



»Die bestmögliche Behandlung muss schnell in die alltägliche Versorgung übernommen werden

© Robert Kneschke / stock.adobe.com

Urologe 2021 · 60:1255–1256
<https://doi.org/10.1007/s00120-021-01639-w>
Angenommen: 12. August 2021

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
Springer Nature 2021



Erfolgreiche Versorgungsforschung verbessert die Behandlung unserer Patienten

Johannes Huber¹ · Joachim Steffens² · Gerald Pühse³

¹ Klinik und Poliklinik für Urologie, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, TU Dresden, Dresden, Deutschland

² Klinik für Urologie und Kinderurologie, St.-Antonius Hospital gGmbH, Eschweiler, Deutschland

³ Klinik für Urologie und Kinderurologie, Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland

Mit dem Wirkstoff Cisplatin wurde 1979 eine heilende Behandlung für metastasierte Keimzelltumoren verfügbar. Bis dieser neue Standard in Deutschland breite Anwendung fand, vergingen allerdings viele Jahre. Schätzungen zufolge starben durch die zu langsame Einführung der neuen Behandlung in dem folgenden Jahrzehnt etwa 1000 Patienten an einem metastasierten Keimzelltumor, die mit dem neuen Standard geheilt hätten werden können [1]. Dieses Beispiel zeigt auf dramatische Weise, dass über die tatsächlichen Behandlungsergebnisse nicht allein die Ergebnisse experimenteller oder klinischer Forschung entscheiden. Die bestmögliche Behandlung muss schnell in die alltägliche Versorgung übernommen werden, um beim Patienten anzukommen. Auch die aktuelle COVID-19-Pandemie („coronavirus disease 2019“) hat uns überdeutlich vor Augen geführt, welche grundsätzliche Bedeutung

strukturelle Aspekte für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft haben.

Um diese zentralen Probleme kümmert sich die Versorgungsforschung. In einem aufeinander aufbauenden Prozess beschreibt sie zunächst die Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen. Lassen sich bestimmte Beobachtungen kausal erklären, können neue Versorgungskonzepte entstehen. Die Implementierung muss schließlich wissenschaftlich begleitet und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit evaluiert werden. Versorgungsforschung sollte dabei eine sektorenübergreifende Forschung sein, die niedergelassene Ärzte, Kliniken, Krankenkassen und Reha-Einrichtungen einbezieht. Dabei ist der Forschungsgegenstand definierend, nicht die Methodik. Für die Versorgungsforschung kann je nach Fragestellung das gesamte methodische Spektrum sinnvoll angewandt werden – von der



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Routinedatenanalyse bis hin zur randomisierten kontrollierten Studie. Ein aktuelles Beispiel für ein randomisiertes Studiendesign in der Versorgungsforschung ist das EvEnt-PCA-Projekt zur „Evaluation einer patientenorientierten Online-Entscheidungshilfe bei nicht metastasiertem Prostatakarzinom“ (www.uniklinikum-dresden.de/event-pca). Mit Förderung durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss konnten etwa 150 urologische Studienzentren in Deutschland kürzlich die Rekrutierung von über 1100 Patienten abschließen.

Ein gutes Beispiel für die Möglichkeiten der Routinedatenanalyse bietet die Arbeit von *Groeben et al.* im vorliegenden Heft. In einer Übersicht von Publikationen zu allen fünf großen onkologischen Entitäten der Urologie skizziert der Beitrag die operative Versorgungssituation in Deutschland und kann dabei v.a. die Rolle der jährlichen Fallzahlen für die Qualität der Ergebnisse herausarbeiten. Vor allem für die radikale Prostatektomie und für die radikale Zystektomie ist die jährliche Fallzahl der Einrichtung ein sehr guter Surrogatparameter für die Behandlungsqualität. Trotz einer sehr starken Evidenzlage für diese beiden Eingriffe fehlt in Deutschland leider der politische Wille, diese großen und gut planbaren chirurgischen Eingriffe zum Wohle unserer PatientInnen stärker zu zentralisieren.

Die Zertifizierung nach definierten Kriterien sowie die prospektive Erfassung und das Benchmarking von ausgewählten Behandlungsergebnissen sind sicher das inhaltlich exaktere Instrument zur Qualitätssicherung. Am Beispiel der Kontinenz- und Beckenbodenzentren stellen *Kranz et al.* die bisherige Entwicklung und den aktuellen Status dar. In dem harmonisierten neuen Zertifizierungssystem wurde als einzige Operation mit Erfassung der Ergebnisqualität die „suburethrale Schlinge“ zur Therapie der weiblichen Belastungsharninkontinenz aufgenommen. Dieser vorsichtige Beginn hängt sicher auch mit der aufwändigen Dokumentation der Ergebnisqualität zusammen. Hierbei müsste es optimalerweise eine zentrale Erfassung von „patient-reported outcome measures“ (PROM) geben. Neben der Übernahme des logistischen Aufwands wäre damit auch eine Trennung zwischen behandelndem Zen-

trum und der Erhebung der Ergebnisse erreicht. Denn die Nachfrage durch das behandelnde Zentrum erzeugt sehr wahrscheinlich eine Antwortverzerrung im Sinne der sozialen Erwünschtheit. Diese Überlegungen zur Zertifizierung sind auch gut auf andere Bereiche wie die Uroonkologie oder die Kinderurologie übertragbar.

Maier et al. beschreiben die Versorgungswirklichkeit ausgewählter kinderurologischer Eingriffe in Deutschland. Neben den allgemeinen Fallzahlentwicklungen analysiert die Originalarbeit auch die Zentrenbildung für kinderurologische Eingriffe. Neben den mutmaßlichen Effekten auf die Behandlungsqualität ist eine gewisse jährliche Fallzahl auch für die Aus- und Weiterbildung essentiell. Berufspolitisch sind die Ergebnisse spannend, weil die Entwicklungen in urologischen und kinderchirurgischen Abteilungen transparent werden, insbesondere auch vor dem Hintergrund der neuen Zusatzbezeichnung „Kinder- und Jugendurologie“.

Das neue MDK-Reformgesetz legt einen wesentlichen Schwerpunkt auf die Erweiterung der ambulanten Leistungserbringung zur weiteren Kostenersparnis im Gesundheitswesen, sowie auf dynamisierte Prüfquoten und daraus folgende „Strafzahlungen“. Der Medizinische Dienst wird künftig organisatorisch von den Krankenkassen gelöst und wird als unabhängige Körperschaft des öffentlichen Rechts ausgestaltet. Zudem soll die Prüfung der Krankenhausabrechnung einheitlicher und transparenter werden. Strittige Kodier- und Abrechnungsfragen sollen systematisch reduziert werden. Ab 2021 wird die Höhe der Prüfquote durch die Qualität der Abrechnungen bestimmt. Die Krankenhäuser, die schlecht abrechnen, werden mehr geprüft als gut abrechnende. Die Wahl zwischen ambulanter oder stationärer Leistungserbringung stellt sich zukünftig nicht mehr, und die Praxis der kurzstationären Abwicklung vieler urologischer Fälle in den Hauptabteilungen gerät durch das neue Gesetz erheblich unter Druck. Eine stationäre Abrechnung der zukünftig im erweiterten AOP-Katalog gelisteten Prozeduren wird nur noch ausnahmsweise in Betracht kommen. *Wenke et al.* analysieren die sich aus dem Reformgesetz ergebenden Konsequenzen für

die Urologie und zeigen möglich Lösungsstrategien auf.

Experimentelle und klinische Forschung bemüht sich konzeptionell, alle gesellschaftlichen Rahmenbedingungen auszublenden. Daher muss Versorgungsforschung für bestimmte Fragestellungen auch spezifisch für einzelne Gesundheitssysteme erfolgen. Für urologische Patienten im deutschen Gesundheitswesen muss dies die deutsche Urologie selbst leisten! Entsprechend hat der Arbeitskreis „Versorgungsforschung, Qualität und Ökonomie“ der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. eine Publikationsserie zu urologischen Entitäten in Deutschland initiiert. Diese ergänzt die Arbeiten zur Uroonkologie (*Groeben et al.* im vorliegenden Heft) um die Gebiete Kinderurologie (*Maier et al.* im vorliegenden Heft), Endoprothetik [2] und operative Therapie der Urolithiasis [3]. Weitere Beiträge zur Urodynamik sowie zur operativen Therapie des benignen Prostatasyndroms folgen in Kürze. Zusammen mit dem vorliegenden Themenheft erhalten Sie damit viele neue Erkenntnisse zur Versorgungssituation in der deutschen Urologie.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dr. phil. Johannes Huber
Klinik und Poliklinik für Urologie, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, TU Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden, Deutschland
johannes.huber@uniklinikum-dresden.de

Interessenkonflikt. J. Huber, J. Steffens und G. Pühse geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Hölzel D, Altwein JE (1991) Hodentumoren: Ist der Rückgang der Mortalität in der Bundesrepublik Deutschland zu langsam erfolgt? Dtsch Arztebl 88(47):A-4123
2. Baunacke M, Groeben C, Borkowetz A, Uhlig A, Leitsmann M, Volkmer B, Thomas C, Huber J (2021) Versorgungswirklichkeit der urologischen Endoprothetik in Deutschland von 2006 bis 2016. Urologe 60:351–360
3. Herout R, Baunacke M, Groeben C, Aksoy C, Volkmer B, Schmidt M, Eisenmenger N, Koch R, Oehlschlager S, Thomas C, Huber J (2021) Contemporary treatment trends for upper urinary tract stones in a total population analysis in Germany from 2006 to 2019: Will shock wave lithotripsy become extinct? World J Urol. <https://doi.org/10.1007/s00345-021-03818-y>