

Versorgungsforschung – die langfristige Perspektive gestalten

von Matthias Schrappe¹

ABSTRACT

Versorgungsforschung wird zunehmend mit Fragen zur Evaluation von komplexen Interventionen auf Systemebene und zur Qualität beziehungsweise zum Nutzen von Behandlungsmethoden konfrontiert. Allerdings sind Methodik und Strukturen der Versorgungsforschung noch wenig entwickelt, die Unabhängigkeit der Versorgungsforschung wird in mittel- und langfristiger Perspektive zu beobachten sein, und die Problematik der Evidenzgenerierung für politische Entscheidungen befindet sich noch in der Diskussion. Der wichtigste der im Folgenden diskutierten vier Punkte besteht jedoch in der Frage, ob die Versorgungsforschung angesichts des enormen politischen Handlungsbedarfs, der im jetzigen Gesundheitswesen besteht, nicht überfordert wird, denn sie kann politische Entscheidungen nur begleiten, nicht ersetzen.

Schlüsselwörter: Versorgungsforschung, Methodik, Evidenz

Health Services Research (HSR) focuses more and more on the evaluation of complex system interventions, quality, and the benefits of health care. Taking these challenges into account, methods and structures of HSR in Germany continue to be developed, scientific independence has to be sustained carefully, and the impact of scientific evidence on political decisions remains to be discussed further. The most important question raised below concerns the capability of HSR to solve the numerous structural problems of the German health care system. Those should in fact be addressed on the political level. HSR has the competence to propose and to evaluate solutions, but not to replace pending political decisions.

Keywords: Health Services Research, methodology, evidence

1 Einführung

Das Gebiet der Versorgungsforschung sieht sich enorm gestiegenen Herausforderungen gegenüber. Es geht nicht mehr allein um die Beschreibung und Analyse der Gesundheitsversorgung und deren Einflussfaktoren, nicht mehr allein um die Alltagstauglichkeit von Behandlungsmethoden auf Patientenebene, sondern zunehmend auch um die Evaluation von Struktur- beziehungsweise System-interventionen und die Beschreibung von Qualität und Nutzen. Die Evaluation von Interventionen steht beim Innovationsfonds im Vordergrund; um die Frage nach Qualität und Nutzen geht es bei der gesetzlich vorgeschriebenen Beteiligung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG); sie zeigt sich auch an der zunehmen-

den Tendenz, Versorgungsforschungsstudien (siehe § 35 b Abs. 1 b des Fünften Sozialgesetzbuchs – SGB V), Aspekte der Präferenzen sowie soziale und politische Implikationen bei der Nutzenbeurteilung mit einzubeziehen (vergleiche SVR 2008, 581 ff.; Pfaff et al. 2011).

Die Definition von Versorgungsforschung muss der geänderten Sachlage Rechnung tragen, indem sie „ausgehend von der Patienten- und Populationsperspektive und vor dem Hintergrund komplexer Kontextbedingungen die Versorgungsstrukturen und -prozesse der Gesundheitsversorgung untersucht, den Outcome auf Ebene der Alltagsversorgung beschreibt und komplexe Interventionen zur Verbesserung der Versorgung evaluiert“ (Schrappe und Pfaff 2016). Hinzugekommen sind folgende Elemente:

¹ Prof. Dr. med. Matthias Schrappe, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie, Universität zu Köln · Gleueler Str. 176–178 50935 Köln · Telefon: 0221 245749 · E-Mail: matthias@schrappe.com

- die Populationsperspektive,
- die doppelte Komplexität (Shojania 2013; Schrappe 2014, 247) von Kontext und Intervention und – ganz entscheidend –
- der Verbesserungsgedanke.

