

# Was ist Versorgungsforschung?

## Definition, Methodologie und Beteiligte

**Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH FFPH**

Professor für Management im Gesundheitswesen,  
Technische Universität Berlin & Charité – Universitätsmedizin  
Associate Research Director,  
European Observatory on Health Systems and Policies

Gesundheitssystemforschung befasst sich mit *Bedarf, Inanspruchnahme, Ressourcen, Strukturen, Prozessen, Ergebnissen und zuschreibbaren Resultaten („Outcomes“)* von systemisch organisierten Ansätzen der Krankheitsverhütung, -bekämpfung oder -bewältigung – d.h. von ganzen Gesundheitssystemen, Subsystemen, Institutionen oder Programmen – und verknüpft diese Elemente analytisch-bewertend.

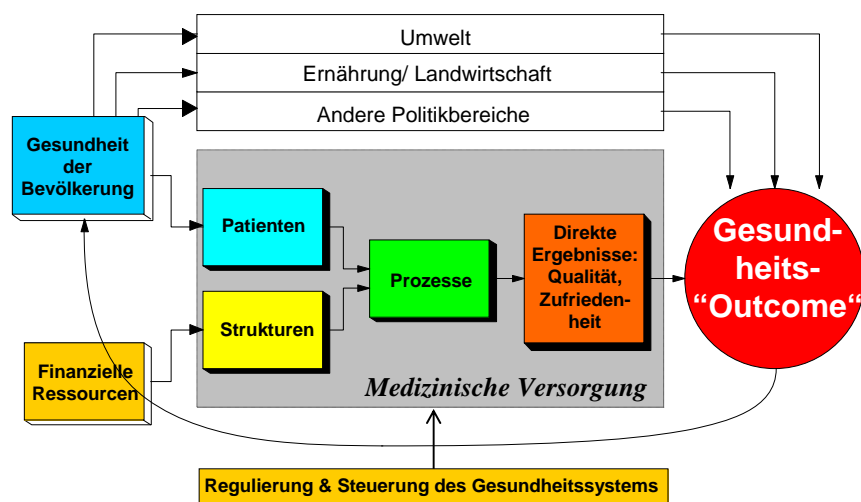
Gesundheitssystemforschung, die sich auf die Mikroebene – insbesondere auf Institutionen, Programme oder einzelne Gesundheitstechnologien – bezieht, wird auch als *Versorgungsforschung* bezeichnet.

Schwartz FW/Busse R: Denken in Zusammenhängen – Gesundheitssystemforschung. In: Das Public Health Buch, 1998

„Health services research is a multidisciplinary field of inquiry, both basic and applied, that examines the use, costs, quality, accessibility, and delivery, organization, financing, and outcomes of health care services to increase knowledge and understanding of the structures, processes, and effects of health services for individuals and populations“

(Institute of Medicine 1995: 17).

## Modell der Versorgungs-/ Gesundheitssystemforschung



## Wesentliche thematische Fragestellungen der Versorgungsforschung betreffen

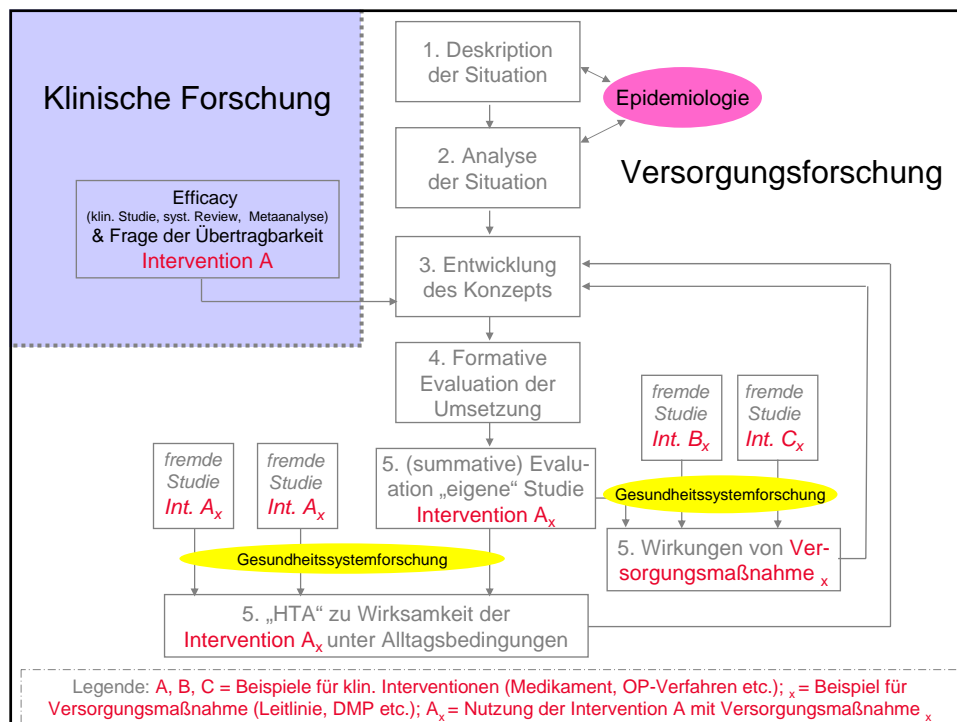
- die Zugangsmöglichkeiten bzw. -barrieren zum Versorgungssystem ("*access*"),
- die „gerechte“ Verteilung von Lasten und Nutzen auf die Bevölkerung ("*solidarity/ fairness*" bzw. "*equity*"),
- die Nutzung und Angemessenheit von Leistungen ("*utilization*" bzw. "*appropriateness*"),
- Anreizwirkungen auf Seiten der Leistungsanbieter ("*incentives*") und Präferenzen der Leistungsnachfragenden (= Patienten) sowie
- die Wirksamkeit ("*community effectiveness*") und Wirtschaftlichkeit ("*cost-effectiveness*") von Subsystemen, Institutionen oder Programmen.

