

David Klemperer* Ullrich Bauer, Robert Francke, Marie-Luise Dierks, Bernt-Peter Robra, Rolf Rosenbrock und Jürgen Windeler

Positionspapier zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgungsforschung und zu Themen für künftige Ausschreibungen von Forschungsvorhaben

DOI 10.1515/pubhef-2015-0019

ergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen professionellen Wissensstand übereinstimmen.“ [1]

Versorgungsforschung soll die gesundheitliche Versorgung analysieren und verbessern. Im Sinne der Patienten- und Nutzerorientierung soll sie zu besseren Gesundheitsergebnissen auf Seiten der individuellen Patienten und der gesamten Bevölkerung beitragen. Die Qualität der gesundheitlichen Versorgung sollte daher stets im Hinblick auf den Patientennutzen und unter Berücksichtigung der Patientenpräferenzen betrachtet und entwickelt werden.

Die folgende, vom Sachverständigenrat Gesundheit vorgeschlagene Definition von Versorgungsqualität integriert die Konzepte Evidenz und Patientenpräferenz (für den individuellen Patienten) bzw. Gesundheitsziele (für die Bevölkerungsgesundheit).

„Qualität der Gesundheitsversorgung bezeichnet das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Behandlungs-

Gemessen an dieser Definition dürfte ein großer Teil der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland von hoher Qualität sein, insbesondere im Bereich der effektiven Versorgung (Definition siehe Anhang).

Die Definition lenkt jedoch die Aufmerksamkeit auf Probleme im Bereich der angebotsinduzierten und präferenzsensitiven Versorgung:

In Deutschland – wie in anderen Ländern und Systemen – erhalten Patienten

1. Leistungen, die mehr Schaden als Nutzen bringen (z.B. bildgebende Diagnostik bei unkompliziertem Kreuzschmerz, Stent bei asymptomatischer stabiler koronarer Herzkrankheit)
2. Leistungen, die sie nicht erhalten wollten, wenn sie nur ausreichend informiert wären (z.B. Chemotherapie bei fortgeschrittenem Krebsleiden, Mammographie-Screening)
3. Leistungen nicht, die ihnen nutzen würden (z.B. multimodale, multi- und interdisziplinäre Behandlung/Rehabilitation bei chronischem nichtspezifischem Kreuzschmerz, optimale Arzneimitteltherapie bei stabiler koronarer Herzkrankheit).

Leitlinien-Empfehlungen mit hohem Empfehlungsgrad werden in der Praxis nicht angemessen berücksichtigt (z.B. Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz). Für chronisch kranke Patienten mit multiplen Gesundheitsproblemen bedeutet zudem eine an Einzelindikationen ausgerichtete leitliniengerechte Versorgung häufig eine Fehlversorgung.

Zudem werden die Verteilungsgerechtigkeit der Leistungen und die Sicherung der Nachhaltigkeit des erreichten Versorgungsniveaus zu Herausforderungen. Auf struktureller Ebene trägt eine doppelte Fehlverteilung der Ärzte (Primärärzte/Sekundärärzte, ländliche/

***Korrespondenz:** David Klemperer, Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg, Fakultät für Sozial- und Gesundheitswissenschaften, Seybothstraße 2, 93053 Regensburg, Deutschland, E-mail: david.klemperer@hs-regensburg.de

Ullrich Bauer: Universität Bielefeld, Fakultät für Bildungswissenschaften, Universitätsstraße 25, D-33615 Bielefeld, Deutschland

Robert Francke: Universität Bremen, Fachbereich Rechtswissenschaft, Universitätsallee, GW1, 28359 Bremen, Deutschland

Marie-Luise Dierks: Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover, OE 5410, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Deutschland

Bernt-Peter Robra: Klinikum der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (ISMG), Leipziger Str. 44, 39120 Magdeburg, Deutschland

Rolf Rosenbrock: Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V., Oranienburger Str. 13-14, D-10178 Berlin, Deutschland

Jürgen Windeler: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Im Mediapark 8 (KölnTurm), 50670 Köln, Deutschland

städtische Regionen) dazu bei. Auf der Prozessebene sind große regionale Unterschiede der Leistungsdichten belegt.

Diese Probleme der Über-, Unter- und Fehlversorgung müssen in der deutschen Versorgungsforschung mehr Aufmerksamkeit erhalten als bisher. Sie müssen ins Zentrum der Versorgungsforschung rücken.

Künftige Ausschreibungen für Versorgungsforschung sollten daher Folgendes berücksichtigen.

