

# Versorgungsforschung: Hoffnungsträger oder Modernismus?

von Norbert Schmacke\*

## ABSTRACT

**Das öffentliche Interesse** an wissenschaftlichen Untersuchungen zur Optimierung der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgung der Bevölkerung ist in Deutschland im letzten Jahrzehnt deutlich gestiegen. Versorgungsforschung führt die zugehörigen akademischen Disziplinen und Forschungsfragen diskursiv zusammen. Ihr Horizont reicht von reiner Grundlagenforschung für ein besseres Verständnis lernender Organisationen bis hin zur Evaluationsforschung nach Implementation getesteter Interventionen. Die Orientierung auf die „letzte Meile“ der Versorgung geht insofern weit über die häufig noch anzutreffende Rollenzuweisung als versorgungsnaher Anwendungsforschung hinaus.

**Schlüsselworte:** Versorgungsforschung, Health Technology Assessment, evidenzbasierte Medizin, Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung, biomedizinische Grundlagenforschung

**Public interest in research** explicitly looking at optimizing medical and psychosocial care has been increasing substantially during the last decade in Germany. Health services research is destined to enhance the discourse between corresponding academic disciplines and research issues. The research agenda comprises fundamental methodological questions (e.g. the theory of organizational learning) as well as the evaluation of previously tested innovations. Addressing the “last mile” of health care by scientific methods means more than applied research, a connotation that is usually evoked by talking about health services research.

**Keywords:** health services research, health technology assessment, evidence based medicine, Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung, fundamental biomedical research

## 1 Einleitung

Fast kann man von einem kometenhaften Aufstieg sprechen: Versorgungsforschung ist in aller Munde. Das aktuelle Heft der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen legt Zeugnis davon ab, wie hoch Versorgungsforschung gehandelt wird (*Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2006): Mitglieder des Sachverständigenrates sprechen vom Innovationstransfer in der Klinischen Forschung; das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung weist darauf hin, wie wichtig Versorgungsforschung für den „policy impact“ von Präventionsstrategien sei; Autoren der Universität Witten-Herdecke betonen die Notwendigkeit der Überwindung des Knowledge-Performance-Gap; der Gesundheitsforschungsrat des Bundesministeriums für Bildung und Forschung skizziert den Weg zu der aktuellen Schwerpunktförderung „Versorgungsnaher Forschung“ in ihrem sozialversicherungs- und kostenträgerübergreifenden Charakter; die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) als Dachverband von 151 wissenschaftlichen Fachgesellschaften fügt die Versorgungsforschung rasch in

ihre Leitlinienkonzepte ein; last not least zeigen Holger Pfaff und Claudia Kaiser vom Zentrum für Versorgungsforschung der Medizinischen Fakultät zu Köln, welche große Bedeutung in Deutschland der systematischen Zusammenarbeit von Methodikern und Klinikern im expandierenden Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF) zukommt.

Resultat dieser Bemühungen ist vor allem der nun jährlich durchgeführte Deutsche Kongress für Versorgungsforschung, an dessen Programmatik und Durchführung zurzeit 33 Fachgesellschaften mitwirken. Eine stolze Bilanz, ohne Frage. Endlich ist auch in Deutschland eine zunehmend belastbare Infrastruktur für die Kernfrage entstanden, die da lautet: Was wissen wir über die Möglichkeit, die Chancen zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit im Versorgungsalltag für Einzelne, Patienten und Bevölkerungsgruppen zu erhöhen? Die mutmachende Feststellung der wachsenden Bedeutung der Versorgungsforschung bleibt richtig, auch wenn die Investitionen in die biomedizinische Forschung, vor allem in die Entwicklung von Arzneimitteln und Großgeräten, noch um mehrere Dimensionen größer ausfallen. Aber damit

\* Prof. Dr. med. Norbert Schmacke  
Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung,  
Universität Bremen, Bibliothekstraße 1, 28359 Bremen

Telefon: 0421 2188-131 · Fax: 0421 2188-135  
E-Mail: schmacke@uni-bremen.de

beginnt auch schon das Problem: Wie tragfähig sind die Begriffspaare „Versorgungsforschung versus biomedizinische Grundlagenforschung“ oder auch „klinische Forschung versus Anwendungsforschung“?

Die nachfolgenden Ausführungen verfolgen das Ziel, die Diskussion um vorrangige Forschungsfragen und angemessene Forschungsmethoden in einen breiteren Kontext zu stellen. Dies soll helfen, sowohl illusionären Erwartungen an die heutige Versorgungsforschung vorzubeugen als auch problematische Polarisierungen innerhalb der Forschungswelten zu vermeiden.