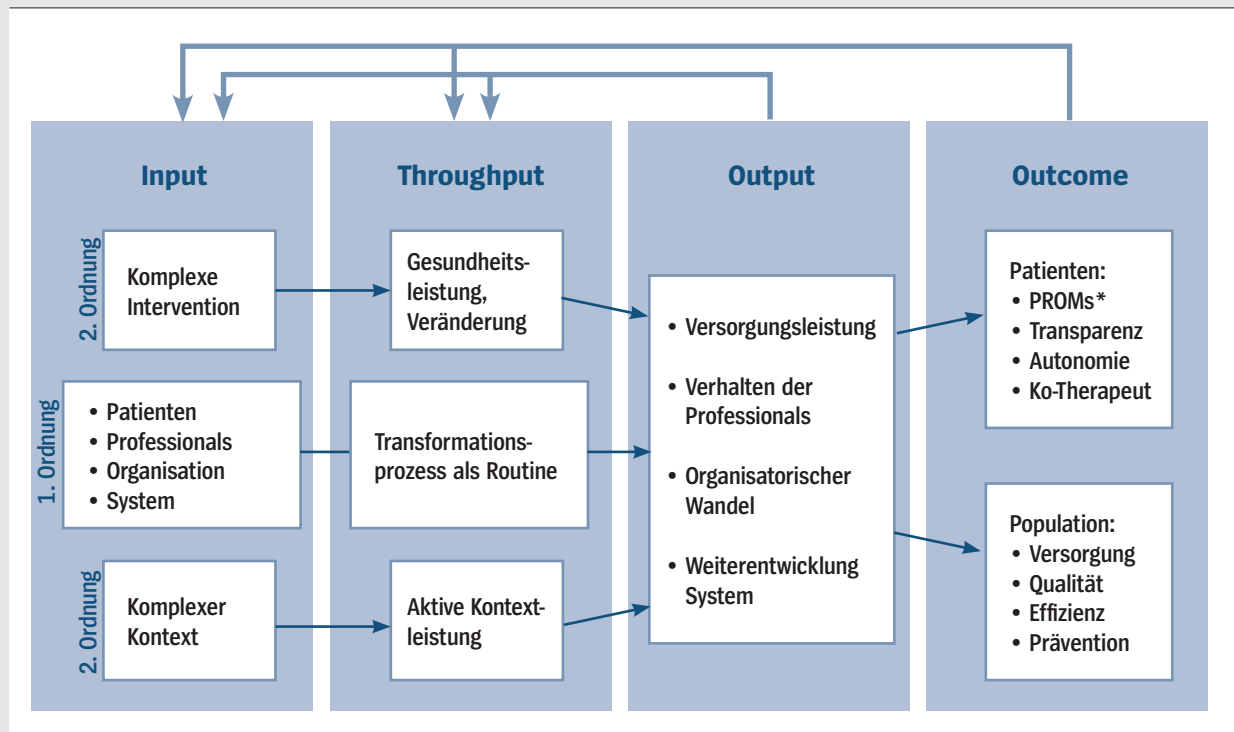
Es besteht eine große Nähe zur Improvement Science (Berwick 2008) und Implementation Research (Wensing 2015), die beide die Frage zum Gegenstand haben, wie Verbesserungsstrategien aussehen könnten und wie man die Verbesserung auch wirklich umsetzt und nachhaltig gestaltet. Das lineare Throughput-Modell der „letzten Meile“ (Pfaff 2003) musste daher an vier Stellen angepasst werden, insbesondere da nicht nur die Versorgung einzelner Patienten, sondern auch die Populationsversorgung im Vordergrund steht. Weiterhin sind komplexe Systeminterventionen ebenso wie der aktive Kontext als Input-Faktoren (abgegrenzt von Ressourceninputs durch den Terminus „2. Ordnung“) anzusehen, und das lineare Modell wird um ein Feedback erweitert, das

den Output und das Outcome auf die Input- und Throughput-Faktoren zurückwirken lässt (Schrappe und Pfaff 2016, siehe Abbildung 1).

Dieser Weg ist adäquat, anspruchsvoll und riskant zugleich. Adäquat, weil es höchste Zeit ist, dass Strukturveränderungen (im Management, im Gesetzgebungsprozess) auch wissenschaftlich evaluiert werden, um auf diesem Wege einer Evidence-based Health Care Policy näherzukommen (zum Begriff siehe Hicks 1997). Anspruchsvoll: Eine Tradition einer Health Services Research ist trotz aller vorangegangenen Anstrengungen in Deutschland im Gegensatz zu den angelsächsischen Ländern nur in Ansätzen vorhanden, und die Hindernisse sind insbesondere wegen der starken Präsenz interessengeleiteter Kräfte fast entmutigend groß. Der Weg ist – drittens – aber auch mit Wagnissen verbunden. Hierzu sollen im Folgenden einige Fragen etwas ausführlicher diskutiert werden.

