

Dilemmata in der Versorgungsforschung*

Ein Plädoyer für mehr Ergebnisoffenheit

von Norbert Schmacke¹

ABSTRACT

Versorgungsforschung hat in Deutschland einen erfreulichen Aufschwung erfahren, auch wenn die Forschungsförderung gemessen an den Mitteln für biomedizinische Grundlagenforschung noch außerordentlich gering ausfällt. Es besteht vor allem ein Defizit an methodisch hochwertigen Studien, vor allem im Bereich der Entwicklung und Evaluation neuer Versorgungsmodelle. Die Weiterentwicklung der Versorgungsforschung kann auf einen Fundus an international erprobten Forschungsmethoden zurückgreifen.

Schlüsselwörter: Versorgungsforschung, Forschungsförderung, Forschungsmethoden

Health services research in Germany has experienced an encouraging upturn, even if research funding is still extremely low compared to the funds for basic biomedical research. However, there is a lack of high quality methodological studies, especially on the development and evaluation of new models of health care. The development of health services research can draw on a wealth of internationally proven research methods.

Keywords: health services research, research funding, research methods

1 Einleitung

Die Idee der Versorgungsforschung lebt von drei Vorstellungen:

1. dass die „übliche“ medizinisch-klinische Forschung den Bedarf der Praxis nicht ausreichend treffe,
2. dass die Praxis gegenüber den Ergebnissen der Forschung resistent sei und
3. dass es darauf ankomme, die spezifischen Anforderungen an eine erfolgreiche wissenschaftliche Unterstützung zur Optimierung der Versorgung zu kennen.

Insofern scheint die Frage nach den Verwertungsmöglichkeiten von Versorgungsforschung auf den ersten Blick selbstklärend zu sein: Die Praxis wird als ein großer Auftraggeber verstanden, der händeringend nach „geerdeten“ Handlungsempfehlungen sucht. Damit ist aber noch überhaupt nicht gesagt, dass Versorgungsforschung über eine gediegene Kenntnis der Versorgungsrealität hinausgehende eigene, sozusagen praxisrelevante Kompetenzen und Methoden benötigt, um

erfolgreich an der Weiterentwicklung der Versorgung kranker Menschen mitwirken zu können.

Eine wichtige Antwort auf die Frage nach den Verwertungsmöglichkeiten und erforderlichen Kompetenzen und Methoden haben zwei Pioniere der Versorgungsforschung gegeben: „If you would like to start tomorrow to change practice and implement evidence, prepare well: involve the relevant people; develop a proposal for change that is evidence based, feasible, and attractive; study the main difficulties in achieving the change, and select a set of strategies and measures at different levels linked to the problem; of course, within your budget and possibilities. Define indicators for measurements of success and monitor progress continuously or at regular intervals. And, finally, enjoy working on making patients' care more effective, efficient, safe and friendly“. (Grol und Grimshaw 2003, 1229)

Es geht Grol und Grimshaw also auch um die Frage, wie Forschung, die an Veränderung interessiert ist, sich vor Ent-

¹Professor Dr. med. Norbert Schmacke, Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung, Universität Bremen
Wilhelm Herbst Straße 7 · 28359 Bremen · Telefon: 0421 2188-131 · Telefax: 0421 2188-135 · E-Mail: schmacke@uni-bremen.de

* Der Text basiert auf einem Vortrag anlässlich der DFG-Nachwuchsakademie Versorgungsforschung am 2. Dezember 2010 im Institut für Sozialmedizin der Universität Lübeck.

täuschungen schützen kann. Notwendig sind Feldkenntnis und ein Gespür für die zu erwartenden Forschungsbarrieren wie ein frühzeitiges Nachdenken darüber, wie Erfolg gemessen werden soll. Dabei geht bei oberflächlicher Betrachtung leicht unter, dass die Rede von „implementing evidence“ ist, also von methodisch akzeptablen neuen Standards, die in der Breitenanwendung getestet werden sollen. Es führt – ob als trivial empfunden oder nicht – kein Weg daran vorbei, dass Implementationsforschung immer den Nachweis führen muss, ob am Ende ein relevantes Delta zwischen bisheriger Regelversorgung und Reformvorhaben vorhanden ist. Dies gelingt wie immer nur in methodisch angemessenen Designs, in der Regel also mit kontrollierten Vergleichen. Praktiker sind fast immer zunächst einmal davon überzeugt, dass einfache Vorher-Nachher-Vergleiche doch ausreichend seien – ganz gleich, ob im Fokus der Studien klinische Endpunkte, die Kosten oder Effizienzsteigerungen stehen. „Involve the relevant people“ bedeutet aber nicht, ihnen von den Lippen abzulesen, was sie für relevant halten, sondern mit ihnen darum zu ringen, wie in Kenntnis ihrer Interessenlage methodisch angemessene Forschung angelegt werden kann.

2 Streitpunkt: Randomisierte kontrollierte Studien

Es ist nicht begründbar, dass neue Forschungsmethoden für die Weiterentwicklung von Medizin und Pflege entwickelt werden sollten. Es geht schlicht darum, die für die jeweilige Fragestellung geeignete Methode zu bestimmen und auf den Forschungsgegenstand anzuwenden. Darauf haben zwei Pioniere der evidenzbasierten Medizin frühzeitig hingewiesen (*Sackett und Wennberg 1997*). Ihr Editorial wird aber erstaunlicherweise selten zitiert:

„Lots of intellectual and emotional energy, ink, paper, and readers' precious time have been expended comparing, contrasting, attacking, and defending randomised controlled trials, outcomes research, qualitative research, and related research methods. This has mostly been a waste of time and effort, and most of the disputants, by focusing on methods rather than questions, have been arguing about the wrong things. Our thesis is short: the question being asked determines the appropriate research architecture, strategy, and tactics to be used—not tradition, authority, experts, paradigms, or schools of thought.“

Es erstaunt, dass auch in der Debatte um die Methoden der Versorgungsforschung immer wieder das Thema der vermeintlichen Grenzen von randomisierten, kontrollierten Studien (RCT = randomised controlled trials) auftaucht. Nachdem in der klinischen Forschung praktisch nicht mehr um die Frage gestritten wird, dass methodisch gut gemachte RCT den Goldstandard darstellen, von dem nur in seltenen,

gut begründeten Fällen abgewichen werden sollte, findet sich jüngst in der deutschen Debatte um die Methoden der Versorgungsforschung wieder das Argument, RCT litten vor allem unter dem Mangel, dass sie die Alltagsbedingungen der Versorgung nicht ausreichend abbildeten (*Neugebauer 2010, 741*). Das Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. hat zum Ausdruck gebracht, dass es sich weder Teil 1 noch Teil 2 dieses Memorandums anschließen kann. Es soll hier nicht breit erörtert werden, warum dieses Argument in die Irre führt; es sei aber auf die Publikation von Windeler und Mitarbeitern verwiesen, auf welche das zitierte Memorandum leider nicht Bezug nimmt (*Windeler et al. 2008*), sowie auf eine einschlägige Artikelserie im *Lancet* (*Grimes und Schulz 2002*). Die Endlosdebatte um die Grenzen von RCT ist wohl nicht zuletzt der Tatsache zu verdanken, dass Deutschland entgegen mancher optimistischer Annahmen nach wie vor als „verspätete Nation“ in Sachen evidenzbasierte Medizin gelten muss. Dabei ist es keine Zauberei, eine präferenzbasierte RCT bei der Suche nach der Optimierung der Behandlung von Menschen mit diagnostizierter Depression im Setting Allgemeinmedizin durchzuführen, in der klinisch und ökonomisch relevante Endpunkte gemessen werden. Das wirkt in diesem Zusammenhang wohl aber fast schon als Insiderwissen (*Ward et al. 2000; Bower et al. 2000*).

3 Die Theorie der komplexen Intervention

Man geht gemeinhin davon aus, dass Versorgungsforschung sich vor allem durch seinen hohen Grad an Komplexität von klinischer Forschung unterscheidet. Bei der Suche nach oder der Implementierung von neuen Standards handelt es sich oft um Interventionen, deren Entwicklung und Testung ein mehrstufiges und multimodales Verfahren erforderlich macht, das – so dies denn ernst genommen wird – in der Regel besonders zeitaufwendig ist und Methodiker unterschiedlicher Disziplinen einbinden muss: Man spricht von „komplexen Interventionen“. Zwar könnte diese Differenzierung zwischen klinischer Forschung und Versorgungsforschung auch bezweifelt werden, trifft aber wohl mit Blick auf die häufig schlichten Designs etwa von Arzneimittelstudien zu. Eine Weiterführung dieser Debatte erscheint außerordentlich reizvoll.

