

Versorgungsforschung – Lehren aus der amerikanischen Health Services Research

von Norbert Schmacke¹

ABSTRACT

Anfangseuphorie und Ernüchterung liegen im Falle der Versorgungsforschung eng beieinander. Auf der einen Seite ist es auch in Deutschland seit etwa zwanzig Jahren gelungen, die Suche nach besseren Versorgungsstrukturen stärker forschungsbasiert zu betreiben. Auf der anderen Seite scheinen manche hoch gehandelten Konzepte wie die sektorenübergreifende Versorgung weiter eher ein frommer Wunsch denn eine einlösbare Vision zu sein. Der Blick auf die Entwicklung von Health Services Research (HSR) in den USA kann vielleicht helfen, die immer wieder erfahrenen Widerstände für Systeminnovationen besser zu verstehen und damit das Selbstverständnis wie das Selbstbewusstsein innerhalb der Versorgungsforschung zu intensivieren.

Schlüsselwörter: Versorgungsforschung, Health Services Research

Initial euphoria and sobering experience are never far apart in the case of Health Services Research (HSR). On the one hand, Germany has in the past 20 years successfully incorporated methods and evidence from HSR in its quest for better health care structures. On the other hand, some highly praised concepts, as for instance seamless care, are still a long way from being realized. Taking a closer look at the history of HSR in the U.S. might help to assess obstacles and obstructions on the way to an improved health care system and thereby to clarify the self-conception and to intensify the self-esteem of the researchers and their science.

Keywords: health care structures, Health Services Research

1 Einleitung

Im Falle der Versorgungsforschung (Health Services Research, HSR) kann man das Bild vom halb vollen oder halb leeren Glas bemühen. Natürlich gibt es interessante Erkenntnisse aufgrund dieser in Deutschland jetzt doch schon fast zwanzig Jahre so bezeichneten Forschungsrichtung. Aber es gibt auch immer wieder den Versuch, das Rad neu zu erfinden, ohne nachzudenken, ob das sinnvoll ist. Und darauf soll nachfolgend der Schwerpunkt gelegt werden, denn offenbar werden die Schwierigkeiten verkannt, die vor allem die Umsetzung von zentralen Ergebnissen der HSR bereitet. Noch konkreter: Manchen fällt es schwer, zur Kenntnis zu nehmen, welche von HSR aufgespießte Mängel in der Versorgung offenbar betonartig in der Landschaft stehen,

fast unabhängig davon, ob Gesundheitssysteme steuer- oder beitragsfinanziert sind.

Die nachfolgende Darstellung stützt sich einleitend auf eine Serie von Interviews, die der Medizinhistoriker Edward Berkowitz (2003) mit Protagonisten der amerikanischen Versorgungsforschung durchgeführt hat. Er weist auf das durchgängige Motiv dieser Persönlichkeiten hin, das System selbst in den Blick zu nehmen: „Das Bestreben, das System als Ganzes zu untersuchen und sich nicht allein auf individuelle Patienten zu konzentrieren, erscheint als eines der zentralen Merkmale von Versorgungsforschung.“^{*} Ein System wie die Krankenversorgung verstehen zu wollen, bedeutet anders gesagt, unausweichlich, hyperkomplexe Zusammenhänge verstehen zu wollen. Man muss das wissen, bevor man startet.

^{*} Übersetzungen aus dem amerikanischen Englisch durch den Autor dieser Analyse

¹ Prof. Dr. med. Norbert Schmacke, Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung · Grazer Straße 4 · 28359 Bremen
Telefon: 0152 08987285 · E-Mail: schmacke@uni-bremen.de

2 Der Start von HSR in den USA

Der Arzt und Ökonom Kerr White (geboren 1917, unter anderem 1965 bis 1977 als Hochschullehrer an der Johns Hopkins University tätig) ist einer der Begründer von HSR in den USA und einer der Initiatoren der wissenschaftlichen Begründung des Versorgungskonzeptes von Primary Care.

2.1 Primary Care

White machte darauf aufmerksam, dass nur etwa einer von 1.000 Menschen mit gesundheitlichen Problemen in der stationären Versorgung landet, dass die Ausbildung der Ärzteschaft aber die anderen 999 Kranken in der prägenden Phase der Mediziner Ausbildung ausblendet. Er war einer der entscheidenden Berater der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die sich erstmals grundlegend für den qualifizierten Ausbau von Primary Care in ihrem Dokument von Alma-Ata (1978) einsetzte.

Die Ärztin und Gesundheitswissenschaftlerin Barbara Starfield (1932–2011) kann als weitere bedeutende Persönlichkeit gelten, die sich – vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen als Kinderärztin – für eine Stärkung von Primary Care einsetzte. Starfield wurde Mitarbeiterin in der Abteilung von White und arbeitete mit ihm empirisch zur Bedeutung von grundständigen medizinischen und sozialen Angeboten. Sie sagte in einem Interview mit Berkowitz (2003) hierzu:

„Ich war so sehr im Einklang mit dem, was White schrieb, was meine eigenen Erfahrungen anbelangte, meine Arbeit in der Welt der Kinder – es war das erste Mal, dass ich jemandem begegnete, der einen wissenschaftlichen Blick auf ein Feld mitbrachte, das damals als unwissenschaftlich eingestuft wurde ... Wir können die Gesundheit von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen verbessern, wenn wir unsere Aufmerksamkeit darauf richten, welche Versorgungsangebote sie besonders benötigen, und das sind die grundständigen medizinischen und psychosozialen Leistungen und nicht spezialisierte Versorgung ... verlässliche und kontinuierliche Betreuung durch Ärzte, welche diese Probleme wahrnehmen und wertschätzen.“

Aus der Arbeitsgruppe von Starfield stammen eine Reihe richtungweisender Arbeiten mit internationalen Vergleichen zur Überlegenheit eines Primary-Care-basierten Ansatzes gegenüber Systemen mit freiem Zugang zu Spezialisten (Starfield 1991 und 2008). Primary Care ist bis heute ein klassisches Thema der Versorgungsforschung. Zu begreifen, warum überhaupt ein starkes System von Primary Care eine Grundvoraussetzung für gute Versorgung ist, ist in allen Gesundheitssystemen der Welt offenbar eine gewaltige Heraus-

forderung. Denn nicht nur in Deutschland ist spätestens seit den 1960er-Jahren ein schier unaufhaltsamer Siegeszug der spezialistischen Medizin zu verzeichnen.

2.2 Variationen der Versorgungsqualität

White traf in den Sechzigerjahren auf Jack (John) Wennberg (geboren 1934), der später einer der führenden Epidemiologen der USA wurde, und regte ihn an, Krankenhausaentlassungen zu untersuchen. Wennberg begann dann, die Variationen der Untersuchungs- und Behandlungsmuster stationärer Patienten in Vermont zu analysieren, und legte damit den Grundstein zu seinem Hauptwerk „Small Area Variations in Healthcare Delivery“ (erstmalig *Wennberg und Gittelsohn 1973*). Er konnte zeigen, dass die Rate an Prostataoperationen erheblich zwischen nahe gelegenen Krankenhäusern schwankte und dass dies nichts mit der unterschiedlichen Häufigkeit der Erkrankung zu tun haben konnte, sondern mit unterschiedlichen Diagnose- und Behandlungsverfahren. Wennbergs Idee war dabei, durch das Aufzeigen solcher bislang nicht beachteten Unterschiede in der Patientenversorgung Qualitätsimpulse zu setzen. Im Kern geht es bei dieser methodischen Herangehensweise um den Nachweis, dass die Zunahme an Leistungen und die Dichte an Versorgungseinrichtungen – entgegen laienhaften Annahmen – keine Qualitätssteigerung der Patientenversorgung bewirkt. Man könnte heute mühelos eine dicke Bibliografie der Arbeiten zu nicht erklärter Varianz von gesundheitlichen Dienstleistungen erstellen: Konsequenzen werden daraus praktisch nicht gezogen.

2.3 Qualitätssicherung

Eine weitere zentrale Persönlichkeit in der Debatte um die Qualität der gesundheitlichen Versorgung ist der kanadische Arzt und Gesundheitswissenschaftler Avedis Donabedian (1919–2000). Auf Donabedian geht die Unterscheidung des Qualitätsbegriffs in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zurück (Donabedian 1966). Dieser Unterscheidung liegt die Idee zugrunde, Umfang und Interaktionen der medizinischen Versorgungsangebote zu dem tatsächlichen und erwünschten Resultat der Behandlung in eine Beziehung zu setzen und nach belastbaren Indikatoren zu suchen, die so frühzeitig wie möglich Nachkorrekturen der Angebote und Leistungserbringung ermöglichen. Bis heute wird kontrovers darüber debattiert, welche nachhaltigen Impulse von einem internen Qualitätsmanagement und welche von einer externen Qualitätskontrolle ausgehen können und wie es um das Binnenverhältnis dieser beiden Ansätze bestellt sein sollte. Im deutschen Politikraum wurde jüngst immer wieder der Wunsch geäußert, mit Qualitätsindikatoren die Krankenhausplanung neu steuern zu können, während die einschlägige Forschung hierzu eher Zurückhaltung empfehlen müsste (Schmacke 2015).

TABELLE 1

Meilensteine der Health Services Research

Forschungsfrage	Kernergebnisse	Bedeutung
Studien zum Grad der Gesundheit und dem Einfluss sozialer Ungleichheit auf den Gesundheitszustand in England	<ul style="list-style-type: none"> • Der Gesundheitszustand hängt vom sozialen Status ab • Das Ausmaß der sozialen Ungleichheit hat eine direkte Beziehung zum Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung sowie zu dem einzelner Gruppen 	<ul style="list-style-type: none"> • Verschiebung der Aufmerksamkeit auf nicht medizinische Einflüsse auf die Gesundheit • Erneuerung des Interesses am Begriff „soziale Klasse“ für die Gesundheitsdebatte • Erhöhung des Interesses am Thema „Soziale Ungleichheit in Europa“ (WHO) • Keine Reduktion der Ungleichheit in den Folgejahren in fast allen Ländern
Dartmouth-Studien zu Varianzen im Gesundheitszustand und in den Ausgaben	<ul style="list-style-type: none"> • Dreifach unterschiedliche Inanspruchnahme von Leistungen unabhängig von Gesundheitszustand, Zufriedenheit und Behandlungsergebnissen • Erklärung der Varianzen durch unterschiedliche Dichte der Anbieter 	<ul style="list-style-type: none"> • Große Zustimmung zum Befund, dass Inanspruchnahme und Behandlungsergebnisse wenig korrelieren • Vorbildliche Einrichtungen in den USA liefern bessere Qualität zu niedrigeren Kosten • Bestätigung der Forschungsergebnisse in Gerichtsbescheiden • Kein Rückgang der Unterschiede in den USA in den Folgejahren
Women's Health Initiative (WHI) Studie	<ul style="list-style-type: none"> • Nachweis der hohen Verschreibungsmengen in der sogenannten Hormonersatztherapie • Ermittlung beträchtlicher Gesundheitsrisiken mit Zunahme der Einnahmedauer 	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe öffentliche Aufmerksamkeit unmittelbar nach Publikation der ersten Ergebnisse • Unmittelbarer Rückgang der Inanspruchnahme von weiblichen Hormonen nach der Menopause
Studien zur Praxis der Akutversorgung in verschiedenen kanadischen Provinzen	<ul style="list-style-type: none"> • Weit verbreitete Fehlnutzung von Krankenhausbetten (Bettenblockierung) – bis zu 40 Prozent im städtischen und 80 Prozent im ländlichen Bereich • Schwankung des Bedarfs an akutmedizinischer Versorgung außerhalb des Krankenhauses zwischen „nicht vorhanden“ und „bessere Versorgung in Pflegeheimen“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Größere Aufmerksamkeit auf Verweildauern im Krankenhaus, Entlassungs- und Inanspruchnahmemanagement • In einer Provinz veränderte Debatte um Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum • Keine weitere Verwendung der Forschungsmethoden dieser ersten Studien in den letzten Jahren
IOM-Studie „To Err Is Human“ und vergleichbare Studien zu Behandlungsfehlern in anderen Ländern	<ul style="list-style-type: none"> • Einfluss ärztlichen Fehlverhaltens auf die Mortalitätsraten in den USA, Kanada, Australien und England 	<ul style="list-style-type: none"> • Entfaltung und Beschleunigung der Debatte um Patientensicherheit • Entwicklung nationaler Strategien zur Verbesserung der Patientensicherheit • Ein Symposium in den USA fünf Jahre nach Publikation klagte über fehlenden Rückgang iatrogenen Todesfälle
RAND-Studie zur Qualität primärärztlicher Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Die Qualität weicht stark von evidenzbasierten Leitlinien ab • Patienten erhalten im Durchschnitt in 50–60 Prozent der Behandlungen die empfehlenswerte Therapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine entsprechenden Nachfolgestudien • Bestätigung vorheriger Studien zur geringen Befolgung von Leitlinien • Keine Hinweise auf Beschleunigung von Reformen in der Allgemeinmedizin beziehungsweise zu deren Verantwortungsbereich

2.4 Das erste Institut

White war es, der in den 1960er-Jahren für die Idee der Etablierung eines neuen Zweigs von Forschung, nämlich Health Services Research, an den Universitäten warb. Diese Forschungsrichtung sollte in engem Kontakt zu den medizinischen Fakultäten stehen. Zugleich aber sollten diese von den Disziplinen Ökonomie, Soziologie und Epidemiologie profitieren. Über guten Kontakt zur Politik gelang es White, dass 1968 ein „National Center for Health Services Research and Development“ gegründet wurde, welches den Zielen Qualität, Zugang, Kosten, Effektivität und Effizienz verpflichtet war. Interessant ist, dass sich dieses neu gegründete Forschungszentrum frühzeitig auch den Vorwurf gefallen lassen musste, nicht praxisnah genug zu sein. „War es eure Aufgabe, die Ökonomen, Psychologen und Industrieingenieure zu finanzieren oder die Probleme einem praxisnahen Ansatz zuzuführen?“, fragte unter anderem Edward Hinman, Leiter eines öffentlichen Krankenhauses in Baltimore (zitiert nach *Berkowitz 2003*).

Auch die beiden großen staatlich finanzierten Programme Medicare und Medicaid wahrten lange Zeit Distanz zu dem neuen Forschungszweig Health Care Research: Beide begnügten sich mit dem Ziel, den Zugang von alten Menschen beziehungsweise sozial Schwachen zum bestehenden Gesundheitssystem zu sichern, das System selbst aber wurde akzeptiert. Anders formuliert: Das Versorgungssystem wurde bezüglich seiner Versorgungsleistung und -qualität nicht hinterfragt.

Ein weiterer Meilenstein der forschungsnahen Gesundheitspolitik ist das Health Insurance Experiment der RAND Corporation (RAND HIE). Dieser nach dem Krieg mit Mitteln der Ford Foundation gegründete Thinktank beschäftigte sich ursprünglich mit militärischen Fragen. Später wandte sich die RAND Corporation aber zentralen sozialen Themen zu. Unter der Leitung des jungen Ökonomen Joseph Newhouse (geboren 1942) führte die RAND Corporation 1974 bis 1982 eine Studie durch, bei der der Zusammenhang zwischen verschiedenen Versicherungsformen und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen getestet wurde. Dabei interessierte vor allem die Frage, welchen Effekt die Höhe der Eigenbeteiligung auf das Inanspruchnahmeverhalten hat (*Newhouse 1993*). Form und Häufigkeit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sind bis heute nicht nur ein empirisch, sondern auch ein ideologisch besetztes Feld der Gesundheitspolitik. Immerhin wird es seit diesem Mega-Experiment in der Forschung überwiegend als Konsens gesehen, dass die Stellschraube Eigenbeteiligung nicht den gesundheitspolitisch erwünschten Effekt auf die Senkung ineffektiver und unnötiger Leistungen hat. Ab einer bestimmten Höhe der Selbstbeteiligung verzichten Kranke in unvorhersehbarer Weise sowohl auf notwendi-

ge als auch auf nicht notwendige Leistungen. Offenkundig wird Eigenbeteiligung zu einer prinzipiellen Gefährdung angemessener Versorgung vor allem für Menschen mit geringem Einkommen (zur gesundheitsökonomischen Debatte über das RAND HIE siehe *Rice 2004*).

2.5 Weitere Thinktanks

Eine wichtige Rolle für die Entwicklung innovativer Versorgungsformen spielt seit den 1980er-Jahren die Robert Wood Johnson Foundation (www.rwjf.org), in der ein weiterer Schüler von White, nämlich Robert Blendon (geboren 1943), von 1972 bis 1987 eine führende Rolle spielte. Diese Stiftung hat maßgeblich für die Idee einer nationalen Krankenversicherung geworben und immer wieder empirische Beiträge zu einer Outcome-orientierten Forschung geleistet (zum Beispiel Versorgung multimorbider alter Menschen). Gleichzeitig beobachtet die Stiftung systematisch die internationale HSR-Forschung: Ein ganz aktuelles Beispiel ist der Hinweis auf ein interaktives Register in Schweden zu rheumatischen Erkrankungen, das betroffenen Patienten eine aktive Beteiligung ermöglicht (*Leviton und Mende, 2016*). Eine weitere bedeutende Persönlichkeit der Stiftung ist Linda Aiken (geboren 1943), Professorin für Pflegewissenschaft und Soziologie, die 1987 an der Universität von Pennsylvania das Center for Health Services and Policy Research (www.nursing.upenn.edu/chopr) gründete, eines der ersten großen pflegewissenschaftlichen Institute der USA.

3 Die Bedeutung der Pflegewissenschaften

Die Pflegewissenschaften spielen für die Entwicklung der Versorgungsforschung eine wichtige und dennoch häufig unterschätzte Rolle. Sie haben zentrale Beiträge zur ganzheitlichen Betrachtung von Krankheitskarrieren beige-steuert und die Bedeutung des Einnehmens der Patientenperspektive als unverzichtbar herausgestellt. Für die jüngere Vergangenheit wird hier auf einen (vor allem in der Politik nach wie vor viel zu wenig beachteten) Beitrag der Arbeitsgruppe von Linda Aiken zur Bedeutung der Akademisierung der Pflege mit Blick auf den Einfluss qualifizierter Pfleger auf die Mortalität von Krankenhauspatienten hingewiesen. In einem Interview führt Aiken selbst dazu aus: „Wir haben dann 2003 im JAMA (Journal of the American Medical Association, Anmerkung der Redaktion) einen Artikel veröffentlicht, der wirklich einen Wendepunkt in den Publikationen darstellte, nicht nur, weil er zeigte, dass die Ausbildung in der Krankenpflege einen Einfluss auf die Mortalität hatte, sondern auch, weil eine neue Perspektive aufgezeigt wurde, die Bedeutung

des Pflegeberufs zu untersuchen. Wir sagten uns: Ein bestimmtes (Aus-)Bildungsniveau kann ein Merkmal eines Individuums sein, aber auch eines Krankenhauses. Krankenhäuser können einen höheren oder niedrigen Anteil von Krankenpflegern mit akademischer Ausbildung haben ... Wir fanden heraus, dass jede Steigerung des Anteils von akademisch ausgebildeten Krankenpflegern um zehn Prozent mit einer Abnahme der Sterblichkeit um sieben Prozent einher-geht“ (Aiken et al. 2014).

Trotz ihres empirischen Nachweises, so berichtet Aiken in diesem Interview weiter, dass sich diese Zusammenhänge in verschiedenen regionalen Räumen reproduzieren ließen, bestünde gerade in Europa große Skepsis, ob die Daten tatsächlich außerhalb der USA gültig sein könnten. Vergleichbare Studien der Versorgungsforschung gibt es in Deutschland noch nicht. Hier ist die Integration beziehungsweise Vernetzung der Pflegeforschung in ein Gesamtkonzept zur Versorgungsforschung eine der großen Herausforderungen des nächsten Jahrzehnts. Systematische Beiträge hierzu liefern die vier vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Pflegeforschungsverbände (BMF 2016). Man kann mit gutem Grund aber auch argumentieren: Es bedeutete – forschungsbasiert – absehbar eine Schwächung der Qualität der Krankenhausversorgung, mit Einführung der Fallpauschalen in den ersten Jahren massiv Stellen im Pflegebereich abzubauen. Dies ist das vielleicht aktuellste Beispiel dafür, wie bei einer gesundheitspolitischen Megareform in Deutschland durch Fehlanreize oder falsch verstandene Signale (das wäre die gutartige Deutung) Kernbefunde von HSR nicht berücksichtigt wurden und wie Krankenhausmanager, bewusst oder unwissend, vermeidbare Risiken in Kauf genommen haben.

4 Forschungsförderung durch die Politik

Zurück zur Historie von HSR in den USA: 1981 wurde die Association for Health Services Research gegründet, die vor allem darum bemüht war, gegen die immer stärker werdende Ideologie der Deregulierung des Gesundheitsmarktes die Idee einer fairen und finanzierbaren nationalen Gesundheitsversicherung am Leben zu erhalten. Die tragenden Repräsentanten verstanden sich sowohl als Wissenschaftler als auch als Lobbyisten für die Idee einer gerechten Gesundheitsversorgung: Hier kommt besonders gut zum Ausdruck, dass Versorgungsforschung unausweichlich den ambivalenten Beigeschmack von Politiknähe gewinnt.

1989 gründete die Regierung der USA dann im Sinne einer Gegenbewegung die Agency for Health Care Policy and Research (1999 unbenannt in Agency for Health Care

Research and Quality – AHRQ). Damit begann eine weitere Phase des Dialogs zwischen Wissenschaft und Politik über die Optimierung der Versorgung. Dies hatte zum Ergebnis, dass die Politik immer wieder mit unbequemen Botschaften der Forschung haderte, da es unterschiedliche Auffassungen insbesondere zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung gab. Es ist schlichtweg so: Politik will Erfolgsbotschaften verkünden, Wissenschaft ist skeptisch – und beides passt erst einmal nur in Sternstunden zusammen.

An der Schnittstelle von klinischer Forschung und Health Services Research entstand ab 2009 ein neues, umfangreich staatlich gefördertes Programm zu einer Forschungsrichtung, die Comparative Effectiveness Research (CER) genannt wurde. Eine blendende Idee: nämlich in der Versorgungsforschung die Frage nach überlegenen Systemansätzen zu stellen. Finanziert wird das Programm vom Department of Health and Human Services. Wesentliche Auftraggeber für Studien sind die National Institutes of Health (NIH), die klassische klinische Studien koordinieren, und die Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), die – vereinfacht gesagt – durch Forschungsaufträge stärker auf eine leitlinien-gestützte Versorgung hinwirken soll. „Comparative“ (vergleichend) meint dabei im Grunde nichts anderes als die Suche nach einem geeigneten Komparator, so wie dies in randomisierten, kontrollierten Studien immer der Fall ist.

Dieses mit hohen Anfangserwartungen versehene staatlich finanzierte Projekt zielt einmal mehr darauf ab, nach effizienteren Versorgungsformen auf dem Boden methodisch guter Studien zu suchen. Es geht von der bitteren Erfahrung aus, dass ein hoher Anteil an klinischen Routinen nicht ausreichend evidenzbasiert ist, und versucht, systematischer als bisher zugleich die Patientensicht auf Versorgung in der Implementierungsforschung zu berücksichtigen. Erste Zwischenbilanzen zeigen, dass es sehr schwer ist, überhaupt schon einmal die gewohnten Bahnen der klassischen klinischen Forschung zu verlassen, das heißt, die Fehlverwendung der zur Verfügung gestellten Mittel für klassische klinische Studien zu vermeiden (Gerhardus 2012). Da, wo große Forschungstöpfe hingestellt werden, bedienen sich professionelle, eingeübte Teams an Universitätskliniken mit geschickt getexteten Versprechungen in Richtung „Verbesserung des Systems“, um ihre traditionellen medizinischen Studien weiterzufinanzieren.

Die letzte Gründung eines an Versorgungsfragen interessierten Instituts in den USA – es heißt Patient-Centered Outcomes Research Institute – fokussiert nun auf die Unterstützung von Kranken bei der Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess, und die geförderten Projekte sind wieder näher an klinischer Forschung als an Systemfragen (www.pcori.org). Dieses in Washington D.C. beheimatete, unabhängige wissenschaftliche Institut wurde vom US-Kongress gegrün-

det und wird vom Staat und den Versicherern finanziert (jährliches Budget: 150 Millionen US-Dollar).

5 Forschung und Politik im Streit

Es zeichnete sich immer klarer ab, dass die Interessenlagen von Politik und unabhängiger Forschung nicht zwanglos zur Deckung zu bringen waren. Ein unabweislich politiknahes Feld wie die Versorgungsforschung muss vielleicht Tribute zahlen, darf aber seine Identität als Wissenschaftsdisziplin nicht aufgeben. Insofern sind die Lehren aus der Versorgungsforschung in den USA und Europa für die aktuelle Debatte in Deutschland, nicht zuletzt um die Chancen des Innovationsfonds, von großem Interesse. Schließlich haben manche dieser Länder einen Vorsprung von gut 20 Jahren bei ihren Erfahrungen mit dem Einfluss von Ergebnissen der Versorgungsforschung auf die Politik und den medizinischen Alltag. Ein großer Dachverband von Health Services Research in den USA namens Academy Health hat jüngst folgende Bilanz gezogen: „Politische Entscheidungsträger, egal ob in der Regierung oder in der Versorgung, müssen sich mit Themen wie Kosten, Zugang zur Versorgung, Qualität und Behandlungsergebnisse auseinandersetzen, für die evidenzbasierte Lösungen gesucht werden. Gesundheitswissenschaftler liefern Studien, welche sich mit vielen dieser Fragen beschäftigen. Aber die schon lang bestehende Kluft zwischen dem, was man weiß, was verwendet wird und was implementiert wird, und die Notwendigkeit der effektiven Wissensübertragung und -verbreitung bleibt bestehen“ (Gluck und Hoadley 2015).

Das Binnenverhältnis zwischen Politik und Versorgungsforschung ist neben der Unterschätzung der Komplexität von Versorgungsformen durch die Forschung gewissermaßen der Klassiker zum Verständnis wesentlicher Barrieren der Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Praxis. Ein hochkarätig besetztes Feld aus der internationalen Versorgungsforschung brachte die sich ewig wiederholenden Probleme auf den Punkt. Der Engländer Nick Black zeigte dem Protokoll der Gezondheidsraad-Tagung (Gezondheidsraad 2008, 2) zufolge zunächst die ökonomische Rangordnung in der Gesundheitsforschung auf, ehe er auf elementare Missverständnisse seitens der Forschung zu sprechen kam: „Insgesamt stehen 2007–2008 rund 1,3 Milliarden Pfund für Gesundheitsforschung zur Verfügung. 90 Prozent davon werden für biomedizinische Forschung in kompetitiven Verfahren ausgegeben, etwa sechs Prozent stehen für Versorgungsforschung zur Verfügung. Laut Black glauben die Versorgungsforscher, dass die Politiker dankbar für die Ergebnisse seien und nach den Forschungsergebnissen handeln sollten, und falls sie dies nicht tun, als dumm bezeichnet werden müssten. Insofern sollte man nicht nur Politikern beibringen, den Wert von Forschung zu verstehen, sondern ebenso Forschern, wie Politik

funktioniert. Schließlich seien wissenschaftliche Ergebnisse nur einer von vielen Pfeilern, auf denen die Politik fußt.“

Und Peter Groenewegen aus den Niederlanden hierzu: „Die Umstände, die gegenwärtig den Beitrag der Versorgungsforschung zur evidenzbasierten Gesundheitspolitik begrenzen, liegen in der suboptimalen Verbindung zwischen Forschern und Entscheidern, im suboptimalen Verhältnis zwischen Auftragsforschung und unabhängiger Forschung und im suboptimalen Umfang relevanter Forschung“ (Gezondheidsraad 2008, 5).

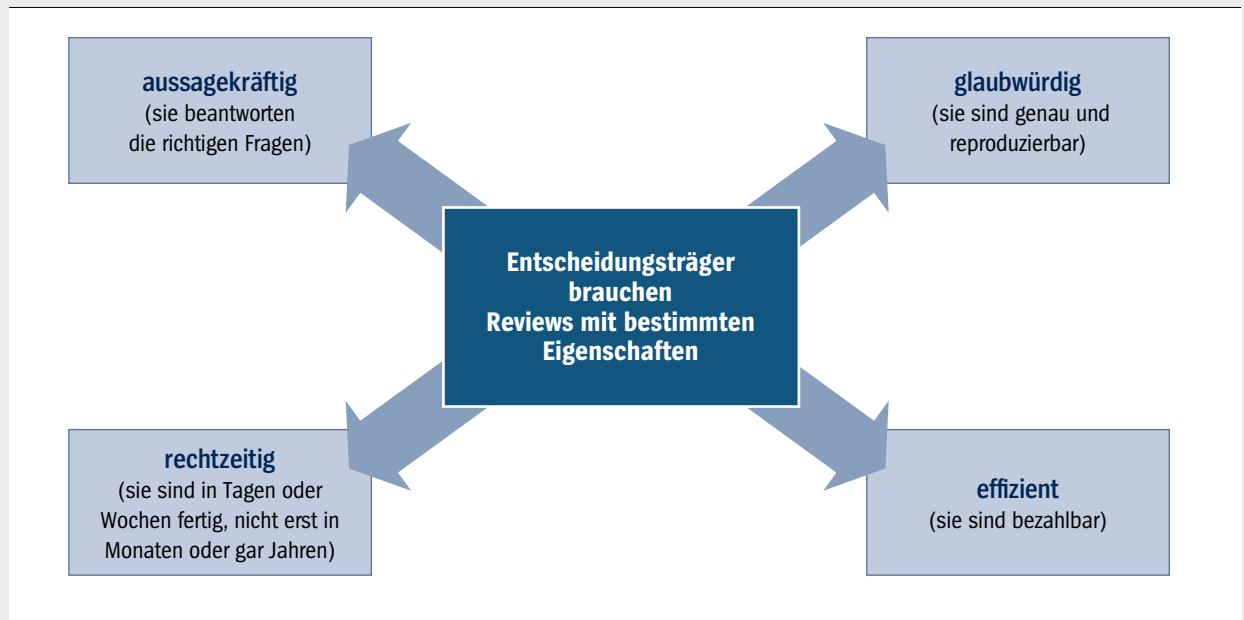
6 Der Abschied von Illusionen

Zwei erfahrene Forscher der Harvard School of Public Health haben mit Blick auf die US-Erfahrungen in Health Services Research dazu aufgerufen, sich intensiver mit den systemischen Grundlagen von Entscheidungen in der Gesundheitspolitik zu befassen (Blendon und Steel Fisher 2009). Sie machen auf einen bislang wenig beachteten Grundfehler dieser Forschung aufmerksam: auf die zu schlichte Annahme, dass man auf den gewaltigen Erfolgen der biomedizinischen Forschung aufbauen könne, die mit den Innovationen der Antibiotika-Ära und der Impfungen verknüpft werden. Die Fragen des gleichen Zugangs zur Versorgung oder angemessener Qualität oder Kosteneffizienz könnten nun nicht mit den vergleichsweise schlichten Studiendesigns dieser biomedizinischen Forschung bearbeitet werden. Zweitens sei notwendig, sich schonungslos mit den Konsequenzen aller zentralen Hypothesen der Versorgungsforschung zu beschäftigen. Als Beispiel verweisen sie auf die Pay-for-Performance-Debatte, deren wahrhaft ernüchternde Resultate in immer neuen Studien reproduziert worden seien, ohne nach dem Grund für dieses „Scheitern“ zu fragen. Sie regen an, sich anzuschauen, wie viel klüger dieselbe Forschungsrichtung in der Bildungspolitik gelaufen sei, die nach entsprechenden Studien viel realistischer mit der Idee umgegangen sei, die Bezahlung von Lehrpersonal an die Prüfungsresultate der Schüler beziehungsweise Studierenden zu knüpfen und damit die Unterrichtsqualität zu steigern (Olson 2007). Eine wichtige Frage jedweder strategisch ausgerichteter Forschung muss – etwas salopp gesagt – auch sein, „von toten Pferden abzusteigen“. Das zu unterscheiden ist freilich mit der Frage verbunden, wie stark der Einfluss von Partikularinteressen auf das Beharrungspotenzial der Gesundheitspolitik ist.

7 Bilanz: Realismus tut not!

Das führt abschließend zu Einschätzungen, die alle Systeme unterschiedlichen Finanzierungs- und Organisationstypus offenbar leidvoll teilen. Die Logiken von Politik und Wis-

ABBILDUNG 1

Von Academy Health formulierte Anforderungen an *evidence reviews*

Academy Health geht davon aus, dass *evidence reviews* für politische Entscheidungsträger unter anderem dann sehr nützlich sein können, wenn sie als *rapid reviews* konzipiert werden. Um aussagefähige Papiere produzieren zu können, ist allerdings eine ausgebaute Infrastruktur nötig (schnell verfügbare Daten, Personal mit Fachwissen etc.).

Quelle: Gluck/Academy Health, eigene Übersetzung; Grafik: G+C Wissenschaft, 2017

senschaft passen gerade dann nicht zusammen, wenn beide Seiten es ernst meinen. Das beschreibt keinen Skandal, sondern ein notwendiges Spannungsverhältnis in einer demokratischen Gesellschaft (*Schmacke 2010, 121*). Aber genau deshalb stößt Versorgungsforschung immer wieder an Grenzen. Gleichwohl sollte es selbstverständlich sein, im Sinne der Forschungsethik bei der Entwicklung neuer Studien die bestehende Literatur sorgfältig aufzubereiten und neue Anläufe gegen Windmühlenräder gut zu begründen. Die Entwicklung relevanter Forschungsfragen – nach dem Motto „Was soll besser werden?“ oder auch „Worüber wissen wir nicht genug?“ – ist weniger banal, als das auf den ersten Blick wirken könnte. Auch gut gemeinte und immer ernst zu nehmende Ratschläge, die Kluft zwischen Politik und Wissenschaft zu verkleinern, sollten die Versorgungsforschung nicht dazu ver-

leiten, notwendige methodische Standards aufzuweichen. Ordentliche *rapid reports*, wie sie Academy Health fordert (siehe Abbildung 1), setzen voraus, dass es eine solide Infrastruktur dafür im Wissenschaftssektor gibt. Versorgungsforschung ist sonst immer in Gefahr, als Gefälligkeitsforschung abgetan werden zu können.

Wenn man sich trotz exzellenter Studienergebnisse die Zähne an bestimmten Problemen unzulänglich wirkender Versorgung mehrfach ausgebissen hat, dann verweist das im Zweifelsfall auf unüberbrückbare Differenzen zwischen Wissenschaft und Politik beziehungsweise zwischen Wissenschaft und Partikularinteressen. Politik kann von Evidenzbasierung durch Versorgungsforschung viel lernen, aber sie muss selbst handeln wollen.

Literatur

Aiken LH et al. (2003): Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. *Journal of the American Medical Association*, Vol. 290, No. 12, 1617–1623

Aiken LH et al. (2014): Nurse Staffing and Education and Hospital Mortality in Nine European Countries: a Retrospective Observational Study. *The Lancet*, Vol. 383, No. 9931, 1824–1830

Berkowitz E (2003): History of Health Services Research Project. US National Library of Medicine, National Institute of Health; www.nlm.nih.gov/hmd/nichsr/intro.html

Blendon RJ, Steel Fisher GK (2009): Commentary: Understanding the Underlying Politics of Health Care Policy Decision Making. *Health Services Research*, Vol. 44, No. 4, 1137–1142

BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (2016): Pflegeforschung. Liste der abgeschlossenen Vorhaben; www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/1216.php

Donabedian A (1966): Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 44, No. 3, 166–206; <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x/pdf>

Gerhardus A (2012): Anderer Name, gleicher Inhalt? Comparative Effectiveness Research und Patient-Centered Outcomes Research in den USA. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Vol. 106, No. 7, 479–483

Gluck ME, Hoadley J (2015): Moving Health Services Research Into Policy and Practice: Lessons from Inside and Outside the Health Sector. *AcademyHealth*; rpp.wtgrantfoundation.org/library/uploads/2016/08/Academy-Health_Moving-Health-Services.pdf

Gezondheidsraad (2008): Health Services Research: Lessons from Abroad; www.gezondheidsraad.nl/en/news/health-services-research-lessons-from-abroad-0

Leviton L, Mende S (2016): How a Swedish Model of Care is Making an Impact in the U.S.; www.rwjf.org/en/culture-of-health/2016/09/how_a_swedish_model.html

Newhouse JP (1993): Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. Cambridge, MA: Harvard University Press

Olson L (2007): Teacher-Pay Experiments Mounting Amid Debate. *Education Week*, Vol. 26, No. 6, 1–14

Rice T (2004): Stichwort: Gesundheitsökonomie. Eine kritische Auseinandersetzung. Bonn: KomPart Verlagsgesellschaft (Originalausgabe: *The Economics of Health Reconsidered*. Chicago Illinois: Health Administration Press, 1998)

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

Schmacke N (2011): Dilemmata in der Versorgungsforschung. Ein Plädoyer für mehr Ergebnisoffenheit. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 11, Heft 4, 16–22

Schmacke N (2015): Das Q-Fieber in der Gesundheitspolitik: über die Frage der Immunisierung. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 69, Heft 2, 21–15

Starfield B (1991): Primary Care and Health. A Cross-National Comparison. *Journal of the American Medical Association*, Vol. 266, No. 16, 2268–2271

Starfield B (2008): Refocusing the System. *New England Journal of Medicine*, Vol. 359, No. 20, 2087–2091

Wennberg JE, Gittelsohn A (1973): Small Area Variations in Health Care Delivery. *Science*, Vol. 182, No. 4117, 1102–1108

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

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. Oktober 2003 bis September 2011 Leiter der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung in Bremen, seither Mitglied des Instituts für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen. Seit 2004 unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss.