

## Versorgungsforschung

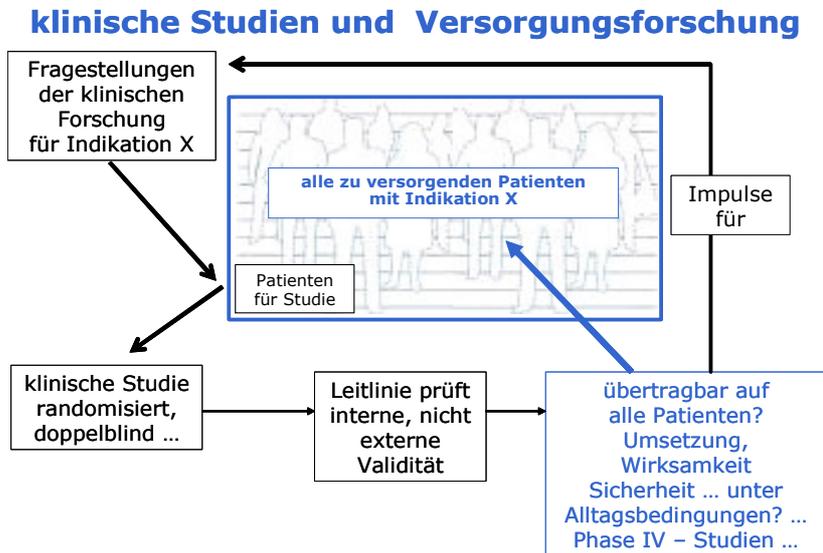
**Versorgungsforschung** ist ein grundlagen- und anwendungsorientiertes fachübergreifendes Forschungsgebiet, das die Versorgung Einzelner und ganzer Bevölkerungsgruppen mit gesundheitsrelevanten Dienstleistungen und Produkten **unter Alltagsbedingungen** wissenschaftlich untersucht. Dabei steht die allgemeinmedizinische Perspektive im Vordergrund, da diese die breite Versorgung der Bevölkerung maßgeblich bestimmt und in der Hand des Hausarztes meist die Versorgungs- und Behandlungsstränge zusammenlaufen. Versorgungsforscher wollen wissen, wie Finanzierungssysteme, soziale und individuelle Faktoren, Organisationsstrukturen und –prozesse und Gesundheitstechnologien den Zugang der Patienten und Versicherten zur Kranken- und Gesundheitsversorgung beeinflussen und sich auf deren Ergebnisse (outcome), ihre Qualität und die Kosten auswirken. Gegenstand der Versorgungsforschung ist mithin die „letzte Meile“ des Gesundheitssystems, das heißt, sie zeichnet sich durch ihre besondere Nähe zur klinisch praktischen Patientenversorgung, der ärztlichen Tätigkeit, aus. Ziel der Versorgungsforschung ist es, die Kranken- und Gesundheitsversorgung als ein System zu entwickeln, das durch das Leitbild der „**lernenden Versorgung**“ gekennzeichnet ist und das dazu beiträgt, Optimierungsprozesse zu fördern und Risiken zu vermindern <sup>1</sup>.

**Themen der Versorgungsforschung** sind unter anderem nach dem Memorandum der Kongresskommission für Versorgungsforschung <sup>2</sup>:

- Gesundheitssystemanalyse
- Leistungsmessung und -bewertung im GW
- Qualitätssicherung und -management
- Implementierung und Umsetzen von Leitlinien
- Transfer klinischer Studienergebnisse
- Kosten der Versorgung und Kosten-Nutzen-Verhältnis
- Organisation der stationären, ambulanten und integrierten Versorgung
- Implementierungsmöglichkeiten für eine integrierte Versorgung
- Patientensouveränität, Patientenrechte, Patienteninformation

Der **methodische Ansatz** der Versorgungsforschung - auch als real-time science bezeichnet - ist im Wesentlichen die **Beobachtungsstudie** <sup>3, 4</sup>. Der Status quo soll festgestellt und gegebenenfalls eine statistisch signifikante sowie relevante Variabilität im Bezug auf die Umsetzung der State-of-the-Art Versorgung erkannt werden. Die Ursachen für diese Variabilität sollen analysiert und aufgezeigt werden, letztendlich mit dem gleichen Ziel wie in der klinischen Forschung, nämlich zu lernen, um eine bessere medizinische Versorgung zu erreichen <sup>5, 6</sup>. Über erkennbare Abweichungen zum Standard und im Vergleich zu anderen Versorgungsträgern sollte kommuniziert werden. Wenn man erklären kann, wie ein besseres Versorgungsergebnis erreicht und ein schlechteres vermieden werden kann, sind solche vergleichenden Auswertungen besonders wertvolle Beiträge zur Versorgungsqualität <sup>7, 8</sup>. Dieser Kreisprozess der Versorgungsforschung mit Rückkopplung der Ergebnisse kann Lernprozesse unterstützen und Erkenntnisse liefern, welche eine randomisierte Studie nicht bieten kann <sup>3, 9</sup>. Aufgabe der Versorgungsforschung ist es somit, Wissen über die Routineversorgung zu gewinnen, zu bewerten und zu hinterfragen, und gegebenenfalls Veränderungen zu initiieren.

Die **Bedeutung der Versorgungsforschung für die klinische Forschung** resultiert aus dem Prozess des Hinterfragens vor allem dann, wenn keine plausiblen Ursachen für vorhandene oder nicht vorhandene Variabilität der Ergebnisqualität gefunden werden. Im Zuge dieses Hinterfragens können sich auch innovative Hypothesen ergeben. Neue Fragen führen gegebenenfalls zu neuen Sichtweisen auf ein Krankheitsbild, die wiederum **Anstöße für die klinische Forschung** bedeuten können.



**Krebserkrankungen** sind unter anderem aufgrund der Häufigkeit der Erkrankungen, der Prognose, der interdisziplinären Versorgung, der Dynamik der Innovationen, der Problematik der mangelnden Übertragbarkeit von in Studien erprobten Therapiestrategien auf Patienten im fortgeschrittenen Alter und der Kosten der Versorgung ein herausragendes Anwendungsfeld für Versorgungsforschung. Alle Daten, die zusätzlich zu den epidemiologischen Kenngrößen Inzidenz und Mortalität aufbereitet werden, belegen die Bemühungen des Tumorregisters München und unterstreichen, dass klinische Krebsregistrierung ein integraler Bestandteil der Versorgung sein sollte und in Teilaspekten bereits ist.

Dies verdeutlichen die Tumorspezifischen Auswertungen des Tumorregisters München (TRM). Zusätzlich ist eine Auswahl von gesonderten Projekten zur Versorgungsforschung unter „Projekte des TRM zur Versorgungsforschung (Auswahl)“ zusammengestellt.

Literatur:

1. Gerst T. Top III: Förderung der Versorgungsforschung - Zahlen, Daten, Fakten schaffen. Dtsch Arztebl 2005;102(19):1334-8.
2. Badura B, Busse R, Gostomzyk J, Paff H, Rauch B, Schulz KD. Memorandum zur Versorgungsforschung in Deutschland: Situation - Handlungsbedarf - Strategien. [http://www.zvfkd.de/content/e89/e441/e444/MemorandumzurVersorgungsforschung13\\_gerpdf](http://www.zvfkd.de/content/e89/e441/e444/MemorandumzurVersorgungsforschung13_gerpdf) 2003.
3. Berwick DM. Harvesting knowledge from improvement. JAMA 1996;275(11):877-8.
4. Naylor CD, Guyatt GH. Users' guides to the medical literature. X. How to use an article reporting variations in the outcomes of health services. The Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA 1996;275(7):554-8.
5. Halm EA, Chassin MR. Why do hospital death rates vary? N Engl J Med 2001;345(9):692-4.
6. Detsky AS. Regional variation in medical care. N Engl J Med 1995;333(9):589-90.
7. Chen J, Radford MJ, Wang Y, Marciniak TA, Krumholz HM. Do "America's Best Hospitals" perform better for acute myocardial infarction? N Engl J Med 1999;340(4):286-92.
8. Epstein AM. Volume and outcome--it is time to move ahead. N Engl J Med 2002;346(15):1161-4.
9. Black N. Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. BMJ 1996;312(7040):1215-8.