Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V.

22. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF)

Evidenz zur optimalen Gestaltung der Gesundheitsversorgung und Motor evidenzbasierter Gesundheitspolitik

Der 22. DKVF mit dem Motto „Gesundheitsbezogene Versorgungsforschung – Motor evidenzbasierter Gesundheitspolitik" setzte wichtige Impulse im Dialog von Versorgungsforschung, -praxis und -politik. Mit 3 Plenarsitzungen, 61 Vortragssitzungen, 23 Poster-Sitzungen, Symposien, einem State-of-the-Art-Vortrag und weiteren Beitragsarten bot der 22. DKVF ein weitgefächertes, umfangreiches und interessantes Programm. Dies ermöglichten insbesondere die über 600 eingereichten Abstracts. Erstmals mehr als 1.000 Teilnehmende bereiteten an den drei Kongresstagen vom 4. bis 6. Oktober 2023 in der Urania in Berlin eine intensive austauschfreudige Kongressatmosphäre mit engagierten Diskussionen in den unterschiedlichen Sitzungsformaten und im informellen Miteinander auf allen (Zwischen-)Ebenen des altehrwürdigen Veranstaltungsgebäudes.

>> Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, der Vorsitzende des DNVF e. V., eröffnete den Kongress und begrüßte alle anwesenden Kongressteilnehmenden herzlich. Die aktuelle Diskussion um die Krankenhausreform verdeutlicht, so Hoffmann, welch großer Bedarf an Erkenntnissen aus der Versorgungsforschung existiert und welche verantwortungsvollen Aufgaben die Versorgungsforschung zu bewältigen hat. „Versorgungsforschung sei eben nicht mehr etwas, „was man unbedingt mal machen sollte". Denn: „Unser Welpenschutz ist ausgelaufen. Versorgungsforschung ist erwachsen geworden."

Er dankte dem Kongresspräsidenten Prof. Dr. Max Geraedts, dem Geschäftsführer Dr. Thomas Bierbaum und der Geschäftsstelle des DNVF sowie der Kongressagentur KUKM für die hervorragende Organisation des Kongresses.

Grußworte

Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Lauterbach stellte in seinem Grußwort einleitend fest: „Wenn wir das Gesundheitssystem wirklich verbessern wollen, ist wissenschaftliche Orientierung der beste Weg. Dazu leistet die Versorgungsforschung einen wertvollen Beitrag." Als wichtige aktuelle Beispiele führte er die Krankenhausreform und Long-Covid an. Um etwas zu bewirken, benötige Forschung Daten, was mit den Digitalgesetzen forciert werde, um so „langfristig alle relevanten Gesundheitsdaten für das Gemeinwohlinteresse verfügbar und verknüpfbar zu machen, sicher und datenschutzkonform".

Der hessische Minister für Soziales und Integration, Kai Klose, griff in seinem Grußwort das Kongressthema auf und verknüpfte den steten wissenschaftlichen Fortschritt in Behandlungsmöglichkeiten mit der Aufgabe der Versorgungsforschung, deren Qualität zu bewerten. Dazu solle sie auch Fragen zur effektivsten Form der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, zu geeigneten Instrumenten und Maßnahmen zur Krankheitsvermeidung sowie der Gesundheitsvorsorge beantworten. Den hierfür wichtigen Datenzugang durch das anstehende Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) begrüße die Landesregierung.

Der Kongresspräsident Prof. Dr. Max Geraedts erläuterte in seiner Begrüßung das gewählte Motto: „Gesundheitsbezogene Versorgungsforschung (gVF) liefert der Gesundheitspolitik die Basis für evidenzbasierte Weiterentwicklungen des Gesundheitssystems bzw. der Gesundheitsversorgung und erfüllt so im besten Fall die Funktion des (e-)Motors einer wissen-

Kommentar



Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann
Vorsitzender DNVF

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

der 22. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) war ein großer Erfolg. Zum ersten Mal hatten wir über 1.000 Teilnehmende - unter denen der wissenschaftliche Nachwuchs stark vertreten war. Der 22. DKVF hat klar und durchaus selbstbewusst gezeigt, wo die Versorgungsforschung 2023 steht. Unsere Ergebnisse bilden die Evidenzgrundlage der Krankenhausreform, begründen Mindestmengen und Leistungsgruppen, definieren Qualität und zeigen ganz aktuell die Überlegenheit der Initialtherapie von an Krebs Erkrankten in DKG-zertifizierten onkologischen Zentren. Vertreter:innen aller an einer guten Versorgung Beteiligten haben sich an den Diskussionen intensiv beteiligt.

Die erste Ausgabe unseres neuen Journals „Health Care Research and Implementation" ist rechtzeitig zum Kongress erschienen! Ganz herzlichen Dank an den Editor in Chief Prof. Dr. Jochen Schmitt sowie an Laura Keßler und Beatrix Hörger für die hervorragende Organisation im Editorial Office.

