

Memorandum IV: Theoretische und normative Fundierung der Versorgungsforschung

Memorandum IV: Theoretical and Normative Grounding of Health Services Research

Autoren

W. Baumann¹, E. Farin², A. Menzel-Begemann³, T. Meyer⁴

Institute

¹Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen – WINHO – GmbH, Köln

²Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung, Universitätsklinikum, Freiburg

³Fachbereich Gesundheit, Fachhochschule Münster

⁴Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule, Hannover

Schlüsselwörter

- Theorie
- Wissenschaftstheorie
- Multidisziplinarität
- Versorgungsforschung

Key words

- theory
- philosophy of science
- multidisciplinary
- health services research

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-105511>
 Gesundheitswesen 2016; 78: 337–352
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0941-3790

Korrespondenzadresse

Dr. Walter Baumann
 Wissenschaftliches Institut der
 Niedergelassenen Hämatologen
 und Onkologen GmbH –
 WINHO – Vor den
 Siebenburgen 2
 50676 Köln
 baumann@winho.de

Zusammenfassung

Mit Memoranden und anderen Initiativen fördert das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF) seit Jahren die methodische Qualität von Versorgungsforschungsstudien. Gegenüber den Standards des empirischen Arbeitens wurden Fragen nach dem Stellenwert und der Aufgabe von Theorien, theoretischen Ansätzen und wissenschaftlichen Grundlagen bislang nicht eigenständig aufgegriffen. Daher hat das DNVF e.V. im Jahr 2013 eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die mit der Erstellung eines Memorandums über „Theorien in der Versorgungsforschung“ beauftragt wurde. Dieses nun vorliegende Memorandum soll in erster Linie Anstöße für Versorgungsforscher liefern, den Fragen nach dem theoretischen Instrumentarium sowie den Hintergrundannahmen im Forschungsprozess mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Angesprochen werden die wissenschaftstheoretische und normative Fundierung sowie die Theoriebasierung des Forschungsprozesses. Darüber hinaus will das Memorandum dazu auffordern, die Theoriebildung in der Versorgungsforschung voranzutreiben und auch nichtempirische Ansätze, normwissenschaftliche und grundlagenorientierte Studien zu stärken bzw. diese entsprechenden Disziplinen in die Versorgungsforschung einzubeziehen. Die Versorgungsforschung benötigt in ihren Förderungs- und Forschungsstrukturen mehr Freiräume für die theoretische Reflexion und die Selbstbeobachtung der eigenen, multidisziplinären Forschungsprozesse.

Abstract

With Memoranda and other initiatives, the German Network for Health Service Research [Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF)] is fostering the methodological quality of care research studies for years. Compared to the standards of empirical research, questions concerning the role and function of theories, theoretical approaches and scientific principles have not been taken up on its own. Therefore, the DNVF e.V. has set up a working group in 2013, which was commissioned to prepare a memorandum on “theories in health care research”. This now presented memorandum will primarily challenge scholars in health care services research to pay more attention to questions concerning the theoretical arsenal and the background assumptions in the research process. The foundation in the philosophy of science, the reference to normative principles and the theory-bases of the research process are addressed. Moreover, the memorandum will call on to advance the theorizing in health services research and to strengthen not empirical approaches, research on basic principles or studies with regard to normative sciences and to incorporate these relevant disciplines in health services research. Research structures and funding of health services research needs more open space for theoretical reflection and for self-observation of their own, multidisciplinary research processes.

Das Memorandum IV wird von folgenden ordentlichen und korrespondierenden institutionellen Mitgliedern des DNVF e. V. getragen

Von folgenden Mitgliedern der Sektion „Fachgesellschaften“

- Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM)
- Deutsche Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin e. V. (DGA)
- Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. (DGAUM)
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH)
- Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e. V. (DGG)
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG)
- Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. (DGHO)
- Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. (DGHWi)
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)
- Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. (DGK)
- Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e. V. (DGKCH)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie e. V. (DGMS)
- Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e. V. (DGNC)
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. (DGOOC)
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM)
- Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (DGRW)
- Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e. V. (DGSM)
- Deutsche Gesellschaft für Senologie e. V. (DGS)
- Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e. V. (DGSMP)
- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. (DGU)
- Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e. V. (DGZMK)
- Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft e. V. (DOG)
- Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. (DGSS)
- Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG)
- Deutscher Verband für Gesundheitswissenschaften und Public Health e. V. (DVGPH)
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)
- Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittel-epidemiologie e. V. (GAA)
- Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V. (GQMG)

Von folgenden Mitgliedern der Sektion „Wissenschaftliche Institute und Forschungsverbände“

- Allgemeinmedizinisches Institut des Universitätsklinikums Erlangen
- Center for Health Care Research, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf & Universität Hamburg
- Centre for Health and Society, Universitätsklinikum Düsseldorf
- Kompetenzzentrum Versorgungsforschung in der Dermatologie (CVderm)
- Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin
- Gesundheitswissenschaftliches Institut Nordost der AOK Nordost
- IGES Institut GmbH
- Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)
- Institut für Forschung in der Operativen Medizin (IFOM) der Universität Witten/Herdecke gGmbH
- Institut für Hausarztmedizin, Universitätsklinikum Bonn
- Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Universität zu Köln

- Institut für Pflegewissenschaften und praxis der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Österreich
- Institut für Versorgungsforschung in der Onkologie GbR (InVO)
- Interdisziplinäres Zentrum für Versorgungsforschung im Gesundheitswesen (IZVF) der Universität Witten/Herdecke
- Landesinstitut für Gesundheit des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)
- Picker Institut Deutschland gGmbH
- Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (WINHO)
- Zentrum für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung (ZBV) der Universität zu Lübeck
- Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden und des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden
- Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung (ZMV) Universitätsklinikum Erlangen, Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik
- Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK)

Von folgenden Mitgliedern der Sektion „Juristische Personen und Personenvereinigungen“

- AXA Konzern AG
- BARMER GEK
- Berliner Herzinfarktregister e. V. (BHIR)
- Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (BVOU)
- BKK Dachverband e. V.
- Bundesärztekammer e. V. (BÄK)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)
- Initiative Qualitätsmedizin e. V. (IQM)
- INSIGHT Health GmbH & Co.KG
- Interessenverband zur Qualitätssicherung der Arbeit niedergelassener Uro-Onkologen in Deutschland e. V. (IQUO)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg
- OptiMedis AG
- ORGAMed Dortmund GmbH
- Techniker Krankenkasse (TK)

Von folgenden korrespondierenden Mitgliedern

- Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS)
- Bundesverband Managed Care e. V. (BMC)

Ziele und Hintergrund des Memorandums



Die Versorgungsforschung hat sich in Deutschland im Wissenschaftssystem etabliert und stellt ein eigenes „Forschungsgebiet“ dar. Seit 2006 unterstützt das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e. V. die systematische Entwicklung organisatorischer Strukturen der Versorgungsforschung und deren fachliche Institutionalisierung. Die vorgelegten Memoranden unterstreichen das Ziel, die Versorgungsforschung an vergleichbaren methodischen Standards auszurichten, wie sie sich für qualitativ hochwertige wissenschaftliche Arbeiten (z. B. in der klinischen Forschung) durchgesetzt haben. Ferner werden darin, wie z. B. in den Memoranden zur Erfassung von Lebensqualität und zur organisationsbezogenen Versorgungsforschung, auch begriffliche und konzeptionelle Fragen der Versorgungsforschung geklärt. Mehr als 100 Fachgesellschaften, Vereinigungen, Institute und Unternehmen aus vielfältigen Fach- und Wissenschaftsbereichen der Gesundheitsversorgung sowie weitere Einzelpersonen belegen durch ihre Mitgliedschaft das Interesse und die Notwendigkeit des Ausbaus und der Weiterentwicklung der Versorgungsforschung. Die jährlichen Kongresse dokumentieren den gewachsenen Umfang und die Vielfalt der Versorgungsforschung

in Deutschland. Ein Lehrbuch der Versorgungsforschung zielt darauf ab, den methodischen Wissensbestand der Versorgungsforschung in eigenständiger Weise verfügbar und vermittelbar zu machen [59].

Angesichts dieses Entwicklungsstandes ist es angemessen und notwendig, die Forderung nach einer stärkeren kritischen Selbstreflexion der Versorgungsforschung zu erheben. Ausgangspunkt dieses Memorandums ist der Eindruck, dass die Versorgungsforschung in Deutschland sich bislang zu wenig ihrer eigenen Bedingungen und Voraussetzungen vergewissert hat. Die Autoren sind der Überzeugung, dass damit ein wichtiger Beitrag zur Weiterentwicklung der Versorgungsforschung geleistet werden kann.

Dieses Memorandum greift Anstöße auf, die in jüngerer Zeit von Vertretern der Versorgungsforschung formuliert worden sind [70]. So stellen die Autoren der DFG-Stellungnahme „Versorgungsforschung in Deutschland“ fest, dass über die vielfältigen Programm- und Ressortvorhaben die Entwicklung einer theoretischen Versorgungsforschung vernachlässigt worden ist. Demnach fehlen in Deutschland ein international anschlussfähiger Begriffs- und Konzeptapparat und die Klärung von systematischen Methoden zur Beschreibung, Analyse, Prognose und Evaluation von Versorgungsstrukturen, -prozessen und -ergebnissen [63]. Die Stellungnahme macht sich insbesondere für die Etablierung einer wissenschaftsgeleiteten Versorgungsforschung stark, bei der auch grundlagenorientierte und theoretische Arbeiten ihren Platz haben.

Damit sind die wichtigsten Ziele dieses Memorandums angesprochen. Das Memorandum soll

- ▶ Versorgungsforscher anregen, bei der Planung, Vorbereitung und Durchführung von Versorgungsforschungsstudien theoretische Hintergründe und Fragen intensiver einzubeziehen und weiterzuentwickeln,
- ▶ allgemeine Merkmale der Versorgungsforschung genauer herausarbeiten und die Bedingungen für ein gegenseitiges Verständnis von Fachöffentlichkeit, Auftraggebern, Nutzern und anderen Stakeholdern in der Versorgungsforschung verbessern,
- ▶ Anregungen geben für die Vertiefung von konzeptionellen und begrifflichen Grundlagen und vernachlässigte Arbeitsansätze in der Versorgungsforschung identifizieren,
- ▶ den internen Dialog der Versorgungsforscher unterstützen und die Bedeutung von Interdisziplinarität klären helfen.

Hier wird im Regelfall im Plural von Theorien gesprochen, um deutlich zu machen, dass es in der Versorgungsforschung meistens verschiedene Zugänge geben wird, die theoretischen Anspruch erheben können. Es geht nicht darum, einem spezifischen Zugang Priorität zu verschaffen. Genauso wenig ist hier eine vollständige Abbildung und Zusammenstellung aller Theorien, Normen oder anderer Bezugspunkte in der Versorgungsforschung und ihrer Disziplinen beabsichtigt oder zu leisten. Das Memorandum kann und will keine wissenschaftstheoretische oder wissenschaftssoziologische Propädeutik sein, sondern will zur Beschäftigung mit entsprechenden Grundlagen(-texten) auffordern.

Ebenso wenig wird hier ein einheitliches Begriffsverständnis von Theorie oder Theorien gefordert. Jedem Versorgungsforscher werden die Differenzen zwischen konkreter Anschauung und abstrahierender Bezeichnung, zwischen der Einzelheit im Faktischen und der Verallgemeinerung im Begriff in irgendeiner Weise als Herausforderung seiner Praxis vertraut sein. Die Autoren sind der Auffassung, dass ein wacher Blick auf diese Herausforderung das kritische Potenzial von Versorgungsforschung

stärken kann und innerhalb der Versorgungsforschung die Voraussetzungen für wissenschaftliche und methodologische Kritik verbessern hilft.

Der Objektbereich der Versorgungsforschung

▼
Versorgungsforschung kann als ein spezifischer Gegenstandsbereich innerhalb der Humanwissenschaften definiert werden. Damit transzendiert sie die insbesondere in der deutschen Wissenschaftstradition im 19. Jahrhundert ausgearbeitete Trennung zwischen den Kultur- und Naturwissenschaften, die seit Dilthey u. a. als „Geistes- und Naturwissenschaften“ eine umfangreiche Begriffs- und Problemgeschichte erfahren hat, z. B. mit der Kontroverse über „Erklären“ oder „Verstehen“ der Objektbereiche [80]. In die Gegenstandsbestimmung der Versorgungsforschung gehen damit ontologische Annahmen über die Abgrenzung und die Zusammenhänge der Sphären der Wirklichkeit ein [44].

Versorgungsforschung nutzt Erkenntnisse aus grundlagenorientierten Bereichen (z. B. klinische Studien) für die Anwendung in der Praxis und steht damit zwischen Disziplinen, die von einem naturwissenschaftlichen Forschungsverständnis geprägt sind und solchen, die eine verhaltens- bzw. sozialwissenschaftliche Grundlage besitzen. In der ersteren Tradition wird primär nach nomologischen Zusammenhängen und der Erklärung durch deterministische Gesetze gesucht, in der letzteren Tradition oft eher nach sozio-kulturellen Zusammenhängen, nach dem Verstehen von Handlungen im Kontext der Gesundheitsversorgung und nach probabilistischen Gesetzen.

Versorgungsforschung hat es neben allen Einflüssen des Verhaltens v. a. auch mit Ergebnissen und Bedingungen von biologischen und physiologischen Prozessen zu tun und bewegt sich folglich im Bereich der naturwissenschaftlichen Erforschung von Zuständen und Prozessen der belebten und unbelebten Materie. Auch wenn die Medizin diese Unterscheidung mit dem bio-psycho-sozialen Modell von Krankheit und Gesundheit in sich selber einzuholen sucht, so ändert dies nichts an der naturwissenschaftlichen Fundierung zumindest der theoretischen Medizin. Soweit Versorgungsforschung ihre Ausgangs- und Zielpunkte in kulturellen Ereignissen findet, gehört ihre Forschung daher im weiteren Sinne zu den Kulturwissenschaften (Geistes- und Sozial- und Verhaltenswissenschaften), auch wenn man sie nicht auf hermeneutische Verfahren begrenzt, auf die Dilthey seinerzeit den wissenschaftlichen Zugang zu den kulturellen Folgen und Ergebnissen menschlichen Handelns und Denkens festlegen wollte. Soweit sie ihre Bezugspunkte in sozialen, rechtlichen, ethischen, historischen und anderen (evtl. auch ökonomischen) Verhältnissen sucht, so richtet sich die Wissensproduktion auf Gegenstände, die nur innerhalb der menschlichen Kommunikationen zu finden sind. Und natürlich haben daran Versorgungsforscher immer schon teil. So kommt Gesundheitsversorgung z. B. nicht ohne den Krankheitsbegriff aus, der als kommunikative Leistung auf jeweils spezifischen kulturellen Traditionen beruht und an Epochen gebunden ist. Der Krankheitsbegriff stellt die Verbindung von biochemischen Körperzuständen und menschlichem Erleben her, wofür er entsprechende Entitäten definiert [17] und worin er schon Wertentscheidungen über Versorgungsbedürftigkeit mitführt.

Die jeweiligen Anteile natur- und kulturwissenschaftlicher Disziplinen wechseln in der Versorgungsforschung je nach Forschungsfeld. Je weiter sich die Versorgungsforschung von der Klinik (als klinische Forschung) entfernt, umso größer der Anteil

der Kulturwissenschaften, denen bei vielen Fragestellungen der Versorgungsforschung die wissenschaftstheoretische Priorität einzuräumen ist. Damit sind die kulturelle Bedingtheit und das Ideologieproblem nicht hintergehbare Ausgangspunkte der Versorgungsforschung, denen sie sich zu stellen hat [85]. Es gibt keine nichtkommunikativen Grundlagen, die als Erkenntnisreferenz in der Versorgungsforschung herangezogen werden könnten. Versorgungsforschung bewegt sich in den jeweiligen gesellschaftlichen Wertebezügen und entkommt normativen Begründungszwängen nicht.

Versorgungsforschung verfolgt, wie die Definitionen zeigen, oft instrumentelle Ziele: Es sollen Interventionen oder strukturelle Maßnahmen entwickelt und geprüft werden, die letztlich die Gesundheitsversorgung von Patienten verbessern und somit zu mehr Gesundheit oder Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beitragen. In einem abstrakten Sinne hat die Versorgungsforschung damit aus wissenschaftstheoretischer Sicht Ähnlichkeiten mit den Technikwissenschaften, die sich auf die Entwicklung von Werkzeugen richten. Die Technikwissenschaften haben es weniger mit Gesetzen als vielmehr mit Verfahrensregeln zu tun ([62]: 312ff), primäre Bewertungskriterien sind Effektivität und Effizienz, nicht Wahrheit. Doch ist die Wahrheit das entscheidende Kriterium beim grundlagenbezogenen Wissen über die Wirkungen von Technologien. Es muss sehr wohl wahr sein, dass Verfahrensregeln effektiv und möglichst effizient sind [62].

Versorgungsforschung kann verstanden werden als „ein multidisziplinärer Ansatz zur Erforschung der Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis der Gesundheitsversorgung hinsichtlich ihrer Wirkung auf Qualität und Effizienz in individueller und sozioökonomischer Perspektive“ [71]. Versorgungsforschung begründet sich über ihren Gegenstandsbereich, nicht über die Methoden oder die beteiligten Fächer oder einen spezifischen wissenschaftlichen Ansatz.

Aufgaben und Ziele von Versorgungsforschung

Zunächst einmal soll Versorgungsforschung eine Erwartungshaltung befriedigen, die an jede Wissenschaft gerichtet wird. Es geht um Beschreibungen und Erklärungen, die zu einem allgemeingültigen Verständnis beitragen sollen [37]. Die Entstehung der Versorgungsforschung als eine jüngere Ausdifferenzierung des Wissenschaftssystems muss selber als Antwort auf einen gesellschaftlichen Erklärungs- und Unterrichtsbedarf gesehen werden. Offenbar gibt es einen gesellschaftlichen Beobachtungs- und Interventionsbedarf in den Fragen der Gesundheitsversorgung, der mit den bisherigen Strukturen des Wissenschaftssystems nicht ausreichend befriedigt werden konnte.

Versorgungsforschung soll einerseits über die das Gesundheitssystem konstituierenden Elemente, Systeme und Zusammenhänge aufklären. Andererseits ist sie aufgrund ihres Anwendungs- und Problembezugs [63] aufgefordert, Konzepte, Techniken und Maßnahmen zu entwickeln, die in das System der Gesundheitsversorgung intervenieren und Veränderungen erzeugen. Es geht also auch darum, Effekte und Umsetzbarkeit von Interventionen zu evaluieren und den Transfer in die Versorgungslandschaft zu begleiten.

Die vorliegenden Selbstbeschreibungen attestieren daher der Versorgungsforschung in aller Regel einen emanzipatorischen Anspruch. Es geht darum, eine – in irgendeiner Weise gesellschaftlich gesteuerte – Gesundheitsversorgung zu verbessern, sie wirkungsvoller, effizienter, gerechter usw. zu gestalten. Diese

Wertbindung (s.u.) ist der Versorgungsforschung in die Geburtsurkunde eingeschrieben.

Versorgungsforschung soll also nicht nur zur Lösung spezifischer Versorgungsprobleme beitragen, sondern auf der Grundlage von theoretischen Modellen auch Wirkungszusammenhänge aufdecken und damit zu „generalisierbaren erklärungskräftigen und prognostisch sicheren Kausalmodellen“ ([63]: S. 31) gelangen, die die Versorgungslandschaft beeinflussen können. Das Instrument dafür sind Versorgungsforschungsstudien, die sich nach den Standards einer guten wissenschaftlichen Praxis zu richten haben [13,83]. Damit ist eingeschlossen, dass auch die Versorgungsforschung für ihre Ansätze unter Umständen von bestimmten Bedingungen des Versorgungsalltags abstrahieren muss und mit modellierten Studiensituationen operiert.

Mediziner sehen die Versorgungsforschung oft als Verlängerung der klinischen Forschung an. Diese Aufgabenzuschreibung richtet sich in erster Linie auf die therapeutische Wirkungsbeobachtung im Versorgungsalltag. Während sich klinische Forschung unter diesem Blickwinkel im Wesentlichen auf die Wirksamkeit und Sicherheit einer Intervention unter idealen Studienbedingungen und selektierten Studienpatienten richtet (Efficacy), richtet sich Versorgungsforschung auf ein breites Spektrum von Wirkungen, die mit einer Intervention unter alltäglichen Bedingungen im Zusammenhang stehen. Hier sind v.a. Studien gemeint, die in den letzten Jahren vermehrt unter dem Begriff der „Comparative Effectiveness Research“ zusammengefasst werden [25].

Demgegenüber dürfte die Mehrheit der Versorgungsforschung therapiefernere Fragestellungen gelten, insofern stehen gegenüber der klinischen Forschung die Bedingungen der Versorgung im Vordergrund. Ein Kernbereich der Versorgungsforschung ist der Kontext, unter denen gesundheitsbezogene Leistungen erbracht werden, wie es ähnlich die Definition der US-amerikanischen AHRQ vorsieht (Health services research is a „multidisciplinary field of scientific investigation that studies how social factors, financing systems, organizational structures and processes, health technologies, and personal behaviors affect access to health care, the quality and cost of health care, and ultimately, our health and well-being.“ [1]). Die Entwicklungen der modernen Gesundheitsversorgung verweisen auf die Notwendigkeit eines Forschungskontinuums von der Grundlagenforschung über die klinische Forschung bis hin zur Versorgungsforschung [58]. Versorgungsforschung in Deutschland ist bislang weniger ausdifferenziert und weniger spezialisiert als im internationalen Rahmen. Für viele Aufgabenfelder haben sich in anderen Ländern spezialisierte Forschergruppen und Forschungsgemeinschaften herausgebildet. Auch wenn sich immer mehr Fächer zur Versorgungsforschung bekennen, umfassen sie in Deutschland einen eher schmalen Kreis von Disziplinen. Viele Fächer, deren Beiträge für eine langfristige Gesamtentwicklung dieses Forschungssektors unverzichtbar sind, fehlen bislang weitgehend. Dazu gehören z.B. die Jurisprudenz, praktische Philosophie, Politikwissenschaften oder Anthropologie.

Nutzen einer theoretischen Reflexion

Grundlegende Annahmen und Voraussetzungen, die der Planung und Umsetzung einer Forschungsarbeit zugrunde liegen und oft nicht hinterfragt, ggf. nicht einmal erkannt werden, sind keine Besonderheit der Versorgungsforschung. Sie betreffen alle Wissenschaftsdisziplinen und den gesamten Forschungsprozess, von der Felderschließung, Ideengenerierung, der Explikation der

Forschungsfrage und in Abhängigkeit vom Forschungsansatz der darauf basierenden Ableitung empirisch überprüfbarer Hypothesen, über die Methodenselektion bis hin zur Ergebnisverwertung. Überall sind Einflussfaktoren wirksam, die den Forschenden auf der Grundlage eines bestimmten Denkrahmens – eines mehr oder weniger expliziten und ebenso mehr oder weniger gewählten – theoretischen Rahmens agieren lassen.

Eine Beschäftigung mit diesen Fragen führt über den jeweiligen konkreten Forschungsprozess hinaus und berührt auch Konstitutionsfragen des Wissenschaftssystems. Es geht neben der Qualitätsförderung wissenschaftlichen Arbeitens nicht zuletzt um die Selbststeuerung des Wissenschaftssystems und die Fortentwicklung seiner Arbeitsteilung. Derartige Erwägungen sind im Verlauf der Wissenschaftsgeschichte immer wieder angestellt worden und folgen nicht zuletzt Praktikabilitätsüberlegungen:

1. Die kritische Reflexion über das eigene Vorgehen im Rahmen einer wissenschaftlichen Arbeit stellt einen wesentlichen Bestandteil des wissenschaftlichen Ethos dar. So beschreibt z. B. der Wissenschaftssoziologe Merton [46] den „organisierten Skeptizismus“, also die unvoreingenommene Prüfung von Glaubenshaltungen und Überzeugungen, als einen wesentlichen Imperativ des wissenschaftlichen Handelns. Weitere Imperative sind der Universalismus (Wahrheitsansprüche sollten unabhängig von der Person des Beteiligten nach allgemein gültigen Kriterien bewertet werden), der Kommunismus (die Ergebnisse der Wissenschaft sollten als ein Produkt sozialer Zusammenarbeit angesehen werden und gehören der Gemeinschaft) und die Uneigennützigkeit (man sollte dem Erkenntnisziel verpflichtet sein, nicht persönlichen Interessen). Skeptizismus und kritische Reflexion sollten sich nicht nur auf die Einbettung in die empirische Befundlage und auf die Forschungsmethodik beziehen (dort gilt die kritische Beurteilung als selbstverständlich), sondern auch auf die wissenschaftstheoretischen Grundlagen, die die Konzeption der eigenen Arbeit prägen.
2. Eine derartige kritische Reflexion entspricht nicht nur dem Wesen wissenschaftlichen Arbeitens, sie kann auch zur Selbstverständigung über disziplinäre Strukturen beitragen, was insbesondere bei eher jungen Forschungsbereichen wie der Versorgungsforschung von Bedeutung ist. Indem man die Wahl bestimmter theoretischer Rahmenkonzepte (z. B. sozial-ökologische Modelle des Gesundheitsverhaltens), das Befolgen bestimmter normativer Konzepte (z. B. die Wichtigkeit einer an den Präferenzen des Patienten orientierten Versorgung), die Zugrundelegung bestimmter Methodologien (z. B. die Kombination quantitativer mit qualitativer Befragungen) und die Anwendung bestimmter Begriffsdeutungen (z. B. Kausalität im Sinne des „Potential-Outcomes“-Paradigma [65]) transparent macht und begründet, zieht man allgemeine Grenzen dessen, was die Arbeit in der eigenen Disziplin kennzeichnet, und was eher untypisch ist.
3. Über diese Explikation der Grundlagen des wissenschaftlichen Arbeitens kann nicht nur die wissenschaftliche Arbeitsteilung weiter geklärt werden, es können auch Ansatzpunkte für interdisziplinäres Arbeiten aufgezeigt werden. Dies ist in der Versorgungsforschung, die als interdisziplinäres Forschungsfeld verstanden wird [5], von hoher Relevanz. Dadurch, dass der Versorgungsforscher, der einer bestimmten Disziplin verbunden ist, reflektiert und begründet, warum bestimmte theoretische Rahmenkonzepte, Methodologien und Begriffsdeutungen verwendet werden, wird die An-

schlussfähigkeit für andere Disziplinen deutlich. Begründet sich z. B. die Wahl eines Mixed-Methods-Designs durch die Überzeugung, dass sich eine Beschreibung von Patientenpräferenzen bezüglich invasiver Verfahren der Nierensteintherapie am besten durch eine Kombination von qualitativen Interviews und quantitativen Fragebogenerhebungen erfassen lässt, so wird für einen qualitativ arbeitenden Soziologen deutlich, in welcher Weise eine Forschungskoope-ration möglich und sinnvoll sein kann.