## ■ 2 Definitionen

Aus der Vielzahl von Versuchen, Versorgungsforschung zu definieren, erscheint besonders prägnant (Pfaff 2003):

- Versorgungsforschung ist ein fachübergreifendes Forschungsgebiet, das die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt und kausal erklärt,
- zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte beiträgt,
- die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte begleitend erforscht und
- die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und -prozessen unter Alltagsbedingungen evaluiert.

Gegenstand der Versorgungsforschung ist die „letzte Meile“ des Gesundheitssystems: vom „Verstehen“ der Akteure und Rahmenbedingungen bis zu interventionellen „Real-World Studies“. Versorgungsforschung ist damit methodisch auf das gesamte Spektrum qualitativer und quantitativer Verfahren angewiesen und damit nicht etwa reine Implementations- und Evaluationsforschung, der ausschließlich zukäme, die hehren Ergebnisse der klinischen Forschung aus der sauberen Laborwelt in die weniger klare Versorgungsrealität zu übersetzen.

Wenn verstanden werden will, auf welchen Studien gute Versorgung fußen muss, und wie die professionellen Akteure und die Patienten sich im System bewegen, dann kommt Versorgungsforschung auch nicht ohne Grundlagenforschung aus. Denn weder liefert die biomedizinische Forschung lupenreine Ergebnisse, auf welche praxisnahe Forschung blind vertrauen kann, noch versteht sich das System der Versorgung etwa ohne sozialwissenschaftliche Theorienbildung und deren anschließende Erprobung im Alltag. Man könnte aus der Wissenschaftsgeschichte schon an dieser Stelle fast schlussfolgern: Als unabweislich interdisziplinärer Ansatz ist Versorgungsforschung im Grunde von Beginn an wenn nicht zum Scheitern verurteilt so doch mit erheblichen Hypothesen belastet. Aber schauen wir in ein Ursprungsland der

Versorgungsforschung, die USA. Eine unmittelbare begriffliche Entsprechung im Englischen gibt es nicht. Große Nähe besteht zu health services research, die nach Lohr und Steinwachs wie folgt zu verstehen ist (Lohr und Steinwachs 2002):

“Health services research is the multidisciplinary field of scientific investigation that studies, how social factors, financing systems, organizational structures and processes, health technologies, and personal behaviors affect access to health care, the quality and cost of health care, and ultimately our health and well-being.” (Versorgungsforschung ist das multidisziplinäre Gebiet wissenschaftlicher Untersuchung, das sich damit befasst, wie soziale Faktoren, Finanzierungssysteme, Organisationsstrukturen, Gesundheitstechnologien und persönliche Verhaltensweisen den Zugang zur Gesundheitsversorgung, die Qualität und Kosten von Gesundheit und schließlich Gesundheit und Wohlbefinden beeinflussen.)

Versorgungsforschung in diesem Verständnis berührt drei Kernbegriffe, die sowohl grundlegende methodische Fragen aufwerfen als auch direkt in die politische Arena führen:

- Access to health care: Es ist offenkundig, dass der Zugang zum Gesundheitssystem stark von gesellschaftlichen Aushandlungsprozessen und Gewohnheiten abhängig ist. Die Professionellen im System neigen dazu, den Status quo der Strukturen als Mindeststandard zu verstehen und seinen Ausbau zu fordern. Für die Forschung in Deutschland ist es aber keine leichte Aufgabe, etwa die Frage der Zugangsschwellen für chronisch psychisch Kranke zur Versorgung in unterschiedlichen Modellen zu testen.
- Quality of care: Erst seit relativ kurzer Zeit ist die Rolle der evidenzbasierten Medizin und des Health Technology Assessment gesellschaftlich definiert. Traditionell definieren die Fachgesellschaften, was als Standard der Versorgung zu bezeichnen ist. Die große Herausforderung bleibt die Begründung und Erprobung belastbarer Qualitätsindikatoren für unterschiedliche gesundheitliche Problemlagen. Ein Unterthema ist dabei die bessere Nutzung von Routinedaten für ein relevante Versorgungsfragen abdeckendes Set von Qualitätsindikatoren.
- Costs of care: Zumindest für Deutschland tritt mit der Diskussion um Kosten eine relativ neue Dimension eines „ernsthaften“ Diskurses jenseits von unbegründeten Annahmen über Möglichkeiten der Kostenreduzierung in den Mittelpunkt der Forschung. Dies gilt für Kernfragen der Versorgung wie die politisch erwünschte Entwicklung von Kosten-Nutzen-Bilanzen ebenso wie für Hochrechnungen der Potenziale einer evidenzbasierten Strategie bei der Prävention chronischer Krankheiten.