Die Kenntnis dieser Mehrschrittigkeit von Versorgungsforschung ist unverzichtbar – und überfordert auf den ersten Blick sicher auch viele Praktiker, die davon ausgehen, es gehe doch bloß um die einfache Evaluation plausibler neuer Versorgungsansätze. Ein Modell der Entwicklung und Implementation komplexer Interventionen sind für einen breiten Leserkreis bereits vor längerer Zeit von verschiedenen Wissenschaftlern erläutert worden (*Campbell et al. 2000; Eccles et al. 2003*).

Das Phasenmodell von Campbell und Mitarbeitern (Abbildung 1) verdeutlicht mit Blick auf die Frage, wie Forschungsergebnisse Eingang in die medizinische Praxis finden, dass Versorgungsforschung an Grundregeln guter Forschungspraxis gebunden ist und auf deren Einhaltung pochen muss. Die Konsequenzen sind nicht allen Interessierten immer leicht eingängig. Viele gehen davon aus, dass die Fragestellungen der Versorgungsforschung leicht zu definieren sind. In der Tat aber setzt gute Versorgungsforschung häufig eine längere Theoriephase voraus. Die Sichtung der vorliegenden Studien bezüglich methodischer Qualität und Relevanz im jeweils interessierenden Zusammenhang erfordert Zeit und multidisziplinäre Teams. Nur über diesen ersten Schritt lässt sich aber erreichen, dass die Fragestellung für die beabsichtigte Intervention ausreichend klar formuliert wird. Das heißt anders formuliert: Es muss sowohl vermieden werden, dass die vorhandene Evidenz nicht ausreichend gewürdigt wird als auch, dass Forschungsvorhaben zu ambitioniert formuliert und/oder im Rahmen vereinbarter Zeit- und Ressourcenbudgets nicht umsetzbar sind. Im nächsten Schritt geht es darum, die in eine komplexe Intervention eingeschlossenen Einzelkomponenten zu verstehen und zu bewerten (zum Beispiel für den Einsatz telemedizinischer Verfahren im Rahmen eines Vertrages zur integrierten Versorgung, bei dem gleichzeitig noch eine leistungsbezogene Vergütung eingeführt wird).

Es sei aus der Vielzahl der Probleme guter Versorgungsforschung noch einmal das Thema „RCT“ herausgegriffen. Je größer der empfundene Problemdruck in der Praxis ist, umso größer ist die Versuchung, etwa mit Vorher-Nachher-Designs die Überlegenheit eines Veränderungsschritts zu beweisen. In der Versorgungspraxis wird der Begriff der Evaluation oft

noch außerordentlich unpräzise verwendet: Manchmal meinen vor allem unerfahrene Sponsoren wohl, dass „Evaluation“ von neuen Versorgungsmodellen methodisch weniger aufwändig sei als klinische Studien. Es fehlt dann zudem oft die Einsicht, dass in eine gut gemachte RCT investiertes Geld allemal besser angelegt ist als in „Quick-and-dirty“-Evaluationen, die häufig auch noch die Kosteneffizienz mit untersuchen wollen. Man kann dies exemplarisch an der Einführung der Disease-Management-Programme in Deutschland darstellen. Aus wissenschaftlicher Sicht wäre die Präferenz gewesen, eine methodisch gut durchgeführte cluster-randomisierte RCT zu finanzieren, anstatt nach Ausrollen der Programme über Second-best-Designs nachzudenken und diese dann mit großem Aufwand durchführen zu müssen. Man schaue es sich am Matched-pair-Verfahren der ELSID-Studie (ELSID = Evaluation of a Large Scale Implementation of Disease Management Programmes) zu Diabetes mellitus an, wie viel Ressourcen die Forschergruppe aufbringen musste, um den Mangel der Randomisierung so gut es ging auszugleichen. Am Ende blieb das Problem, dass sich die Hinweise auf einen Zusatznutzen zwar mehren, dass aber bei strenger Einhaltung methodischer Maßstäbe ein kausaler Zusammenhang nicht behauptet werden kann. Das ist umso bitterer, als die ELSID-Studie enorme Effekte auf die Lebenserwartung glaubhaft gemacht hat. Hätte jemals eine Arzneimittelstudie derartige Effekte nahe gelegt, wären ihr große Schlagzeilen in allen Zeitungen sicher gewesen. Der aktuelle Stand der Evaluation der Risikostrukturausgleichsverordnung DMP ist an anderer Stelle umfassend dargestellt (Günster et al. 2011).