Besonders gefreut hat mich, dass Margit Lorenz wieder 2.000 Euro für den nach ihrem Mann benannten Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis gespendet hat. Herzlich bedanken möchte ich mich bei Prof. Dr. Max Geraedts, dem Kongresspräsidenten, seinem Team, Diana Barche, Laura Keßler, Alexandru Soroceanu von unserer Geschäftsstelle, unserem Geschäftsführer Dr. Thomas Bierbaum, unseren Sponsoren, bei den Gutachter:innen, den Vorsitzenden der Sessions und der Agentur KUKM. Wir freuen uns schon auf den 23. DKVF mit der Kongresspräsidentin Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu zum Thema: „Implementierungswissen schaf(f)t innovative Versorgung" vom 25. bis 27.09.2024 in Potsdam.

Unsere Arbeits- und Fachgruppen definieren mit Memoranden und Positionspapieren die methodischen Standards der Versorgungsforschung. Die Spring School verzeichnet starken Zuspruch und die mit Förderung des BMG gestartete DNVF-Fortbildung Registerbasierte Forschung (Regiba) ist im ersten Jahrgang ausgebucht.

Es war schon immer spannend, Versorgungsforscher:in zu sein. Aber vielleicht noch nie so herausfordernd wie jetzt.

Ihr Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH
Vorsitzender DNVF e. V.



Kongresseröffnung: Prof. Dr. Max Geraedts. Alle Fotos: Jan Kulke

schaftlich fundierten Gesundheitspolitik." Die gVF folgt den Erkenntnisfragen: Wer versorgt wen, wann und womit? Wie und warum wird versorgt? Welche Ergebnisse werden erzielt und wie können Innovationen implementiert werden?

Diese Fragen gliederten dann auch die Vortrags- und Postersitzungen des Kongresses in vier inhaltliche Stränge. Erster Strang: Beschreibung und Analyse der aktuellen Gesundheitsversorgung, zweiter Strang: Evaluation von Versorgungsergebnissen, dritter Strang: Implementierung von Versorgungsinnovationen, vierter Strang: Weiterentwicklung von Methoden der gesundheitsbezogenen Versorgungsforschung.

Unter der Vielzahl spannender Beiträge werden im Folgenden die Plenarveranstaltungen und einige der Symposien sowie besonderen Formate zusammengefasst. Über den am ersten Kongresstag organisierten Patiententag, der sich in diesem Jahr dem Versorgungsforschungsbedarf im Bereich der Langzeitpflege widmete, wird gesondert im „Monitor Versorgungsforschung" berichtet.

Plenarveranstaltungen

Im Mittelpunkt des Programms stand an allen 3 Kongresstagen eine Plenarsitzung mit jeweils 2 Vorträgen langjährig erfahrener und engagierter Versorgungsforscherinnen und Versorgungsforscher. Sie zeigten an exemplarischen Themen das Spannungsfeld zwischen wissenschaftlichen Forschungsergebnissen und ihrer Überführung in die Versorgungspraxis im Kontext nötiger gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen.

Die 1. Plenarsitzung befasste sich mit Pflege und Versorgungsforschung zum Thema „Translating Research into Long Term Care Policy Changes". In ihrem spannenden Vortrag zeigte Prof. Dr. Charlene Harrington, University of California, San Francisco, die Entwicklung der Versorgung in US-amerikanischen Pflegeheimen auf, die sie wissenschaftlich seit den 1970er-Jahren beforscht. Grundkennzeichen seien eine meist schlechte Pflegequalität und unterbesetzte Personalausstattung. Die derzeit 15.000 Pflegeheimeinrichtungen in den USA sind zu 70% in profitorientierter Trägerschaft und setzten 2022 197 Milliarden US-Dollar um. Trotz zahlloser Studien, die die schlechte Behandlungsqualität und unzureichende Personalausstattung wissenschaftlich seit Jahrzehnten belegen, gelinge es nur schwer, evidenzbasierte Standards zur Personalausstattung, Qualitätskontrollen, Qualitätsberichte und Marktmachtbegrenzung verpflichtend gesundheitspolitisch einzuführen, da die Pflegeindustrie die finanzstärkere Lobby besitze.

Zum deutschen Kontext berichtete Prof. Dr. Gabriele Meyer, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, zu „Long-term care in Germany – An evidence-free zone?"

Den derzeit über 5 Millionen Pflegebedürftigen stehen in Deutschland rund 16.100 Pflegeheime und 15.400 ambulante Pflegedienste zur Verfügung. Die dort stattfindende Versorgung werde jedoch kaum pflegewissenschaftlich untersucht. Die Akademisierung der Pflege sei noch immer viel zu gering, Studien selten, die wissenschaftliche Pflege mit der Praxis kaum verknüpft, wissenschaftliche Publikationen zu gering, gewonnene Erkenntnisse würden nicht als Innovationen implementiert und Leitlinien basierten zumeist auf Expertenstandards. Aktuell sei die schwierige Lage der Pflegewissenschaften in Deutschland an der Pflegeforschung zur Corona-Pandemie exemplarisch zu erkennen. Forschungsgelder an den Hochschulen gingen kaum an die Pflege und als das Bundesgesundheitsministerium gezielt Pflegestudien zu Corona ausschrieb, fanden sich keine Studiendurchführende. Ein weiteres Beispiel mit hohem Forschungs- und eben auch Innovations- und Implementierungsbedarf sei die Pflege von Menschen mit Demenz, etwa im Hinblick auf eine förderliche soziale Umgebungsgestaltung, Reduzierung ruhigstellender Medikamente und Fixierungen.