4. Schließlich kann eine kritische Reflexion der theoretischen und methodologischen Grundlagen auch zur konkreten Qualität einer Studienkonzeption beitragen. So kann die Frage, warum eine bestimmte theoretische Rahmenkonzeption (z. B. ein probabilistisches anstelle eines deterministischen Modells der medizinischen Entscheidungsfindung) oder eine bestimmte Methodologie (z. B. eine objektive Messung der Mobilität von Patienten anstelle eines Selbstberichts) gewählt wurde, Unstimmigkeiten in der Studienplanung deutlich machen und zu deren Abhilfe beitragen.
5. Eine ehrliche und kritische Offenlegung, welche Grundannahmen auf welche Weise in eine Studie eingeflossen sind, soll nicht zuletzt eine Hilfestellung für Leser und Nutzer von Studienergebnissen sein. Sie soll die Grenzen von wissenschaftlichen Aussagen aufzeigen und eine Unterscheidung von wissenschaftlichen und praktischen Entscheidungen ermöglichen. Nicht zuletzt wird damit eine Versorgungsforschungsstudie besser anschlussfähig für neue oder weitergehende Fragestellungen bzw. weitere Forschung. Wissenschaftlich mittlerweile etablierte Offenlegungen z. B. im „Conflict of Interest Statement“ oder bezüglich der Wahl der Methode, wenn Reviewer für eine Publikation gezielt Begründungen für die Wahl einer Methode einfordern, bleiben demgegenüber eher rudimentär.

Ebenen der theoretischen Fundierung



Wissenschaftstheorie bezieht sich auf die methodologischen und erkenntnistheoretischen Grundlagen von Wissenschaft, beschäftigt sich also mit der Theorie wissenschaftlichen Arbeitens. Da jede Form von Wissenschaft normative Aspekte aufweist (schon allein durch die Auswahl der Fragestellung, aber auch durch jede andere Form der Schwerpunktsetzung, Auslassung oder Fokussierung) stellt der Bezug auf Normen und Werte einen wesentlichen Aspekt der wissenschaftstheoretischen Fundierung dar. ◉ **Abb. 1** verdeutlicht diesen Sachverhalt: Innerhalb des übergeordneten Rahmens der wissenschaftstheoretischen Fundierung wird die normative Fundierung betrachtet; auf der Ebene des konkreten Forschungsprojekts sollte zudem eine theoretische Fundierung der jeweiligen wissenschaftlichen Fragestellung stattfinden (◉ **Abb. 1**).

Von der allgemeinen Theorie des wissenschaftlichen Arbeitens ist die spezifische Theorie zu unterscheiden, die der jeweils untersuchten Fragestellung zugrunde gelegt wird (z. B. die Anwendung des Health Action Process Approach, um mithilfe einer Patienteninformation eine höhere Impfquote bei Risikopatienten zu erreichen [57]). Aus diesem Grund beinhaltet ◉ **Abb. 1** auf der untersten Ebene die theoretische Fundierung des jeweiligen Forschungsprozesses. Den 3 Ebenen in ◉ **Abb. 1** entsprechen 3 Imperative der theoretisch-normativen Fundierung von Forschung.

Im Idealfall sollte Forschung über folgende Ebenen reflektieren und einen Begründungszusammenhang entwickeln:

- ▶ die wissenschaftstheoretischen Grundlagen, also die grundlegenden Überzeugungen und Vorannahmen hinsichtlich des theoretischen Rahmens, der Methodologie und des Begriffsverständnisses (z.B. bezüglich Kernkonzepten wie „Wahrheit“ und „Kausalität“), die die Konzeption der eigenen Arbeit prägen,
- ▶ die normativen Grundannahmen, also die Werte und Normen, die implizit oder explizit bei den verschiedenen, nicht technisch-methodisch begründbaren Entscheidungen im Prozess des wissenschaftlichen Arbeitens eine Rolle spielen (z.B. bei der Wahl der Fragestellung, bei der Bestimmung der Zielgruppe, bei der Operationalisierung der Endpunkte oder bei der Art der Subgruppenanalyse, die vielleicht nach Frauen versus Männern oder nach sozial Benachteiligten vs. Privilegierten trennt),
- ▶ die theoretische Fundierung des spezifischen Forschungsprozesses, also der Bezug auf eine Theorie, aus der sich für das jeweilige Thema Fragestellungen und/oder empirisch überprüfbare Hypothesen und geeignete Operationalisierungen für die relevanten Aspekte und Studienvariablen ableiten lassen.

Grundlegende Annahmen und Voraussetzungen

Für das Konzept der „grundlegenden Annahmen und Voraussetzungen“ gibt es in der Wissenschaftstheorie und -philosophie viele Begriffe, die sich teilweise ähneln, teilweise aber auch auf spezifische Aspekte fokussieren. Kuhn [39] hat den Begriff des „Paradigmas“ eingeführt. Damit wird ein in einer bestimmten Zeit vorherrschendes Denkmuster bezeichnet, das innerhalb einer Forschungsgemeinschaft einen anerkannten Konsens abbil-

det über das, was in der Forschung beobachtet und überprüft werden sollte, welche Fragen gestellt werden sollten, wie diese Fragen gestellt werden sollten und wie die Ergebnisse der wissenschaftlichen Untersuchung zu interpretieren sind. In der Folgezeit haben Lakatos und Laudan die Arbeiten von Kuhn aufgegriffen und weiterentwickelt und sprechen in ihren Werken von Forschungstradition [41] bzw. „Forschungsprogramm“ [40]. Bei Zima [85], der stärker eine sozialwissenschaftliche Perspektive vertritt, wird von „Soziolekt“ gesprochen, womit hervorgehoben wird, dass Forscher, die bestimmte Grundannahmen teilen, eine gemeinsame ideologische Basis besitzen (z. B. das Eintreten für sozial Benachteiligte im Gesundheitswesen oder die Überzeugung, dass pharmakologische Produkte gegen die als übertrieben wahrgenommen Kritik von naturheilkundlich orientierten Forschern zu verteidigen sind) und dadurch bedingt eine gemeinsame Sprache sprechen, deren Begriffe oft nicht oder nur teilweise in den Soziolekt anderer Gruppen übertragbar sind.

Hier soll es nicht darum gehen, wie diese und andere Konzepte im Einzelnen voneinander abzugrenzen sind, festgehalten werden soll lediglich, dass viele Wissenschaftsphilosophen die Überzeugung teilen, dass Wissenschaft nicht sinnvoll funktioniert ohne eine Verankerung in grundlegenden Annahmen und Voraussetzungen. Diese zu thematisieren, ist eine wichtige Aufgabe jeder wissenschaftlichen Tätigkeit. Auch ein Versorgungsforscher kommt nicht ohne grundlegende Annahmen zu Wahrheitskriterien und Methoden der Wahrheitsfindung aus. Jede gesundheitsbezogene Intervention bedarf ebenso wie technologische Verfahren einer Theorie zur Wirkungsweise. Und die Wahrheit und Korrektheit dieser Theorie wird über die Effektivität und Effizienz der daraus abgeleiteten Intervention entscheiden. Aus neueren Ansätzen und Ideen zu den allgemeinen Grundlagen der Technikwissenschaften [38, 64] können in die-

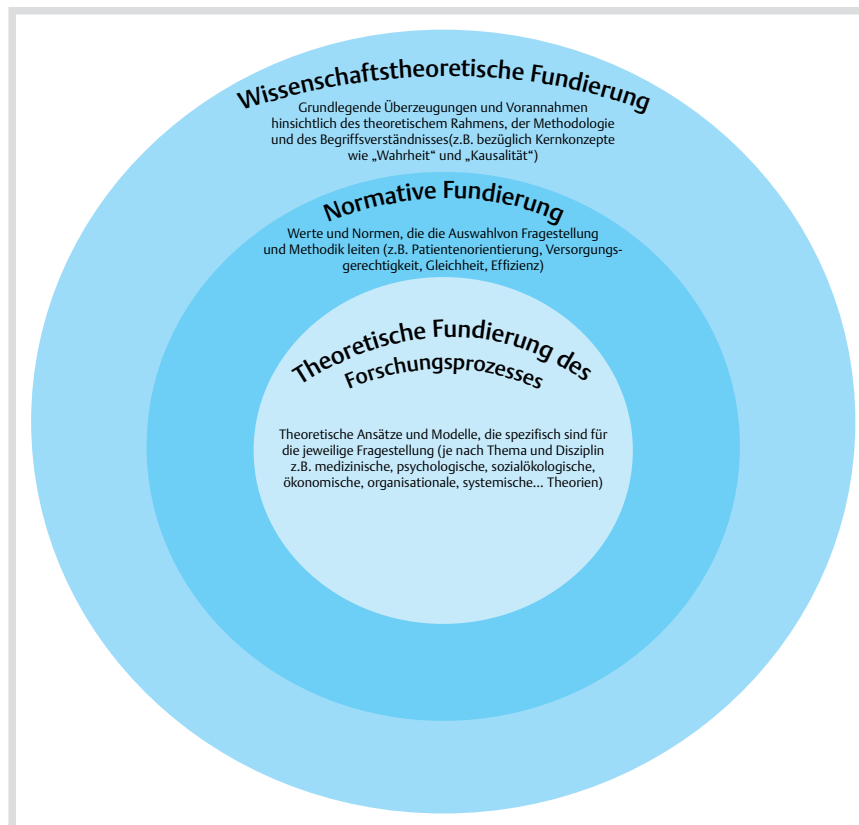


Abb. 1 Ebenen der theoretischen Fundierung.

ser und anderer Hinsicht weitere Einsichten in die wissenschaftstheoretische Fundierung der Versorgungsforschung gewonnen werden.

In der Versorgungsforschung ist ein breites Spektrum an grundlegenden Annahmen zu Theorien, Methodologien oder auch zum Kausalitätsbegriff angelegt. Umso wichtiger scheint es, dass diese Heterogenität im Sinne der hier geforderten Reflexion der wissenschaftstheoretischen Grundlagen transparent gemacht und nicht verdeckt wird. Dadurch, dass Versorgungsforscher ihre wissenschaftstheoretische Position im Sinne der oben aufgeführten Fragen klären, werden Unterschiede und Gemeinsamkeiten deutlich. Es werden Ansatzpunkte für fruchtbare Kooperationen herausgearbeitet, unter Umständen aber auch Bereiche offensichtlich, in denen die grundlegenden Überzeugungen und Vorannahmen so verschieden sind, dass Forschungsarbeiten verschiedener Forschergruppen allenfalls als komplementär, nicht aber als additiv oder integrativ angesehen werden können.

Keine Neutralität der Daten



Ein Argument gegen die Notwendigkeit von Theoriebezug in der Forschung könnte in der Behauptung bestehen, dass eine objektiv betriebene und methodisch fehlerfreie Wissenschaft sich auf die Faktizität von Daten verlassen könne. Diese seien neutral und theoriefrei, so dass die Explikation von Grundannahmen und die Zugrundelegung von Theorien überflüssig seien. Die Daten würden gewissermaßen „für sich“ sprechen. Wissenschaftler, die sich mit Wissenschaftstheorie befassen haben, werden dem jedoch widersprechen, unabhängig davon, ob sie die Naturwissenschaften im Blick haben [10, 11] oder einen sozialwissenschaftlichen [85] bzw. philosophischen Hintergrund [62] haben. Folgende Argumente sind in diesem Zusammenhang wichtig:

1. Die Inkommensurabilität von Theorien: Mit Inkommensurabilität wird die teilweise oder vollständige Unübersetzbarkeit der Begriffe einer wissenschaftlichen Theorie in die Begriffe einer anderen Theorie bezeichnet. Damit ist gemeint, dass es oft nicht einfach ist, eindeutige Beziehungen zwischen den Aussagen konkurrierender Theorien herzustellen. Dies führt dazu, dass Daten, die vor dem Hintergrund einer Theorie A gesammelt wurde, unter Umständen wenig über die Geltung der Theorie B aussagen. Theorien lenken den Blick erst auf bestimmte Aspekte der Wirklichkeit, auf die andere Theorien unter Umständen gar nicht schauen. Oft kann nur innerhalb thematisch eng begrenzter Bereiche wirklich mittels Daten über die Geltung von Theorien entschieden werden. Theorien umfassen nicht nur Aussagen über beobachtbare Fakten, sondern beinhalten wesentlich auch eine Positionierung zur Relevanz verschiedener Perspektiven auf die Wirklichkeit.
2. Daten sind relativ und können mit der Veränderung von Theorien bzw. Hintergrundwissen ihre Relevanz verändern. Die Abkehr vom geozentrischen Weltbild des Ptolemäus vor 500 Jahren wurde erst durch neue Theorien eingeleitet. Dadurch konnten Beobachtungserfahrungen anders interpretiert und der Eindruck, die Erde bewege sich nicht, verworfen werden [10]. Dies ist ein schönes Beispiel dafür, dass Daten relativ sind und ihre Bedeutung in der Regel erst durch Hintergrundwissen erhalten. „Jede Beobachtung ist eine Beobachtung im Lichte einer Theorie“, fasst dies Poser ([62]: S.134) zusammen. Ein Beispiel aus dem Bereich psychiatrischer Versorgung zeigt die Bedeutung von Hintergrundtheorien für die Bedeutung der Interpretation von Daten auf. Ausgehend von tiefenpsychologischen sowie kommunikationstheoretischen Überlegungen wurden bis in die 1990er Jahre hinein Angehörige psychisch kranker Menschen für die Entstehung der Erkrankung verantwortlich gemacht, z. B. im Rahmen der Theorie der sog. „schizophrenen Mutter“ [30]. Diese Sichtweise der Ursachenzuschreibung hat nicht nur die Praxis der Psychiatrie über viele Jahre geprägt (Angermeyer [3] bezeichnete dies als den „theorie-grauen Star im Auge des Psychiaters“), sondern auch maßgebliche weitere Forschungsbemühungen, wie z. B. die sehr populär gewordene Expressed Emotion Theorie [81], nach der das Ausmaß der ausgedrückten Emotionalität von Angehörigen als Faktor für den Rückfall eines schizophren erkrankten Menschen erkannt wurde, und damit wiederum einer – diesmal impliziten – Schuldzuweisung in Richtung der Angehörigen. Erst in den 1990er Jahren wurde ernsthaft begonnen, die besondere Situation der Angehörigen und insbesondere ihre Belastung zu thematisieren [4], was zu einem grundlegend neuen Verständnis der psychosozialen Situation der Erkrankten und ihrer Angehörigen führte und grundlegend neue Konzepte der Versorgung nach sich zog, z. B. aktuell in der Einrichtung von Unterstützungsangeboten für Kinder psychisch kranker Eltern [52].
3. Der Vorgang der Messung von Daten hängt von Theorien ab: In der Wissenschaft und auch in der Versorgungsforschung sind Daten in der Regel nicht unmittelbar gegeben, sondern müssen durch Instrumente wie Blutdruckmessgeräte, Fragebogen oder Laboruntersuchungen gewonnen werden. Die Validität dieser Erfassungsmethoden basiert aber selber wiederum auf einer Vielzahl von Annahmen, die theoriebeladen sind. Sechrest [73] z. B. führt dies in einem Artikel zur Validität von Blutdruckmessungen aus. Fragebogendaten basieren unter anderem auf Annahmen zu den kognitiven Prozessen im Rahmen der Fragebogenbearbeitung [77], Laboruntersuchungen auf Theorien zu chemischen oder biochemischen Prozessen, die bei den im Labor zusammengeführten Substanzen ablaufen.
4. Die Begriffe der Beobachtungssprache haben einen theoretischen Gehalt: Daten müssen über Begriffe dokumentiert und kommuniziert werden. Diese Begriffe sind aber selber nicht theoriefrei. Selbst wenn der Messvorgang noch theorie-neutral wäre (was er nicht ist, siehe oben), tritt spätestens hier der Theoriebezug der Beobachtung auf. Was „das Aufleuchten eines Lämpchens“, die „Gelbfärbung eines Teststreifens“, das Wahrnehmen des „Blutflusses als pulsendes Geräusch“ oder die Qualifizierung der Äußerung eines Arztes in einem Patientengespräch als „Selbstenthüllung“ genau bedeutet, hängt immer auch davon ab, wie die dabei verwendeten Begriffe verstanden werden und ggf. auch in welchem theoretischen Kontext sie Anwendung finden.
5. Theorien besitzen Funktionen, die nicht durch Daten ersetzbar sind: Manche Wissenschaftstheoretiker, insbesondere solche, die aus den Human- und Sozialwissenschaften stammen, würden das Argument anführen, dass Theorien eigenständige Funktionen besitzen, die unabhängig von ihren üblichen, auf Daten bezogenen Funktionen (Erklärung, Beschreibung, Vorhersage) bestehen. So betont Bourdieu [7] im Gegensatz zur strukturellen Theorienauffassung (Theorien als Systeme untereinander durch Ableitbarkeitsbeziehungen verbundener Aussagen und Sätze) eine funktionalistische Perspektive: Theorien stellen Instrumente zur Verteidigung der Vormachtstellung im wissenschaftlichen Feld dar. Auch Zima [85] sieht in Theorien und Grundannahmen der Forschung

wichtige Instrumente zur Umsetzung ideologischen Engagements (z.B. für das Einsetzen für die Rechte von Menschen mit Beeinträchtigungen und anderer Minoritäten, für die Verteidigung der Würde des Patienten usw.). Die Wissenschaft kann von diesen interessengetriebenen Positionen, die sich in Theorien verdichten, profitieren, da sie Forscher und Forschung mit Motivationskraft versorgen. Dieser Vorteil kann jedoch auch in eine Gefährdung der wissenschaftlichen Unabhängigkeit umschlagen, wenn die Werteorientierung verabsolutiert wird und die Prinzipien des wissenschaftlichen Ethos' (Skeptizismus, Uneigennützigkeit usw.) verletzt werden.

Wertentscheidungen in der Wissenschaft

Wissenschaft ist immer auch normativ konnotiert, nicht nur im Hinblick auf den Wert der Wahrheit. Der „Werturteilsstreit“ mit seinen verschiedenen Konjunkturen in den vergangenen Jahrzehnten hat zumindest in der Soziologie den Blick dafür geschärft, dass normative Fragen unbedingt auch zum Gegenstand von Sozialwissenschaft gemacht werden sollten [14]. Gerade weil Wertsetzungen in der Wissenschaft wie im Leben so vielfältig intervenieren, ist es für viele Fragen wichtig, ihre Genese, ihre Bedeutung und auch ihre Angemessenheit zu prüfen. In der Versorgungsforschung stellt sich diese Frage mit besonderer Schärfe. Unter diesem Gesichtspunkt muss die Forderung nach wissenschaftlicher Objektivität dahingehend umformuliert werden, dass dieses Ethos nicht durch den Ausschluss von Wertentscheidungen aus dem Ablauf wissenschaftlicher Verfahren bewerkstelligt wird, sondern in erster Linie durch eine sorgfältige Angabe, welche Werturteile in einer gegebenen Untersuchung getroffen wurden bzw. hätten getroffen werden können [66]. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die hier vertretene Forderung nach „gut Theorie“. Die Entscheidung eines Forschers, welche Theorie(n) in eine Studie oder für ein Forschungsziel herangezogen werden soll(en), sollte gut begründet oder zumindest begründbar sein. In eine derartige Entscheidung fließen jedoch zahlreiche (außerwissenschaftliche) Werte und Bindungen ein. Als richtig oder falsch beweisbar ist eine solche Entscheidung nicht, als „gut“ erweist sich eine Theorie letztendlich durch ihre Praktikabilität und ihren heuristischen Ertrag im Forschungsprozess. Die meisten wissenschaftlichen „Großtheorien“ können darüber hinaus selber weder empirisch verifiziert noch falsifiziert werden, über ihre Angemessenheit oder Zulässigkeit entscheidet die Scientific Community in aller Regel auf der Grundlage indirekter Methoden oder Entscheidungsregeln. Selbst einzelne Hypothesen können vielfach nicht auf einfache Weise überprüft werden, ohne dass weitere Annahmen oder Begrenzungen den empirischen Blick steuern [32]. Jeder empirische Überprüfungsprozess muss irgendwo abbrechen, um ausgewählte Evidenzen als vertrauenswürdig zu akzeptieren. Umgekehrt sind gerade solche empirischen Daten prädestiniert, als plausibel akzeptiert zu werden, die sich mit den gängigen oder gewählten theoretischen Annahmen in besonderer Weise vereinbaren lassen.

In allen Phasen des Wissenschaftsprozesses sind Wertentscheidungen unumgänglich, auch bei der Wahl der Methodik, der Datensammlung oder der Interpretation. Selbst bei den scheinbar so unanfechtbaren statistischen Methoden müssen z.B. Entscheidungen über Signifikanzniveaus, Fehlergrenzen usw. getroffen werden, und in diese Entscheidungen gehen u.U. auch implizite

Abwägungen ein, welche Risiken für Probanden oder Beteiligte an einer Studie in Kauf genommen werden sollen [16]. In kooperativen Forschungsprozessen hat die (in der Regel außerwissenschaftlich getroffene) Auswahl und Zusammensetzung der Forschergruppe erheblichen Einfluss auf den Gang der Ereignisse, sowohl bei der Definition des Untersuchungsobjektes, der Auswahl der Methoden oder der Auswahl und Formulierung der zu untersuchenden Fragestellung bzw. der zu testenden Hypothesen.

Normative Aspekte in der Versorgungsforschung

So wie die Praxis der Gesundheitsversorgung von Werten und Normen angetrieben wird, gehen Werte und Normen vielfach in die Versorgungsforschung ein, ohne dass sie dabei immer offen zutage treten. „Die“ Gesundheitsversorgung ist immer Ausdruck sozialen Handelns, eingebettet in einen zeitgeschichtlichen Kontext und folglich immer mit einem gesellschaftlich definierten bzw. akzeptierten gesundheitlichen Sicherungs- und Versorgungsniveau verbunden. „The practice of medicine, health, and social care is always values-driven, even if those values are not made explicit“ ([31]: S.3). Daher kann und wird es keine wertfreie Versorgungsforschung geben. Möglicherweise ist Versorgungsforschung selber bereits Ausdruck eines sozialen Wertes, denn zumindest ihre politikwirksame Institutionalisierung setzt eine – in der Regel wohlfahrtsstaatlich motivierte – (Selbst) Steuerung eines Sozialsystems voraus.

Versorgungsforschung entkommt normativen Bindungen nicht. So ist bspw. die Untersuchung von Versorgungsqualität notwendigerweise von einem geteilten Verständnis von Qualität im Sinne einer guten Versorgung abhängig. Der Beitrag, den ein Versorgungsmodell zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten leistet, erfordert ein zwischen Versorgungsforschern und beforschter Untersuchungsgruppe geteiltes Verständnis dessen, was ein gutes Leben auszeichnet und auf welche Referenzmaße Bezug zu nehmen ist (s.u.). Hier ergibt sich der Abstimmungsbedarf bereits aus den methodischen Anforderungen einer validen Messung und der Adjustierung der Messinstrumente. Wenn Versorgungshandeln auf seine Zielerreichung hin untersucht wird – z.B. Verlängerung der Überlebenszeit, Schmerzreduktion, Verringerung von Arbeitsunfähigkeitszeiten, Unterstützung von Angehörigen, Bedarfsdeckung, Bedarfsgerechtigkeit, Kosten, Effizienz, Bettenauslastung –, dann tangieren diese Ziele immer in höchst unterschiedlicher Weise Interessen und Wertvorstellungen nahezu aller Akteure in der Gesundheitsversorgung. Versorgungsforscher haben es permanent mit einer Vielzahl von Wertvorstellungen zu tun, und diese sind nicht einfach da, sondern immer an soziale Gruppen und Interessen gebunden.

In diesem Sinne ist Versorgungsforschung in besonderem Maße auf den Hintergrund geteilter Werte und Normen verwiesen, die dieser Forschung zugrunde liegen (sollen). Diejenige wissenschaftliche (Teil-)Disziplin, die „moralische Überzeugungen, Motive oder moralisch gestützte Entscheidungen/Regulierungen im Gesundheitssystem einer kritischen Reflexion und/oder empirischen Analyse unterzieht“ ([76]: S.11), kann als normative Versorgungsforschung bezeichnet werden. Normative Versorgungsforschung hat verschiedene Ansatzpunkte. Der eine setzt an der Ist-Situation der Versorgung an. Dieser Zugang zur Versorgungsforschung erfolgt über deskriptive Analysen. Der andere Ansatzpunkt orientiert sich an den Soll-Werten. Die hier notwendigen normativen Analysen zielen auf die Begründung und

Entwicklung von normativen Kriterien ([76]: S.12). Beide Ansätze sind in der deutschen Versorgungsforschung bislang unzureichend repräsentiert.

Strech & Marckmann [76] weisen darauf hin, dass keine ethische Theorie eine allgemein verbindliche Begründung normativer Praxen behaupten kann. Das Feld der Moralphilosophie ist – möglicherweise als Kennzeichen einer pluralistischen Gesellschaft – durch eine Vielzahl konkurrierender Ansätze charakterisiert, die auf verschiedene Begründungszusammenhänge zurückgehen. Hier seien konsequenzialistische Ansätze genannt (z. B. Utilitarismus, Nutzenmaximierung), die das ethisch Gebotene aus den Folgen von Handlungen abzuleiten versuchen, oder deontologische Ansätze, die moralische Gebote unabhängig von ihren Folgen hochhalten (z. B. Bedarfsgerechtigkeit). In Anlehnung an das 4-Prinzipien-Modell von Beauchamp & Childress schlagen Strech & Marckmann ([76]: S.13) sechs Kriterien zur ethischen Beurteilung von versorgungsrelevanten Maßnahmen vor: 1. Nutzenpotenzial der Maßnahme, 2. Schadenspotenzial der Maßnahme, 3. Selbstbestimmung, 4. Gerechtigkeit, 5. Effizienz und 6. Legitimität. Im Sinne eines kohärentistischen Ansatzes müssen in der Anwendung diese Kriterien gegeneinander abgewogen werden

Werte und Normen in der Versorgung

Versorgungsforschung, die sich einem emanzipativen Anspruch verschreibt, muss sich der Legitimität der geteilten Wertebezüge versichern. Auch wenn hier gesellschaftliche Standards zugrunde gelegt werden, so sind diese keineswegs einfach da. Wie Fragen z. B. in Bezug auf lebensverlängernde Maßnahmen, Organspende, zur künstlichen Befruchtung oder zum Umgang mit humangenetischen Tests zeigen, erweitern sich die ethischen Grenzbereiche in dem Rahmen, wie die technischen Möglichkeiten steigen. Die Zunahme der öffentlichen Diskussionen, die unterschiedlichen Standards selbst in so vergleichbaren Ländern wie denen der EU verweisen darauf, dass die Verfügbarkeit geteilter Werte und Normen der Versorgung keineswegs selbstverständlich ist. Versorgungsforschung sollte es zumindest als ihre Aufgabe ansehen, die Genese ethischer Standards in den von ihr beobachteten Versorgungsbereichen zu analysieren und im Hinblick auf komparative Bezugssysteme zumindest Fragen an deren Legitimität zu stellen.

Eine Möglichkeit, alltagsmächtige Werte und Normen der Versorgung zu identifizieren, besteht in der Analyse von Versorgungshandeln. Welche Werte drücken sich bspw. darin aus, dass Patienten vor einer operativen Maßnahme über die Risiken der Behandlung aufgeklärt werden müssen und eine entsprechende Vereinbarung unterzeichnen müssen, die dokumentiert, dass sie sich für diese Maßnahme entschieden haben (informierte Einwilligung)? Ein zentraler Wert, um dieses Versorgungshandeln zu erklären, stellt die Autonomie des Patienten dar. Patienten sollen selber darüber entscheiden dürfen, ob bestimmte, von Professionellen als nützlich oder notwendig erachtete Eingriffe an ihnen vorgenommen werden sollen oder nicht. Dieser Wert hat in den vergangenen Jahrzehnten in unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitsversorgung an Bedeutung gewonnen. Er drückt sich etwa in Phänomenen wie gemeinsame Entscheidungsfindung (shared decision making [69]) oder freie Arztwahl aus. Allerdings ist die informierte Einwilligung nicht automatisch als ein Ausdruck von Autonomie der Patienten zu verstehen. Vielmehr konnten Dixon-Woods et al. [15] im Rahmen ei-

ner qualitativen Studie aufzeigen, dass die Praxis der informierten Einwilligung eher von der rechtlichen Absicherung der Ärzte geprägt ist und dazu beitragen kann, Autonomieempfinden der Betroffenen sogar zu beschädigen. Dieses Beispiel zeigt, dass in der Versorgungspraxis nicht nur Werte in Konflikt miteinander kommen können, sondern auch zwischen Anspruch und Umsetzung unterschieden werden sollte. Das Problem der Umsetzung von Ansprüchen in die Praxis stellt sich in vielen Bereichen der medizinischen Versorgung, so z. B. in der Umsetzung von Leitbildern in medizinischen Einrichtungen oder von Leitlinien in die klinische Praxis [20, 21, 53].

Die klinische Forschung diskutiert seit langer Zeit über die Auswahl von angemessenen klinischen Endpunkten bzw. Outcomes. Die Ergänzung der Wirksamkeitsforschung durch die Wirkungsforschung hat den Blick auf die übergeordneten Ziele einer klinischen Intervention bzw. einer Versorgungsmaßnahme erweitert. So haben sich in verschiedenen klinischen Bereichen die Endpunkte von klinischen bzw. Versorgungsstudien im Laufe der Jahrzehnte deutlich gewandelt. Zeitlich parallel wurden in der Rheumatologie [75] und Onkologie [35] Indices entwickelt, mit denen neben der Überlebensdauer auch Aspekte der Funktionsfähigkeit der Betroffenen abgebildet werden sollten [47]. Die Schwere der unerwünschten Wirkungen der onkologischen Therapien führte zudem dazu, auch dem subjektiven Befinden der Betroffenen einen eigenen Stellenwert zu geben. Nicht zuletzt die durch den medizinischen Fortschritt bedingte Zunahme der Behandlungsoptionen im Einzelfall hat die Erkenntnis geschärft, dass Assessments des Nutzens – also Bewertungsfragen – für Behandlungsoptionen neben der Wirksamkeitsfrage unverzichtbar sind. Patientenbezogene Lebensqualität wird von den zuständigen Körperschaften als relevante Zieldimension und Endpunkt klinischer und Versorgungsforschungsstudien angesehen [33] (mittlerweile sogar in sozialrechtlicher Verankerung). Dies zeigt nicht nur die immer engere Verflechtung von klinischer und Versorgungsforschung, sondern darüber hinaus die Rückwirkung auf methodische Fragen. Denn die Berücksichtigung patientenseitiger Bewertungen ist offenkundig nur dann gewährleistet, wenn auch direkte Aussagen von Betroffenen eingeholt werden. Zu Recht wird daher die angemessene Erfassung von Patient-Reported Outcome (PRO) intensiv diskutiert.

Normative und rechtliche Rahmenbedingungen

Versorgungsforschung steht in aller Regel in engem Zusammenhang mit der Versorgungspraxis und den konkreten Bedingungen, unter denen die Bürger eines Landes der Gesundheitsversorgung bedürfen, Zugang dazu haben oder sie tatsächlich in Anspruch nehmen. Versorgungsforschung und ihre Ergebnisse sind daher eng an den rechtlichen und institutionellen Rahmen eines Landes gebunden (woraus sich nicht zuletzt die Frage der Übertragbarkeit von Forschungsergebnissen aus einem nationalen Zusammenhang in einen anderen als ein besonderes Problem der Versorgungsforschung ergibt).

Die Versorgungsforschung in Deutschland kann sich auf ein umfangreiches rechtlich-normatives Rahmenwerk beziehen, das Gesetzgeber und Sozialrechtsprechung in den vergangenen Jahrzehnten geschaffen haben und das insbesondere in den Sozialgesetzbüchern verankert ist. Ein emanzipativer, freiheits- und wohlfahrtssichernder Anspruch ist diesen Grundlagen eigen. Die Versorgungsforschung in Deutschland verfügt damit an vielen Stellen über einen normativen Maßstab, mit dem sich die

Differenz von erlebtem Versorgungsalltag und gesetzlichem Versorgungsideal ausmessen lässt. Dass es an derartigen kritischen Studien bislang mangelt, kann wohl auch der Politikferne der bisherigen Versorgungsforschung zugeschrieben werden.

Beispielhaft soll auf das für die Gesetzliche Krankenversicherung gerichtete SGB V sowie das auf Behinderung und Rehabilitation ausgerichtete SGB IX eingegangen werden. Das SGB IX wurde 2001 eingeführt und ist damit vergleichbar jung. Bereits im ersten Absatz erfolgt eine eindeutige Vorgabe von Werten: „Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen (...), um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder Rechnung getragen.“

Die normativen Grundwerte werden in diesem einführenden Paragraphen konkretisiert mit den Zielen der Selbstbestimmung, der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und mit Diskriminierungsverboten bzw. Inklusionsgeboten. Mit diesem Paragraphen wird die medizinische Rehabilitation grundlegend ausgerichtet. Eine gute, erfolgreiche Rehabilitation muss sich fragen lassen, inwieweit sie zur Teilhabe der betroffenen Menschen beiträgt und inwieweit sie die Selbstbestimmung der Betroffenen fördert. Die Förderung der Teilhabe gewinnt in der Reha-Praxis zunehmend an Bedeutung, z. B. über die Einführung von Modellen zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation [45, 50]. Selbstbestimmung hat als Zielkriterium bislang keinen nachhaltigen Eingang in die Bewertung von Reha-Maßnahmen erfahren, wobei die Bedeutung von Selbstbestimmung für verschiedene Aspekte des Reha-Prozesses thematisiert wurde, z. B. im Kontext von Shared Decision Making [18], Empowerment [19] oder der Praxis des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9, SGB IX [61].

Im SGB V finden sich ebenfalls grundlegende Wertvorstellungen wieder, an denen sich die Versorgungsforschung in Deutschland orientieren kann. Bspw. heißt es zum Wirtschaftlichkeitsgebot, dass Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein [müssen]; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“ (§ 12, SGB V). Bei der Bewertung des Nutzens von Maßnahmen gibt das SGB V in § 35b (Bewertung des Nutzens und der Kosten von Arzneimitteln) konkrete Zieldimensionen für die bewertende Institution, dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen IQWiG vor: „... Beim Patienten-Nutzen sollen insbesondere die Verbesserung des Gesundheitszustands, eine Verkürzung der Krankheitsdauer, eine Verlängerung der Lebensdauer, eine Verringerung der Nebenwirkungen sowie eine Verbesserung der Lebensqualität ... angemessen berücksichtigt werden.“ Der konkrete Verweis auf den Begriff der Lebensqualität markiert den oben angesprochenen Wertewandel, der sich an dieser Stelle sozialrechtlich ausdrückt. Allerdings zeigt sich an dieser Stelle, dass entsprechende Begriffe weiterer Spezifizierungen bedürfen. „Lebensqualität“ als Zielkriterium von Versorgung wird in der wissenschaftlichen Literatur durchaus kritisch diskutiert [47]. Auch das SGB V ist nicht widerspruchsfrei in seinen Bewertungen. So findet sich im dem § 35 direkt vorausgehenden § 34 (Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel) der Verweis darauf, dass „... Von der Versorgung außerdem Arzneimittel ausgeschlossen [sind], bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht“ [74]. Was an dieser Stelle unter Erhöhung der Lebensqualität gemeint ist, soll sich durch die Beispiele wie Arzneimittel, die „zur Behandlung

erektiler Dysfunktion, die Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, Behandlung zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses“ dienen, erschließen.

Theorie im Forschungsprozess

Ein zentrales Element innerhalb des Forschungsprozesses ist die Explikation einer Forschungsfrage [67]. „Aus der Richtung der Fragestellung ergibt sich die Betrachtungsebene, aus der Betrachtungsebene leitet sich die geeignete Methodik ab, diese wiederum legt den Rahmen für Art und Qualität der Ergebnisse fest“ ([51]: S.9f). Die Fragestellung leitet den Forschungsprozess ein und bildet den Ausgangspunkt für den roten Faden im Forschungsgeschehen [68].

Oftmals ist bereits die Forschungsfrage von mehr oder weniger theoriebasierten Überlegungen geprägt, so dass es empfehlenswert ist, diesen Hintergrund explizit zu machen. Versorgungsforscher haben vielfach nicht die Definitionshoheit über die Ausgangsformulierung einer Forschungsfrage, welche von forschungsfördernden Stellen oder ggf. auch unmittelbar in die Versorgung einbezogenen Einrichtungen (z. B. Krankenkassen) vorgegeben wird. Versorgungsforscher stehen daher immer wieder vor der Aufgabe, die möglicherweise aus ganz praktischen Erfahrungen gewonnenen Erkenntnisziele von Auftraggebern oder die durch einen versorgungspolitischen Hintergrund vorgegebenen Ausgangsfragen zu reformulieren und für den wissenschaftlichen Forschungsprozess anschlussfähig zu machen. Im Rahmen von üblichen projektbezogenen Versorgungsforschungsstudien ist es oftmals nur begrenzt möglich, die impliziten normativen und theoretischen Hintergrundannahmen einer Aufgabenstellung aufzudecken [83], da das u. U. nicht im Interesse des Auftraggebers liegt. Forschungsaufträge decken begleitende theoretische Ausarbeitungen (auch finanziell) nicht ab, sondern sie fokussieren z. B. die Lösung akuter Versorgungsprobleme [49] oder vordergründig klare Effektivitäts- und Effizienzberichte [28]. Auch sind Versorgungsforscher der Gefahr ausgesetzt, theoretische Fundierungen aus Angst vor nicht erwartungskonformen Ergebnissen zurückzustellen [63].

Der einmal gewählte theoretische Rahmen führt im Forschungsprozess zu einer Fokussierung des Blickfeldes auf die zu berücksichtigenden Aspekte, möglicherweise werden die zu untersuchenden Gegenstände und Entitäten dadurch erst „konstruiert“. Auf dieser Grundlage ist zu entscheiden, welche „Daten“ welcher „Lieferanten“ in eine Studie eingehen können, ob dies „Kondensierungen“ von Kommunikationen z. B. in Texten, Bildern oder anderen Medien sind, Sekundärdaten, medizinische oder andere naturwissenschaftliche Messdaten, Primärdaten aus Erhebungen, Befragungen oder Beobachtungen, ob Subjekte (Personen) diese Daten liefern oder Aggregate und Systeme usw. Erst dann kann eine hieran angepasste Auswahl, Operationalisierung und Erfassung von relevanten Merkmalen, Kategorien bzw. abhängigen und unabhängigen Variablen erfolgen, ein Verständnis für mögliche Dritt- und Störvariablen und schließlich eine Eingrenzung des Interpretationsspielraums für die Bewertung der Ergebnisse [72].

In einem multidisziplinären Forschungsfeld wie der Versorgungsforschung stellen sich in der Regel zahlreiche Möglichkeiten und Perspektiven für eine theoretische Fundierung. Versorgungsforscher müssen entscheiden, ob sie an diese Fundierung

aus der Perspektive der eigenen Disziplin herantreten oder von vornherein einen multi-/interdisziplinären Ansatz anstreben. Hierbei werden nicht zuletzt praktische und personelle Fragen eines konkreten Forschungssettings eine Rolle spielen. Inter- und Multidisziplinarität schon bei der theoretischen Fundierung wird ein Zusammenwirken von mehreren, disziplinär unterschiedlich geprägten Köpfen voraussetzen. Sodann wird zu prüfen sein, ob diese Fundierung bspw. auf der Grundlage einer schon interdisziplinär ausgerichteten Theorie zu leisten ist, ob ein Theorie-Mix für die verschiedenen Aspekte einer Studie in Frage kommt oder inwieweit spezifische disziplinäre Theorieansätze auch von disziplin fremden (Mit-)Forschern adaptiert werden können. Es geht darum, ob die beteiligten Disziplinen isoliert, ergänzend oder integrierend ihre theoretischen Kompetenzen einbringen. Die Entstehung von tiefgehender Multi-/Inter- oder Transdisziplinarität ist dabei keineswegs ein Wert an sich und muss im Hinblick auf Gegenstand, Fragestellung und Erklärungsziel durch die Forschenden begründet werden.

Hürden der theoretischen Fundierung des Forschungsprozesses können im Forschungsgegenstand begründet liegen, wenn bspw. keine passenden Theorien vorliegen oder – wie es gerade innerhalb der Versorgungsforschung als interdisziplinärem Forschungsfeld häufig vorkommt – wenn konkurrierende Modelle in Frage kommen [22]. Für die Versorgungsforschung ist daher die praktische Seite multidisziplinärer Kommunikation im Hinblick auf Anschluss- und Vernetzungsfähigkeit unterschiedlicher Perspektiven von besonderer Bedeutung. Sie schließt Fragen von Fairness und Respekt im professionellen Umgang der Wissenschaftler miteinander zwingend ein. In einigen Bereichen stehen bereits interdisziplinäre Theorien zur Verfügung, wie z.B. sozialökologische Modelle, die u.a. im Rahmen der Präventionsforschung Anwendung finden und sowohl setting- als auch entwicklungsbezogene Parameter berücksichtigen, oder das sozial-epidemiologisch-ökologische Modell von Trojan & Hildebrand [78] zur Beschreibung gesundheitsrelevanter Faktoren.

Einen in Deutschland noch zu wenig beachteten Beitrag zur Theorieforschung liefern seit einigen Jahren die Autoren des RAMESSES-Statements [27]. Ausgehend von den Begrenzungen traditioneller medizinischer Reviews, die sich am Cochrane-Modell orientieren, werden hier Standards zur systematischen Theorieermittlung erarbeitet, die die Bedingungen von komplexen Interventionen, wie sie in der Versorgungsforschung an der Tagesordnung sind, berücksichtigen. Das Konzept von „realist reviews“ greift dabei sowohl Fragen der Theorieforschung als auch der Theoriesynthese auf, die in Versorgungsforschungsprojekten vielfach auftreten [84]. Im Vordergrund stehen dabei Theorien „mittlerer Reichweite“ [46], die die Erklärungsebene, auf der sich Versorgungsforschung bewegt, insbesondere betrifft [29]. Bei der Auswahl einer den Forschungsprozess fundierenden Theorie stellt natürlich auch die Güte einer einzubeziehenden Theorie einen wichtigen Aspekt dar. Die jeweils präferierten Gütekriterien von Theorien hängen jedoch vom grundsätzlichen Verständnis von Theorien ab, welches wiederum durch die wissenschaftstheoretische Grundposition bedingt ist (z.B. kritischer Rationalismus, Konstruktivismus). Wenn man diese Differenzierung unberücksichtigt lässt und sich auf häufig diskutierte Gütekriterien von Theorien bezieht, kann man folgende anführen [12, 54]:

- ▶ Widerspruchsfreiheit und interne Konsistenz
- ▶ Vorhersagekraft
- ▶ Größe des Gegenstandsbereichs

- ▶ Grad der empirischen Bestätigung
- ▶ Falsifizierbarkeit
- ▶ Einfachheit und Sparsamkeit
- ▶ Praktische Relevanz (in der Versorgungsforschung bezogen auf die Verbesserung der Gesundheitsversorgung)
- ▶ Wissenschaftliche Relevanz im Hinblick auf Erkenntnisfortschritt.

Beispiele für in der Versorgungsforschung anwendbare theoretische Gerüste



In der Versorgungsforschung wurden bereits verschiedene Modelle entwickelt, die die im Kontext von Versorgung relevanten Aspekte und ihre Einflussrichtungen darstellen und den Überblick über die zahlreichen Parameter erleichtern: Neben dem Input-Output-Modell der Versorgungs-/Gesundheitssystemforschung ([9]: S. 244ff) zählt das ihm ähnelnde Throughput-Modell (◉ Abb. 2) zu den am häufigsten angewendeten Rahmenmodellen.

Das Throughput-Modell stellt ein lineares Prozessmodell dar, das die Komponenten beschreiben will, die idealtypisch in Versorgungsprozessen wirksam sind. Allerdings kennt das Modell nur eine Wirkrichtung, also keine Wechselwirkung der einzelnen Elemente untereinander. Das Modell lenkt das Augenmerk auf eine möglichst umfassende Betrachtung aller Seiten der gesellschaftlich wie historisch bedingten spezifischen Alltagssituation einer Versorgung, um sie insbesondere im Hinblick auf Effektivitäts- und Effizienzanalysen zu operationalisieren [59]. Das Modell ist anschlussfähig für zahlreiche disziplinäre Perspektiven, nicht nur z.B. für die Gesundheitsökonomie oder Lebensqualitätsforschung, sondern auch für klinische, organisationssoziologische oder ethische Fragestellungen (◉ Abb. 2).

Eine weitere Option für ein theoretisches Gerüst bzw. Modell bietet das bio-psycho-soziale Modell der Gesundheit, das der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zugrunde liegt [82]. Die praktische Anwendung des ICF-Modells in der Versorgung schreitet international voran (◉ Abb. 3).

Die Eigenschaften der ICF als Klassifikationssystem lassen es sowohl für den Einsatz in der Versorgungspraxis als auch als heuristisches Modell in der wissenschaftlichen (Versorgungs-)Forschung geeignet erscheinen. Seine besondere Bedeutung kann ggf. zukünftig auch darin bestehen, ein international anwendbares Kriteriengerüst zu schaffen, um die nationalen Perspektiven auf Versorgungssituationen zu überwinden und wissenschaftlich der komparativen Analyse zugänglich zu machen.

Das bio-psycho-soziale Modell der Gesundheitsversorgung ist schon älter und zuletzt nicht ohne Kritik [24, 55]. Es kann sowohl für Betrachtungen auf Bevölkerungs- als auch auf Gruppen- oder Einzelfallebene eingesetzt werden. Auch wenn es insbesondere auf ätiologische Aspekte bei der Entstehung von Gesundheitsproblemen abstellt, so kann es zur Identifizierung relevanter Aspekte und Wirkweisen bei der Bewältigung von Versorgungsproblemen beitragen. Damit bietet es eine andere Perspektive für die Frage einer gelingenden Versorgung, als das eher organisations- und prozessanalytisch ausgerichtete Throughput-Modell. Quantitative und qualitative Versorgungsprobleme und deren Lösung können damit im Hinblick auf die wechselseitige Interaktion von verschiedenen subjektiven und objektiven Komponenten analysiert werden. Zu diesen Komponenten zählen der Gesundheitszustand (in Analogie zu den Körperstrukturen

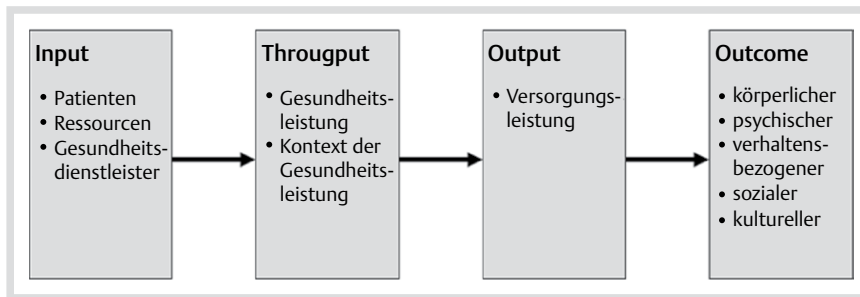


Abb. 2 Throughput-Modell der Versorgungsforschung [59, 60].

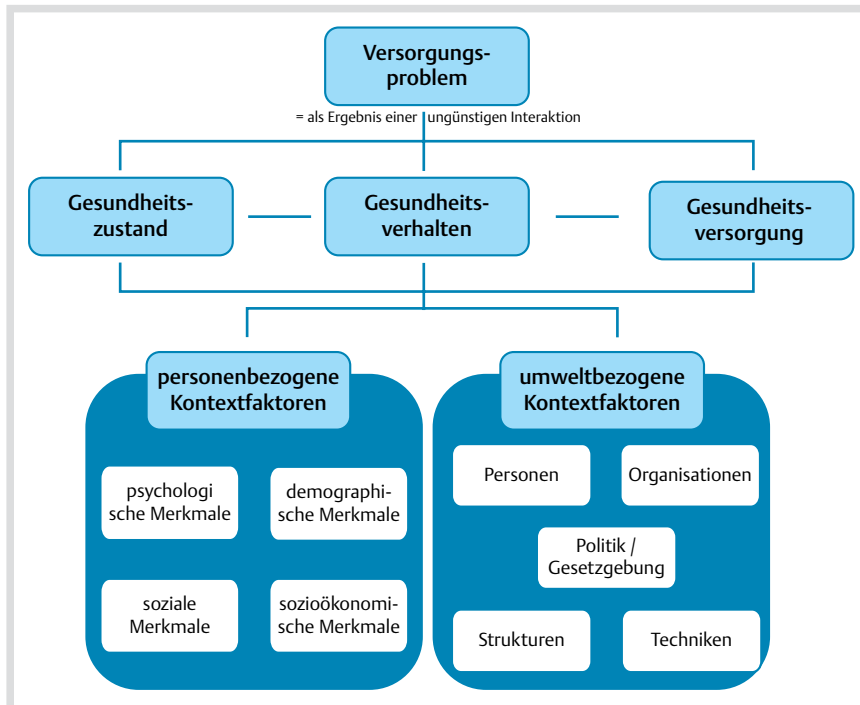


Abb. 3 bio-psycho-soziales Modell der Gesundheitsversorgung angelehnt an [82].

und -funktionen im ursprünglichen Modell), das Gesundheitsverhalten wie bspw. die Inanspruchnahme (in Analogie zu den Aktivitäten), das Eingebundensein in die Gesundheitsversorgung als Äquivalent zur Teilhabe und die Kontextfaktoren, die ebenfalls einen wesentlichen Einfluss auf das Gefüge haben. Dazu zählen zum einen personenbezogene Kontextfaktoren wie demografische, sozioökonomische, soziale und psychologische Merkmale und zum anderen umweltbezogene Kontextfaktoren wie andere Personen, Organisationen, Strukturen, Techniken und kontextrelevante politische, gesetzliche, ethische und normative Aspekte.

Versorgungsforscher benötigen jedoch meistens weniger globale Theoriemodelle. Da es in der Versorgungsforschung häufig um Fragen der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen geht, ist das Health Services Utilization Model von Andersen ein gutes Beispiel für eine seit vielen Jahren fortentwickelte theoretische Konzeption, um relevante Themenfelder zu beschreiben und zu erklären [2].

Dass Theorien ihren Gegenständen angemessen sein sollen, gehört zu den Gemeinplätzen der Forschungslogik. Als ein Versuch, dafür neue Wege zu ermöglichen, ist vor einigen Jahrzehnten die „Grounded Theory“ von Glaser & Strauss angetreten [26]. Damit sollten v.a. qualitative Forschungsansätze angestoßen werden. Trotz und wegen seiner Grenzen macht dieser Ansatz die Vielfalt und die Komplexität von Theoriebildung deutlich [43]. Theoriebildung und Theorienutzung ist in hohem Maße ein

kreatives Moment, das kaum über einen einheitlichen Leisten gelegt werden kann. Theorie benötigt Phantasie, und diese Phantasie bedient sich oftmals völlig unkalkulierbarer Quellen und Anregungen, womöglich am allerwenigsten der starren Gerüste einer formalisierten Hypothesentestung. V.a. dann leisten Theorien das, was sich auch Versorgungsforscher davon erhoffen, nämlich von ihren eigenen Erkenntnissen überrascht zu werden. Wenn Theorien dazu beitragen, das Beobachtungsfeld anders zu sehen, erfüllen sie ihren Zweck.

Interdisziplinarität und Theorie in der Versorgungsforschung

Wenn man nach der Bedeutung von disziplin-überschreitender Organisation der Versorgungsforschung fragt, ist es zunächst empfehlenswert, einen Blick auf die traditionelle disziplinäre Bündelung von Wissenschaft zu werfen. Die Wissenschaftstheorie sieht die Bildung einer „kompakten“ Disziplin als Merkmal eines integrierten und hoch entwickelten wissenschaftlichen Fachgebietes an ([79]: S. 440f). Gemeinsame Erklärungsziele, Anforderungen an Verfahren und Darstellungsformen, die kollektiv überprüft werden, sind wesentliche Kennzeichen. Disziplinen übernehmen damit entscheidende Funktionen für die Überprüfung, Anerkennung und Verbreitung von wissenschaftlichen Theorien. Gerade weil wissenschaftliche Theoriearbeit

	Methoden und Ansätze wissenschaftlicher Arbeit		
		disziplinär	disziplinüberschreitend
Forschungsproblem/ Problemfeld	disziplinär	monodisziplinär	transdisziplinär
	disziplinübergreifend	multidisziplinär	interdisziplinär

Tab. 1 Formen wissenschaftlicher Arbeit [56].

eng mit Disziplinen verbunden ist, sollte auch für Versorgungsforscher die Empfehlung gelten, einen engen Kontakt zu ihren (Heimat-)Disziplinen zu pflegen, denn dort sind Quellen und Referenzen für die in die Versorgungsforschung einzubringenden Theorien.

Die in Disziplinen verfassten Wissenschaften sind die Instanzen, die über die Anschlussfähigkeit von theoretischen Kommunikationen mit Bezug auf wissenschaftliche Beschreibungs- und Erklärungsabsichten befinden. Disziplinen bestehen im Hinblick auf spezifische, arbeitsteilige Beobachtungs- und Problemlösungsaufgaben von Gesellschaften. Disziplinärer Wandel entsteht, wenn die Beobachtungsaufgaben sich verändern oder die Problemlösungskompetenzen einer Disziplin nicht mehr ausreichen. Kulturelle und infrastrukturelle Voraussetzungen (z. B. Hochschullehrer-Stellen, Forschungsmittel) wirken auf die Bildung von Disziplinen genauso ein wie personale Faktoren einzelner Forscher ([79]: S. 311 ff). Die Entwicklung von Disziplinen ist daher keineswegs nur ein intellektueller Prozess, sondern auch eine sehr praktische Organisationsform des Wissenschaftssystems [36]. Disziplinarität hat sich als Modus zur Etablierung tiefergehender wissenschaftlicher Erkenntnisverfahren bewährt. Es sind historisch gewachsene Grenzen der Überlieferung von Problemzugängen, der Wissensgenerierung und der Methodenbevorratung [48].

Für die Entwicklung des modernen Wissenschaftssystems und der Universitäten war historisch die Sprengung der alten Fakultäten (Theologie, Recht, Medizin) und der Übergang zu einer fachgebundenen Verfassung von Forschung und Forschern von erheblicher Bedeutung [8]. Über die universitäre Fächerverfassung konnte sich die disziplinäre Kommunikation bekanntlich in hohem Maße stabilisieren und auf selbstbezügliche Dauer stellen. Deren Robustheit trug dazu bei, dass in der jüngeren Vergangenheit die Etablierung interdisziplinärer Forschungsbezüge insbesondere außerhalb der Universität angegangen wurde (Max-Planck-Institute, Sonderforschungseinrichtungen) [56]. Jedes lebendige wissenschaftliche Fach, das nicht aussterben will, entwickelt sich fortwährend weiter, nimmt Anleihen aus anderen Bereichen auf. Erst recht die Fächer der Geistes- und Sozialwissenschaften sind von einer hohen Methoden- und Theorievielfalt innerhalb der jeweiligen Disziplin geprägt, so dass dort Kommunikationsprobleme zwischen Vertretern verschiedener theoretischer Ansätze oftmals größer sein können als im disziplinüberschreitenden Austausch. Disziplinäres und interdisziplinäres Denken sind keine Gegensätze, sondern komplementäre Modi des Forschens und des Wissenschaftswachstums [23]. Insofern liegt hier weder ein neues noch ein spezifisches Problem der Versorgungsforschung vor (► **Tab. 1**).

Es gibt keine allgemein anerkannte Definition der verschiedenen Formen von disziplin-überschreitender Wissenschaft (und ggf. auch Praxis), die Definitionen sind so heterogen, wie die möglichen Ausprägungsformen, unter denen sich Forschung organisiert und auf gesellschaftlich bzw. alltagspraktisch an die Wissenschaft herangetragene oder auch aus dem Wissenschaftskontext entstandene Problemstellungen bezieht. Für eine systematischere Beobachtung derartiger Formen von Wissen-

schaft war in den letzten Jahren v. a. die ökologische bzw. Umweltforschung von Bedeutung [34]. Der Begriff der Transdisziplinarität wird dabei manchmal auch mit einer das Wissenschaftssystem überschreitenden Organisation der gesellschaftlichen Wissensproduktion verbunden, was auch für die Versorgungsforschung mit ihrem engen Bezug auf praktische Fragen des Versorgungsalltags zutrifft [21].

Für die Überschreitung von Disziplingrenzen in Form von Inter-, Multi- oder Transdisziplinarität sind nicht eo ipso spezifische Gegenstandsbereiche oder methodische Zugänge zu einem wissenschaftlichen Feld relevant. Inwieweit Wissenschaft interdisziplinär tätig wird, ist in erster Linie am praktischen Forschungshandeln abzulesen und nicht an der professionellen Zusammensetzung von Forschergruppen [56]. Bereits ältere empirische Beobachtungen führen zu dem Ergebnis, dass Interdisziplinarität insbesondere durch Wissenschaftler gefördert wird, die in einer Person interdisziplinäre Zusammenhänge denken und bearbeiten können [42].

Wesentliche Voraussetzungen für Interdisziplinarität müssen in einer entsprechenden Organisationskultur des Forscherteams gesehen werden. Gemeinsame Zielbildung für den Forschungsprozess, Lernbereitschaft und wechselseitige produktive Auseinandersetzung mit den disziplinären Ansätzen, Relativierung eigener Vorstellungen sind förderliche Haltungen [48]. Daher kommt gerade in multidisziplinären Teams einem professionellen Projektmanagement besondere Bedeutung zu, damit kommunikative Probleme rechtzeitig erkannt oder auch latente Macht- und Führungsfragen thematisiert werden können [6]. Empirische Belege zu den Schwierigkeiten der wissenschaftlichen Selbstorganisation aus beobachteten interdisziplinären Forschungsprogrammen können vielfältig berichtet werden [23].

Die Entfaltung interdisziplinärer Forschungsprogramme ist kein Selbstläufer, vielfach kommt auch in der Versorgungsforschung nur eine flache Integration der wissenschaftlichen Kooperation in Form von „Prä-“ oder „Hilfsinterdisziplinarität“ zustande [21]. Jahn [34] sieht die für die transdisziplinäre Forschung erforderlichen Integrationsleistungen insbesondere in Bezug auf (a) die Konstitution des gemeinsamen Forschungsgegenstandes, (b) die Organisation eines kognitiven Integrationsprozesses über den gesamten Forschungsverlauf sowie (c) die transdisziplinäre Integration in der Schlussphase des Projektes.

Wünschenswert für die Zukunft sind vermehrte evaluative Selbstbeobachtungen, die darüber aufklären, wie interdisziplinäre Arbeit in der Versorgungsforschung in der Praxis funktioniert. Es stellt sich die Frage, inwieweit die Versorgungsforschung – insgesamt und in den jeweiligen Projekten – eigene kommunikative Räume schaffen kann, in denen Theoriebildung erfolgt und Theoriediskurse auch aktiv ausgetragen werden. Es wäre der Entwicklung eigenständiger theoretischer Grundlagen zweifellos abträglich, wenn Versorgungsforscher ihren Partnern aus anderen Disziplinen in der Forschungspraxis überwiegend mit „Schonhaltungen“ begegnen, um theoretische Auseinandersetzungen letztlich zu vermeiden.

Zusammenfassende Thesen und Empfehlungen

1. Versorgungsforschung gehört zu den Humanwissenschaften. Sie begründet sich nicht über spezifische Methoden, sondern über ihren Gegenstandsbereich. Es existiert ein Forschungskontinuum von der klinischen Forschung bis hin zur Versorgungsforschung.
2. Neben Beschreibung und Erklärung richtet sich Versorgungsforschung insbesondere darauf, Wirkungszusammenhänge und Modelle zu identifizieren, die helfen können, die Versorgungsrealität zu beeinflussen. Versorgungsforschung muss sich ihrer Bindung an die Versorgungsverbesserung für Patienten und Bürger versichern.
3. Die Reflexion der theoretischen und methodologischen Grundlagen gehört zum grundlegenden Ethos wissenschaftlichen Arbeitens, dem auch Versorgungsforscher verpflichtet sind.
4. Die Explikation von theoretischen Annahmen und Verallgemeinerungen hat eine wichtige Funktion im Hinblick auf die Weiterentwicklung des Forschungsbereichs und die Herbeiführung von Anschlussfähigkeit gegenüber den wissenschaftlichen Fachdisziplinen.
5. Theorie ist die Voraussetzung für den wissenschaftlichen Blick der empirischen Forschung. Empirische Daten erhalten ihre Relevanz nur über Theorie. Umgekehrt sind Theorien nicht vollständig auf empirische Beobachtungen zurückführbar.
6. Theorien haben vielfältige Funktionen z. B. für die Konstitution von Forschungsgegenständen oder die Akzeptanz von wissenschaftlichen Hypothesen. Ihre Auswahl und Nutzung ist dabei von den sozialen Konfigurationen des Versorgungsforschungsprozesses und der Versorgungsforscher geprägt.
7. Versorgungsforschung ist nicht ohne den sozialen Kontext denkbar, in dem sie stattfindet und auf den sie sich bezieht. Wandel und Varianz von Versorgungszielen und -bedürfnissen erlauben keine wertfreie Versorgungsforschung.
8. Die Bedeutung von normativen und ethischen Fragen für die Praxis der Versorgungsforscher unterstreicht die Notwendigkeit der systematischen Einbeziehung von normwissenschaftlichen Disziplinen (Jurisprudenz, praktische Philosophie) in die Versorgungsforschung.
9. Die konstitutive Inter- und Multidisziplinarität in der Versorgungsforschung verlangt eine besondere Aufmerksamkeit der Versorgungsforscher für die Gestaltung der internen und externen wissenschaftlichen Kommunikation und Kooperation.
10. Versorgungsforschung benötigt eigenständige Freiräume für die wissenschaftliche Erarbeitung ihrer Forschungsfragestellungen. Versorgungsforschung darf sich nicht darauf beschränken, die von Auftraggebern oder forschungsfördernden Stellen vorgegebenen Themen einfach nur umzusetzen.
11. Eine eigene Theoriebildung in der Versorgungsforschung ist anzustreben. Dabei ist weiter zu klären, wie weit eine eigene Theoriebildung die beteiligten Fachdisziplinen überschreiten und verbinden kann.
12. Die Versorgungsforschung muss eine eigene Selbstbeobachtung ihres wissenschaftlichen Handelns und Fortentwickelns etablieren. Von besonderer Bedeutung sind dabei die von ihr selbst erzeugte wissenschaftliche Kultur und die wissenschaftliche Kritik.
13. Versorgungsforschung benötigt mehr Freiraum und mehr Anstrengung für Theorie. Die Notwendigkeit wissenschaftli-

cher Theoriebildung muss im Rahmen der Forschungsförderung und beim Aufbau wissenschaftlicher Forschungsstrukturen berücksichtigt werden.

Zur Diskussion

Die Autoren des voranstehenden Textes haben vor der Übergabe an den Vorstand des DNVF von einigen Versorgungsforschern Hinweise und Anregungen erhalten, die an dieser Stelle angesprochen werden sollten. Für die Anmerkungen danken wir sehr. Sie enthalten insbesondere Impulse für die auch aus Sicht des Autorenkreises dringend notwendige Fortführung der Diskussion über „Theorien in der Versorgungsforschung“. Eine Revision unserer Ausführungen erschien uns jedoch nicht zwingend erforderlich. Daher wählen wir diesen Weg, um einige Hinweise anzusprechen.

Die eingegangenen Beiträge verweisen nicht nur auf Limitationen unserer Ausführungen. Sie zeigen auch, dass wir uns mit einer Debatte über die Rahmenbedingungen und die wissenschaftstheoretischen Grundlagen von Versorgungsforschung noch am Anfang befinden. Gabriella Marx macht mit ihren Anmerkungen deutlich, dass auch unter den Versorgungsforschern sehr unterschiedliche Auffassungen über Wahrheits- und Erklärungsansprüche forschungsbezogener Aussagen bestehen. Die Autoren des Memorandums möchten betonen, dass Versorgungsforschung im Kontext jeglicher wissenschaftlicher Erkenntnisbestrebung steht, folglich wahres Wissen erzeugen will. G. Marx verweist zu Recht auf die in unserem Text noch ungenügende Differenzierung zwischen epistemologischen Grundfragen und wissenschaftlicher Theoriebildung im engeren Sinne. Wir stimmen Heiner Raspe ist zu, dass ein enger Zusammenhang zwischen normativer und wissenschaftstheoretischer Fundierung gesehen werden muss, so dass **Abb. 1** in unserem Text womöglich noch weiteren Klärungsbedarf beinhaltet.

Das im Text angesprochene Grundproblem und ein kritisches Fragezeichen von H. Raspe bezüglich der Verifikation von theoretischen Annahmen durch empirische Praxis muss die Versorgungsforschung weiter beschäftigen. Reichweite und Grenzen überindividueller Objektivierbarkeit von theoretischen Befunden in der Versorgungsforschung sind in diesem Zusammenhang zu diskutieren.

Wichtig bleibt der Hinweis von G. Marx darauf, dass sich Versorgungsforschung in hohem Maße mit Subjekten und subjektiven Erfahrungstatbeständen in der Gesundheitsversorgung beschäftigt. Die von ihr dabei hervorgehobenen qualitativen und hermeneutischen Methoden in der Versorgungsforschung haben wir (möglicherweise unzureichend) angesprochen. Den geäußerten Eindruck, unser Text folge eher einem Paradigma quantifizierbarer Daten und standardisierter Verfahren in Forschung und Versorgung, wollen wir aber definitiv nicht bestätigen, ganz im Gegenteil.

Matthias Schrappe bringt in diese Diskussion das Stichwort „Komplexität“ ein, das in unserem Text zu kurz gekommen sei. Die Frage, ob Versorgungsforschung „Komplexität reduzieren kann“, verweist auf systemtheoretische Wissenschaftsauffassungen, die von Informatik und Kybernetik beeinflusst sind. Angesichts der informationstechnologischen Revolution, die die Medizin nicht nur im Hinblick auf die Explosion der Datenmengen erfassen wird, stellt das Thema „Big Data“ auch die Wissenschaftskonzeption und die Theoriebildung der Versorgungsfors-

schung vor völlig neue Herausforderungen, die wir noch nicht durchdrungen haben, worauf uns Hardy Müller hinweist.

Edmund Neugebauer, Norbert Schmacke und andere sprechen von verschiedenen Seiten Fragen nach dem Nutzenbegriff und dem Umsetzungsbezug von Versorgungsforschung an, die wir nur andeuten konnten. Wer von Versorgungsforschung (neben dem Patienten) profitieren soll, um welchen Nutzen es dabei geht, muss Versorgungsforscher und das Deutsche Netzwerk noch weiter beschäftigen. Einigkeit deutet sich in den Stellungnahmen dahingehend an, dass eine grundlagenorientierte Versorgungsforschung dringend nötig ist und sich die Versorgungsforschung gegen einen vorschnellen „Anwendungsbezug“ zur Wehr setzen muss.

Die Autoren danken allen, die für das Memorandum Hilfestellungen geleistet haben. Dem Vorstand des DNVF sind wir für die nachdrückliche Unterstützung dieser Arbeit verbunden. Wir wünschen dem Text weitere kritische Diskussionen und freuen uns auf neue Anstrengungen für die Theoriebildung in der Versorgungsforschung.

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- AHRQ. 2012; Health services research: A definition. Online verfügbar unter: <http://www.ahrq.gov/funding/training-grants/hsrguide/hsrguide.html> (Zugriff: 10.03.2014)
- Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal Health Soc Behav* 1995; 36: 1–10
- Angermeyer MC. Der theorie-graue Star im Auge des Psychiaters: zur Rezeption der Wissensbestände der Familienforschung in der Sozialpsychiatrie. In: Finzen A, (Hrsg.). *Die Angehörigengruppe*. Stuttgart: Enke, S.; 1984: 17–24
- Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics* 2008; 26: 149–162
- Badura B, Busse R, Gostomzyk J et al. Memorandum zur Versorgungsforschung in Deutschland, Situation – Handlungsbedarf – Strategien. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2004; 129: 771–773
- Blanckenburg C, Böhm B, Dienel HL et al. Leitfaden für interdisziplinäre Forschergruppen: Projekte initiieren – Zusammenarbeit gestalten. München: Steiner; 2005
- Bourdieu P. Vom Gebrauch der Wissenschaft. Für eine klinische Soziologie des wissenschaftlichen Feldes. Konstanz: UVK; 1998
- Brandt R. Wozu noch Universitäten? Hamburg: Felix Meiner; 2011
- Busse R. Methoden der Versorgungsforschung. In: Hey M, Maschewsky-Schneider U, Busse R, Häußler B, Pfaff H, Rosenbrock R, Schrappe M (Hrsg.). *Kursbuch Versorgungsforschung*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2006: 244–251
- Chalmers AF. *Grenzen der Wissenschaft*. Berlin: Springer; 1999
- Chalmers AF. *Wege der Wissenschaft: Einführung in die Wissenschaftstheorie*. 6. Aufl Berlin: Springer; 2007
- Charpa U. *Grundprobleme der Wissenschaftstheorie*. Paderborn: Ferdinand Schöningh; 1996
- DFG. *Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis*. Denkschrift: Ergänzte Auflage, Bonn; 2013
- Dahms HJ. Bemerkungen zur Geschichte des Werturteilsstreits. In: Schurz G, Carrier M (Hrsg.). *Werte in den Wissenschaften*. Berlin: Suhrkamp; 2013: 74–107
- Dixon-Woods M, Williams SJ, Jackson CJ et al. Why do women consent to surgery, even when they do not want to? An interactionist and Bourdieusian analysis. *Soc Sci Med* 2006; 62: 2742–2753
- Douglas H. Induktives Risiko und Werte in den Wissenschaften. In: Schurz G, Carrier M (Hrsg.). *Werte in den Wissenschaften*. Berlin: Suhrkamp; 2000: 143–173
- Engelhardt TW jr. Die Begriffe „Gesundheit und Krankheit“ (Original 1975). In: Schramme T (Hrsg.). *Krankheitstheorien*. Berlin: Suhrkamp; 2012: 41–62
- Faller H. Shared Decision Making: Ein Ansatz zur Stärkung der Partizipation des Patienten in der Rehabilitation. *Rehabilitation* 2003; 42: 129–135
- Faller H. Empowerment als Ziel der Patientenschulung. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2003; 16: 353–357
- Farin E, Glattacker M, Jäckel W. Leitlinien und Leitlinienforschung. *Bundesgesundheitsblatt* 2011; 54: 429–435
- Farin E. Konzeptionelle und methodische Herausforderungen der Teilhabeforschung. *Rehabilitation* 2012; 51 (Suppl.1): 3–11
- Farin E. Theorien der Versorgungsforschung aus Sicht der (Medizin-) Psychologie. Vortrag im Rahmen des 11. Kongress des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung; Dresden, 28.09.2012 2012;
- Fischer K. Interdisziplinarität im Spannungsfeld zwischen Forschung, Lehre und Anwendungsfeldern. In: Fischer K, Laitko H, Parthey H (Hrsg.). *Jahrbuch Wissenschaftsforschung 2010*. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag; 2010
- Ghaemi SN. The rise and fall of the biopsychosocial model. *BJP* 2009; 195: 3–4
- Glaeske G, Rebscher H, Willich SN. Auf gesetzlicher Grundlage systematisch ausbauen. *Dtsch Arztebl* 2010; 107: 1295–1297
- Glaser BG, Strauss AL. *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber; 1998
- Greenhalgh T, Wong G, Westhorp G et al. Protocol – realist and meta-narrative evidence synthesis: Evolving Standards (RAMESES). *BMC Medical Research Methodology* 2011; 11: 115 doi:10.1186/1471-2288
- Grypdonck M. Eine kritische Bewertung von Forschungsmethoden zur Herstellung von Evidenz in der Pflege. *Pflege & Gesellschaft* 2004; 9: 35–41
- Gough D. Meta-narrative and realist reviews: guidance, rules, publication standards and quality appraisal. *BMC Medicine* 2013; 11: 22
- Harrington A. The fall of the schizophrenogenic mother. *Lancet* 2012; 379: 1292–1293
- Heginbotham C. *Value-based commissioning of health and social care*. Cambridge: CUP; 2012
- Hempel CG. *Wissenschaft und menschliche Werte*. In: Schurz G, Carrier M (Hrsg.). *Werte in den Wissenschaften*. Berlin: Suhrkamp; 2013: 118–140 (Nachdruck von 1960)
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit. *im Gesundheitswesen Allgemeine Methoden (Version 4.1 vom 28.11.2013)*. Köln: IQWiG; 2013
- Jahn T. Soziale Ökologie, kognitive Integration und Transdisziplinarität. *Technikfolgenabschätzung Theorie und Praxis* 2005; 14: 32–38
- Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LF et al. The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. *Cancer* 1948; 1: 634–656
- Knorr-Cetina K. *Die Fabrikation von Erkenntnis*. Frankfurt/M: Suhrkamp; 1991
- Köbberling J. Der Zweifel als Triebkraft des Erkenntnisgewinns in der Medizin. In: Kunz R, Ollenschläger G, Raspe H, Jonitz G, Donner-Banzhoff N (Hrsg.). *Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2007: 3–14
- Kornwachs K. *Technologisches Wissen: Entstehung, Methoden, Strukturen*. Berlin: Springer; 2010
- Kuhn T. *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. 13. Aufl. Frankfurt: Suhrkamp; 1996
- Lakatos I. *Die Methodologie der wissenschaftlichen Forschungsprogramme*. Braunschweig: Vieweg; 1982
- Laudan L. *Progress and its problems. Towards a theory of scientific growth*. London: Routledge; 1977
- Laudel G, Gläser J. Konzepte und empirische Befunde zur Interdisziplinarität. In: Umstätter W, Wessel KF. *Interdisziplinarität – Herausforderung an die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler*. Bielefeld: Kleine Verlag; 1999
- Lindemann G. Theoriekonstruktion und empirische Forschung. In: Kalthoff H, Hirschauer S, Lindemann G (Hrsg.). *Theoretische Empirie. Zur Relevanz qualitativer Forschung*. Frankfurt: Suhrkamp; 2008: 107–128
- Mayntz R. *Sozialwissenschaftliches Erklären*. Schriften aus dem Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung Köln, Band 63. Frankfurt/New York: Campus; 2009
- Menzel-Begemann A. *Berufliche Orientierung in der medizinischen Neurorehabilitation: Problemstellung, Intervention, Ergebnisse*. Weinheim: BeltzJuventa; 2012
- Merton RK. Science and democratic social structure. In: Merton RK (Hrsg.). *Social structure and social theory*. Glencoe: Free Press; 1957: 550–561
- Meyer T, Raspe H. Die Messung der Lebensqualität bei rheumatischen Erkrankungen. Eine kritische Bestandsaufnahme. *Z Rheumatol* 2010; 69: 203–209
- Mittelstraß J. *Methodische Transdisziplinarität*. Online verfügbar unter: http://www.leibniz-institut.de/archiv/mittelstrass_05_11_07.pdf (Zugriff: 10.11.2014) 2007;

- 49 Moers M, Schaeffer D, Schnepf W. Too busy to think? Essay über die spärliche Theoriebildung der deutschen Pflegewissenschaft. *Pflege* 2011; 24: 349–360
- 50 Müller-Fahrnow W, Greitemann B, Radoschewski FM et al. Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. *Rehabilitation* 2005; 44: e32–e45
- 51 Mutschler W. Von Ideen und wissenschaftlichem Denken. In: Neugebauer E, Mutschler W, Claes (Hrsg.). *Von der Idee zur Publikation – Eine Anleitung zum erfolgreichen wissenschaftlichen Arbeiten*. Stuttgart: Thieme; 2004: 5–10
- 52 Nienaber A, Wieskus-Friedemann E, Kliem S et al. „NischE – Nicht von schlechten Eltern“ – Evaluation eines Kooperationsprojektes zur Unterstützung von Kindern in Familien mit psychisch- oder suchtblasteten Eltern. *Gesundheitswesen (epub ahead of print)* 2015, doi:10.1055/s-0035-1564249
- 53 Nothacker M, Mueche-Borowski C, Kopp I et al. Leitlinien-Attraktivität, Implementierung und Evaluation: Bericht von der Arbeitstagung der AWMF und des DNVF am 9.11.2012 in Frankfurt. *GMS Mitt AWMF* 10: Doc2 2013 doi:10.3205/awmf000275
- 54 Opp KD. *Methodologie der Sozialwissenschaften: Einführung in Probleme ihrer Theoriebildung und praktischen Anwendung*. 7. Aufl. Wiesbaden: Springer; 2014
- 55 Oudenhove LV, Cuyppers S. The relevance of the philosophical 'mind-body problem' for the status of psychosomatic medicine: a conceptual analysis of the biopsychosocial model. *Med Health Care and Philos* 2014; 17: 201–213
- 56 Parthey H. Institutionalisation disziplinärer und interdisziplinärer Forschungssituationen. In: Fischer K, Laitko H, Parthey H (Hrsg.). *Jahrbuch Wissenschaftsforschung 2010*. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag; 2011: 9–35
- 57 Payaprom Y, Bennett P, Alabaster E et al. Using the Health Action Process Approach and implementation intentions to increase flu vaccine uptake in high risk Thai individuals: A controlled before-after trial. *Health Psychology* 2011; 30: 492–500
- 58 Pfaff H, Abholz H, Glaeske G et al. Versorgungsforschung: unverzichtbar bei Allokationsentscheidungen – eine Stellungnahme. *Dtsch Med Wochenschr* 2011; 136: 2496–2500
- 59 Pfaff H, Schrappe M. Einführung in die Versorgungsforschung. In: Pfaff H, Neugebauer E, Glaeske G, Schrappe M (Hrsg.). *Lehrbuch Versorgungsforschung*. Stuttgart: Schattauer; 2011: 1–39
- 60 Pfaff H. Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff H, Schrappe M, Lauterbach KW, Engelmann U, Halber M (Hrsg.). *Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung*. Bern: Verlag Hans Huber; 2003: 13–23
- 61 Pohontsch N, Raspe H, Welte F et al. Die Bedeutung des Wunsch- und Wahlrechts des §9 SGB IX für die medizinische Rehabilitation aus Sicht der Rehabilitanden. *Die Rehabilitation* 2011; 50: 244–250
- 62 Poser H. *Wissenschaftstheorie. Eine philosophische Einführung*. 2. Aufl. Stuttgart: Reclam; 2012
- 63 Raspe H, Pfaff H, Härter M et al. *Versorgungsforschung in Deutschland: Stand – Perspektiven – Förderung. Stellungnahme*. Bonn: Deutsche Forschungsgemeinschaft; 2010
- 64 Ropohl G. *Allgemeine Technologie. Eine Systemtheorie der Technik*. 3. Aufl. Karlsruhe: Universitätsverlag; 2009
- 65 Rubin DB. Causal inference using potential outcomes. *Journal of the American Statistical Association* 2005; 100: 322–331
- 66 Rudner R. Der Wissenschaftler qua Wissenschaftler fällt Werturteile. In: Schurz G, Carrier M (Hrsg.). *Werte in den Wissenschaften*. Berlin: Suhrkamp; 2013: 108–117 (Nachdruck von 1953)
- 67 Sauerland S, Neugebauer E. Erstellung einer Projektskizze für klinische Studien. In: Neugebauer E, Mutschler W, Claes L (Hrsg.). *Von der Idee zur Publikation – Eine Anleitung zum erfolgreichen wissenschaftlichen Arbeiten*. Stuttgart: Thieme; 2004: 17–23
- 68 Schäfer U, Neugebauer E. Drittmittelantrag, Kooperationen und Begutachtung. In: Neugebauer E, Mutschler W, Claes L (Hrsg.). *Von der Idee zur Publikation – Eine Anleitung zum erfolgreichen wissenschaftlichen Arbeiten*. Stuttgart: Thieme; 2004: 69–74
- 69 Scheibler F, Janßen C, Pfaff H. Shared decision making: ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur. *Sozial- und Präventivmedizin* 2003; 48: 11–23
- 70 Schmacke N. Dilemmata in der Versorgungsforschung. Ein Plädoyer für mehr Ergebnisoffenheit. *GGW* 2011; 11: 16–22
- 71 Schrappe M, Glaeske G, Gottwik M et al. Memorandum II: Konzeptionelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen der Versorgungsforschung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2005; 130: 2918–2922
- 72 Schrems B. Theorieentwicklung in der Pflege im 21. Jahrhundert. *Pflege* 2011; 24: 1–2
- 73 Sechrest L. Validity of measures is no simple matter. *Health Services Research* 2005; 40 (Part II): 1584–1604
- 74 *Sozialgesetzbuch V*, (o.J.). Online abrufbar unter: www.gesetze-im-internet.de/sgb_5 (Zugriff: 10.11.2014)
- 75 Steinbrocker O, Traeger CH, Batterman RC. Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis. *J Am Med Assoc* 1949; 140: 659–662
- 76 Strech D, Marckmann G. Normative Versorgungsforschung. Eine orientierende Einführung in Themen, Methoden und den Status quo in Deutschland. *Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen* 2012; 2: 8–15
- 77 Sudman S, Bradburn N, Schwarz N. *Thinking about answers: The application of cognitive processes to survey methodology*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1996
- 78 Trojan A, Hildebrandt H. Konzeptionelle Überlegungen zur gesundheitsbezogenen Netzwerkförderung auf lokaler Ebene. In: Stark W (Hrsg.). *Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung*. Freiburg: Lambertus; 1989: 97–116
- 79 Toulmin S. *Kritik der kollektiven Vernunft*. Frankfurt: Suhrkamp; 1978
- 80 Von Wright GH. *Erklären und Verstehen*. Frankfurt: Athenäum; 1974
- 81 Wearden AJ, Tarrier N, Barrowclough C et al. A review of expressed emotion research in health care. *Psychol Rev* 2000; 20: 633–666
- 82 *WHO Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Stand Oktober 2005, WHO Genf, Deutsche Übersetzung herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI. (Englische Ausgabe 2001) 2005
- 83 Wright MT. Auf dem Weg zu einer theoriegeleiteten, evidenzbasierten, qualitätsgesicherten Primärprävention in Settings. *Jahrbuch für Kritische Medizin* 2006; 43: 55–73
- 84 Wong G, Greenhalgh T, Pawson R. What is a realist review and what can it do for me? An introduction to realist synthesis 2009 http://pram.mcgill.ca/i/Wong_G_JUNE09_what_is_a_realist_review_presentation.pdf (Zugriff am 20.11.2015)
- 85 Zima PV. *Was ist Theorie?* Tübingen: Francke; 2004