

Versorgungsforschung in Deutschland — politische Bedingungen, Umsetzung und Hindernisse und die Rolle von Professor Gerd Glaeske

Ulla Schmidt, Patricia Ex

Versorgungsforschung im deutschen Gesundheitssystem

Mit zunehmender öffentlicher Aufmerksamkeit für unser Gesundheitssystem und Public Health in den späten 1980er Jahren wuchs auch die Forderung nach und Interesse an mehr Versorgungsforschung. Absicht war, Versorgungsabläufe und historisch gewachsene Strukturen zu analysieren, wie sie ‚im tagtäglichen Leben‘ stattfinden, nicht wie sie unter idealen Bedingungen funktionieren. Während ähnliche Fragestellungen zuvor in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen behandelt wurden – Sozialmedizin, Gesundheitssystemforschung, Medizinethik etc. – bildete sich in Deutschland im internationalen Vergleich vergleichsweise spät ein separates Forschungsfeld heraus.

Wenn ich mit Laien des Gesundheitssystems spreche, finden sie es erstaunlich oder gar unglaublich, dass in vielen Bereichen keine Kenntnisse darüber existieren, wie viele Menschen wie und womit in Deutschland mit welchem Ergebnis behandelt werden: Wie viele Patientinnen mit einer Diagnose erhalten welche Therapie und mit welchem Resultat? Welche Ergebnisqualität haben Patienten bei der gleichen Behandlung bei verschiedenen Leistungserbringern? Warum wird in einigen Regionen eine Behandlung um ein vielfaches häufiger erbracht als in anderen Regionen? Antworten auf solche und viele weitere, praktisch verankerte Fragen zu finden, ist Intention der Versorgungsforschung. Gleichzeitig liefert die Versorgungsforschung wichtige Antworten zum vernünftigen und effektiven Einsatz der begrenzten Mittel.

Vorrangig aber geht es darum zu analysieren, wie die Versorgung hinsichtlich Qualität und Effizienz beim Patienten ankommt und welche Schritte er oder sie dafür zu durchlaufen hat. Auch Vergleiche mit anderen Ländern sind durch die Versorgungsforschung elementarer Bestandteil der Gesundheitssystemforschung geworden.

Nicht selten wurden anhand von Studien zur unterschiedlichen Lage innerhalb Deutschlands sowie im Vergleich zu anderen Ländern Schwachstellen unseres Gesundheitssystems identifiziert und Entwicklungspotenziale aufgedeckt. Insbesondere in unserem Gesundheitssystem mit stark getrennten Sektoren kommt es oft vor, dass Beteiligte nicht genug miteinander kommunizieren und wenig Wissen über die Abläufe der anderen Beteiligten besteht. Als ich Gesundheitsministerin wurde, haben mich Beschreibungen von Patientinnen schwer erschreckt, nach denen Frauen schon beim Verdacht auf ein Mammakarzinom die Silikonkissen für ihre Brustimplantate angepasst wurden – noch ehe das Gespräch mit dem Arzt oder der Ärztin über die endgültige Diagnose stattgefunden hatte. Mithilfe von strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease Management Programme, DMP) konnten wir dieses Problem bald beheben. Versorgungsforschung kann und soll solche Fehlprozesse aufdecken, damit die Fehler vom Gesetzgeber oder von der Gemeinsamen Selbstverwaltung behoben werden können.

Umgebung: Politik und andere Akteure des Gesundheitssystems

Die Wichtigkeit dieser Fragen wurde von der Bundesregierung zuletzt im Koalitionsvertrag der Großen Koalition 2013 festgeschrieben: 300 Millionen Euro pro Jahr sollen demnach für einen Innovationsfonds u. a. zur Förderung von Versorgungsforschung bereitgestellt werden. Trotz der scheinbar großen Summe ist für eine spürbare, nachhaltige Wirkung der Mittel insbesondere die nun anstehende Verteilungsdebatte von zentraler Bedeutung. Knapp 30 Jahre zuvor, 1995, empfahl der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (heute Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, SVR) die Versorgungsforschung auszubauen und zu fördern. Insgesamt wurde die Forderung nach evidenzbasierten Entscheidungen im Gesundheitswesen lauter. Entscheidungen, die zuvor von Mehrheiten und Interessen geleitet wurden, sollten damit auf empirischen Bewertungen und nachvollziehbaren Schlussfolgerungen basieren.