In der 2. Plenarsitzung „Minimierung von Risiken und Praxisunterschieden durch eine bessere Arzneimittelversorgung und Mindestmengen" standen Qualitätsinstrumente im Mittelpunkt.

Prof. Dr. Gert Westert, Radboud University, Nijmegen, zeichnete in seinem Vortrag „Practice variation and volume standards in surgical care in the Netherlands: how to reduce varying quality" die Qualitätsentwicklung der letzten 30 Jahre am Beispiel von Mindestmengen in den Niederlanden nach. Behandlungsqualität zeige sich einerseits darin, das Richtige zu tun, also der Indikationsstellung, und dann das Richtige gut zu tun, der Behandlungsdurchführung. Studien zeigen, dass die Indikationsstellung stark durch vorhandene Behandlungsmöglichkeiten und die Vergütung, während die Durchführung bei zahlreichen Behandlungen durch Erfahrung beeinflusst ist. Diese Erkenntnis ist die Grundlage für Mindestmengen. Die Umsetzung von Mindestmengen in der Versorgungspraxis begann in den Niederlanden 1993. Die 1. Phase (Selbst-



Prof. Dr. Gabriele Meyer



Prof. Dr. Charlene Harrington



Prof. Dr. Gert Westert



Prof Dr. Petra A. Thürmann

verpflichtung) bis 2003 bestand im Appell an die Versorger und Ärzteschaft, bestimmte Eingriffe zu zentralisieren, was aber nicht geschah. In der 2. Phase (Vertrauen und Überprüfen) bis 2009 wurden Mindestmengen vorgegeben und Krankenhäuser mussten ihre Fallzahlen veröffentlichen. In der 3. Phase bis 2017 (Selektivverträge und Kontrollen) sollten Krankenversicherungen durch Selektivverträge das Einhalten der Mindestmengen in Krankenhäusern befördern, was diese im Hinblick auf ihre versicherten Patient:innen aber nur teilweise umsetzten. In der 4. Phase (Rückkehr zum Vertrauen) wurden die Mindestmengenfallzahlen nicht mehr veröffentlicht, da die Krankenhäuser mittlerweile die Indexeingriffe weitgehend zentralisiert hatten. Im Jahr 2022 begann die nun 5. Phase (regionale Absprachen) in der die Krankenhausplanung nun die Anzahl durchführungsberechtigter Krankenhäuser in Regionen festlegt und regional abgestimmt werden muss, wer diese Krankenhäuser sind.

Prof. Dr. Petra A. Thürmann, Universität Witten/Herdecke, hielt einen Vortrag zur „Optimierung der Arzneimitteltherapie – Wirkungen und Nebenwirkungen verschiedener Ansätze", in dem sie die Pharmakotherapie im Alter und bei Multimorbidität im Hinblick auf Risiken der Polypharmakotherapie anschaulich problematisierte. Sie beleuchtete sowohl explizite Kriterien für eine Potentiell Inadäquate Medikation (PIM), die weiterentwickelte PRISCUS-2.0-Liste, als auch die FORTA-Kriterien (Fit fOR The Aged), die neben Über- und Fehlversorgung auch die Unterversorgung berücksichtigen. Ziel ist, die Behandlungssicherheit zu erhöhen, denn 5% der Krankenhausaufnahmen sind auf Arzneimittelnebenwirkungen zurückzuführen, die Hälfte davon vermeidbar. Problematisch sei, im Versorgungsalltag die notwendigen Voraussetzungen für ein Überprüfen der Medikamente zu schaffen, es braucht viel Zeit, oft sind nicht alle Verordnungen bekannt und Angehörigen komme eine wichtige Rolle zu. Ernüchternd sei, dass eine systematische Übersichtsarbeit zeigt, dass Interventionen zur Polypharmakotherapie kaum Verbesserungen erzielen, jedoch weist eine Metaanalyse zur Reduktion von Nebenwirkungen bei älteren Patient:innen auf eine effektive Rolle von Pharmazeut:innen beim Medikationsreview hin.

Die 3. Plenarsitzung „Ergebnisse der gesundheitsbezogenen Versorgungsforschung in der Gesundheitspolitik umsetzen" fokussierte die Rolle der Gesundheitspolitik.