Es wäre reizvoll, die Schieflage zwischen dem Mangel an (vermeintlich zu aufwendigen) RCT und Evaluationsstudien

ABBILDUNG 1

Das Phasenmodell der komplexen Interventionen

Theorie	Modellbildung	Explorative Studie	Definitive randomisierte, kontrollierte Studie	Langfristige Implementierung
Sondierung der einschlägigen Theorie, um die bestmögliche Intervention und Hypothese zu wählen und die wichtigsten Störfaktoren und strategischen Studienfragen vorhersagen zu können	Identifizierung der Bausteine der Intervention und der zugrunde liegenden Mechanismen, die die Ergebnisse beeinflussen werden, um Hinweise zu erhalten für die Vorhersage, wie sie miteinander in Beziehung stehen und wie sie sich gegenseitig beeinflussen	Beschreibung der konstanten und variablen Parameter einer replizierbaren Intervention sowie eines praktikablen Studienprotokolls, um die Intervention mit einer geeigneten Alternative vergleichen zu können	Vergleich einer umfassend definierten Intervention mit einer geeigneten Alternative mithilfe eines Studienprotokolls, das aus der Theorie heraus belastbar, reproduzierbar und ausreichend kontrolliert mit angemessener statistischer Aussagekraft versehen ist	Ermittlung, ob die Intervention und die Ergebnisse zuverlässig in unkontrollierten Settings auf lange Sicht auch durch Dritte replizierbar sind
Vorklinische Phase	Phase I	Phase II	Phase III	Phase IV

Kontinuum der zunehmenden Evidenz

Quelle: Campbell et al. 2000; Grafik: G+G Wissenschaft, 2011

anderen Typs einmal systematisch aufzuzeigen. Dies wäre vor allem anhand einer Liste von Modellvorhaben möglich, die mit dem Argument durchgeführt wurden, dass initiale Kostensteigerungen durch Intensivierung oder Verbreiterung bestimmter Versorgungsangebote sich am Ende für die Krankenkassen als kostensparend erweisen werden. Derartige Belege auf akzeptablem wissenschaftlichen Niveau wird man lange suchen müssen. Anders gewendet: Sponsoren müssen davon überzeugt werden, dass auch in der Versorgungsforschung häufig nichts an der Durchführung kontrollierter Vergleiche vorbei geht, wenn tatsächlich Qualitätsverbesserungen und Effizienzsteigerungen belegt werden sollen. Man könnte salopp formulieren: Auch im Bereich der Versorgungsforschung wäre weniger mehr. Das hieße dann: Wenige gut gemachte, im Zweifelsfall aufwendigere Studien sind allemal besser als eine Fülle von Projekten, die Bekanntes reproduzieren oder ambitionierte Ziele mit unzureichenden Mitteln beforschen.

4 „Dicke Bretter“ der Versorgungsforschung

Es gibt eine Reihe versorgungsrelevanter Bereiche, in denen es in Kenntnis der Studienlage außerordentlich schwer sein dürfte, grundlegend neue, praxisrelevante Erkenntnisse zu generieren. Dazu zählt die Frage nach der wahren Prävalenz von Erkrankungen, die durch hohe Varianz in der Definition und Dokumentation gekennzeichnet sind. Dies soll am Beispiel der Depressionen näher betrachtet werden. Angesichts der regelmäßig wiederkehrenden Botschaft von der deutlichen Zunahme von Depressionen, gedeutet unter anderem als Ausdruck erhöhter Belastungen am Arbeitsplatz, wäre es besonders wichtig, methodisch tragfähige Zeitreihen zu Inzidenz und Prävalenz schwerer Depressionen zur Verfügung stellen zu können. Es wäre ein Megaprojekt, das nur wenig internationale Vorbilder hat. Hierzu zählt die Stirling County Study, die starke Argumente gegen die landläufige Annahme der Zunahme psychischer Erkrankungen liefert (Murphy et al. 2000). Unstrittig ist, dass in der GKV Verordnungen, AU-Atteste und Frühberentungen im Zusammenhang mit Depressions-Diagnosen zugenommen haben; in der kontroversen Debatte um die Deutung dieses Trends ist nicht befriedigend zu klären, in welchem Umfang hier jeweils Unter-, Über- und Fehlversorgung zum Ausdruck kommen (Spießl und Jacobi 2008).

Die Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation ist ein weiteres Beispiel für prioritäre Ziele der Versorgungsforschung. Die Studienlage zeigt, dass zeitnahe größere Fortschritte kaum zu erzielen sein dürften. Sehr zugespitzt ließe sich behaupten, dass die Forschung seit 1995 nicht wesentlich weitergekommen ist (Stewart 1995; Shaw 2010). Die Liste von

Studien, die Kommunikationsdefizite belegen, ist lang. Damit soll keine Aussage etwa zu Stellenwert und (noch nicht ausreichend lange evaluierten) Folgen der Reformstudiengänge in der Medizin oder anderer Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote zur Verbesserung kommunikativer Kompetenzen in der Ärzteschaft getroffen sein. Die skeptische Einschätzung umfasst allerdings auch die Ansätze des Shared Decision Making (Gravel et al. 2006).

Ein weiteres hoch prioritäres Thema ist die Schmerztherapie in der Onkologie. Auch hier müssen offenkundig Implementationsstrategien angesichts großer Barrieren in der Optimierung der Versorgung von langem Atem und realistischen Zielen begleitet werden (Deandrea et al. 2008). Ein ganz aktuelles Thema betrifft die Verwendung ökonomischer Anreize zur Qualitätssteigerung der Versorgung. Die Studienlage ist auch hier außerordentlich ernüchternd.

5 Ergebnisoffenheit und Anwendungsbezug

Dass die Frage nach der „wahren“ Prävalenz von Depressionen oder nach einem Erfolg versprechenden Konzept zur Behandlung chronischer Schmerzen nicht leicht beantwortet werden kann, ist aus wissenschaftlicher Sicht nicht unbedingt erstaunlich oder gar anstößig. Zum Problem wird dies alles erst dann, wenn Forschungsförderung irreale Erwartungen bezüglich rascher Veränderungen äußert – und Forschung sich dazu bewegen lässt, ihrerseits Unrealistisches in Aussicht zu stellen. Dies ist nicht nur ein Thema für die Art von unmittelbar anwendungsbezogener Versorgungsforschung, die ihre Kurzatmigkeit gewissermaßen vor sich her trägt. Dies ist in weitaus subtilerer Form wohl inzwischen auch ein Problem von Ausschreibungen zu biomedizinischer Forschung, in denen immer selbstverständlicher der Anwendungsnutzen in den Forschungsanträgen abgefragt und dann notwendigerweise auch in die Waagschale der Gutachter geworfen wird.

Hohe Erwartungen korrespondieren mit besonders kühnen Versprechungen. Der Zeitgeist, der nach Anwendung und ökonomischer Verwertung ruft, ist so stark, dass er längst die naturwissenschaftlich-biologische Grundlagenforschung erreicht hat. Ein Exzellenzcluster der Medizinischen Hochschule Hannover mit dem Untertitel „From Regenerative Biology to Reconstructive Therapy“ hat sich den Titel „Rebirth“ gegeben (www.rebirth-hannover.de), semantisch Wiedergeburt oder Neugeburt, lyrische Renaissance. Man kann die zugehörige Homepage durch zwei Brillen lesen und findet sowohl Hinweise zum Grundlagencharakter der Projekte als auch Hinweise auf den möglichen Ertrag etwa für die Transplantationschirurgie. Was könnte mehr Faszination wecken als das Versprechen, künftig Organe züchten zu können?

Man mag diesen Querverweis vielleicht für überspitzt halten, aber das Akronym „Rebirth“ ist sicher kein Zufall. Damit ist zur Qualität dieser Forschung wohl bemerkt nichts gesagt. Warum aber selbst Grundlagenforschung heute mit dem Ziel der „Bekämpfung“ von Krankheiten wie Demenz oder Krebs auch dann werben muss, wenn überdeutlich ist, dass die Chancen für eine Praxisanwendung nicht kalkulierbar sind, ist nur psychologisch und institutspolitisch zu begreifen.

Es fällt alles in allem schwerer, insbesondere die Förderer der Versorgungsforschung mit dem Gedanken vertraut zu machen, dass methodisch seriöse Forschung immer ergebnisoffen ist und dass es in aller Regel ein weiter Weg von politischen Formeln (Typ „integrierte Versorgung“) hin zu spürbaren Verbesserungen der Patientenversorgung ist. Dies bedeutet für Institutsleitungen durchaus eine nennenswerte Herausforderung, gilt es doch, die Drittmittelquote so zu entwickeln, dass der wissenschaftliche Nachwuchs sich entfalten kann und eine kritische Größe der eigenen organisatorischen Einheit resultiert. Die Ehrlichkeit gebietet es demgegenüber „eigentlich“, in Forschungsanträgen deutlich zu machen, dass „Sprunginnovationen“ eine Ausnahme bleiben werden und es gerade bei den zentralen Fragen zur Optimierung der Versorgung im Zweifelsfall um kleine Schritte geht.

6 Das Beispiel Leitlinienforschung

Es sei noch einmal exemplarisch auf die sich explosionsartig vermehrende Literatur zur Leitlinienimplementierung verwiesen. Hier bedarf es heute außerordentlich großer Anstrengungen, „intelligente“ Instrumente zu entwickeln, um wirklich Beiträge zur Überwindung der bekannten Barrieren zu liefern. Wenn heute weitgehend unstrittig ist, dass der Blick auf das kardiovaskuläre Gesamtrisiko von Patientinnen und Patienten größere Behandlungschancen bietet als die klassische Fokussierung isolierter Risikofaktoren wie eines erhöhten arteriellen Blutdrucks, dann bedeutet das noch keineswegs, dass auch schon Wege zur Einleitung des damit verbundenen Paradigmenwechsels in der Betreuung der Betroffenen beschreibbar sind. Das Publizieren und Kommunizieren der neuen Studienlage reicht natürlich nicht aus. Es spricht aber viel dafür, dass die Barrieren zur Akzeptanz des neuen Paradigmas noch größer sind als die schon bekannten Hürden zur Implementierung von Leitlinien generell. Grund hierfür ist wohl vor allem der innere Widerstand vieler Ärztinnen und Ärzte gegenüber Grundprinzipien patientenzentrierter Kommunikation. Hier steht ein kultureller Wandel ins Haus, mit dem sich die bisherige Forschung zum Shared Decision Making nicht ausreichend beschäftigt hat – oder die sie in seiner Tragweite schlicht unterschätzt hat (Mortsiefer et al. 2008; Stamer 2011). Das Beispiel verweist ausdrücklich auch auf die Notwendigkeit, die wissenschaft-

liche Debatte um den spezifischen Einsatz von quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden gerade innerhalb der Versorgungsforschung weiterzuführen. Derartige theoretische Arbeit zur Frage der Entwicklung ärztlicher Haltungen in einen historisch-kulturellen Rahmen zu stellen, ist ohne Einbindung hermeneutischer Methodologie nicht vorstellbar. Eine Verständigung über diese Hypothese anhand gut ausgewählter Beispiele dürfte fruchtbarer sein als die nach wie vor anzutreffende „Grundsatzdebatte“ über den Stellenwert qualitativer gegenüber quantitativer Methoden in der Versorgungsforschung.

7 Das Beispiel HTA-Forschung

Versorgungsforschung hat oft starke Berührungspunkte mit der Gesundheitspolitik, will zum Teil aber durchaus Einfluss auf Entscheidungen der Politik nehmen. Insofern ist es für sich genommen ein lohnendes Feld, die Logik der Politik zu verstehen und ihr nicht ausschließlich Ungeduld oder gar Unreflektiertheit zu unterstellen, die auf Veränderung abzielt (Schmacke 2010a). Am besten lässt sich dies vielleicht am Umgang von Politik mit dem Konzept des Health Technology Assessment (HTA) zeigen (Schmacke 2010b). Die dem HTA inhärente Verwissenschaftlichung von Politikberatung (hier vor allem zur Frage von Nutzen und Schaden neuer Methoden in der Medizin und in der Versorgung allgemein) ist einerseits hoch erwünscht, wenn sie hilft, den Problemdruck der Politik bezüglich der Finanzierung der Versorgungssysteme abzumildern. Sie stößt aber auf Ablehnung oder Unverständnis, wenn am Ende deutlich wird, dass HTA der Politik zentrale Entscheidungen nicht abnehmen kann oder wenn HTA sich gar quer zu anderen Kernintentionen von Politik, hier vor allem einer nicht evidenzgestützten Expansion von Leistungen im Rahmen von Wirtschaftsförderplänen widersetzt.

Auch im Fall von HTA, wenn es sich denn ausdrücklich der Wissenschaft verpflichtet fühlt, ist die Debatte um die Anwendungsorientierung und den gesellschaftlichen Nutzen nicht ohne ein fundiertes Verständnis der Gesetzmäßigkeiten politischen Handelns und ihrer Beeinflussbarkeit zu führen. Dabei verweist Versorgungsforschung, gerade wenn sie es mit der Verwertung ernst meint, aber immer wieder auch auf Grundlagenforschung. Sie hat, zugespitzt formuliert, keine besonderen Attribute, die sie von anderen Disziplinen der Gesundheitsforschung grundsätzlich unterscheiden würde. Vielleicht ist Versorgungsforschung nicht zuletzt auch eine Konstruktion, die der Ungeduld angesichts des Überwiegens einer interessengeleiteten klinischen Forschung geschuldet ist, die gar nicht den Nutzen für einzelne Kranke oder Gruppen von Kranken im Auge hat, sondern die Gewinnerwartung privater Unternehmer. Versorgungsforschung gerät andererseits leicht in den Verdacht, allein der Melodie der Kosten-

senkung zu folgen, und auch deshalb ist nur das Rekurren auf die jeweils angemessenen und lege artis eingesetzten Methoden der Versorgungsforschung die Antwort.

8 Fazit

Am Ende könnte gefragt werden, ob die beschriebenen Forderungen nach hohen methodischen Standards in der Versorgungsforschung die Messlatte für die Antragstellung und Durchführung von Projekten nicht zu hoch hängen. Denn Zeit und Budgets für viele Projekte sind mehr als kritisch. Dies behindert oft schon die Entwicklung ausreichend gut begründeter Forschungsfragen. Interdisziplinäre Teams sind nicht ohne weiteres herzustellen und nachhaltig zu finanzieren. Bislang fehlt in der Versorgungsforschung eine Strategie des langen Atems, der nötig ist, um Megathemen wie angemessene Versorgungsformen für multimorbide alte Menschen, sektorenübergreifende Qualitätssicherung oder leistungsbezogene Vergütungssysteme ernsthaft voranbringen zu können: Die Stellungnahme der Deutschen Forschungsgemeinschaft von 2010 weist in die Richtung der Förderung entsprechender Forschungslinien und gewinnt dadurch ihre eigentliche Bedeutung (*Raspe et al. 2010*). Kurzatmigkeit bedeutet demgegenüber: Wer überhöhte Erwartungen bei Sponsoren weckt (öffentliche eingeschlossen), induziert schon mittelfristig Enttäuschungen und das Abwinken von Versorgungsforschung als eines weiteren erfolglosen Versuchs der Qualitätsverbesserung der medizinischen Versorgung. Die nachfolgenden Ratschläge an die Nachwuchsgeneration der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in Sachen Versorgungsforschung müssen vermutlich mit dem Vorwurf leben, idealistisch zu sein. Sie lauten:

- Es gilt, unbeirrt gut begründete Forschungsfragen zu entwickeln und dies nicht als quasi lästigen Vorlauf misszuverstehen.
- Es gilt, gegenüber allen Forderungen skeptisch zu sein, neue Methoden für die Versorgungsforschung zu entwickeln, um praxisnah werden zu können.
- Wo immer es geht, sollten dauerhafte oder projektbezogene Netze gebildet werden, in denen sich das verfügbare methodische Know-how mit dem Kontextwissen aus dem Versorgungsfeld trifft.
- Es bedarf wohl häufiger als gedacht nach der theoretischen Durchdringung von Problemlagen des Mutes zu „kleinen“ Fragestellungen.
- Und es sollte immer wieder der Versuch unternommen werden, mit Sponsoren über das Spannungsverhältnis zwischen den an Forschung gestellten Erwartungen und den Möglichkeiten seriöser Forschung zu sprechen und dabei für Geduld und Investitionen in belastbare Forschungsnetze und -designs zu werben.

Es wäre aber vollends naiv anzunehmen, dass die Logiken von Praxis, Politik, Forschungsförderung und Forschung leicht überein zu bringen wären. Es ist eine immer wieder auftauchende Frage, wie diese verschiedenen Welten besser miteinander kommunizieren können, ohne ihre Identität preiszugeben.

Literatur

- Bower P, Byford S, Sibbald B et al. (2000):** Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. II: Cost effectiveness. *British Medical Journal*, Band 321, 1389–1392
- Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A et al. (2000):** Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *British Medical Journal*, Band 321, 694–696
- Eccles M, Grimshaw J, Campbell M, Ramsay C (2003):** Research designs for studies evaluating the effectiveness of change and improvement strategies. *Quality and Safety in Health Care*, Band 13, 47–52
- Deandrea S, Montanari M, Moja L, Apolone G (2008):** Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. *Annals of Oncology*, Band 19, 1985–1991
- Günster C, Klose J, Schmacke N (2011):** Versorgungs-Report 2011. Stuttgart: Schattauer
- Gravel K, Légaré F, Graham ID et al. (2006):** Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. *Implementation Science*, 1:16 (doi: 10.1186/1748-5908-1-16)
- Grimes DA, Schulz KF (2002):** An overview of clinical research: the lay of the land. *Lancet*, Band 359, 57–61
- Grol R, Grimshaw J (2003):** From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, Band 362, 1225–1230
- Mortsiefer A, Meysen T, Schumacher M et al. (2008):** CHRIS-TOPH – a cluster-randomised intervention study to optimise the treatment of patients with hypertension in General Practice. *BMC Family Practice*, 9:33 (doi: 10.1186/1471-2296-9-33)
- Murphy JM, Laird NM, Monson RR et al. (2000):** Incidence of depression in the Stirling County Study: historical and comparative perspectives. *Psychological Medicine*, Band 30, 505–514
- Neugebauer EA, Icks A, Schrappe M et al. (2010):** Memorandum III: Methoden der Versorgungsforschung (Teil 2). *Gesundheitswesen*, Jg. 72, 739–748
- Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.:** www.ebm-netzwerk.de/netzwerkarbeit/images/Stellungnahme-Memorandum_20100826.pdf (letzter Zugriff 23.05.2011)
- Raspe H, Pfaff H, Härter M et al. (2010):** Versorgungsforschung in Deutschland. Stand – Perspektiven – Förderung. DFG Stellungnahme; www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/reden_stellungnahmen/2010/stellungnahme_versorgungsforschung.pdf (letzter Zugriff 23.05.2011)

Sackett DL, Wennberg JE (1997): It's time to stop squabbling over the "best" methods. Choosing the best research design for each question. *British Medical Journal*, Band 315, 1636

Schmacke N (2010a): Gesundheitsreform: welche Logik zählt? In: Gerlinger T, Kümpers S, Lenhardt U, Wright M (Hrsg.). *Politik für Gesundheit. Fest- und Streitschriften zum 65. Geburtstag von Rolf Rosenbrock*. Bern: Hans Huber, 112–121

Schmacke N (2010b): Transparenz und Rationalität: Der Gemeinsame Bundesausschuss, das IQWiG und die neue Institution zur Qualitätssicherung im Sozialgesetzbuch. In: Schott T, Hornberg C (Hrsg.). *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft*. Wiesbaden: VS Verlag, 459–469

Shaw EA, Marshall D, Howard M et al. (2010): A systematic review of postgraduate palliative care curricula. *Journal of Palliative Medicine*, Band 13, 1091–1109

Spießl H, Jacobi F (2008): Nehmen psychische Störungen zu? *Psychiatrische Praxis*, Jg. 35, 318–320

Stamer M (2011): Der Umgang mit Risiken. Hausärztliche Versorgung zwischen Tradition und Moderne. Weinheim: Juventa (im Druck)

Stewart MA (1995): Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Journal of the Canadian Medical Association*, Band 152, 1423–1433

van Herck P, De Smedt D, Annemans L et al. (2010): Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Services Research*, Band 10, 246 (doi: 10.1186/1472-6963-10-247)

Ward E, King M, Lloyd M et al. (2000): Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: Clinical effectiveness. *British Medical Journal*, Band 321, 1383–1388

Windeler J (2008): Randomisierte kontrollierte Studien: Kritische Evaluation ist ein Wesensmerkmal ärztlichen Handelns. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 105, A-565, B-502, C-491

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.