## Abgrenzung der Versorgungsforschung

- Was verursacht Diabetes? ► Grundlagenforschung
- Wer ist betroffen? ► Epidemiologie
- Ist Medikament X zur Diabetesbehandlung effektiv? Phase I ► Grundlagenforschung; Phase III ► klinische Forschung (Studienbedingungen! Nur Aussage zu „*efficacy*“)
- Sind Leitlinien/ DMPs zur Diabetesbehandlung effektiv? ► Versorgungsforschung
- Versorgen die Leistungserbringer in der Region Y ihre Diabetiker angemessen, effektiv und kosten-effektiv? ► Versorgungsforschung
- Werden Diabetiker in GKV- und NHS-Gesundheitssystemen gleich behandelt? ► Gesundheitssystemforschung

# Stufen der Versorgungsforschung

1. beschreibt (Deskription/ Diagnose)
2. erklärt kausal (Analyse)
3. trägt zur Entwicklung theoretisch und empirisch fundierter Versorgungskonzepte bei
4. erforscht die Umsetzung von Versorgungskonzepten begleitend
5. evaluiert Versorgungsstrukturen und -prozesse unter Alltagsbedingungen mit validen Methoden (konkrete Projekte, „HTA“ von Interventionen, Wirksamkeit von Versorgungsmaßnahmen)



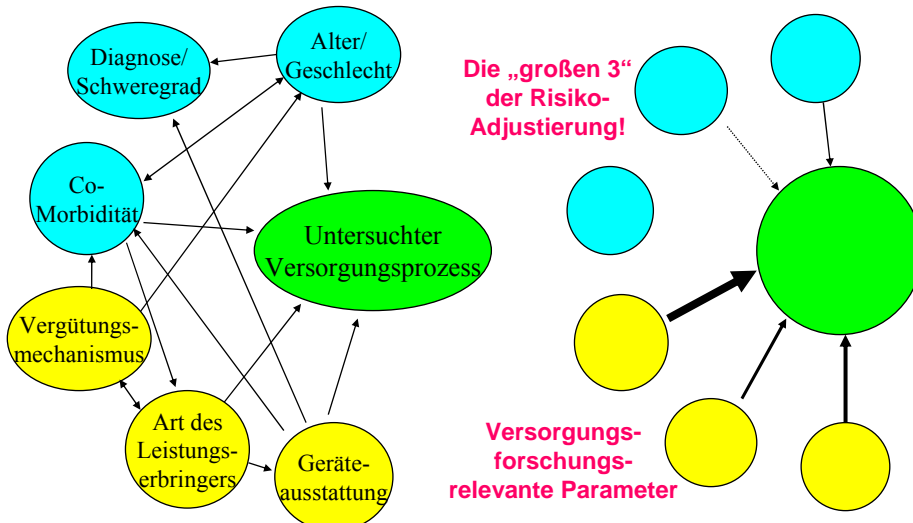
## Methodik I

In der Versorgungsforschung ist die Versorgung die unabhängige Variable; für mögliche Confounder (insbesondere Gesundheitsstatus der Patienten) muss risiko-adjustiert werden!

### Risikoadjustierung in der Versorgungsforschung

Üblich: „bi-variate“  
Auswertung

Notwendig: „multi-variate“  
Regression



| Effekt (Freiheitsgrade)                              | Sonographie |   | Röntgen |   |
|--|-------------|---|---------|---|
|  | p-Wert      | Odds-Ratio  | p-Wert  | Odds-Ratio  |
| Absolutglied (1)                                     | 0,8630      |   | 0,0001  |   |
| <b>Patientenseitige Faktoren</b>                     |             |   |         |   |
| Status; i.e. Diagnose vorher unbekannt (1)           | 0,0019      | 1,92  | 0,0451  | 1,79  |
| Problemschwere (3); Referenzkategorie: "unbedeutend" | 0,0085      | "gravierend": 2,05<br>"deutlich": 0,72<br>"mäßig": 0,76   | 0,0009  | "gravierend": 14,89<br>"deutlich": 8,13<br>"mäßig": 4,53  |
| Diagnose (5); Referenzkategorie: "sonstige Diagnose" | 0,0001      | Cholelithiasis: 7,89<br>Gastritis: 0,64<br>Gastroenteritis: 0,13<br>Ulcus: 0,82<br>keine Diagnose: 4,28 | 0,4064  | Cholelithiasis: 2,31<br>Gastritis: 1,38<br>Gastroenteritis: 0,00<br>Ulcus: 1,67<br>keine Diagnose: 1,61 |
| Alter (2); Referenzkategorie: 60 Jahre und älter     | 0,2442      | 20-39 Jahre: 0,78<br>40-59 Jahre: 1,14  | 0,2318  | 20-39 Jahre: 0,67<br>40-59 Jahre: 1,22  |
| Geschlecht; i.e. Mann (1)                            | 0,6955      | 1,07  | 0,2318  | 1,35  |
| <b>Arzt- bzw. praxisseitige Faktoren</b>             |             |   |         |   |
| Facharzt; i.e. Internist (1)                         | 0,0025      | 1,89  | 0,0358  | 1,98  |
| Besitz des entsprechenden bildgebenden Gerätes (1)   | 0,0001      | 3,33  | 0,0025  | 2,56  |
| Besitz des alternativen bildgebenden Gerätes (1)     | 0,2335      | 1,28  | 0,0001  | 0,34  |

Quelle: Busse et al. 1999

## Methodik II

Versorgungsforschung braucht in der Routineversorgung erhobene Daten!

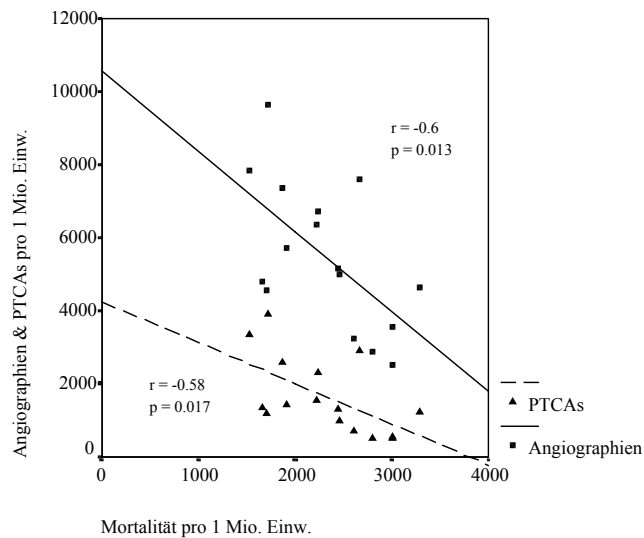
Fragestellungen jenseits von Deskription und Analyse erfordern ein längsschnittliches Design – und eine Kontrollgruppe ist normalerweise ein Muss!



## ACHTUNG

bei reinen  
Korrelationen.

Kausaler  
Zusammenhang?  
(an Confounding  
denken!)



Source: Perleth & Busse 1999

## Akteure und Entwicklung I

- ehemalige Public Health-Forschungsverbände & entsprechende Fachgesellschaften
- Sachverständigenrat für KAiG 1995, 1997, 2001
- BMBF/Krankenkassen-Programm Versorgungsforschung (thematisch limitiert) seit 2002
- 1. Dt. Kongress für Versorgungsforschung in Köln 2002
- Gründung der ständigen Kongresskommission „Deutscher Kongress für Versorgungsforschung“; Kongresse: Hamburg 2003, Bielefeld 2004, Berlin 2005
- > 20 klinische AWMF-Fachgesellschaften involviert (angeregt durch Leitlinien-, DMP-, DRG-Diskussion)

## Akteure und Entwicklung II

- Resolution des Außerordentlichen Ärztetages 2003
- Unterkommission des Wiss. Beirates der BÄK erarbeitet Konzept für Ärztetag im Mai 2005
- Erste Schwerpunkte des 6-jährigen Programms:
  - Implementierung von Leitlinien in den ärztlichen Alltag,
  - Einfluss der Ökonomisierung der stationären und ambulanten ärztlichen Leistung auf die Patientenversorgung und die Freiheit der ärztlichen Tätigkeit
  - „Physician Factor“

Technische Universität Berlin



Präsentation, Artikel u.v.m. verfügbar auf:

<http://mig.tu-berlin.de>

4. Dt. Kongress für Versorgungsforschung:  
[www.zukunft-gesundheitsversorgung.de](http://www.zukunft-gesundheitsversorgung.de)

Links zur Versorgungsforschung:  
[www.versorgungsforschung.net](http://www.versorgungsforschung.net)