ABBILDUNG 1

Das erweiterte Throughput-Modell



* PROMs = Patient-Reported Outcome Measures

In diesem Modell werden die unterschiedlichen Input-Faktoren im Throughput transformiert. Sie ergeben einen Output-Effekt, der sowohl auf Patienten- als auch auf Populationsebene als Outcome sichtbar wird. Patienten, Professionals, Organisation und System werden als Input-Faktoren erster Ordnung bezeichnet, komplexe Interventionen und komplexer Kontext hingegen als Input-Faktoren zweiter Ordnung.

ABBILDUNG 2

Klinisch-evaluative und Versorgungsforschung im Vergleich

	individuelle Patienten	Populationen
Definierte Behandlungsmethode	<p>Klinisch-evaluative Forschung</p> <p>Studientyp: doppelblind-randomisiert, Placebo Validität: Evidence-based Medicine Nutzen: efficacy Praxis: Evidence-based Practice (z. B. Medikament, Operationsmethode)</p>	<p>Versorgungsforschung</p> <p>Studientyp: doppelblind-randomisiert, Placebo Validität: Evidence-based Health Care/ Evidence-based Public Health Nutzen: effectiveness Praxis: Evidence-based Health Policy (z. B. Impfung)</p>
Komplexe Interventionen/ komplexer Kontext	<p>Versorgungsforschung</p> <p>Studientyp: doppelblind-randomisiert, andere Kontrollen, Beobachtung, qualitativ Validität: Evidence-based Health Care Nutzen: effectiveness Praxis: Evidence-based Practice (z. B. Mehrfachtherapie)</p>	<p>Versorgungsforschung</p> <p>Studientyp: doppelblind-randomisiert, andere Kontrollen, Beobachtung, qualitativ Validität: Evidence-based Health Care/ Evidence-based Public Health Nutzen: effectiveness Praxis: Evidence-based Health Policy (z. B. Evaluation Pay for Performance)</p>

Klinisch-evaluative und Versorgungsforschung unterscheiden sich vielfach, beispielsweise im Gegenstand: Geht es etwa um Populationen, ist grundsätzlich die Versorgungsforschung gefragt. Evidence-based Medicine kommt nur bei der klinisch-evaluativen Forschung zum Tragen, nicht bei der Versorgungsforschung.

2 Ist die Versorgungsforschung momentan in der Lage, die Erwartungen zu erfüllen?

Diese Frage nimmt eine wissenschaftsinterne Perspektive ein. Es muss klar herausgestellt werden: Die nicht biomedizinisch ausgerichteten Disziplinen der Gesundheitswissenschaften standen in den vergangenen Jahrzehnten nie im Mittelpunkt des Forschungsinteresses, sie führten bestenfalls ein Nischendasein. Die (vorübergehende) Stärkung von Public Health in den 1990er-Jahren macht da keine Ausnahme. Erst in den vergangenen zehn Jahren stieg die Nachfrage nach der wissenschaftlichen Beschreibung nicht biomedizinischer Aspekte und Interventionen langsam an. Der Grund: Man hat festgestellt, dass ohne valide Annahmen über das Outcome auf der Ebene der Patienten die Probleme nicht gelöst und wirkliche Innovationen nicht erreicht werden können.

Diese Erkenntnis hat zu einem unübersehbaren Erstarken der Forschungsförderung und auch zum Aufbau von Strukturen geführt. Allerdings sind die Aufgaben immens. Die Institutionalisierung, die Etablierung hinreichender personeller Ressourcen und die Herstellung einer belastbaren Kommunikationsebene zwischen Wissenschaft und Politik kann nicht von heute auf morgen geschehen. Vor allem aber ist das methodische Rüstzeug in Deutschland erst in Entwicklung, die internationale Entwicklung muss teilweise erst nachvollzogen werden, um eine Auseinandersetzung über den State of the Art zu führen und darüber hinaus gewährleisten zu können, dass Aufgaben verlässlich übernommen und abgearbeitet werden können. Zwar hat das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e. V. schon frühzeitig mit der Arbeit an sogenannten Memoranden zur Methodik begonnen, aber gleichzeitig zeigt sich hier natürlich auch, wie mühselig und intensiv sich eine solche Arbeit darstellt. Die klinisch-evaluative Forschung hat mit der evidenzbasierten Medizin ihre Instanz der Validität gefunden, aber eine entsprechende „EbM der Versorgungsforschung“

schung“, die als Evidence-based Health Care zu bezeichnen wäre (zum Beispiel *Gray 2009*, aktueller Stand siehe *Schrappe und Pfaff 2017*), liegt noch bei weitem nicht vor.

