

21. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

Versorgungsforschung soll Staffelstab aufnehmen

„Wie kann es eigentlich sein, dass wir eines der am weitesten gediehenen und auch eines der teuersten Gesundheitswesen der Welt haben, und es trotz exzellenter Universitäten und außeruniversitären Institutionen so schwierig ist, Innovation in die Versorgung zu bringen?“ Mit dieser Frage stieg Prof. Dr. med. Peter Falkai, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München und Kongresspräsident des 21. DKVF, in die Pressekonferenz im Vorfeld des 21. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung ein.

>> Falkais Antwort, gegeben aus der Sichtweise eines Versorgers und klinischen Forschers: „Wir müssen zuerst in das Verständnis der Erkrankung investieren.“ Man habe zwar häufig den Eindruck, dass man längst wüsste, wie Erkrankungen entstünden, doch beispielsweise bei der Depression und vielen anderen eben nicht. Klar sei inzwischen, dass Umweltfaktoren und anlagebedingte Faktoren zusammenspielen, doch: „Wie genau, wissen wir nicht.“

Falkai: Versorgungsforschung hat die Daten und Methoden

Daher lautete sein erstes Petition: „Wir müssen Dinge besser verstehen und in Modellsysteme einbringen.“ Das Entscheidende sei aber, dass, sobald ein Therapieprinzip oder ein Molekül identifiziert seien, diese in einer vernünftigen klinischen Prüfung ver- oder falsifiziert würden. Dann dauere es im Schnitt etwa sieben Jahre, bis die ersten Studienergebnisse vorlägen. Und dann noch einmal rund 15 Jahre für die Translation eines für gut befundenen Behandlungsprinzips in die klinische Versorgung.

Seine nächsten Fragen: Wer sagt eigentlich, ob das relevant für den erkrankten Menschen ist? Was bringt das wirklich für die Verbesserung der Lebensqualität? Genau hier setze die Versorgungsforschung an, die einen engeren Schulterschluss, eine engere Kooperation mit der klinischen Forschung eingehen sollte, denn, so Falkai: „Versorgungsforschung hat die Daten und Methoden, um klinische Forscher auf wichtige Themen hinzuweisen.“ Umgekehrt sollten wiederum klinische Forscher:innen dann auch ihre Ergebnisse in die Versorgungsforschung einspeisen – „es sollte ein Miteinander sein“. Das ist Falkais Worten zufolge das Kernthema des Kongresses mit dem Untertitel: „Versorgungsforschung – Nutzen für die klinische Praxis. Potenziale und Perspektiven.“ Denn seines Erachtens wäre es gut, wenn Versorgungsforscher:innen und klinische Forscher:innen viel enger kommunizieren,



Prof. Dr. med. Peter Falkai, 2. Plenarsitzung

Prof. Dr. med. Christoph U. Correll, 2. Plenarsitzung

ob das im Rahmen eines Kongresses oder der Planung von Studien sei.

Correll: „Unbedingt beide Forschungsstränge nutzen“

„Wo die Evidenz der randomisierten Studien endet, sollte unbedingt der Staffelstab von der Versorgungsforschung aufgenommen werden“, erklärte Prof. Dr. Christoph U. Correll, Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité Berlin, der auf der Pressekonferenz „die Komplementarität von Versorgungsforschung und klinischer Forschung“ betonte. Dazu fühlt er sich durchaus berufen, weil er selbst über 100 Metaanalysen und noch ein paar mehr Umbrella-Reviews publiziert sowie ebenso viele Registerstudien durchgeführt habe. Dies aber hauptsächlich mit Daten von amerikanischen und skandinavischen Patient:innen, was an der schieren Datenverfügbarkeit liege. Bei dieser Arbeit fiel auf, dass „ganz viele ungemessene und vielleicht sogar auch gemessene, aber nicht einbezogene Variablen einen Einfluss“ auf den Outcome hätten. Das sei auf das seit langem bekannte Problem der RCT zurückzuführen, bei denen versucht werde, so gut wie möglich alles rauszuhalten, was einen Bias erzeugen könne: Altersgruppen, Komorbiditäten, Komedikation, physische Erkrankungen und vieles mehr. Correll: „Wir

haben damit ein sehr schmales und sauberes Sample, aber eine relativ geringe externe Validität.“

Bei der Versorgungsforschung gebe es hingegen bei schwächerer interner Validität eine starke externe Validität, die zeigen könne, wie Patient:innen in der Normalbehandlung reagierten. Von daher seien unbedingt beide Forschungsstränge zu nutzen, da sich beide gegenseitig stützten. Doch könne die Versorgungsforschung auch neue Daten generieren, die noch nicht durch randomisierte Studien erforscht worden seien, aber mit RCTs erforscht werden sollten. Oder auch durch ein „Mittelfeld von pragmatischen Studien“, die Ein- und Ausschlusskriterien anders handhaben würden. Doch würde diese Studienform von der pharmazeutischen Industrie bei Zulassungsstudien selten genutzt. Doch solle, so seine Überzeugung, darauf gedrängt werden, dass diese dann nach der Zulassung durchgeführt werden – auch durch unabhängige Fördergeber. Der Grund: Eine finnische Arbeit habe gezeigt, dass 80 Prozent der Patient:innen, die in randomisierten Studien erforscht werden könnten, ausgeschlossen werden wegen Substanzabusus, Suizidalität, Komedikation etc. Das bedeute nicht nur, dass diese nicht eingeschlossenen 80 Prozent ein schlechteres Outcome haben würden, sondern wir „eventuell von den randomisierten Studien gar nicht alle Daten extrapolieren“ können. <<