



## Arbeitskreis „Versorgungsforschung“ beim Wissenschaftlichen Beirat

### Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung

Dieses Papier wurde am 08.09.2004 unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Schwartz vom „Arbeitskreis Versorgungsforschung“ beim Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer verabschiedet.

Mitglieder der Redaktionsgruppe waren: Prof. Dr. Hofmann, Greifswald, Frau Prof. Dr. Kurth, Berlin, Prof. Dr. Ohmann, Köln, Prof. Dr. Pfaff, Köln (Federführender), Prof. Dr. Schwartz, Hannover, und Prof. Dr. von Troschke, Freiburg.

### Definition der Versorgungsforschung

#### Methodische / funktionale Definition

Versorgungsforschung ist ein grundlagen- und anwendungsorientiertes fachübergreifendes Forschungsgebiet, das

1. die Inputs, Prozesse und Ergebnisse von Kranken-<sup>1</sup> und Gesundheitsversorgung<sup>2</sup>, einschließlich der auf sie einwirkenden Rahmenbedingungen mit quantitativen und qualitativen, deskriptiven, analytischen und evaluativen wissenschaftlichen Methoden beschreibt,
2. Bedingungsbeziehungen soweit möglich kausal erklärt sowie
3. zur Neuentwicklung theoretisch und empirisch fundierter oder zur Verbesserung vorhandener Versorgungskonzepte beiträgt,
4. die Umsetzung dieser Konzepte begleitend oder ex post erforscht und
5. die Wirkungen von Versorgungsstrukturen und -prozessen oder definierten Versorgungskonzepten unter Alltagsbedingungen mit validen Methoden evaluiert.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Unter **Krankenversorgung** wird die medizinische und psychosoziale Betreuung, Pflege, Diagnose, Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge eines kranken Menschen durch medizinische und nicht-medizinische Anbieter von Gesundheitsleistungen verstanden, einschließlich der Förderung der Selbstkompetenz und Selbstversorgung.

<sup>2</sup> Der Begriff der **Gesundheitsversorgung** umschließt alle Formen sowohl individuumsbezogener als auch populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung, die durch medizinische und nicht-medizinische Gesundheitseinrichtungen und -fachkräfte erbracht werden (Institutions- und Professionsprinzip); dies schließt auch die Förderung der Selbstkompetenz und Selbstversorgung ein.

<sup>3</sup> Der methodische Forschungsansatz der fünften Funktion der Versorgungsforschung (Evaluation der Wirkungen von Versorgungsstrukturen und -prozessen oder definierten Versorgungskonzepten unter Alltagsbedingungen mit validen Methoden) schließt von den fünf Forschungsebenen

- (I) experimentelle Grundlagenforschung und ätiologisch orientierte epidemiologische Studien (erzeugen Innovationspotentiale)
- (II) klinische und klinisch-epidemiologische Forschung sowie quasi-experimentelle epidemiologische Studien (schaffen Evidenz unter kontrollierten Bedingungen, häufig unter idealtypischen Bedingungen)
- (III) Metaanalyse und systematische Reviews (kompilieren und bewerten verfügbare Evidenz)
- (IV) Evidenzbasierte Medizin (implementiert die beste verfügbare Evidenz in die Praxis) und
- (V) Evaluation der Wirkungen implementierter Versorgungsstrukturen unter Alltagsbedingungen

die Ebenen I, III, IV teilweise und die Ebene V vollständig ein.

Die fünfte Funktion der Versorgungsforschung erweist sich sowohl als notwendige Ergänzung zur experimentellen Grundlagenforschung, die Potenziale für klinische Innovationen erzeugt, als auch als Ergänzung zu einer epidemiologischen und klinischen Forschung, in der ätiologische (auf das Verständnis kausaler Mechanismen oder die Wirksamkeit von Interventionen unter idealen Studienbedingungen [efficacy] gerichtete) Forschungsansätze die Schwerpunkte bilden<sup>4</sup>. Unter dem Versorgungsforschungs-Paradigma werden Hypothesen zur Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen (effectiveness, relative Wirksamkeit) und im Hinblick auf die Effizienz in der realen Versorgungswelt getestet.

### **Inhaltliche Definition**

Versorgungsforschung ist die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung von Einzelnen und der Bevölkerung<sup>5</sup> mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen.

Zu diesem Zwecke studiert die Versorgungsforschung, wie Finanzierungssysteme, soziale und individuelle Faktoren, Organisationsstrukturen und -prozesse und Gesundheitstechnologien den Zugang zur Kranken- und Gesundheitsversorgung sowie deren Qualität und Kosten und letztendlich unsere Gesundheit und unser Wohlbefinden beeinflussen<sup>6</sup>. Die Beobachtungseinheiten umfassen Individuen, Familien, Populationen, Organisationen, Institutionen, Kommunen etc.

### **Zielsetzung der Versorgungsforschung**

Das Ziel der Versorgungsforschung ist, 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. Dabei ist die Versorgungsforschung den Zielen Humanität, Qualität, Patienten- und Mitarbeiterorientierung<sup>7</sup> sowie Wirtschaftlichkeit gleichermaßen verpflichtet.

Die Ergebnisse der Versorgungsforschung werden genutzt, um die Akteure im Gesundheitswesen, insbesondere die Politik auf der Basis valider wissenschaftlicher Erkenntnisse in

---

<sup>4</sup> Vgl. Denkschrift der DFG zur Klinischen Forschung (1999)

<sup>5</sup> vgl. § 1 (1) Satz 1 (*Muster-)*Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte: „Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung.“

<sup>6</sup> Aufgabenstellung in Anlehnung an: Lohr, K. N., Steinwachs D. M. (2002). "Health Services Research: An Involving Definition of the Field." *Health Services Research*, 37 (1), S. 15-7.

<sup>7</sup> Unter „Mitarbeiter“ werden alle professionellen Leistungserbringer der Kranken- und Gesundheitsversorgung verstanden.

größtmöglicher Objektivität und Transparenz zu unterstützen und zu beraten<sup>8</sup>. Hierzu entwickelt die Versorgungsforschung Verfahren und Standards für eine angemessene Kommunikation der Ergebnisse mit dem Ziel, letztere wirksam in die Praxis umzusetzen („science-, practice- and policy-impact“).

### **Systematik / Komponenten**

In der amerikanischen *health services research* hat sich zur Untersuchung des Gesundheitssystems das „input – throughput – output – outcome“-Modell bewährt. Im Rahmen dieser Systematik lassen sich verschiedene Forschungsgebiete unterscheiden:

Die Input-Forschung untersucht alle Einflussfaktoren, die den Eintritt in das System bedingen (z. B. Versorgungsbedarf, Inanspruchnahmeverhalten und dessen Barrieren [z. B. Compliance, Patiententypen]) oder die Voraussetzungen für die Versorgung darstellen (z. B. Weiterbildung der Ärzte).

Die Throughput-Forschung untersucht die organisatorischen, diagnostischen und therapeutischen Strukturen und Prozesse (z. B. Wartezeiten, Schnittstellen, OP-Management, Implementierung und Anwendung von Leitlinien, partizipative Entscheidungsfindung, Einfluss der Arzt-Patient-Beziehung auf das Versorgungsgeschehen, Versorgungsketten und Klinische Pfade).

Die Output-Forschung untersucht die unmittelbar erbrachten Versorgungsleistungen (z. B. Diagnosen, Eingriffe), unabhängig von ihrer Wirkung auf das Outcome.

Die Outcome-Forschung untersucht das Erreichen des eigentlichen gesundheitlichen Zieles. Hierzu gehören kurzfristige Ziele (z. B. Wundheilung) ebenso wie langfristige Ziele (z. B. Lebenserwartung, Lebensqualität).

Versorgungsforschung besteht aus Grundlagenforschung und Anwendungsforschung. Dabei zielt die Grundlagenforschung darauf ab, fundamentale Erkenntnisse über individuelles und institutionelles Verhalten im Versorgungssystem zu gewinnen, die kurzfristig nicht praktisch verwertbar sein müssen und / oder die von krankheits- und versorgungsübergreifender Bedeutung sind. Die anwendungsorientierte Versorgungsforschung dagegen geht Fragen nach, die von sofortigem praktischen Interesse sind.

---

<sup>8</sup> Entgegen dem oft üblichen (Kurz-) Zeitinteresse politischer Alltagsentscheidungen steht für die Versorgungsforschung die Langfristigkeitsperspektive im Vordergrund.

## Abgrenzung der Versorgungsforschung

Uneingeschränkt zur Versorgungsforschung zählen

- die Grundlagenforschung in versorgungsrelevanten Bereichen (z. B. kognitive und kommunikative Prozesse, Compliance, Arzteinstellungen, Determinanten von Arztentscheidungen)
- Untersuchungen zur Arbeitszufriedenheit und zu den Arbeitsbedingungen der Ärzte und der anderen Gesundheitsberufe
- Untersuchungen zur Arzt-Patient-Beziehung
- Qualitätsforschung (z. B. Qualitätssicherung, -entwicklung, -management) zu Versorgungsleistungen
- Untersuchungen ökonomischer Aspekte der Versorgung
- Inanspruchnahmeforschung, Bedarfsforschung, sonstige Untersuchungen zur Versorgungsepidemiologie
- Methodische Entwicklungen im Bereich der Versorgungsforschung (z. B. risk adjustment, multivariate Modelle, Erhebungsinstrumente)
- klinische Studien, Metaanalysen und systematische Reviews zur *effectiveness*
- HTA, sofern sie *effectiveness* untersucht
- Arzneimittel- und Medizinprodukte-Studien unter Alltagsbedingungen (sog. Phase IV-Studien)

Bedingt zur Versorgungsforschung zählen, abhängig davon, ob ein Versorgungsbezug gegeben ist, u. a. die Fächer

- Public Health
- Gesundheitssystemforschung
- Gesundheitsökonomie
- Organisationsforschung

Nicht zur Versorgungsforschung zählen:

- HTA, Metaanalyse und systematische Reviews, sofern diese nur *efficacy* untersuchen
- klinische Studien zur *efficacy* (die also unter Idealbedingungen durchgeführt werden)

- Arzneimittelstudien der Phasen I-III
- Studien, die nicht explizit gesundheitsbezogene Dienstleister untersuchen
- die analytische Epidemiologie zur Ursachen- und Risikoermittlung, die sich nicht auf spezifische Versorgungsformen bezieht.

Berlin, im September 2004