Sehr hinderlich in dieser Situation ist der Umstand, dass sich die Versorgungsforschung nicht nur dem Vorwurf aussetzen muss, so etwas wie EbM light zu sein, sondern dass die Nomenklatur und die inhaltlichen Begrifflichkeiten nicht geklärt sind beziehungsweise ungenau gebraucht werden. Es ist daher auf die korrekte Trennung folgender Ebenen zu achten (siehe Abbildung 2):

- **Ebene der Versorgung:** Evidence-based Practice auf der Ebene des individuellen Patienten, Evidence-based Health Care Policy auf der Ebene des Systems (*Gray 2004*),
- **Ebene des Gegenstands der Forschung:** klinisch-evaluative Forschung im Sinne der klassischen klinischen Forschung einerseits und Versorgungsforschung andererseits (*Schrappe und Scriba 2006*) und
- **Ebene der Validierung und Evidenzsynthese:** die evidenzbasierte Medizin mittels ihres klinisch-epidemiologischen Handwerkzeugs für die klinisch-evaluative Forschung und für die Versorgungsforschung Evidence-based Health Care mittels eines breiten Methodenspektrums, das auch sozialwissenschaftliche Techniken umfasst (dieses Methodenspektrum stimmt ziemlich mit dem methodischen Arsenal des Health Technology Assessment überein).

3 Kann die Versorgungsforschung ihre Unabhängigkeit bewahren?

Nimmt man nun an, dass die methodischen und strukturellen Anfangsschwierigkeiten überwunden werden können, dann ergibt sich in zweiter Linie die wichtige Frage, ob die Versorgungsforschung in der Lage ist, ihre Unabhängigkeit zu bewahren, gerade weil die Erwartungen von politischer und gesellschaftlicher Seite derart hoch sind. Es ist davon auszugehen, dass das derzeit sehr befruchtende Klima zwischen Wissenschaft und Politik eine Abkühlung erfährt, falls im Rahmen der wissenschaftlichen Suchbewegungen auch Ergebnisse hervorbracht werden, die den Erwartungen der Nachfrager nicht entsprechen. Konflikte sind vorprogrammiert – und dies muss so sein, denn nur eine unabhängige Wissenschaft hat die Potenz, unerwartete Ergebnisse beizusteuern und damit wirkliche Einsichten zu generieren, die linear oder auf der Basis allein politischer Erfahrungen nicht generiert hätten werden können.

Auch von Wissenschaftlern ist immer wieder zu hören, Versorgungsforschung sei „sehr politisch“. Dies ist nur auf den ersten Blick richtig: Versorgungsforschung ist ein Forschungsgebiet, sie ist also wissenschaftlich und nicht politisch. Sie kann aber politische Konsequenzen in sich tragen und sollte

daher mit politischer Weitsicht und politischem Feingefühl betrieben werden – hierbei handelt es sich jedoch um Sekundärtugenden. Ein erster Schritt, den die Versorgungsforschung selbst tun könnte, besteht in der Entwicklung eines wissenschaftsinternen Kodex, der analog zu den in der klinischen Forschung üblichen „Conflict of Interest“-Erklärungen auch bei wissenschaftlichen Beiträgen zur Versorgungsforschung und ihrer politischen Implikationen die Beziehungen zu Stakeholdern aus dem gesundheitspolitischen Bereich offenlegt (zum Beispiel institutionelle Beziehungen, Finanzierung, Forschungsförderung, Beratung) (*Oxman et al. 2010*).

4 Wie evident ist die Evidenzgenerierung für politische Entscheidungen?

Wenn man davon ausgeht, dass es eine elaborierte Methodik der Versorgungsforschung gibt (was in Deutschland noch nicht der Fall ist), wenn man voraussetzt, dass sich die Versorgungsforschung Freiräume und Unabhängigkeit verschafft (was zu zeigen sein wird), dann ist immer noch zu klären, wie weit in diesem besten Fall Evidenz für die politische Entscheidungsfindung eigentlich möglich ist. Mit anderen Worten: Gibt es eine Evidence-based Health Care Policy?