Damit steht Versorgungsforschung aber zugleich permanent im Verdacht, primär politisch motiviert zu sein, ökonomischen Interessen zu dienen, nicht genügend neutral, bloße Anwen-

dungsforschung und last not least keine „richtige“ Wissenschaft zu sein. Derartige Grundhaltungen finden sich nach wie vor im Mainstream der klinischen Forschung. Danach besteht das Problem mangelnder Versorgungsrelevanz ausschließlich darin, dass die Praktiker und die Krankenkassen nicht willens oder in der Lage seien, den medizinischen Fortschritt zeitnah im Alltag zu realisieren.

Versorgungsforschung reicht nun aber genau von der Frage, welche Instrumente zur Messung von Qualität und Wirtschaftlichkeit zur Verfügung stehen oder neu entwickelt werden müssen, bis hin zur Frage, welche gesellschaftlichen Arrangements neu geschaffen werden müssen, damit die Bevölkerung und die Versicherten von dem tatsächlichen Fortschritt der Medizin gleichmäßig und ohne Hürden profitieren.

### ■ 3 Ebenen der Versorgungsforschung

Pfaff, Schmacke und Schrappe haben drei Ebenen der Versorgungsforschung benannt, um die Breite der Forschungsansätze deutlich zu machen, ohne damit den Anspruch erheben zu wollen, dass diese Ansätze trennscharf sind (Pfaff et al. 2006).

#### 3.1 Reine Grundlagenforschung

Die Grundlagenforschung ist in der bundesdeutschen Forschungsförderung klassisch das Feld der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG). Es ist alles andere als konstruiert, dort vertretene Disziplinen als maßgebend für Versorgungsforschung zu betrachten. Dies wären vor allem die:

- Organisationssoziologie,
- Sozialpsychologie,
- Netzwerkforschung und
- sozialwissenschaftliche Methodik für Surveys.

Diese Zuordnung geht davon aus, dass entsprechende Forschungsförderung nicht an den unmittelbaren Anwendungsbezug gekoppelt werden muss, so sehr ihr Praxisbezug auch auf der Hand liegen mag. Themenfelder können sein:

- Das Krankenhaus als lernende Organisation, zum Beispiel: Wie weit reichen etwa die in industriellen Großbetrieben gewonnenen Ergebnisse der Betriebssoziologie in diese medizinische Organisation hinein?
- Die Entwicklung der Professionen, zum Beispiel: Wandeln sich die Rollenzuweisungen an die ärztliche Profession?
- Der Diskurs um Autonomie versus Standards, zum Beispiel: Was verstehen unterschiedliche helfende Berufe unter Autonomie ihres Handelns?

#### 3.2 Anwendungsorientierte Grundlagenforschung

Bei der anwendungsorientierten Grundlagenforschung stehen die Forschungsfragen schon in einem direkten Bezug zum Versorgungssystem, die Methodik ist aber noch nicht ausreichend entwickelt beziehungsweise implementiert:

- Der interdisziplinäre Diskurs zu Qualität und Effizienz medizinischer und pflegerischer Maßnahmen, zum Beispiel: Bedeutet die stärkere Einbindung von Pflegekräften in den diagnostischen und therapeutischen Prozess eher eine Substitution oder eine Addition im Leistungsgeschehen?
- Die Fortentwicklung beziehungsweise Adaptation von Methoden, zum Beispiel: Wie müssen Designs aussehen, die belastbare Vergleiche zwischen unterschiedlichen Versorgungskonzepten beziehungsweise -systemen etwa im Rahmen der integrierten Versorgung erlauben?
- Der Dialog zwischen Biomedizin und Sozialwissenschaften, zum Beispiel: Wie kann der Stellenwert qualitativer Forschung in komplexen Interventionsansätzen besser definiert werden?

