

Navigationshilfe für Gesundheitspolitik

Eckpunkte eines „Nationalen Aktionsplans für Versorgungsforschung“

Präambel

Gegenstand der Versorgungsforschung „ist die gesundheitliche ... Versorgung unserer Bevölkerung, ihre Planung, Organisation, Regulierung, Evaluation und Optimierung“ (DFG-Denkschrift). Die Versorgungsforschung nimmt Fragen des Zugangs zu und der Verteilung von Gesundheitschancen, der Effektivität und Effizienz von Versorgungsangeboten sowie deren Qualität in den Blick. Sie will mit ihrer Arbeit dazu beitragen, die Zugangs-, Verteilungs- und Bedarfsgerechtigkeit in der Versorgung zu erhöhen. Ihr besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Patienten- und Nutzerperspektive unter den Alltagsbedingungen der Versorgung. Indem die Versorgungsforschung die Patientenbelange ins Zentrum ihrer eigenen Betrachtung stellt, leistet sie einen Beitrag zur stärkeren Patientenorientierung in der Versorgung. Die Ergebnisse der Versorgungsforschung dienen somit insbesondere dazu, die Kompetenzen und Ressourcen der Patienten als schwächstem Part im Versorgungsgeschehen zu stärken (Empowerment). Neben der Qualität und Effizienz der gesundheitlichen Versorgung stellen gute Information, Transparenz und die Mitentscheidung der Patienten eigene Versorgungsziele dar. Um diese Ziele zu erreichen, arbeitet die Versorgungsforschung interprofessionell, multidisziplinär und integrativ; sie kann nur nachhaltige Wirkung entfalten, wenn sie wirtschaftlich und politisch unabhängig durchgeführt wird. Dann aber kann sie als Navigationshilfe für Systemsteuerung und -innovation mithelfen, dass Gesundheitspolitik weniger als in der Vergangenheit „auf Sicht fahren“ muss. Die dafür notwendigen gesundheitspolitischen, strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen sollen in der kommenden Legislaturperiode in einem Aktionsplan für Versorgungsforschung zusammengefasst werden. Ein solcher Impuls seitens des Bundes soll dazu beitragen, dass die Ergebnisse der Versorgungsforschung bei Struktur- und Allokationsentscheidungen im Gesundheitswesen künftig mehr Berücksichtigung finden. Im Folgenden werden die Eckpunkte eines Aktionsplans für Versorgungsforschung kurz beschrieben.

1. Priorisierung der Themen der Versorgungsforschung

Um die Wirkung und Effizienz der von der Versorgungsforschung ausgehenden Impulse für das Gesundheitswesen zu erhöhen, sollen die Themen der Versorgungsforschung nach Relevanz und Bedarf priorisiert werden. Dabei geht es inhaltlich insbesondere um folgende Themen:

- Evidenzbasierte Information und Beteiligung von Patienten im Behandlungsgeschehen
- Qualitäts- und patientenorientierte Vergütungsanreize für Gesundheitsberufe
- Angemessenheit von Leistung und Indikationsstellung (Über-, Unter-, Fehlversorgung)
- Indikatoren zur Versorgungsqualität und Patientensicherheit
- Effekte von Transparenz auf die Qualität der Versorgung
- Innovative Versorgungskonzepte, Schnittstellen- und Vernetzungsforschung
- Kompetenz, Kooperation und Verantwortung der Gesundheitsberufe
- Zugang zu Leistungen und Informationen (vulnerabler Gruppen)
- Soziale und regionale Unterschiede in der Versorgung und regionale Bedarfsplanung
- Politikfolgenforschung und Evaluation von Innovationen

Die Initiative zu diesem Priorisierungsprozess muss gemeinsam von den zuständigen Bundesministerien für Bildung und Forschung sowie für Gesundheit ausgehen. Darüber hinaus sind die maßgeblichen Akteure aus Wissenschaft und Versorgungsforschung, die Spitzenorganisationen der Kostenträger und Gesundheitsberufe sowie Verbraucher- und Patientenorganisationen zu beteiligen.

2. Freier und offener Zugang zu verbesserten Versorgungsdaten

Ohne qualitätsgeprüfte, flächendeckende Sekundärdaten kann keine wissenschaftlich solide Versorgungsforschung betrieben werden und keine fundierte Politikberatung erfolgen. Das deutsche Gesundheitswesen leidet weniger unter einem Mangel an Daten, sondern darunter, dass die vorhandenen Informationen weder für Prozesse der Versorgungssteuerung noch zur Herstellung von Versorgungstransparenz zur Verfügung stehen. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz von 2012 wurde das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) als zentrale Institution benannt, durch die zukünftig bundesweite Leistungsabrechnungs- und Versorgungsdaten zur Verfügung gestellt werden sollen. Der Umfang der

Nutzung für Forschungszwecke wurde jedoch zugleich beschränkt auf den Datensatz für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA).

Diese Entwicklung geht zwar strukturell in die richtige Richtung, ist aber hinsichtlich des Umfangs und der Qualität der zur Verfügung stehenden Daten bei weitem noch nicht ausreichend. Für eine sinnvolle versorgungswissenschaftliche Nutzung wären die Daten zu ergänzen um: Stammdaten der Versicherten, Versicherungszeiten, Todeszeitpunkte, sowie Daten zu Prozeduren und Leistungen, auch aus den Bereichen Pflegeversicherung und Rehabilitation. Da die Erforschung regionaler Unterschiede in der Gesundheitsversorgung ein wichtiges versorgungspolitisches Anliegen darstellt, ist es ferner unerlässlich, dass das Regionalmerkmal jedes Versicherten (Landkreis) weiterhin in den für die Versorgungsforschung zur Verfügung gestellten Daten enthalten bleibt. Der Versorgungsforschung muss ferner – unter Wahrung des Datenschutzes – ungehinderter Zugang zu den nicht aggregierten Daten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und des Statistischen Bundesamtes gewährt werden. Zudem muss es gesetzlich ermöglicht werden, die Sekundärdaten mit anderen Daten zu verknüpfen.

Abrechnungsdaten sind für Zwecke der Epidemiologie, Planung und Qualitätssicherung derzeit nur bedingt nutzbar, weil ihrer Erhebung verzerrende Interessen zugrunde liegen können. Die Qualität und Validität dieser wichtigen Daten muss daher gleichzeitig durch verzerrungsfreie Kodierregeln verbessert werden. Die 2012 aufgehobene ambulante Kodierrichtlinie ist durch ein Regelwerk zu ersetzen, das es erlaubt, die Diagnosen möglichst ohne ökonomische Verzerrungen präzise zu erfassen. Darüber hinaus ist der Zugang der Versorgungsforschung zu einem dann zu schaffenden sektor- und kassenübergreifenden Datenpool von Abrechnungsdaten gesetzlich zu regeln.

3. Ausbau der Versorgungsforschung in Forschung und Lehre

Um Ihre Aufgaben auf dem wissenschaftlichen Niveau, das dafür notwendig ist, erfüllen zu können, bedarf die Versorgungsforschung einer soliden und verlässlichen Struktur und finanzieller Rahmenbedingungen, die es erlauben, dass die oben erwähnten Prioritäten sich in entsprechenden Ressourcenentscheidungen niederschlagen können.

Die Versorgungsforschung muss künftig durch eigene Lehrstühle und Forschungseinrichtungen strukturell abgesichert werden. Zudem ist es notwendig, parallel zu den nationalen Gesundheitszentren ein nationales Versorgungsforschungszentrum nach niederländischem



Vorbild (NIVEL: <http://www.nivel.nl/>) einzurichten. Dies soll die gegründeten Gesundheitszentren ergänzen und unterstützen sowie eine kritische „Forschungsmasse“ schaffen.

In der Forschungsförderung des Bundes sind Forschungsinvestitionen in die Versorgungsforschung als eigene Säule neben der klinischen Forschung zu etablieren. Dabei müssen sowohl die Forschung über Kernleistungen der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsleistungsforschung) als auch die Forschung über den sozialen und organisationalen Kontext der Erbringung der Kernleistung (Kontextforschung) gleichgewichtig gefördert werden.

Neben der Struktur- und Forschungsförderung des Bundes ist eine verlässlich geregelte und nachhaltige Finanzierung seitens der Kostenträger der gesundheitlichen Versorgung, die am meisten von den Ergebnissen der Versorgungsforschung profitieren, unerlässlich. So hat der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen vorgeschlagen, ein Promille der GKV-Ausgaben für Zwecke der Versorgungsforschung zu verwenden.