



Wissenschaft

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

Januar 2017, 17. Jahrgang

NOTIZEN

Zeitschriftenschau

von *Kathrin Seibert*, Institut für Public Health und Pflegeforschung
der Universität Bremen 2

Drei Fragen an

Michael Stolberg, Institut für Geschichte der Medizin
an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg 3

Buchtipps

von *Heike Vogelbusch*, Frauen- und Flüchtlingsbeauftragte
am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden 4

WIDO

Qualitätsmonitor 2017

Strukturelle Mängel bei der Herzinfarktversorgung 5

Heilmittelbericht 2016

Häufig Sprachtherapie beim Schuleintritt 6

Arzneimittel

ATC-Klassifikation 2017 jetzt amtlich 6

ANALYSEN

Schwerpunkt: Versorgungsforschung

Eine Disziplin im Aufschwung

Gisela Nellessen-Martens, Deutsches Netzwerk
Versorgungsforschung, Köln, und *Wolfgang Hoffmann*,
Institut für Community Medicine, Greifswald 7

Die langfristige Perspektive gestalten

Matthias Schrappe, Universität Köln 16

Lehren aus der amerikanischen Health Services Research

Norbert Schmacke, Universität Bremen 23

NOTIZEN

Meldungen aus Studium und Lehre 31

SERVICE

Köpfe, Kongresse, Kontakte 32

Liebe Leserinnen und Leser,

„Ha, da sind sie!“ Zufrieden grinsend streckt mir mein Freund ein offensichtlich schon etwas in die Jahre gekommenes Paar Tennissocken entgegen. Drei Minuten lang hatte er eifrig im hintersten Winkel seines Kleiderschranks gewühlt. „Was will er denn damit?“, denke ich. Bevor ich die Frage aussprechen kann, fügt er hinzu: „Die haben doch gestern Abend im Radio erzählt, dass weiße Socken wieder modern sind und man sie jetzt gut sichtbar trägt. Sag mal, soll ich auch die Jeans hochkrepeln?“ „Besser nicht, es ist doch recht frisch draußen“, flöte ich süßlich und setze eine fürsorgliche Mine auf, um das Schlimmste zu verhindern.

Mit der Mode ist das ja so eine Sache. Sie stellt oft das Bedürfnis nach Zugehörigkeit und den Wunsch nach Anerkennung über pragmatische Entscheidungsfindung und ästhetische Kriterien. Es gibt sie nicht nur in Bezug auf Kleidung, sondern auch in der Kunst, in der Musik, in der Architektur – und inzwischen wohl auch im Gesundheitssystem. Wie sonst ließe sich zum Beispiel erklären, dass im Zusammenhang mit Versorgungsforschung Fördertöpfe wie Pilze aus dem Boden sprießen und in Teilen der Branche geradezu Goldgräberstimmung herrscht? Als GGW-Macher möchten wir da natürlich wissen: Was ist diese Disziplin eigentlich, was soll sie und was kann sie leisten? Unseren Fragen gehen in dieser Ausgabe vier Autoren nach: zunächst **Gisela Nellessen-Martens** und **Wolfgang Hoffmann**, die grundlegende definitorische Probleme klären und den aktuellen Trend nachzeichnen, dann **Matthias Schrappe**, der unter anderem Methodenprobleme und das Spannungsfeld zwischen Politik und Wissenschaft in den Blick nimmt. Zuletzt schaut **Norbert Schmacke** über den großen Teich. Schließlich gibt es die Versorgungsforschung dort schon etwas länger und die US-Variante hält manch interessante Lektion für das deutsche Gesundheitssystem parat.

Viel Vergnügen beim Lesen wünscht Ihnen

Krankenhaushygiene Mit Waschhandschuhen gegen Krankenhauskeime

Patienten auf Intensivstationen werden in der Regel täglich gewaschen, um Krankenhausinfektionen vorzubeugen. In einer breit angelegten Studie auf 45 Intensivstationen bundesweit untersucht das Institut für Hygiene/Krankenhaushygiene am Universitätsklinikum Leipzig nun, ob die Verwendung eines mit einem Desinfektionsmittel getränkten Waschhandschuhs die Wirkung dieser Waschung noch verbessert. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft fördert die auf drei

Jahre angelegte Studie mit knapp 2,5 Millionen Euro. ■

Mehr Informationen:
www.hygiene.uniklinikum-leipzig.de
> Forschung > Klinische Studien

Evidenz Zukunft der ZB Med weiter in der Schwebe

Ein im Oktober eingesetzter Interimsdirektor soll die Neuausrichtung der von der Schließung bedrohten Deutschen Zentralbibliothek Medizin (ZB Med) und deren Rückkehr in die Leibniz-Gemeinschaft bis 2019 vorantreiben. Aus dieser und der Bund-Länder-Förderung war die

weltgrößte medizin- und lebenswissenschaftliche Bibliothek auf Empfehlung des Leibniz-Senats Ende 2016 ausgeschieden. Die Bundesregierung will vor der Entscheidung über weitere Schritte die Ergebnisse einer Bestandsaufnahme des ZB-Med-Angebots abwarten. ■

Mehr Informationen:
<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/097/1809735.pdf>

Public Health Schwerpunktthema „Globale Gesundheit“

Das Institut für Public Health an der Universität Heidelberg

ZEITSCHRIFTENSCHAU

Sterblichkeit im Krankenhaus

Über 380 Kliniken in Deutschland und der Schweiz gehören der 2008 gegründeten trägerübergreifenden Initiative Qualitätsmedizin (IQM) an und setzen auf freiwilliger Basis ein Verfahren zur Qualitätsverbesserung ein. Eine retrospektive Vorher-nachher-Analyse verglich die Sterblichkeit in 63 IQM-Mitgliedskrankenhäusern mit dem Bundesdurchschnitt. Signifikante Rückgänge der Sterblichkeit zeigten sich besonders in den Leistungsbereichen Herzinfarkt und Herzinsuffizienz. Die Autoren schlussfolgern, dass sich die freiwillige Einführung und Anwendung der IQM-Qualitätsmethodik positiv auf die medizinische Ergebnisqualität auswirkt. ■

Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen 2016;

115/116:10-23

Palliativpflege für Menschen mit Demenz

In eine Übersichtsarbeit der Cochrane-Gruppe Dementia and Cognitive Improvement zu den Auswirkungen von Palliative-Care-Interventionen für Menschen mit fortgeschrittener Demenz wurden zwei Studien mit insgesamt 189 Teilnehmern eingeschlossen. Die Anwendung einer strukturierten Entscheidungshilfe zum Thema „Ernährung“ für Personen, die stellvertretend für Demenzpatienten in stationärer Langzeitpflege entscheiden müssen, sowie der Einsatz eines Palliative-Care-Teams in der klinischen Akutversorgung scheinen geeignete An-

sätze für eine Verbesserung der Versorgungsqualität. Evidenzbasierte Entscheidungen in der Praxis können sich bislang kaum auf Studien von hoher methodischer Güte stützen. Die Autoren empfehlen darum, Best-Practice-Leitlinien zur Durchführung von Forschungsvorhaben sowie grundlegende Kriterien zur Messung des Outcomes zu entwickeln. ■

Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, doi: 10.1002/14651858.CD011513.pub2

Qualität in der stationären Langzeitpflege

Mit Umsetzung der Pflege-Transparenzvereinbarung im Jahr 2009 erfolgen in allen Pflegeheimen in Deutschland regelmäßige externe Qualitätsprüfungen, deren Ergebnisse im Internet öffentlich zugänglich sind. Eine Untersuchung von Daten aus über 3.000 Pflegeheimen zeigte nun eine Verbesserung ausgewählter Indikatoren im Zeitverlauf von vier Jahren, darunter die Sicherstellung eines angemessenen Ernährungszustandes und der Flüssigkeitsversorgung der Bewohner. Selbst wenn ein Lerneffekt der Einrichtungen die Ergebnisse beeinflussen kann, unterstreicht die Studie aus Sicht der Autoren den positiven Einfluss der öffentlichen Ergebnisdarstellung auf die berichtete Qualität von Pflegeheimen. Politische Entscheidungsträger seien gefordert, vermehrt pflegesensitive Ergebnisindikatoren für die Darstellung der Qualität in der stationären Langzeitpflege zur Anwendung zu bringen. ■

Health Policy 2016;120(10):1162-1170



Von
Kathrin Seibert, M. Sc.
**Community & Family
Health Nursing,**
Wissenschaftliche
Mitarbeiterin am Institut
für Public Health und
Pflegeforschung (IPP)
der Universität Bremen

Adresse:
Grazer Straße 4
28359 Bremen
Telefon:
0421 218-68902
kseibert@
uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de

soll nach Universitätsangaben in den nächsten fünf Jahren zum deutschlandweit ersten Institut für Globale Gesundheit ausgebaut werden. Die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit in ärmeren Ländern ist bereits seit Jahren ein thematischer Schwerpunkt der Einrichtung. Der neue Leiter des Instituts, Professor Dr. Dr. Till Bärnighausen, ist zugleich Inhaber der Humboldt-Professur für Global Health an der Universität Heidelberg. ■

Mehr Informationen:

www.uni-heidelberg.de > Pressemitteilungen

Infektionskrankheiten

Neues Helmholtz-Institut in Würzburg gegründet

Wie laufen Infektionen bei Krankheiten ab und welche Rolle spielen dabei Ribonukleinsäuren (RNAs)? Dieser Frage widmet sich das neue Helmholtz-Institut für RNA-basierte Infektionsforschung (HIRI) in Würzburg. Der Freistaat Bayern fördert die gemeinsame Neugründung des Helmholtz-Zentrums für Infektionsforschung in Braunschweig und der Julius-Maximilians-Universität Würzburg mit rund 46 Millionen Euro. ■

Mehr Informationen:

www.helmholtz-hzi.de > Aktuelles > News

Stiftung Notfallmedizin

Gemeinsame Initiative von Ärzten und Patienten

In Berlin haben Notfallmediziner, Patientenvertreter und die Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin Ende 2016 die Deutsche Stiftung Akut- und Notfallmedizin gegründet. Die gemeinnützige Stiftung plant, Fortbildungen und praktische Vorschläge für eine Verbesserung der Akut- und Notfallme-

dizin zu erarbeiten. Eines der ersten Projekte ist die sogenannte Kleine Patientenakte, ein Heft, in das Patienten in knapper und übersichtlicher Form die wich-

tigsten Informationen zu ihrer Person und Krankengeschichte eintragen können. ■

Mehr Informationen:

www.stiftung-notfall.de

DREI FRAGEN AN ...



Forschungsschwerpunkte: Frühneuzeitliche Medizin (circa 1500–1750); Körper-Bilder vom Mittelalter bis heute; Geschichte der medizinischen Ethik

Jahresetat:

circa 400.000 Euro (inklusive Planstellen);
circa 400.000 Euro
Drittmittel

Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter:

1 Universitätsprofessor,
6 Privatdozenten/
Post-Doktoranden,
5 Postgraduierte,
5 Studentische Hilfskräfte

Adresse:

Institut für Geschichte der
Medizin
Julius-Maximilians-Universität
Würzburg
Oberer Neubergweg 10a
97074 Würzburg
Telefon: 0931 31-83093
Fax: 0931 31-83099
gesch.med@uni-wuerzburg.de
www.medizingeschichte.uni-wuerzburg.de

Wissenschaft wirkt einseitiger Ressourcenverteilung entgegen

... Professor Dr. med. Dr. phil. Michael Stolberg, Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Schwerpunkt meiner Arbeit ist die medizinische Alltagsgeschichte der Frühen Neuzeit. Anhand von persönlichen, meist handschriftlichen Quellen, etwa Notizbüchern, Briefen und Tagebüchern, untersuche ich, wie gewöhnliche Ärzte und Patienten damals Krankheiten deuteten und mit ihnen umgingen. Zudem interessiere ich mich für langfristige Veränderungen im Umgang mit ethischen Fragen, wie dem Sterbenlassen von Todgeweihten, und für den Aufstieg und Fall von Modekrankheiten wie die „Gebärmuttererstickung“ im 16., die „Nervenleiden“ im 18. Jahrhundert und ADHS heute.

Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Die Medizingeschichte ist per se interdisziplinär. Wir arbeiten mit historischen und philologischen Methoden, aber lehren an medizinischen Fakultäten, unterrichten Medizinstudenten in Geschichte sowie Theorie und Ethik der Medizin. Damit sind wir eine wichtige Brücke zwischen der Biomedizin und den Geisteswissenschaften und übrigens auch eine willkommene Zuflucht für jene Studenten – und das sind oft gerade die hellsten Köpfe –, die im Studium bei aller Begeisterung für das Fachwissen die humanen, die ethischen und philosophischen Dimensionen vermissen.

Ist die Politik gut beraten, wenn sie auf die Wissenschaft hört?

Es gibt auch „schlechte“ Wissenschaft, die sich in den Dienst bestimmter Ideologien oder wirtschaftlicher Interessen stellt. Die wissenschaftliche Reflexion über historische, kulturelle und ethische Zusammenhänge kann aber gerade der Gesundheitspolitik wichtige Anstöße geben und, zum Beispiel im Hinblick auf den dringend nötigen weiteren Ausbau der Palliativmedizin, einer einseitigen Ressourcenverteilung entgegenwirken.

Evidenz

Vom Wissen zur anerkannten Gewissheit

Welche Faktoren führen dazu, dass Wissen als allgemeingültig anerkannt wird? Das untersucht die neue, interdisziplinäre Forschergruppe „Evidenzpraktiken in Wissenschaft, Medizin, Technik und Gesellschaft“, bei der in sechs Teilprojekten Wissenschaftler der Technischen Universität und der Ludwig-Maximilians-Universität München, des Deutschen Museums und der Universität Augsburg zusammenarbeiten. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft fördert die Gruppe zunächst für drei Jahre mit rund 1,8 Millionen Euro. ■

Mehr Informationen:
www.idw-online.de/de/news665187

Versorgungsforschung

Bund unterstützt Aufbau von Registern

Mit einer Anschubfinanzierung fördert die Bundesregierung im Rahmen des Aktionsplans Versorgungsforschung den Aufbau modellhafter patientenbezogener Register. Anhand solcher Register wird untersucht, welchen Einfluss verschiedene Versorgungsangebote auf den Krankheitsverlauf und die Lebensqualität der Betroffenen haben. In den geförderten Projekten soll das Versorgungsgeschehen analysiert werden, um medizinische und organisatorische Verbesserungsmöglichkeiten zu identifizieren. ■

Mehr Informationen:
www.bmbf.de/foerderungen/bekanntmachung-1261.html

Forschungsförderung

EU-Fördermittel für neue Behandlungsansätze

Mitte Dezember wurde der 10. Aufruf der „Innovative Medicines Initiative 2 (IMI 2)“ gestartet. Die Public-Private Partnership IMI 2 ist eine gemeinsame Initiative der Europäischen Union und der Pharmaindustrie mit dem Ziel, wissenschaftliche und technologische Durchbrüche bei der Entwicklung von Diagnoseverfahren, Impfstoffen, Medikamenten und therapeutischen Behandlungen zu fördern. Projektanträge können nur auf elektronischem Wege bis zum 28. März 2017 eingereicht werden. ■

Mehr Informationen:
www.imi.europa.eu/content/imi-2-call-10

BUCHTIPPS

Zum Thema Entlassmanagement



Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von **Heike Vogelbusch, Dipl.-Pflegerin (FH), MBA**, bis Mitte 2016 Koordinatorin für das Entlassmanagement, jetzt Frauen- und Flüchtlingsbeauftragte am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Fetscherstraße 74
 01307 Dresden
 Telefon: 0351 458-12127
 Fax: 0351 458-5823
heike.vogelbusch@uniklinikum-dresden.de
www.uniklinikum-dresden.de

| Autoren/Titel | Inhalt |
|--|---|
| <p><i>Dominik Deimel, Marie-Luise Müller</i></p> <p>Entlassmanagement Vernetztes Handeln durch Patientenkoordination</p> | <p>Durch das seit 2012 geltende Versorgungsstrukturgesetz zählt das Entlassmanagement zu den Leistungsverpflichtungen der Krankenhäuser. Dieses Praxishandbuch beschreibt anschaulich Wege, das Entlassmanagement zu verbessern.</p> <p>Dabei wird die Rolle eines interprofessionellen Teams besonders hervorgehoben. Anhand praktischer Beispiele werden der methodische Ansatz des Case Managements und der Aufbau externer Netzwerke erläutert. <i>(Thieme, 2012)</i></p> |
| <p><i>Katja Ballsieper, Ulrich Lemm, Christine von Reibnitz</i></p> <p>Überleitungsmanagement Praxisleitfaden für stationäre Einrichtungen</p> | <p>Der umfangreiche Band dient als Praxishandbuch für Pflegedienstleitungen, Case Manager und andere Beschäftigte im Entlassmanagement. Das Buch ist auf die Pflegeberufe zugeschnitten und bietet Praxistipps für verschiedene Patientengruppen wie an Demenz Erkrankte oder Palliativpatienten. Formulare und Checklisten helfen, Standards für die Überleitung zu entwickeln. Das Buch ist als Nachschlagewerk empfehlenswert. <i>(Springer, 2012)</i></p> |
| <p><i>Klaus Wingenfeld</i></p> <p>Pflegerisches Entlassmanagement im Krankenhaus Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen</p> | <p>Dieses Buch stellt das pflegerische Entlassmanagement in den Mittelpunkt und ist als Arbeitshilfe für die Praxis konzipiert. Anhand des aktualisierten nationalen Expertenstandards „Entlassmanagement in der Pflege“ (2009) werden die einzelnen Arbeitsschritte von der Patientenaufnahme bis zum Abschluss nach der Krankenhausentlassung ausführlich beschrieben. Das Augenmerk liegt darüber hinaus auf nutzbaren Assessment-Instrumenten und möglichen Organisationsformen. Das Buch bietet einen guten Überblick zum pflegerischen Entlassmanagement. <i>(Kohlhammer, 2011)</i></p> |

Foto: Uniklinik Dresden

Qualitätsmonitor 2017

Strukturelle Mängel bei der Herzinfarktversorgung

Mit dem Qualitätsmonitor 2017 starten die Gesundheitsstadt Berlin e.V. und das Wissenschaftliche Institut der AOK (Wido) eine neue Publikationsreihe. Der bundesweite Qualitätsvergleich deutscher Kliniken liefert Eckdaten zur stationären Versorgungsqualität bei sechs Krankheitsbildern, darunter Brustkrebs und Herzinfarkt.

Der Qualitätsmonitor 2017 wertet für 817 Kliniken Qualitätsberichte für Erstoperationen bei Brustkrebs aus. 2014 fanden in diesen Häusern 74.224 solche Eingriffe statt. Um ausreichende Behandlungserfahrung sicherzustellen, fordert die Zertifizierungsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft mindestens 50 Eingriffe pro Operateur und Jahr. Analysen zeigen jedoch, dass 198 aller behandelnden Kliniken 2014 weniger als acht Brustkrebs-OPs durchführten.

Viele der Kliniken schnitten bei einem wichtigen Qualitätsindikator, der prätherapeutischen histologischen Diagnosesicherung (Gewebeuntersuchung vor einer OP), schlecht ab. Hier sieht die gesetzliche Qualitätssicherung vor, dass bei mindestens 90 Prozent der Patientinnen vor der OP die (Verdachts-)Diagnose Brustkrebs mit einer Stanz- oder Vakuumbiopsie gesichert wird. So sollen ungegerechtfertigte Eingriffe vermieden oder, wenn sich der Verdacht bestätigt, eine Behandlung eingeleitet werden, die dem Stadium der Krebserkrankung entspricht. In dem Viertel der Kliniken mit weniger als acht Brustkrebs-OPs pro Jahr verfehlten jedoch 42,4 Prozent diese Vorgabe. Bundesweit lag der Anteil bei 15,5 Prozent.

Bei der Versorgung von Herzinfarktpatienten gibt es strukturelle Mängel. Sobald der Verdacht auf Herzinfarkt besteht, sollte der Rettungsdienst den Patienten direkt in ein Krankenhaus mit Herzkatheterlabor bringen. Die Realität sieht aber anders aus. Bundesweit wurden 2014 insgesamt 229.661 Herzinfarkte stationär behandelt – knapp 22.000 davon in Kliniken, die laut einer Befragung für den Qualitätsmonitor keine optimalen Behandlungsstrukturen aufwiesen. 39,8 Prozent dieser Kliniken hatten kein Herzkatheterlabor. Dabei lagen viele von ihnen

in Ballungsgebieten, wo die Direktanfahrt einer Klinik mit dauerhaft verfügbarem Herzkatheterlabor möglich gewesen wäre. Die Befragung zeigt weiter, dass die Strukturprobleme bei der Herzinfarktversorgung deutlich seltener in Kliniken auftraten, die viele Behandlungsfälle hatten. So hatten im Viertel der Kliniken mit den höchsten Behandlungszahlen (über 231 Herzinfarkte im Jahr 2014) nur 0,3 Prozent kein Herzkatheterlabor. Zum Vergleich: Im Viertel der Kliniken mit den geringsten Behandlungszahlen (weniger als 34 Herzinfarkte in 2014) waren 82,1 Prozent für die Behandlung eines akuten Herzinfarktes nicht optimal ausgestattet.

Weitere Themen der Publikation sind Qualitätssicherung und -management, die Messung von Qualität und ihre Darstellung in der öffentlichen Berichterstattung sowie die qualitätsorientierte Vergütung von Kliniken und niedergelassenen Ärzten. ■

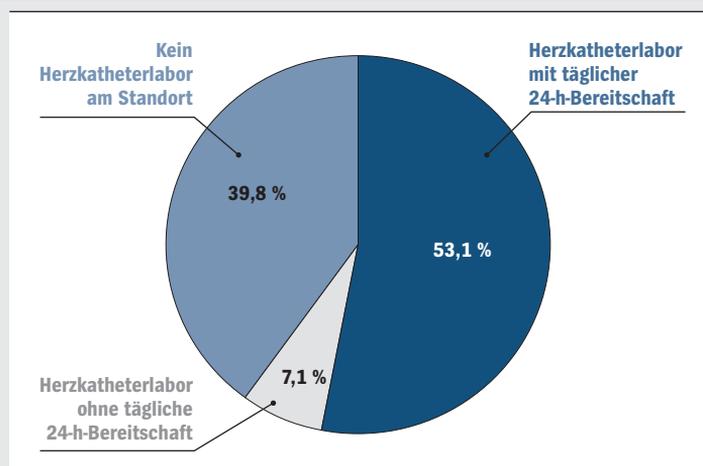
Dormann F, Klauber J (Hrsg.): Qualitätsmonitor 2017. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 332 Seiten, 39,95 Euro; ISBN 978-3-95466-293-7



Dr. Dagmar Drogan, Leiterin des Projekts Risikoprädiktion im Forschungsbereich Qualitäts- und Versorgungsforschung des Wido

„Der Qualitätsmonitor 2017 zeigt, dass Struktur- und Qualitätsprobleme in deutschen Krankenhäusern weit verbreitet sind – vor allem in solchen mit niedrigen Behandlungszahlen.“

Wo Herzinfarktpatienten versorgt werden



Verfügbarkeit eines Herzkatheterlabors in Krankenhäusern, die im Jahr 2014 Patienten mit Herzinfarkt versorgt haben

Quelle: Qualitätsmonitor 2017; Grafik: G+C Wissenschaft 2017

WIDO-TICKER: Informationen zum Praktikantenprogramm des Wido unter www.wido.de +++ Bestellung von Einzelexemplaren von GGW unter www.wido.de +++ Direktbestellungen von Wido-Publikationen unter Telefon 030 34646-2393, Fax 030 34646-2144

Heilmittelbericht 2016

Häufig Sprachtherapie beim Schuleintritt



Waltersbacher, A:
Heilmittelbericht 2016.
Ergotherapie, Sprach-
therapie, Physiotherapie,
Podologie.
40 Seiten, kostenloser
Download unter:
[www.wido.de/
heilmittel_2016.html](http://www.wido.de/heilmittel_2016.html)

Sechsjährige, die in die Grundschule wechseln, brauchen besonders oft Sprachtherapie. Das zeigen die Daten von mehr als 24 Millionen AOK-Versicherten, anhand derer der Heilmittelbedarf für Kinder genauer betrachtet wurde.

Unter den sechsjährigen AOK-Versicherten erhielt 2015 fast jeder vierte Junge (23,7 Prozent) und knapp jedes sechste Mädchen (16,2 Prozent) eine Sprachtherapie. Insgesamt erhielten fast 380.000 Kinder bis 14 Jahre eine Heilmitteltherapie, das sind zwölf Prozent der AOK-Versicherten dieser Altersgruppe. Dabei treten drei Phasen zutage, in denen besonders viele Kinder therapiert werden: Die ersten zwei Lebensjahre, in denen physiotherapeutische Behandlungen dominieren, die Zeit kurz vor der Einschulung mit dem Schwer-

punkt Sprachtherapie und die Zeit kurz nach der Einschulung, in der neben sprachtherapeutischer oft auch ergotherapeutische Behandlung notwendig ist.

Für 2015 ließ sich erstmals auswerten, welche Diagnose eine Heilmittelverordnung veranlasst hat. Bei über der Hälfte der Kinder waren dies Entwicklungsstörungen, für 9,2 Prozent waren Verhaltensstörungen ausschlaggebend. Bei Erwachsenen dominierten Therapien aufgrund von Rückenschmerzen. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIDO) analysiert jedes Jahr die Heilmittelrezepte der rund 71 Millionen GKV-Versicherten. 2015 waren dies 37,1 Millionen Rezepte für 44,1 Millionen Leistungen. Physiotherapie wird nach wie vor am häufigsten verordnet (85 Prozent der Rezepte), ihre Steigerungsrate fällt jedoch mit

6,4 Prozent seit 2006 moderat aus. Die Zahl verordneter Sprachtherapien dagegen stieg im selben Zeitraum um 25 Prozent. Die höchste Steigerungsrate gab es mit 42 Prozent binnen zehn Jahren bei der Ergotherapie. Insgesamt gaben die gesetzlichen Krankenkassen 2015 über sechs Milliarden Euro für Heilmittel aus. Damit stiegen diese Ausgaben in den letzten zehn Jahren überproportional zu den GKV-Leistungsausgaben insgesamt um 60,5 Prozent.

Der Heilmittelbericht 2016 zeigt Versorgungstrends für die Bereiche Ergo-, Sprach-, Physiotherapie und Podologie und stellt deren regionale Inanspruchnahme durch die Versicherten dar – mit übersichtlichen Tabellen und Abbildungen nach Altersgruppen und Geschlecht, Maßnahmen und Diagnosen sowie verordnenden Arztgruppen. ■

Arzneimittel

ATC-Klassifikation 2017 jetzt amtlich

Seit dem 1. Januar gilt die neue anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation (ATC) mit Tagesdosen (DDD) für den deutschen Arzneimittelmarkt. Sie ist eine Grundlage, mit deren Hilfe die Ordnungsdaten von Arzneimitteln in therapeutischen Gruppen verglichen werden können.

Der aktuelle ATC-Index beruht auf der Version, die das Projekt

„GKV-Arzneimittelindex“ im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIDO) Ende April 2016 publiziert hat. Im Rahmen dieses Projekts wird der Index jedes Jahr an die Besonderheiten der Versorgungssituation in Deutschland angepasst. Basis hierfür ist die internationale ATC/DDD-Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Nach Einbindung von Krankenkassen, Apothekern, Ärz-

ten und Pharmaindustrie wird der aktualisierte Index dann zum 1. Januar des Folgejahres in seine amtliche Fassung überführt. Die Klassifikation für 2017 enthält 6.393 Codes für verschiedene Arzneistoffe und Arzneistoffkombinationen sowie für 2.863 festgelegte Tagesdosen. ■

Die aktuelle ATC-Klassifikation steht zum Download bereit unter: www.wido.de/amtl_atc-code.html

DAS WIDO AUF KONGRESSEN: Prof. Dr. Klaus Jacobs: „Der Morbi-RSA – Ausbau eines lernenden Systems“, Forum der AOK Bayern „Weiterentwicklung des Morbi-RSA“, München, 1/17 +++ Christian Günster: „AOK-Krankenhausnavigator – aktuelle Entwicklungen“, 16. VLOU-Workshop (Verband leitender Orthopäden und Unfallchirurgen), Frankfurt am Main, 1/17 +++ Hanna Leicht: „BPS-Versorgungsrealität: Qualität aus Routinedaten“, Arbeitskreis Benignes Prostata-syndrom, 23. Seminar, Köln, 2/17 +++

Versorgungsforschung – eine Disziplin im Aufschwung

von Gisela Nellesen-Martens¹ und Wolfgang Hoffmann²

ABSTRACT

In Deutschland befindet sich die Versorgungsforschung aktuell im Aufschwung. Für den Forschungszweig stehen öffentliche Fördermittel in einem Umfang wie nie zuvor bereit. Der Innovationsfonds, der Aktionsplan Versorgungsforschung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und die für Versorgungsforschung seitens des Bundesministeriums für Gesundheit bereitgestellten Fördergelder lassen manches Versorgungsforscherherz höher schlagen. Aber wer genau erlebt diese goldenen Zeiten? Die Versorgungsforschung im Gesamtbereich ihres Forschungsfeldes? Die Versorgungsforschung als wissenschaftliches Fach? Und welchen Aufschwung erlebt das Gesundheitssystem: Wird es wie im Leitbild der „lernenden Versorgung“ auf der Basis der zu erwartenden zahlreichen Versorgungsforschungsergebnisse optimiert werden? Diese Fragen werden im vorliegenden Beitrag erörtert. Hierzu werden zunächst Gegenstand, Ziel und Selbstverständnis der Versorgungsforschung und die notwendigen Voraussetzungen für ein lernendes Gesundheitssystem vorgestellt und der Entwicklungsstand des Fachs Versorgungsforschung in Deutschland beleuchtet. Die Autoren fordern strukturfördernde Maßnahmen zur Schaffung von Transparenz und zum Transfer der Versorgungsforschungsergebnisse in Praxis und Politik.

Schlüsselwörter: Versorgungsforschung, Innovationsfonds, Implementationsforschung, Kontextforschung, lernendes Gesundheitssystem, Transferorientierung

In Germany, Health Services Research is on the rise. For this field of research public subsidies of hitherto unknown quantities have been set aside. The innovation fund, the Research Ministry action plan “Health Services Research”, and earmarked money coming from the Health Ministry make the hearts of many a health services researcher beat faster. But who exactly will profit from this boom? Health Services Research in all its variety, Health Services Research as a distinct discipline? And what will this boom do to the health care system? Will it profit, too, from the research results – just as the model of “learning health care provision” suggests? These questions are raised in this article. To find answers the authors shed a light on the definition, the aim and the self-image of the discipline and present necessary preconditions for a learning health care system. Also, the development of this field of research is traced. Finally, the authors demand structure enhancing measures which promote transparency and help both health service providers and politicians to profit from Health Services Research.

Keywords: Health Services Research, innovation fund, implementation science, context research, learning health care system, transfer orientation

1 Einleitung

Die Versorgungsforschung in Deutschland erlebt aktuell einen Boom. Wurde lange Zeit die unzureichende Wertschätzung der Versorgungsforschung in Politik und Selbstverwaltung bemängelt, investiert die Politik derzeit nicht nur beachtliche finanzielle Mittel in die Versorgungsforschung, sondern sie setzt auch Vertrauen in sie und hat bestimmte Erwartungen.

Bereits im Koalitionsvertrag der 17. Legislaturperiode zwischen CDU, CSU und FDP von 2009 wurde der systematische Ausbau der Versorgungsforschung mit dem Ziel angekündigt, durch die Erkenntnisse über das Versorgungsgeschehen unter Alltagsbedingungen Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung bei begrenzten Ressourcen weiter zu steigern. Dies war die Basis für den Ausbau und die Fortsetzung bereits initiiert Förderprogramme in den Bundesministeri-

¹ Dr. Sportwiss. Gisela Nellesen-Martens, Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e. V. · Geschäftsstelle · c/o IMVR · Eupener Str. 129 50933 Köln · Telefon: 0221 47897115 · E-Mail: gisela.nellesen-martens@uk-koeln.de

² Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald · Ellernholzstr. 1/2 · 17487 Greifswald Telefon: 03834 867751 · E-Mail: wolfgang.hoffmann@uni-greifswald.de

en für Bildung und Forschung (BMBF) und Gesundheit (BMG). Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD „Deutschlands Zukunft gestalten“ von 2013, auf dessen Basis in der 18. Legislaturperiode der Deutsche Bundestag das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) im Juni 2015 verabschiedet hat, war der Impulsgeber für den jetzigen Aufschwung.

Mit dem Innovationsfonds stehen über einen Förderzeitraum von insgesamt vier Jahren jährlich 300 Millionen Euro zur Verfügung. 75 Millionen Euro sind für die Förderung der Versorgungsforschung und 225 Millionen Euro für die Förderung und Evaluation innovativer Versorgungsformen, die über die Regelversorgung hinausgehen, vorgesehen (*Koalitionsvertrag 18. Legislaturperiode*). Weitere Mittel stellt das BMG im Ressort Versorgungsforschung zu folgenden Themen bereit: Arzneimitteltherapiesicherheit, Pflege und Demenz, Forschung im Nationalen Krebsplan, Volkskrankheiten (zum Beispiel Diabetes), psychische Erkrankungen, seltene Erkrankungen, Patientensicherheit und Qualitätssicherung, Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. Für den „Aktionsplan Versorgungsforschung“ sieht das BMBF darüber hinaus Mittel im Umfang von insgesamt 50 Millionen Euro für den Zeitraum 2015 bis 2018 vor. Gefördert werden die Themenfelder Versorgungsforschung, Zentren der gesundheitsökonomischen Forschung, Strukturförderung im Bereich Altersforschung und der Aufbau forschungsbezogener Register (*BMBF 2014*).

Doch wie sind diese goldenen Zeiten zu bewerten? Betrifft dieser Aufschwung das ganze Forschungsgebiet? Profitiert das wissenschaftliche Fach Versorgungsforschung? Und abschließend die Frage: Inwieweit wird das Gesundheitswesen von diesem Aufschwung profitieren? Hierzu bedarf es der Beantwortung folgender grundlegender Fragen:

- Was ist Versorgungsforschung? Welche Bereiche umfasst das Forschungsgebiet? Was sind Gegenstand, Ziel und Selbstverständnis der Versorgungsforschung?
- Wie funktioniert ein lernendes Gesundheitssystem? Was sind notwendige Voraussetzungen für den Lernzyklus?
- Wie hat sich das Fach Versorgungsforschung in Deutschland bisher entwickelt?

2 Grundlagen der Analyse

2.1 Was ist Versorgungsforschung? – Gegenstand, Selbstverständnis und Aufgaben

Es gibt zahlreiche Definitionen des Gegenstandes und der Zielsetzung der Versorgungsforschung, die oft durch die fachliche Perspektive der jeweiligen Autoren geprägt sind. Ein Blick auf

verschiedene Definitionen ist hilfreich, um das gesamte Forschungsspektrum der Versorgungsforschung aufzuspannen und die Intentionen des anwendungsorientierten Forschungsbereichs darzulegen. Eine Definition: Gegenstand der Versorgungsforschung ist die gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative sowie pflegerische oder palliative Versorgung. Diese wird von medizinischen und nicht medizinischen Gesundheitsberufen mit diagnostischer, therapeutischer oder die Gesundheits- und Selbstkompetenz stärkender Intention an Gesunden oder Kranken im Versorgungssystem erbracht und ist individuums- oder populationsbezogen (nach *Bundesärztekammer 2004; Pfaff 2003*).

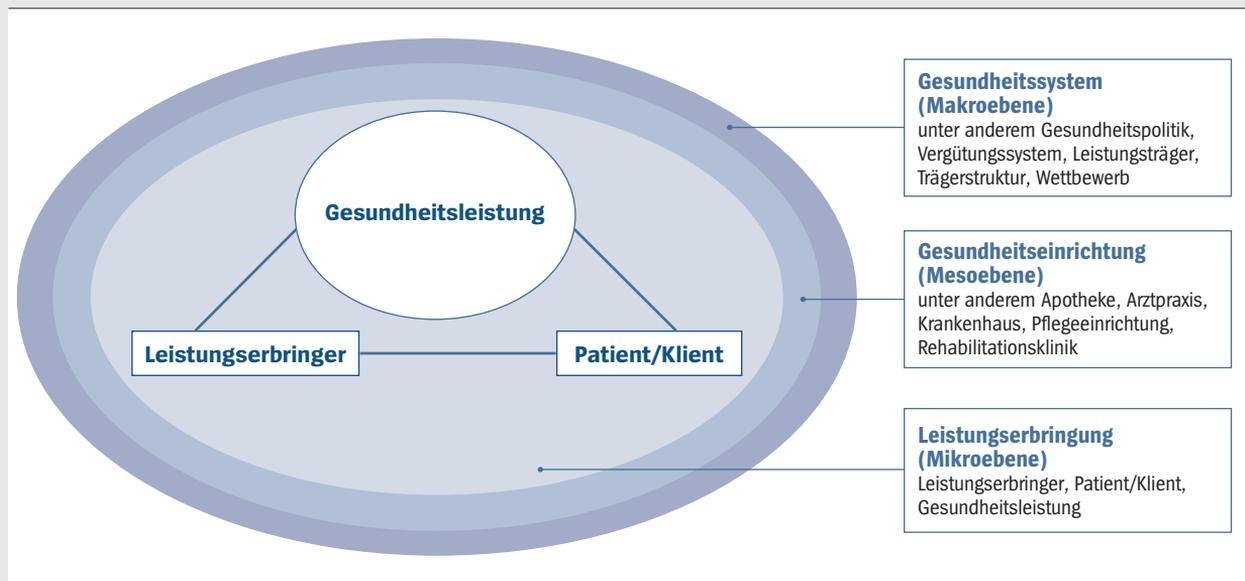
Ein zentrales Ziel der Versorgungsforschung ist die Patienten- oder Populations- und Outcome-Orientierung. Die Versorgungsforschung lenkt den Blick auf „die letzte Meile“ (*Pfaff 2003, 13*). Während in klinischen Studien unter kontrollierten Untersuchungsbedingungen die Wirkungen von Gesundheitsleistungen (*efficacy*) untersucht werden, stehen in der Versorgungsforschung die Wirksamkeiten von einzelnen Gesundheitsleistungen oder komplexen Leistungen unter Alltagsbedingungen (*effectiveness*) im Fokus. Für die Lücke zwischen *efficacy* und *effectiveness* sind zahlreiche Kontextfaktoren verantwortlich, die bei der Erbringung der Leistung einwirken. Dabei wird zwischen Faktoren der Mikro-, Meso- und Makroebene unterschieden, die den Wirkungsgrad beeinflussen (siehe Abbildung 1).

Ist zum Beispiel bei einem Medikament die Einhaltung der Kühlkette für seine Wirksamkeit entscheidend, dann wird unter Alltagsbedingungen bedeutend sein, ob der Arzt auf die Notwendigkeit der Kühlung bereits bei der Verschreibung und der Apotheker bei der Abgabe des Medikaments hinweist. Ebenso spielt der Patient eine wichtige Rolle: Folgt er den Hinweisen und/oder wird er unabhängig vom Verhalten der Leistungserbringer durch die Lektüre der Packungsbeilage auf diese notwendige Maßnahme hingewiesen und sich *adhärent/compliant* verhalten (Mikroebene)? Das Handeln des Apothekers kann dabei zum Beispiel durch Kontextfaktoren der Mesoebene beeinflusst werden. Herrscht krankheitsbedingt ein personeller Engpass in der Apotheke und erfolgt die Ausgabe des Medikaments während großen Kundenandrangs, wird möglicherweise dieser Umstand entscheiden, ob die „begleitenden Hinweise“ bei der Abgabe des Präparats erfolgen. Der Arzt, der für Patientengespräche ein Honorar nur in begrenztem Umfang erhält, kann durch diesen Umstand in seinem Verhalten beeinflusst werden. Vergütungsregelungen werden der Makroebene zugeschrieben.

Um die Komplexität der Kontextfaktoren und ihrer Einflussnahme zu beschreiben, wurde das systemtheoretische Modell für den Versorgungsbereich entwickelt (*Pfaff 2003; Pfaff und Schrappe 2011*). In diesem Modell wird der Outcome von Input, Throughput und Output unterschieden.

ABBILDUNG 1

Die Mikro-, Meso- und Makroebenen der Leistungserbringung



Die Erbringung einer Gesundheitsleistung durch Leistungserbringer am Patienten/Klienten (Mikroebene) erfolgt im Kontext einer Gesundheitseinrichtung (Mesoebene) und des Gesundheitssystems (Makroebene).

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2017

Der Input umfasst die Ressourcen, die in das Gesundheitssystem fließen. Die Versorgungsstrukturen und -prozesse (Throughput) verarbeiten diesen und stellen konkrete Versorgungsleistungen (Output) her, deren Outcome beim Patienten sich in Bezug auf verschiedene Kriterien beschreiben und messen lässt (Pfaff 2003; siehe auch Seite 17 dieser GGW).

Auf der Basis eines systemtheoretischen Versorgungsverständnisses ist eine Optimierung des Gesundheitswesens nicht nur durch Änderungen des Inputs (neue Technologien, innovative Konzepte, finanzielle Ressourcen), sondern auch durch die Optimierung vorhandener Prozesse und Prozessstrukturen oder die Änderungen der Kontextfaktoren möglich. Die fachliche Qualifikation der Leistungserbringer, die Stärkung des Patienten (als sein eigener Co-Therapeut), die verbesserten Arbeitsbedingungen einer Einrichtung, die Änderung von finanziellen Anreizen, die Einführung von Qualitätsmanagementsystemen etc. sind potenzielle Maßnahmen, die auf die Qualität und den Wirkungsgrad der Gesundheitsleistung und den Outcome des Systems Einfluss nehmen. Um diese Stellschrauben zur Optimierung zu eruieren und eine stetige Feinjustierung laufender Prozesse zu ermöglichen sowie Innovationen bei der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems berücksichtigen zu können, ergeben sich

für die Versorgungsforschung folgende zentrale Aufgaben (Pfaff und Schrappe 2011):

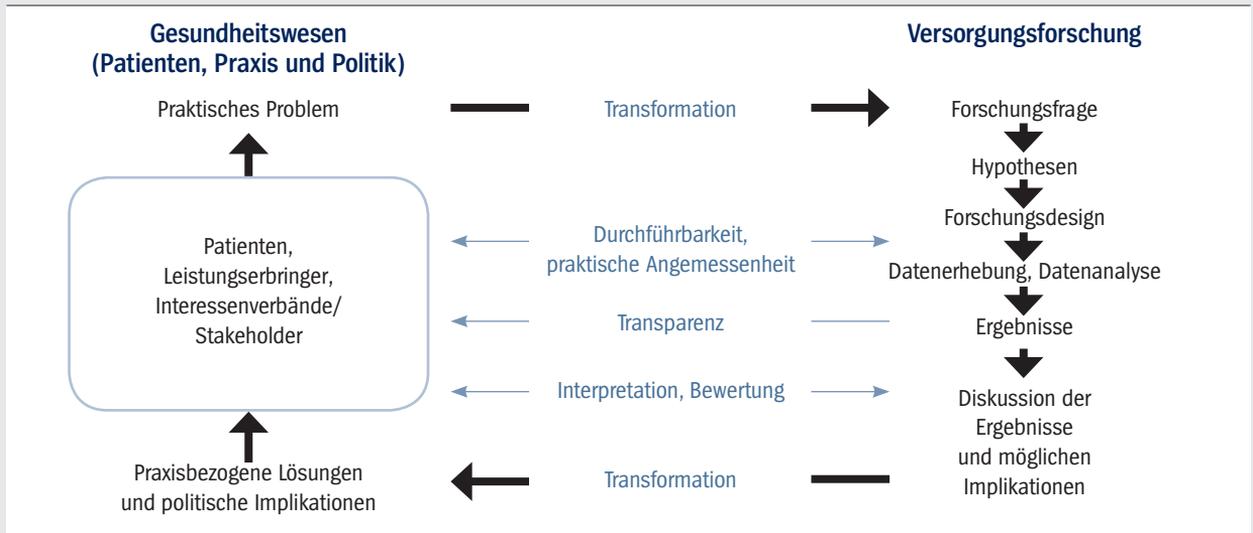
- **Beschreiben:** Wie lassen sich Versorgungssituation, Inanspruchnahme, Zugang und Bedarf an Versorgungsleistungen beschreiben?
- **Erklären:** Welche Ursachen sind verantwortlich? Welche Faktoren können die Situation erklären?
- **Gestalten:** Welche neuen Konzepte und Interventionen lassen sich aufgrund versorgungswissenschaftlicher Ergebnisse entwickeln?
- **Evaluativ begleiten:** Welche Implementations- und Umsetzungsprobleme treten auf?
- **Evaluativ die Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen prüfen:** Zu welchen Ergebnissen (Versorgungsqualität, Nachhaltigkeit, Nutzen) führen Verfahren und Methoden?

2.2 Wie funktioniert ein lernendes (Gesundheits-)System?

Um ein lernendes System zu installieren, bedarf es einer Rückkopplung und eines Transfers der Versorgungsforschungsergebnisse in die Praxis und Politik sowie umgekehrt zurück zu den Forschern. Versorgungsforschungsergebnisse als solche implizieren noch keine Veränderungsprozesse.

ABBILDUNG 2

Regelkreis einer transferorientierten Versorgungsforschung



In einer transferorientierten Versorgungsforschung sind Gesundheitswesen und Versorgungsforschung nicht nur zu Beginn (also bei der Transformation praktischer Probleme in eine Forschungsfrage) und am Ende (das heißt bei der Transformation der Ergebnisse in praktische Implikationen) im Dialog, sondern auch bei der Projektentwicklung sowie bei der Diskussion und Interpretation der Ergebnisse.

Die Implementierungsforschung (*implementation science*) beschäftigt sich mit den Methoden zur Förderung der Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Versorgungspraxis und die Gesundheitspolitik (Wensing 2015). Sie ist damit ein wichtiges Forschungsgebiet innerhalb der Versorgungsforschung. Versorgungsforschung selbst bleibt unwirksam, wenn der adäquate Wissenstransfer ihrer Ergebnisse in die Praxis und Politik nicht erfolgt. Damit verfehlt sie dann letztlich ihre Ziele.

Bereits 2003 sensibilisierten Bensing und andere (2003) aus dem Niederländischen Institut für Versorgungsforschung (Netherlands Institute for Health Services Research, kurz: NIVEL) für den wichtigen Austausch zwischen Wissenschaftler und Gesellschaft bei Versorgungsforschungsstudien. Abbildung 2 stellt dar, wie Versorgungsforschungsprojekte in enger Interaktion mit Patienten, Praxis und Politik entwickelt werden sollten. Der Lernzyklus setzt voraus, dass aus den Ergebnissen Implikationen abgeleitet werden und zur Aufrechterhaltung des Zyklus stets auch neue versorgungsrelevante praktische Probleme in neue Forschungsfragen transformiert werden.

In Deutschland haben Wissenstransfers und Implementierungsforschung noch nicht den notwendigen Stellenwert erreicht. Daher hat das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e. V. den Versorgungsforschungskongress

2015 unter das Motto „Wissen schaf(f)t Nutzen“ gestellt, um alle Forscher, aber auch diejenigen, die von den Forschungsergebnissen profitieren, für diese aktuell noch fehlende Transferorientierung zu sensibilisieren. Bereits in einer Stellungnahme des DNVF (2014) wurde angeregt, seitens der Förderinitiativen (etwa beim Innovationsfonds) auf eine interaktive Konzeption der Projekte zu achten. Schließlich erhöhen sich dadurch nicht nur die Chancen für die erfolgreiche Durchführung der Projekte, sondern auch die Akzeptanz ihrer Ergebnisse bei den wichtigen Stakeholdern. Leider fand weder diese Anregung noch die Empfehlung einer verbindlichen Registrierung öffentlich geförderter Projekte in einer zentralen Datenbank bisher den Zuspruch der Förderer. Die Transparenz wäre eine wichtige Voraussetzung, den Transfer der Ergebnisse in die Praxis und Politik anzubahnen. Allein das Wissen über Ergebnisse ist nicht hinreichend, um Änderungsprozesse anzuschließen. Die Diskussion der Ergebnisse und deren mögliche Implikationen ist vielmehr eine notwendige Voraussetzung, um konkrete Maßnahmen zu initiieren.

Leider ist der Transfer der Ergebnisse nicht Bestandteil der öffentlich geförderten Projekte. Allerdings zeigen die Ausschreibungen und Aktivitäten des BMBF, dass der Bedarf einer stärkeren Transferorientierung erkannt wurde. Zum einen hat das BMBF die Prognos AG bereits im Rahmen des Forschungsschwerpunkts „Versorgungsnahe Forschung“ be-

auftragt, zwei „Leitfäden zum Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis“ (einen für Wissenschaftler und einen für Kostenträger und Leistungserbringer) zu entwickeln (BMBF 2016 a und b). Außerdem sieht der BMBF-Aktionsplan Versorgungsforschung die Strukturförderung von Kooperationsnetzen mit der Intention vor, dass es zukünftig nicht mehr für jede wissenschaftliche Fragestellung notwendig wird, die Zusammenarbeit zwischen den Forschenden und den weiteren notwendigen Partnern gesondert anzubahnen. Darüber hinaus werden transferorientierte Versorgungsforschungsprojekte vom BMBF gefördert und begleitet (BMBF 2014, 11). Dies sind Schritte in die richtige Richtung, aber es müsste intensiver erforscht werden, womit dieser Transfer tatsächlich gelingt und welche Voraussetzungen man für die Implementierung schaffen muss. Dies ist nicht trivial und es sind Fragen der Implementierungsforschung.

2.3 Wie hat sich das Fach Versorgungsforschung in Deutschland bisher entwickelt?

Bei der Bewertung des Entwicklungsstandes eines Faches sind folgende Kriterien einzubeziehen:

- der Stand der Theoriebildung und der Entwicklungsstand der Methoden und Instrumente,
- das Vorhandensein von Forschungsstrukturen im universitären oder (Fach-)Hochschulbereich,
- die Kontinuität und Nachhaltigkeit der Förderung und
- die Rahmenbedingungen für die Forschung, beispielsweise bei Feldzugang, Datenzugang sowie Qualitätskriterien.

Methoden und Theoriebildung: Viele Theorien und Methoden, die in der Versorgungsforschung zur Anwendung kommen, stammen aus den Grundlagenwissenschaften, etwa der Epidemiologie, der Soziologie und der qualitativen Forschung. Auf Initiative des DNVF und seiner Arbeitsgruppen wurden diese in Bezug auf die spezifischen Anforderungen der Versorgungsforschung modifiziert und/oder bewertet. Dank des starken interdisziplinären und multi-professionellen Engagements von Wissenschaftlern und Praktikern wurden Methodenmemoranden verfasst und Methodenstandards definiert. Im vergangenen Jahr publizierte eine DNVF-Arbeitsgruppe um Baumann (*Baumann et al. 2016*) ein Memorandum zur theoretischen und normativen Fundierung der Versorgungsforschung. Damit wurden wesentliche methodische Fragen geklärt, aber die stetige Weiterentwicklung und der Diskurs bleiben notwendig.

Forschungsstrukturen: Während universitäre Strukturen im Bereich Public Health und Rehabilitationswissenschaften durch Strukturförderprogramme gestützt wurden, hat die Versorgungsforschung bisher keinerlei Grundfinanzierung in dieser Form erfahren, um damit die Etablierung

des Faches und seiner Lehre an Universitäten sowie (Fach-)Hochschulen zu sichern. Darin begründet sich, dass es in Deutschland bisher lediglich zwei Beziehungsgänge mit einem versorgungswissenschaftlichen beziehungsweise Versorgungsforschungsschwerpunkt gibt. Im Medizinstudium hat die Versorgungsforschung bisher nicht den Status eines Querschnittsfachs erreicht. Ebenso steht Versorgungsforschung nicht verpflichtend auf dem Programm der Studiengänge nicht ärztlicher Gesundheitsberufe.

Forschungsförderung: Obwohl BMBF und BMG die Versorgungsforschungsprojekte (beziehungsweise versorgungsnaher Forschung) bereits seit mehreren Jahren fördern, kann die Finanzierung bisher nicht als nachhaltig bezeichnet werden. Zum einen in Bezug auf den Transfer der Ergebnisse in die Praxis, der bisher nur bedingt in nachhaltige Maßnahmen mündet, zum anderen auf die Nachhaltigkeit aus Sicht der Forschergruppen. Wechselnde Themenschwerpunkte in aufeinanderfolgenden Ausschreibungen bedeuten oft auch wechselnde Forschergruppen, sodass die Forschergruppen keine Kontinuität spüren. Ausschreibungen des BMBF und BMG sind regelhaft überzeichnet, teilweise betrug die Förderquote weniger als zehn Prozent. Eine Förderung von Infrastrukturen wie in anderen Forschungsfeldern fand nicht statt. Eine Strukturförderung an Universitäten (siehe oben), die einen nachhaltigen Aufbau unterstützt, kommt erst jetzt im Strukturförderprogramm des Aktionsplans. Bei aller großen Freude mit denjenigen, die die Gutachter mit ihrem Konzept überzeugen konnten, sollte nicht unerwähnt bleiben, dass die zahlreichen noch in der zweiten Runde abgelehnten Antragsteller ihre finanziellen Aufwendungen für die Antragstellung zum Teil im mittleren sechsstelligen Bereich beziffert haben und teilweise von einem Gesichtverlust innerhalb der Universität und bei den Praxispartnern sprechen, nachdem sie – wie gefordert – alle für die Vernetzung notwendigen Partner entsprechend frühzeitig und intensiv beteiligt hatten.

Rahmenbedingungen (Datenzugang und Feldzugang): Hinsichtlich der Rahmenbedingungen für die Versorgungsforschung sind Feld- und Datenzugang von zentraler Bedeutung, und dieser Beitrag beschränkt sich darauf. Wichtige Voraussetzung für den Zugang der Forscher zu Gesundheitseinrichtungen und zu den Leistungserbringern und Patienten ist die Unterstützung seitens der Träger, der Berufsverbände und Fachgesellschaften sowie Patientenvertretungen. Nicht selten wurde diese Unterstützung in der Vergangenheit vermisst. Zum Teil lag dies an unzureichender Information oder Aufklärung, häufig aber auch an der noch immer mangelnden Akzeptanz und dem fehlenden Anreiz, die mit der Forschung einhergehenden Anforderungen (Mehraufwand, Transparenz) zu akzeptieren. Dass in einem lernenden Gesundheitssystem die Leistungserbringer selbst Gegenstand der Forschung sind, sollte

TABELLE 1

Aufgaben und Gegenstand der Versorgungsforschung bei den aktuellen Förderprogrammen

| | Innovationsfonds – neue Versorgungsformen | Innovationsfonds – Versorgungs- forschung | BMBF-Aktionsplan Versorgungs- forschung | BMG-Ressort Versorgungs- forschung |
|--|---|--|---|---|
| Beschreiben | -/+ | -/+ | + Register | -/+ |
| Erklären (Kontextforschung) | -/+ | (-)+ | -/+ | -/+ |
| Konzeptualisieren | -/+ | -/+ | -/+ | + Arzneimitteltherapie- sicherheit |
| Evaluativ begleiten | + | -/+ | -/+ | + Arzneimitteltherapie- sicherheit, Monitoring Pflegebedürftigkeitsbegriff |
| Evaluieren | ++ innovative Versorgungsformen | + Selektivverträge (gesundheitsökonomisch) | + Gesundheitsökonomie | + |
| Transferieren/Implementieren | (-)+ | -/+ | + | (-)+ |
| Prävention und Gesundheitsförderung | (-)+ | -/+ | -/+ | + |
| Kuration | + | -/+ | -/+ | + |
| Rehabilitation | -/+ | -/+ | -/+ | + |
| Pflege und Palliativversorgung | + | + SAPV-Richtlinie | -/+ | + |

Die Tabelle zeigt, dass die aktuellen Förderprogramme aus dem breiten Aufgabenspektrum der Versorgungsforschung explizit die evaluative Versorgungsforschung fördern. Inwieweit andere Aufgaben gefördert werden, ist oft nicht klar (-/+). Sowohl die kurative, präventive, rehabilitative, pflegerische als auch die palliative Versorgung werden erforscht.

Quelle: eigene Zusammenstellung, Grafik: G+G Wissenschaft 2017

bereits in der Ausbildung vermittelt werden und zu einem forschungsoffenen Selbstverständnis der zukünftigen Akteure führen.

In Bezug auf den Datenzugang treffen Forscher auf schwierige gesetzliche Rahmenbedingungen (zum Beispiel die EU-Datenschutzverordnung) und auf zusätzliche Hürden. Zu diesen gehören aufwendige Antragsprozeduren für die Nutzung der Daten, etwa bei der Beantragung der Daten des Risikostrukturausgleichs beim Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Teilweise sind die Organisationen, die die Daten verwalten, auch nicht sehr kooperativ.

3 Analyse: Wer profitiert vom Aufschwung?

Es stellt sich die Frage, ob der aktuelle Aufschwung das ganze Forschungsgebiet betrifft und das Fach Versorgungsforschung als solches davon profitiert. Der Innovationsfonds stellt, wie bereits ausgeführt, Mittel für die Förderung neuer Versorgungsformen und deren Evaluation in Höhe von jährlich 225 Millionen Euro und für die Förderung der Versorgungsforschung in Höhe von weiteren 75 Millionen zur Verfügung. Weitere Mittel stehen im Aktionsplan Versorgungsforschung

des BMBF und der Ressortforschung des BMG bereit (siehe oben). Da bisher noch nicht bekannt ist, welche Projekte im Einzelnen gefördert werden, kann eine Analyse zum jetzigen Zeitpunkt nur eine grobe Einschätzung geben (siehe Tabelle 1).

Betrachtet man die oben genannten Funktionen beziehungsweise Aufgaben der Versorgungsforschung, so wird unumstritten im 225-Millionen-Topf des Innovationsfonds primär die evaluative Forschung gefördert, allerdings beschränkt auf innovative Versorgungsformen. Es ist den Ausschreibungen zufolge zu erwarten, dass ein Schwerpunkt auf der kurativen Versorgung liegen wird, doch können auch innovative Projekte im Bereich der Prävention/Gesundheitsförderung und Pflege sowie Palliativversorgung Zuschläge erhalten. Im 75 Millionen Euro umfassenden Versorgungsforschungstopf des Innovationsfonds stehen die Evaluation der Richtlinie zum Thema „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (SAPV) und die Evaluation der Selektivverträge unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten auf dem Programm. Da die geförderten Projekte der ansonsten themenoffenen Ausschreibung noch nicht veröffentlicht wurden, ist eine weitere Bewertung derzeit nicht möglich.

BMBF und BMG setzen in ihren Förderprogrammen unterschiedliche Akzente. Das BMBF ist gegenwärtig der einzige Förderer, der transferorientierte Studien unterstützt. Der Innovationsfonds definiert zwar als Fördervoraussetzung innovativer Versorgungsformen, dass diese in die Regelversorgung übergehen können – und auch das BMG ist an der Überführung der Leuchtturmprojekte in die Regelversorgung interessiert –, aber wie dieser Transfer erfolgen soll, bleibt offen. Die Kontextforschung scheint aktuell gar keine Chance auf Zuwendung durch öffentliche Förderer zu erhalten, obwohl dieser Forschungsbereich Einflussfaktoren und Wechselwirkungen in einem komplexen Gesundheitssystem analysiert und damit die entscheidenden Stellgrößen für ein lernendes System eruiert.

Für die Entwicklung des Fachs an Universitäten und (Fach-)Hochschulen bleibt die Strukturförderung des BMBF – als einzigem Förderer in diesem Bereich – unzureichend. Soweit bisher ein Einblick möglich war, sind die Kompetenznetzwerke auf die Region begrenzte, stark thematisch orientierte Netze, die eine deutschlandweite Stabilisierung der Entwicklung des Forschungsfelds nicht erreichen werden.

Zieht man die Empfehlungen und Erwartungen heran, die 2003 von der Ständigen Kongresskommission „Deutscher Kongress für Versorgungsforschung“ (aus der das DNVF im Jahr 2006 hervorging), 2013 vom DNVF gemeinsam mit der Bertelsmann Stiftung im Aktionsplan Versorgungsforschung (*DNVF und Bertelsmann Stiftung 2013*) und 2014 vom DNVF in einer Stellungnahme formuliert worden sind, so muss man trotz des augenscheinlichen Aufschwungs feststellen, dass

bisher kaum Empfehlungen umgesetzt wurden (siehe Tabelle 2). Erreicht wurde bisher lediglich die geforderte Förderung der Grundlagenforschung seitens der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) (*Raspe et al. 2010*).

Alle 18 in Tabelle 2 zusammengefassten Empfehlungen haben auch heute uneingeschränkte Gültigkeit. Besonders wichtig ist die Forderung, zukünftige Förderprogramme kosten-trägerübergreifend aufzusetzen. Dringend empfohlen wird weiterhin die Priorisierung von Versorgungszielen unter Beteiligung aller Player im Gesundheitswesen. Durch eine klarere Definition von Versorgungszielen und deren Priorisierung wäre es möglich, die Forschungsprogramme stärker zielorientiert auszurichten. Allerdings sollten weiterhin auch Fördermittel zur Verfügung stehen, um innovative Theorien, originelle Fragestellungen, die Betrachtung seltener Erkrankungen und der Kontextfaktoren zu erforschen. Im Bereich der Strukturförderung sollte ein Nationales Institut für Versorgungsforschung installiert oder eine Organisation wie das DNVF damit beauftragt werden, die Konsensprozesse zu moderieren, ein Studienregister aufzubauen und zu führen sowie jährlich Bericht über die Entwicklung der Versorgungsforschung zu erstatten. Im Rahmen dieser Beauftragung sollten Mittel zur Verfügung gestellt werden, um die Methodenentwicklung und Implementationsforschung im Bereich der Versorgungsforschung zu koordinieren und Forschergruppen zu unterstützen. Gerade im Bereich der Methoden ist zu erwarten, dass neue Fragestellungen, innovative und komplexe Interventionen und Technologien einer stetigen Weiterentwicklung bedürfen, insbesondere im Bereich der Nutzenbewertung (vergleiche dazu *Wegscheider et al. 2015*). Hinsichtlich des Datenzugangs sollte geprüft werden, inwieweit ein *trust centre* als zentrales Institut für die Daten der gesetzlichen Sozialversicherungsträger eingerichtet werden kann.

Alle aus öffentlichen Mitteln finanzierten Förderschwerpunkte sollten gemeinsame Regelungen abstimmen, um Transparenz und Transferorientierung im Bereich der Versorgungsforschung zu schaffen. Unverzichtbar ist zum Beispiel die verpflichtende Projektregistrierung öffentlich geförderter Versorgungsforschungsprojekte und die Publikation der Ergebnisse – unabhängig davon, ob diese im Sinne der Hypothese positiv oder negativ ausgefallen sind.

4 Fazit: Inwieweit wird das Gesundheitswesen profitieren?

Da es bisher in Deutschland nicht gelungen ist, Mechanismen und Infrastrukturen aufzubauen, die einen systematischen Transfer der Versorgungsforschungsergebnisse in die Praxis und Politik ermöglichen, ist eine Einschätzung zur oben ge-

TABELLE 2

Stand der Versorgungsforschung vor dem Hintergrund definierter Erwartungen und Empfehlungen

| Forschungsförderung | |
|---|-------------------|
| Beteiligung aller Kostenträger der Sozialversicherung an der Finanzierung und Durchführung von Forschungsprojekten ¹ | -/+ IF nur GKV |
| Verlässlich geregelte und nachhaltige Finanzierung der Versorgungsforschung durch die Kostenträger ² | -/+ |
| Jährliche Berichterstellung über aktuelle Fragen und Ergebnisse der Gesundheitsversorgungsforschung in Deutschland ¹ | - |
| Priorisierung der Themen der Versorgungsforschung in einem konsentierten Prozess ² | - |
| DFG-Förderung der Grundlagenforschung im Bereich der Versorgungsforschung ¹ | + |
| Gleichgewichtige Förderung der Forschung über Kernleistungen der Gesundheitsversorgung und der Forschung über den sozialen und organisationalen Kontext der Erbringung der Kernleistung (Kontextforschung) ² | - |
| Strukturförderung der Versorgungsforschung | |
| Strukturförderung der Versorgungsforschung in der Startphase (vergleiche Koordinierungszentren für klinische Studien) ¹ | - |
| Strukturförderung von Zentren/Lehrstühlen für Versorgungsforschung an Universitäten und (Fach-)Hochschulen ^{2,3} | -/+ |
| Einrichtung eines nationalen Versorgungsforschungszentrums nach Vorbild des niederländischen NIVEL-Instituts ¹ | - |
| Einführung von Studiengängen für Versorgungsforschung ³ | -/+ |
| Datenzugang und -qualität | |
| Verbesserung des Zugangs und der Sekundärnutzung von Prozessdaten (insbesondere GKV-Daten) ^{1,2} | -/+ |
| Zugang zu den InEK-Daten (InEK = Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) ² | - |
| Änderung der Kodierrichtlinie, um ökonomische Verzerrungen bei den Diagnosen zu vermeiden ² | - |
| Einrichtung eines Forschungsdatenpools – sektor- und kassenübergreifender Datenpool von Abrechnungsdaten ² | - |
| Einrichtung eines zentralen Instituts (<i>trust centre</i>) und Verpflichtung der Sozialversicherungsträger zur Bereitstellung der Daten ³ | - |
| Unterstützende Maßnahmen zum Ergebnistransfer der Versorgungsforschung | |
| Einrichtung eines Registers für Projekte der Versorgungsforschung und verpflichtende Registrierung der Projekte öffentlicher Förderprogramme ³ | - |
| Verpflichtende Publikation in einer deutschsprachigen Fachzeitschrift der Versorgungsforschungsergebnisse öffentlich geförderter Projekte (zum Beispiel Innovationsfonds) ³ | - |
| Diskussion der Forschungsergebnisse auf einem Fachkongress ³ | - |

¹ Memorandum der Ständigen Kongresskommission des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung (2003)

² Navigationshilfe Gesundheitspolitik, Eckpunkte eines Nationalen Aktionsplans Versorgungsforschung (2013)

³ DNVF-Stellungnahme zu Qualität, Nutzen und Wirksamkeit der Versorgungsforschung (2014)

| nicht erreicht | nur bedingt erreicht | erreicht |
|----------------|----------------------|----------|
| - | -/+ | + |

nannten Frage schwierig. Es ist davon auszugehen, dass Projekte aufgrund der mangelnden Transferorientierung der Wissenschaftler und des gesamten Systems trotz der überzeugenden Ergebnisse, die sie liefern, zu keiner Weiterentwicklung und Verbesserung der Gesundheitsversorgung führen. Deutschland braucht mehr struktur- und transferbildende Maßnahmen im Bereich der Versorgungsforschung, damit tatsächlich ein nachhaltig lernendes Gesundheitssystem aufgebaut wird.

Eine Gesamtstrategie der Forschungsförderung und eine Intensivierung im Bereich Transferforschung würden den Nutzen der Versorgungsforschung für das gemeinsame Ziel steigern. Darüber hinaus müsste durch eine Einbindung des Faches Versorgungsforschung in die Ausbildung und Studiengänge aller Gesundheitsberufe die Akzeptanz für und das Interesse an der Versorgungsforschung gestärkt werden. Forschung und Politik müssen im kontinuierlichen Dialog bleiben.

Literatur

Baumann W, Farin E, Menzel-Begemann A, Meyer T (2016): Memorandum IV: Theoretische und normative Fundierung der Versorgungsforschung. Gesundheitswesen, Jg. 78, Heft 5, 337–352

Bensing JM, Caris-Verhallen WM, Dekker J et al. (2003): Doing the Right Thing and Doing It Right: Toward a Framework for Assessing the Policy Relevance of Health Services Research. International Journal of Technology Assessment in Health Care, Vol. 19, No. 4, 604–612

BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (2014): Aktionsplan Versorgungsforschung. Forschung für ein patientenorientiertes Gesundheitswesen; www.bmbf.de/pub/Aktionsplan_Versorgungsforschung.pdf

BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (2016 a): Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis. Ein Leitfaden für die Wissenschaft; www.forschung-patientenorientierung.de/files/vnf_leitfadenwissenschaft_barrierefrei.pdf

BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (2016 b): Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis. Ein Leitfaden für Kostenträger und Leistungserbringer; www.forschung-patientenorientierung.de/files/vnf_leitfadenkostentraeger_barrierefrei.pdf

Bundesärztekammer (2004): Arbeitskreis „Versorgungsforschung“ beim Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer: Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung; www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Definition.pdf

CDU, CSU und FDP (2009): „Wachstum. Bildung. Zusammenhalt“, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. 17. Legislaturperiode; www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Ministerium/koalitionsvertrag.pdf?__blob=publicationFile

CDU, CSU und SPD (2013): „Deutschlands Zukunft gestalten“, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode; www.cdu.de→Partei→Dokumente

DNVF (Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung) e. V. (2014): Stellungnahme des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) e. V.: Qualität, Nutzen und Wirksamkeit der Versorgungsforschung. Ableitung von Konsequenzen für den Innovationsfonds (17.09.2014); www.netzwerk-versorgungsforschung.de→Stellungnahmen und Positionspapiere

DNVF (Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung) e. V., Bertelsmann Stiftung (2013): Navigationshilfe für Gesundheitspolitik. Eckpunkte eines „Nationalen Aktionsplans für Versorgungsforschung“ (24.10.2013); www.netzwerk-versorgungsforschung.de→Stellungnahmen und Positionspapiere

Pfaff H (2003): Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: H. Pfaffe t al.: Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung, Bern: Hans Huber, 13–23

Pfaff H, Schrappe M (2011): Einführung in die Versorgungsforschung. In: Pfaff H, Glaeske G, Neugebauer E, Schrappe M. (Hrsg.): Lehrbuch Versorgungsforschung. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2–33

Raspe H et al. (2010): Versorgungsforschung in Deutschland: Stand, Perspektiven, Förderung. Stellungnahme, Standpunkte. Weinheim: Wiley-VCH

Ständige Kongresskommission „Deutscher Kongress für Versorgungsforschung“ (2003): Memorandum zur Versorgungsforschung in Deutschland. Situation – Handlungsbedarf – Strategien; www.netzwerk-versorgungsforschung.de/uploads/1.%20Memorandum%202003.pdf

Wegscheider K, Drabik A, Bleich C, Schulz H (2015): Nutzenbewertung aus Sicht der Versorgungsforschung und der Epidemiologie. Bundesgesundheitsblatt, Jg. 58, Heft 3, 298–307

Wensing M (2015): Implementation Science in Healthcare: an Introduction and Perspective. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Jg. 109, Heft 2, 97–102

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 20. Dezember 2016)

DIE AUTOREN



Dr. Sportwiss. Gisela Nellessen-Martens,

Jahrgang 1971, ist seit September 2008 Geschäftsführerin des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung. Studium der Mathematik an der Universität zu Köln (Sekundarstufe II) und der Sportwissenschaften an der Deutschen Sporthochschule Köln (Diplom), später Promotion. Nach Tätigkeit als Wissenschaftliche Mitarbeiterin ab 1996 am Institut für Rehabilitation und Behindertensport der DSHS, 2001 Wechsel zum Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation. Von 2004 bis 2007 Wissenschaftliche Koordination der Clearingstelle Versorgungsforschung NRW, 2007 bis 2008 Elternzeit.



Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH,

Jahrgang 1963, Geschäftsführender Direktor des Instituts für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald. Medizinstudium in Bonn, Promotion 1993, Approbation 1993. Von 1992 bis 2002 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin. 1995 Master of Public Health (MPH), University of North Carolina, USA. Seit 2012 W3-Professor für Bevölkerungsbezogene Versorgungsepidemiologie und Community Health an der Universitätsmedizin Greifswald. Seit 2012 Mitglied des Vorstandes des DNVF, seit 2016 Hauptgeschäftsführer.

Versorgungsforschung – die langfristige Perspektive gestalten

von Matthias Schrappe¹

ABSTRACT

Versorgungsforschung wird zunehmend mit Fragen zur Evaluation von komplexen Interventionen auf Systemebene und zur Qualität beziehungsweise zum Nutzen von Behandlungsmethoden konfrontiert. Allerdings sind Methodik und Strukturen der Versorgungsforschung noch wenig entwickelt, die Unabhängigkeit der Versorgungsforschung wird in mittel- und langfristiger Perspektive zu beobachten sein, und die Problematik der Evidenzgenerierung für politische Entscheidungen befindet sich noch in der Diskussion. Der wichtigste der im Folgenden diskutierten vier Punkte besteht jedoch in der Frage, ob die Versorgungsforschung angesichts des enormen politischen Handlungsbedarfs, der im jetzigen Gesundheitswesen besteht, nicht überfordert wird, denn sie kann politische Entscheidungen nur begleiten, nicht ersetzen.

Schlüsselwörter: Versorgungsforschung, Methodik, Evidenz

Health Services Research (HSR) focuses more and more on the evaluation of complex system interventions, quality, and the benefits of health care. Taking these challenges into account, methods and structures of HSR in Germany continue to be developed, scientific independence has to be sustained carefully, and the impact of scientific evidence on political decisions remains to be discussed further. The most important question raised below concerns the capability of HSR to solve the numerous structural problems of the German health care system. Those should in fact be addressed on the political level. HSR has the competence to propose and to evaluate solutions, but not to replace pending political decisions.

Keywords: Health Services Research, methodology, evidence

1 Einführung

Das Gebiet der Versorgungsforschung sieht sich enorm gestiegenen Herausforderungen gegenüber. Es geht nicht mehr allein um die Beschreibung und Analyse der Gesundheitsversorgung und deren Einflussfaktoren, nicht mehr allein um die Alltagstauglichkeit von Behandlungsmethoden auf Patientenebene, sondern zunehmend auch um die Evaluation von Struktur- beziehungsweise System-interventionen und die Beschreibung von Qualität und Nutzen. Die Evaluation von Interventionen steht beim Innovationsfonds im Vordergrund; um die Frage nach Qualität und Nutzen geht es bei der gesetzlich vorgeschriebenen Beteiligung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG); sie zeigt sich auch an der zunehmen-

den Tendenz, Versorgungsforschungsstudien (siehe § 35 b Abs. 1 b des Fünften Sozialgesetzbuchs – SGB V), Aspekte der Präferenzen sowie soziale und politische Implikationen bei der Nutzenbeurteilung mit einzubeziehen (vergleiche SVR 2008, 581 ff.; Pfaff et al. 2011).

Die Definition von Versorgungsforschung muss der geänderten Sachlage Rechnung tragen, indem sie „ausgehend von der Patienten- und Populationsperspektive und vor dem Hintergrund komplexer Kontextbedingungen die Versorgungsstrukturen und -prozesse der Gesundheitsversorgung untersucht, den Outcome auf Ebene der Alltagsversorgung beschreibt und komplexe Interventionen zur Verbesserung der Versorgung evaluiert“ (Schrappe und Pfaff 2016). Hinzugekommen sind folgende Elemente:

¹ Prof. Dr. med. Matthias Schrappe, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie, Universität zu Köln · Gleueler Str. 176–178 50935 Köln · Telefon: 0221 245749 · E-Mail: matthias@schrappe.com

- die Populationsperspektive,
- die doppelte Komplexität (Shojania 2013; Schrappe 2014, 247) von Kontext und Intervention und – ganz entscheidend –
- der Verbesserungsgedanke.

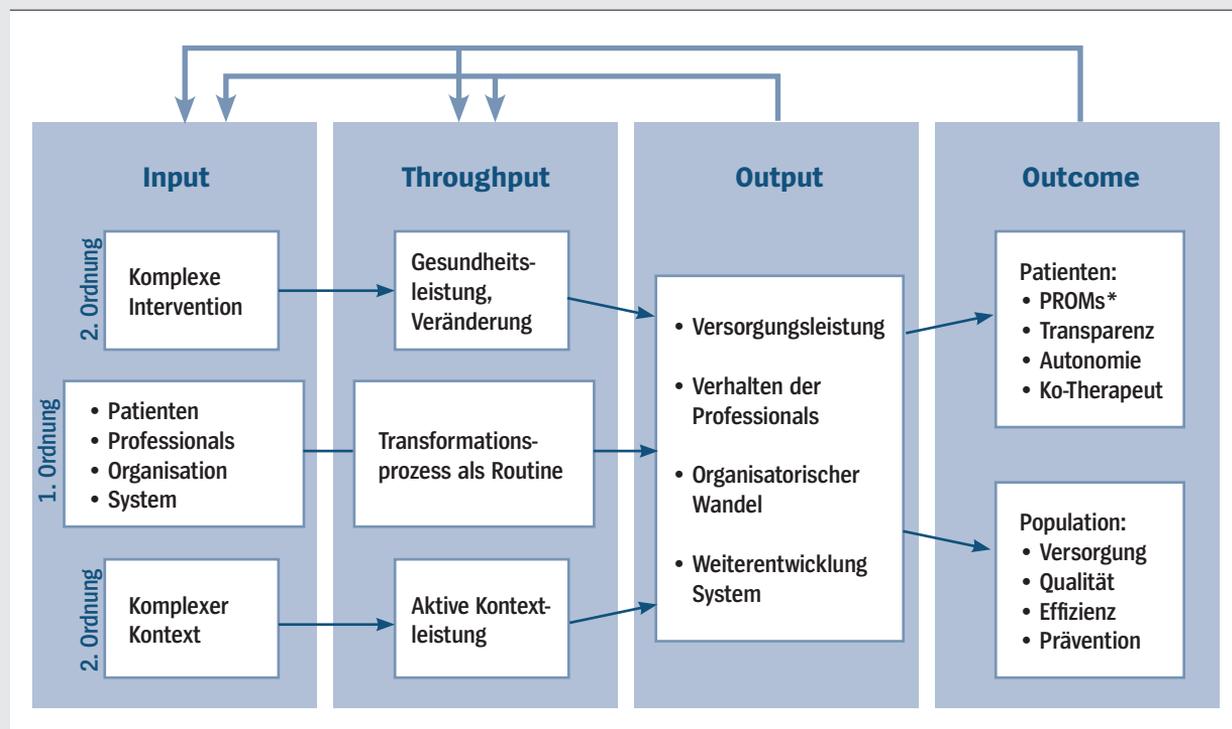
Es besteht eine große Nähe zur Improvement Science (Berwick 2008) und Implementation Research (Wensing 2015), die beide die Frage zum Gegenstand haben, wie Verbesserungsstrategien aussehen könnten und wie man die Verbesserung auch wirklich umsetzt und nachhaltig gestaltet. Das lineare Throughput-Modell der „letzten Meile“ (Pfaff 2003) musste daher an vier Stellen angepasst werden, insbesondere da nicht nur die Versorgung einzelner Patienten, sondern auch die Populationsversorgung im Vordergrund steht. Weiterhin sind komplexe Systeminterventionen ebenso wie der aktive Kontext als Input-Faktoren (abgegrenzt von Ressourceninputs durch den Terminus „2. Ordnung“) anzusehen, und das lineare Modell wird um ein Feedback erweitert, das

den Output und das Outcome auf die Input- und Throughput-Faktoren zurückwirken lässt (Schrappe und Pfaff 2016, siehe Abbildung 1).

Dieser Weg ist adäquat, anspruchsvoll und riskant zugleich. Adäquat, weil es höchste Zeit ist, dass Strukturveränderungen (im Management, im Gesetzgebungsprozess) auch wissenschaftlich evaluiert werden, um auf diesem Wege einer Evidence-based Health Care Policy näherzukommen (zum Begriff siehe Hicks 1997). Anspruchsvoll: Eine Tradition einer Health Services Research ist trotz aller vorangegangenen Anstrengungen in Deutschland im Gegensatz zu den angelsächsischen Ländern nur in Ansätzen vorhanden, und die Hindernisse sind insbesondere wegen der starken Präsenz interessengeleiteter Kräfte fast entmutigend groß. Der Weg ist – drittens – aber auch mit Wagnissen verbunden. Hierzu sollen im Folgenden einige Fragen etwas ausführlicher diskutiert werden.

ABBILDUNG 1

Das erweiterte Throughput-Modell



* PROMs = Patient-Reported Outcome Measures

In diesem Modell werden die unterschiedlichen Input-Faktoren im Throughput transformiert. Sie ergeben einen Output-Effekt, der sowohl auf Patienten- als auch auf Populationsebene als Outcome sichtbar wird. Patienten, Professionals, Organisation und System werden als Input-Faktoren erster Ordnung bezeichnet, komplexe Interventionen und komplexer Kontext hingegen als Input-Faktoren zweiter Ordnung.

ABBILDUNG 2

Klinisch-evaluative und Versorgungsforschung im Vergleich

| | individuelle Patienten | Populationen |
|---|--|---|
| Definierte Behandlungsmethode | <p>Klinisch-evaluative Forschung</p> <p>Studientyp: doppelblind-randomisiert, Placebo Validität: Evidence-based Medicine Nutzen: efficacy Praxis: Evidence-based Practice (z. B. Medikament, Operationsmethode)</p> | <p>Versorgungsforschung</p> <p>Studientyp: doppelblind-randomisiert, Placebo Validität: Evidence-based Health Care/ Evidence-based Public Health Nutzen: effectiveness Praxis: Evidence-based Health Policy (z. B. Impfung)</p> |
| Komplexe Interventionen/ komplexer Kontext | <p>Versorgungsforschung</p> <p>Studientyp: doppelblind-randomisiert, andere Kontrollen, Beobachtung, qualitativ Validität: Evidence-based Health Care Nutzen: effectiveness Praxis: Evidence-based Practice (z. B. Mehrfachtherapie)</p> | <p>Versorgungsforschung</p> <p>Studientyp: doppelblind-randomisiert, andere Kontrollen, Beobachtung, qualitativ Validität: Evidence-based Health Care/ Evidence-based Public Health Nutzen: effectiveness Praxis: Evidence-based Health Policy (z. B. Evaluation Pay for Performance)</p> |

Klinisch-evaluative und Versorgungsforschung unterscheiden sich vielfach, beispielsweise im Gegenstand: Geht es etwa um Populationen, ist grundsätzlich die Versorgungsforschung gefragt. Evidence-based Medicine kommt nur bei der klinisch-evaluativen Forschung zum Tragen, nicht bei der Versorgungsforschung.

Quelle: Schrappe und Pfaff 2017; G+G Wissenschaft 2017

2 Ist die Versorgungsforschung momentan in der Lage, die Erwartungen zu erfüllen?

Diese Frage nimmt eine wissenschaftsinterne Perspektive ein. Es muss klar herausgestellt werden: Die nicht biomedizinisch ausgerichteten Disziplinen der Gesundheitswissenschaften standen in den vergangenen Jahrzehnten nie im Mittelpunkt des Forschungsinteresses, sie führten bestenfalls ein Nischendasein. Die (vorübergehende) Stärkung von Public Health in den 1990er-Jahren macht da keine Ausnahme. Erst in den vergangenen zehn Jahren stieg die Nachfrage nach der wissenschaftlichen Beschreibung nicht biomedizinischer Aspekte und Interventionen langsam an. Der Grund: Man hat festgestellt, dass ohne valide Annahmen über das Outcome auf der Ebene der Patienten die Probleme nicht gelöst und wirkliche Innovationen nicht erreicht werden können.

Diese Erkenntnis hat zu einem unübersehbaren Erstarren der Forschungsförderung und auch zum Aufbau von Strukturen geführt. Allerdings sind die Aufgaben immens. Die Institutionalisierung, die Etablierung hinreichender personeller Ressourcen und die Herstellung einer belastbaren Kommunikationsebene zwischen Wissenschaft und Politik kann nicht von heute auf morgen geschehen. Vor allem aber ist das methodische Rüstzeug in Deutschland erst in Entwicklung, die internationale Entwicklung muss teilweise erst nachvollzogen werden, um eine Auseinandersetzung über den State of the Art zu führen und darüber hinaus gewährleisten zu können, dass Aufgaben verlässlich übernommen und abgearbeitet werden können. Zwar hat das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e. V. schon frühzeitig mit der Arbeit an sogenannten Memoranden zur Methodik begonnen, aber gleichzeitig zeigt sich hier natürlich auch, wie mühselig und intensiv sich eine solche Arbeit darstellt. Die klinisch-evaluative Forschung hat mit der evidenzbasierten Medizin ihre Instanz der Validität gefunden, aber eine entsprechende „EbM der Versorgungsforschung“

schung“, die als Evidence-based Health Care zu bezeichnen wäre (zum Beispiel Gray 2009, aktueller Stand siehe Schrappe und Pfaff 2017), liegt noch bei weitem nicht vor.

Sehr hinderlich in dieser Situation ist der Umstand, dass sich die Versorgungsforschung nicht nur dem Vorwurf aussetzen muss, so etwas wie EbM light zu sein, sondern dass die Nomenklatur und die inhaltlichen Begrifflichkeiten nicht geklärt sind beziehungsweise ungenau gebraucht werden. Es ist daher auf die korrekte Trennung folgender Ebenen zu achten (siehe Abbildung 2):

- **Ebene der Versorgung:** Evidence-based Practice auf der Ebene des individuellen Patienten, Evidence-based Health Care Policy auf der Ebene des Systems (Gray 2004),
- **Ebene des Gegenstands der Forschung:** klinisch-evaluative Forschung im Sinne der klassischen klinischen Forschung einerseits und Versorgungsforschung andererseits (Schrappe und Scriba 2006) und
- **Ebene der Validierung und Evidenzsynthese:** die evidenzbasierte Medizin mittels ihres klinisch-epidemiologischen Handwerkszeugs für die klinisch-evaluative Forschung und für die Versorgungsforschung Evidence-based Health Care mittels eines breiten Methodenspektrums, das auch sozialwissenschaftliche Techniken umfasst (dieses Methodenspektrum stimmt ziemlich mit dem methodischen Arsenal des Health Technology Assessment überein).

3 Kann die Versorgungsforschung ihre Unabhängigkeit bewahren?

Nimmt man nun an, dass die methodischen und strukturellen Anfangsschwierigkeiten überwunden werden können, dann ergibt sich in zweiter Linie die wichtige Frage, ob die Versorgungsforschung in der Lage ist, ihre Unabhängigkeit zu bewahren, gerade weil die Erwartungen von politischer und gesellschaftlicher Seite derart hoch sind. Es ist davon auszugehen, dass das derzeit sehr befruchtende Klima zwischen Wissenschaft und Politik eine Abkühlung erfährt, falls im Rahmen der wissenschaftlichen Suchbewegungen auch Ergebnisse hervorbracht werden, die den Erwartungen der Nachfrager nicht entsprechen. Konflikte sind vorprogrammiert – und dies muss so sein, denn nur eine unabhängige Wissenschaft hat die Potenz, unerwartete Ergebnisse beizusteuern und damit wirkliche Einsichten zu generieren, die linear oder auf der Basis allein politischer Erfahrungen nicht generiert hätten werden können.

Auch von Wissenschaftlern ist immer wieder zu hören, Versorgungsforschung sei „sehr politisch“. Dies ist nur auf den ersten Blick richtig: Versorgungsforschung ist ein Forschungsgebiet, sie ist also wissenschaftlich und nicht politisch. Sie kann aber politische Konsequenzen in sich tragen und sollte

daher mit politischer Weitsicht und politischem Feingefühl betrieben werden – hierbei handelt es sich jedoch um Sekundärtugenden. Ein erster Schritt, den die Versorgungsforschung selbst tun könnte, besteht in der Entwicklung eines wissenschaftsinternen Kodex, der analog zu den in der klinischen Forschung üblichen „Conflict of Interest“-Erklärungen auch bei wissenschaftlichen Beiträgen zur Versorgungsforschung und ihrer politischen Implikationen die Beziehungen zu Stakeholdern aus dem gesundheitspolitischen Bereich offenlegt (zum Beispiel institutionelle Beziehungen, Finanzierung, Forschungsförderung, Beratung) (Oxman et al. 2010).

4 Wie evident ist die Evidenzgenerierung für politische Entscheidungen?

Wenn man davon ausgeht, dass es eine elaborierte Methodik der Versorgungsforschung gibt (was in Deutschland noch nicht der Fall ist), wenn man voraussetzt, dass sich die Versorgungsforschung Freiräume und Unabhängigkeit verschafft (was zu zeigen sein wird), dann ist immer noch zu klären, wie weit in diesem besten Fall Evidenz für die politische Entscheidungsfindung eigentlich möglich ist. Mit anderen Worten: Gibt es eine Evidence-based Health Care Policy?

Das deutsche Gesundheitswesen verfügt bereits heute über eine bald zwanzigjährige Erfahrung mit wissenschaftlicher Evidenz für politische Entscheidungsprozesse. Schon im Zusammenhang mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz vom 22. Dezember 1999 wurde für die Arbeit des neu gegründeten Koordinierungsausschusses nach § 137 e SGB V das Vorliegen von wissenschaftlicher Evidenz gefordert, um „... insbesondere auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien die Kriterien für eine im Hinblick auf das diagnostische und therapeutische Ziel ausgerichtete zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung für mindestens zehn Krankheiten pro Jahr...“ zu beschließen (Abs. 3). Das ist ein Gedanke, der im nachfolgenden „Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs“ vom 10. Dezember 2001 im neuen § 137 f SGB V für die „Strukturierten Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten“ konkretisiert wurde.

Im Gesundheitsmodernisierungsgesetz vom 14. November 2003 wurde dem neu eingerichteten Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) nach § 139 a SGB V nicht nur die „Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten“ aufgegeben (Abs. 3), sondern auch die „Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln“ (ebd.), wozu dann das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 ausführte, dass „...die Bewertung des medizinischen Nutzens nach den international anerkannten Standards der evidenzbasierten Medizin...“

zu geschehen habe (Abs. 4). Im neu gefassten Abs. 1 des § 35 b SGB V wurde die Nutzenbewertung von Arzneimitteln um eine Kosten-Nutzen-Bewertung erweitert, und zwar „... durch Vergleich mit anderen Arzneimitteln und Behandlungsformen ...“. Als Endpunkte „... sollen insbesondere die Verbesserung des Gesundheitszustandes, eine Verkürzung der Krankheitsdauer, eine Verlängerung der Lebensdauer, eine Verringerung der Nebenwirkungen sowie eine Verbesserung der Lebensqualität, bei der wirtschaftlichen Bewertung auch die Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versicherungsgemeinschaft ...“ im Mittelpunkt stehen.

Die Entwicklung zur Nutzenbeurteilung von Medikamenten kam mit dem Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (26. April 2006) und im Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) vom 22. Dezember 2010 zu einem vorläufigen Ende, als die „Bewertung von klinischen Studien nach methodischen Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin“ gefordert wurde (§ 35 Abs. 1 b) und in der Rechtsverordnung zum AMNOG vom 8. November 2010 in § 5 die klassischen Evidenzstufen der EbM in die Sozialgesetzgebung eingeführt wurden, von der Stufe 1 (Metaanalysen) bis zur Stufe 7 mit Einzelbeobachtungen. Zum gleichen Zeitpunkt führte das AMNOG einen neuen Studientyp zur Nutzenbeurteilung ein, noch etwas unbeholfen als „Versorgungsstudien“ titulierte (§ 35 b Abs. 1).

In den nachfolgenden Koalitionsverträgen von 2009 und 2013 stand dann das „Versorgungsgeschehen unter Alltagsbedingungen“ ganz im Vordergrund, gefolgt von den Selbstverpflichtungen: „... daher werden wir die Versorgungsforschung systematisch ausbauen“ (2009) und „... dazu gehören vor allem die Pflegewissenschaft, aber auch die Biometrie, Epidemiologie und Medizininformatik sowie der Aufbau von klinischen Registern“ (2013). Der Innovationsfonds aus dem Versorgungsstärkungsgesetz vom 16. Juli 2015 (§§ 92 a und b SGB V) bildet den vorläufigen Abschluss dieser Entwicklung.

Nun drängt sich eine wenig triviale Frage auf: Was geschieht mit so viel Evidenz? Der Innovationsfonds selbst ist zwar noch jung, er steht jedoch am Ende einer langen Entwicklung, und man muss sich mit der Frage auseinandersetzen, inwiefern diese Evidenz tatsächlich zu einer Verbesserung des Gesundheitssystems beiträgt. Immerhin wird der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) derzeit durch drei wissenschaftliche Institutionen beraten (das IQWiG, das IQTiG und den Innovationsfonds), wobei Letzterer sogar die Selbstevaluation ermöglicht. Hier werden in enormem Ausmaß Mittel aufgebracht, sodass die Frage des „Nutzens der Nutzenbeurteilung“ nicht zu vermeiden sein wird.

Zu fordern wäre, dass die Versorgungsforschung selbst diese Diskussion aufnimmt, insbesondere da das Verhältnis zur Politik einen bidirektionalen Charakter hat: Einerseits reagiert

die Versorgungsforschung auf politische Fragestellungen (und finanziert sich teilweise hierdurch), andererseits stellen politische Prozesse einen der wichtigsten Kontextfaktoren für wissenschaftliche Untersuchungen dar. Die internationalen Stellungnahmen zu diesem Thema sind verhalten positiv (*Atkins et al. 2005; Black 2001; Gray 2004*), sie weisen aber auf die prinzipiellen Schwierigkeiten im Transfer der Evidenz zwischen wissenschaftlicher und politischer Sphäre hin (*Atkins et al. 2005; Oxman et al. 2010*; vergleiche *Schrapppe und Pfaff 2017*):

- **Unterschiedliche Bedürfnisse:** Wissenschaft bedarf der Finanzierung und der Beachtung beziehungsweise Relevanz, die Politik bedarf der Legitimation durch das „Expertenurteil“
- **Unterschiedliche Ziele:** Erkenntnis und Wahrheit aufseiten der Wissenschaft, Handlungsoptionen und Machterhalt aufseiten der Politik
- **Verschiedene Logiken:** Wissenschaft geht von einer wohlformulierten Fragestellung, möglichst elaborierten methodischen Instrumenten und theoriegeleiteten Konzepten aus, Politik arbeitet mit Kompromiss, *networking* und Akzeptanz
- **Induktiv gegen deduktiv:** Wissenschaft arbeitet meist induktiv, während Politik deduktiv vom Allgemeinen den konkreten Einzelfall gestaltet
- **Hidden agendas:** Wissenschaft ist zwar selbst an übergeordnete Paradigmen gebunden, übersieht aber häufig, dass auch im politischen Raum *hidden agendas* eine große Rolle spielen (zum Beispiel Schuldenbremse, Bewahrung von Regionalität etc.)
- **Komplexitätsreduktion nach unterschiedlichen Gesichtspunkten:** Wissenschaft eliminiert *confounder*, Politik reduziert Komplexität unter dem Gesichtspunkt der Machbarkeit

5 Himmelfahrtskommando? Zum Primat der politischen Entscheidung

Doch selbst wenn man die Evidenzgenerierung als Basis politischen Handelns akzeptiert (und mit einer gewissen Vorsicht sollte man dies tun) und man wiederum von intakter Methodik und unabhängiger Lösungsannäherung durch die Wissenschaft ausgeht, dann bleibt als letztendlich entscheidende Frage bestehen, ob die Probleme, zu deren Lösung die Wissenschaft bemüht wird, eigentlich in den Rahmen der Lösungskompetenz der Versorgungsforschung fallen. Diese Frage ist vor allem im Hinblick auf den Innovationsfonds von Bedeutung. Anders als oft angenommen handelt es sich hierbei nicht primär um ein wissenschaftliches Projekt, sondern um ein politisches, das parallel zum ähnlich ausgestatteten Strukturfonds im Rahmen der Krankenhausreform (Krankenhausstrukturgesetz, § 12 ff. KHG) eingerichtet wurde und die Reorganisation der ambulanten, genauer der sektorenübergreifend sekundärfachärztlichen Versorgung zum Ziel hat. Die Versorgungsforschung wird

also zu einer Thematik befragt, die als die wichtigste und schwierigste Baustelle aller gegenwärtigen gesundheitspolitischen Problemlagen anzusehen ist.

Aus dieser Perspektive hat die Versorgungsforschung die klassische Rolle einer *hidden agenda* inne, die man hier als Legitimierung politischen Handelns durch Wissenschaft zu bezeichnen hat. Sie ist im Zusammenhang mit weiteren versteckten Agenden zu sehen, die alle die Steuerung und Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zum Gegenstand haben:

- **Wettbewerb:** Durch die Einführung wettbewerblicher Elemente (insbesondere sektorale Budgetierung, Qualitätsberichte) sollten die Kundeneigenschaften der Patienten und der Akteure auf der Leistungserbringerseite gefördert werden. Die Hoffnungen konnten hier nicht erfüllt werden, weil offensichtlich neben der individuellen Nutzenmaximierung auch andere, nur durch die korporatistische Struktur des Gesundheitswesens zu erklärende Mechanismen eine große Rolle spielen und im übrigen Patienten die angebotene Wahl zwischen zwei Prozent Wundinfektionen und vier Prozent Wundinfektionen nicht als entscheidungsrelevant ansahen (was verständlich ist).
- **Qualität:** Im Zusammenhang mit den wettbewerblichen Elementen wurden und werden große Erwartungen an Qualität (und eine Verbesserung der Patientensicherheit) gerichtet. So wichtig dieses Thema ist – es bleibt die Frage unbeantwortet, ob Qualitätsinformationen wirklich ausreichend sind, um zum Beispiel den dominierenden Vergütungsanreizen eines Fallpauschalen-Systems (etwa hinsichtlich der Mengenausweitung) etwas entgegenzusetzen oder dessen Fehlanreize zu neutralisieren.
- **Technologie:** Der Traum ist eine neutrale Technik, die Instrumente an die Hand gibt, die „die Dinge schon regeln“. Stark ausgeprägt ist aktuell der Glaube an die segensreichen Auswirkung von eHealth-Instrumenten, die man gegen die wichtigsten Defizite des Gesundheitssystems in Stellung bringt. Was allerdings die Erfahrung auf organisatorischer Ebene schon sagt (die Anschaffung einer neuen Soft- und Hardware löst das Problem nie, sondern verschärft es) und was die gesamte (!) internationale wissenschaftliche Literatur, die sehr zahlreich vorliegt, zu diesem Thema sagt (*Greenhalgh und Stones 2010*), tritt auch hier zutage: Die Komplexität der Einführung dieser Instrumente wird mehr Komplexität hervorbringen, als sie eigentlich reduzieren soll. Fehlschläge und unerwartete negative Konsequenzen sind die Regel, schwerwiegende Strukturdefizite sind nicht durch die Einführung neuer Technologien zu heilen, sondern müssen durch die Veränderung der Strukturdefizite angegangen werden (wobei technologische Instrumente sekundär hilfreich sein können).

Diese Situation ist für die Versorgungsforschung brandgefährlich, denn sie wird mit Problemen konfrontiert, die nicht wissenschaftlich gelöst (höchstens beschrieben) werden können, sondern politisch angegangen werden müssen. Auf der

anderen Seite besteht äußerster Handlungsbedarf, denn es ist höchste Zeit, dass von politischer Seite eine ernsthafte Initiative ergriffen wird, deren Ziele man klar wie folgt skizzieren kann:

- Die Sektorierung des Gesundheitssystems ist nicht nur überholt, sondern produziert fortlaufend negative Effekte, die zur Gefährdung des Gesamtsystems führen.
- Insbesondere das Fallpauschalen-System im Krankenhausbereich hat längst seine Pflicht getan (sektorale Optimierung und Transparenz des stationären Sektors sind hergestellt) und die Aufgabenstellung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung muss neu gestaltet werden, denn momentan führt das Fallpauschalen-System mit seiner Mengenausweitung nur zu schlechter Qualität (Überversorgung), Personalknappheit und Zynismus unter den Professionals vor Ort.
- Längst ist es Zeit, dass die regionale und populationsbezogene Versorgung als oberstes Ziel der Gesundheitspolitik der nächsten Jahre proklamiert und durch eine gezielte Förderung entwickelt werden muss.
- Endlich muss damit ernst gemacht werden, dass die finanziellen Mittel nicht mehr nach Erkrankung, sondern nach dem Gesichtspunkt der Verhinderung von Erkrankung, also nach der Prävention von Erkrankung und Krankheits-episoden verteilt werden.

6 Fazit

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich die Versorgungsforschung in Deutschland in einer positiven Entwicklung von Methodik und Forschungsstrukturen befindet, auch angesichts der immensen Herausforderungen, die sie sich gegenüber sieht. Diese Entwicklung wird entscheidend dazu beitragen, ob sie ihre Unabhängigkeit bewahren kann, auch wenn es zu (vorhersehbaren) Konflikten mit Geldgebern und Nachfragern kommen sollte. Weiterhin wird man intensiv beobachten müssen, wie das deutsche Gesundheitssystem mit der Frage der wissenschaftlichen Evidenzgenerierung als Grundlage politischer Entscheidungen umgeht, denn immerhin stehen dem GBA derzeit drei Institutionen zur wissenschaftlichen Absicherung seiner Entscheidungen zur Verfügung. Die wichtigste Frage besteht jedoch darin, ob die Versorgungsforschung überhaupt mit Problemen konfrontiert wird, die auf wissenschaftlicher Ebene gelöst werden können, oder ob es sich nicht im eigentlichen Sinne um politische (das heißt auch: politisch zu entscheidende) Probleme handelt. Denn wenn der Innovationsfonds zum Beispiel die Zielrichtung „Reorganisation der sektoralen Schnittstellen“ verfolgt, wäre es hier eigentlich Aufgabe der politischen Ebene, langfristig wirksame und relevante Entscheidungen zu treffen und somit die Richtung vorzugeben. Die Versorgungsforschung kann diese Entscheidungen nicht ersetzen, sondern sie bestenfalls begleiten und evaluieren.

Literatur

Atkins D, Siegel J, Slutsky J (2005): Making Policy When The Evidence Is In Dispute. *Health Affairs*, Vol. 24, No. 1, 102–113

Berwick DM (2008): The Science of Improvement. *Journal of the American Medical Association*, Vol. 299, No. 10, 1182–84

Black N (2001): Evidence Based Policy. *Proceed with Care. BMJ*, Vol. 323, No. 7307, 275–279

Gray M (2004): Evidence Based Policy Making. *BMJ*, Vol. 329, No. 7479, 988–989

Gray M (2009): Evidence-Based Healthcare and Public Health. *How to Make Decisions About Health Services and Public Health*. Edinburgh: Elsevier

Greenhalgh T, Stones R (2010): Theorising Big IT Programs in Healthcare: Strong Structuration Theory Meets Actor-network Theory. *Social Science & Medicine*, Vol. 70, No. 9, 1285–1294

Hicks N (1997): Evidence based Healthcare. *Bandolier*, Jg. 4, Heft 39, 9; www.bandolier.org.uk/band39/b39-9.html

Oxman AD et al. (2010): A Framework for Mandatory Impact Evaluation to Ensure Well Informed Public Policy Decisions. *The Lancet*, Vol. 375, No. 9712, 427–431

Pfaff H (2003): Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff et al.: *Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung*. Bern: Hans Huber, 13–23

Pfaff H et al. (2011): Versorgungsforschung: unverzichtbar bei Allokationsentscheidungen – eine Stellungnahme. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, Band 136, Heft 8, 2496–2500

Schrappe M (2014): *Qualität 2030. Die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen*. Mit einem Geleitwort von Ulf Fink und Franz Dormann. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Schrappe M, Pfaff H (2016): *Health Services Research Faces New Challenges: Consequences for Definition and Concept*. *Das Gesundheitswesen*, Jg. 78, Heft 11, 689–694

Schrappe M, Pfaff H (2017): *Evidence-based Health Care* (Kap. 1.4.). In: Pfaff H, Glaeske G, Neugebauer E, Schrappe M (Hrsg.): *Lehrbuch Versorgungsforschung*, 2. Auflage (in print). Stuttgart: Schattauer Verlag

Schrappe M, Scriba PC (2006): *Versorgungsforschung: Innovationstransfer in der Klinischen Forschung*. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Jg. 100, Heft 8, 571–580

Shojania KG (2013): *Conventional Evaluations of Improvement Interventions: More Trials or Just More Tribulations?* *BMJ Quality and Safety*, Jg. 22, Heft 11, 881–884

SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2008): *Gutachten 2007 – Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen für eine zielorientierte Gesundheitspolitik*. Band I. Baden-Baden: Nomos

Wensing M (2015): *Implementation Science in Healthcare: an Introduction and Perspective*. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Jg. 109, Heft 2, 97–102

(letzter Zugriff auf alle Quellen: 15. Dezember 2016)

DER AUTOR



Prof. Dr. med. Matthias Schrappe,

Jahrgang 1955, ist Internist. Promotion und Habilitation (Klinische Infektiologie) an der Universität Köln, 2002 bis 2005 Vorstandsvorsitzender der Universitätsklinik Marburg, dann hauptamtlicher Dekan (Medizin) und zeitweise Wissenschaftlicher Geschäftsführer der Universität Witten/Herdecke, Generalbevollmächtigter des Universitätsklinikums Frankfurt. 2009 Ruf auf die W3-Professur für Patientensicherheit, bis 2011 Direktor des Instituts für Patientensicherheit der Universität Bonn. Bis 2011 Mitglied und Stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrates Gesundheit, 2001 bis 2007 Vorsitzender der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung, 2005 bis 2009 Gründungsvorsitzender des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Derzeit APL-Professur und Lehrauftrag an der Medizinischen Fakultät Universität Köln. Seit Mai 2016 wieder Mitglied im Vorstand des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF).

Versorgungsforschung – Lehren aus der amerikanischen Health Services Research

von Norbert Schmacke¹

ABSTRACT

Anfangseuphorie und Ernüchterung liegen im Falle der Versorgungsforschung eng beieinander. Auf der einen Seite ist es auch in Deutschland seit etwa zwanzig Jahren gelungen, die Suche nach besseren Versorgungsstrukturen stärker forschungsbasiert zu betreiben. Auf der anderen Seite scheinen manche hoch gehandelten Konzepte wie die sektorenübergreifende Versorgung weiter eher ein frommer Wunsch denn eine einlösbare Vision zu sein. Der Blick auf die Entwicklung von Health Services Research (HSR) in den USA kann vielleicht helfen, die immer wieder erfahrenen Widerstände für Systeminnovationen besser zu verstehen und damit das Selbstverständnis wie das Selbstbewusstsein innerhalb der Versorgungsforschung zu intensivieren.

Schlüsselwörter: Versorgungsforschung, Health Services Research

Initial euphoria and sobering experience are never far apart in the case of Health Services Research (HSR). On the one hand, Germany has in the past 20 years successfully incorporated methods and evidence from HSR in its quest for better health care structures. On the other hand, some highly praised concepts, as for instance seamless care, are still a long way from being realized. Taking a closer look at the history of HSR in the U.S. might help to assess obstacles and obstructions on the way to an improved health care system and thereby to clarify the self-conception and to intensify the self-esteem of the researchers and their science.

Keywords: health care structures, Health Services Research

1 Einleitung

Im Falle der Versorgungsforschung (Health Services Research, HSR) kann man das Bild vom halb vollen oder halb leeren Glas bemühen. Natürlich gibt es interessante Erkenntnisse aufgrund dieser in Deutschland jetzt doch schon fast zwanzig Jahre so bezeichneten Forschungsrichtung. Aber es gibt auch immer wieder den Versuch, das Rad neu zu erfinden, ohne nachzudenken, ob das sinnvoll ist. Und darauf soll nachfolgend der Schwerpunkt gelegt werden, denn offenbar werden die Schwierigkeiten verkannt, die vor allem die Umsetzung von zentralen Ergebnissen der HSR bereitet. Noch konkreter: Manchen fällt es schwer, zur Kenntnis zu nehmen, welche von HSR aufgespießte Mängel in der Versorgung offenbar betonartig in der Landschaft stehen,

fast unabhängig davon, ob Gesundheitssysteme steuer- oder beitragsfinanziert sind.

Die nachfolgende Darstellung stützt sich einleitend auf eine Serie von Interviews, die der Medizinhistoriker Edward Berkowitz (2003) mit Protagonisten der amerikanischen Versorgungsforschung durchgeführt hat. Er weist auf das durchgängige Motiv dieser Persönlichkeiten hin, das System selbst in den Blick zu nehmen: „Das Bestreben, das System als Ganzes zu untersuchen und sich nicht allein auf individuelle Patienten zu konzentrieren, erscheint als eines der zentralen Merkmale von Versorgungsforschung.“* Ein System wie die Krankenversorgung verstehen zu wollen, bedeutet anders gesagt, unausweichlich, hyperkomplexe Zusammenhänge verstehen zu wollen. Man muss das wissen, bevor man startet.

* Übersetzungen aus dem amerikanischen Englisch durch den Autor dieser Analyse

¹ Prof. Dr. med. Norbert Schmacke, Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung · Grazer Straße 4 · 28359 Bremen
Telefon: 0152 08987285 · E-Mail: schmacke@uni-bremen.de

2 Der Start von HSR in den USA

Der Arzt und Ökonom Kerr White (geboren 1917, unter anderem 1965 bis 1977 als Hochschullehrer an der Johns Hopkins University tätig) ist einer der Begründer von HSR in den USA und einer der Initiatoren der wissenschaftlichen Begründung des Versorgungskonzeptes von Primary Care.

2.1 Primary Care

White machte darauf aufmerksam, dass nur etwa einer von 1.000 Menschen mit gesundheitlichen Problemen in der stationären Versorgung landet, dass die Ausbildung der Ärzteschaft aber die anderen 999 Kranken in der prägenden Phase der Medizinerbildung ausblendet. Er war einer der entscheidenden Berater der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die sich erstmals grundlegend für den qualifizierten Ausbau von Primary Care in ihrem Dokument von Alma-Ata (1978) einsetzte.

Die Ärztin und Gesundheitswissenschaftlerin Barbara Starfield (1932–2011) kann als weitere bedeutende Persönlichkeit gelten, die sich – vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen als Kinderärztin – für eine Stärkung von Primary Care einsetzte. Starfield wurde Mitarbeiterin in der Abteilung von White und arbeitete mit ihm empirisch zur Bedeutung von grundständigen medizinischen und sozialen Angeboten. Sie sagte in einem Interview mit Berkowitz (2003) hierzu:

„Ich war so sehr im Einklang mit dem, was White schrieb, was meine eigenen Erfahrungen anbelangte, meine Arbeit in der Welt der Kinder – es war das erste Mal, dass ich jemandem begegnete, der einen wissenschaftlichen Blick auf ein Feld mitbrachte, das damals als unwissenschaftlich eingestuft wurde ... Wir können die Gesundheit von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen verbessern, wenn wir unsere Aufmerksamkeit darauf richten, welche Versorgungsangebote sie besonders benötigen, und das sind die grundständigen medizinischen und psychosozialen Leistungen und nicht spezialisierte Versorgung ... verlässliche und kontinuierliche Betreuung durch Ärzte, welche diese Probleme wahrnehmen und wertschätzen.“

Aus der Arbeitsgruppe von Starfield stammen eine Reihe richtungsweisender Arbeiten mit internationalen Vergleichen zur Überlegenheit eines Primary-Care-basierten Ansatzes gegenüber Systemen mit freiem Zugang zu Spezialisten (Starfield 1991 und 2008). Primary Care ist bis heute ein klassisches Thema der Versorgungsforschung. Zu begreifen, warum überhaupt ein starkes System von Primary Care eine Grundvoraussetzung für gute Versorgung ist, ist in allen Gesundheitssystemen der Welt offenbar eine gewaltige Heraus-

forderung. Denn nicht nur in Deutschland ist spätestens seit den 1960er-Jahren ein schier unaufhaltsamer Siegeszug der spezialistischen Medizin zu verzeichnen.

2.2 Variationen der Versorgungsqualität

White traf in den Sechzigerjahren auf Jack (John) Wennberg (geboren 1934), der später einer der führenden Epidemiologen der USA wurde, und regte ihn an, Krankenhausentlassungen zu untersuchen. Wennberg begann dann, die Variationen der Untersuchungs- und Behandlungsmuster stationärer Patienten in Vermont zu analysieren, und legte damit den Grundstein zu seinem Hauptwerk „Small Area Variations in Healthcare Delivery“ (erstmalig *Wennberg und Gittelsohn 1973*). Er konnte zeigen, dass die Rate an Prostataoperationen erheblich zwischen nahe gelegenen Krankenhäusern schwankte und dass dies nichts mit der unterschiedlichen Häufigkeit der Erkrankung zu tun haben konnte, sondern mit unterschiedlichen Diagnose- und Behandlungsverfahren. Wennbergs Idee war dabei, durch das Aufzeigen solcher bislang nicht beachteten Unterschiede in der Patientenversorgung Qualitätsimpulse zu setzen. Im Kern geht es bei dieser methodischen Herangehensweise um den Nachweis, dass die Zunahme an Leistungen und die Dichte an Versorgungseinrichtungen – entgegen laienhaften Annahmen – keine Qualitätssteigerung der Patientenversorgung bewirkt. Man könnte heute mühelos eine dicke Bibliografie der Arbeiten zu nicht erklärter Varianz von gesundheitlichen Dienstleistungen erstellen: Konsequenzen werden daraus praktisch nicht gezogen.

2.3 Qualitätssicherung

Eine weitere zentrale Persönlichkeit in der Debatte um die Qualität der gesundheitlichen Versorgung ist der kanadische Arzt und Gesundheitswissenschaftler Avedis Donabedian (1919–2000). Auf Donabedian geht die Unterscheidung des Qualitätsbegriffs in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zurück (Donabedian 1966). Dieser Unterscheidung liegt die Idee zugrunde, Umfang und Interaktionen der medizinischen Versorgungsangebote zu dem tatsächlichen und erwünschten Resultat der Behandlung in eine Beziehung zu setzen und nach belastbaren Indikatoren zu suchen, die so frühzeitig wie möglich Nachkorrekturen der Angebote und Leistungserbringung ermöglichen. Bis heute wird kontrovers darüber debattiert, welche nachhaltigen Impulse von einem internen Qualitätsmanagement und welche von einer externen Qualitätskontrolle ausgehen können und wie es um das Binnenverhältnis dieser beiden Ansätze bestellt sein sollte. Im deutschen Politikraum wurde jüngst immer wieder der Wunsch geäußert, mit Qualitätsindikatoren die Krankenhausplanung neu steuern zu können, während die einschlägige Forschung hierzu eher Zurückhaltung empfehlen müsste (Schmacke 2015).

TABELLE 1

Meilensteine der Health Services Research

| Forschungsfrage | Kernergebnisse | Bedeutung |
|--|---|---|
| Studien zum Grad der Gesundheit und dem Einfluss sozialer Ungleichheit auf den Gesundheitszustand in England | <ul style="list-style-type: none"> • Der Gesundheitszustand hängt vom sozialen Status ab • Das Ausmaß der sozialen Ungleichheit hat eine direkte Beziehung zum Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung sowie zu dem einzelner Gruppen | <ul style="list-style-type: none"> • Verschiebung der Aufmerksamkeit auf nicht medizinische Einflüsse auf die Gesundheit • Erneuerung des Interesses am Begriff „soziale Klasse“ für die Gesundheitsdebatte • Erhöhung des Interesses am Thema „Soziale Ungleichheit in Europa“ (WHO) • Keine Reduktion der Ungleichheit in den Folgejahren in fast allen Ländern |
| Dartmouth-Studien zu Varianzen im Gesundheitszustand und in den Ausgaben | <ul style="list-style-type: none"> • Dreifach unterschiedliche Inanspruchnahme von Leistungen unabhängig von Gesundheitszustand, Zufriedenheit und Behandlungsergebnissen • Erklärung der Varianzen durch unterschiedliche Dichte der Anbieter | <ul style="list-style-type: none"> • Große Zustimmung zum Befund, dass Inanspruchnahme und Behandlungsergebnisse wenig korrelieren • Vorbildliche Einrichtungen in den USA liefern bessere Qualität zu niedrigeren Kosten • Bestätigung der Forschungsergebnisse in Gerichtsbescheiden • Kein Rückgang der Unterschiede in den USA in den Folgejahren |
| Women's Health Initiative (WHI) Studie | <ul style="list-style-type: none"> • Nachweis der hohen Verschreibungsmengen in der sogenannten Hormonersatztherapie • Ermittlung beträchtlicher Gesundheitsrisiken mit Zunahme der Einnahmedauer | <ul style="list-style-type: none"> • Hohe öffentliche Aufmerksamkeit unmittelbar nach Publikation der ersten Ergebnisse • Unmittelbarer Rückgang der Inanspruchnahme von weiblichen Hormonen nach der Menopause |
| Studien zur Praxis der Akutversorgung in verschiedenen kanadischen Provinzen | <ul style="list-style-type: none"> • Weit verbreitete Fehlnutzung von Krankenhausbetten (Bettenblockierung) – bis zu 40 Prozent im städtischen und 80 Prozent im ländlichen Bereich • Schwankung des Bedarfs an akuten medizinischer Versorgung außerhalb des Krankenhauses zwischen „nicht vorhanden“ und „bessere Versorgung in Pflegeheimen“ | <ul style="list-style-type: none"> • Größere Aufmerksamkeit auf Verweildauern im Krankenhaus, Entlassungs- und Inanspruchnahmemanagement • In einer Provinz veränderte Debatte um Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum • Keine weitere Verwendung der Forschungsmethoden dieser ersten Studien in den letzten Jahren |
| IOM-Studie „To Err Is Human“ und vergleichbare Studien zu Behandlungsfehlern in anderen Ländern | <ul style="list-style-type: none"> • Einfluss ärztlichen Fehlverhaltens auf die Mortalitätsraten in den USA, Kanada, Australien und England | <ul style="list-style-type: none"> • Entfachung und Beschleunigung der Debatte um Patientensicherheit • Entwicklung nationaler Strategien zur Verbesserung der Patientensicherheit • Ein Symposium in den USA fünf Jahre nach Publikation klagte über fehlenden Rückgang iatrogenen Todesfälle |
| RAND-Studie zur Qualität primärärztlicher Versorgung | <ul style="list-style-type: none"> • Die Qualität weicht stark von evidenzbasierten Leitlinien ab • Patienten erhalten im Durchschnitt in 50–60 Prozent der Behandlungen die empfehlenswerte Therapie | <ul style="list-style-type: none"> • Keine entsprechenden Nachfolgestudien • Bestätigung vorheriger Studien zur geringen Befolgung von Leitlinien • Keine Hinweise auf Beschleunigung von Reformen in der Allgemeinmedizin beziehungsweise zu deren Verantwortungsbereich |

2.4 Das erste Institut

White war es, der in den 1960er-Jahren für die Idee der Etablierung eines neuen Zweigs von Forschung, nämlich Health Services Research, an den Universitäten warb. Diese Forschungsrichtung sollte in engem Kontakt zu den medizinischen Fakultäten stehen. Zugleich aber sollten diese von den Disziplinen Ökonomie, Soziologie und Epidemiologie profitieren. Über guten Kontakt zur Politik gelang es White, dass 1968 ein „National Center for Health Services Research and Development“ gegründet wurde, welches den Zielen Qualität, Zugang, Kosten, Effektivität und Effizienz verpflichtet war. Interessant ist, dass sich dieses neu gegründete Forschungszentrum frühzeitig auch den Vorwurf gefallen lassen musste, nicht praxisnah genug zu sein. „War es eure Aufgabe, die Ökonomen, Psychologen und Ingenieure zu finanzieren oder die Probleme einem praxisnahen Ansatz zuzuführen?“, fragte unter anderem Edward Hinman, Leiter eines öffentlichen Krankenhauses in Baltimore (zitiert nach *Berkowitz 2003*).

Auch die beiden großen staatlich finanzierten Programme Medicare und Medicaid wahrten lange Zeit Distanz zu dem neuen Forschungszweig Health Care Research: Beide begnügten sich mit dem Ziel, den Zugang von alten Menschen beziehungsweise sozial Schwachen zum bestehenden Gesundheitssystem zu sichern, das System selbst aber wurde akzeptiert. Anders formuliert: Das Versorgungssystem wurde bezüglich seiner Versorgungsleistung und -qualität nicht hinterfragt.

Ein weiterer Meilenstein der forschungsnahen Gesundheitspolitik ist das Health Insurance Experiment der RAND Corporation (RAND HIE). Dieser nach dem Krieg mit Mitteln der Ford Foundation gegründete Thinktank beschäftigte sich ursprünglich mit militärischen Fragen. Später wandte sich die RAND Corporation aber zentralen sozialen Themen zu. Unter der Leitung des jungen Ökonomen Joseph Newhouse (geboren 1942) führte die RAND Corporation 1974 bis 1982 eine Studie durch, bei der der Zusammenhang zwischen verschiedenen Versicherungsformen und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen getestet wurde. Dabei interessierte vor allem die Frage, welchen Effekt die Höhe der Eigenbeteiligung auf das Inanspruchnahmeverhalten hat (*Newhouse 1993*). Form und Häufigkeit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sind bis heute nicht nur ein empirisch, sondern auch ein ideologisch besetztes Feld der Gesundheitspolitik. Immerhin wird es seit diesem Mega-Experiment in der Forschung überwiegend als Konsens gesehen, dass die Stellschraube Eigenbeteiligung nicht den gesundheitspolitisch erwünschten Effekt auf die Senkung ineffektiver und unnötiger Leistungen hat. Ab einer bestimmten Höhe der Selbstbeteiligung verzichten Kranke in unvorhersehbarer Weise sowohl auf notwendi-

ge als auch auf nicht notwendige Leistungen. Offenkundig wird Eigenbeteiligung zu einer prinzipiellen Gefährdung angemessener Versorgung vor allem für Menschen mit geringem Einkommen (zur gesundheitsökonomischen Debatte über das RAND HIE siehe *Rice 2004*).

2.5 Weitere Thinktanks

Eine wichtige Rolle für die Entwicklung innovativer Versorgungsformen spielt seit den 1980er-Jahren die Robert Wood Johnson Foundation (www.rwjf.org), in der ein weiterer Schüler von White, nämlich Robert Blendon (geboren 1943), von 1972 bis 1987 eine führende Rolle spielte. Diese Stiftung hat maßgeblich für die Idee einer nationalen Krankenversicherung geworben und immer wieder empirische Beiträge zu einer Outcome-orientierten Forschung geleistet (zum Beispiel Versorgung multimorbider alter Menschen). Gleichzeitig beobachtet die Stiftung systematisch die internationale HSR-Forschung: Ein ganz aktuelles Beispiel ist der Hinweis auf ein interaktives Register in Schweden zu rheumatischen Erkrankungen, das betroffenen Patienten eine aktive Beteiligung ermöglicht (*Leviton und Mende, 2016*). Eine weitere bedeutende Persönlichkeit der Stiftung ist Linda Aiken (geboren 1943), Professorin für Pflegewissenschaft und Soziologie, die 1987 an der Universität von Pennsylvania das Center for Health Services and Policy Research (www.nursing.upenn.edu/chopr) gründete, eines der ersten großen pflegewissenschaftlichen Institute der USA.

3 Die Bedeutung der Pflegewissenschaften

Die Pflegewissenschaften spielen für die Entwicklung der Versorgungsforschung eine wichtige und dennoch häufig unterschätzte Rolle. Sie haben zentrale Beiträge zur ganzheitlichen Betrachtung von Krankheitskarrieren beige-steuert und die Bedeutung des Einnehmens der Patientenperspektive als unverzichtbar herausgestellt. Für die jüngere Vergangenheit wird hier auf einen (vor allem in der Politik nach wie vor viel zu wenig beachteten) Beitrag der Arbeitsgruppe von Linda Aiken zur Bedeutung der Akademisierung der Pflege mit Blick auf den Einfluss qualifizierter Pfleger auf die Mortalität von Krankenhauspatienten hingewiesen. In einem Interview führt Aiken selbst dazu aus: „Wir haben dann 2003 im JAMA (Journal of the American Medical Association, Anmerkung der Redaktion) einen Artikel veröffentlicht, der wirklich einen Wendepunkt in den Publikationen darstellte, nicht nur, weil er zeigte, dass die Ausbildung in der Krankenpflege einen Einfluss auf die Mortalität hatte, sondern auch, weil eine neue Perspektive aufgezeigt wurde, die Bedeutung

des Pflegeberufs zu untersuchen. Wir sagten uns: Ein bestimmtes (Aus-)Bildungsniveau kann ein Merkmal eines Individuums sein, aber auch eines Krankenhauses. Krankenhäuser können einen höheren oder niedrigen Anteil von Krankenpflegern mit akademischer Ausbildung haben ... Wir fanden heraus, dass jede Steigerung des Anteils von akademisch ausgebildeten Krankenpflegern um zehn Prozent mit einer Abnahme der Sterblichkeit um sieben Prozent einhergeht“ (Aiken et al. 2014).

Trotz ihres empirischen Nachweises, so berichtet Aiken in diesem Interview weiter, dass sich diese Zusammenhänge in verschiedenen regionalen Räumen reproduzieren ließen, bestünde gerade in Europa große Skepsis, ob die Daten tatsächlich außerhalb der USA gültig sein könnten. Vergleichbare Studien der Versorgungsforschung gibt es in Deutschland noch nicht. Hier ist die Integration beziehungsweise Vernetzung der Pflegeforschung in ein Gesamtkonzept zur Versorgungsforschung eine der großen Herausforderungen des nächsten Jahrzehnts. Systematische Beiträge hierzu liefern die vier vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Pflegeforschungsverbände (BMF 2016). Man kann mit gutem Grund aber auch argumentieren: Es bedeutete – forschungsbasiert – absehbar eine Schwächung der Qualität der Krankenhausversorgung, mit Einführung der Fallpauschalen in den ersten Jahren massiv Stellen im Pflegebereich abzubauen. Dies ist das vielleicht aktuellste Beispiel dafür, wie bei einer gesundheitspolitischen Megareform in Deutschland durch Fehlanreize oder falsch verstandene Signale (das wäre die gutartige Deutung) Kernbefunde von HSR nicht berücksichtigt wurden und wie Krankenhausmanager, bewusst oder unwissend, vermeidbare Risiken in Kauf genommen haben.

4 Forschungsförderung durch die Politik

Zurück zur Historie von HSR in den USA: 1981 wurde die Association for Health Services Research gegründet, die vor allem darum bemüht war, gegen die immer stärker werdende Ideologie der Deregulierung des Gesundheitsmarktes die Idee einer fairen und finanzierbaren nationalen Gesundheitsversicherung am Leben zu erhalten. Die tragenden Repräsentanten verstanden sich sowohl als Wissenschaftler als auch als Lobbyisten für die Idee einer gerechten Gesundheitsversorgung: Hier kommt besonders gut zum Ausdruck, dass Versorgungsforschung unausweichlich den ambivalenten Beigeschmack von Politiknähe gewinnt.

1989 gründete die Regierung der USA dann im Sinne einer Gegenbewegung die Agency for Health Care Policy and Research (1999 unbenannt in Agency for Health Care

Research and Quality – AHRQ). Damit begann eine weitere Phase des Dialogs zwischen Wissenschaft und Politik über die Optimierung der Versorgung. Dies hatte zum Ergebnis, dass die Politik immer wieder mit unbequemen Botschaften der Forschung haderte, da es unterschiedliche Auffassungen insbesondere zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung gab. Es ist schlichtweg so: Politik will Erfolgsbotschaften verkünden, Wissenschaft ist skeptisch – und beides passt erst einmal nur in Sternstunden zusammen.

An der Schnittstelle von klinischer Forschung und Health Services Research entstand ab 2009 ein neues, umfangreich staatlich gefördertes Programm zu einer Forschungsrichtung, die Comparative Effectiveness Research (CER) genannt wurde. Eine blendende Idee: nämlich in der Versorgungsforschung die Frage nach überlegenen Systemansätzen zu stellen. Finanziert wird das Programm vom Department of Health and Human Services. Wesentliche Auftraggeber für Studien sind die National Institutes of Health (NIH), die klassische klinische Studien koordinieren, und die Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), die – vereinfacht gesagt – durch Forschungsaufträge stärker auf eine leitliniengestützte Versorgung hinwirken soll. „Comparative“ (vergleichend) meint dabei im Grunde nichts anderes als die Suche nach einem geeigneten Komparator, so wie dies in randomisierten, kontrollierten Studien immer der Fall ist.

Dieses mit hohen Anfangserwartungen versehene staatlich finanzierte Projekt zielt einmal mehr darauf ab, nach effizienteren Versorgungsformen auf dem Boden methodisch guter Studien zu suchen. Es geht von der bitteren Erfahrung aus, dass ein hoher Anteil an klinischen Routinen nicht ausreichend evidenzbasiert ist, und versucht, systematischer als bisher zugleich die Patientensicht auf Versorgung in der Implementierungsforschung zu berücksichtigen. Erste Zwischenbilanzen zeigen, dass es sehr schwer ist, überhaupt schon einmal die gewohnten Bahnen der klassischen klinischen Forschung zu verlassen, das heißt, die Fehlverwendung der zur Verfügung gestellten Mittel für klassische klinische Studien zu vermeiden (Gerhardus 2012). Da, wo große Forschungstöpfe hingestellt werden, bedienen sich professionelle, eingübte Teams an Universitätskliniken mit geschickten Versprechungen in Richtung „Verbesserung des Systems“, um ihre traditionellen medizinischen Studien weiterzufinanzieren.

Die letzte Gründung eines an Versorgungsfragen interessierten Instituts in den USA – es heißt Patient-Centered Outcomes Research Institute – fokussiert nun auf die Unterstützung von Kranken bei der Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess, und die geförderten Projekte sind wieder näher an klinischer Forschung als an Systemfragen (www.pcori.org). Dieses in Washington D.C. beheimatete, unabhängige wissenschaftliche Institut wurde vom US-Kongress gegrün-

det und wird vom Staat und den Versicherern finanziert (jährliches Budget: 150 Millionen US-Dollar).

5 Forschung und Politik im Streit

Es zeichnete sich immer klarer ab, dass die Interessenlagen von Politik und unabhängiger Forschung nicht zwanglos zur Deckung zu bringen waren. Ein unabweislich politiknahes Feld wie die Versorgungsforschung muss vielleicht Tribute zahlen, darf aber seine Identität als Wissenschaftsdisziplin nicht aufgeben. Insofern sind die Lehren aus der Versorgungsforschung in den USA und Europa für die aktuelle Debatte in Deutschland, nicht zuletzt um die Chancen des Innovationsfonds, von großem Interesse. Schließlich haben manche dieser Länder einen Vorsprung von gut 20 Jahren bei ihren Erfahrungen mit dem Einfluss von Ergebnissen der Versorgungsforschung auf die Politik und den medizinischen Alltag. Ein großer Dachverband von Health Services Research in den USA namens Academy Health hat jüngst folgende Bilanz gezogen: „Politische Entscheidungsträger, egal ob in der Regierung oder in der Versorgung, müssen sich mit Themen wie Kosten, Zugang zur Versorgung, Qualität und Behandlungsergebnisse auseinandersetzen, für die evidenzbasierte Lösungen gesucht werden. Gesundheitswissenschaftler liefern Studien, welche sich mit vielen dieser Fragen beschäftigen. Aber die schon lang bestehende Kluft zwischen dem, was man weiß, was verwendet wird und was implementiert wird, und die Notwendigkeit der effektiven Wissensübertragung und -verbreitung bleibt bestehen“ (*Gluck und Hoadley 2015*).

Das Binnenverhältnis zwischen Politik und Versorgungsforschung ist neben der Unterschätzung der Komplexität von Versorgungsformen durch die Forschung gewissermaßen der Klassiker zum Verständnis wesentlicher Barrieren der Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Praxis. Ein hochkarätig besetztes Feld aus der internationalen Versorgungsforschung brachte die sich ewig wiederholenden Probleme auf den Punkt. Der Engländer Nick Black zeigte dem Protokoll der Gezondheidsraad-Tagung (*Gezondheidsraad 2008, 2*) zufolge zunächst die ökonomische Rangordnung in der Gesundheitsforschung auf, ehe er auf elementare Missverständnisse seitens der Forschung zu sprechen kam: „Insgesamt stehen 2007–2008 rund 1,3 Milliarden Pfund für Gesundheitsforschung zur Verfügung. 90 Prozent davon werden für biomedizinische Forschung in kompetitiven Verfahren ausgegeben, etwa sechs Prozent stehen für Versorgungsforschung zur Verfügung. Laut Black glauben die Versorgungsforscher, dass die Politiker dankbar für die Ergebnisse seien und nach den Forschungsergebnissen handeln sollten, und falls sie dies nicht tun, als dumm bezeichnet werden müssten. Insofern sollte man nicht nur Politikern beibringen, den Wert von Forschung zu verstehen, sondern ebenso Forschern, wie Politik

funktioniert. Schließlich seien wissenschaftliche Ergebnisse nur einer von vielen Pfeilern, auf denen die Politik fußt.“

Und Peter Groenewegen aus den Niederlanden hierzu: „Die Umstände, die gegenwärtig den Beitrag der Versorgungsforschung zur evidenzbasierten Gesundheitspolitik begrenzen, liegen in der suboptimalen Verbindung zwischen Forschern und Entscheidern, im suboptimalen Verhältnis zwischen Auftragsforschung und unabhängiger Forschung und im suboptimalen Umfang relevanter Forschung“ (*Gezondheidsraad 2008, 5*).

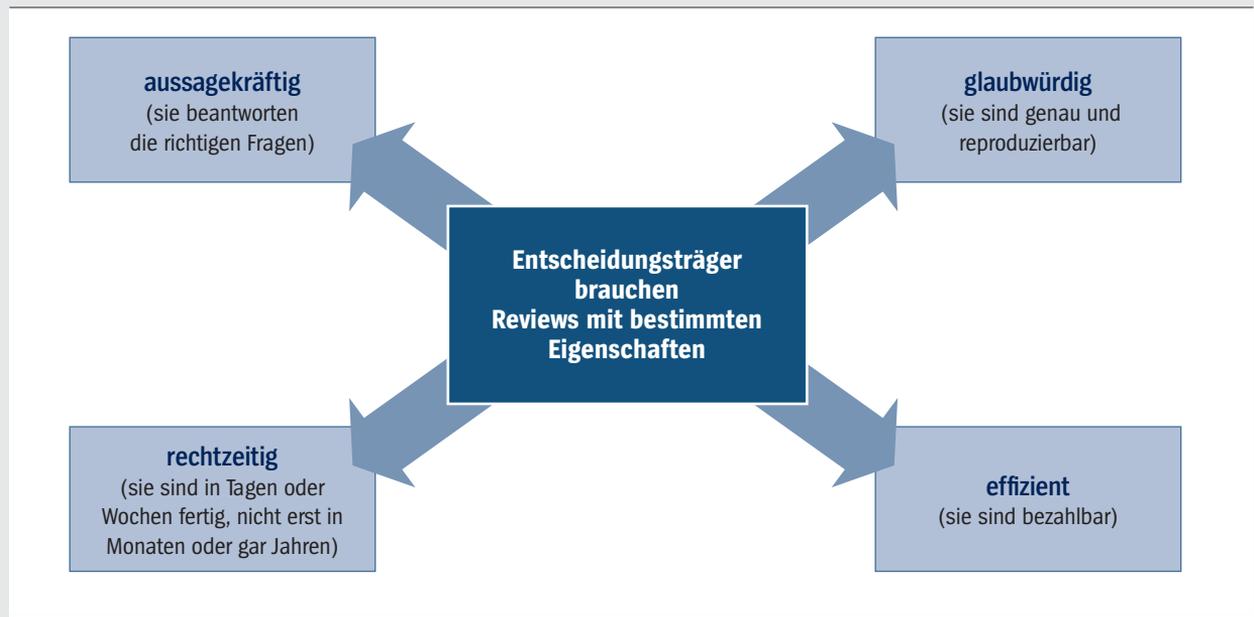
6 Der Abschied von Illusionen

Zwei erfahrene Forscher der Harvard School of Public Health haben mit Blick auf die US-Erfahrungen in Health Services Research dazu aufgerufen, sich intensiver mit den systemischen Grundlagen von Entscheidungen in der Gesundheitspolitik zu befassen (*Blendon und Steel Fisher 2009*). Sie machen auf einen bislang wenig beachteten Grundfehler dieser Forschung aufmerksam: auf die zu schlichte Annahme, dass man auf den gewaltigen Erfolgen der biomedizinischen Forschung aufbauen könne, die mit den Innovationen der Antibiotika-Ära und der Impfungen verknüpft werden. Die Fragen des gleichen Zugangs zur Versorgung oder angemessener Qualität oder Kosteneffizienz könnten nun nicht mit den vergleichsweise schlichten Studiendesigns dieser biomedizinischen Forschung bearbeitet werden. Zweitens sei notwendig, sich schonungslos mit den Konsequenzen aller zentralen Hypothesen der Versorgungsforschung zu beschäftigen. Als Beispiel verweisen sie auf die Pay-for-Performance-Debatte, deren wahrhaft ernüchternde Resultate in immer neuen Studien reproduziert worden seien, ohne nach dem Grund für dieses „Scheitern“ zu fragen. Sie regen an, sich anzuschauen, wie viel klüger dieselbe Forschungsrichtung in der Bildungspolitik gelaufen sei, die nach entsprechenden Studien viel realistischer mit der Idee umgegangen sei, die Bezahlung von Lehrpersonal an die Prüfungsergebnisse der Schüler beziehungsweise Studierenden zu knüpfen und damit die Unterrichtsqualität zu steigern (*Olson 2007*). Eine wichtige Frage jedweder strategisch ausgerichteter Forschung muss – etwas salopp gesagt – auch sein, „von toten Pferden abzusteigen“. Das zu unterscheiden ist freilich mit der Frage verbunden, wie stark der Einfluss von Partikularinteressen auf das Beharrungspotenzial der Gesundheitspolitik ist.

7 Bilanz: Realismus tut not!

Das führt abschließend zu Einschätzungen, die alle Systeme unterschiedlichen Finanzierungs- und Organisationstypus offenbar leidvoll teilen. Die Logiken von Politik und Wis-

ABBILDUNG 1

Von Academy Health formulierte Anforderungen an *evidence reviews*

Academy Health geht davon aus, dass *evidence reviews* für politische Entscheidungsträger unter anderem dann sehr nützlich sein können, wenn sie als *rapid reviews* konzipiert werden. Um aussagefähige Papiere produzieren zu können, ist allerdings eine ausgebaute Infrastruktur nötig (schnell verfügbare Daten, Personal mit Fachwissen etc.).

Quelle: Glück/Academy Health, eigene Übersetzung; Grafik: G+G Wissenschaft 2017

senschaft passen gerade dann nicht zusammen, wenn beide Seiten es ernst meinen. Das beschreibt keinen Skandal, sondern ein notwendiges Spannungsverhältnis in einer demokratischen Gesellschaft (Schmacke 2010, 121). Aber genau deshalb stößt Versorgungsforschung immer wieder an Grenzen. Gleichwohl sollte es selbstverständlich sein, im Sinne der Forschungsethik bei der Entwicklung neuer Studien die bestehende Literatur sorgfältig aufzubereiten und neue Anläufe gegen Windmühlenräder gut zu begründen. Die Entwicklung relevanter Forschungsfragen – nach dem Motto „Was soll besser werden?“ oder auch „Worüber wissen wir nicht genug?“ – ist weniger banal, als das auf den ersten Blick wirken könnte. Auch gut gemeinte und immer ernst zu nehmende Ratschläge, die Kluft zwischen Politik und Wissenschaft zu verkleinern, sollten die Versorgungsforschung nicht dazu ver-

leiten, notwendige methodische Standards aufzuweichen. Ordentliche *rapid reports*, wie sie Academy Health fordert (siehe Abbildung 1), setzen voraus, dass es eine solide Infrastruktur dafür im Wissenschaftssektor gibt. Versorgungsforschung ist sonst immer in Gefahr, als Gefälligkeitsforschung abgetan werden zu können.

Wenn man sich trotz exzellenter Studienergebnisse die Zähne an bestimmten Problemen unzulänglich wirkender Versorgung mehrfach ausgebissen hat, dann verweist das im Zweifelsfall auf unüberbrückbare Differenzen zwischen Wissenschaft und Politik beziehungsweise zwischen Wissenschaft und Partikularinteressen. Politik kann von Evidenzbasierung durch Versorgungsforschung viel lernen, aber sie muss selbst handeln wollen.

Literatur

Aiken LH et al. (2003): Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. *Journal of the American Medical Association*, Vol. 290, No. 12, 1617–1623

Aiken LH et al. (2014): Nurse Staffing and Education and Hospital Mortality in Nine European Countries: a Retrospective Observational Study. *The Lancet*, Vol. 383, No. 9931, 1824–1830

Berkowitz E (2003): History of Health Services Research Project. US National Library of Medicine, National Institute of Health; www.nlm.nih.gov/hmd/nichsr/intro.html

Blendon RJ, Steel Fisher GK (2009): Commentary: Understanding the Underlying Politics of Health Care Policy Decision Making. *Health Services Research*, Vol. 44, No. 4, 1137–1142

BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (2016): Pflegeforschung. Liste der abgeschlossenen Vorhaben; www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/1216.php

Donabedian A (1966): Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 44, No. 3, 166–206; <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x/pdf>

Gerhardus A (2012): Anderer Name, gleicher Inhalt? Comparative Effectiveness Research und Patient-Centered Outcomes Research in den USA. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Vol. 106, No. 7, 479–483

Gluck ME, Hoadley J (2015): Moving Health Services Research Into Policy and Practice: Lessons from Inside and Outside the Health Sector. *AcademyHealth*; rpp.wtgrantfoundation.org/library/uploads/2016/08/Academy-Health_Moving-Health-Services.pdf

Gezondheidsraad (2008): Health Services Research: Lessons from Abroad; www.gezondheidsraad.nl/en/news/health-services-research-lessons-from-abroad-0

Leviton L, Mende S (2016): How a Swedish Model of Care is Making an Impact in the U.S.; www.rwjf.org/en/culture-of-health/2016/09/how_a_swedish_model.html

Newhouse JP (1993): Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. Cambridge, MA: Harvard University Press

Olson L (2007): Teacher-Pay Experiments Mounting Amid Debate. *Education Week*, Vol. 26, No. 6, 1–14

Rice T (2004): Stichwort: Gesundheitsökonomie. Eine kritische Auseinandersetzung. Bonn: KomPart Verlagsgesellschaft (Originalausgabe: *The Economics of Health Reconsidered*. Chicago Illinois: Health Administration Press, 1998)

Schmacke N (2010): Gesundheitsreform: welche Logik zählt? In: Gerlinger T, Kümpers S, Lenhardt U, Wright M: *Politik für Gesundheit. Fest- und Streitschriften zum 65. Geburtstag von Rolf Rosenbrock*. Bern: Verlag Hans Huber, 112–121

Schmacke N (2011): Dilemmata in der Versorgungsforschung. Ein Plädoyer für mehr Ergebnisoffenheit. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 11, Heft 4, 16–22

Schmacke N (2015): Das Q-Fieber in der Gesundheitspolitik: über die Frage der Immunisierung. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 69, Heft 2, 21–15

Starfield B (1991): Primary Care and Health. A Cross-National Comparison. *Journal of the American Medical Association*, Vol. 266, No. 16, 2268–2271

Starfield B (2008): Refocusing the System. *New England Journal of Medicine*, Vol. 359, No. 20, 2087–2091

Wennberg JE, Gittelsohn A (1973): Small Area Variations in Health Care Delivery. *Science*, Vol. 182, No. 4117, 1102–1108

(letzter Zugriff auf alle Quellen: 15. Dezember 2016)

DER AUTOR



Prof. Dr. med. Norbert Schmacke,

Jahrgang 1948, Studium der Medizin und Soziologie an der Universität Marburg und der Westminster Medical School in London; Facharzt für Innere Medizin, öffentliches Gesundheitswesen und Sozialmedizin. 1994 bis 1999 Präsident der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Von Juli 1999 bis September 2003 Leiter des Stabsbereichs Medizin beim AOK-Bundesverband. Oktober 2003 bis September 2011 Leiter der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung in Bremen, seither Mitglied des Instituts für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen. Seit 2004 unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Studium**Medizinische Fakultät in Augsburg gegründet**

Mit einem Festakt ist im Dezember die Gründung der Medizinischen Fakultät an der Universität Augsburg gefeiert worden. Eine Kombination der Schwerpunktthemen „Environmental Health Sciences“ (Umweltmedizin) und „Medical Information Sciences“ (Medizininformatik) wird das Profil der neuen Fakultät prägen. Der geplante Modellstudiengang soll Theorie und Praxis frühzeitig und intensiv verzahnen und die Studieninhalte größtenteils fachübergreifend vermitteln. Mit der Gründung der Medizinischen Fakultät wird das bisher kommunale Klinikum Augsburg in eine Universitätsklinik in staatlicher Trägerschaft umgewandelt. ■

Mehr Informationen:

www.uni-augsburg.de > Presse

Global Health**Gesundheitsfürsorge als internationale Aufgabe**

Zum Wintersemester 2017/2018 startet an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn ein neuer Studiengang „Master of Science in Global Health Risk Management & Hygiene Policies“. Er soll sich mit der Erforschung und Entwicklung von Strategien zur Prävention von Gesundheitsrisiken befassen, die sich zwar weltweit regional stark unterscheiden, vor dem Hintergrund der Globalisierung aber nicht isoliert betrachtet werden können. Die Absolventen des neuen Ausbildungsgangs sollen dazu befähigt werden, sich in nationalen und internationalen Gesundheitseinrichtungen und Organisationen für eine weltweit gute Gesundheitsversorgung einzusetzen. ■

Mehr Informationen:

www.ukb.uni-bonn.de > UKB-Nachrichten

Frauenförderung**Habilitationsstipendien am Universitätsklinikum Jena**

Mit einem neu aufgelegten Programm fördert die Medizinische Fakultät die wissenschaftliche Karriere von Frauen am

Uniklinikum Jena. Die ersten drei Stipendiatinnen erhalten jetzt je 100.000 Euro jährlich für die Bearbeitung ihrer Projekte in einer eigenen Forschergruppe. Die Habilitationsstipendien sollen künftig jährlich ausgeschrieben werden und Frauen sowohl in der Grundlagen- als auch in der klinischen Forschung jeweils für bis zu drei Jahre fördern. An der Finanzierung des Programms beteiligt sich auch das Thüringer Ministerium für Wirtschaft, Wissenschaft und Digitale Gesellschaft. ■

Mehr Informationen:

www.uniklinikum-jena.de > Einrichtungen > Zentren > Interdisziplinäres Zentrum für Klinische Studien > Frauenförderung

Rettungsdienst**Vollzeitstudiengang für Notfallsanitäter startet**

Zu Beginn des Sommersemesters im April 2017 bietet die Steinbeis Business Academy der Steinbeis-Hochschule Berlin am Standort des DRK-Bildungszentrums Düsseldorf erstmalig einen ausbildungsintegrierten Vollzeit-Studiengang „Healthcare Services – Vertiefungsrichtung Clinical Assistant mit dem branchenspezifischen Schwerpunkt Notfallsanitäter“ an, der mit dem akademischen Grad Bachelor of Arts abschließt. Die Absolventen erwerben einen Doppelabschluss als staatlich examinierter Notfallsanitäter und Bachelor of Arts in Healthcare Services. Die Gebühren für das auf dreieinhalb Jahre angelegte Studium liegen bei rund 28.000 Euro, die Bewerbungsfrist endet am 15. Februar. ■

Mehr Informationen:

www.drk-duesseldorf.de > Bildung > Steinbeis-Studienzentrum

Förderprogramm**Stipendien für angehende Hausärzte in Niedersachsen**

Mit einem neuen Stipendium will das niedersächsische Sozialministerium in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen Medizinstudierende für eine hausärztliche Tätigkeit in Niedersachsen motivieren. Die Stipendien sind Teil eines Maßnahmenpakets, das die gesundheitliche Versorgung im

ländlichen Raum stärken soll. Wer an einer deutschen Hochschule in einem humanmedizinischen Studiengang eingeschrieben ist, kann für maximal vier Jahre eine monatliche Beihilfe in Höhe von 400 Euro erhalten. Im Gegenzug müssen sich die Stipendiaten verpflichten, die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in Niedersachsen zu absolvieren und dort nach Abschluss des Studiums eine hausärztliche Tätigkeit im ländlichen Raum aufzunehmen. ■

Mehr Informationen:

www.niederlasseninniedersachsen.de > Für Studierende > Stipendien

Curriculum erweitert**Lebensbedrohlich Verletzte im Team besser versorgen**

Ein neues Lehrmodul an der Universitätsmedizin Mainz macht ab dem laufenden Wintersemester angehende Ärzte im Praktischen Jahr fit für die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Versorgung lebensbedrohlich verletzter Notfallpatienten. Das neue Lehrmodul macht die Ärzte im Praktischen Jahr mit den Grundsätzen des Zusammenarbeitens in kritischen Situationen – Crisis Resource Management (CRM) – vertraut. CRM bezeichnet die Fähigkeit, Wissen und Fertigkeiten auch in Notfallsituationen in effiziente Maßnahmen im Team umsetzen zu können. ■

Mehr Informationen:

www.uni-mainz.de/presse/76329.php

Neuer Studiengang**Mehr Lebensqualität durch kulturelle Bildung im Alter**

Am Fachbereich Sozialwesen der Fachhochschule Münster startet zum Wintersemester 2017/2018 erstmals ein Masterstudiengang Kulturgeragogik. Das weiterbildende Angebot in Teilzeit richtet sich an Beschäftigte in Alteneinrichtungen. Sie sollen lernen, durch kulturelle Bildungsofferten die soziale Teilhabe und die Lebensqualität älterer Menschen zu verbessern. ■

Mehr Informationen:

www.fh-muenster.de > Fachbereich Sozialwesen > Studiengänge > Master Kulturgeragogik

KÖPFE

Prof. Dr. med. Jochen Gensichen hat die Leitung des Instituts für Allgemeinmedizin und den Lehrstuhl für Allgemeinmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München übernommen. In gleicher Funktion war er seit 2011 am Universitätsklinikum der Friedrich-Schiller-Universität in Jena tätig, wo er ab 2008 als Gründungsdirektor das Institut für Allgemeinmedizin aufbaute. Gensichen studierte Pädagogik und Medizin in Köln sowie Gesundheitswissenschaften in Hannover. Nach einem Forschungsaufenthalt in Seattle habilitierte er an der Goethe-Universität in Frankfurt. Seit 2013 ist er geschäftsführender Vorstand der Stiftung Allgemeinmedizin.

Prof. Dr. rer. nat. Andrea Sinz ist in die Liste der 50 einflussreichsten Frauen in den analytischen Wissenschaften aufgenommen worden, die die internationale Fachzeitschrift „The Analytical Scientist“ jährlich erstellt. Die Pharmazeutin leitet die Abteilung Pharmazeutische Chemie

und Bioanalyse an der Martin-Luther-Universität (MLU) Halle-Wittenberg. Nach dem Pharmaziestudium in Tübingen und Stationen unter anderem in Marburg, Gießen, Rostock und den USA habilitierte sie an der Universität Leipzig. Seit 2007 lehrt und forscht Sinz an der MLU zu den molekularen Ursachen von Krankheiten wie Diabetes oder Krebs.

Prof. Dr. med. Jürgen M. Bauer ist Inhaber des neu geschaffenen Lehrstuhls für Geriatrie an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg und Medizinischer Direktor am dortigen Agaplesion-Bethanien-Krankenhaus. Nach dem Studium der Humanmedizin in Erlangen-Nürnberg übernahm er 2010 eine Professur für Geriatrie an der Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg, wo er auch die Universitätsklinik für Geriatrie und das Geriatrie Zentrum Oldenburg leitete. Bauer amtiert seit September 2016 als Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG).

Dr. Ayola Akim Adegnika übernimmt die erste Forschungsprofessur, die die Eberhard-Karls-Universität Tübingen in Afrika einrichtet. Schwerpunkte sind die Immunepidemiologie und die klinische Infektionsforschung in den Tropen. Adegnika studierte Medizin in Gabun und promovierte 2008 an der Universität Tübingen. Nach einem Postdoc-Studium an der London School of Hygiene and Tropical Medicine forscht und lehrt er seit 2012 in Libreville/Gabun.

Prof. Dr. Pablo Steinberg, seit 2008 Direktor des Instituts für Lebensmitteltoxikologie an der Stiftung Tierärztliche Hochschule Hannover, ist neuer Präsident des Max-Rubner-Instituts/Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel. Steinberg studierte Biochemie in Buenos Aires und habilitierte in Mainz. 1998 übernahm er den Lehrstuhl für Ernährungstoxikologie, 2002 die Leitung des Instituts für Ernährungswissenschaft an der Universität Potsdam.

KONGRESSE

| Thema | Inhalt | Datum/Ort | Veranstalter | Anmeldung |
|---|--|----------------------------|---|---|
| BZgA-Forum „Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen“ | Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in Familie, Kita, Schule und Kommune | 22.2.2017 Berlin | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Maarweg 149–161 50825 Köln | www.bzga.de/?id=forum-kigesu-form E-Mail: forum-kindergesundheit@bzga.de Telefon: 0221 8992-0 |
| Forschungswelten 2017 8. wissenschaftlicher Kongress für angewandte Pflege- und Gesundheitsforschung | Innovationen in der Pflege und in der Pflegeforschung | 2.–3.3.2017 Trier | hpsmedia GmbH Raun 21 63667 Nidda | www.forschungswelten.info > Tickets > Anmeldeformular; E-Mail: info@forschungswelten.info; Telefon: 06402 7082-660 |
| 8. Deutscher Interdisziplinärer Notfallmedizin Kongress 2017 „gemeinsam. leben. sichern“ | Bewegungsstörungen, Neurofeedback, Erhalt der Gehirnfunktion im Alter, Hirntoddiagnostik | 9.–10.3.2017 Koblenz | MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG Neuwieder Straße 9 90411 Nürnberg | www.dink-kongress.de/ teilnehmerregistrierung.php E-Mail: altmann@mcn-nuernberg.de Telefon: 0911 39316-47 |
| 18. Jahrestagung Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin „Klasse statt Masse – wider die wertlose Wissenschaft“ | Qualität klinischer Studien, Zukunft der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung | 9.–11.3.2017 Hamburg | Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. (DNEbM) Kuno-Fischer-Straße 8 14057 Berlin | www.ebm-kongress.de/anmeldung E-Mail: kontakt@ebm-netzwerk.de Telefon: 030 308336-60 |
| 6. Kölner Medizinrechtstag „Medizin und Standard – Verwerfungen und Perspektiven“ | divergierende Standards bei der Behandlung: Medizin, Ökonomie, Ethik, Recht | 10.3.2017 Köln | ceres: Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health; Albertus-Magnus-Platz; 50923 Köln | www.ceres.uni-koeln.de > Veranstaltungen > Tagungen E-Mail: medizinrechtstag@uni-koeln.de Telefon: 0221 470-89110 |
| Deutscher Schmerz- und Palliativtag der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin | chronische Schmerzen, Kommunikation mit Schmerzpatienten, stationäre Therapie | 22.–25.3.2016 Frankfurt | Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e. V. Adenauerallee 18 61440 Oberursel | www.schmerz-und-palliativtag.de/2017/registrierung.html E-Mail: schmerztag@interplan.de Telefon: 040 325092-36 |

Kontakte

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber.

G+G Wissenschaft (GGW)

GGW ist eine Verlagsbeilage von *Gesundheit und Gesellschaft*
Herausgeber: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Verantwortliche Redakteure:

Ines Körver (KomPart),
Prof. Dr. Klaus Jacobs, Sabine Schulze (WIdO)
Red.-Mitglieder: Dr. Silke Heller-Jung, Annegret Himrich; Grafik: Geertje Steglich (KomPart)

Anschrift der Redaktion:

Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft,
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Telefon: 030 22011-201, Fax: 030 22011-105
E-Mail: ggw-redaktion@kompart.de