

Forschung „aus der Praxis, für die Praxis“ mit der Initiative Deutscher Forschungspraxennetze – DESAM ForNet



In der Gesundheitsversorgung bleiben zahlreiche Arbeitsstellen unbesetzt, der Personalmangel ist deutlich spürbar – und das, obwohl in Deutschland 20% mehr Ärztinnen und Ärzte sowie 50% mehr Pflegende pro Kopf als im OECD-Vergleich¹ vorhanden sind. Wie kann ein so großer Mangel bestehen, wenn die Ressourcen doch eigentlich da sind? Ein wichtiger Faktor sind strukturelle Schwächen des deutschen Gesundheitssystems mit Fragmentierung und fehlender Koordination der Versorgung.² Dafür werden umso mehr Leistungen in Anspruch genommen und Interventionen durchgeführt, deren Nutzen häufig unklar bleibt, da patientenrelevante Outcomes regelhaft nicht erfasst werden. Die vorhandenen Ressourcen werden nicht effektiv im Sinne der Patientinnen und Patienten eingesetzt.



Sobald man sich mit der Frage beschäftigt, wie die vorhandenen Ressourcen effektiver im Sinne der Patientinnen und Patienten eingesetzt werden könnten – „value-based healthcare“^{3,4} oder „Über-, Unter- und Fehlversorgung“⁵ sind hier Stichpunkte – ergibt sich die Frage nach der wissenschaftlichen Evidenz, auf deren Grundlage die erforderlichen Anpassungen erfolgen könnten.

1 <https://www.oecd.org/germany/health-at-a-glance-germany-DEU.pdf>, letzter Zugriff am 16.06.2024

2 Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege, Gutachten vom 25. April 2024: „Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource“, DOI 10.4126/FRL01-006473488

3 Deerberg-Wittram J, Kirchberger V, Rüter F: Das Value-Based Health Care Buch. MWV Berlin 2023

4 Bergen et al.: Gesundheitsverordnung am Outcome ausrichten. Monitor Versorgungsforschung 01/24, S. 44-46

5 DEGAM-Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden. S2e-Leitlinie - Living Guideline, publiziert 02/2024, AWMF-Register-Nr. 053-045LG



Die Methode der Evidenzbasierten Medizin (EbM) geht davon aus, dass die Einschätzung der Relevanz und damit der Richtigkeit einer medizinischen Maßnahme nur auf Ebene des Individuums bzw. auf Patientinnen- und Patientenseite im Rahmen der vertrauensvollen Patient-Arzt-Beziehung zu treffen ist. Denn EbM erfolgt im Zusammenspiel dreier Komponenten: 1. der individuellen Patientinnen- und Patientenpräferenz, 2. der ärztlichen Erfahrung (interne Evidenz) und 3. der systematischen Berücksichtigung der besten vorhandenen klinisch-empirischen Forschungsergebnisse (externe Evidenz).⁶

Gerade in Anerkennung der Patient-Arzt-Beziehung als zentralen Ort der medizinischen Entscheidungsfindung ist es notwendig, dass externe Evidenz vorliegt, die patientenrelevante Parameter erfasst und im Versorgungsalltag tatsächlich unterstützt. Doch leider fehlt diese Evidenz häufig.⁷

In Deutschland konzentriert sich Forschung traditionell vor allem auf Innovationen, Technologie und biomedizinische Grundlagenforschung. Im Fokus steht eher die Platzierung neuer Produkte im Gesundheitsmarkt, statt die Ermittlung des Nutzens der geübten Versorgungspraxis sowie des Nutzens von Innovationen unter Alltagsbedingungen. Weiterhin findet Forschung eher im Setting der Universitätsklinik statt – doch nur ein kleiner Teil der Krankheitsfälle kann hier erfasst werden, da der Großteil der medizinischen Versorgung ambulant erfolgt. Fragen zu Langzeitverläufen, Multimorbidität, Versorgungsprozessen, Alltagserkrankungen, zum Erkennen abwendbar gefährlicher Verläufe bzw. zur Abgrenzung selbstheilender Verläufe, zu seltenen Erkrankungen, zur vergleichenden Nutzenbewertung zugelassener Therapien, zu nicht-medikamentösen Behandlungsansätzen und zum Nutzen präventiver Maßnahmen bleiben regelhaft unbeantwortet.


6 Kühlein T, Egidi G, Scherer M: Schutz vor Über- und Unterversorgung – Einführung in die DEGAM-Leitlinie. ZFA 3/2023, 139-44

7 Greenhalgh T, Fisman D, Cane DJ, et al.: Adapt or die: how the pandemic made the shift from EBM to EBM+ more urgent. BMJ Evidence-Based Medicine 2022; 27:253-260

Mit der Initiative Deutscher Forschungspraxennetze – DESAM-ForNet wird eine wichtige Ergänzung der bisherigen Forschungslandschaft geschaffen. Als Zusammenschluss von sechs Forschungspraxennetzen mit einer Koordinierungsstelle, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), ist die Struktur 2020 an den Start gegangen. Mittlerweile sind 32 von 40 allgemeinmedizinischen Universitätsstandorten in der Initiative DESAM-ForNet organisiert. Die hausärztlichen Forschungspraxennetze verbinden Universitätsmedizin und hausärztliche Praxis. Die zu beforschenden Themen und die Forschungsmethoden werden dabei ganz wesentlich von Ärzt:innen und MFA aus den Forschungspraxen sowie von Patient:innen und Bürger:innen bestimmt, um Relevanz und Machbarkeit der Forschung sicherzustellen. 1360 hausärztliche Forschungspraxen sind bereits dabei, bis 2025 sollen es 1732 sein.

Ziel ist Generierung einer soliden Wissensgrundlage zur Wirksamkeit präventiver, diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen auf allen Ebenen der Versorgung. Auch ländliche bzw. unterversorgte Räume und vulnerable Gruppen sollen hiermit erreicht werden. Hierzu soll die Infrastruktur perspektivisch die universitätsstandort- und sektorenübergreifende Durchführung klinischer und klinisch-epidemiologischer Studien ermöglichen.

Mehr Informationen unter www.desam-fornet.de; Anmeldung zum DESAM-ForNet Newsletter oder Nachfragen sind willkommen unter koordinierung@desam-fornet.de



The logo features a blue arch labeled 'Forschungspraxennetz' connecting two circles. The left circle, labeled 'Hausarztpraxis', contains icons of colorful houses with crosses. The right circle, labeled 'Universitätsklinik', contains an icon of a hospital building with a cross and the text 'Institut für Allgemeinmedizin'.

DESAM-ForNet Symposium • 20. November 2024
Gemeinsam forschen für Gesundheit – Universitätsmedizin in Klinik und Praxis

SAVE THE DATE

DESAM-ForNet Symposium
Am 20. November 2024 findet in Berlin das DESAM-ForNet Symposium statt.
Mehr Informationen unter www.desam-fornet.de