, Forschung
und Technikfolgenabschätzung

11011 Berlin

**CharitéCentrum 1 – Human- und
Gesundheitswissenschaften**

**Institut für Medizin-, Pflegepädagogik
und Pflegewissenschaft**

Univ.-Prof. Dr. Michael Ewers MPH

Tel. +49 (0)30 450 529 - 082 (Sekr.) / - 071 (Durchwahl)

Fax +49 (0)30 450 529 - 900

m.ewers@charite.de

Datum: 11.06.2012

*Öffentliches Fachgespräch zum Thema „Perspektiven der Versorgungsforschung“
am Mittwoch, den 13. Juni 2012 / Deutscher Bundestag - Berlin*

Hier: Kurzstellungnahme aus pflegewissenschaftlicher Perspektive

Die im Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung (BT-Drucksache 17/4243) im Aktionsfeld 4 enthaltene Zielsetzung, die Versorgungsforschung in Deutschland weiter zu fördern und leistungsfähig auszubauen, wird aus pflegewissenschaftlicher Sicht uneingeschränkt begrüßt. Zugleich wird für notwendig erachtet, bei der Umsetzung dieser Ziele in Form von Forschungsförderinitiativen der Einbindung von pflegewissenschaftlicher Expertise besondere Aufmerksamkeit zu widmen und zugleich den Auf- und Ausbau der pflegerischen Versorgungsforschung in Deutschland systematisch voranzutreiben.

Versorgungsforschung wird verstanden als ein multidisziplinäres Forschungsfeld, in dem soziale Faktoren und Bedingungen, Finanzierungssysteme, organisatorische Strukturen und Prozesse, die Bedeutung von Technologien sowie kollektiver und individueller Verhaltensweisen in ihren Wirkungen auf Zugang, Qualität und Kosten der Gesundheitsversorgung und letztlich auf Gesundheit und Wohlbefinden auf populationsbezogener Ebene untersucht werden.^{1,2} Als zahlenmäßig größte Berufsgruppe sind Pflegende in nahezu allen Versorgungsbereichen vertreten und direkt oder indirekt auch an allen Aktivitäten beteiligt, die zum Gegenstand von Versorgungsforschung erhoben werden können. Zumeist als unspektakuläre und alltagsnahe Dienstleistung und nicht eben selten hinter verschlossenen Türen ablaufend („invisible work“³), lässt sich die Bedeutung der Pflege für das Gesamtergebnis der Gesundheitsversorgung derzeit aber nur schwer identifizieren und gegenüber Entscheidungsträgern aus Politik, Verwaltung und Management adäquat darstellen⁴. Eben dieses Phänomen führt vielfach dazu, dass pflegerische Leistungen – etwa im Umfeld spezifischer medizinischer Interventionen, in speziellen Versorgungskontexten oder im arztfernen häuslichen Versorgungsumfeld – übersehen und in ihren positiven wie negativen Einflüssen auf das Gesamtergebnis von Gesundheitsversorgung unzureichend gewürdigt werden. Hier ein Umdenken einzuleiten und durch pflegerische Versorgungsforschung die Beiträge der Pflege für die Sicherstellung einer bedarfsge-

rechten Gesundheitsversorgung aufzudecken, stellt eine der zentralen Entwicklungsaufgaben im Kontext der Versorgungsforschung dar, der künftig mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden muss. Benötigt wird beispielsweise mehr und qualifiziertere Forschung zu Fragen der teambasierten und interprofessionellen Zusammenarbeit in der arbeitsteilig angelegten Gesundheitsversorgung und den Beiträgen der einzelnen Professionen an deren patientenseitigen Effekten oder systemrelevanten Ergebnissen.

Neben der pflegerelevanten Grundlagenforschung, der klinischen und patientenorientierten Pflegeforschung und der pflegewissenschaftlichen Bildungsforschung trägt pflegerische Versorgungsforschung dazu bei, Strukturen, pflegerische Interventionen und Innovationen zu konzeptualisieren und zu evaluieren sowie Prozesse und Ergebnisse pflegerischer und anderer alltagsnaher Versorgungsleistungen auf populationsbezogener Ebene zu analysieren⁵. Auf diese Weise erarbeitet sie nicht zuletzt Erkenntnisse darüber, wie den heutzutage drängenden Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung adäquat begegnet werden kann. Sie zeigt dabei besonderes Interesse an der Versorgung der wachsenden Zahl chronisch kranker, vielfach multimorbider und auch alter und hochaltriger Menschen, für die niederschwellige, alltagsnahe, partizipativ angelegte und zugleich qualitativ hochwertige und evidenzbasierte Versorgungsangebote benötigt werden (Chronic Care). Versorgungsforschung mit einem besonderen Fokus auf die Rolle der Pflege ist aber auch in anderen Kontexten relevant, etwa in der Palliativversorgung, der psychiatrischen Versorgung, der häuslichen Intensivpflege oder anderen Spezialgebieten. Sie trägt dazu bei, die Effektivität und Effizienz der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der dort angebotenen Versorgungsleistungen beurteilen und valide Aussagen für künftige Entwicklung des Gesundheitssystems als Ganzes treffen zu können.

Im Kontext der pflegerischen Versorgungsforschung zu beantworten wären darüber hinaus Fragen der bedarfsgerechten Rekrutierung von Pflegerinnen und Pflegern in den verschiedenen Segmenten des Gesundheitsversorgungssystems, der Gestaltung von anforderungsgerechten Rollenprofilen im Gefüge der Gesundheitsprofessionen, der zielgerichteten Einsatzsteuerung von Pflege als wichtiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung, die Rolle der Pflege mit Blick auf die Zugänglichkeit von Versorgungsleistungen – nicht zuletzt auch in ländlich strukturierten Gebieten – und deren Potenziale für eine an der Leitidee der integrierten und kontinuierlichen Versorgung orientierten Versorgungssteuerung. Wenn gleich hierzulande selten in verantwortlicher Position eingesetzt, bietet die Pflege – internationalen Erfahrungen folgend – zahlreiche Ressourcen für eine sektoren-, organisations- und professionsübergreifende Versorgungssteuerung. Diese im Kontext der Debatten über Case Management, Disease Management oder Pathway Management international mit viel Aufmerksamkeit bedachten Potenziale der Pflege werden hierzulande in der Praxis noch selten genutzt und noch seltener mit wissenschaftlicher Aufmerksamkeit bedacht⁶.

Besonders entwicklungsbedürftig ist zudem die Auseinandersetzung mit der pflegerischen Langzeitversorgung von chronisch kranken, multimorbiden und / oder pflegebedürftigen Menschen, die in der häuslichen Pflege, in Pflegeheimen oder alternativen Häuslichkeiten versorgt werden (Pflegerwohnungen, Wohngemeinschaften etc.). Der Problemdruck in diesen Versorgungsbereichen ist bekanntermaßen groß, umso erstaunlicher ist, dass diese häufig im Kontext der Pflegeversicherung (SGB XI) erbrachte Versorgung noch selten Gegenstand von anspruchsvoller und öffentlich geförderter Versorgungsforschung geworden ist. Hier eine Veränderung einzuleiten, die Forschungsaktivitäten zu diesen Themen in Deutschland voranzutrei-

ben und Anschluss an internationale Forschungsaktivitäten im Feld der „Health Services Research in Nursing“⁷ zu suchen, hat ohne Zweifel hohe Priorität.