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger, Universität Bielefeld, griff in seinem Vortrag zum Thema „Versorgungsgestaltung zwischen Wissenschaft und Politik" genau dieses Verhältnis grundlegend auf. Häufig befänden sich Wissenschaft und Politik in einem Spannungsverhältnis. Forschungsergebnisse fließen oft nicht in die praktische Politik ein, da beide sozialen Teilsysteme unterschiedliche Relevanzkriterien für Entscheidungen verwenden. Politische Entscheidungen unterliegen Aushandlungsprozessen zwischen gesellschaftlichen Gruppen mit unterschiedlichen Erwartungen und Interessen und sollen auch dem Machterhalt dienen. Empfehlungen aus wissenschaftlichen Erkenntnissen decken sich oft nicht mit gruppen-, interessen- und machtgeleiteten Ergebnissen solcher Aushandlungsprozesse. Aber auch die Wissenschaft selber steht unter der Gefahr, interessengeleitet Wissen funktional einzusetzen, z. B. bei privat finanzierter Forschung. Und wissenschaftliche Erkenntnisse sind im steten Erkenntniswandel, womit auch abgeleitete Entscheidungen angepasst werden müssen. Hindernisse, wissenschaftliche Erkenntnisse in die Politik einfließen zu lassen, liegen auf beiden Seiten und sind eher überwindbar, wenn Partikularinteressen nicht zu stark sind und Entscheidungsthemen nicht zu stark ideologisch aufgeladen sind.

Den Reigen der hochkarätigen Plenarvorträge schloss dann Prof. Dr. Jochen Schmitt, TU Dresden, zum Thema „Systeminnovation durch Versorgungsforschung? Wege, Umwege und Sackgassen". Systeminnovationen zu entwickeln sei Aufgabe der Versorgungsforschung, ohne dass diese die rechtliche Kompetenz zur Umsetzung habe. Innovationen bedeuteten, Bestehendes zu ändern. Hemmnisse für Innovationen lägen in der Medizin und Versorgungsforschung in der ebM, einem System wissenschaftlich abgestufter Sicherheit, das ausgezeichnet für einfache, stabile Interventionen in stabilen, komplexen Systemen sei, aber so nicht praktikabel für komplexe Interventionen in dynamischen, komplexen Systemen sei. Förderpolitische Hindernisse für Innovationen zeigten sich beim Aufgreifen von Innovationsfondsprojektergebnissen für die Versorgungspraxis. Dem schließen sich übergangslos die politischen Hindernisse der jeweils beteiligten Akteure an, sei es im G-BA als neue Regelungen oder



Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger



Prof. Dr. Jochen Schmitt


Prof. Dr. Holger Pfaff

im Bundesministerium für Gesundheit als Gesundheitsreform, was er anschaulich an der derzeitigen Diskussion um die Krankenhausreform darstellte.

State of the Art

Prof. Dr. Holger Pfaff setzte mit dem Vortrag: „EbM+Theorie: Die Verknüpfung von EbM, EbM+ & Theorie als Beitrag zur Wissenschaft und evidenzbasierten Gesundheitspolitik" seinen letztjährigen Vortrag „mehr Theorie wagen" fort. Der zusammen mit Prof. Dr. Jochen Schmitt erarbetete Vortrag, inzwischen in zwei Artikeln veröffentlicht, problematisiert die Entscheidungsunsicherheit durch komplexe Maßnahmen, Kontexte und Umweltdynamik und betrifft sowohl, welche Maßnahme eingeführt als auch, wie sie ins bestehende System implementiert werden soll. Die Unsicherheit zeigt sich bei politischen Entscheidungsträger:innen, was zu tun ist und bei VF-Wissenschaftler:innen, was zu raten ist. Hohe Umweltdynamiken wie in der Covid-19-Pandemie werden zu normalen Kontextbedingungen, in der im Gesundheitswesen Entscheidungen über Änderungen getroffen werden müssen. Eine simple Rückkehr zu Expertenwissen könne nicht die Antwort sein, sondern systematischere Ansätze, die die wissenschaftliche Fundierung der ebM auch über das Konzept des ebM+, das neben empirischen Studien mit probabilistischen Aussagen auch andere empirische Wissenschaftsmethoden wie Experimente mit deterministischen Aussagen berücksichtige, flexibler weiterentwickle. Wichtig sei, empirisches Wissen mit theoretischem Wissen als Ergänzungsreihe in einem spiralförmigen Austauschprozess zu verzahnen. Der praktische Vorteil von Theorien ist, dass sie gebrauchsfertig sind, doch auch sie benötigen eine Bewertungshierarchie aus empirischer Überprüfung und allgemeiner wissenschaftlicher Anerkennung.

Symposien

Im Symposium der TU Berlin – Entwicklung eines Systems zur Klassifikation des morbiditätsbezogenen Versorgungsbedarfs (PopGroup), wurde die Entwicklung des ‚PopGrouper' als ein bevölkerungsbezogenes Klassifikationssystem zur sektorenübergreifenden Ermittlung des morbiditätsbezogenen Versorgungsbedarfs methodisch beschrieben und die geplante Anwendung dargestellt.

Das Symposium „IDORSIA – ICD-11 als Chance für ein nachhaltiges Gesundheitssystem" erläuterte den Stand der Übersetzung und gab Ausblick auf die geplante Einführung der deutschen Version der ICD-11. Kommentiert wurde dieser Prozess und die Aussichten aus Krankenkassensicht, aus Sicht einer Patientenvertreterin und zwei Fachgesellschaften. Deutlich wurde die vielfältige Bedeutung der Klassifikation für eine gemeinsame einheitliche Sprache in der Patientenversorgung, der Forschung, aber auch der Verknüpfung mit dem Vergütungssystem, was eine Änderung brisant mache und eine Einführung zeitlich verzögern könne.

Das Symposium der AWMF „Leitlinienbasierte Qualitätsindikatoren als Instrumente der Qualitätsverbesserung" deckte das gesamte Entwicklungsspektrum ab, von der Frage, wann Leitlinienerstellende Experten und Expertinnen sollten Qualitätsindikatoren einbeziehen sollten, über die Frage, welchen Beitrag Fachgesellschaften zur Qualitätsindikatorentwicklung leisten können bis hin zur Frage, wie auch in der gesetzlichen Qualitätssicherung Leitlinienwissen für die Qualitätsindikatorentwicklung genutzt werden kann. Abgerundet wurde die Veranstaltung durch zwei Anwendungsbeispiele in der hausärztlichen Versorgung und in Krebszentren.

Im Symposium des DNVF zum Innovationsfonds erläuterten Mitglieder der gleichnamigen Arbeitsgruppe ihre Analysen der geförderten Projekte aus dem Bereich der Patientensicherheit sowie die Analysen zur Implementierung positiv evaluierter Projekte. Hierbei zeigte sich eine große Heterogenität in den oft verzögerten Stellungnahmen der jeweils vom G-BA dazu aufgeforderten Institutionen und das bereits bekannte Umsetzungsdefizit in die Versorgung. Deutlich wurde, dass ein weder von den Forschenden noch vom G-BA zu vertretendes Regelungsdefizit besteht, das den Weg vom erfolgreichen Projekt hin zu einer Neugestaltung der Versorgung ebnet.

Master's Corner:

Die Ecke für Masterabsolvent:innen verschiedener Universitäten und Hochschulen in Deutschland bot in diesem Format die Gelegenheit, Abschlussarbeiten einem breiten Fachpublikum vorzustellen. Die Präsentationen spiegelten die Interdisziplinarität und Vielfalt der Gesundheitswissenschaften wider, indem sie verschiedene Aspekte der medizinischen Versorgung, Gesundheitspolitik, Psychologie und verwandter Fachgebiete abdeckten. Die Themen reichten von der Untersuchung der Stigmatisierung in der Schwangerschaftsversorgung bis zur Evaluierung von webbasierten Programmen zur Behandlung von Multipler Sklerose. Verschiedene Methoden wie qualitative Inhaltsanalysen, epidemiologische Analysen und systematische Literaturübersichten wurden angewendet und im Plenum konstruktiv und dynamisch diskutiert.

Science Slam

Mit Stehplätzen mussten sich viele Teilnehmende zufriedengeben, die beim be-



Applausometermessung beim Science Slam

liebten Science Slam zuhören wollten. Fachliche Expertise, mit einer Prise Humor und klarem Kommunikationsstil, um die komplexen Forschungsideen verständlich und unterhaltsam dem Fachpublikum zu vermitteln. Jochen Schmitt und Martin Härter moderierten gewohnt souverän. Mit der Superheldenpose katapultierte sich Hanna A. A. Röwer aufs Siegertreppchen und gewann den Science Slam mit Ihrem Vortrag „Superhelden-Allianzen – Die große kleine Welt der Palliativnetzwerke".

Postersitzungen

In den 23 Postersitzungen mit meist 12 bis 15 Beiträgen gab es auch diesjährig das Präsentationsformat mit dreiminütigen Kurzvorträgen, um konzise Thema, Methode, Ergebnisse und Ausblick mitzuteilen. Durchweg gelang den Autor:innen diese Art der prägnanten Übersicht ganz ausgezeichnet, deutlich zu sehen an den vielen intensiven Diskussionen in der sich anschließenden halben Stunde vor den Postern, wofür etwas mehr Raum noch förderlicher gewesen wäre.

Die jedes Jahr vergebenen Posterpreise gingen beim 22. DKVF an Chantal Giehl MSc und Anastasia Suslow MA für den Beitrag „Die Rolle von Netzwerkstrukturen in der ambulanten Palliativversorgung in Westfalen-Lippe – Eine qualitative Erhebung im Rahmen der Studie VESPAL" (1. Preis), an Ariana Neumann MSc für den Beitrag „Determinants of patient use and satisfaction with synchronous telemental health services during the Covid-19 pandemic: a systematic review" (2. Preis) und an Laura Rink MA für den Beitrag „Validierung eines ICF-basierten Fragebogens für Personen ab 75 Jahren in der Primärversorgung" (3. Preis).

Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis

Die zehnköpfige Jury des Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreises unter Leitung von Prof. Dr. Horst Christian Vollmar verlieh den ersten Preis in diesem Jahr an Dr. rer. med. Jennifer Engler und Dr. rer. med. Dania Schütze für die Arbeit „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und ihre Familien – die besonderen Belange der Zielgruppe. Ergebnisse der ELSAH-Studie".


Preisverleihung Poster: Prof. M. Geraedts, A. Suslow, A. Neumann, L. Rink, Prof. W. Hoffmann, H. Röwer (Science Slam)

Lebenslimitierend erkrankte Kinder und Jugendliche mit komplexem Symptomgeschehen haben Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). In der Richtlinie zur SAPV hieß es dazu lediglich: „Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen". Im Rahmen des vom Innovationsfonds geförderten Projekts „Evaluation der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) am Beispiel von Hessen (ELSAH)" forschte das ELSAH-Team drei Jahre lang zu den besonderen Belangen von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern in der SAPV, um diese zu benennen und Empfehlungen zur Überarbeitung der SAPV-Richtlinie zu formulieren.

Dazu wurde in einer Mixed-Methods-Studie mittels qualitativer Interviews, teilnehmender Beobachtungen und Fokusgruppendiskussionen mit Angehörigen, Patient:innen und Leistungserbringenden sowie durch die Auswertung von Dokumentationsdaten umfassend die Perspektiven der an der Versorgung beteiligten Akteur:innen erfasst.

Die Studienergebnisse zeigen die besondere Komplexität und den hohen Aufwand der pädiatrischen SAPV auf. Kinder und Jugendliche in der SAPV leiden an komplexen, oftmals seltenen Erkrankungen und bedürfen einer besonders aufwendigen Palliativversorgung durch ein Team mit pädiatrischer Expertise. Die SAPV muss die gesamte Familie einbeziehen und oftmals überregional verteilte Versorger:innen koordinieren. Zudem ist eine besonders aufwendige psychosoziale Versorgung von Patient:innen und Angehörigen notwendig. Die SAPV für Kinder und Jugendliche ist weniger bekannt als die SAPV für Erwachsene und der Zugang für die Familien deshalb oft erschwert. Auf Basis dieser Ergebnisse hat das ELSAH-Team Empfehlungen formuliert, wie die besonderen Belange von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien in die rechtsverbindliche Grundlage zur SAPV integriert werden sollten.

Der G-BA würdigte die Ergebnisse des ELSAH-Projekts und ließ Teile der Empfeh-

lungen in die Überarbeitung der Richtlinie einfließen. Zum 01.01.2023 traten zwei neue Bundesrahmenverträge für die SAPV in Kraft: einer für die SAPV von Erwachsenen sowie ein eigenständiger Vertrag für die SAPV von Kindern und Jugendlichen. Eine besondere Neuerung besteht darin, dass psychosoziale Fachkräfte künftig fester Bestandteil der SAPV-Teams für Kinder und Jugendliche sein werden. Der eigenständige Vertrag für die SAPV von Kindern und Jugendlichen macht deutlich, dass sie keine „kleinen Erwachsenen" sind und ihren Belangen in Form einer besonderen Versorgung Rechnung getragen werden muss. <<



Preisverleihung Wilfried-Lorenz-VF-Preis: Prof. H. Vollmar, Dr. J. Engler, Dr. D. Schütze, Prof. W. Hoffmann

Eine kritische Bestandsaufnahme zum Stand der Implementation erfolgreicher Innovationsfondsprojekte

Verbessert der Innovationsfonds das Gesundheitswesen?

Seit der Einführung des Innovationsfonds durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, das am 23. Juli 2015 in Kraft trat, fördert der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Entwicklung und Evaluation neuer Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen. Finanziert werden insbesondere Vorhaben, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potenzial aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden.

>> Das DNVF hat sich schon vor der ersten Förderwelle für einen möglichst effizienten Mitteleinsatz engagiert und in Abstimmung mit dem G-BA einen Konsentierungsprozess zu thematischen Förderschwerpunkten sowie Begutachtungs-, Förder- und Evaluationskriterien für Projekte aus dem Innovationsfonds moderiert, an dem Interessenvertreter:innen der Gesundheits- und Forschungspolitik, Patientenvertreter:innen, Leistungserbringende und Versorgungswissenschaftler:innen beteiligt waren. Für Projekte aus dem Innovationsfonds standen 2016 bis 2019 jährlich insgesamt 300 Mio. Euro zur Verfügung, von denen 200 Mio. Euro für die Förderlinie „Neue Versorgungsformen" reserviert waren. Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (2019) ging der Innovationsfonds mit jährlich 200 Mio. Euro in seine zweite Förderphase (2020 bis 2024). Für die „Neuen Versorgungsformen" sind davon 160 Mio. Euro vorgesehen. Der Innovationsfonds wurde im Auftrag des BMG durch das Wirtschaftsforschungsunternehmen PROGNOS evaluiert und zur Verstetigung empfohlen. Die zeitlich unbegrenzte Fortführung ist in dem Gesetzentwurf zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (§ 92a, Abs. 3, Satz 1 Digital-Gesetz – DigiG) niedergelegt.

Unabhängig von der Verstetigung des Innovationsfonds stellt sich aus Sicht der Versorgungsforschung die Frage, inwieweit der Innovationsfonds seinen Auftrag erfüllt, Projekte zu fördern, die anschließend an d ie Projektlaufzeit in der Regelversorgung implementiert werden können. Für diese erfolgreiche Implementierung sind eine hohe methodische Qualität ebenso eine Voraussetzung wie eine Empfehlung zur Überführung der geprüften Innovationen in die Regelversorgung durch den Innovationsausschuss des G-BA.

In zwei Projekten hat sich die Ad-hoc-Kommission des DNVF daher aktiv mit einer kritischen Bestandsaufnahme zum Stand der Implementation sowie mit der Qualität und Patientensicherheit von Innovationsfondsprojekten auseinandergesetzt. Die Ergebnisse wurden ausführlich mit Mitgliedern des DNVF sowie externen Expert:innen besprochen und am 6. Oktober 2023 auf dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) von Mitgliedern des jeweiligen Autorenteams (Dr. Christina Lindemann, Prof. Michaela Schunk, Lilly Rüthrich und Dr. Lorenz Harst) vor 300 Teilnehmer:innen präsentiert. Beide Analysen ebenso wie die en-tsprechende Session auf dem DKVF sollen eine Debatte darüber anstoßen, welche Adaptionen des Innovationsfonds in der nahen Zukunft im Hinblick auf den erfolgreichen Transfer von Versorgungsinnovationen notwendig sind.

Um sich dieser Frage zu nähern, wurden die 17 Projekte der Neuen Versorgungsformen (NVF) (Stand 01.08.2023) mit einer positiven Transferempfehlung hinsichtlich der Adressaten, des Beschlusstexts sowie deren Rückmeldungen hinsichtlich Vollständigkeit, Dauer der Rückmeldung sowie Positionierung der benannten Stellen analysiert. Es zeigte sich, dass eine Vielzahl von Akteur:innen des Gesundheits- und Sozialwesens bereits um Stellungnahmen bzgl. des Transfers von Projekten in die Versorgung gebeten wurden. Neben dem G-BA inkl. seinen Unterausschüssen, dem BMG, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem GKV-Spitzenverband und der KBV werden einzelne Kassenärztliche Vereinigungen ebenso wie thematisch einschlägige Fachgesellschaften adressiert.

Da der Innovationsausschuss nicht über Regelungskompetenzen verfügt, sind die Schreiben von informativem bis appellativem Charakter geprägt. Gesamthaft wur-

den 431 Schreiben an die Institutionen verschickt. Von nur 13% dieser Adressaten sind Antworten auf den Seiten des Innovationsfonds veröffentlicht. Die Antwortquote unterscheidet sich maßgeblich zwischen den einzelnen Akteur:innen. Insbesondere das BMG und nachgeordnete Behörden oder Institute, sowie Vertragspartner der Selbstverwaltung auf Bundes- und Länderebene antworteten auf weniger als 10% der Anfragen. Bei der inhaltlichen Betrachtung der verschiedenen Rückmeldungen zu einem Projekt unterscheiden sich diese häufig deutlich in Bezug auf ihre inhaltliche Tiefe und hinsichtlich der ggfs. erwähnten Querverbindungen zu thematisch ähnlichen Projekten, die z. B. in anderen Regionen durchgeführt werden oder verwandte Themen in anderen Themenfeldern behandeln. An dieser Stelle kommt der bisher eingeleitete Übertragungsprozess zum Stillstand. Es ist nicht klar geregelt, wie mit der Situation umgegangen wird, wenn die angeschriebenen Institutionen keine Rückmeldung geben. Ebenso fehlt es an einer transparenten Vorgehensweise für die Zusammenführung der unterschiedlichen eingegangenen Stellungnahmen.

Bezogen auf Patientensicherheit, eine der Förderlinien des Innovationsfonds, ist der Transfer erwiesenermaßen erfolgreicher Maßnahmen von besonderer Bedeutung. Im Rahmen eines Scoping Reviews mit Critical Appraisal haben Mitglieder der Ad-hoc-Kommission daher die Abschlussberichte sowie die Ergebnis- und methodischen Publikationen zu 16 abgeschlossenen Projekten der Förderlinie untersucht. Die Projekte lassen sich in die Kategorien „Entwicklung von Methoden, Instrumenten und Qualitätsindikatoren“, „Evaluation der Effekte implementierter Ansätze und neuer Interventionen“ sowie „Beobachtungen und Ergebnisse von Patientensicherheit“ einordnen. Die Untersuchungsgegenstände reichten vom Monitoring patientensicherheitsrelevanter Ereignisse über die Entwicklung von Qualitätsindikatoren bis hin zur Erprobung von Maßnahmen zur Sicherstellung der Patientensicherheit, wie etwa Peer-Review-Verfahren oder Tools für Fehlermanagement. Darüber hinaus zeichnen sich die Projekte in ihrer Gesamtheit durch große Heterogenität der adressierten Zielgruppen, Indikationen und untersuchten Endpunkte aus. So adressierten die Projekte etwa konkrete Krankheitsbilder ebenso wie Krankheitscluster und Therapiemaßnahmen und deckten dabei die gesamte Altersspanne vom Säuglings- bis ins Seniorenalter ab. Dabei wurden Prozessparameter ebenso untersucht wie patientenberichtete und klinische Outcomes. Entsprechend divers waren auch die angewendeten Studiendesigns. Die Ergebnisse zeigen Effekte bereits zuvor etablierter, weniger komplexer Interventionen und legen außerdem nahe, dass etablierte Methoden der EbM bei der Evaluation multimodaler Interventionen an ihre Grenzen stoßen. Nichtsdestoweniger war die methodische Qualität der untersuchten Projekte durchweg hoch. Zudem belegen die Projekte vielfach die Nutzbarkeit von versorgungsnahen Daten für die Qualitätssicherung. Der Innovationsausschuss hat alle 16 Projekte begutachtet und für sieben Projekte Empfehlungen ausgesprochen. Komplementär zur ersten hier präsentierten Untersuchung bestanden diese vor allem in der Weiterleitung der Projektergebnisse an die thematisch jeweils zuständigen Institutionen der Gesundheitsversorgung in Deutschland, darunter Unterausschüsse des G-BA, der GKV-Spitzenverband, BfArM, PEI, BÄK und IQTIG.

In der an die Vorträge anschließenden Diskussion wurde bekräftigt, dass es in Zukunft strukturierte Verfahren geben muss, um erfolgreich evaluierte Projekte aus dem Förderbereich NVF des G-BA Innovationsfonds in die Regelversorgung überführen zu können. Während aktuell häufig Selektivverträge erklärtes Ziel von Innovationsfondsprojekten sind, sollte der Regelfall jedoch sein, dass die Versorgungsinnovation allen Versicherten unabhängig von ihrer Kassenzugehörigkeit offensteht. Expert:innen des DNVF sprachen sich für den Einsatz von „regionalen Kollektivverträgen“ aus, bei dem ab einem bestimmten Deckungsgrad der Bevölkerung ein Kontrahierungszwang für alle Krankenkassen besteht.” Gleichzeitig sollte der Prozess der Übernahme in die Regelversorgung moderiert werden. Es wird vorgeschlagen, Projekte im Innovationsfonds förderfähig zu machen, die Evidenz aus mehreren vergleichbaren, bereits abgeschlossenen Projekten zu bündeln. An dieser Stelle kann das DNVF mit seiner versorgungswissenschaftlichen Expertise eine wichtige Vermittlerrolle einnehmen. <<

von: Dr. Christina Lindemann, Prof. Michaela Schunk, Lilly Rüthrich und Dr. Lorenz Harst

News

>> RegInt startet am 01.02.2024

Das DNVF startet am 01.02.2024 das Verbund-Projekt RegInt, das vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wird und zwei Jahre läuft. Ziel des Projekts ist es, Empfehlungen für die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen für die Durchführung von registerbasierten Interventionsstudien zu entwickeln, die auch in das geplante Registergesetz einfließen. Dazu soll in einem ersten Schritt mittels einer Bestandsaufnahme und Defizitanalyse der aktuelle Stand registerbasierter Forschung im Feld Interventionsstudien mit dem Fokus Therapieeffekte der letzten drei Kalenderjahre in Deutschland abgebildet werden.

Darüber hinaus soll in der Studie an zwei Fallbespielen mit Trial-Emulation-Konzepten die Möglichkeiten von registerbasierten Interventionsstudien beispielhaft aufgezeigt werden. Das erste Fallbespiel befasst sich mit dem Lungenkarzinom. Die Datenbasis sind klinische Daten von 475.007 Patientinnen und Patienten mit einer Lungenkrebsdiagnose in der Periode 2000 bis 2020. Die Daten kommen von den klinischen Krebsregistern, die an der bundesweiten Qualitätskonferenz der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) auf dem Deutschen Krebskongress 2022 teilgenommen haben. Im 3. Teil werden die Ergebnisse der Bestandsaufnahme und der Fallbeispiele zusammengeführt und konsentierte Empfehlungen zum einen für regulatorische Rahmenbedingungen und zum anderen zur Durchführung registerbasierter Interventionsstudien erarbeitet.

Verbundpartner sind die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT), das Institut für Biometrie und Registerforschung, Medizinische Hochschule Brandenburg (MHB) und das Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung Medizinische Fakultät der TU Dresden (ZEGV). Die Koordination des Verbundprojekts liegt beim DNVF.

DNVF

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e. V. – Geschäftsstelle
Kuno-Fischer-Str. 8 – 14057 Berlin

E-Mail: info@dnvf.de