

Haben wir alles, was wir brauchen?

Die Versorgungsforschung ist soeben im medizinischen Mittelalter angekommen!

«Versorgungsforschung», noch nie gehört? Keine Sorge! Sie sind nicht alleine!

Doch um was genau sollte es denn hier gehen?

Eine Krise macht erfinderisch.

Und eine Krise soll(te) es beim Zugang zu Gesundheit und medizinischer Versorgung nicht geben.

Wie wird sichergestellt, dass jeder Mensch Zugang dazu kriegt?

Text und Fotos: Kaspar Zimmermann

Krank oder verunfallt benötigen wir vieles dringend, auf das wir ansonsten gerne verzichten. In solchen Fällen brauchen wir einen Arzt, wenn wir nicht selber für unsere Gesundheit sorgen können. Deswegen fliegen Helikopter auf die Alp, um einen gestürzten, verletzten Mountain Biker abzuholen, obwohl ein Krankenwagen ebenfalls dorthin kommen könnte. Zeit zählt bei Unfällen genauso wie bei der Feuerwehr!

Wie kann ein verunfallter oder akut erkrankter Mensch auf schnellstem Weg dorthin gelangen, wo er kuriert werden kann? Welche Dichte wird benötigt, um flächendeckend Gesundheit, bzw. Krankenpflege sicherzustellen? Solchen und weiteren Fragen widmet sich die Versorgungsforschung (VF). Am Kongress in Zürich diskutierten vorwiegend Deutsche und Schweizer Ärzte, Forscher sowie Politiker und Versicherer darüber.

Um was genau geht es denn?

Die Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung, Zentrum für Sozialpolitik, UNI Bremen, schreibt auf ihrer Homepage: «Ziel der Versorgungsforschung ist, die Strukturen der Kranken- und Gesundheitsversorgung zu optimieren, die Versorgungsqualität und die Effizienz zu

steigern, die Über-, Unter- und Fehlversorgung zu reduzieren und mittel- bis langfristig die Patientorientierung und -sicherheit zu erhöhen.» Sie definiert die VF als «multidisziplinäres, problemorientiertes Forschungsfeld, welches untersucht, wie soziale Faktoren, Finanzierungssysteme, Organisationsstrukturen und -prozesse, gesundheitsbezogene Technologien und persönliches Verhalten den Zugang zur Gesundheitsversorgung, die Qualität und die Kosten der Gesundheitsversorgung sowie Gesundheit und Wohlbefinden beeinflussen.» Dabei präzisiert sie, dass die Beobachtungseinheiten «Individuen, Familien, Organisationen, Institutionen, Kommunen und Gesellschaften etc.» umfassen.

Alles klar?! – Zu deutsch: es geht darum, eine lückenlose und sichere Versorgung für Gesunde und Kranke bereitzustellen, egal, wie die Umstände sind.

Eröffnung

Doris Brandenberger-Krauer, Inhaberin



MediCongress und Organisatorin, eröffnet den Kongress. Sie hat u.a. mit Urs Stoffel das Konzept dieser Konferenz entwickelt. Die Planung eines solchen Kongresses beinhaltet auch immer weitere, da das Thema nicht in einem einzigen Kongress abgehandelt werden könne.

Prof. Dr. med. Gregor Zünd, Director of



Research and Education, Managing Director ZKF, UNI-Spital Zürich, erwähnt, dass die demographische Entwicklung es mit sich bringe, dass die

Anzahl Arbeitskräfte sich verringere. Die VF sei auch auf Stufe Eidgenossenschaft aufgenommen worden.

Dr. med. Urs Stoffel, Präsident Ärztesgesellschaft Kanton Zürich & Zentralvorstandsmitglied FMH, Zürich, freut sich, dass diese Idee



v.l.n.r.: Barbara Zinggeler, Dr. med. Urs Stoffel, Dr. med. Josef Hättenschwiler

der VF schliesslich in diesen Kongress gemündet hat. Medizinisches Wissen würde sich alle 3 bis 5 Jahre verdoppeln. Daher müsse man das Ziel, die Gesundheit der Bevölkerung, vor Augen haben, welche sich u.a. zusammensetze aus 35 % Lebensstil, 35 % Lebensumstände, 10 % Genetik, 20 % Gesundheitsversorgung. Die demographische Entwicklung der Bevölkerung, aber auch der Leistungserbringer, müsse man beachten. «Es braucht eine umfassende VF. Daher ist auch eine Weiterführung des Kongresses notwendig.»

Prof. Dr. med. Thomas D. Szucs, Dozent



UNI Basel, VRP Helsana Versicherungen AG, Zürich, betreibt im Rahmen der Helsana Versicherung in grösserem Umfange VF und

meint: «Es ist dies auch eine Aufgabe der Versicherungen, sich in diese Forschung einzubringen.»

Dr. Willy Oggier, Gesundheitsökonomische Beratungen AG, Küssnacht, eröffnet, man habe ihm nahegelegt, nicht an diesem Kongress teilzunehmen, da er als Ökonom dort nichts zu suchen hätte. Doch VF sei zu wichtig, als dass man sich sektorielles Denken leisten könne.

Plenumsreferate

Pascal Strupler, Dir. Bundesamt für Gesund-



heit (BAG), Bern, behandelt das Thema «Versorgungsforschung:

Kaspar Zimmermann
Jahrgang 1945
Raumfahrtentwicklungen für ESA & NASA im Anschluss an Handelsmatura, Maschinenbauingenieurstudium ETH Zürich, ETH-Assistent in Maschinenbau, Flugzeugstatik & Leichtbau, sowie Lehrer in Physik, Biologie & Chemie, Stv. GF Lebensmittel en gros. Danach folgten Luftfahrt-, Automobil- & Softwareentwicklungen, insbes. für Engineering, Raumfahrt & öv.
ETH Studium in Mechatronik. Danach Forschungsarbeiten in Erkennungsmedizin, Psychiatrie, Think-Tank-Arbeiten auf staatlicher Ebene, sowie Journalistik und Softwareentwicklung für öv.
Seit 2005 Kolumnen in Gesundheit, seit 2008 Redaktionsarbeiten in Gesundheits- und sonstigen Wissensschatzgebieten, sowie Politik. Vielzahl von Fotoarbeiten & -Reportagen.
Eigene Kunstausstellungen (Öl, Aquarell).
Ehem. Militär- & Zivildiplomat, Rudertainer & Skiinstruktor, Buchautor
Junioren Schweizermeister im Doppelzweier, vielfältige sportliche Betätigungen, sowie Kraft- und Fitnesport. Strenflex Bronze.

Ein wichtiges Anliegen der Agenda 2020». Das Gebiet der VF habe Zukunft. Das Konzept für die VF sei innerhalb eines knappen Jahres entstanden und er betrachte Oggier's Aussage, dass man die VF nicht dem Staat überlassen dürfe, als leichte Provokation.

Urs Stoffel habe es gesagt, dass in 3 bis 5 Jahren sich das Wissen verdopple. Aber die Frage sei: «Ist das System finanzierbar?» Eine weitere Herausforderung seien die chronischen Krankheiten, auch infolge der demographischen Entwicklung. Zudem sei im föderalistischen Staatswesen die fehlende Steuerbarkeit über die Art und Weise, wie die Versorgung stattfindet, ein Hemmnis. Deshalb habe es die VF relativ schwer und der Bundesrat habe vier Handlungsfelder belegt, um die Lebensqualität zu sichern, die Chancengleichheit zu stärken, die Versorgungsqualität zu erhöhen und die Transparenz zu verbessern.

Die heutigen Strukturen seien zu sehr auf Akutversorgung ausgerichtet. Bei der Umsetzung Agenda 2020 sei expliziter und breiter Einbezug der Stakeholder in die Ausgestaltungsarbeiten notwendig. Wissenschaftliche Evidenz sei für die Konsensbildung zentral. Es seien drei nat. Programme aufgestellt: Strategie Palliative Care (2013-2015), Nationale Demenzstrategie (2014-17), Strategie gegen Krebs (2014-17).

Die Frage der integrierten Versorgung werde 2014 mit den Kantonen im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik besprochen. Arbeiten zur Entwicklung einer Strategie der Langzeitpflege würden 2014 an die Hand genommen.

Bei der VF solle darüber geforscht werden, was wichtig sei. «Was fehlt uns heute? – Es ist die ideale Zahl Ärzte! Wie viele Pflegenden brauchen wir, um die Kosten einzudämmen? Was ist die gerechte Vergütung von Spezialisten? Wie wird hochspezialisierte Medizin konzentriert?» Hier hätten die Kantone Vorarbeit geleistet. Gleichzeitig widme man sich auch der Frage der Über- und Unterversorgung.

Über 90% der Leute seien mit dem Gesundheitssystem zufrieden. Doch hätten wir eine grosse Daten-Intransparenz, würden aber eine höhere Transparenz für die VF benötigen.

«Wie soll die VF gestärkt werden? – Im Rahmen des nat. Forschungsprogramms NFP wird ein Beitrag zur Vernetzung der Akteure gesprochen werden. Es ist eine Art Anschlussfinanzierung.» Wichtig sei, dass dieses Thema an Aktualität gewinne. Es fehle eine gemeinsame Stossrichtung. Dazu sei dieser Kongress auch da, so etwas herauszukristallisieren.

Auf allen Ebenen müsse die VF bedarfsgerecht für den Patienten und Prämienzahler gemacht werden. Mögliche Schwerpunkte eines NFP sei die Über-, Unter- und Fehlversorgung, optimale Ressourcenallokation (-Zuteilung), etc. «Wichtige Stakeholder müssen sich in der VF engagieren und sich insbesondere um deren Nutzung kümmern.»

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Co-Leiter Abt.



Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung, Zentrum für Sozialpolitik, UNI Bremen, dop-

pelt nach mit «Versorgungsforschung: Mehr als das Salz in der Suppe der Medizin?» Die Probleme in Deutschland und der Schweiz seien ähnlich. Es gehe u.a. um die Frage, wie es mit der Evidenz weiter gehe. Er hält die VF in der Medizin als Chance, auch für Ärzte, Versicherer und Politik. Es gehe auch um die Frage der Versorgungsgerechtigkeit, welche soziale Schichten werden wie versorgt.

In Deutschland hätten 17.8 Arztkontakte/Jahr/Einwohner stattgefunden. Der Nutzen orientiere sich am Bedarf. Die VF prüfe, wie der Nutzen ankomme und zeige Efficacy vs. Effectiveness (etwa: Wirksamkeit vs. Nutzen). So hätte ein Blutdrucksenkungsmittel effektiv gewirkt, aber später zu einer Übersterblichkeit geführt. Bei vielen neuen Arzneimitteln würde sich die Wirkung erst mit der Zeit zeigen und fragt deshalb, ob Innovationen eigentlich bloss kommerzielle seien? So wurden mittels der VF eine Vielzahl von Medikamenten überprüft und nur gerade drei seien übrig geblieben, welche die Anforderungen erfüllten.

So wurde u.a. die Antibiotika-Anwendung in Deutschland untersucht. Kinder bis zum 17. Altersjahr (300'000) hätten so viele Antibiotika erhalten, wie sie danach nie mehr erhalten würden. Er spricht auch das Problem von Ritalin bei ADHS an. Seit 2003 sei ein 200-facher Anstieg festzustellen, regional abhängig. So hänge es davon ab, in welcher Region ein Jugendlicher aufwache, ob er ADHS habe. Auch die Antipsychotika-Verordnungen bei Kindern spricht er an, welche nun mit Neuroleptika versorgt würden, obwohl dieser Einsatz durch klinische Studien überhaupt nicht geprüft worden sei. Als Konsequenzen schlägt er vor: Informationskampagnen und -Veranstaltungen, Versichertenberatung, an den Ergebnissen der VF orientierte Lösungen umsetzen.

Was kann und soll Versorgungsforschung?

Moderator Willy Oggier meint, dass wir wenig Transparenz in diesem System hätten, was auch zu Fehlallokationen führe. Fehlversorgung heisse nicht nur Über-, es könne auch Unter- oder Fehlversorgung sein. Wir hätten in einigen Bereichen Monopolstellung von Institutionen, die ihre Macht des Downsizing (Abbau) nutzten. Durch gesetzliche Änderung würde vermehrte Transparenz erreicht (TARMED, SwissDRG u.a.). Zudem zeichne sich eine Hausärzte-Auflösung ab und andere Versorgungsformen würden entstehen. So gäbe es schon viele Leute, die keinen Hausarzt mehr hätten. Der Mittelstand würde mit Prämien belastet und innovative Versicherer würden Monopol-Institutionen bedrohen. Die

VF dürfe nicht in die Hände derer gelegt werden, welche die Entwicklung bisher behindert hätten. Deshalb müssten sich behandelnde Ärzte vermehrt einklinken.

Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, Vorstands-



Vorsitzender DAK-Gesundheit, Hamburg, meint, dass diejenigen, die VF betrieben hätten, schon immer miteinander

gesprächen hätten, aber nicht mit denjenigen, die sie behindern. Wir würden seltener auf die Frage antworten, auf was man sich einstellen müsste. Wir alle würden den Spruch kennen, «Medizin sei eine Wachstumsbranche» und würden mit einer Spezialisierung kämpfen, die wir früher nicht gekannt hätten, wodurch mehr Schnittstellen in der Versorgung entstünden. Innovation sei das, was am Markt sich durchsetzen werde. VF hätte in staatlichen Systemen viel früher begonnen. Auch Helsana mache sich für VF stark. Allokationsentscheide seien die Übereinkunft, wie die Leistungserbringer in einem Prozess zusammenspielen. Klinische Studien würden von einer internen Validität leben. Aber die Frage sei, ob wir bloss Effektivität oder auch Effizienz erreichen würden. Die Zielsetzungen einer klinischen Studie wären Efficacy und keine Gefährdung. Hier würde nichts von Patienten stehen. Er spricht von einem Methodenstreit zwischen Klinik- und Versorgungsforschern, als auch dem Kostenstreit und kritisiert zwischen den Zeilen die Innovation unter Vertragspartnern, die am Problem des Patienten vorbei zielt.

Gemäss **Pius Gyger**, Leiter Gesundheitspo-



litik, Helsana Versicherungen AG, Zürich, über viele Jahre Mitglied bei der Arzneimitteldelegation, ist VF ein Zulieferer für Ver-

besserungsentscheidungen. Es sei aber noch nicht genau definiert, was die VF wirklich tue. VF per se habe noch keinen Wert. Wenn diejenigen, welche die Resultate umsetzen sollten, Forschungsergebnisse resistent seien, sei nichts erreicht. Er definiert klar «Gegenstand der Versorgungsforschung ist die Kranken- und Gesundheitsversorgung.» Gemessen am BIP sei die Schweiz in Sachen Gesundheitsausgaben Top, jedoch in der Gesundheitsforschung koche sie auf kleinem Feuer und sei somit Flop. Er befürwortet, dass sich die Helsana für eine nachhaltige Gesundheitsförderung einsetze.

Versorgungsforschungs-Projekte



Dr. med. Martin K. Schmid, Co-Chef-arzt Augenklinik, Luzerner Kantonsspital, Luzern und **Dr. Oliver Reich**, Leiter Gesund-



Dr. Oliver Reich



Regierungsrat T. Heiniger



Prof. Dr. med. W. Hoffmann

heitswissenschaften, Helsana-Gruppe, Zürich, stellen das gemeinsame Projekt «Vergleichende Evaluation neu zugelassener Arzneimittel im Versorgungsalltag der Ophthalmologie - eine Forschungs Kooperation» vor. Sie wollen zwei Präparate für die Augen vergleichen. Dabei ist das eine einmal pro Monat, das andere nur alle zwei Monate zu verabreichen, obwohl sie beide gleichviel kosten. Sie stellen grosse Unterschiede bei beiden Medikamenten-Gruppen fest. Die Eylea-Gruppe war älter, weniger chronisch krank und nahm weniger Wirkstoffe ein.

Martin K. Schmid meint, ohne Behandlung würden diese Leute nach einem Jahr kaum mehr Zeitung lesen, bei Behandlung aber diesen Sehgewinn halten können. Die Anzahl Injektionen habe in den letzten Jahren stark zugenommen. 2009 seien es bereits rund 50'000 gewesen. Die Therapie sei aufwendig, da dies im OP durchgeführt werden müsse. Die Ampulle koste 1067 CHF. Monatliche Injektionen wären nicht praktikabel.

Dr. med. Elke Scharnetzky, Vorstandsreferat Versorgungsforschung, DAK-Gesundheit, Hamburg, spricht über «Die Versorgungsforschung der DAK-Gesundheit: eine Auslegung». DAK sei eine gesetzliche KK und habe 6.6 Mio. Versicherte. Eine Studie müsse bei ihnen u.a. einen Public Health Effekt und für die Versicherten einen Nutzen aufweisen. Sie haben die Borreliose untersucht und erwarten, dass in Zukunft die Massnahmen gezielter eingesetzt werden. Des Weiteren haben sie sich mit Depressionen befasst, um Milderung des Erkrankungsgrades, Reduktion der Symptome und Steigerung des sozialen Funktionsniveaus zu erzielen. Die Studie wurde an Personen mit Depression bzw. depressiven Symptomen, auch bei anderen Grunderkrankungen durchgeführt, insgesamt an je 1'900 Personen. Eine dritte Studie wurde im Rahmen von Fluglärm im Bereich des Frankfurter Flughafens durchgeführt, betreffend Krebs- und Herz-Kreislaufkrankungen.

Dr. Antje Hammer, Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft, UNI Köln, spricht im Vortrag «Die Nutzung des Hospital Survey of Patient Survey Culture in europäischen Krankenhäusern» über Sicherheitskultur im Rahmen der VF, wozu auch die Organisationskultur gehöre und u.a. eine sanktionsfreie Reaktion auf Fehler. Sie hat einen Hospital Survey on Patient Safety Culture erarbeitet. Mit einem Fragebogen erhoben sie Daten. 44 Krankenhäuser quer durch Europa hatten ihn angewendet. Teile dieser Arbeiten fanden im Rahmen von Dissertationen statt. Doch es brauche einheitliche Standards bei der psychometrischen Evaluation. In den USA hätte eine Studie, um die Zuverlässigkeit in Spitälern zu erhöhen, nach 10 Jahren darin gegipfelt, dass keine Fortschritte in der Patientensicherheit erreicht worden wären. Auch in Deutschland hat die AOK 2014 in einem Krankenhausreport für mehr Patientensicherheit plädiert. Ebenso in der Schweiz bleibe gemäss einem int. Kongress über Patientensicherheit die Fehlerprävention ein Top-Thema. Es fehle aber auch an Grundlagen, wie die Sicherheitskultur gemessen werden könne.

Prof. Dr. med. Peter Meier-Abt, Präsident Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), referiert über «Die Bedeutung der Versorgungsforschung aus Sicht der SAMW». Das BAG habe eine Studie finanziert. Zusätzlich habe die US Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) definiert, «Health services research examines, how people get access to health care.» – Die Grundlagenforschung fange etwa beim Biomedical Research an, danach folge die klinische, die am Menschen die Wirksamkeit ermittle. Die anschliessende VF kläre Versorgung und Effizienz ab. Oft werde die Wirksamkeit bejaht, ohne sie abzuklären, so etwa bei Mammographie. Es gäbe auch in der Schweiz Daten, doch müssten Register geschaffen werden, die auch nachhaltig bewirtschaftet würden. Das Schweizer Gesundheitssystem

tem werde als teuer kritisiert und man meine oft, die nötigen Daten seien vorhanden, was aber oft nicht zutreffe. In der Schweiz gibt es eHealthSuisse, clinical Bioinformatics, Healthbank, Biobank Concept, Big Data. Man müsse diese Daten miteinander verknüpfen und vorhandene Strukturen besser nutzen, auch international. Es soll neu ein Swiss Center for Personalized Health (SCPH), also ein National Data Core Center, geschaffen werden. Er ist überzeugt, dass eine Überversorgung stattfindet. Die Zukunft sei chronisch und multimorbid. Bestimmte Teilgebiete der VF seien zu priorisieren und warnt, dass ein Grossteil aller medizinischen Interventionen nicht auf wissenschaftlicher Evidenz basierten.

Zusammenfassung der Parallelsessionen

Prof. Dr. Dieter Conen, Spitalrat des Universitäts-Spitals Zürich und Präsident der Stiftung für Patientensicherheit, Zürich, fasst die Parallelsession «Versorgungsforschung: Chance oder Gefahr für die Ärzteschaft?» zusammen. Die Ökonomisierung der Medizin könne man als einen Punkt ansehen, wonach der Autoritätsverlust zur Frage und der Gott in Weiss nicht mehr im Vordergrund stehe. Die VF sei der Bereich, der alle medizinischen Bereiche einschliessen und somit interdisziplinär sein müsse. Hingegen sei die medizinische Leitung u.U. gar nicht so wichtig. In Randzonen hätte man zeigen können, dass die Wege für Frauen unzumutbar gross waren. Insgesamt könnten rund 50 % der Patienten in Deutschland die richtige Therapie erhalten, wobei es lokal und je Geschlecht Unterschiede gäbe.

Fortsetzung: Der zweite Teil der Konferenzreportage, zusammen mit Analyse und Kritik folgt in der nächsten Ausgabe der FT152.

Abkürzungen:

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
DRG	Diagnosis-Related Group, Diagnosebezogene Fallgruppe
ZKF	Zentrale Klinische Forschung
TARIMED	Tarifsystem zur Abrechnung der medizinischen Leistungen für Krankenkassen
BAG	Bundesamt für Gesundheit
SCPH	Swiss Center for Personalized Health
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum - CH-Ärzte