Zum einen wird es hierfür erforderlich sein, bei Förderern, Akteuren und Nutzern von Versorgungsforschung das Bewusstsein dafür zu stärken, dass pflegerische Teilfragen im Kontext der Versorgungsforschung bearbeitet werden müssen und pflegewissenschaftliche Expertise hierfür zwingend notwendig einzubinden ist. Zum anderen werden systematisch Kapazitäten aufzubauen, pflegewissenschaftlicher Nachwuchs zu fördern und die Entwicklung von tragfähigen Strukturen für die Pflegeforschung im Allgemeinen und die pflegerische Versorgungsforschung im Besonderen voranzutreiben sein, um die Bedingungen für die Beteiligung von Pflegewissenschaftlern und Pflegewissenschaftlern an Aktivitäten der Versorgungsforschung zu verbessern. Auf diesen spezifischen Entwicklungs- und Investitionsbedarf hat erst unlängst der Gesundheitsforschungsrat unter Berufung auf die Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Forschung in den Gesundheitsfachberufen“ aufmerksam gemacht.^{8,9} In eine ähnliche Richtung argumentiert derzeit auch der Ausschuss Medizin des Wissenschaftsrates, dessen Überlegungen zu hochschulischen Qualifikationen der Gesundheitsberufe und zu deren Forschungspotenzialen in Kürze der Öffentlichkeit vorgestellt werden. Die Impulse und Empfehlungen aus diesen Gremien bei den künftigen Förderinitiativen und Aktivitäten im Bereich der Versorgungsforschung aufzunehmen und mit Leben zu erfüllen, dürfte von zentraler Bedeutung für den Erfolg der mit dem Rahmenprogramm Gesundheitsforschung verbundenen Zielsetzungen im Bereich der Versorgungsforschung sein.

Prof. Dr. Michael Ewers MPH
Berlin, Juni 2012

-
- ¹ Lohr, KN, & Steinwachs, DM. (2002). Health services research: An evolving definition of the field. *Health Serv Res*, 37(1), 15-17
 - ² Pfaff, H. (2003). Versorgungsforschung - Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In H. Pfaff, M. Schrappe, K. W. Lauterbach, U. Engelmann, & M. Halber (Eds.), *Gesundheitsversorgung und Disease Management*. Bern: Huber, 13-23
 - ³ Wolf ZR (1989): Uncovering the Hidden Work of Nursing. *Nursing and Health Care* 10(8), 462-467
 - ⁴ Johnson M, Maas ML (1999): Nursing-Sensitive Patient Outcomes. In: Cohen EL, DeBack V (Hg.): *The Outcomes Mandate. Case Management in Health Care Today*. St. Louis: Mosby, 37-46
 - ⁵ Vgl. hierzu auch Behrens J, Görres S, Schaeffer D, Bartholomeyczik S, Stemmer R (2012): *Agenda Pflegeforschung für Deutschland*. Halle (Saale): Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg / Geschäftsstelle Agenda Pflegeforschung
 - ⁶ Ewers M, Schaeffer D (2012): Achilles-Verse neuer Versorgungsformen. *Gesundheitsprofessionen zwischen Subordination, Konkurrenz und Kooperation. Monitor Versorgungsforschung „Versorgung 2.0“* 5(3), 49-54
 - ⁷ Exmpl. Canadian Health Services Research Foundation. (2008). *Nursing research in Canada: A status report*. Commissioned by the Canadian Association of Schools of Nursing.
 - ⁸ GFR – Gesundheitsforschungsrat (2011): *Forschung in den Gesundheitsfachberufen – Potentiale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland*. 29. Sitzung am 08.12.2011. Am 08.02.2012 unter <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/empfehlungen.php>
 - ⁹ Ewers M, Grewe T, Höppner H, Huber W, Sayn-Wittgenstein F, Stemmer R, Voigt-Radloff S, Walkenhorst U (2012): *Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland*. *Dtsch Med Wochenschr* 2012; 137(Suppl 2), 29-76

Prof. Dr. Martin Scherer
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Stellungnahme

Öffentliches Fachgespräch

zum Thema

„Perspektiven der Versorgungsforschung“

am 13. Juni 2012



erstellt von: Martin Scherer

am: 11.06.2012

Stellungnahme zum Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung

Diskussionsgrundlage des öffentlichen Fachgesprächs am 13.06.2012 zum Thema „Perspektiven der Versorgungsforschung“ ist die Drucksache 17/4243 („Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung“). Die vorgelegte Drucksache ist Programm und Nachweis bereits erfolgter Förderungsaktivitäten zugleich. Die folgende Stellungnahme bezieht sich auf Aspekte, die im Hinblick auf das Rahmenprogramm vertieft, bzw. ergänzt werden könnten.

1. Systemherausforderung Versorgungsforschung
2. Förderung der Allgemeinmedizin
3. Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses

1. Systemherausforderung Versorgungsforschung

Alle Strategien, die organisatorischen Bedingungen der Forschung zu verbessern, dienen letztlich dem übergeordneten Ziel, die Entwicklung der Gesundheitsversorgung zu optimieren (vgl. DFG-Stellungnahme zur Versorgungsforschung¹). Nach Arah et al.² (siehe untenstehende Abbildung, modifiziert durch das AQUA-Institut Göttingen) sind Effektivität, Sicherheit und Patientenversorgung wichtige Unterdimensionen der Qualität.

Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems*						
Dimensionen der Leistungsfähigkeit						
Versorgungsbedarf ↓	Qualität			Zugang	Kosten/ Ausgaben	← Gerechtig- keit →
	Effektivität	Sicherheit	Patienten- orientierung	Zugang zur Versorgung		
gesund bleiben						
gesund werden						
mit einer Krankheit oder Behinderung leben						
das Lebensende bewältigen						
← Effizienz →						

Auf Seite 13 des vorliegenden Rahmenprogramms der Bundesregierung heißt es: *„Ziel der Forschungsförderung der Bundesregierung zur Versorgungsforschung ist es, wissenschaftliche Evidenz für die Verbesserung von Qualität und Sicherheit, des Nutzens und der Nachhaltigkeit der gesundheitlichen Versorgung zu erbringen. So werden die Grundlagen für neue Lösungsstrategien zu Gestaltung, Organisation und Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens geschaffen. Dabei stehen in der Versorgungsforschung in besonderem Maße Patientenorientierung und Patientensicherheit im Mittelpunkt.“* Nicht erwähnt werden im Aktionsfeld 4 allerdings Fragen der Bedarfs- und Verteilungsgerechtigkeit (§ 70 SGB V), insbesondere im Hinblick auf den Zugang zum System. Der Zugang zur Versorgung ist nach Arah et al (s.o.) eine wichtige Dimension der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems. Eine weitere Systemherausforderung von Versorgungsforschung ist die Einbeziehung des normativen Bezugsrahmens. Dies schließt ethische und juristische Problemlagen mit ein. In der Interdisziplinarität zwischen Vertreter/innen der Medizin, Gesundheitswissenschaften, Soziologie, Psychologie, Ethik und Rechtswissenschaften sind Versorgungsfragen insbesondere im Hinblick auf unterschiedliche soziale Gruppen zu thematisieren. Dies betrifft auch Fragen der Interkulturalität und der Migration im Versorgungskontext. Migration wird in Aktionsfeld 2 und 3, nicht aber in Aktionsfeld 4 erwähnt.

2. Förderung der Allgemeinmedizin

Ebenfalls auf Seite 13 des Rahmenprogramms wird die Allgemeinmedizin als für die Versorgungsforschung relevante Disziplin erwähnt. Erfolgreiche Förderprogramme zur Stärkung der akademischen Allgemeinmedizin konnten bereits auf den Weg gebracht und durch eine Vielzahl von Studien im Bereich der Versorgungsforschung bereits erfolgreich umgesetzt werden. Unklar ist jedoch, inwiefern das strukturelle Problem der hausärztlichen Versorgung in Zukunft wirksam angegangen werden kann. Eine Initiative im Rahmen der Änderung der Approbationsordnung zur Einführung eines Pflichtabschnitts Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr ist im Bundesrat kürzlich gescheitert. Ein solcher Pflichtabschnitt wäre möglicherweise eine wirkungsvolle Maßnahme gewesen, eine Vielzahl von Studierenden für den primärärztlichen Versorgungssektor zu begeistern. Allerdings hatte diese Initiative viele studentische und ärztliche Gegner. Die Auffassungen, mit welchen Maßnahmen die allgemeinmedizinische Versorgung in der Zukunft sicherzustellen sind, sind ausgesprochen heterogen. Im Ringen um den richtigen Weg der Strukturförderung in der Allgemeinmedi-

zin - gerade in ländlichen Gebieten - hat sich derzeit noch kein Goldstandard herauskristallisieren können. Das gesellschaftliche Ziel „Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in der Zukunft“ bedarf daher einer Forschungsvorbereitung und Begleitung, die zum einen konzeptionelle und evaluative Anteile hat. Dringend nötig ist somit eine allgemeinmedizinische Versorgungsforschung, die stärker als bisher vom Praxisbezug dominiert ist und somit die Identifikation des Nachwuchses mit dem Fach verbessert (und damit einer einseitigen Hinwendung der Studierenden zur High-Tech-Medizin trotz und Stereotypenbildung zu Ungunsten der Allgemeinmedizin entgegenwirkt). Nötig sind aber auch allgemeinmedizinische Forschungsansätze, die auf Fragen der Bedarfsplanung und Sicherung des Zugangs der Versorgung sowie der Strukturqualität im primärärztlichen Bereich fokussieren. Hier könnte ein weiterer Ergänzungsbedarf des Rahmenprogramms liegen.

3. Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses

Versorgungsforschung gewinnt zunehmend an Bedeutung, nicht zuletzt, weil der Problemdruck im Versorgungssystem beständig zunimmt. Wie in anderen Bereichen der Gesellschaft, ist auch im Bereich der Versorgungsforschung die Förderung des Nachwuchses von zentraler Bedeutung. Eine wesentliche Perspektive für die Zukunft der Versorgungsforschung in Deutschland ist daher, strukturierte Programme zur Nachwuchsförderung einzurichten. Trotz Fortschritten in jüngerer Zeit hat Deutschland den Anschluss an die internationale Entwicklung der Versorgungsforschung nur punktuell erreicht. Durch Förderinitiativen (wie z.B. die DFG-Nachwuchsakademien Versorgungsforschung 2010 und 2012) konnten bereits bedeutende Impulse für weiteren Fortschritt gesetzt werden. Die „Nachwuchsakademien Versorgungsforschung“ (zuletzt durchgeführt am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) boten jungen, promovierten oder promovierenden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern verschiedener Disziplinen die Gelegenheit, einen Überblick über das weite Spektrum der Versorgungsforschung zu erhalten und ein eigenes Projekt zu entwickeln und förderfähig zu machen. Somit konnten in zwei Nachwuchsakademien insgesamt 40 Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftler der Versorgungsforschung innerhalb der letzten Jahre substantiell gefördert werden. Die Programme sind stark überbucht, der Bedarf weiterhin vorhanden. Allerdings hat die Deutsche Forschungsgemeinschaft signalisiert, das Programm der „Nachwuchsakademie Versorgungsforschung“ nicht zu verstetigen. Die Verantwortung der Weiterführung und Verstetigung liege laut DFG bei den Fakultäten. Jedoch ist kritisch anzumerken, dass

die Universitäten dieser Herausforderung ohne entsprechende Förderung nur schwer gewachsen sein dürften. Gerade im Bereich der Nachwuchsförderung ist somit ein möglicher Ergänzungsbedarf zu sehen.

Literatur

¹ Raspe H, Pfaff H, Härter M, Hart D, Koch-Gromus U, Schwartz FW, Siegrist J, Wittchen HU unter Mitarbeit von F. Wissing. Versorgungsforschung in Deutschland: Stand-Perspektiven-Förderung. DFG-Standpunkt zur Versorgungsforschung 2010.
http://www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/reden_stellungnahmen/2010/stellungnahme_versorgungsforschung.pdf

² Arah OA, Westert GP, Hurst J, et al. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. Int J Qual Health Care. 2006;18 Suppl 1:5-13.