#### 3.3 Anwendungsnahe Versorgungsforschung

Hier werden Forschungsfragen zugeordnet, die unmittelbar auf die Weiterentwicklung der Sozialversicherung abzielen:

- Theorie der Regulierung sozialer Sicherungssysteme, zum Beispiel: Wie können Erkenntnisse der Präventionsforschung sinnhaft in die Gesetzgebung einfließen?
- Die systemnahe Adaptation des Health-Technology-Assessment (HTA)-Ansatzes, zum Beispiel: Wie können Ansätze einer möglichst frühen Erfassung technischer Innovationen in Bewertungsverfahren von HTA-Institutionen einfließen?
- Der Umgang mit Leitlinien in der Versorgung, zum Beispiel: Wie können Kerninhalte evidenzbasierter Leitlinien in die Handlungsroutinen von Vertragsärzten nachhaltig implementiert werden?
- Der Beitrag des Versorgungssystems zur Prävention, zum Beispiel: Wie können evaluierte Ansätze der Raucherentwöhnung nachhaltig in hausärztliche Routinen überführt werden?

### ■ 4 Defizite der Versorgungsforschung

Neben den angesprochenen Akzeptanzproblemen für Versorgungsforschung innerhalb der Mainstream-Scientific-Community gibt es eine Reihe grundsätzlicher Probleme, die nicht übersprungen werden können. Hierzu zählt die Frage der Gewinnung von Daten für längsschnittliche und sektorenübergreifende Betrachtungen. Die Sozialgesetzgebung hat hier zwar mit den Formulierungen des Paragraphen 303 Sozialgesetzbuch (SGB) V neue Mög-

lichkeiten geschaffen, deren Praxistauglichkeit muss sich aber erst noch erweisen. Am Weitesten ist hier bis dato noch der Bereich der Arzneimittel-Verschreibungsforschung entwickelt.

Die Forschung leidet aber auch an einer mangelnden Tradition interner Vernetzung

- innerhalb der Gesundheitswissenschaften (zum Beispiel Medizinsoziologie, -psychologie, Ökonomie, Public Health, Recht),
- innerhalb der medizinischen Wissenschaften (Innere Medizin, Chirurgie etc.),
- innerhalb der methodischen Wissenschaften (Bioinformatik, Statistik, Epidemiologie, Qualitätsforschung) und
- zwischen Gesundheitswissenschaften, Medizin und Methodendisziplinen.

Hiermit sind Grundprobleme jedes interdisziplinären Forschungsansatzes angesprochen. Solange es einfacher ist, in der eigenen Ausgangsdisziplin Gelder zu akquirieren und Meriten zu verdienen, werden es komplexe Versorgungsforschungskonzepte schwer haben.

Im Ergebnis fehlt bis heute ein integrierendes Leitbild für die Versorgungsforschung. Umso lobenswerter ist die letzte Ausschreibung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, der privaten Krankenversicherung und der Reha-Träger, mit dem Fokus auf Patientensorientierung bei chronischen Krankheiten (*Bundesministerium für Bildung und Forschung 2006*). Dieser Ausschreibung ging eine sechsjährige Forschungsförderung (2000 bis 2006) durch das BMBF und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von insgesamt sechs Millionen Euro voraus (Tabelle 1).

Es ist sehr zu hoffen, dass einige der unfruchtbaren Streite innerhalb der Versorgungsforschung durch die methodische und inhaltliche Orientierung dieser neuen Ausschreibungswelle schrittweise beigelegt werden können. Hierzu sind vor allem zu rechnen:

- Das Denken in „wissenschaftlichen Schulen“ überdeckt auch in der Versorgungsforschung noch zu oft die Frage nach der angemessenen Methode. Und dies schlägt sich leider auch noch immer in den Gutachtergremien nieder: Quantitative Ansätze werden privilegiert – qualitative Designs haben es vergleichsweise schwer (Stichwort: Diskussion um Repräsentativität von Daten).
- Vor allem innerhalb der Medical Community sind sowohl biometrische Verfahren, vor allem die randomisierten kontrollierten Studien (randomised controlled trials, RCT), als auch hermeneutische Verfahren ähnlich unpopulär und unverstanden. Darunter leidet die Akzeptanz für Versorgungsforschung elementar: Auf der einen Seite wird Klage geführt, dass RCTs für die Beforschung des Versorgungsalltags häufig untauglich seien, auf der anderen Seite wird geklagt, dass teilnehmende Beobachtung und/oder Textanalysen im Gefolge von Experteninterviews keine harten Daten lieferten.

In diesem Zusammenhang ist nach wie vor die Lektüre eines Textes von David Sackett und John Wennberg sehr empfehlenswert (*Sackett und Wennberg 1997*). Sie haben nämlich 1997 darauf hingewiesen, dass der Glaubenskrieg zwischen quantitativer und qualitativer Forschung absolut unfruchtbar ist und dass es vielmehr darauf ankommt, die angemessene Methode für die jeweilige Fragestellung zu bestimmen. Therapiestudien können in der Regel nur als kontrollierter Vergleich organisiert werden, während etwa das Verständnis für Patienten- oder Therapeutenpräferenzen die Domäne der qualitativen Sozialforschung ist.