Das deutsche Gesundheitswesen verfügt bereits heute über eine bald zwanzigjährige Erfahrung mit wissenschaftlicher Evidenz für politische Entscheidungsprozesse. Schon im Zusammenhang mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz vom 22. Dezember 1999 wurde für die Arbeit des neu gegründeten Koordinierungsausschusses nach § 137 e SGB V das Vorliegen von wissenschaftlicher Evidenz gefordert, um „... insbesondere auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien die Kriterien für eine im Hinblick auf das diagnostische und therapeutische Ziel ausgerichtete zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung für mindestens zehn Krankheiten pro Jahr...“ zu beschließen (Abs. 3). Das ist ein Gedanke, der im nachfolgenden „Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs“ vom 10. Dezember 2001 im neuen § 137 f SGB V für die „Strukturierten Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten“ konkretisiert wurde.

Im Gesundheitsmodernisierungsgesetz vom 14. November 2003 wurde dem neu eingerichteten Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) nach § 139 a SGB V nicht nur die „Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten“ aufgegeben (Abs. 3), sondern auch die „Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln“ (ebd.), wozu dann das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 ausführte, dass „... die Bewertung des medizinischen Nutzens nach den international anerkannten Standards der evidenzbasierten Medizin...“

zu geschehen habe (Abs. 4). Im neu gefassten Abs. 1 des § 35 b SGB V wurde die Nutzenbewertung von Arzneimitteln um eine Kosten-Nutzen-Bewertung erweitert, und zwar „... durch Vergleich mit anderen Arzneimitteln und Behandlungsformen ...“. Als Endpunkte „... sollen insbesondere die Verbesserung des Gesundheitszustandes, eine Verkürzung der Krankheitsdauer, eine Verlängerung der Lebensdauer, eine Verringerung der Nebenwirkungen sowie eine Verbesserung der Lebensqualität, bei der wirtschaftlichen Bewertung auch die Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versichertengemeinschaft ...“ im Mittelpunkt stehen.

Die Entwicklung zur Nutzenbeurteilung von Medikamenten kam mit dem Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (26. April 2006) und im Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) vom 22. Dezember 2010 zu einem vorläufigen Ende, als die „Bewertung von klinischen Studien nach methodischen Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin“ gefordert wurde (§ 35 Abs. 1 b) und in der Rechtsverordnung zum AMNOG vom 8. November 2010 in § 5 die klassischen Evidenzstufen der EbM in die Sozialgesetzgebung eingeführt wurden, von der Stufe 1 (Metaanalysen) bis zur Stufe 7 mit Einzelbeobachtungen. Zum gleichen Zeitpunkt führte das AMNOG einen neuen Studientyp zur Nutzenbeurteilung ein, noch etwas unbeholfen als „Versorgungsstudien“ titulierte (§ 35 b Abs. 1).

In den nachfolgenden Koalitionsverträgen von 2009 und 2013 stand dann das „Versorgungsgeschehen unter Alltagsbedingungen“ ganz im Vordergrund, gefolgt von den Selbstverpflichtungen: „... daher werden wir die Versorgungsforschung systematisch ausbauen“ (2009) und „... dazu gehören vor allem die Pflegewissenschaft, aber auch die Biometrie, Epidemiologie und Medizininformatik sowie der Aufbau von klinischen Registern“ (2013). Der Innovationsfonds aus dem Versorgungsstärkungsgesetz vom 16. Juli 2015 (§§ 92 a und b SGB V) bildet den vorläufigen Abschluss dieser Entwicklung.

Nun drängt sich eine wenig triviale Frage auf: Was geschieht mit so viel Evidenz? Der Innovationsfonds selbst ist zwar noch jung, er steht jedoch am Ende einer langen Entwicklung, und man muss sich mit der Frage auseinandersetzen, inwiefern diese Evidenz tatsächlich zu einer Verbesserung des Gesundheitssystems beiträgt. Immerhin wird der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) derzeit durch drei wissenschaftliche Institutionen beraten (das IQWiG, das IQTIG und den Innovationsfonds), wobei Letzterer sogar die Selbstevaluation ermöglicht. Hier werden in enormem Ausmaß Mittel aufgebracht, sodass die Frage des „Nutzens der Nutzenbeurteilung“ nicht zu vermeiden sein wird.

Zu fordern wäre, dass die Versorgungsforschung selbst diese Diskussion aufnimmt, insbesondere da das Verhältnis zur Politik einen bidirektionalen Charakter hat: Einerseits reagiert

die Versorgungsforschung auf politische Fragestellungen (und finanziert sich teilweise hierdurch), andererseits stellen politische Prozesse einen der wichtigsten Kontextfaktoren für wissenschaftliche Untersuchungen dar. Die internationalen Stellungnahmen zu diesem Thema sind verhalten positiv (*Atkins et al. 2005; Black 2001; Gray 2004*), sie weisen aber auf die prinzipiellen Schwierigkeiten im Transfer der Evidenz zwischen wissenschaftlicher und politischer Sphäre hin (*Atkins et al. 2005; Oxman et al. 2010; vergleiche Schrappe und Pfaff 2017*):

- **Unterschiedliche Bedürfnisse:** Wissenschaft bedarf der Finanzierung und der Beachtung beziehungsweise Relevanz, die Politik bedarf der Legitimation durch das „Expertenurteil“
- **Unterschiedliche Ziele:** Erkenntnis und Wahrheit aufseiten der Wissenschaft, Handlungsoptionen und Machterhalt aufseiten der Politik
- **Verschiedene Logiken:** Wissenschaft geht von einer wohlformulierten Fragestellung, möglichst elaborierten methodischen Instrumenten und theoriegeleiteten Konzepten aus, Politik arbeitet mit Kompromiss, *networking* und Akzeptanz
- **Induktiv gegen deduktiv:** Wissenschaft arbeitet meist induktiv, während Politik deduktiv vom Allgemeinen den konkreten Einzelfall gestaltet
- **Hidden agendas:** Wissenschaft ist zwar selbst an übergeordnete Paradigmen gebunden, übersieht aber häufig, dass auch im politischen Raum *hidden agendas* eine große Rolle spielen (zum Beispiel Schuldenbremse, Bewahrung von Regionalität etc.)
- **Komplexitätsreduktion nach unterschiedlichen Gesichtspunkten:** Wissenschaft eliminiert *confounder*, Politik reduziert Komplexität unter dem Gesichtspunkt der Machbarkeit

5 Himmelfahrtskommando? Zum Primat der politischen Entscheidung

Doch selbst wenn man die Evidenzgenerierung als Basis politischen Handelns akzeptiert (und mit einer gewissen Vorsicht sollte man dies tun) und man wiederum von intakter Methodik und unabhängiger Lösungsannäherung durch die Wissenschaft ausgeht, dann bleibt als letztendlich entscheidende Frage bestehen, ob die Probleme, zu deren Lösung die Wissenschaft bemüht wird, eigentlich in den Rahmen der Lösungskompetenz der Versorgungsforschung fallen. Diese Frage ist vor allem im Hinblick auf den Innovationsfonds von Bedeutung. Anders als oft angenommen handelt es sich hierbei nicht primär um ein wissenschaftliches Projekt, sondern um ein politisches, das parallel zum ähnlich ausgestatteten Strukturfonds im Rahmen der Krankenhausreform (Krankenhausstrukturgesetz, § 12 ff. KHG) eingerichtet wurde und die Reorganisation der ambulanten, genauer der sektorenübergreifend sekundärfachärztlichen Versorgung zum Ziel hat. Die Versorgungsforschung wird

also zu einer Thematik befragt, die als die wichtigste und schwierigste Baustelle aller gegenwärtigen gesundheitspolitischen Problemlagen anzusehen ist.

Aus dieser Perspektive hat die Versorgungsforschung die klassische Rolle einer *hidden agenda* inne, die man hier als Legitimierung politischen Handelns durch Wissenschaft zu bezeichnen hat. Sie ist im Zusammenhang mit weiteren versteckten Agenden zu sehen, die alle die Steuerung und Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zum Gegenstand haben:

- **Wettbewerb:** Durch die Einführung wettbewerblicher Elemente (insbesondere sektorale Budgetierung, Qualitätsberichte) sollten die Kundeneigenschaften der Patienten und der Akteure auf der Leistungserbringerseite gefördert werden. Die Hoffnungen konnten hier nicht erfüllt werden, weil offensichtlich neben der individuellen Nutzenmaximierung auch andere, nur durch die korporatistische Struktur des Gesundheitswesens zu erklärende Mechanismen eine große Rolle spielen und im übrigen Patienten die angebotene Wahl zwischen zwei Prozent Wundinfektionen und vier Prozent Wundinfektionen nicht als entscheidungsrelevant ansahen (was verständlich ist).
- **Qualität:** Im Zusammenhang mit den wettbewerblichen Elementen wurden und werden große Erwartungen an Qualität (und eine Verbesserung der Patientensicherheit) gerichtet. So wichtig dieses Thema ist – es bleibt die Frage unbeantwortet, ob Qualitätsinformationen wirklich ausreichend sind, um zum Beispiel den dominierenden Vergütungsanreizen eines Fallpauschalen-Systems (etwa hinsichtlich der Mengenausweitung) etwas entgegenzusetzen oder dessen Fehlanreize zu neutralisieren.
- **Technologie:** Der Traum ist eine neutrale Technik, die Instrumente an die Hand gibt, die „die Dinge schon regeln“. Stark ausgeprägt ist aktuell der Glaube an die segensreichen Auswirkung von eHealth-Instrumenten, die man gegen die wichtigsten Defizite des Gesundheitssystems in Stellung bringt. Was allerdings die Erfahrung auf organisatorischer Ebene schon sagt (die Anschaffung einer neuen Soft- und Hardware löst das Problem nie, sondern verschärft es) und was die gesamte (!) internationale wissenschaftliche Literatur, die sehr zahlreich vorliegt, zu diesem Thema sagt (*Greenhalgh und Stones 2010*), tritt auch hier zutage: Die Komplexität der Einführung dieser Instrumente wird mehr Komplexität hervorbringen, als sie eigentlich reduzieren soll. Fehlschläge und unerwartete negative Konsequenzen sind die Regel, schwerwiegende Strukturdefizite sind nicht durch die Einführung neuer Technologien zu heilen, sondern müssen durch die Veränderung der Strukturdefizite angegangen werden (wobei technologische Instrumente sekundär hilfreich sein können).

Diese Situation ist für die Versorgungsforschung brandgefährlich, denn sie wird mit Problemen konfrontiert, die nicht wissenschaftlich gelöst (höchstens beschrieben) werden können, sondern politisch angegangen werden müssen. Auf der

anderen Seite besteht äußerster Handlungsbedarf, denn es ist höchste Zeit, dass von politischer Seite eine ernsthafte Initiative ergriffen wird, deren Ziele man klar wie folgt skizzieren kann:

- Die Sektorierung des Gesundheitssystems ist nicht nur überholt, sondern produziert fortlaufend negative Effekte, die zur Gefährdung des Gesamtsystems führen.
- Insbesondere das Fallpauschalen-System im Krankenhausbereich hat längst seine Pflicht getan (sektorale Optimierung und Transparenz des stationären Sektors sind hergestellt) und die Aufgabenstellung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung muss neu gestaltet werden, denn momentan führt das Fallpauschalen-System mit seiner Mengenausweitung nur zu schlechter Qualität (Überversorgung), Personalknappheit und Zynismus unter den Professionals vor Ort.
- Längst ist es Zeit, dass die regionale und populationsbezogene Versorgung als oberstes Ziel der Gesundheitspolitik der nächsten Jahre proklamiert und durch eine gezielte Förderung entwickelt werden muss.
- Endlich muss damit ernst gemacht werden, dass die finanziellen Mittel nicht mehr nach Erkrankung, sondern nach dem Gesichtspunkt der Verhinderung von Erkrankung, also nach der Prävention von Erkrankung und Krankheits-episoden verteilt werden.

6 Fazit

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich die Versorgungsforschung in Deutschland in einer positiven Entwicklung von Methodik und Forschungsstrukturen befindet, auch angesichts der immensen Herausforderungen, die sie sich gegenüber sieht. Diese Entwicklung wird entscheidend dazu beitragen, ob sie ihre Unabhängigkeit bewahren kann, auch wenn es zu (vorhersehbaren) Konflikten mit Geldgebern und Nachfragern kommen sollte. Weiterhin wird man intensiv beobachten müssen, wie das deutsche Gesundheitssystem mit der Frage der wissenschaftlichen Evidenzgenerierung als Grundlage politischer Entscheidungen umgeht, denn immerhin stehen dem GBA derzeit drei Institutionen zur wissenschaftlichen Absicherung seiner Entscheidungen zur Verfügung. Die wichtigste Frage besteht jedoch darin, ob die Versorgungsforschung überhaupt mit Problemen konfrontiert wird, die auf wissenschaftlicher Ebene gelöst werden können, oder ob es sich nicht im eigentlichen Sinne um politische (das heißt auch: politisch zu entscheidende) Probleme handelt. Denn wenn der Innovationsfonds zum Beispiel die Zielrichtung „Reorganisation der sektoralen Schnittstellen“ verfolgt, wäre es hier eigentlich Aufgabe der politischen Ebene, langfristig wirksame und relevante Entscheidungen zu treffen und somit die Richtung vorzugeben. Die Versorgungsforschung kann diese Entscheidungen nicht ersetzen, sondern sie bestenfalls begleiten und evaluieren.