Regionale Versorgungsunterschiede

Regionale Unterschiede in der medizinischen Versorgung stellen einen vielversprechenden Ausgangspunkt zur Verbesserung der Versorgungsqualität dar. Die Ergebnisse sollten mit den jeweiligen Fachgesellschaften analysiert und diskutiert werden, damit medizinisch ungerechtfertigte Unterschiede gemindert werden. Die bisher in Deutschland vorliegenden Untersuchungen geben erste Anhaltspunkte, beziehen sich aber auf eine noch enge Zahl von Themen, schwerpunktmäßig aus dem stationären Bereich.

Weitere Untersuchungen sollten z.B.

- die ambulante Versorgung berücksichtigen
- die Leistungserbringung anderer Gesundheitsberufe einbeziehen (z.B. Pflege, Physiotherapie, Hebammen, Logopädie).

Shared Decision Making

Die Präferenzklärung auf Grundlage patientenrelevanter Endpunkte im Rahmen der Arzt-Patient-Kommunikation im Sinn von Shared Decision Making (SDM) ist eine notwendige Voraussetzung insbesondere bei präferenzsensitiver Versorgung.

Gefördert werden sollten Untersuchungen

- zum Stand von SDM in Deutschland
- zur Haltung der Ärzte und der Patienten zu SDM
- zu Faktoren, welche die Umsetzung von SDM fördern bzw. behindern
- zu Interventionen, welche die Verbreitung von SDM fördern
- zu Konzepten, mit denen die Präferenzklärung für präferenzsensitive Versorgung sichergestellt werden kann

Transfer von Evidenz in die Praxis

Gefördert werden sollte Forschung zur Frage des Transfers von Evidenz in die Praxis. Viele Fragen der Über-, Unter- und Fehlversorgung können unter dem Gesichtspunkt des unzureichenden Transfers gesicherten medizinischen Wissens in das praktische Handeln von Ärzten oder Angehörigen anderer Gesundheitsberufe betrachtet werden. Diese Fragen sollten auch aus der Systemperspektive erforscht werden, also unter Berücksichtigung von Faktoren der Makro-, Meso und Mikroebene.

Ein übergreifendes Thema sollte die Entwicklung von Steuerungsmöglichkeiten zur Sicherstellung der Qualität der Versorgung werden.

Wirksamkeit von Behandlungen

Gefördert werden sollen Untersuchungen

- zur Identifikation von Behandlungsendpunkten bei bestimmten Krankheiten, die von den Patienten für relevant erachtet werden
- welche die vorhandenen Lücken füllen bei Behandlungen, für die nur Surrogatendpunkte gemessen wurden (z.B. Mortalität statt progressionsfreies Überleben)
- zur Frage, ob Faktoren in der Versorgung zu einer bedeutsamen Änderung von Effekten führen, die z.B. in Zulassungsstudien beobachtet wurden, und wenn ja, welche, um dies in der Praxis berücksichtigen zu können.

Health Literacy

Health Literacy (Gesundheitskompetenz oder gesundheitliche Grundbildung) wird als vielversprechender Erklärungsansatz für Diskrepanzen gesehen, welche sich regelmäßig und zunehmend feststellen lassen, wenn Angebote der Gesundheitsversorgung mit gesundheitlichen Outcomes abgeglichen werden.

Gefördert werden sollen Untersuchungen,

- die Aufschluss darüber geben, welche Bedeutung Health Literacy auf Seiten der Patienten/innen für die Qualität der Versorgung hat
- die die Verbindung von Health Literacy zu soziodemographischen Profilen von Patienten/innen erkennen lassen (insbesondere zum sozioökonomischen Status)
- die Querverbindungen zu unterschiedlichen Dimensionen von Health Literacy (Mental Health Literacy, e-Health Literacy etc.) aufbauen

- die zur Entwicklung von Interventionen zur Verbesserung der Health Literacy der Gruppen beitragen, die über wenig Health Literacy verfügen und als besonders vulnerabel anzusehen sind.

Soziale Ungleichheit der Gesundheit

Gefördert werden sollen Untersuchungen zur Frage, welche Beiträge die Professionellen im Gesundheitswesen in ihrem beruflichen Alltagshandeln leisten können, um der gesundheitlichen Benachteiligung individueller Patienten zu begegnen [2].

- Gefördert werden sollen Untersuchungen zur Frage,
- welche Bedeutung der sozioökonomische Status (SES) der Patienten hat für den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung und für das Nutzungsverhalten in unterschiedlichen Versorgungssektoren hat
 - welche Beiträge die Professionellen im Gesundheitswesen in ihrem beruflichen Alltagshandeln leisten können, um der gesundheitlichen Benachteiligung von Personen mit niedrigem SES zu begegnen mit dem Ziel, zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten (inequality und inequity) beizutragen
 - wie es im Versorgungsalltag gelingen kann, Nachteile in der Versorgung auszugleichen, die durch ein niedriges Health-Literacy-Niveau bedingt sind.

Weniger ist mehr

Gefördert werden sollten Untersuchungen zur Steigerung der Versorgungseffizienz, insbesondere

- zur Steigerung des patientenbezogenen Nutzens bei gleichem oder sogar reduzierten Mitteleinsatz, z.B. durch Verzicht auf Routineuntersuchungen, durch längere Intervalle bei Kontrolluntersuchungen, durch Reduktion von Polypharmazie oder durch Verzicht auf ein aktives Angebot präferenzabhängiger Leistungen mit geringer Nutzenstiftung („opting in“-Leistungen)
- zur Auswirkung und Vermeidbarkeit von Externalisierungen an Schnittstellen (ambulant/stationär, Hausärzte/Fachärzte)
- zur Förderung des Informationsflusses zwischen Leistungserbringern.

Innovative Versorgungsmodelle

Gefördert werden sollten Untersuchungen zur Entwicklung und Evaluation innovativer Versorgungsmodelle

- für chronisch somatisch kranke Menschen über die Sektorengrenzen hinweg
- zur Koordination der medizinischen Versorgung psychisch kranker Menschen über die Sektorengrenzen hinweg unter Einbeziehung kommunaler und zivilgesellschaftlicher Dienste und Akteure mit dem Ziel der Integration der Betroffenen.

Anhang

Die Begriffe effektive, präferenzsensitive und angebots-sensitive Versorgung wurden im Rahmen der amerikanischen Forschung zu regionalen Versorgungsunterschiede entwickelt [3, 4].

Effektive Versorgung (effective care)

bezeichnet Leistungen, deren Nutzen den Schaden so deutlich überwiegt, dass sie praktisch allen Patienten mit dem entsprechenden Problem zukommen sollten. Beispiele dafür sind Defibrillation bei Kammerflimmern oder Acetylsalicylsäure nach Herzinfarkt.

Präferenzsensitive Versorgung (preference-sensitive care)

bezieht sich auf [Interventionen](#), für die sich aus der Evidenz mehr als eine vernünftige Lösung ergibt, häufig einschließlich der Möglichkeit der Nicht-Behandlung. Patient A kann bei seiner Abwägung von Nutzen und Risiken zu einem anderen Ergebnis gelangen als Patient B. Ein Beispiel ist die symptomatische stabile koronare Herzkrankheit, bei der die Indikation für einen operativen Eingriff (Stent oder Bypass) einzig in der vom Patienten für erwünscht erachteten Beschwerdelinderung besteht. Geographische Versorgungsunterschiede, die auf unterschiedlichen Präferenzen beruhen, sind erwünscht.

Angebotssensitive Versorgung (supply-sensitive care)

bezeichnet regionale Versorgungsunterschiede im Zusammenhang mit Unterschieden auf der Angebotsseite, wobei die Indikationsstellung an die jeweils vorhandenen Kapazitäten (z.B. Anzahl der Ärzte) angepasst wird. Die gegebene sachliche und personale Infrastruktur in Form von Krankenhausbetten, Intensivbetten, Fachärzten und technischen Geräten beeinflusst die Nachfrage. Diese Anpassung der Indikationsstellung kann weitgehend unbewusst erfolgen. So wird bei einer geringeren Zahl von Intensivbetten die Indikation zur Aufnahme auf die Intensivstation strenger und bei höherer Zahl von Betten weniger streng gestellt. Eine höhere Zahl an Primärärzten, Fachärzten und

Krankenhäusern geht jeweils mit einer höheren Inanspruchnahme einher.

Literatur

1. Sachverständigenrat Gesundheit, Gutachten 2000/2001, Band 2, Ziffer 127; Lohr KN, ed. Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Volume 1. Washington, DC: National Academy Press, 1990, S. 21 ff.
2. British Medical Association (BMA). Social Determinants of Health – What Doctors Can Do. 2011. <http://tinyurl.com/keomgoa>.
3. Wennberg JE, Elliott S, Fisher, Sharp SM. (2006). The care of patients with severe chronic illness: a report on the Medicare program by the Dartmouth Atlas Project. The Center for the Evaluative Clinical Sciences DMS. Hanover, New Hampshire <http://tinyurl.com/ku8yg2r>.
4. Klemperer D. Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. 2.Auflage. Bern: Verlag Hans Huber; 2014, S. 355 ff.