TABELLE 1

### Themenkomplexe der Förderphasen zur Versorgungsforschung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen von 2000 bis 2006

<b>1. Förderphase</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Behandlungsvariationen in Deutschland</li> <li>■ Versorgungsverläufe bei multimorbiden, älteren Menschen</li> <li>■ Patienten mit starker Inanspruchnahme des Versorgungssystems</li> </ul>
<b>2. Förderphase</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Steuerungsmöglichkeiten der Versorgungsqualität und Leistungsdichte im Verlauf chronischer Erkrankungen</li> </ul>
<b>3. Förderphase</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Input-Output-Relation von Leistungen und Prozessabläufen in der Versorgung insbesondere chronisch Kranker</li> </ul>

Quelle: BMBF 2005

Dies zeigt in großer Klarheit, dass evidenzbasierte Medizin keine seelenlose neue Glaubensrichtung ist, die ihre Augen vor den tatsächlichen Versorgungsproblemen verschließt.

### ■ 5 Die Kernfrage: Werden relevante Versorgungsfragen überhaupt aufgegriffen?

Der Blick soll noch einmal zurückgerichtet werden auf die Frage: Kann Versorgungsforschung Aussagen zum zielführenden Erkenntnisinteresse machen? Hierzu ein Blick auf die neuere diabetologische Forschung in Deutschland. Die Forschungsfrage lautete: Wie hoch ist der Anteil versorgungsrelevanter Studien in der Diabetologie (Kaiser et al. 2003)? Hierzu wurden die Veröffentlichungen der deutschen Mitglieder der europäischen Diabetesgesellschaft (EASD) mit je mehr als 20 Publikationen zwischen 1992 und 2002 bewertet. Die erste Kategorisierung der 1.234 bewerteten Publikationen erbrachte: 302 Übersichtsarbeiten, 380 empirische versorgungsrelevante Publikationen und 552 Arbeiten der biomedizinischen Grundlagenforschung (zum Beispiel tierexperimentelle Studien). In Tabelle 2 ist das Resultat der Aufschlüsselung nach drei Gruppen von gewählten Endpunkten zusammengefasst

Wenn man die versorgungsrelevanten Studien mit verlässlichen klinischen Endpunkten (hier Reduktion von Herzinfarkten, Schlaganfällen, Erblindung usw.) anschaut, fällt auf, dass die so genannte Berger-Schule der Universität Düsseldorf die meisten dieser Studien durchgeführt hat (siehe die in „fett“ gesetzten Zahlen in der Tabelle 2). Dieses Institut wurde nach dem Tod von Michael Berger (1944–2002), einem der Pioniere der klinisch aktiven, evidenzbasierten Diabetologie geschlossen. Anders formuliert: Forschung zur Verbesserung der medizinischen Versorgung im Sinne der evidenzbasierten Medizin hat es in Deutschland in der klinischen Forschung extrem schwer. Oder noch einmal anders formuliert: Es geht nicht um einen Scheingegensatz von klinischer Forschung und Versorgungsforschung, sondern um die Frage der versorgungsrelevanten Ausrichtung von Studien auf hohem methodischen Niveau.

Eine nicht triviale Aussage lautet demnach: Die Trennung zwischen Versorgungsforschung und klinischer Forschung ist künstlich bis irreführend. Zielführend können nur zwei Fragen sein:

- Gibt es eine relevante Fragestellung zur Optimierung der Versorgung und
- wird diese mit angemessenen Methoden bearbeitet?

Gleichwohl gilt auch: Versorgungsforschung geht natürlich auch über den Frage-Horizont der „klinischen“ Forschung hinaus. Dies betrifft vor allem das bessere Verstehen der „Logik der

TABELLE 2

### Autoren mit mindestens 20 versorgungsrelevanten Publikationen zum Thema Diabetes im Zeitraum 1992 bis 2002

Autor	gesamt	A1	A2	A3
Berger, M	<b>47</b>	<b>37</b>	0	10
Standl, E	<b>31</b>	4	1	26
Ziegler, AG	<b>27</b>	1	0	26
Sawicki, PT	<b>25</b>	<b>12</b>	0	13
Landgraf, R	<b>25</b>	8	1	16
Hanefeld, M	<b>25</b>	2	2	21
Mühlhauser, I	<b>24</b>	<b>20</b>	0	4
Müller, UA	<b>22</b>	<b>12</b>	0	10
Scherbaum, WA	<b>21</b>	6	0	15
Ziegler D	<b>21</b>	3	0	18
Bretzel RG	<b>21</b>	2	0	19

A1: harte klinische Endpunkte wie beispielsweise Reduktion von Herzinfarkten, Schlaganfällen, Erblindung usw.  
 A2: primär ökonomische Fragestellung  
 A3: Untersuchung von Surrogatparametern wie beispielsweise der HbA1c-Wert

Quelle: Kaiser et al. 2003

Systeme“. Wie „ticken“ – umgangssprachlich formuliert – die Akteure in ihren jeweiligen gedanklichen, ökonomischen und politischen Einbettungen?

### ■ 6 Vorrangige Forschungsfragen

Woran wird sich die Glaubwürdigkeit von Versorgungsforschung messen lassen müssen? Die Komplexität dieser Fragestellung soll am Beispiel der Depression (konkreter: der Major Depression, nicht am Beispiel weit gefasster depressiver Verstimmungszustände) erläutert werden.

Im Raum steht die Behauptung, dass die Depression ein besonders gutes Thema für ein neues Disease-Management-Programm (DMP) ist. Einige Fragen sollten aber mindestens beantwortet werden können, ehe an die Arbeit für ein entsprechendes DMP gegangen werden kann:

1. Gibt es gut evaluierte diagnostische und therapeutische Instrumente?
2. Gibt es eine begründete Vorstellung von der Kooperation der professionellen Akteure?
3. Gibt es eine begründete Liste von Problemfragestellungen, auf die ein DMP-Ansatz antworten kann?



4. Gibt es Vorstellungen zur Evaluation des Konzeptes unter den Gesichtspunkten der evidenzbasierten Medizin und der Ökonomie?

Zu diesen Recherchen gehört weiterhin die Frage: Wie solide ist das Wissen über den Beitrag der medikamentösen Therapie zur Depressionsbehandlung? Manche bezeichnen die Ergebnisse der einschlägigen Bewertung als das best gehütete Geheimnis der Therapieforschung. Immer noch aktuell ist die Quintessenz aus dem Bericht der Cochrane Collaboration (*Moncrieff et al. 2004*):

„Die Überlegenheit aller Antidepressiva gegenüber Placebo ist erstaunlich klein – mehrarmige Studien unter Einschluss von aktiven Placebos sind erforderlich.“ (Übersetzung durch den Autor)

Dieser „Befund“ ist nicht wirklich bekannt, noch ist die Reichweite dieser Entmystifizierung ausreichend diskutiert. Es könnte der Ausgangspunkt einer neuen Debatte um die Bedeutung von Zuwendung in der Psychiatrie/Psychotherapie sein und ruft nach mehrarmigen Studien unter Einschluss nichtmedikamentöser Verfahren. Offenkundig ist das Ausmaß der emotionalen Bindung zwischen Therapeut und Patient von großer Bedeutung für das Behandlungsergebnis. Die Therapieforschung zu dieser Dimension von Placeboeffekten steckt aber noch in den Kinderschuhen.

Es stellt sich weiter die Frage: Was wissen wir über den Nutzen unterschiedlicher therapeutischer Konzepte in der Depressionsbehandlung? Hier sei auf die wegweisende Studie von Ward und Mitarbeitern hingewiesen (*Ward et al. 2000*). Danach zeigt sich für die Behandlung von älteren depressiven Patientinnen und Patienten: Eine von Psychologen durchgeführte nichtdirektive Beratung und eine kognitive Verhaltenstherapie zeigen ähnliche Effekte wie die Behandlung derselben Patientengruppe im hausärztlichen Bereich. Anfängliche Unterschiede sind nach einem Jahr egalisiert. Bedeutende Kostenunterschiede sind nicht nachweisbar.

Auch dieser „Befund“ ruft nach Interpretationen: Was bedeutet dies für die Rolle von Hausärzten gegenüber derjenigen der Spezialisten? Was bedeutet dies für die traditionellen, nach Schulen organisierten Psychotherapieverfahren?

Schließlich sollte man auch Antworten auf die Frage finden, wie solide das Wissen über Ansätze zur Suizidprävention ist. Es zeigt sich erstaunlicherweise, dass das gesicherte Wissen über wirksame therapeutische Ansätze hier eher schütter ist. Die Studienlandschaft ist insgesamt sehr ernüchternd und kann wie folgt charakterisiert werden (*Appleby 2001*): „Die Forschungsdaten deuten darauf hin, dass Suizidprävention im klinischen Alltag eher davon abhängt, das Versorgungsnetz insgesamt zu stärken und nicht davon, die Betreuung von Patienten zu verbessern, die ein hohes Suizidrisiko haben.“ (Übersetzung durch den Autor)

Es ist eine eher rhetorische Frage: Wie kann auf dieser Basis ein neues DMP entwickelt werden? Umgekehrt: Wie groß ist der Forschungsbedarf in diesem extrem wichtigen Versorgungsbereich? Versorgungsforschung gewinnt hier wie in vielen anderen Situationen ihre Berechtigung dadurch, dass sie plausible Annahmen nicht blind übernimmt, sondern danach fragt, ob es wirklich Belege dafür gibt, dass therapeutische Ziele angemessen verfolgt werden. Dies ist am Beispiel der Depression eine leider ausgesprochen ketzerische Frage, die aufzeigt, vor welcher gewaltigen Aufgabe Forschung und Managed Care nach wie vor stehen.

## ■ 7 Schlussthesen und Ausblick

Zusammenfassend lassen sich mehrere Schlussthesen formulieren. Zunächst einmal ist Fakt, dass

- Versorgungsforschung keine wissenschaftliche Disziplin „sui generis“ ist, sondern ein interdisziplinärer Ansatz, der inhaltlich und methodisch auf die Effizienzsteigerung der medizinischen Versorgung unter Alltagsbedingungen abzielt;
- die Logik des Wissenschaftsbetriebs Kooperationen und interdisziplinäre Ansätze erschwert; es herrschen monodisziplinäres Denken und damit einhergehende Sprachlosigkeit vor;
- die Finanzierung von Versorgungsforschung (eingeschlossen relevante klinische Forschung) hoch defizitär ist; nach wie vor wird die Forschung zu biomedizinischen Grundlagen massiv bevorzugt, man schaue sich nur die Fördersummen für die Genforschung an;
- die traditionelle klinische Forschung sehr vereinnahmend ist bis hin zur offenen Korruption der beteiligten Wissenschaftler; es hat sich herumgesprochen, dass Karrieren von Medizinerinnen in der Forschungswelt in hohem Maße von der Förderung durch die Industrie abhängig sind; das Resultat lautet: Karrieren lassen sich bisher schwerer auf komplexe Ansätze der Versorgungsforschung gründen, die Impact-Faktor-Logik (möglichst häufig in entsprechenden gelisteten Zeitschriften zitiert zu werden) steht noch deutlich im Weg (dies ist wohlbemerkt kein Naturgesetz, sondern eher eine Zementierung bestehender Forschungsansätze);
- die Faszination der „Innovationsforschung“ sehr groß ist; im Extremfall wird die Killerfrage nach der Schaffung oder Vernichtung von Arbeitsplätzen gestellt.

Dass Verbesserungen im System der Versorgung mindestens so wichtig sind wie singuläre Therapiefortschritte, ist noch weit außerhalb von fachlichem und politischem Konsens (*Schmacke 2006*). Für die Zukunft ist daher zu fordern:

- Die Notwendigkeit einer rationaleren Ressourcenallokation nach dem Ende der goldenen Jahrzehnte der Bundesrepublik wird offenkundiger. Man darf hoffen, dass Politik, intermediäre Instanzen und Wissenschaftsförderung dies nicht nur dem Pro-

## Versorgungsforschung: Hoffnungsträger oder Modernismus?

zess des „muddling through“ überlassen wollen, sondern auch auf Ergebnisse von Versorgungsforschung setzen.

■ Die Legitimationspflicht der Leistungserbringer nimmt zu – nicht zuletzt auch gegenüber den Patientinnen und Patienten. Deshalb findet der Diskurs um die Erhöhung der Patientenautonomie zumindest verbal massive Unterstützung, wenn auch die Instrumente zur Umsetzung und Evaluation von „Empowerment“ noch schwach entwickelt sind.

■ Der soziale Rechtsstaat kann seine Leistungsversprechen nicht länger primär auf Expertenratschläge bauen, sondern ist auf die Bewertung der best verfügbaren Evidenz angewiesen. Dadurch entsteht zumindest theoretisch eine größere Nachfrage nach versorgungsrelevanter Forschung.

Das Ausbalancieren von Qualität und Wirtschaftlichkeit ist ohne Beforschen der „letzten Meile“ der Versorgung unmöglich: Die „Kunstwelten“ der bisherigen Forschung werden inzwischen lauter benannt, wobei dies leider auch wieder stark mit einer Anti-evidenzbasierten-Medizin-Haltung verknüpft wird. Ganz nach dem Motto: Wir haben schon immer gewusst, dass die evidenzbasierte Medizin weltfremd ist.

Der Versorgungsforschungs-Pionier Jack (John) Wennberg antwortete 2004 auf die Frage, ob er angesichts dreißigjähriger Bemühungen um den Abbau vermeidbarer Variationen in der Versorgung nicht frustriert sei: „Nun, ich denke, das hängt davon ab, wie lange man bereit ist zu warten. Ich bin davon überzeugt, dass die Fragen der Versorgungsforschung am Ende doch im Mainstream auftauchen werden.“ (Mullan 2004; Übersetzung durch den Autor)

Mainstream muss vor allem werden, den gesundheitlichen Problemen der Versorgung einer nach wie vor älter werdenden Gesellschaft gerecht zu werden. Hierauf müssen sich alle Bereiche der Gesundheitsforschung einrichten, von der biomedizinischen Grundlagenforschung über die Entwicklung von Arzneimitteln bis hin zu speziellen Studiendesigns mit dem Ziel einer optimalen Betreuung von hochbetagten Menschen mit Mehrfachdiagnosen und sich wandelnden Prioritäten. Die gewachsene Aufmerksamkeit auf Versorgungsforschung kann vielleicht auch dazu dienen, ein weiteres Kernthema der Versorgung neu zu entdecken: die willkürliche Trennung zwischen Heilung und Palliation. Dann könnte Versorgungsforschung tatsächlich zu einem Hoffnungsträger werden und nicht im Kampf um die Claims und Ideologien als weiterer Modernismus zum Scheitern verurteilt sein. ♦

### Literatur

**Appleby L.** Preventing suicides must remain a priority. *BMJ* 2001; 323: 808

**Bundesministerium für Bildung und Forschung.** [www.bmbf.de](http://www.bmbf.de)  
→ Forschung → Lebenswissenschaften → Gesundheitsforschung  
→ Versorgungsnahe Forschung (letzter Zugriff: Dezember 2006)

**Bundesministerium für Bildung und Forschung.** Versorgungsforschung – Ergebnisse der gemeinsamen Förderung durch das BMBF und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen. Bonn, Berlin: BMBF 2005

**Kaiser T, Sawicki PT, Schmacke N.** Diabetologie. Versorgungsforschung ist unterrepräsentiert. *Deutsches Ärzteblatt* 2003; 100(14):A898 (Langversion unter [www.aerzteblatt.de/plus1403](http://www.aerzteblatt.de/plus1403))

**Lohr KN, Steinwachs DM.** Health Services Research: An Involving Definition of the Field. *Health Services Research* 2002;31:15–17

**Moncrieff J, Wessely S, Hardy R.** Active placebos versus antidepressants for depression (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art. No.: CD003012. DOI:10.1002/14651858.CD003012

**Mullan F.** Wrestling With Variation: An Interview With Jack Wennberg. *Health Affairs* 2004; Suppl Web Exclusive: VAR73–80

**Pfaff H.** Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff H, Schrappe M, Lauterbach KW et al. (Hrsg.). *Gesundheitsversorgung und Disease Management – Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber 2003;13–23

**Pfaff H, Schmacke N, Schrappe M.** Förderung einer zukunftsorientierten Versorgungsforschung. [www.akg.uni-bremen.de/index.php](http://www.akg.uni-bremen.de/index.php)  
→ Arbeitspapiere (letzter Zugriff: Dezember 2006)

**Sackett D, Wennberg J.** Choosing the best research design for each question. *BMJ* 1997;315:1636

**Schmacke N.** DMP – Notwendigkeit zur Verbesserung der Versorgung oder Bedrohung hausärztlicher Arbeitsweise? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2006;82:479–485

**Ward E et al.** Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: Clinical effectiveness. *BMJ* 2000;321:1383–1388

**Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen** 2006;100(8), Schwerpunkt Versorgungsforschung

### DER AUTOR



**Prof. Dr. med. Norbert Schmacke,** Jahrgang 1948, Studium der Medizin und Soziologie an der Universität Marburg und der Westminster Medical School in London; Facharzt für Innere Medizin, öffentliches Gesundheitswesen und Sozialmedizin. 1994 bis 1999 Präsident der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf.

Von Juli 1999 bis September 2003 Leiter des Stabsbereichs Medizin beim AOK-Bundesverband. Hochschullehrer am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen sowie Leiter der dortigen Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung. Seit 2004 unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss.