

Interview

Prof. Dr. Holger Pfaff: „Unsere mechanistische Sicht auf die Gesundheitsversorgung kommt an Grenzen, wenn es um menschliches Verhalten geht.“

Der Deutsche Kongress für Versorgungsforschung, der am 6. Oktober startet, feiert in diesem Jahr sein 20-jähriges Bestehen. Im Interview geht der Kongresspräsident Prof. Dr. Holger Pfaff auf die Entwicklung der Versorgungsforschung in den vergangenen Jahren und auf die Bedeutung soziologischer Theorien bei der Analyse komplexer Versorgungszusammenhänge ein.

Herr Professor Pfaff, Sie waren bereits Kongresspräsident des ersten Kongresses für Versorgungsforschung. Was hat sich seither an den Kongressthemen geändert?

Die Versorgungsforschung hat sich auf alle Fälle weiterentwickelt. Das betrifft zum Beispiel den Ausbau methodischer Grundlagen. Als Querschnittsfach müssen sich Versorgungsforschende heute mit sehr unterschiedlichen Versorgungsbereichen auseinandersetzen – sie brauchen nicht nur eine gute Methodenkenntnis, sondern auch eine enorme Vielseitigkeit, um sich immer wieder neu in die spezifischen Erfordernisse einzelner medizinischer Teilgebiete einzuarbeiten. Darüber hinaus ist unser Forschungsgebiet im Laufe der Jahre qualitativer geworden. Denn Korrelations- und Regressionsanalysen reichen nicht immer aus, um Versorgungszusammenhänge auf Anhieb zu verstehen. Wer die Gründe hinter dem Verhalten der Versorgenden und der Erkrankten in unserem Gesundheitssystem kennenlernen möchte, muss auch qualitative Sozialforschung betreiben. Forschende nutzen dafür sogenannte „Mixed Methods“, das ist mittlerweile ein großes Thema in der Versorgungsforschung.

2. Würden Sie sagen, dass die Versorgungsforschung heute einen größeren Stellenwert einnimmt als noch vor wenigen Jahren?

Durchaus, medizinische Fakultäten nehmen mittlerweile mehr Geld in die Hand, um entsprechende Lehrstühle einzurichten – ein Beleg dafür, dass die Versorgungsforschung dort angekommen ist. Die Medizin kann zwar mittlerweile viele Erkrankungen wirksam behandeln. Wir sind leider nicht sehr gut darin, die Menschen so zu unterstützen, dass der Therapieerfolg nachhaltig gesichert werden kann. Wer nach Krankenhaus- oder Rehaaufenthalt zu krankmachenden Gewohnheiten zurückkehrt oder das in der Reha Erlernte zuhause nicht so einfach umsetzen kann, setzt den langfristigen Behandlungserfolg aufs Spiel. Das ist nur ein Beispiel von vielen, in denen Verhalten die Gesundheitsversorgung beeinflusst. Die Erforschung von menschlichem Verhalten in solchen Versorgungszusammenhängen ist sicher einer der Grundsteine für Verbesserungen.

3. Sie betonen die Bedeutung der Theorie für eine gute Praxis. Es geht Ihnen um soziologische Theorien, vor allem um die Systemtheorie von Niklas Luhmann. Wie lässt sie sich auf die medizinische Versorgung anwenden?

Luhmann versteht die Gesellschaft als System, das sich in verschiedene Teilsysteme gliedert. Er unterscheidet dabei zwischen Maschinen, biologischen Systemen (Organismen, Zellen, Nervensystemen, Immunsystemen), psychischen Systemen (menschliches Bewusstsein) und sozialen Systemen. Jedes dieser Systeme ist dynamisch und besteht aus „Operationen“. Dabei steht keine Operation für sich allein, sie beeinflussen sich gegenseitig. Was das für die Gesundheitsversorgung bedeutet, zeigt folgendes Beispiel: Medizinische Leitlinien bieten dem medizinischen Fachpersonal

bei der Therapieentscheidung eine gute Orientierung zum aktuellen Stand des medizinischen Wissens bei einer bestimmten Erkrankung. Ob Behandler*innen diesen Empfehlungen tatsächlich folgen, hängt jedoch von vielen Faktoren ab: von ihrem individuellen Wissensstand, von den verfügbaren technischen Möglichkeiten, vom gesundheitlichen Allgemeinzustand und der Einwilligung des/der Betroffenen sowie von sozialen oder ökonomischen Faktoren. Bei der Analyse von Versorgungssituationen fokussieren wir sehr oft auf die Medizin, also in der Sprache Luhmanns auf das biologische System. Tatsächlich müssen aber alle vier Systeme beachtet werden. Die Systemtheorie bietet gute Ansatzpunkte für das Management von komplexen Zusammenhängen.

4. Können Sie die Komplexität der Versorgungsrealität noch näher beschreiben?

Stellen Sie sich eine Bauanleitung vor, die aus vielen Teilschritten besteht. Es mag kompliziert sein, dieser Anleitung zu folgen, aber wer geschickt ist und die einzelnen Vorgaben exakt in der richtigen Reihenfolge befolgt, kommt ans Ziel. Komplexe Versorgungszusammenhänge sind anders: Selbst das haargenaue Befolgen einer Anleitung ist kein Garant für den Erfolg. Komplexität in Gesundheitsprojekten ergibt sich zum einen aus der Anzahl der umzusetzenden Prozessschritte: Je höher, desto komplexer. Auch die Anzahl der Akteure spielt eine wichtige Rolle. Dazu kommen die Interaktionen der Akteure untereinander und die Rückwirkungen auf die Prozessschritte. Das alles kann dazu führen, dass sich wichtige Rahmenbedingungen während der Projektumsetzung ändern.

5. Wie gut lassen sich solche komplexen Prozesse steuern?

Prinzipiell nicht sehr gut. In einer mechanischen Welt existieren klare Bezüge zwischen Ursache und Wirkung. Ist der Motor eines Autos gestartet und der Gang eingelegt, dann rollen die Räder – mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit. Soziale und psychische Systeme gehören dagegen zu den am wenigsten determinierten Bereichen in unserer Welt. Gottseidank, sonst gäbe es keine Freiheit.

6. Trotzdem ist Steuerung an manchen Stellen gewünscht.

Richtig. In der Systemtheorie sind psychische und soziale Systeme selbstreferentiell, sie erzeugen sich selbst und werden daher auch als autopoietisch bezeichnet. Autopoietische Systeme können nicht gezwungen werden. Natürlich gibt es Einschränkungen: Wenn jemand angedroht wird, dass er bei Nichtausführung einer bestimmten Handlung sein Leben verliert, wird er sich sehr wahrscheinlich fügen. In der Regel akzeptiert ein autopoietisches System aber nur Angebote und Irritationen, also Störungen. Irritationen lassen sich durch eine sogenannte Rahmensteuerung erzeugen: Das bedeutet, man lässt manche Handlungsoptionen im System zu, und erschwert andere. Im Gesundheitswesen können beispielsweise finanzielle Anreize für eine bestimmte Versorgungsart gesetzt werden, oder man versucht, über Normen, etwa mit Hilfe von Leitlinien, zu steuern. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit einer strukturellen Steuerung: Die Vorgabe von Mindestfallzahlen, die jährlich an einem Krankenhaus behandelt werden müssen, als Voraussetzung für ein entsprechenden Zuschlag, ist ein Beispiel für diese Art der Steuerung.

7. Die Systemtheorie ist eine Universaltheorie. Was kann, was muss sie für die Praxis leisten?

Unser naturwissenschaftliches Weltbild ist sehr von mechanistischen Vorstellungen geprägt. Wir gehen von der Vorstellung aus, man müsse nur die richtigen Stellschrauben drehen, dann sei das System beherrschbar. Aus der Systemtheorie können wir lernen, dass diese mechanistische Sicht an ihre Grenzen kommt, wenn es um menschliches Verhalten geht. Wir können z.B. die Barrieren erforschen, die Ärzt*innen von der Leitlinien-treue abhalten, entsprechende Steuerungsangebote



vorschlagen und ihre Auswirkung auf das System untersuchen. Das bringt uns sicher in vielerlei Hinsicht weiter. Wer die Systemtheorie aber ernst nimmt, wird recht schnell demütig. Verhaltensänderungen brauchen Zeit und lassen sich nicht erzwingen.

Herr Professor Pfaff, vielen Dank für das Gespräch.