Literatur

Atkins D, Siegel J, Slutsky J (2005): Making Policy When The Evidence Is In Dispute. *Health Affairs*, Vol. 24, No. 1, 102–113

Berwick DM (2008): The Science of Improvement. *Journal of the American Medical Association*, Vol. 299, No. 10, 1182–84

Black N (2001): Evidence Based Policy. *Proceed with Care. BMJ*, Vol. 323, No. 7307, 275–279

Gray M (2004): Evidence Based Policy Making. *BMJ*, Vol. 329, No. 7479, 988–989

Gray M (2009): Evidence-Based Healthcare and Public Health. *How to Make Decisions About Health Services and Public Health*. Edinburgh: Elsevier

Greenhalgh T, Stones R (2010): Theorising Big IT Programs in Healthcare: Strong Structuration Theory Meets Actor-network Theory. *Social Science & Medicine*, Vol. 70, No. 9, 1285–1294

Hicks N (1997): Evidence based Healthcare. *Bandolier*, Jg. 4, Heft 39, 9; www.bandolier.org.uk/band39/b39-9.html

Oxman AD et al. (2010): A Framework for Mandatory Impact Evaluation to Ensure Well Informed Public Policy Decisions. *The Lancet*, Vol. 375, No. 9712, 427–431

Pfaff H (2003): Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff et al.: *Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung*. Bern: Hans Huber, 13–23

Pfaff H et al. (2011): Versorgungsforschung: unverzichtbar bei Allokationsentscheidungen – eine Stellungnahme. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, Band 136, Heft 8, 2496–2500

Schrappe M (2014): *Qualität 2030. Die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen*. Mit einem Geleitwort von Ulf Fink und Franz Dormann. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Schrappe M, Pfaff H (2016): Health Services Research Faces New Challenges: Consequences for Definition and Concept. *Das Gesundheitswesen*, Jg. 78, Heft 11, 689–694

Schrappe M, Pfaff H (2017): Evidence-based Health Care (Kap. 1.4.). In: Pfaff H, Glaeske G, Neugebauer E, Schrappe M (Hrsg.): *Lehrbuch Versorgungsforschung*, 2. Auflage (in print). Stuttgart: Schattauer Verlag

Schrappe M, Scriba PC (2006): Versorgungsforschung: Innovationstransfer in der Klinischen Forschung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Jg. 100, Heft 8, 571–580

Shojania KG (2013): Conventional Evaluations of Improvement Interventions: More Trials or Just More Tribulations? *BMJ Quality and Safety*, Jg. 22, Heft 11, 881–884

SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2008): *Gutachten 2007 – Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen für eine zielorientierte Gesundheitspolitik*. Band I. Baden-Baden: Nomos

Wensing M (2015): Implementation Science in Healthcare: an Introduction and Perspective. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Jg. 109, Heft 2, 97–102

(letzter Zugriff auf alle Quellen: 15. Dezember 2016)

DER AUTOR



Prof. Dr. med. Matthias Schrappe,

Jahrgang 1955, ist Internist. Promotion und Habilitation (Klinische Infektiologie) an der Universität Köln, 2002 bis 2005 Vorstandsvorsitzender der Universitätsklinik Marburg, dann hauptamtlicher Dekan (Medizin) und zeitweise Wissenschaftlicher Geschäftsführer der Universität Witten/Herdecke, Generalbevollmächtigter des Universitätsklinikums Frankfurt. 2009 Ruf auf die W3-Professur für Patientensicherheit, bis 2011 Direktor des Instituts für Patientensicherheit der Universität Bonn. Bis 2011 Mitglied und Stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrates Gesundheit, 2001 bis 2007 Vorsitzender der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung, 2005 bis 2009 Gründungsvorsitzender des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Derzeit APL-Professur und Lehrauftrag an der Medizinischen Fakultät Universität Köln. Seit Mai 2016 wieder Mitglied im Vorstand des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF).