

punkte in denen eine hervorragende Infrastruktur für forschende Kliniker besteht.

Letztlich bleibt die Frage: Muss ein Unfallchirurg überhaupt forschen oder können das Biologen, Ingenieure, Bioingenieure nicht ohnehin besser? Ein Biologe mit Tierversuchserfahrung kann ja auch nicht an der Patientenversorgung teilnehmen.

Besonders in der angewandten Grundlagenforschung, der krankheits- und patientenorientierten Forschung besteht eine klare Notwendigkeit für forschende Chirurgen! Ebenso wie in den internistischen Fachdisziplinen kann auch in den operativen Fächern der „Clinical Scientist“ mit einem deutlichen

Schwerpunkt in der Forschung auf hohem Niveau und der klinischen Anbindung in einer Spezialsprechstunde das ideale Bindeglied in der Translation von der Grundlagenforschung in die klinische Umsetzung sein. Er kann in besonderem Maße die bestehenden Fragestellungen nach der klinischen Bedeutung gewichten. Neben einer adäquaten, im Vergleich zu den rein klinisch tätigen Ärzten angepassten Bezahlung verbindet diese Stellung zudem in besonderem Maße das Hochschulprivileg der Freiheit von Forschung und Lehre mit dem ärztlichen Privileg der Patientenversorgung.

Es sollten also die Bedingungen geschaffen werden, dass aus 442.000 hoch motivierten und qualifizierten Abiturienten die besten und klügsten Köpfe für eine solche Stelle in der unfallchirurgischen Forschung gewonnen werden können.

*PD Dr. Matthias Schieker
Klinisches Osteologisches Schwerpunkt-Zentrum
(DVO)
Chirurgische Klinik – Innenstadt,
Klinikum der Universität München
Nussbaumstr. 20
80336 München*

Statusreport Versorgungsforschung – Wunsch und Wirklichkeit

E.A.M. Neugebauer

Versorgungsforschung ist ein Begriff, der in der bekannten traditionellen Einteilung der Forschung, wie in der Denkschrift der DFG aus dem Jahre 1999 dargelegt, noch nicht oder nur am Rande vorkommt. Bei den „Aspekten der klinischen Forschung“ wird hier zwischen der grundlagenorientierten, der krankheitsorientierten (z.B. Tierversuche) und der patientenorientierten Forschung (v.a. klinische Studien) unterschieden. Die Versorgungsforschung ist, um in diesem Kontext zu bleiben, die 4. Säule der Forschung und untersucht die Umsetzung der Ergebnisse der klinischen Forschung „in die Praxis der Gesundheitsversorgung hinsichtlich ihrer Wirkung auf Qualität und Effizienz in individueller und soziökonomischer Perspektive“. Die zentralen Ziele sind Patientenorientierung, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung in möglichst gleichem Maße zu erreichen. International wird Versorgungsforschung als „Outcomes Research“ (the study of the end results of health services that takes patients' experiences, preferences and values into account) oder „Health Services Research“ bezeichnet. Führende Länder mit einem Vorsprung von etwa 10 Jahren sind z.B. die USA und die Niederlande.

Die Situation in Deutschland

Mit dem Beginn der jährlichen Deutschen Kongresse zur Versorgungsforschung erstmals 2002 in Köln kam dieser Forschungsbereich auch in Deutschland ins Rollen. Aus der ständigen Kongresskommission Versorgungsforschung unter Beteiligung verschiedener methodischer und klinischer Fachgesellschaften, hat sich im Mai 2006 das „Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung“ (DNVF e.V) entwickelt. Heute gehören bereits 44 Fachgesellschaften (Tendenz steigend) dem DNVF an. (www.netzwerk-versorgungsforschung.de); die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie und die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie waren neben der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCh) Gründungsmitglieder des DNVF.

Das DNVF hat es sich zum Ziel gesetzt, die an der Versorgungsforschung im Gesundheitswesen beteiligten Wissenschaftler zu vernetzen, Wissenschaft und Versorgungspraxis zusammenzuführen sowie die Versorgungsforschung insgesamt zu fördern. Darüber hinaus ist es dem DNVF ein Anliegen, durch die Bildung interdisziplinärer Arbeitsgruppen zu fächerübergreifenden Themen der Versorgungsforschung neuen wissenschaftlichen Nachwuchs zu fördern. Diese Vernetzung stellt eine neue Qualität in der Versorgungsforschung dar. Mit dem Ziel, gemeinsam wissenschaft-

lichen Fragestellungen von hoher praktischer Bedeutung nachzugehen, wird ein Brückenschlag zwischen Wissenschaft und Praxis vollzogen. Besonderer Wert wird auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen klinischen, sozialwissenschaftlichen und methodischen wissenschaftlichen Gesellschaften auf der einen Seite und Organisationen der Versorgungspraxis auf der anderen Seite gelegt. Die Hauptaktivitäten des DNVF sind: Jährliche Durchführung des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung zu wechselnden Schwerpunktthemen, Wissenschaftspolitische Aktivitäten wie das Verfassen von Memoranden zur Versorgungsforschung, Seminarangebote für Mitglieder und Interessierte zu Versorgungsforschungsmethoden wie z.B. Methoden der Versorgungsepidemiologie, der Outcomeforschung (Lebensqualität), der Registerforschung sowie die Koordination und Moderation verschiedener Arbeits- und Fachgruppen.

Die Entwicklung in Deutschland wurde durch mehrere Ausschreibungen des BMBF (unter Beteiligung der Kassen) und der BÄK zur Versorgungsforschung gefördert. Da in der Versorgungsforschung die Allgemeinmedizin eine wichtige Rolle übernimmt, wurde überdies ein spezielles Förderprogramm eingerichtet, welches neben Strukturmaßnahmen besonders die Nachwuchsförderung in den Focus stellte. Aktuell läuft eine Ausschreibung des BMBF unter dem

Titel: „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ (Deadline Antragstellung 30.9.2009)

Wunsch und Wirklichkeit

Das Konzept der Versorgungsforschung fußt auf drei Grundannahmen:

Ergebnisorientierung: Versorgungsforschung bezieht sich zwar auf Fragen der Prozess- oder Strukturqualität, richtet sich aber in erster Linie auf die Wirksamkeit (Outcome) der Methoden in der Patientenversorgung oder Prävention. Diese Ergebnisorientierung ist eng verbunden mit der Umsetzungsproblematik und dem Begriffspaar efficacy – effectiveness. Efficacy oder die absolute Wirksamkeit beschreibt die Wirksamkeit einer Methode im kontrollierten klinischen Versuch, effectiveness oder relative Wirksamkeit die Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen. Der Unterschied zwischen efficacy und effectiveness, der auch als effectiveness gap oder performance gap bezeichnet wird, kann erheblich sein. So bezieht sich in den meisten Fällen z.B. eine randomisierte klinische Studie (Ausnahme Pragmatische Studien) auf ein eng definiertes Patientenkollektiv, z. B. eine Spezialambulanz einer Universitätsklinik, während die Alltagsversorgung auch ältere oder Patienten mit Begleiterkrankungen berücksichtigen muss.

Multidimensionalität: Der effectiveness gap kann jedoch nur unter Einbeziehung aller Formen der Versorgung, somit nicht nur aller Fachdisziplinen, sondern auch aller in der Versorgung tätigen Berufsgruppen adäquat untersucht werden und umfasst sowohl therapeutische als auch methodische Disziplinen (z. B. Gesundheitssystemforschung, Soziologie bzw. Organisationslehre, Psychologie etc.)

Patientenorientierung: Letztlich ist die Qualität der Versorgung des Patienten das Maß aller Dinge, gleichzeitig fällt dem Patienten immer mehr die aktive Rolle des Co-Therapeuten zu. Es reicht nicht aus, sich der Patientenorientierung des ärztlichen oder pflegerischen Tuns gegenseitig zu vergewissern, sondern in Erfahrung zu bringen ist, welche Interessen der Patient hat, und wie er tatsächlich in die Entscheidungen einzu-beziehen ist.

Die durch Umsetzungsdefizite entstehende Unter- bzw. Fehlversorgung kann große Ausmaße annehmen und variiert teilweise auch regional sehr stark. Studien aus verschiedenen Disziplinen zeigen, dass nur ca. 50% die empfohlene Therapie tatsächlich erhalten. Versorgungsforschungsstudien spielen deshalb eine große Rolle in der gegenwärtigen Diskussion der Nutzenbewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

Der effectiveness gap wird durch mehrere Faktoren determiniert, die sich auf die Patienteneigenschaften, die in den Gesundheitsberufen tätigen Personen, die Organisationen und das Gesundheitssystem beziehen. Durch notwendigerweise scharf formulierte Einschlusskriterien in der randomisierten Studie werden z. B. ältere Patienten oder Patienten mit Begleiterkrankungen bei randomisierten Studien nicht mitberücksichtigt, die Ergebnisse sind daher aus Gründen mangelnder externer Validität auf diese Patienten nur bedingt übertragbar. Des Weiteren sind natürlich die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems mit seinen Finanzierungsstrukturen und seiner in Deutschland besonders stark ausgeprägten Sektorisierung in die Analyse mit einzubeziehen.

Der Bedarf an wissenschaftlichen Untersuchungen, die sich mit der Frage der Umsetzung wissenschaftlich erarbeiteten Wissens beschäftigen, ist erheblich, da es in einem entwickelten Gesundheitssystem und aus professioneller Perspektive nicht tolerierbar sein kann, dass in einem so großen Umfang Differenzen zwischen gesichertem Wissen und der alltäglichen Praxis bestehen. Hier sind auch die Unfallchirurgen gefordert.

Wie in einem kürzlichen Artikel im Unfallchirurgen ausgeführt (Stengel, Neugebauer, Meenen Unfallchirurg (2007) 110: 792–796) verbirgt sich in der Unfallchirurgie ein riesiges Forschungspotential im Bereich Versorgungsforschung. In der Unfallchirurgie sind nur wenige Methoden in einer klinischen Studie überprüft worden; im Versorgungsalltag liegen noch weniger Daten vor. In den Katalog der im Rahmen der Versorgungsforschung zu lösenden Probleme könnten aufgenommen werden (Beispiele):

– Aufdeckung von Versorgungslücken – Unter-, Über- und Fehlversorgung

- Mindestmengen: Wo sind Mindestmengen sinnvoll und wo nicht?
- Identifizierung und Vermeidung von überflüssiger bzw. Mehrfachdiagnostik
- Vernetzung von Praxen und Kliniken
Stichwort: Integrierte Versorgung
- Registerforschung der DGU: Endoprothesenregister, Traumaregister, Beckenregister
- Traumanetzwerk: Implementierungsbegleitung und Evaluation
- Leitlinien der DGU: Implementierungsbegleitung und Evaluation

Fazit

Versorgungsforschung ist einerseits durch einen selbstreflexiven Ansatz gekennzeichnet, der die Umsetzung der wissenschaftlichen Erkenntnis selbst zum Gegenstand des wissenschaftlichen Diskurses macht. Andererseits führt Versorgungsforschung zu einer Öffnung der Wissenschaft zur Praxis. Der Ansatz der Versorgungsforschung gibt den Universitäten, den Medizinischen Fakultäten und vor allem den Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung in Verbindung mit den ambulanten Einrichtungen die große und wichtige Chance, sich in dem sich rapide verändernden Umfeld veränderter Strukturen im Gesundheitswesen und einer veränderten Inanspruchnahme neu zu positionieren. Die DGU als wissenschaftliche Fachgesellschaft sollte dem Gebiet der Versorgungsforschung auf ihren Jahreskongressen einen breiteren Raum als bisher einräumen und hier ein Signal setzen. Die Unfallchirurgen in den Kliniken und Praxen sollten sich stärker als bisher in Studien zur Versorgungsforschung einbringen und auch Flagge zeigen.

*Univ. Prof. Dr. Prof. h.c. Edmund A.M. Neugebauer
Lehrstuhl für Chirurgische Forschung
Institut für Forschung in der Operativen Medizin (IFOM)
Fakultät für Medizin der Privaten Universität
Witten/Herdecke
Campus Köln-Merheim
Ostmerheimer Strasse 200
51109 Köln
Tel: (02 21) 9895 70
Fax: (02 21) 989 57 30
E-Mail: edmund.neugebauer@uni-wh.de
www.uni-wh.de/ufom*