

Wie die Versorgungsforschung die medizinische Versorgung verbessern könnte

Die Korporativen Mitglieder der DGIM wählten für ihr Symposium auf dem 111. Internistenkongress in Wiesbaden das Thema Versorgungsforschung. Die Leitung des Symposiums lag bei D. Götte, Sanofi-Aventis in Bad Soden, und O. Schöffski, Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement der Universität Erlangen-Nürnberg. Durch die Beleuchtung aus verschiedenen Blickwinkeln bekam dieses für viele Ärzte noch diffuse Thema einige praxisnahe Facetten.

In das Thema führte R. Busse, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen an der TU Berlin, ein. Er definierte die Versorgungsforschung an ihrem Gegenstand, nämlich dem Gesundheitssystem. In diesem gehe es um die Personen (z. B. Patienten), Strukturen, z. B. Klinikambulanzen und die dort stattfindenden Prozesse. Im Gegensatz zur üblichen klinischen Forschung gehe es in seinem Fach um die Wirksamkeit von medizinischen Maßnahmen in der jeweiligen Gesellschaft, nicht beim einzelnen Patienten. Lege man den Focus auf die dem Arzt bekannten Patienten, so übersehe man zumindest teilweise die undiagnostizierten und möglicher Weise unterbehandelten weiteren Betroffenen, die ebenfalls an der gleichen Gesundheitsstörung leiden. Diese Seite lässt den Aspekt der Bedarfsforschung anklingen.

Eine weitere Limitierung der in der Medizin favorisierten klinischen Studien, etwa der Phase III, suche die Versorgungsforschung zu schließen, nämlich die Konzentration auf den oftmals sehr abstrakten „Studienpatienten“, der durch die Einschränkungen der Studiensituation oftmals von vielen Ein- und Ausschlusskriterien geprägt und damit vom realen Patienten in Klinik und Praxis unterschieden sei.

Win-win-Situation von Ökonomie und Moral

Einen heiklen Gesichtspunkt erhellte J. Wieland vom Konstanz Institut für Wertemanagement. Es geht um Gründe für und Auswege aus dem teilweise miserablen Ruf der Pharmaindustrie in der Öffentlichkeit, aus der vorherrschenden „latenten Nicht-Akzeptanz“. Wieland machte dies an einer Grundunterscheidung in der Güterforschung fest. Danach gebe es Sach-, Erfahrungs-, Vertrauens und Moralgüter. Jede Güterart habe unterschiedliche Verifizierungsmöglichkeiten. So könne der Verbraucher ein Sachgut erproben, ein Erfahrungsgut wie etwa die Qualität eines Urlaubsortes durch eigenen Augenschein untersuchen oder die Realität eines Moralguts wie die Glaubwürdigkeit einer Religion durch den Blick auf ihre Exponenten prüfen. Vertrauensgüter wie die von der Pharmaindustrie produzierten Arzneimittel seien keine Sachgüter. Man könne sie nicht durch Anpreisung, also Mengenmarketing an den Mann bringen. Hier brauche es vielmehr auf Seiten der Anbieter eine erkennbare Reputation und Integrität, auf Seiten

der Produkte eine glaubwürdige Akzeptanz und Legitimität.

Wieland bat die Exponenten der Pharmaindustrie, ihre Marketingstrategien doch einmal unter diesem Blickwinkel zu betrachten. Dann werde leicht klar, durch welche fehlgeleitete Maßnahmen wie ein reines Absatzmarketing in den letzten Jahrzehnten das Vertrauen der Verbraucher, also von Arzt, Patient, Leistungsträgern und Gesellschaft strapaziert worden sei. Ein Zitat: „Die Zeit, in der man dachte, Medikamente durch eine Art von Drückerkolonne an den Mann bringen zu können, sollte endgültig der Vergangenheit angehören.“

Wie kommt es nun nach Wieland zur angestrebten doppelten Erfolgssituation von Kommerz und Moral? Sein Rezept ist einfach: Es gehe auch in der Pharmaindustrie nie um Altruismus (wie bisweilen behauptet), sondern immer um das Geschäft. Das sei völlig in Ordnung und könne auch an alle Beteiligten, sofern man ehrlich sei, vermittelt werden. Dafür gut sei ein offenes Beziehungsmarketing, das die Bedürfnisse der „Kunden“ kenne und akzeptiere. Wenn es gelänge, mit diesen Bedürfnissen die entsprechenden Produkte zu verknüpfen, komme es automatisch zum gegenseitigen Nutzen - und im Schlepptau davon wieder zu einem vertrauenswürdigeren Image der Hersteller und ihrer Produkte.

Beispiele für die Rolle der Industrie

Mit einem Doppelreferat führten M. Fedder, Schwarz Monheim, und K. Bestehorn, MSD Haar bei München, konkrete Beispiele zur Verbesserung der Versorgung durch die Pharmaindustrie vor. Während sich die Firma Schwarz vor allem auf die besondere Qualifizierung ihrer Außendienstmitarbeiter stütze, die sich vor Ort beim Arzt als Netzmanager, Praxisberater, Healthcare-Manager oder Kommunikationstrainer betätigen, setzt MSD auf die Registerforschung. Hier lasse sich, wie Bestehorn an der 4F-Studie über Herz-Kreislauf-Risiken erläuterte, sehr klar die reale Bedarfs- und Versorgungssituation abschätzen, die den Rahmen für wirksame Maßnahmen bilden sollte.

Einen Beitrag der Sozialmedizin für die Versorgungsforschung stellte T. Schäfer von der Universität Lübeck vor. An seinem Beispiel wurde klar, wie sich etwa eine Studie zur Allergieprävention sofort in praxisnahe Empfehlungen – etwa zum Wert des Stillens in den ersten 18 Lebensmonaten – umsetzen lasse.

Anhand des Herzinfarktregisters der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Kardiologischen Krankenhausärzte (ALKK) stellte J. Senges vom Klinikum der Stadt Ludwigshafen die Wirksamkeit von einfachen Maßnahmen vor, zum Beispiel der Verpflichtung der behandelnden Ärzte, jedes von den einschlägigen Leitlinien abweichende Vorgehen individuell am jeweiligen Patienten

Aktuelles

zu begründen. So sei es möglich gewesen, durch leitliniengerechtes diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in den ALKK-Kliniken die Letalität nach Myokardinfarkt deutlich zu verringern.

Nutzen einer Datenvernetzung

Die in Deutschland seit Jahren bemängelte Datenqualität, die auch in der Versorgungsforschung für die Arbeit so sehr hinderlich ist, muss nicht als schicksalhaft hingenommen werden. Das demonstrierte H. Hauner vom Else-Kröner-Fresenius-Zentrum für Ernährungsmedizin an der TU München. In der von ihm präsentierten KoDiM-Studie war es möglich, durch Verknüpfung der Daten der KV Hessen und der AOK Hessen die Leistungen, ihren Effekt und ihre Kosten arztbezogen zu analysieren und nicht nur den Versorgungsstand, son-

dern auch die Kosteneffizienz in der Diabetestherapie zu ermitteln. Die Einsicht, dass der Übergang zur Insulintherapie einen Kostensprung darstelle sowie, dass 20% der Patienten – vor allem durch die entstandenen Komplikationen – 80% der Kosten verursachten, geht auf diese Studie zurück.

Zwei Statements aus der Diskussion dieses sehr lehrreichen Vortrags:

1. die Kostenträger, die von solchen Analysen hauptsächlich profitieren, sollten auch ein Budget für deren Durchführung bereitstellen,
2. ein Zitat Hauners: „Wir dokumentieren uns in Deutschland zwar fast zu Tode, besitzen aber kaum eine Kultur, die gewonnenen Daten auch einer kritischen Analyse zu unterziehen“.

Till U. Keil
